AUS DER ABTEILUNG
FÜR
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

VERGLEICH DES NEUEN SELBSTBEURTEILUNGSINSTRUMENTS ICD-10-SYMPTOM-RATING (ISR) MIT DEM PATIENT-HEALTH-QUESTIONNAIRE (PHQ)

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Medizinischen Fakultät
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Bettina Theresia Bauer

2010

Dekan:	Prof. Dr. Bernhard Weber
1.Berichterstatter:	Prof. Dr. Thomas Loew
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Karin Tritt
Tag der mündlichen Prüfung:	19.07.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ... 3
1.1 Qualitätssicherung- Qualitätsmanagement ... 3
1.1.1 Qualitätsmanagement ... 4
1.1.2 Qualitätssicherung ... 4
1.2 Vom Symptom zur Diagnose ... 5
1.2.1 Symptom ... 5
1.2.2 Screening ... 6
1.2.3 Prinzipien der Konzeptualisierung der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV ... 7
1.3 Fragebogen zur Selbstbeurteilung psychischer Symptome ... 8
1.3.1 Störungsspezifische Instrumente ... 8
1.3.2 Störungsübergreifende Instrumente ... 9
1.3.3 Entwicklungshintergrund des ISR ... 11
1.4 Fragebogenkonstruktion ... 12
1.4.1 Rückblick ... 12
1.4.2 Gütekriterien nach der klassischen Testtheorie ... 13
1.5 Fragestellung dieser Arbeit ... 16
1.5.1 Testnormierung ... 16
1.5.2 Kreuzvalidierung ... 17
2. Methode ... 18
2.1 Beschreibung der Fragebogen ... 18
2.1.1 ICD-10-Symptom-Rating (ISR) ... 18
2.1.2 Patient Health Questionnaire (PHQ-D) ... 24
2.1.3 Befunde zu ISR und PHQ ... 29
2.2 Stichprobenbeschreibung ... 35
2.2.1 Beschreibung der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Charité zu Berlin ... 35
2.2.2 Beschreibung der Studienteilnehmer ... 37
2.3 Methodik ... 38
2.3.1 Kreuztabelle und Chi-Quadrat ... 38
2.3.2 T-Test ... 38
2.3.3 Korrelationen ... 38
3. Resultate ... 40
3.1 Vergleich der Stichproben ... 40
3.1.1 Soziodemographie ... 40
3.1.2 Vergleich der Skalen ... 52
3.2. Kreuzvalidierung ... 67
3.2.1 Vergleich der ISR-Skalen ... 67
3.2.2 Vergleich der PHQ-Skalen ... 69
3.2.3 ISR versus PHQ - Skalenvergleich ... 70
3.2.4 ISR versus PHQ – Vergleich auf Itemebene ... 71
4. Diskussion ... 76
4.1 Vergleich der Stichproben ... 76
4.1.1 Soziodempgraphie ... 76
4.1.2 Vergleich der Skalen ... 80
4.2 Kreuzvalidierung ... 81
4.3.1 Vergleich der ISR-Skalen ... 81
4.2.2 ISR versus PHQ - Skalenvergleich ... 82
4.2.3. ISR versus PHQ – Vergleich auf Itemebene ... 85

5. Zusammenfassung **87**
5.1 Einleitung **87**
5.2 Stand der Entwicklung **87**
5.3 Stichprobenbeschreibung **88**
5.4 Methodik und Fragestellung **88**
5.5 Ergebnisse **89**
6. Literaturverzeichnis **92**
7. Anhang **98**
7.1 ICD-10-Symptomrating ISR **98**
7.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Langversion **101**
7.3. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Kurzversion **105**
8. Danksagung **106**
9. Lebenslauf **107**

1. Einleitung

Im Jahre 2003 wurde vom Verbund für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP, siehe von Heymann et al., 2003)) ein Projekt geschaffen mit dem Ziel der Entwicklung des Fragebogens **I**CD-10 **S**ymptom **R**ating (ISR). Dem IQP gehören 19 bayerische psychosomatische Kliniken an. Die Hauptaufgabe des IQP ist die externe Qualitätssicherung.
Der Hintergrund zur Entstehung dieses Projekts soll im Folgenden beschrieben werden.

1.1 Qualitätssicherung- Qualitätsmanagement

Um verschiedene Überlegungen, die bei der Konstruktion des Fragebogens leitend waren, verständlicher zu machen, wird zunächst auf die Themen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement eingegangen.

Von der WHO wurde vorgeschlagen, dass sich die EU-Mitgliedsstaaten darauf verständigen sollen, eine effektive Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung bis 1990 einzuführen. Das in der Bundesrepublik eingeführte Gesundheitsreformgesetz von 1988 bezeichnen Heuft und Senf (1998) als Weichenstellung für die Qualitätssicherung. Mit § 135a SGB V (Bundesministerium für Justiz) werden Leistungserbringer sogar zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Es besteht insbesondere die Verpflichtung, a) sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern, und b) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Weiter heißt es im Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 (1) SGB V (Bundesministerium der Justiz 2006), dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Da die Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Rahmen der Gesetzgebung nicht näher erläutert wurden, sollen die Ausführungen von Herzog, Stein und Wirsching (2003) zur Erklärung dienen.

1.1.1 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement umfasse alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems und auf der Basis des PDCA-Zirkels (Plan, Do, Check, Act) die Qualitätspolitik, die dazugehörigen Ziele und Verantwortlichkeiten festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklichen. Die Leitungsebene trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen. Qualitätsmanagement ist ein kontinuierlicher Prozess, kunden-, prozess- und zukunftsorientiert und erfordert die Einbeziehung aller Mitarbeiter.

1.1.2 Qualitätssicherung

Unter Qualitätssicherung verstehe man nach Herzog, Stein und Wirsching (2003) einen Prozess, der zum einen darin besteht, Qualität zu messen, entdeckte Mängel zu analysieren und Handlungen zur Verbesserung der Leistung einzuleiten. Zum anderen wird im Verlauf die Qualität erneut gemessen, um festzustellen, ob eine Verbesserung eingetreten ist. Somit ist Qualitätssicherung ein systematisch und regelmäßig durchgeführter Prozess, der Leistungsqualität dadurch erhalten will, indem immer wieder mit den zu sichernden Standards verglichen wird.
Zacharias (2007) unterteilt Qualitätssicherung in Anlehnung an Donabedian in drei Bereiche:

- Strukturqualität
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität

In der Praxis haben insbesondere die Prozess- und die Ergebnisqualität große Bedeutung und sollen deshalb gesondert erläutert werden.

1.1.3.1 Prozessqualität

Nach Herzog, Stein und Wirsching (2003) erfasst und evaluiert die Prozessqualität in der Psychotherapie alle Maßnahmen, die während einer Behandlung ergriffen bzw. nicht ergriffen wurden. Berücksichtigt werden dabei für gewöhnlich die jeweils spezifische Situation und die individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten.

1.1.3.2 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität (Zacharias, 2007) basiert auf einer Outcome-Messung, sie stellt die gesetzlich vorgeschriebene und somit die eigentliche Bezugsbasis für die Qualitätsbeurteilung der medizinischen Behandlung dar. Ergebnisqualität kann anhand verschiedener Kriterien erfasst werden, wie z. B. physische, physiologische, psychologische oder allgemeine Outcome-Kriterien. Eine mögliche Klassifikation der Ergebnisqualität sind die „5 Ds“:

- Death
- Disease
- Disability
- Discomfort
- Dissatisfaction

Nachdem nun die Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung erläutert worden sind, stellt sich die Frage, wie man Qualität in der Psychotherapie und Psychosomatik messen kann. Ein Kriterium hierfür stellt die Erfassung von Symptomen dar, was dem Aspekt „Disease“ der „5 Ds“ zuzuordnen ist.

1.2 Vom Symptom zur Diagnose

1.2.1 Symptom

Ein Symptom (gr.: συμπτωμα Begleiterscheinung) stellt eine Beschwerde oder ein fassbares Krankheitszeichen dar (Pschyrembel, 1998), das einen Patienten dazu veranlassen kann, medizinische Dienste in Anspruch zu nehmen. Die Relevanz in der Wahrnehmung und Erfassung von Symptomen besteht darin, dass das Symptom meist das erste Zeichen dafür ist, dass „mit der Gesundheit etwas nicht stimmt“. Danach folgt häufig der Arztbesuch, wo eine Diagnose gestellt wird und der Patient im Anschluss einer Therapie zugeführt wird. Es ist besonders wichtig, Symptome früh zu erkennen, denn mit der richtigen Therapie können dadurch Krankheiten im Keim erstickt werden. Dadurch kann außerdem die Krankheitsdauer verkürzt werden und es können Folge- und Begleiterscheinungen vermieden oder verringert werden. Dies alles kommt dem Patienten zu Gute, außerdem werden Zeit und Kosten

geschont. Darüber hinaus wird dem Symptom ein mehr oder minder großer Stellenwert, sowohl vom Patienten, als auch von den Angehörigen, vom Behandler und von den Krankenkassen zugeschrieben (Tritt et al., 2008). Durch diesen Konsensus zwischen den verschiedenen Interessensgruppen erhalten Symptome eine besondere Relevanz.

1.2.2 Screening

Ein einzelnes Symptom führt dabei meist noch nicht zu einer Diagnose. Einerseits kann ein Symptom zwar charakteristisch und pathognomonisch für eine Erkrankung sein und somit alleine zur Diagnose führen, das heißt es ist spezifisch für diese Störung. Andererseits führt aber meistens erst ein Komplex aus mehreren, spezifischen Symptomen zu einer Diagnose. Durch die Bündelung von mehreren Symptomen zeichnet sich dann ein Syndrom ab, das auf klassifikatorischer Ebene noch keine ICD-Diagnosestellung zulässt, aber wichtig und wegweisend ist für die Erfassung des gesamten Krankheitsbildes. Dabei kann ein einzelnes Symptom in verschiedenen Syndromen vorkommen, das heißt es kommt nicht störungsspezifisch, sondern störungsübergreifend vor.

Gerade bei der Erfassung von einzelnen Symptomen findet in der Psychosomatik das Screening seinen Stellenwert. Über Relevanz und Funktion von Screening schreibt Stieglitz (2007) folgendes: Screening dient der Identifizierung von Risikopatienten, Patienten mit einem subsyndromalen Bild einer Störung oder Patienten, bei denen die Störung bereits aufgetreten ist. Woike (2003) beschreibt Screening als eine diagnostische Vorgehensweise, bei der Personen zunächst oberflächlich erfasst werden, um zu entscheiden, ob ein aufwändigeres diagnostisches Verfahren angezeigt ist. Zu diesem Zweck gibt es verschiedene Screeninginstrumente, die oft in Form eines Fragebogens vorliegen. Die psychometrische Symptomerfassung findet dabei ihren Einsatz nicht nur in der psychotherapeutischen Praxis (Freyberger und Stieglitz, 2005), sondern auch in der Qualitätssicherung (Grawe und Braun 1994, Heymann et al. 2002) und in der Forschung (Hill und Lambert, 2004).

Das Screening stellt somit oft einen ersten Schritt zur Diagnosestellung dar. Viele Fragebogen wurden mit dieser Zielsetzung entwickelt, oberflächliches Screenen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu erzielen, um auffällige Symptome aufzudecken. Unter dem Aspekt der Qualitätsentwicklung wäre es sinnvoll und von Nutzen, wenn bei auffälligen Patienten sich in einem zweiten Schritt eine ausführliche Symptomerfassung anschließt, so dass eventuell mit dem Fragebogen eine ICD-Diagnose gestellt werden kann oder bei

bekannter Diagnose eine Statusmessung im Verlauf erfolgen kann, um Veränderungen abzubilden.

1.2.3 Prinzipien der Konzeptualisierung der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV

Auch die etablierten und gängigen klassifikatorischen Diagnosesysteme bauen auf der Symptomerfassung auf. Da die Konstruktionsprinzipien für die weiteren Ausführungen relevant sind, werden diese vorab kurz dargestellt. Anhand der im Rahmen der Diagnostik erfassten Symptome wird eine Diagnose gestellt, die sich auf die spezifizierten Kriterien des jeweiligen Klassifikationssystems (DSM-IV bzw. ICD-10) stützt.

Diese Klassifikationssysteme verfolgen dabei folgende Prinzipien (Freyberger und Stieglitz, 2005):

1. Atheoretischer Ansatz (verzichtet weitgehend auf traditionelle Differenzierung und schulenbezogene Konzeption),
2. Kriterienorientierter Ansatz (orientiert sich an relativ einfach zu beobachtenden und explorierbaren psychopathologischen Symptom-, Zeit- und Verlaufsmerkmalen),
3. Diagnostische Kategorien mit ausreichender Reliabilität,
4. Multiaxiale Diagnostik (betrachtet relevante Aspekte getrennt nach Ätiologie, Pathogenese, Therapie, Verlauf, und Prognose),
5. Co-Morbiditätsprinzip (postuliert das Vorhandensein mehrerer voneinander unabhängiger, deskriptiv gefasster Störungen).

Die hier aufgeführten Konstruktionsprinzipien wurden bei der Entwicklung des ICD-10 berücksichtigt und teilweise auch empirisch überprüft. Aus diesem Grunde bietet es sich bei der Entwicklung eines Instruments zur Erfassung psychischer Symptomatik an, auf diesen „Vorarbeiten“ aufzubauen.

Punkt 5, das Co-Morbiditätsprinzip, fordert dabei auch, dass für jeden Patienten so viele Diagnosen gestellt werden müssen, dass die gesamte Symptomatik vollständig abgebildet ist. Nach Tritt et al. (2003) weisen stationär behandelte, psychosomatische Patienten im Durchschnitt mehr als zwei F-Diagnosen auf. Gerade wegen dieser Komorbidität ist es wichtig, die vorhandenen psychischen Symptome möglichst vollständig zu erfassen. Bei der Wahl des Erhebungsinstruments erscheint es in der alltäglichen Praxis als zu aufwändig für

Patient und Therapie, eine individuelle und störungsspezifische Zusammenstellung von Fragebogen, die jeweils nur einen Syndrom erfassen, zu verfolgen. Die Durchführung dürfte kaum pragmatisch zu organisieren sein. Dahingegen sollte die Symptomerfassung möglichst umfassend, also störungsübergreifend erfolgen.

1.3 Fragebogen zur Selbstbeurteilung psychischer Symptome

Neben Fremdbeurteilungsinstrumenten kommen sowohl störungsspezifische (diese erfassen lediglich ein Syndrom) als auch störungsübergreifende Selbstbeurteilungsfragebogen (diese erfassen verschiedene Syndrome) in der Psychotherapieforschung und in der Psychosomatik zum Einsatz (Stieglitz R.-D., 2007). Im Folgenden werden einige der gängigen Instrumente exemplarisch vorgestellt.

1.3.1 Störungsspezifische Instrumente

Im Testhandbuch des Beck-Depressions–Inventar (Hautzinger, 1995) bzw. auf der Seite der Testzentrale (www.testzentrale.de) werden die Fragebogen BDI und STAI folgendermaßen beschrieben.

1.3.1.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Beck-Depressions-Inventar von A.T. Beck findet seinen Einsatz bei depressiven Patienten oder bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression. Der Fragebogen ist geeignet für Personen ab 16 Jahren bis ins hohe Lebensalter, soweit eine selbstständige Beantwortung möglich ist.
Das Selbstbeurteilungsinstrument dient zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik und ist entstanden aufgrund klinischer Beobachtungen depressiver Patienten. Anhand von 21 Items werden die häufigsten Beschwerden erfasst. Das BDI ist auch für Verlaufsuntersuchungen gut geeignet. Weitgehend keinen Einfluss auf das Ergebnis haben Lebensalter, Geschlecht und nosologisch-diagnostische Eingruppierung des Patienten.

Reliabilitätsuntersuchungen erbrachten für die interne Konsistenz Werte zwischen 0,73 und 0,95 in Abhängigkeit von der Stichprobe. Die Retestreliabilität über eine Woche ergab rtt = 0,75 und über zwei Wochen rtt =0,68.

Im Rahmen der Validitätsprüfung konnten in Studien mittlere Korrelationen mit der Zung-Skala r = 0,76 und mit der Hamilton-Skala r = 0,73 bestimmt werden. Mit Ausnahme eines

Kriteriumssymptoms (Agitiertheit) werden mit dem BDI alle in den gegenwärtig gültigen psychiatrischen Diagnosesystemen als relevant betrachteten Beschwerden erfasst.

1.3.1.2 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Dieses Instrument liegt in der 1. Auflage von L. Laux, P. Glanzmann, P. Schaffner und C.D. Spielberger (1981) vor. Es wird sowohl in der Klinik als auch in der Forschung angewendet bei Personen ab 15 Jahren. Dem Verfahren liegt die Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft zu Grunde. Das Trait-Modell der Angst (Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal) wurde dabei um das State-Modell (Angst als vorübergehender emotionaler Zustand) erweitert. STAI besteht somit aus zwei Skalen mit jeweils 20 Items, die zum einen der Erfassung von Angst als Zustand (State) und zum anderen der Erfassung von Angst als Eigenschaft (Trait) dienen.

Untersuchungen der Reliabilität erbrachten für beide Skalen eine interne Konsistenz von 0,90. Retestreliabilitäten ergaben für die Trait-Skala (nach 63 Tagen) Werte zwischen 0,77 und 0,90, für die State-Skala waren die Werte, wie zu erwarten, niedriger und lagen zwischen 0,22 und 0,53.

Untersuchungen der Validität erbrachten zwischen der Trait-Skala und der Skala zur Messung Manifester Angst (MAS) Korrelationen zwischen 0,73 und 0,90.

1.3.2 Störungsübergreifende Instrumente

1.3.2.1 Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)

Die Symptom-Check-Liste von Derogatis in der deutschen Version von Franke ist ein Forschungs- und Screeningsinstrument für den psychiatrischen Bereich und wird eingesetzt bei Jugendlichen ab 12 Jahren und bei Erwachsenen. SCL misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome des Patienten innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Der Fragebogen besteht aus 90 Items mit den neun Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus, was die Mehrdimensionalität des Instruments belegt. Bei der Auswertung werden verschiedene

Kennwerte ermittelt. Der GSI – Global Symptom Index - entspricht dabei dem Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung. Komorbidität wird somit mitberücksichtigt.

Reliabilitätsanalysen ergaben für die einzelnen Skalen interne Konsistenzen zwischen α = 0,74 und α = 0,97. Die Retestreliabilität über eine Woche ergab für Studierende Werte zwischen rtt = 0,69 und rtt = 0,92 (www.testzentrale.de).

Zahlreiche Studien belegen die konvergente, diskriminante und differentielle Validität der Skalen (Berth und Balck, 2003). Allerdings sei der Fragebogen für Patienten mit somatoformen und dissoziativen Störungen nur eingeschränkt geeignet (Geiser et al., 2000, Tritt et al., 2002), die Sensitivität für Patienten mit somatoformen Störungen sei zu gering (Rief et al., 1991). Außerdem blieb die faktorielle Struktur des Fragebogens nicht unwidersprochen (Cyr et al. 1985).

1.3.2.2 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten von Löwe et al. (2001) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zum Screening der häufigsten psychischen Störungen von Erwachsenen in der Primärmedizin. Das Instrument besteht aus maximal 83 Items und Skalen für somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholabusus. Zudem gibt es Items für psychosoziale Funktionsfähigkeit, Stressoren, kritische Lebensereignisse, Medikamentengebrauch und für Frauen zur Menstruation.

Im Rahmen von Reliabilitätsmessungen ergab die innere Konsistenz der Depressivitätsskala α=0,88, die Retestreliabilität lag bei der Depressivitätsskala zwischen rtt = 0,81 und rtt = 0,96 (Löwe et al. 2004a/b).

Die konvergente Validität konnte in zahlreichen Studien belegt werden (s.a. 2.1.3.2 Studien über PHQ).

1.3.3 Entwicklungshintergrund des ISR

In der Gruppe der störungsübergreifenden Screeninginstrumente kam es nun u.a. wegen den hohen Lizenzgebühren und Schwierigkeiten verbunden mit der elektronischen Abnahme des SCL-90 (Fischer et al., in Druck) zu einer Neuentwicklung mit einer im Vergleich zum SCL-90 erweiterten Zielsetzung. Bevor aber auf die Ziele dieses Fragebogens eingegangen wird, soll zunächst auf einige Entwicklungen im Gesundheitswesen eingegangen werden, um zu erläutern, wie es zur Entstehung des Instruments kam.

In den Mittelpunkt des deutschen Gesundheitswesens rückt heutzutage immer mehr die Kosteneffizienz und die Kosten-Nutzen-Orientierung bei gleichzeitig größer werdenden qualitativen Anforderungen. Erbrachte Leistungen müssen stets ihre Notwendigkeit, ihre Wirtschaftlichkeit und ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen (vgl. §12 (1) SGB V). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollen dabei eine effektive Verteilung der Mittel gewährleisten. Leistungsbringer werden zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (vgl. § 135a SGB V). Den entsprechenden Ansprüchen gerecht zu werden, gilt für alle Bereiche der Medizin gleichermaßen, so auch für die Psychosomatik. In wissenschaftlichen Studien, insbesondere in der Versorgungsforschung, werden aber immer wieder Zweifel laut, wenn es um die Qualität der klinischen Diagnostik geht. Diesem Problem wird oft mit dem Einsatz standardisierter und strukturierter Diagnostik begegnet (Becker et al. 2006, Knappe et al. 2008). Valenstein zeigte in seiner Studie am Beispiel Depression, dass das Screening für depressive Störungen kosteneffektiv sein kann, wenn die Kosten für das Screening gering sind und eine effektive Behandlung vorhanden ist (Valenstein et al, 2001).

Um den durch Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement entstehenden Anforderungen möglichst zeitsparend und ökonomisch effizient entgegen zu treten, wurde vom „Verbund für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik“ (Heymann et al., 2003) folgendes Projekt entwickelt: Erschaffung des ICD-10-Symptom-Rating ISR mit dem Ziel bei Psychotherapiepatienten möglichst umfassend den Status und die Entwicklung psychischer Symptome (auch unter psychotherapeutischer Behandlung) zu evaluieren, um somit Prozess- und Ergebnisqualität abzubilden. Der Fragebogen basiert auf dem weltweit etablierten Konsens des ICD-10 und dessen umfangreichen Vorarbeiten und soll zur umfänglichen, psychometrischen Evaluation der psychischen Symptomatik und der

Schweregradeinschätzung dienen. Der ISR ist darauf angelegt - neben der Symptomerfassung – die Basis für eine erweiterte Zielsetzung zu liefern. Diese soll optional angeboten werden und nur in elektronischer Form durchführbar sein. Dieser zweite Schritt, psychische Diagnosen reliabel und valide zu stellen, muss noch umgesetzt werden. Wenn mittels der ISR-Items ein Schwellenwert für ein bestimmtes Syndrom überschritten wird, sollen in einem nächsten Schritt, die für die Diagnose des Syndroms noch fehlenden Kriterien durch weitere Items nachgeschaltet werden. Kriterien, die im Rahmen der Selbstbeurteilung nicht erfasst werden können, werden vom Diagnostiker ergänzt. Inwiefern der ISR sich – neben den eigentlichen Zielsetzungen des Instruments – darüber hinaus noch als Screeninginstrument eignet, bedarf noch der empirischen Prüfung.

So ist der ISR - ICD-10 Symptom Rating - Version 2.0 entstanden, ein Fragebogen mit 6 Skalen und 29 Items, der in Kapitel 2 noch detaillierter beschrieben wird.

1.4 Fragebogenkonstruktion

Eine Fragebogenentwicklung stellt einen komplexen Prozess dar, der mehrere Schritte umfasst und anhand verschiedener Gütekriterien beurteilt werden kann. Zur besseren Beurteilung des momentanen Entwicklungsstandes des ISR werden diese im Folgenden nach einem kurzen Rückblick skizziert.

1.4.1 Rückblick

Woodworth (1917) war der Ansicht, dass jeder Mensch, „sich selbst interviewen“ kann. Diese Idee, Patienten, Probanden oder Klienten die Möglichkeit zu geben, in standardisierter Form über ihre psychische Situation Aussagen zu machen, ist heute als „self-report“-Ansatz bekannt. Woodworth entwickelte hieraus das „personal data sheet“, den ersten Selbtbeurteilungsfragebogen. Dem zugrunde liegt der theoretische Ansatz, die durch Selbstbeurteilung gewonnenen Daten über symptomatische Belastung des Einzelnen mathematisch im Vergleich zu „Normalen“ und psychisch Belasteten zu bewerten. Diese Form der Symptomerfassung ist ökonomisch, ermöglicht die Herausfilterung besonders belasteter Probanden und kann als Standard in den verschiedensten Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungssystemen eingesetzt werden (Franke, 1995).

1.4.2 Gütekriterien nach der klassischen Testtheorie

In enger Anlehnung an Warren stellen Lienert und Raatz (1998) folgende Definition zum „psychometrischen Test“ auf: „Ein Test ist ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung.“ Ein psychometrischer Test sei dadurch gekennzeichnet, dass er Anspruch darauf erhebt, normiert, objektiv, strukturiert und zulänglich sowie nach der klassischen oder der probabilistischen Testtheorie konstruiert zu sein (Bühner, 2006). Des Weiteren gibt es verschiedene Kriterien, die einen guten Test kennzeichnen. Lienert und Raatz (1998) sprechen dabei von Haupt- und Nebengütekriterien. Die Hauptgütekriterien werden eingeteilt in Objektivität, Reliabilität und Validität. Zu den Nebengütekriterien gehören Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit.
Diese Kriterien sollen im Folgenden anhand der Ausführungen von Bühner (2006) kurz erläutert werden.

1.4.2.1 Objektivität

Objektivität soll eine möglichst hohe Unabhängigkeit der Testergebnisse vom Untersucher gewährleisten. Dieses Kriterium lässt sich weiter unterteilen in Objektivität in der Durchführung, der Auswertung und der Interpretation.

1.4.2.2 Reliabilität

Reliabilität gibt an, wie genau ein Test ein bestimmtes Merkmal misst. Man unterscheidet dabei

- die Innere Konsistenz, hierbei wird jedes einzelne Item als eigenständiger Testteil bewertet, und die Messgenauigkeit spiegelt den mittleren Zusammenhang wider,
- die Retest-Reliabilität, hier wird ein Test an zwei verschiedenen Zeitpunkten bearbeitet, anschließend wird die Korrelation zwischen den beiden Testleistungen berechnet und
- die Paralleltestreliabilität, in diesem Fall wird die Korrelation zwischen zwei Tests, die mit verschiedenen Items („Itemzwillinge“) dasselbe erfassen sollen, ermittelt.

1.4.2.3 Validität

Validität teilt sich auf in

- Inhaltsvalidität,
- Konstruktvalidität und
- Kriteriumsvalidität

und bedeutet soviel wie Gültigkeit. Sie beschäftigt sich mit der Frage, in welchem Ausmaß ein Test das misst, was er zu messen vorgibt. Eigentlich kann das nur durch die Inhaltsvalidität beantwortet werden, denn „Der Inhalt des Tests bestimmt schließlich, was er misst“ (Bühner, 2006). Allerdings gibt es Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Inhaltsvalidität, da diese statistisch nicht messbar ist. Deshalb behilft man sich meist mit der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität und ermittelt so die Validität eines Tests auf indirektem Wege.

1.4.2.3.1 Konstruktvalidität

Die Konstruktvalidität prüft, ob ein Test die Eigenschaft oder Fähigkeit misst, die er zu messen angibt. Zur Konstruktvalidität zählen die

- konvergente,
- diskriminante und
- faktorielle Validität.

Da die konvergente und diskriminante Validität Gegenstand dieser Arbeit sind, werden diese Punkte schwerpunktmäßig bearbeitet: Es kann untersucht werden, inwiefern aufgestellte Hypothesen über den Zusammenhang des vorliegenden Tests mit konstruktverwandten (konvergenten) und konstruktfremden (diskriminanten) Tests zutreffen. Für die Quantifizierung der konvergenten Validität werden also Korrelationen mit Tests gleicher oder ähnlicher Gültigkeitsbereiche ermittelt (z.B. Vergleich der Skala Depression des ISR mit der Skala Depression des PHQ). In diesem Fall werden hohe Zusammenhänge erwartet. Für die Quantifizierung der diskriminanten Validität werden entsprechend Korrelationen mit Tests abweichender Gültigkeitsbereiche berechnet (z.B. Vergleich der Skalen Angst und Essstörung). Niedrige Zusammenhänge werden hier erwartet, denn es soll mit der jeweiligen Skala möglichst nur ein Konstrukt gemessen werden. Derartige Vergleiche zwischen zwei psychometrischen Tests im Rahmen der Validitätsprüfung werden auch als Kreuzvalidierung bezeichnet.

Die häufigste Methode zur Bestimmung der konvergenten und diskriminanten Validität ist die Berechnung von Korrelationen.

Bei der Auswertung und Interpretation der Konstruktvalidität sollten zwei mögliche Faktoren berücksichtigt werden: Beeinflussung der Konstruktvalidität durch „Unterrepräsentation des Konstrukts“ im Test. Das heißt, dass der Test zu „eng“ misst und die wesentlichen bzw. wichtigsten Aspekte des Konstrukts nicht enthält. Außerdem ist die konstrukt-irrelevante Varianz zu beachten. Hier ist das Gegenteil der Fall. Der Test misst zu „breit“, es werden noch zusätzliche, unwesentliche Aspekte im Konstrukt erfasst.

1.4.2.3.2 Kriteriumsvalidität

Die Kriteriumsvalidität zeigt den Zusammenhang der Leistung in einem Test mit einem anderen Kriterium, mit dem der Test aufgrund seines Messanspruches korrelieren sollte. Eine andere Bezeichnung hierfür ist Korrelationsschluss. Das bedeutet, dass die Prüfung der Kriteriumsvalidität auf Zusammenhängen zwischen Testkennwerten und Kriterien beruht. Die Kriteriumsvalidität kann dabei wie folgt eingeteilt werden:

- Vorhersagevalidität: ermittelt Zusammenhänge mit zeitlich später erhobenen Kriterien
- Übereinstimmungsvalidität: ermittelt Zusammenhänge mit zeitlich (fast) gleich erhobenen Kriterien
- retrospektive Validität: ermittelt Zusammenhänge mit zeitlich vorher ermittelten Kriterien
- inkrementelle Validität: ermittelt, inwieweit ein Test zur Verbesserung der Vorhersage eines Kriteriums im Vergleich zu einen anderen Test beiträgt

1.4.2.4 Normierung

Normierung ist neben Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit ein Nebengütekriterium. Damit wird das individuelle Testergebnis in Beziehung zu Normen gesetzt, die für einen Test vorliegen. Somit können Aussagen darüber gemacht werden, ob eine Person unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Personen abgeschnitten hat. Für die Normierung eines Tests gilt, dass sie aktuell sein sollte und – beim Vorliegen differenzieller, z.B. soziodemografischer Effekte – entsprechende spezifische Normen für verschiedene Personengruppen vorliegen sollten. Für die

Normstichprobe sollten dabei genaue Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe, Anwerbung der Stichprobe, Bedingungen, unter denen die Stichprobe getestet wurde, und zur Zusammensetzung der Normstichprobe gemacht werden.

1.5 Fragestellung dieser Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit sollen zwei verschiedene Fragestellungen bearbeitet werden:
a) einige Vortests für die Testnormierung und
b) eine Kreuzvalidierung zwischen dem ISR und dem PHQ

1.5.1 Testnormierung

Im Rahmen der Testnormierung zur Überprüfung der Nebengütekriterien wird ein Vergleich zweier Stichproben durchgeführt, der Hinweise auf mögliche Stichprobeneffekte (z.B. unterschiedliche symptomatische Belastung) liefern soll, damit diese bei der noch zu erstellenden Normierung adäquat berücksichtigt werden. Die eine Gruppe besteht aus Patienten aus der Poliklinik, die andere Gruppe setzt sich aus Patienten nach konsiliarischer Untersuchung zusammen. Hierfür werden folgende Punkte erarbeitet:

1. Bestehen Unterschiede zwischen den Stichproben?
   Vergleich von
   - Geschlecht
   - Alter
   - Schulabschluss
   - Anzahl und Verteilung psychischer Diagnosen
   - Anzahl und Verteilung somatischer Diagnosen.
2. Bestehen Unterschiede bezüglich der Symptome und Belastung beider Gruppen?
   Vergleich aller Skalen auf Unterschiede zwischen den beiden Stichproben.

1.5.2 Kreuzvalidierung

Im Rahmen der Fragebogenentwicklung soll als Teil der Validitätsprüfung eine Kreuzvalidierung mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ erfolgen. Hiermit wird ein Teil der Konstruktvalidität überprüft, der zu den Hauptgütekriterien eines Tests gehört. Es werden die beiden Fragebogen ISR und die Kurzform des PHQ auf konvergente und diskriminante Validität miteinander verglichen:

1. Korrelation der ISR-Skalen untereinander
2. Korrelation der ISR-Skalen mit PHQ-Skalen
3. Korrelation konstruktverwandter Einzelitems

2. Methode

2.1 Beschreibung der Fragebogen

Im Folgenden werden zunächst die beiden Fragebogen ISR ICD-10-Symptom Rating und PHQ - Patient Health Questionnaire - vorgestellt. Anschließend erfolgt die Stichprobenbeschreibung und eine Darstellung der verwendeten Methodik.

2.1.1 ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Beschreibung der bisherigen Entwicklung des Fragebogens erfolgt in Anlehnung an Tritt et al. (2008) und Zacharias (2007).

2.1.1.1 Zielsetzung I

In einem ersten Schritt, sollte ein Instrument entwickelt werden mit dem Ziel, psychische Symptomatik für Status- und Veränderungsmessungen auf der Basis von Selbsteinschätzungen des Patienten zu evaluieren. In der Diplomarbeit von Irina Zacharias (2007) wurden dabei folgende Punkte erarbeitet:

a) Entwicklung der Pilotversion 1.0 des ICD-10-Symptom-Rating ISR. Es soll ein Fragebogen entstehen, der an den Hauptsyndromen der *International Classification of Diseases*, *10. Revision* , kurz ICD-10 (WHO 1991), starke Anlehnung findet. Der ICD-10 hat sich als Diagnoseklassifikation international etabliert. Im Kapitel V (F) „psychische und Verhaltensstörungen“ werden im weltweiten Konsens Symptome, die eine Relevanz zur Beschreibung psychischer Störungen aufweisen, genannt.
b) Machbarkeitsprüfung der Papier- und Bleistiftversion der ICD-10-Symptom-Rating (ISR).
c) Empirische Überprüfung verschiedener, offener Fragen, die bei der Testkonstruktion der Pilotversion entstanden sind.
d) Teilvalidierung mit Überprüfung der Gütekriterien Itemschwierigkeit, Homogenität der Skalen und Trennschärfe der Items einerseits und eine erste Kreuzvalidierung entsprechender SCL-90-R Skalen andererseits.

Ergebnisse dieser Untersuchungen führten zu einer Kürzung des Fragebogens, so dass die aus 29 Items bestehende ISR-Version 2.0 entstand. Die Resultate der vorliegenden Arbeit beziehen sich auf die ISR-Version 2.0.

2.1.1.2 Zielsetzung II

In einem zweiten Schritt, der bisher nur als Konzept vorliegt, sollen die ISR-Skalen sozusagen als „Screeningfragen“ für eine optionale, adaptive, computergestützte, klassifikatorische Diagnostik dienen. Geben Patienten an, gemäß einem vorab definierten Schwellenwert in ausreichendem Ausmaß an Symptomen eines Syndrombereichs zu leiden, werden ergänzende Fragen zu diesem Bereich gestellt, so dass durch das Patientenrating und durch das vom Diagnostiker nachgeschaltete Expertenrating eine ICD-10 Diagnose gestellt werden kann. Durch diese zusätzliche Funktion wird eine Verbesserung der ICD-10-Diagnostik durch den ISR angestrebt.

Nach Durchlaufen mehrerer Testphasen ist der ISR als unentgeltliche, im Internet frei zugängige Papier- und Bleistift Version erschienen (http://www.iqp-online.de/05-download/ISR_Fragebogen_Version_2-0.pdf). Der beschriebene zweite Schritt der ICD-10-Diagnostik soll nur optional und ausschließlich in elektronischer Form durchgeführt werden können.
Es bleibt der empirischen Überprüfung vorbehalten, inwiefern diese zweite Zielsetzung nur teilweise oder vollständig umgesetzt werden kann.

2.1.1.3 Bisherige Entwicklungsschritte des ISR

Um eine Pilotversion des ICD-10-Symptom-Rating ISR, das auf den Hauptsyndromen des ICD-10 aufbaut, zu entwickeln und zu evaluieren, wurden zunächst die im ICD-10, Kapitel V (F) aufgeführten Diagnosen durch ein Expertengremium zu Syndromen zusammengefasst. Daraufhin folgte durch Expertenrating die Prüfung, welche dieser Syndrome zur Selbsteinschätzung durch Patienten geeignet sind.

Die folgende Tabelle zeigt die vom Expertengremium gebildeten Syndrome mit den entsprechenden ICD-10-Diagnosen und dem Zusatz für geeignet/nicht geeignet befunden.

Tabelle 1 Syndrome

	Syndrom	**ICD-10**	**geeignet**
1.	Hirnorganisches Psychosyndrom	F00-F09	Nein
2.	Substanzgebundenes Abhängigkeitssyndrom	F10-F19	Nein
3.	Schizophrenes Syndrom	F20-F29	Nein
4.	Manisches Syndrom	F30	Nein
5.	Bipolares Syndrom	F31	Nein
6.	Depressives Syndrom	F32-F39	Ja
7.	Angstsyndrom	F40-F41	Ja
8.	Zwangssyndrom	F42	Ja
9.	Belastungsstörungssyndrom	F43.0/F43.1	Ja
10.	Anpassungsstörungssyndrom	F43.2	Ja
11.	Somatoformes Syndrom	F45	Ja
12.	Neurasthenisches Syndrom	F48	Ja
13.	Depersonalisationssyndrom	F48.1	Ja
14.	Dissoziatives Syndrom	F44	Nein
15.	Essstörungssyndrom	F50	Ja
16.	Nicht organisches Schlafstörungssyndrom	F51	Ja
17.	Nicht organisches sexuelles Funktionsstörungssyndrom	F52	Ja
18.	Psychische Störungen im Wochenbett	F53	Ja
19.	Psychische Faktoren bei anderorts klassifizierten Störungen	F54	Ja
20.	Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen	F55	Nein
21.	Persönlichkeitsstörungssyndrom	F60-61	Nein
22.	Persönlichkeitsveränderungssyndrom	F62	Ja
23.	Syndrom der abnormen Gewohnheiten / Störungen der Impulskontrolle	F63	Nein
24.	Syndrom der Störungen der Geschlechtsidentität und Präferenzen	F64-F66	Ja
25.	Syndrom der artifiziellen Störungen	F68	Nein
26.	Syndrom der Intelligenzminderung	F7	Nein

Für die als geeignet befundenen Syndrome wurden nun Items formuliert mit enger Anlehnung an ICD-10. Auch bei diesem Schritt wurde berücksichtigt, welche Symptome beim Abfragen

im Rahmen eines Selbstratings von den Patienten reliabel, valide und wahrheitsgetreu beantwortbar sein können.

So entstand die Pilotversion 1.0 des ICD-10-Symptom-Rating ISR mit 36 Items und sechs Subskalen. Die Skalen teilen sich auf in 1) Depressives Syndrom, 2) Angstsyndrom, 3) Zwangssyndrom, 4) somatoformes Syndrom, 5) Essstörungssyndrom und 6) eine Zusatzskala, die eine Reihe von Einzelitems mit Screeningfunktion der übrigen, für die Selbstbeurteilung als geeignet gehaltenen Syndrome enthält. Diese Zusatzskala gibt anhand von 12 Items Hinweise auf das Vorhandensein (und Schweregrad) anderer relevanter Syndrome wie zum Beispiel hirnorganisches Psychosyndrom, Anpassungs- und Belastungsstörungen, neurasthenisches Syndrom, Depersonalisations- und Derealisationssyndrom, nicht organisches Schlafstörungssyndrom, nicht organisches sexuelles Funktionssyndrom, psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Störungen, Persönlichkeitsveränderungssyndrom und Störungen der Geschlechtsidentität und Präferenzen. Die Zusatzskala soll vor allem Hinweise auf vorhandene Komorbidität geben.

Diese erste Version 1.0 wurde in einer Pilotstudie an 109 Patienten getestet. Auf der Grundlage der Auswertungen und Ergebnisse dieser Studie wurde der ISR in der Version 2.0 auf 29 Items gekürzt und teilweise modifiziert.

Die abgefragten Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet mit 0 = trifft nicht zu/ 1 = trifft kaum zu/ 2 = trifft ziemlich zu/ 3 = trifft deutlich zu/ 4 = trifft extrem zu. Somit werden die Symptome nicht wie im ICD-10 binär bewertet (Symptom vorhanden/ nicht vorhanden), sondern nach Schweregrad eingeschätzt.

Im Folgenden sollen die einzelnen Skalen beschrieben werden. Der vollständige Fragebogen ist zudem im Anhang abgebildet.

1. Depressives Syndrom bestehend aus vier Items:

- Meine Stimmung ist gedrückt/ niedergeschlagen.
- An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.
- Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde. (Dieses Item screent zusätzlich nach F48 neurasthenisches Syndrom)
- Ich fühle mich wertlos/ traue mir nichts zu.

2. Angstsyndrom bestehend aus vier Items:

- Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.
- In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/ -rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.
- Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.
- Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.

3. Zwangsyndrom bestehend aus drei Items:

- Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).
- Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.
- Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.

4. Somatoformes Syndrom bestehend aus drei Items:

- Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.
- Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.
- Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.

5. Essstörungssyndrom bestehend aus drei Items:

- Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.
- Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.
- Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.

6. Zusatzskala bestehend aus zwölf Items:

- Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren. (Dieses Item erfasst eher seltener vorkommende Symptome der Depression und liefert Hinweise auf kognitive Defekte ICD-10 F0.)
- Ich denke darüber nach, mich umzubringen. (Auch dieses Item screent nach einem eher seltener vorkommenden Symptom für depressives Syndrom.)
- Ich habe Schlafprobleme. (Dieses Symptom kann Hinweise auf ein depressives Syndrom und auf nicht organische Schlafstörungen (F51) geben.)
- Ich habe einen schlechten Appetit. (Dieses Symptom kann im Rahmen einer depressiven Episode auftreten.)
- Ich bin vergesslich. (Dieses Item kann richtungsweisend für Stress und hirnorganisches Psychosyndrom (F0) sein.)
- Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse. (Akute und posttraumatische Belastungsstörungen (F43.0/ F43.1) soll dieses Item aufdecken.)
- Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. Verlust der Arbeitsstelle, Trennung vom Partner oder eine schwere Erkrankung). (Hier wird nach Anpassungsstörung (F43.2) gefragt.)
- Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen. (Hinweise auf Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (F48.1) liefert dieses Item.)
- Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos. (Hier erfolgt ein Screening nach Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (F48.1).)
- Ich fühle mich in der Ausübung meine Sexualität beeinträchtigt. (Dies Item erfasst sexuelle Funktionsstörungen (F52), nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit.)
- Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert. (Hier werden Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62) geliefert.)
- Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich. (Dieses Item screent nach Störungen der Geschlechtsidentität/ der Sexualpräferenz (F65/F66).)

2.1.1.4 Auswertung

Wie bereits dargestellt wird jedes Item auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft extrem zu) beantwortet. Zur Auswertung wird zunächst für jede Skala ein Skalenwert/Score ermittelt, der dem Mittelwert aller Items der Skala entspricht. Anhand der Skala für depressives Syndrom soll die Berechnung veranschaulicht werden:

$$Depressionsscore = \frac{Item1 + Item2 + Item3 + Item4}{4}$$

Entsprechend werden die Skalenwerte der übrigen Skalen ermittelt.

Der ISR-Gesamtscore wird gebildet, indem die Summe der oben berechneten Skalenwerte gebildet und anschließend durch die Anzahl der Skalen geteilt wird. Der Gesamtscore soll als Indikator für das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung dienen. Die Zusatzskala wird dabei doppelt gewichtet, um die hohe Itemanzahl dieser Skala zu berücksichtigen. Somit ergibt sich folgende Rechnung:

ISR-Gesamtscore = (Mittelwert der Depressionsskala + Mittelwert der Angstskala + Mittelwert der Zwangsskala + Mittelwert der Somatoformen Syndromskala + Mittelwert der Essströrungsskala + (2 x Mittelwert der Zusatzskala)) / 7

2.1.2 Patient Health Questionnaire (PHQ-D)

Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ erscheint im Verlag Pfizer. In einer Mappe erhält man je 20 Fragebogen in der Langform und in der Kurzform und zusätzlich 20 Diagnose- und Therapiebogen, außerdem ist ein Manual und eine Kurzanleitung enthalten sowie drei Auswertungsschablonen. Auf der Basis der Angaben des Manuals, verfasst von B. Löwe, R.L. Spitzer, S. Zipfel, W. Herzog (2001), soll der PHQ-D im Folgenden beschrieben werden.

2.1.2.1 Anwendung

Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ ist ein Screeninginstrument zur vereinfachten Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen, welches zusammen mit dem ärztlichen Gespräch eine valide und zeitökonomische Diagnosestellung ermöglicht und somit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen

leistet. Der PHQ-D kann sowohl in der klinischen Praxis als auch im Rahmen von Forschungsfragestellungen eingesetzt werden und eignet sich zur Erstdiagnostik ebenso wie zur Verlaufsbeurteilung. PHQ-D basiert auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV, die Kurzanleitung ist adaptiert an ICD-10.

2.1.2.2 Formen

Der Gesundheitsfragebogen liegt in einer Komplettversion und in einer Kurzform vor und leitet sich von dem aus den USA stammenden „Prime MD Today“ (PHQ und BriefPHQ) ab.

Die Komplettversion mit 77 Items ermöglicht die Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Des Weiteren gibt es Fragen zur psychosozialen Funktionalität, zu Stressoren, kritischen Lebensereignissen und –für Frauen- zu Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. Der Fragebogen ist hierbei in 16 Abschnitte unterteilt, die teilweise nur ein Item umfassen. Einige Items sind bei Negierung einer vorausgehenden Frage zu überspringen.

Den Items sind verschiedene Antwortkategorien zugeordnet. Im einfachsten Fall soll der Patient/Proband zwischen „ja“ und „nein“ entscheiden. Bei anderen Items muss man auf drei- bis vierstufigen Skalen zwischen Alternativen wählen, beispielsweise von „nicht beeinträchtigt“ bis „stark beeinträchtigt“ bzw. von „überhaupt nicht“ bis „beinahe jeden Tag“. Die Frage „Was belastet Sie zur Zeit im Leben am meisten?“ stellt als offene Frage eine Ausnahme dar.

Im ersten Abschnitt werden somatoforme Syndrome erfasst, im zweiten Abschnitt depressive Erkrankungen. Die Bereiche drei bis fünf decken Paniksyndrome und andere Angstsyndrome ab. Paniksyndrom liefert Hinweise auf eine Panikstörung oder Agoraphobie mit Panikstörung. Das Screening nach anderen Angstsyndromen soll generalisierte Angststörungen (F41.1) oder nicht näher bezeichnete Angststörungen (F41.9) erkennen. Mit Essstörungen befassen sich die Teilbereiche sechs bis acht, mit Alkoholproblemen die Bereiche neun und zehn. Die Komplettversion ist im Anhang zu sehen.

Die Kurzversion erfasst die Skalen depressive Störungen, Panikstörung und psychosoziale Funktionalität. Der Fragebogen gliedert sich in drei Abschnitte mit neun, fünf und einem Item. Auch hier variieren die Antwortkategorien. Den ersten Abschnitt bildet die Depressionsskala. Hier werden die Fragen auf einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „beinahe jeden Tag“ beantwortet (0 = überhaupt nicht/ 1 = an einzelnen Tagen/ 2 = an mehr als der Hälfte der Tage/ 3 = beinahe jeden Tag). Die Skala für Paniksyndrom lässt als Antwortmöglichkeit zwischen „ja“ und „nein“ wählen, wobei dieser Bereich zu überspringen ist, wenn die erste Frage nach einer Angstattacke in den letzten vier Wochen verneint wird. Der Abschnitt für psychosoziale Funktionalität gibt vier Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht erschwert“ bis „sehr stark erschwert“ vor.

Die Items der Kurzversion sollen hier dargestellt werden, zudem ist die Kurzversion im Anhang abgebildet. Die Items der Skala Depression der Kurzversion entsprechen den Items der Komplettversion. Auch die Items a) bis d) der Skala Angst entsprechen denen der Komplettversion. Die Frage nach körperlichen Symptomen während eines schlimmen Angstanfalls wird in der Kurzversion als ein Item in der Skala Angst abgefragt, in der Komplettversion stellt dieses Thema eine eigene Skala mit 11 Items dar.

1. Depressionsskala - wird mit folgender Frage eingeleitet: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
- Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf
- Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
- Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
- Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben
- Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen
- 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?
- Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

2. Angstskala – Fragen zum Thema „Angst“:

- Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3!

- Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf- d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/ oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?
- Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder –klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?

3. Psychosoziale Funktionalität : Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.

Die einzelnen diagnostischen Module des kompletten PHQ-D bzw. der Kurzform können flexibel zusammengesetzt und somit an die jeweilige inhaltliche Fragestellung angepasst werden.

2.1.2.3 Auswertung

Bei der Auswertung der Fragebogen muss Folgendes beachtet werden. Zum einen sollte man bedenken, dass die Beantwortung der Fragen ausschließlich auf den Selbstangaben des Patienten beruht. Deshalb müssen die Diagnosen, die sich aus dem Fragebogen ergeben, im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten überprüft werden. Zum anderen ist zu beachten, dass die Diagnostik mittels PHQ-D auf Syndromebene stattfindet. Das heißt die Fragen einer Skala geben Hinweise auf eine Störung. Eine Diagnose auf Störungsebene, also gemäß der ICD-10 Klassifikation, kann aber nicht gestellt werden, da nicht alle Informationen, die für eine vollständige ICD-10-Diagnostik notwendig sind, erhoben werden.

Es bestehen zwei Arten der Auswertung. Zum einen hat die Auswertung die Diagnosestellung als Zielsetzung und erfolgt mittels kategorialer Auswertung. Je nach Antwortverhalten und den damit verbundenen Symptomen kann dem Patienten ein Syndrom/ eine Kategorie zugeordnet werden. Die Diagnosestellung auf Syndromebene kann bei der Komplettversion mit Hilfe der zugehörigen Schablonen erfolgen. Es ist allerdings auch eine Auswertung ohne Schablonen möglich. Hierzu liegen Auswertungsalgorithmen vor. Kurzform des PHQ-D ist der Auswertungsalgorithmus in der Fußzeile des Fragebogens enthalten. Die Kodierung für die Kurzform soll aber auch an dieser Stelle beschrieben werden.

1. Skala depressives Syndrom:

- Major depressives Syndrom: Die Diagnose für dieses Syndrom wird gestellt, wenn mindestens fünf der neun Fragen der Depressionsskala mit „an mehr der Hälfte der Tage“ beantwortet sind; unter diesen befindet sich auch die Frage nach Interesse/Freude an Tätigkeiten (1a) oder die Frage nach Niedergeschlagenheit/Schwermut/Hoffnungslosigkeit (1b). Die Frage nach Suizidgedanken (1i) wird auch dann mitgezählt, wenn sie mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet wird.
- Andere depressive Syndrome: Zwei, drei oder vier der neun Fragen sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich (wie oben) auch Frage 1a oder 1b. Das Item zu Suizidgedanken (1i) wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.

2. Skala Paniksyndrom:

- Paniksyndrom: Jede der fünf Fragen 2a-e ist mit „JA“ beantwortet.

3. Psychosoziale Funktionalität: Dieses Item evaluiert die Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktion und hat somit klinische Bedeutung in den Punkten Schweregrad und Notwendigkeit für Therapie.

Zweitens ist neben der kategorialen, eine kontinuierliche Auswertung möglich zur Ermittlung von Skalenpunktwerten für die Skalen „Depressivität“, „somatische Störungen“ und „Stress“ mit dem Ziel einer Schweregradeinschätzung. Hierfür werden den Antwortkategorien „überhaupt nicht/ an einzelnen Tagen/ an mehr als der Hälfte der Tage/ beinahe jeden Tag“ die Punktwerte 0, 1, 2 und 3 zugewiesen. So ergibt sich beispielsweise der Skalenpunktwert

„Depressivität“ aus der Summe der Punktwerte über die neun Items und variiert somit zwischen 0 und 27. Diese Scores geben Anhaltspunkte zur Schwere der Erkrankung und sind zum Beispiel hilfreich zur Beurteilung des Therapieverlaufs.

Die mit dem Fragebogen gestellte Diagnose kann dann auf dem Therapie- und Diagnosebogen festgehalten werden und mit weiteren Informationen (weitere Diagnosen, Therapieplan) vervollständigt werden.

2.1.3 Befunde zu ISR und PHQ

2.1.3.1 Studien zum ISR

1. Tritt et al (2008): In dem Artikel werden Daten einer ersten, kleineren Kreuzvalidierung der ISR-Version 2.0 vorgestellt. Zum einen erfolgte ein Vergleich mit dem SCL-90-R mit einer Stichprobengröße von 89 Probanden. Zum anderen wurde ein Vergleich mit dem PHQ-D an einer Stichprobe mit 22 Patienten durchgeführt. Die Teilnehmer entstammen vier verschiedenen psychosomatischen Einrichtungen. Es ergaben sich stets hoch signifikante Korrelationen nach Pearson. (** = $p \leq 0{,}01$):

- GSI vs. ISR: Gesamtscore: 0,795**

- SCL-90-R: Depressionsskala vs. ISR: Depressives Syndrom: 0,76**
- PHQ-Depressivität vs. ISR: Depressives Syndrom: 0,77**

- SCL-90-R: Phobische Angst vs. ISR: Angstsyndrom: 0,72**
- SCL-90-R: Ängstlichkeit vs. ISR: Angstsyndrom: 0,66**

- SCL-90-R: Zwanghaftigkeit vs. ISR: Zwangssyndrom: 0,49**

- SCL-90-R: Somatisierung vs. ISR: Somatoformes Syndrom: 0,37**
- PHQ-Somatische Symptome vs. ISR: Somatoformes Syndrom: 0,56**

2. Fischer et al (in print): In dieser Studie werden anhand einer Stichprobe von 1057 Patienten verschiedene psychometrische Eigenschaften gemessen, dabei wurden gute

Ergebnisse erzielt. Durch eine explorative Faktorenanalyse wurde die dimensionale Struktur des Fragebogens geprüft. Dabei kann jeder Syndromskala ein Faktor zugeordnet werden. Zudem sind die Ladungen der jeweils relevanten Items außerordentlich hoch, die Ladungen anderer Items auf den Faktor deutlich geringer. Die Varianzaufklärung der 5 extrahierten Faktoren beträgt insgesamt 73%. Hohe Interne Konsistenz wurde für die Items ermittelt: Cronbachs alpha rangiert zwischen 0,68 und 0,90. Die Retest-Reliabilität wurde an einer Teilstichprobe von 104 Patienten geprüft. Der Messabstand betrug dabei im Mittel 33,9 Tage. Dabei wurden hochsignifikante Korrelationen zwischen den beiden Messwerten einer Skala ermittelt (Depression 0,786, Angst 0,820, Zwang 0,741, Somatoforme Störung 0,780, Essstörung 0,854, Zusatzskala 0,790, Gesamtscore 0,827). Die Interne Konsistenz, die Retest-Reliabilität und die dimensionale Struktur sprechen dafür, dass die erhobenen Syndrome gut gemessen werden können.

3. Brandt, (2009): In einer Studie mit einer Stichprobengröße von 969 Patienten wird zur Sicherung der konvergenten Validität eine Kreuvalidierung der ISR-Depressionsskala zum einen mit dem SCL-90-R und zum anderen mit dem BDI durchgeführt. Dabei lassen sich vor und nach der Behandlung gute, signifikante Korrelationen zu beiden Fragebogen ermitteln (0,726- 0,799). Zudem lässt sich beim ISR eine höhere prä-minus-post Differenz der Mittelwerte mit 1,40 ermitteln, im Gegensatz zu 0,89 beim SCL und 0,74 beim BDI. Des Weiteren wird der ISR-Depressionsskala eine höhere Effektstärke nach Cohen von d = 1,60 nachgewiesen (SCL-90-R: d = 1,17; BDI: d = 1,25), womit eine hohe Änderungssensitivität konstatiert wird und sich somit gut zur Verlaufsmessung eignet.

Weitere Studien (Kreuzvalidierung, Normierung, Faktorenanalyse) sind in Vorbereitung.

2.1.3.2 Studien zum PHQ

Gesucht wurde nach Studien, die die Validität und Reliabilität des PHQ-D untersuchen.

Die computergestützte Literaturrecherche erfolgte vor allem in dem Datenbanksystem MEDLINE.

Bei der Recherche nach Studien über den Gesundheitsfragebogen für Patienten wurden als Schlüsselbegriffe PHQ und Patient Health Questionnaire eingegeben. Relevante Suchergebnisse werden nun in zusammengefasster Form vorgestellt.

1. *Löwe et al. 2004b*: Unter der Fragestellung, ob zur Diagnose und zum Monitoring einer depressiven Episode gemäß ICD-10 ein Screeninginstrument anderen überlegen ist, wurde die Kriterien-Validität des *Patient Health Questionnaire* (PHQ) im Vergleich zu zwei gut etablierten Instrumenten, der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) und dem *WHO Well-Being Index 5* (WBI-5), untersucht. 501 Studienteilnehmern wurden die Fragebogen vorgelegt und jeder erhielt ein strukturiertes klinisches Interview. Als Standard für das Vorhandensein einer depressiven Episode galt die *International Diagnostic Checklist* (IDCL) nach ICD-10. Ergebnis dieser Studie war, dass nur eine mäßige, diagnostische Übereinstimmung (kappa= 0,34 – 0,56) zwischen den drei Fragebogen und der IDCL (*International Diagnostic Checklist*) vorhanden ist, allerdings mit den höchsten Werten für PHQ. Während alle drei Fragebogen eine recht gute Sensitivität (68%-94%) und Spezifität (65%-84%) aufwiesen, war der PHQ in der Gesamtbeurteilung den beiden anderen Fragebogen signifikant überlegen. Abschließend stellen die Autoren fest, dass alle drei Fragebogen gleichermaßen geeignet sind für den klinischen Gebrauch. Allerdings zeigt diese vergleichende Studie auch, dass es von diagnostischem Vorteil für ein Screeninginstrument ist, die ICD-10 Diagnosekriterien zu verwenden.

2. *Diez-Quevedo et al. 2001*: In der Studie wird untersucht, ob die Spanische Version des *Patient Health Questionnarie* (PHQ) valide und ausreichend nützlich ist, um psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus festzustellen. Es nahmen 1003 Patienten an der Studie teil, welche alle den *Patient Health Questionnaire* (PHQ) und das *Beck Depression Inventory* (BDI) ausfüllten, zudem erhielten alle Patienten ein strukturiertes klinisches Interview. Bei 42% der Patienten wurde eine Diagnose mittels PHQ gestellt. Die Studie ergab eine gute Übereinstimmung zwischen den mit PHQ gestellten Diagnosen und denen eines

unabhängigen Psychiaters (Cohen´s kappa = 0,74; Sensitivität von 87% und Spezifität von 88%). Ein Index zur Symptomschwere, der mit dem PHQ berechnet wurde, korrelierte signifikant sowohl mit der Zahl an auffälligen, depressiven Symptomen, die im Interview gefunden wurden, als auch mit dem BDI-Gesamtscore. Die Gesamtbeurteilung ist somit zufriedenstellend. Die Validität der spanischen Version des PHQ, angewandt an Krankenhauspatienten, ist also vergleichbar mit der englischen Version, angewandt in der medizinischen Grundversorgung.

3. *Kroenke et al. 2002*: Die Validität eines kurzen Messinstruments (des PHQ-15) in Bezug auf die Erfassung der Schwere von somatischen Symptomen, wird in dieser Studie überprüft. Der PHQ-15 besteht aus 15 Items, 13 dieser Fragen befinden sich in der Somatisierungsskala des PHQ. Zwei verschiedene Gruppen nahmen an der Studie teil: 3000 Patienten aus der medizinischen Grundversorgung und 3000 Probanden aus der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Die 15 Items müssen auf einer dreistufigen Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 2 (sehr stark) beantwortet werden, somit variiert der Summenscore zwischen 0 und 30. In der Studie zeigte sich, dass, wenn die Schwere der Symptome, gemessen mit dem PHQ-15, steigt, der funktionale Status auf allen sechs SF-20 Skalen fällt (die *20-item Short-Form General Health Survey* misst den funktionalen Zustand) und gleichzeitig symptombezogene Beschwerden, Krankheitstage und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung steigen. PHQ-15-Scores von jeweils fünf, zehn und fünfzehn repräsentieren cutoff points für einen niedrigen, mittleren und hohen Schweregrad an somatischen Symptomen. Die Ergebnisse fielen in beiden untersuchten Gruppen ähnlich aus. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der PHQ-15 ein kurzer Selbstbeurteilungsfragebogen ist, der beim Screening von Somatisierungsstörungen und beim Monitoring der Symptomschwere in der klinischen Praxis und in der Forschung von Nutzen sein kann.

4. *Kroenke et al. 2001*: Um die Schwere von depressiven Störungen zu messen, wurde die Validität einer kurzen, neuen Messmethode, dem PHQ-9 in zwei Gruppen (3000 Patienten aus der medizinischen Grundversorgung und 3000 Patienten aus der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie) untersucht. Der PHQ-9 ist das Depressivitätsmodul des *Patient Health Questionnaire* und ermöglicht die Beantwortung jedes der neun DSM-IV-Kriterien auf einer Likert-Skala von „0“ (überhaupt nicht) bis „3“ (fast jeden Tag), somit ergibt sich eine mögliche Verteilung

der Werte von 0 bis 27. Die Konstruktvalidität wurde bewertet anhand der 20-Item Short-Form, der Krankheitstage, der Klinikbesuche und der symptombezogenen Schwierigkeiten. Die Kriterienvalidität wurde anhand eines strukturierten klinischen Interviews bewertet, das von einem MHD (mental health professional) mit dem Patienten geführt wurde. Mit der Zunahme der Depressionsschwere laut PHQ-9 wurde auf allen sechs SF-20-Skalen ein Rückgang des funktionalen Status gemessen. Mit einem strukturierten, klinischen Interview als Goldstandard ergab sich bei einem PHQ-9 score ≥ 10 für eine Major Depression eine Sensitivität von 88% und eine Spezifität von 88%. PHQ-9 Scores von jeweils 5, 10, 15 und 20 repräsentierten eine milde, mäßige, mittelschwere und schwere Depression. Man kam in beiden Gruppen zu ähnlichen Ergebnissen. Kroenke et al. kommen zu dem Schluss, dass der PHQ-9 ein zuverlässiges und valides Instrument zur Messung der Schwere von Depression ist und dass diese Charakteristiken und Kürze des Fragebogens den PHQ-9 zu einem nützlichen Werkzeug für Klinik und Forschung machen.

5. *Löwe et al. 2004c*: Obwohl eine wirksame Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen regelmäßige Folgeuntersuchungen und ein Überwachen der Symptome erfordert, fehlt es an einer effizienten Methode, die das Outcome der Behandlung bewertet. Unter diesem Aspekt wurde das Ansprechen der Behandlung, die Reproduzierbarkeit und die MCID (*minimal clinically important difference*) des *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) während einer Zeitspanne von sechs Monaten an 434 Patienten untersucht. Zum Vergleich wurden die *Symptom Checkliste-20* (SCL-20) sowie zwei unabhängige, strukturierte, diagnostische Interviews für Depression im Abstand von 6 Monaten verwendet. Das Ansprechen der Therapie zeigte sich in einem Abweichen von der Baseline der beiden Fragebogen. Der PHQ-9 misst nach drei Monaten signifikant größere Unterschiede als der SCL-20 (PHQ: - 1,3 vs. SCL-20: - 0,9) und nach sechs Monaten sind die Abweichungen vergleichbar groß (PHQ: - 1,3 vs. SCL-20: - 1,2). Die gemessenen Veränderungsscores von beiden Fragebogen konnten gut zwischen Patienten unterscheiden mit persistierender oder partieller Major Depression oder Major Depression in voller Remission. Die Test-Retest-Reliabilität des PHQ-9 war hervorragend ($r_{(ICC)}$ = 0,81 bis $r_{(ICC)}$ = 0.96). Als diagnostisches Instrument gut-validiert ist der PHQ-9 ansprechend und reliabel zur Messung des Behandlungserfolgs.

6. *Henkel et al. 2004*: Ziel der Studie war die diagnostische Genauigkeit von drei Screeninginstrumenten für depressive Störungen zu bewerten und zu vergleichen. Es handelt sich dabei um die Kurzform des *Patient Health Questionnaire* (PHQ), den *General Health Questionnare-12* (GHQ-12) und den *WHO Well-Being Index 5* (WBI-5). Die Untersuchung erfolgte an 448 Patienten aus der medizinischen Grundversorgung. Die diagnostische Genauigkeit (gemessen mit Sensitivität und Spezifität) der drei Screeninginstrumente variierte in den verschiedenen Patientengruppen. Die Bewertung der Überlegenheit eines Fragebogens über die anderen hängt von der jeweils untersuchten Untergruppe ab. Ergebnis war, dass Alter, Geschlecht, Form (Subtyp) und Schwere der Depression die Testcharakteristika eines Screeninginstruments beeinflussen.

7. *Löwe et al. 2004a*: Ein Vergleich der Validität der drei Screeningfragebogen *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *WHO Well-Being Index 5* (WBI-5) und *Patient Health Questionnaire* (PHQ) für depressive Störungen gemäß den DSM-IV Kriterien, wird in dieser Studie erstellt. 501 Patienten füllten alle drei Fragebogen aus und erhielten ein strukturiertes klinisches Interview (SCID) als Goldstandard. Bei der Messung der Reliabilität stellte sich heraus, dass alle Depressivitäts-Skalen eine hervorragende innere Konsistenz aufzeigen (Cronbach´s alpha: PHQ, 0,88; HADS, 0,86; WBI-5, 0,91). Auch korrelieren die untersuchten Skalen sehr gut miteinander, was zeigt, dass alle drei Skalen ein ähnliches Konstrukt untersuchen (HADS x PHQ: r = 0,74; WBI-5 x PHQ: r = 0,73; HADS x WBI-5: r = 0,76) Für „Major Depression“ waren die untersuchten Gütekriterien des PHQ den beiden anderen signifikant überlegen. Auch für sämtliche Formen einer depressiven Störung war der PHQ in dieser Stichprobe überlegen, allerdings nicht statistisch signifikant auf einem 5%-Niveau. Cut-off-points für das Screening der Major Depression hatten eine Sensitivität von 98% für PHQ, von 94% für WBI-5 und von 85% für HADS. Die entsprechende Spezifität war 80% für PHQ, 78% für WBI-5 und 76% für HADS. Abschließend stellen die Autoren fest, dass alle drei Instrumente gut zum Screening von depressiven Störungen geeignet sind, aber dass signifikante Unterschiede in der Kriterienvalidität bestehen. Diese Ergebnisse können hilfreich bei der Wahl der Fragebogen und cut-off-points sein.

Aufgrund dieser Studien zeigt sich, dass der PHQ gut als Screeninginstrument geeignet ist, aber auch zum Monitoring und zur Verlaufsbeurteilung herangezogen werden kann. Er hat eine hohe Sensitivität und Spezifität, ist zuverlässig und valide. Allerdings ist einzuwenden, dass in fünf der sieben Studien nur depressive Störungen und die Depressionsskala untersucht wurde, in einer Studie wurden allein somatoforme Störungen untersucht und nur zwei Studien bezogen sich auf alle Module des PHQ. Außerdem wurde in einer Studie nur eine mäßige, diagnostische Übereinstimmung des PHQ mit dem Goldstandard gefunden. Zudem konnte in einer Studie gezeigt werden, dass die Wahl des Screeninginstruments von der zu untersuchenden Population abhängen sollte, da verschiedene Faktoren auf die Güte des Tests Einfluss nehmen.

2.2 Stichprobenbeschreibung

2.2.1 Beschreibung der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Charité zu Berlin

Die Studienteilnehmer sind Patienten der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Charité zu Berlin unter der Leitung des ärztlichen Direktor Prof. Dr. med. B.F. Klapp.

Die Klinik gliedert sich in einen stationären Bereich und in einen ambulanten/poliklinischen Bereich. Zudem werden Patienten anderer Kliniken der Charité konsiliarisch behandelt.
Im stationären Bereich werden vor allem somatopsychische und psychosomatische Erkrankungen behandelt, dabei wird das gesamte Spektrum funktioneller Störungen erfasst. Die Behandlung auf Station erfolgt zum einen mit Schwerpunkt Diagnostik und zum anderen mit Schwerpunkt Therapie.

Die häufigsten Diagnosen der stationären Patienten sind in absteigender Reihenfolge in folgender Tabelle aufgelistet:

Tabelle 2 Entlassdiagnose

1.	Belastungs- und Anpassungsstörungen F43
2.	Somatoforme Störungen F45
3.	Depressive Störungen F32/F33
4.	Essstörungen F50
5.	Angst- und phobische Störungen F40/F41

Da die Studienteilnehmer zum einen aus der Poliklinik stammen und zum anderen aus dem Konsiliardienst, sollen diese beiden Bereiche separat vorgestellt werden.

2.2.1.1 Beschreibung der Poliklinik

Patienten, die sich in der Poliklinik vorstellen, streben meist eine stationäre Behandlung an. Diese Patienten suchen gezielt Kontakt zur Psychosomatik, weil sie entsprechende Beschwerden haben oder sie werden gezielt von niedergelassenen Ärzten in die Ambulanz geschickt, weil dort bereits eine psychische Erkrankung festgestellt wurde. In der Poliklinik gilt es zu überprüfen, ob eine Indikation zur stationären Aufnahme besteht bzw. welches weitere Procedere erfolgen soll. Die poliklinische Diagnostik dient einerseits der Optimierung stationärer Behandlungsprozesse, andererseits sollen auch Patienten für den Studentenunterricht gewonnen werden. In der Ambulanz ist die Anzahl der Patienten in den Jahren 1998 bis 2005 von 1190 auf 1480 angewachsen. Die überweisenden Fachrichtungen sind vor allem Ärzte der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Nervenheilkunde. Aber auch aus den Fachbereichen Anästhesiologie, Gynäkologie, Dermatologie, Chirurgie oder Urologie werden regelmäßig Patienten überwiesen.

2.2.1.2 Beschreibung der konsiliarischen Betreuung

Die anderen Kliniken der Charité werden konsiliarisch von der Psychosomatik mitbetreut. Konsiliarpatienten unterscheiden sich insofern von den Patienten aus der Poliklinik, dass sie bereits wegen einer somatischen Erkrankung in Behandlung sind. Durch lange Krankenhausaufenthalte oder durch schwere Erkrankungen kann es zu einer psychischen Beeinträchtigung kommen, so dass der Konsiliardienst in Anspruch genommen wird. Bei der Entstehung mancher Krankheiten wird darüber hinaus ein psychischer Ursprung vermutet, was immer wieder eine konsiliarische Stellungnahme nötig macht. Außerdem ist es im

Rahmen von Transplantationen wichtig, dass die Psyche des Patienten mitbeurteilt wird. All diese Gründe führen zu einer Inanspruchnahme von Konsiliardiensten, wobei auch hier eine ständig wachsende Patientenzahl zu verzeichnen ist. Waren es im Jahr 1998 noch 700 Patienten, die im Konsiliardienst gesehen wurden, so wuchs die Anzahl der Patienten stetig auf 2000 Fälle im Jahr 2005. Konsile werden vor allem aus den Bereichen Gynäkologie, Innere Medizin, Anästhesiologie, HNO und Rheumatologie angefordert. Aber auch für die Kliniken Chirurgie, Dermatologie und Neurologie werden regelmäßig Konsildienste geleistet.

2.2.2 Beschreibung der Studienteilnehmer

Im Rahmen der psychosomatischen Behandlung in der Poliklinik und im Konsiliardienst wurde jedem Patienten während der Zeit von 11.07.2007 bis 26.11.2007 der ISR und die Kurzform des PHQ-D vorgelegt. Auf diese Weise füllten 495 Personen beide Fragebogen aus. Dabei stellten sich 394 Patienten (79,6%) in der Poliklinik vor, weil sie z.B. von ihrem Haus- oder Facharzt zur weiteren Abklärung geschickt wurden. 101 Patienten (20,4%) wurden konsiliarisch betreut. Unter den teilnehmenden Personen verteilt sich das Geschlecht folgendermaßen: 72,5% Frauen und 27,5% Männer. Das Alter der Patienten lag im Durchschnitt bei 43,5 Jahren, im Median bei 43 Jahren, die Standardabweichung betrug 14,52. Der jüngste Teilnehmer war 17 Jahre alt, der älteste Teilnehmer 81 Jahre. Eine detaillierte Darstellung der Stichprobe erfolgt unter Glierderungspunkt 3.1 Vergleich der Stichproben.

Tabelle 3 Teilnehmer der Stichproben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Konsil	101	20,4	20,4	20,4
	Poliklinik	394	79,6	79,6	100,0
	Gesamt	495	100,0	100,0	

2.3 Methodik

Im Folgenden werden die statistischen Verfahren erläutert, die in dieser Arbeit zum Einsatz kamen. Für die Berechnung wurde das Statistikprogramm SPSS benutzt.

2.3.1 Kreuztabelle und Chi-Quadrat

Die Kreuztabelle wird zur Betrachtung von kategorialen, nominal- oder ordinalskalierten Variablen herangezogen. Es erfolgt die Darstellung der gemeinsamen Häufigkeitsverteilung zweier Variablen in der Vierfeldertafel.

Der Chi-Quadrat-Test wird in dieser Studie herangezogen zum Vergleich kategorialer Variablen mit der Testung auf Unterschiede zwischen den beiden Stichproben mit den Patienten aus den Bereichen Konsil und Poliklinik. Das Signifikanzniveau wird festgelegt auf $p < 0{,}05$.

2.3.2 T-Test

Der T-Test beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob Unterschiede zwischen zwei Gruppen bestehen.

Mit dem Statistikprogramm SPSS wird der T-Test sowohl für homogene und heterogene Varianzen berechnet. Zugleich wird der Levene-Test auf Varianzhomogenität durchgeführt.

Der T-Test wird in der Studie herangezogen zum Vergleich intervallskalierter Variablen mit der Testung auf Unterschiede der Mittelwerte zwischen den beiden Stichproben mit den Patienten aus den Bereichen Konsil und Poliklinik. Das Signifikanzniveau wird festgelegt auf $p < 0{,}05$.

2.3.3 Korrelationen

In der Studie soll überprüft werden, ob und wie stark Zusammenhänge zwischen den Skalen der Fragebogen ISR und PHQ-K vorhanden sind. Dabei wird jede Skala mit jeder anderen verglichen.

Es ist zu bedenken, dass der Korrelationskoeffizient nur lineare Zusammenhänge aufdeckt. Oftmals ist es daher sinnvoll vor der Berechnung des Korrelationskoeffizienten die Verteilung der zu untersuchenden Items in einem Diagramm miteinander zu vergleichen. Durch die grafische Darstellung beispielsweise in einem Streudiagramm, lässt sich vorab ein erster Eindruck über die Richtung und das Maß eines möglichen Zusammenhangs vermitteln. Im Vorfeld wurden daher Streudiagramme erstellt, um verschiedene Arten von Zusammenhängen vorab zu überprüfen.

Eine Orientierungshilfe bei der Interpretation des Korrelationskoeffizienten soll folgende Tabelle (Brosius, 2006) geben:

Tabelle 4 Interpretation des Korrelationskoeffizienten

Betrag des Korrelationskoeffizienten	Mögliche Interpretation
0	Keine Korrelation
>0 bis 0,2	Sehr schwache Korrelation
0,2 bis 0,4	Schwache Korrelation
0,4 bis 0,6	Mittlere Korrelation
0,6 bis 0,8	Starke Korrelation
0,8 bis < 1	Sehr starke Korrelation
1	Perfekte Korrelation

3. Resultate

3.1 Vergleich der Stichproben

3.1.1 Soziodemographie

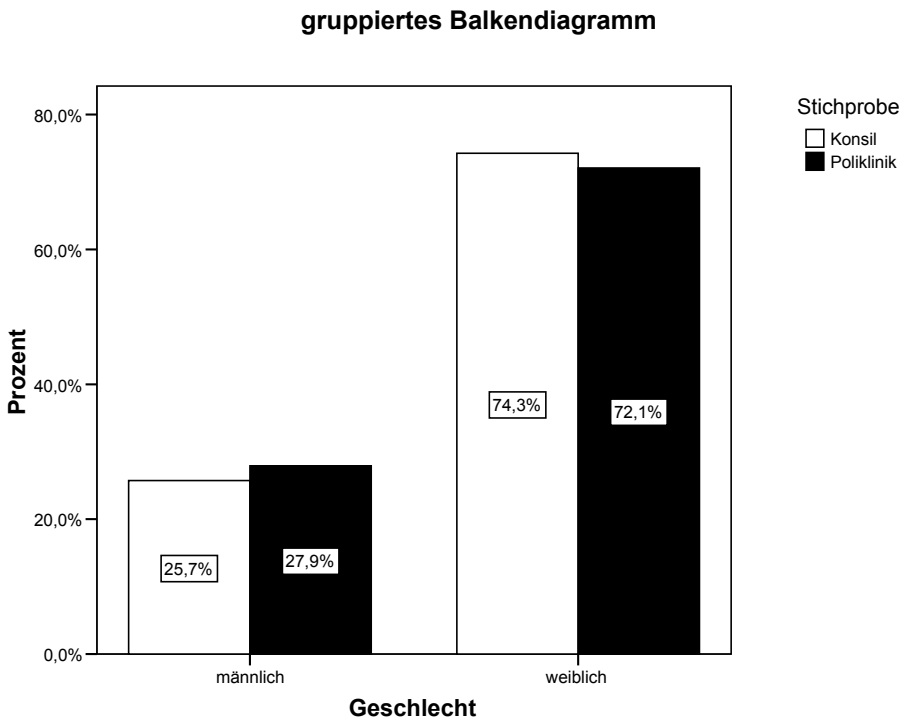
3.1.1.1 Geschlecht

Unter den Konsilpatienten waren 75 Frauen (74,3%) und 26 Männer (25,7%). In der Poliklinik befanden sich 284 weibliche Patienten (72,1%) und 110 männliche Patienten (27,9%). (Siehe Tabelle 5 und Grafik 1). Es konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Geschlechtsmerkmale zwischen den beiden Gruppen belegt werden.

Tabelle 5 Häufigkeitsverteilung Geschlecht

			Stichprobe		
			Konsil	Poliklinik	Gesamt
Geschlecht	männlich	Anzahl	26	110	136
		Erwartete Anzahl	27,7	108,3	136,0
		% von Stichprobe	**25,7%**	**27,9%**	**27,5%**
	weiblich	Anzahl	75	284	359
		Erwartete Anzahl	73,3	285,7	359,0
		% von Stichprobe	**74,3%**	**72,1%**	**72,5%**
Gesamt		Anzahl	101	394	495
		Erwartete Anzahl	101,0	394,0	495,0
		% von Stichprobe	100,0%	100,0%	100,0%

Grafik 1 Häufigkeitsverteilung Geschlecht



3.1.1.2 Alter

In der Stichprobe der Konsilpatienten lag der Altersdurchschnitt bei 44,54 Jahren, der Median bei 46 Jahren mit einer Standardabweichung SD = 13,93. Der jüngste Teilnehmer war 18 Jahre alt, der älteste Teilnehmer 70 Jahre.

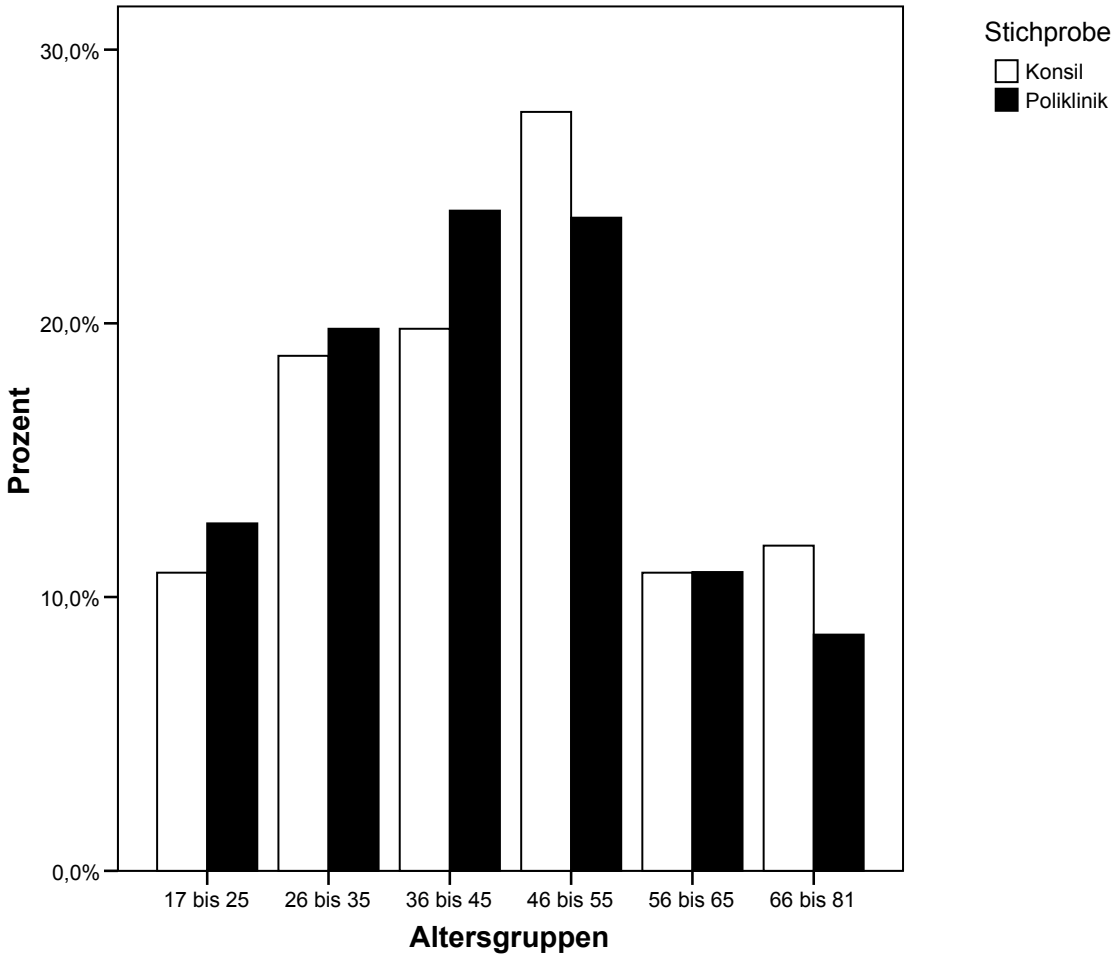
In der Stichprobe der Patienten aus der Poliklinik lag der Altersdurchschnitt bei 43,23 Jahren, der Median bei 43 Jahren mit einer Standardabweichung SD = 14,67. Der jüngste Teilnehmer war 17 Jahre alt, der älteste Teilnehmer 81 Jahre.

Um einen besseren Überblick über die Häufigkeitsverteilung der beiden Stichproben zu verschaffen, folgt zum einen die Darstellung in einer Tabelle mit Untergliederung in Altersgruppen (siehe Tabelle 6) und zum anderen die Darstellung der Altersgruppen in einem gruppierten Balkendiagramm (siehe Grafik 2).

Tabelle 6 Altersgruppen

Stichprobe			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Konsil	Gültig	17 bis 25	11	10,9	10,9	10,9
		26 bis 35	19	18,8	18,8	29,7
		36 bis 45	20	19,8	19,8	49,5
		46 bis 55	28	27,7	27,7	77,2
		56 bis 65	11	10,9	10,9	88,1
		66 bis 81	12	11,9	11,9	100,0
		Gesamt	101	100,0	100,0	
Poliklinik	Gültig	17 bis 25	50	12,7	12,7	12,7
		26 bis 35	78	19,8	19,8	32,5
		36 bis 45	95	24,1	24,1	56,6
		46 bis 55	94	23,9	23,9	80,5
		56 bis 65	43	10,9	10,9	91,4
		66 bis 81	34	8,6	8,6	100,0
		Gesamt	394	100,0	100,0	

Grafik 2 Häufigkeitsverteilung Altersgruppen



Zum Vergleich des Alters in beiden Stichproben wird der T-Test für unabhängige Stichproben herangezogen.
Beim Vergleich der beiden Stichproben konnte kein signifikanter Altersunterschied festgestellt werden.

3.1.1.3 Schulabschluss

In der Gruppe der konsiliarisch behandelten Patienten fehlt bei 100 Patienten (99%) die Angabe zum Schulabschluss. Ein Vergleich der beiden Stichproben ist in diesem Fall nicht sinnvoll. Aus diesem Grunde erfolgt keine statistische Prüfung nach Unterschieden.

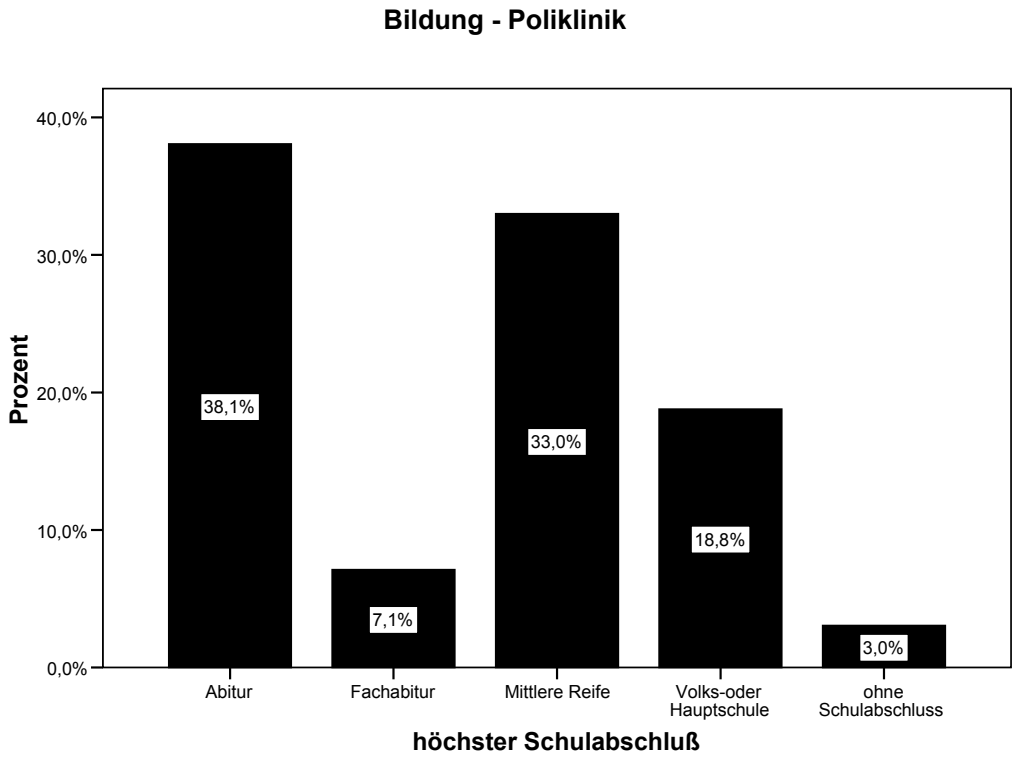
In der Gruppe der Patienten aus der Poliklinik verteilte sich der Schulabschluss folgendermaßen (siehe Tabelle 7 und Grafik 3): Die allgemeine Hochschulreife erreichten 150 Personen (38,1%), die Fachhochschulreife 28 Personen (7,1%), die mittlere Reife 130

Personen (33,0%), den qualifizierten Abschluss 74 Personen (18,8%). Keinen Schulabschluss zu haben gaben 11 Personen (2,8%) an. Ein Patient machte keine Angabe zum Schulabschluss.

Tabelle 7 Häufigkeitsverteilung höchster Schulabschluss

Stichprobe			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Konsil	Gültig	ohne Schulabschluss	1	1,0	100,0	100,0
	Fehlend	Keine Angabe	100	99,0		
	Gesamt		101	100,0		
Poliklinik	Gültig	Abitur	150	38,1	38,2	38,2
		Fachabitur	28	7,1	7,1	45,3
		Mittlere Reife	130	33,0	33,1	78,4
		Volks-oder Hauptschule	74	18,8	18,8	97,2
		ohne Schulabschluss	11	2,8	2,8	100,0
		Gesamt	393	99,7	100,0	
		Keine Angabe	1	,3		
	Gesamt		394	100,0		

Grafik 3 Häufigkeitsverteilung Bildung



3.1.1.4 Psychische Diagnosen

Eine ICD-10 Diagnose aus dem Kapitel V (F) wird bei 76 Teilnehmern (75,2%) der Stichprobe mit Konsil gestellt. Dabei ist diese in 65 Fällen (64,4%) Hauptdiagnose und in 11 Fällen (10,9%) Nebendiagnose. Bei 25 Patienten (24,8%) wird keine psychische Diagnose gestellt.

Die Studienteilnehmer aus der Poliklinik erhalten zu 88,6% (349 Patienten) eine ICD-Diagnose. In 308 Fällen (78,2%) ist diese Hauptdiagnose, in 41 Fällen (10,4%) Nebendiagnose. 45 Patienten (11,4%) verbleiben ohne psychische Diagnose (siehe Tabelle 8).

Tabelle 11 F-Diagnose als Hauptdiagnose

Stichprobe			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Konsil	Gültig	Hauptdiagnose	65	64,4	64,4	64,4
		Nebendiagnose	11	10,9	10,9	75,2
		keine F-Diagnose	25	24,8	24,8	100,0
		Gesamt	101	100,0	100,0	
Poliklinik	Gültig	Hauptdiagnose	308	78,2	78,2	78,2
		Nebendiagnose	41	10,4	10,4	88,6
		keine F-Diagnose	45	11,4	11,4	100,0
		Gesamt	394	100,0	100,0	

Zwischen den beiden Stichproben besteht ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Vergabe der F-Diagnose als Haupt- oder Nebendiagnose (Chi-Quadrat nach Pearson: Wert 12,16, df 2, $p<0,01$).

Es werden 62 verschiedene Diagnosen aus dem Kapitel V (F) der ICD-10 bei Aufnahme ermittelt. Die Diagnosen werden nach einem etwa 45-minütigen Anamnesegespräch durch den Arzt oder Psychologen gestellt und nach ICD-10 klassifiziert. Die gestellten Diagnosen wurden dann 7 Hauptgruppen zugeordnet, um die Häufigkeitsverteilung übersichtlicher zu gestalten. Diagnosen, die nicht einer der Hauptgruppen zugeordnet werden konnten, wurden unter „andere Störung“ zusammengefasst. Die Verteilung der Diagnosen ist in den folgenden beiden Tabellen und Grafen dargestellt. Die Tabellen (Graphen) unterscheiden sich darin, dass einmal die Patienten ohne F-Diagnose in die prozentuale Verteilung mit eingehen und einmal die Berechnung ohne diese Patienten erfolgt.

Unter den Konsilpatienten ergab sich somit (vergleiche Tabelle 12/13 und Grafik 4) folgende Rangreihenfolge: Am häufigsten treten somatoforme Störungen mit 15,8%/21,1% auf. An zweiter Stelle stehen depressive Störungen und psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten mit jeweils 12,9%/17,1%. Es folgen Anpassungsstörungen (10,9%/14,5%) und dissoziative Störungen (7,9%/10,5%). Unter Essstörungen leiden 5,9%/7,9%, unter Angststörungen 3,0%/3,9%.

Bei den Poliklinikpatienten verteilt sich die Rangreihenfolge wie folgt (vergleiche Tabelle 9/10 und Grafik 4/5): An erster Stelle stehen somatoforme Störungen mit 22,3%/25,2%. Am zweithäufigsten sind depressive Störungen mit 21,8%/24,6%, am dritthäufigsten Anpassungsstörungen mit 15,7%/17,8%. In der Rangfolge treten als Nächstes Essstörungen (9,9%/11,2%) und Angststörungen (8,6%/9,7%) auf. Im Gegensatz zu den Konsilpatienten leiden von den Poliklinikpatienten nur 2,5%/2,9% unter dissoziativen Störungen und nur 0,3%/0,3% unter psychologischen Faktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten.

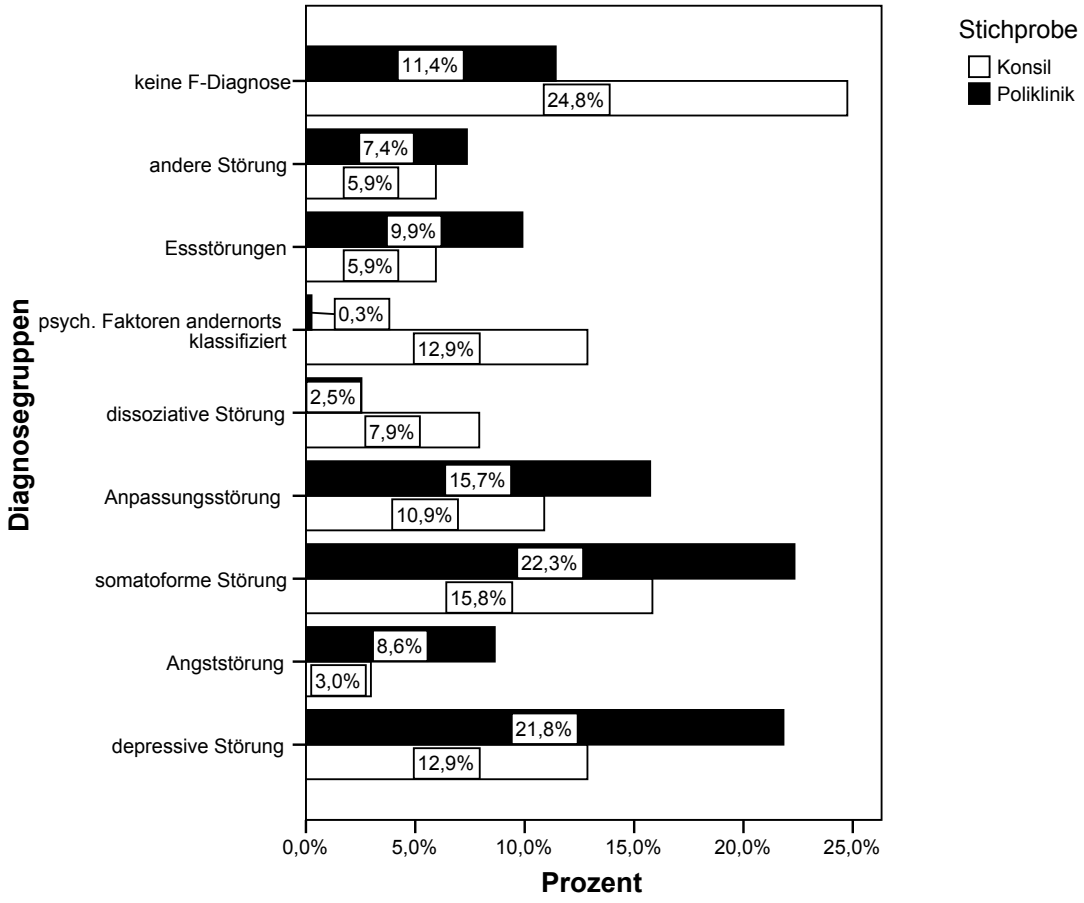
Tabelle 9 Diagnosegruppen psychischer Störungen (inklusive Patienten ohne F-Diagnose)

			Stichprobe		
			Konsil	Poliklink	Gesamt
Diagnosegruppen	depressive Störung	Anzahl	13	86	99
		% von Stichprobe	12,9%	21,8%	20,0%
	Angststörung	Anzahl	3	34	37
		% von Stichprobe	3,0%	8,6%	7,5%
	somatoforme Störung	Anzahl	16	88	104
		% von Stichprobe	15,8%	22,3%	21,0%
	Anpassungsstörung	Anzahl	11	62	73
		% von Stichprobe	10,9%	15,7%	14,7%
	dissoziative Störung	Anzahl	8	10	18
		% von Stichprobe	7,9%	2,5%	3,6%
	psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	Anzahl	13	1	14
		% von Stichprobe	12,9%	,3%	2,8%
	Essstörungen	Anzahl	6	39	45
		% von Stichprobe	5,9%	9,9%	9,1%
	andere Störung	Anzahl	6	29	35
		% von Stichprobe	5,9%	7,4%	7,1%
	keine F-Diagnose	Anzahl	25	45	70
		% von Stichprobe	24,8%	11,4%	14,1%
Gesamt		Anzahl	101	394	495
		% von Stichprobe	100,0%	100,0%	100,0%

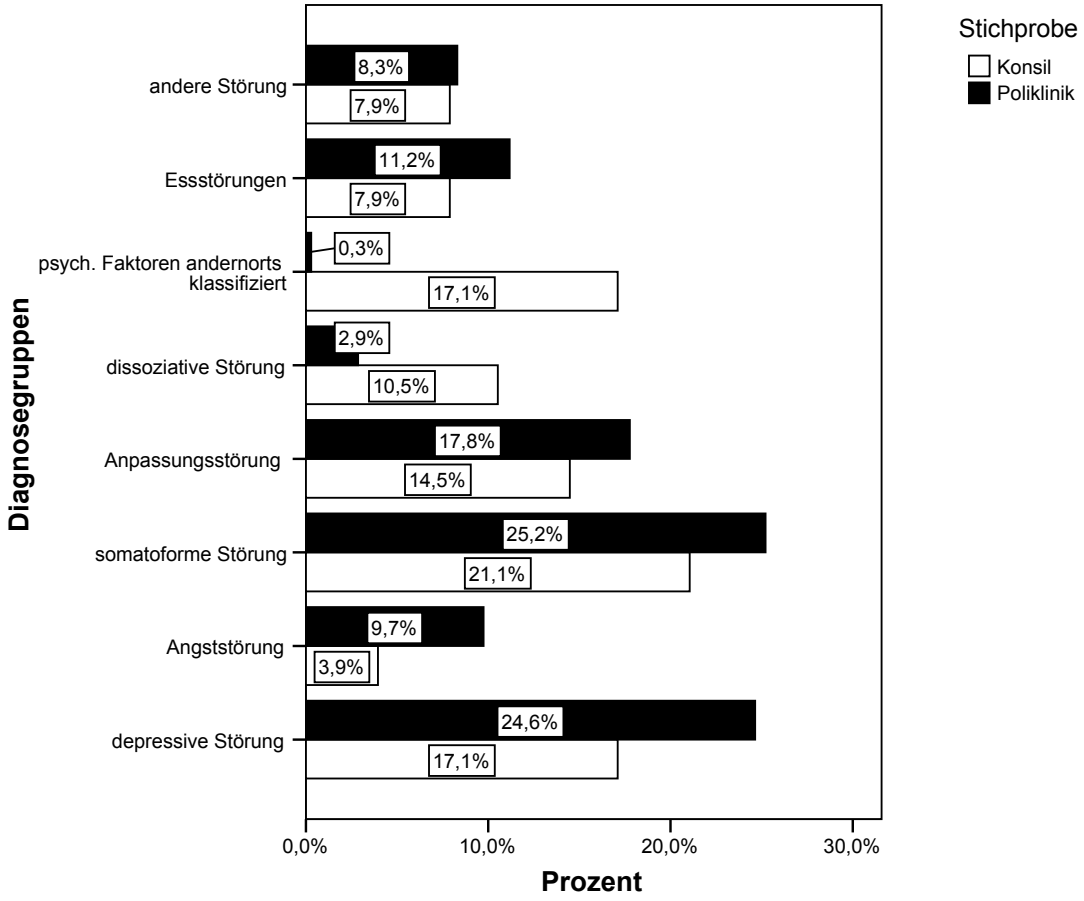
Tabelle 10 Diagnosegruppen psychischer Störungen (exklusive Patienten ohne F-Diagnose)

			Stichprobe		
			Konsil	Poliklinik	Gesamt
Diagnosegruppen	depressive Störung	Anzahl	13	86	99
		% von Stichprobe	17,1%	24,6%	23,3%
	Angststörung	Anzahl	3	34	37
		% von Stichprobe	3,9%	9,7%	8,7%
	somatoforme Störung	Anzahl	16	88	104
		% von Stichprobe	21,1%	25,2%	24,5%
	Anpassungsstörung	Anzahl	11	62	73
		% von Stichprobe	14,5%	17,8%	17,2%
	dissoziative Störung	Anzahl	8	10	18
		% von Stichprobe	10,5%	2,9%	4,2%
	psych. Faktoren andernorts klassifiziert	Anzahl	13	1	14
		% von Stichprobe	17,1%	,3%	3,3%
	Essstörungen	Anzahl	6	39	45
		% von Stichprobe	7,9%	11,2%	10,6%
	andere Störung	Anzahl	6	29	35
		% von Stichprobe	7,9%	8,3%	8,2%
Gesamt		Anzahl	76	349	425
		% von Stichprobe	100,0%	100,0%	100,0%

Grafik 4 Diagnosegruppen psychischer Störungen (inklusive Patienten ohne F-Diagnose)



Grafik 5 Diagnosegruppen psychischer Störungen (exklusive Patienten ohne F-Diagnose)



Der Vergleich der psychischen Diagnosen ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben (Chi-Quadrat nach Pearson = 72,94; df = 8; $p < 0,05$/ Chi-Quadrat nach Pearson = 67,65; df = 7; $p < 0,05$). Zum einen besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich der Reihenfolge der psychischen Diagnosen und zum anderen besteht ein signifikanter Unterschied der Anzahl der Patienten ohne F-Diagnose. Beides kann durch das unterschiedliche Patientengut erklärt werden.

3.1.1.5 Somatische Diagnosen

Bei 36 Patienten (35,6%) aus der Stichprobe Konsil ist die Hauptdiagnose eine Diagnose aus dem somatischen Bereich. 11 dieser Patienten (10,9%) haben als Zweitdiagnose eine Diagnose aus dem psychischen Bereich.

In der Stichprobe Poliklinik haben 86 Patienten (21,8%) als Hauptdiagnose eine somatische Diagnose. 41 dieser Patienten (11,4%) haben als Nebendiagnose eine F-Diagnose.

Die einzelnen Diagnosen werden verschiedenen Gruppen gemäß den ICD-10 Kapiteln zugeordnet, was insgesamt eine Aufteilung in 15 Bereiche ergibt. Bei den Konsilpatienten wurden lediglich 8 der 15 Diagnosegruppen besetzt (siehe Tabelle 15). Dabei ergab sich eine Rangreihenfolge mit 1) Krankheiten der (Sub)Kutis (41,8%), 2) Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (25,0%), 3) Symptomen, die andernorts nicht klassifiziert sind (13,9%) und 4) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (8,3%).

Unter den Poliklinikpatienten war jede der 15 Diagnosegruppen vertreten (siehe Tabelle 11). Die fünf häufigsten sind hier aufgelistet: 1) Fettsucht (16,3%), 2) Neubildungen (12,8%), 3) Krankheiten des Urogenitalsystems (11,6%), 4) Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (10,5%) und 5) Krankheiten des Verdauungstraktes (9,3%).

Tabelle 11 somatische Diagnosegruppen

			Konsil	Poliklinik	insgesamt
S-Diagnosen	1. Herpes zoster B02	Anzahl	1	1	2
		% von Stichprobe	2,8%	1,2%	1,6%
	2. Neubildungen C00-D48	Anzahl	1	11	12
		% von Stichprobe	2,8%	12,8%	9,8%
	3. Hämolytische Anämie D59	Anzahl	0	1	1
		% von Stichprobe	,0%	1,2%	,8%
	4. Fettsucht E66	Anzahl	0	14	14
		% von Stichprobe	,0%	16,3%	11,5%
	5. Krankheiten des Nervensystems G00-G99	Anzahl	1	5	6
		% von Stichprobe	2,8%	5,8%	4,9%
	6. Krankheiten des Ohres H60-95	Anzahl	0	4	4
		% von Stichprobe	,0%	4,7%	3,3%
	7. Krankheiten des Kreislaufsystems I00-99	Anzahl	0	5	5
		% von Stichprobe	,0%	5,8%	4,1%
	8. Krankheiten des Verdauungstraktes K00-K93	Anzahl	1	8	9
		% von Stichprobe	2,8%	9,3%	7,4%
	9. Krankheiten der (Sub)kutis L00-L99	Anzahl	15	1	16
		% von Stichprobe	41,7%	1,2%	13,1%
	10. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems M00-M99	Anzahl	3	6	9
		% von Stichprobe	8,3%	7,0%	7,4%
	11. Krankheiten des Urogenitalsystems N00-N99	Anzahl	0	10	10
		% von Stichprobe	,0%	11,6%	8,2%
	12. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett O00-O99	Anzahl	0	3	3
		% von Stichprobe	,0%	3,5%	2,5%
	13. Symptome andernorts nicht klassifiziert R00-R99	Anzahl	5	7	12
		% von Stichprobe	13,9%	8,1%	9,8%

	14. Verletzungen, Vergiftungen S00-T98	Anzahl	0	1	1
		% von Stichprobe	0%	1,2%	,8%
	15. Faktoren, die Gesundheitszustand beeinflussen Z00-Z99	Anzahl	9	9	18
		% von Stichprobe	25,0%	10,5%	14,8%
Gesamt		Anzahl	36	86	122

Zur näheren Erläuterung der Diagnosegruppen:

4. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen, sind z.B. Transplantationsvorbereitung (z.B. Leber) (Z51.4), Untersuchung eines potentiellen Organspenders (Z00.5), Kinderwunsch und Überwachung einer Risikoschwangerschaft (Z35)
5. Krankheiten der Kutis und Subkutis sind insbesondere Urtikaria chronisch-rezidivierend (L50.8), atopisches Ekzem (L20), sonstige Prurigo (L28.2)
6. Neubildungen: vor allem Mamma-CA (C50), aber auch bösartige Neubildung der Cervix uteri (C53) oder des Pankreas (C25)
7. Symptome, Zeichen nicht andernorts klassifiziert: Lymphadenopathie (R59), Schmerzen unklarer Genese (R52.9), Schwindel unklarer Genese (R42), Gangstörung (R26), sonstige Blasenentleerungsstörung (R39.1)
8. Krankheiten des Urogenitalsystems : Zystitis (N30), Vaginismus (N94.2), Schmerzen der weiblichen Genitalien (N94)
9. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: Systemischer Lupus erythematodes (M32.1), Polyarthrose (M15), Wirbelsäulenschmerzen (M54)
10. Krankheiten des Verdauungstraktes: Leberzirrhose äthyltoxisch (K70.3), Reizdarmsyndrom (K58), Colitis ulcerosa (K51)

Der Vergleich der Verteilung verschiedener somatischer Diagnosegruppen ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben (Chi-Quadrat nach Pearson = 57,132; df = 14; $p<0,05$).

Im Folgenden werden die beiden Stichproben auf Unterschiede in der Beantwortung der Fragebogen untersucht. Dabei wird für jede Skala ein T-Test für unabhängige Stichproben ermittelt.

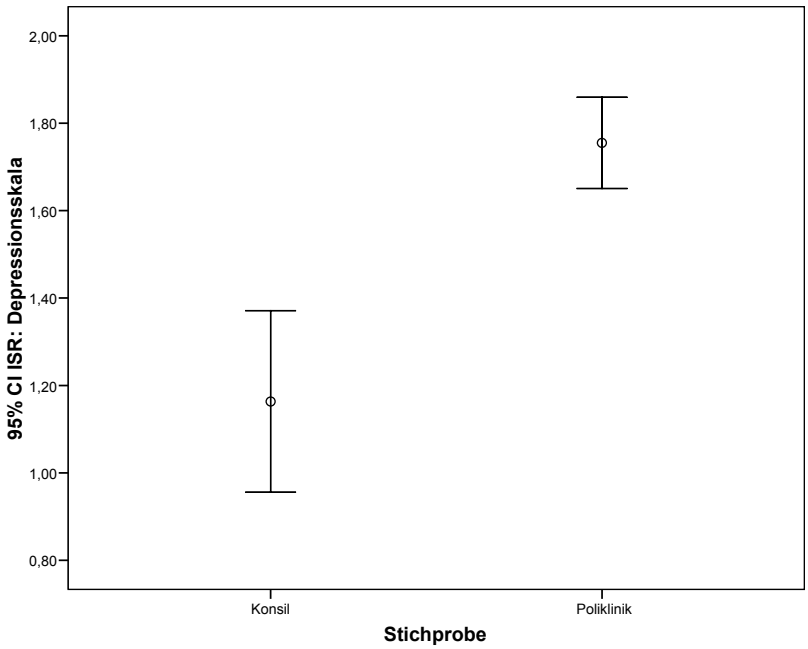
3.1.2 Vergleich der Skalen

3.1.2.1 Skala ISR Depression

Beim Vergleich der Depressionsskala auf Unterschiede der Mittelwerte zwischen den beiden Stichproben ergibt sich für die Konsilpatienten ein Mittelwert von 1,16 (SD 1,05). Dieser liegt somit merklich niedriger als der Mittelwert der Poliklinikpatienten mit 1,76 (SD 1,05) (siehe auch Grafik 6).
Es ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($T=-5{,}039$; $df=493$; $p<0{,}05$).

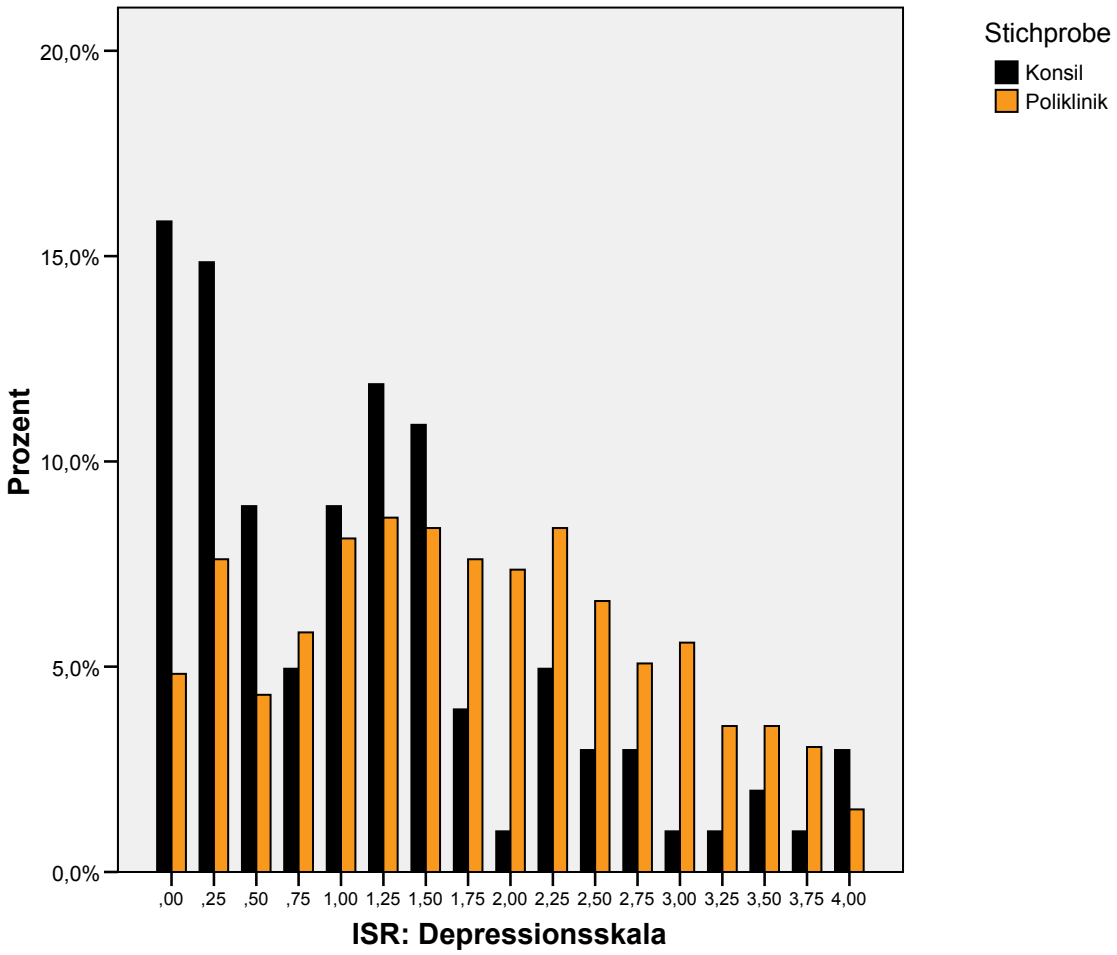
Die graphische Darstellung der Mittelwerte, inklusive die dazugehörigen Konfidenzintervalle von 95%, wird in folgendem Diagramm aufgezeigt.

Grafik 6 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Depressionsskala



Die Antwortverteilung aus der Skala Depression soll folgendes Balkendiagramm, welches nach den beiden Stichproben gruppiert wurde, veranschaulichen.

Grafik 7 Antwortverteilung der Depressionsskala getrennt nach Stichprobe



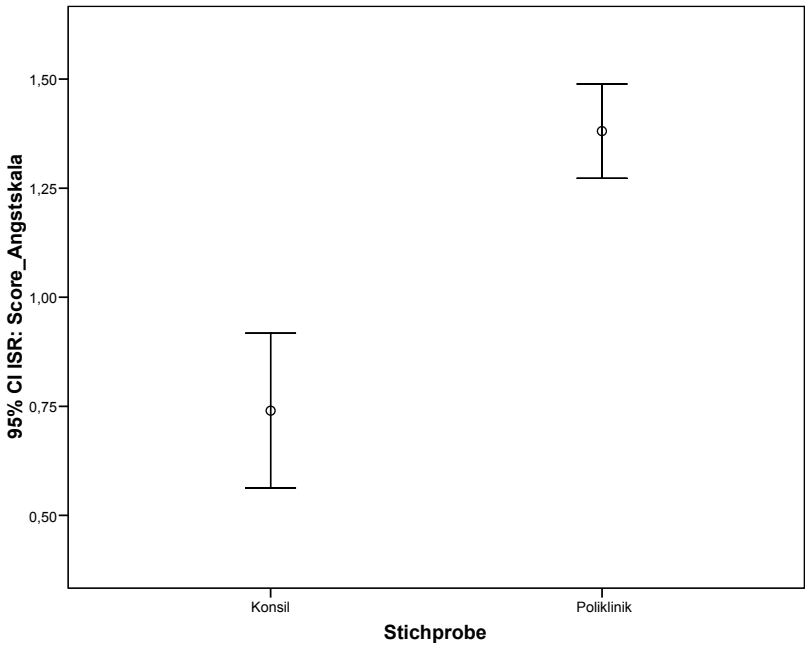
3.1.2.2 Skala ISR Angst

Für die Angstskala des ISR ergibt sich bei der Gruppe der Konsilpatienten ein Mittelwert von 0,74 (SD=0,898).

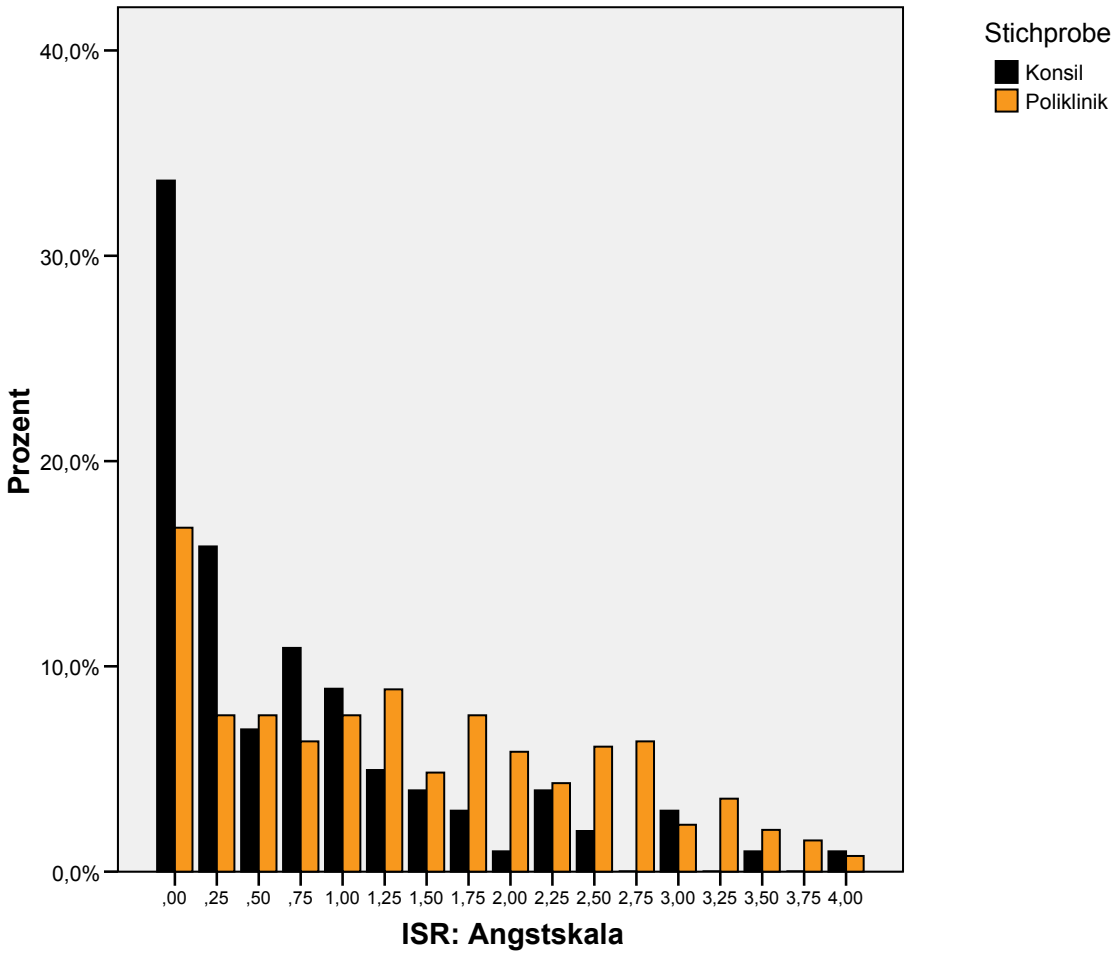
Für die Gruppe der Poliklinikpatienten ist der Mittelwert höher mit 1,38 (SD=1,09).

Beim Vergleich der beiden Stichproben in Bezug auf die Angstskala ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($T = -6{,}11$; $df = 183{,}39$; $p < 0{,}05$). (Siehe Grafik 8 und 9).

Grafik 8 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Angstskala



Grafik 9 Antwortverteilung der Angstskala getrennt nach Stichprobe

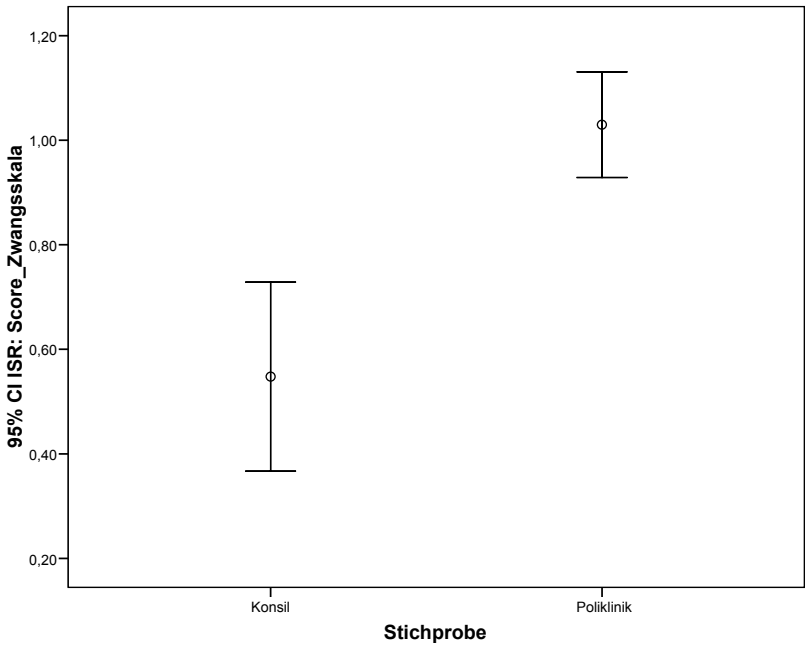


3.1.2.3 Skala ISR Zwang

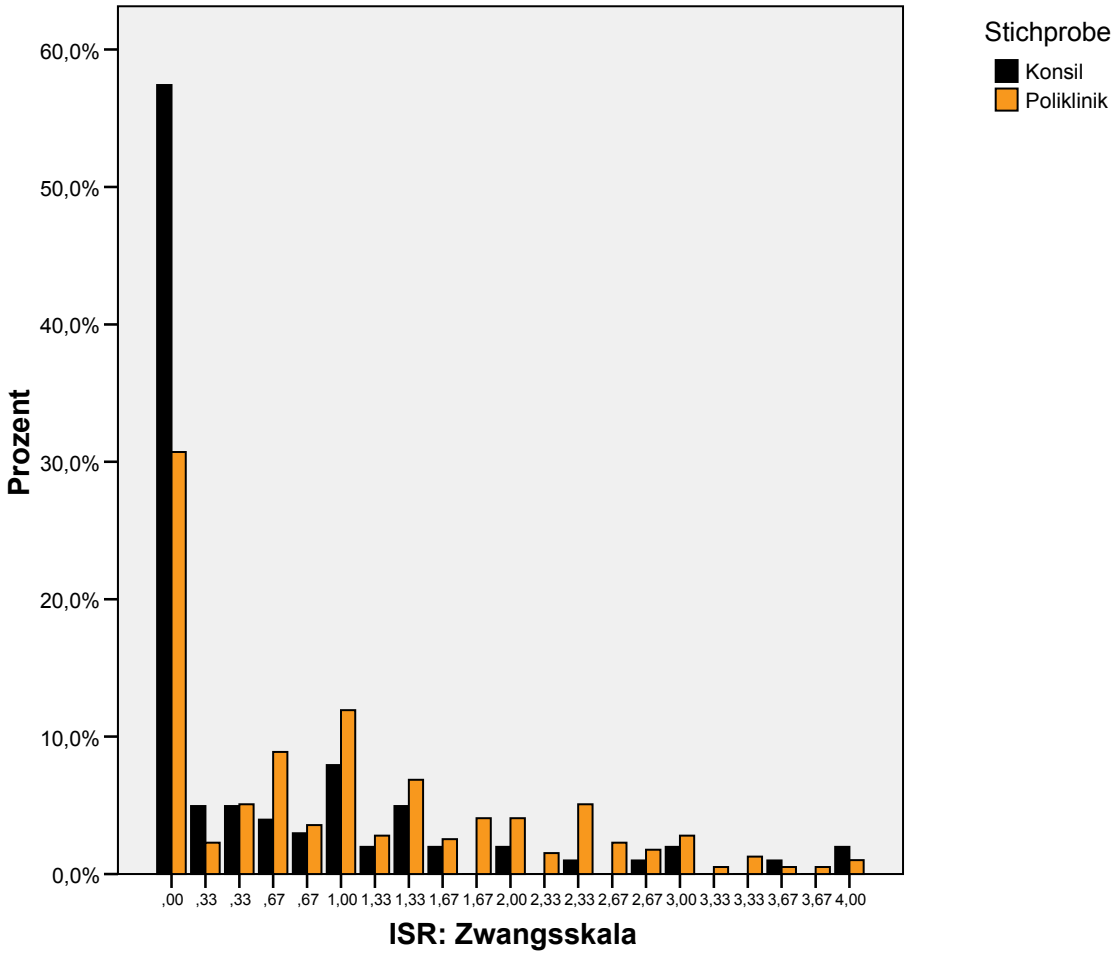
Der Mittelwert in der Gruppe der Konsilpatienten in Bezug auf die Zwangsskala beträgt 0,55 (SD=0,92), wohingegen sich für die Gruppe der Poliklinikpatienten ein Mittelwert von 1,04 (SD=1,02) ergibt (siehe Grafik 10).

Ein signifikanter Unterschied bezüglich der Zwangsskala des ISR wurde beim Vergleich der beiden Gruppen im T-Test gefunden ($T = -4{,}61$; $df = 169{,}17$; $p < 0{,}05$;).

Grafik 10 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Zwangsskala



Grafik 11 Antwortverteilung der Zwangskala getrennt nach Stichprobe

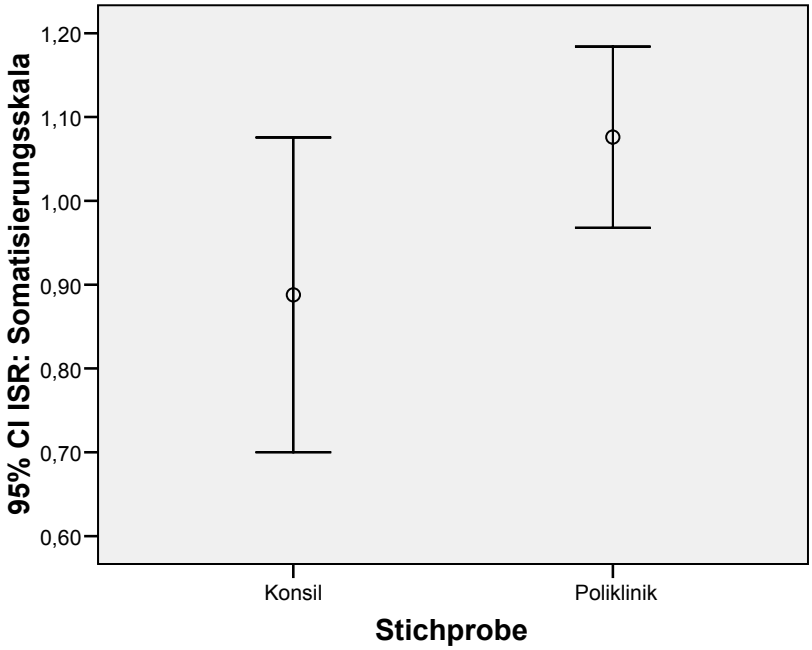


3.1.2.4 Skala ISR Somatisierung

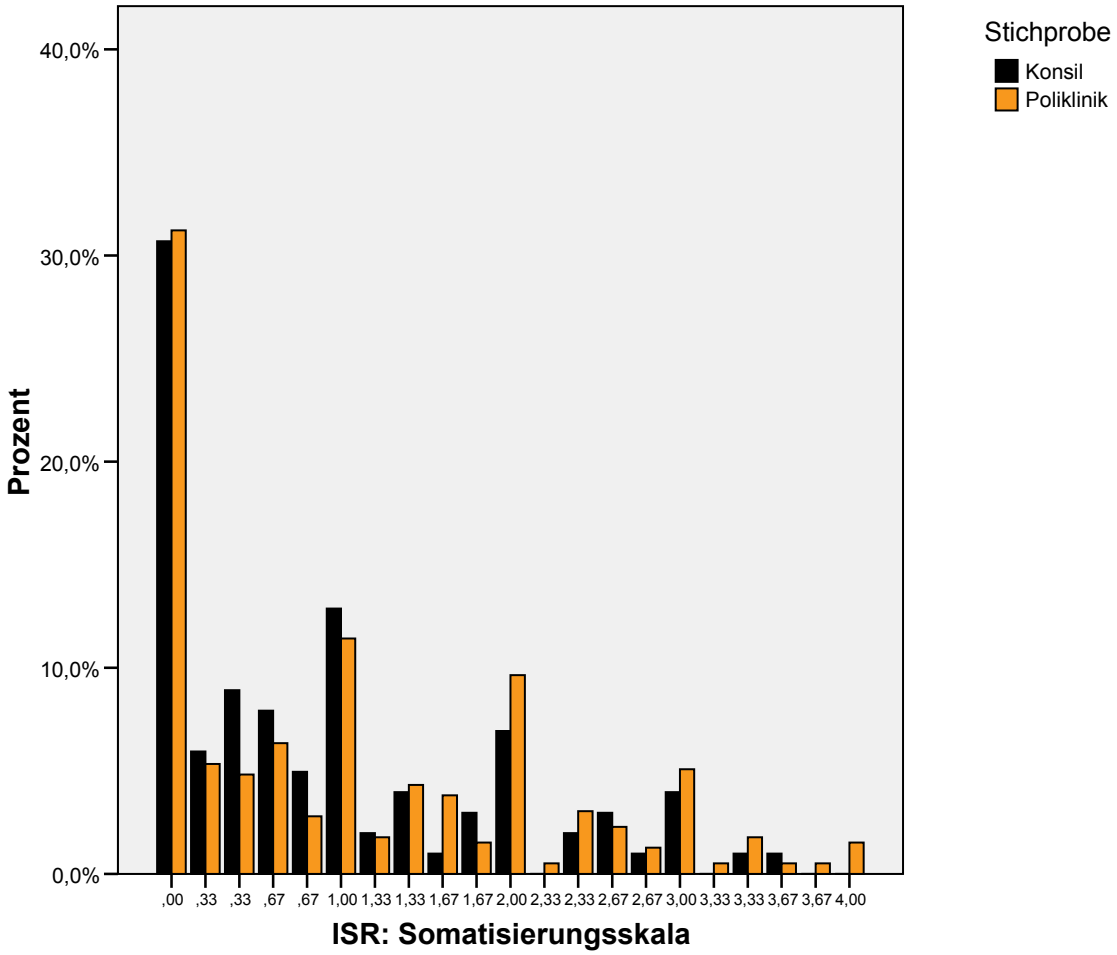
Bei der Somatisierungsskala des ISR weist die Gruppe der Konsilpatienten einen Mittelwert von 0,89 (SD=0,95) auf, während die Gruppe der Poliklinikpatienten einen Mittelwert von 1,08 (SD=1,09) hat (siehe Grafik 12 und 13).

Kein signifikanter Unterschied konnte beim Vergleich der beiden Stichproben bezüglich der Somatisierungsstörungen gefunden werden (T = -1,59; df = 493; p = 0,11).

Grafik 12 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Somatisierungsskala



Grafik 13 Antwortverteilung der Zwangskala getrennt nach Stichprobe



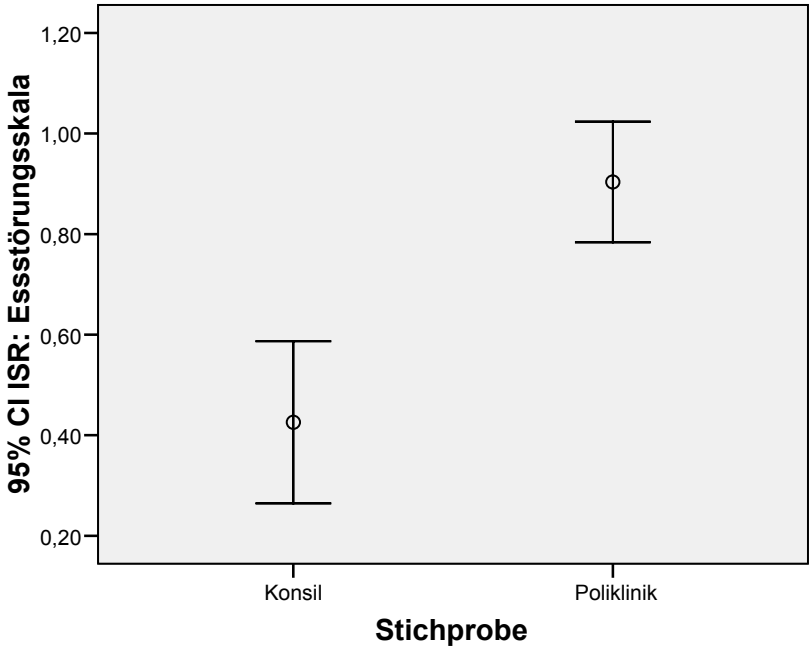
3.1.2.5 Skala ISR Essstörung

Für die Essstörungsskala des ISR ergibt sich bei der Gruppe der Konsilpatienten ein Mittelwert von 0,43 (SD=0,82).

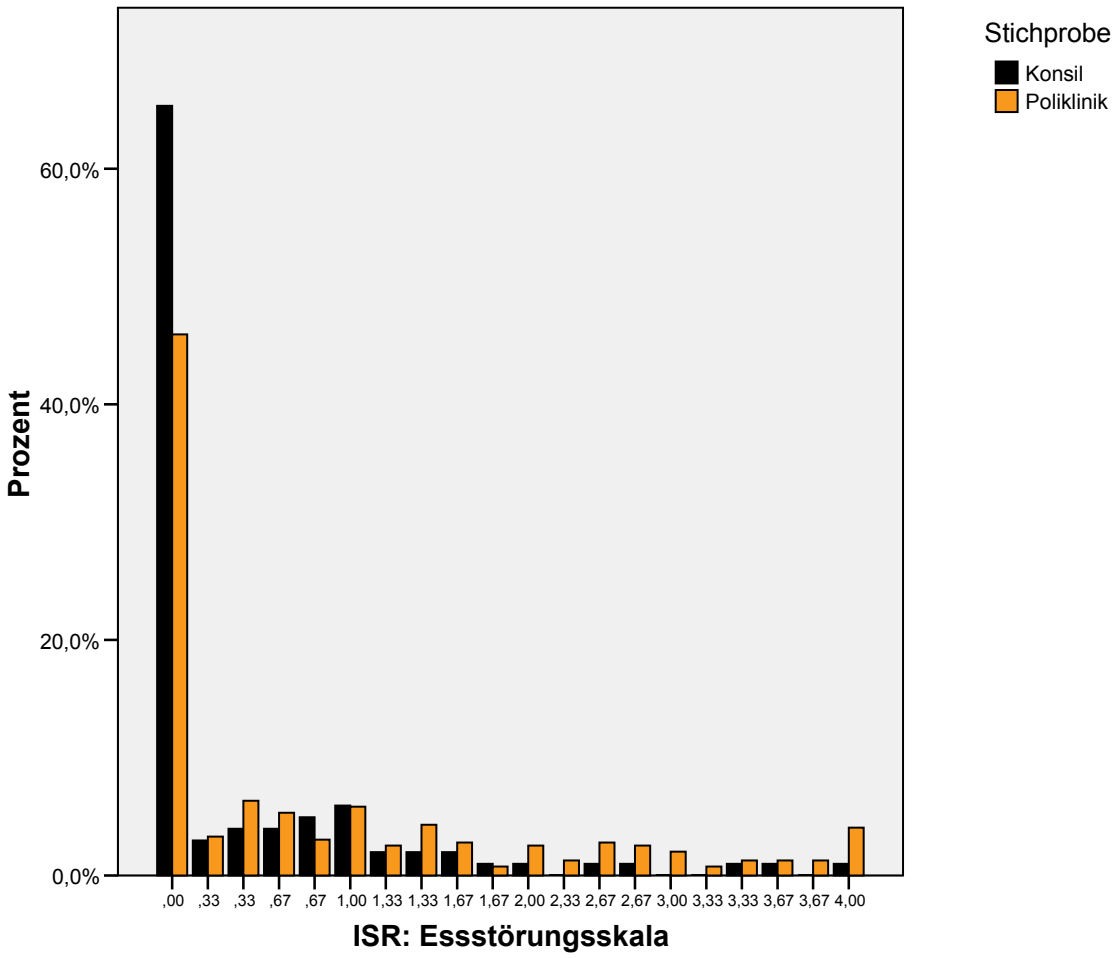
Für die Gruppe der Poliklinikpatienten beträgt der Mittelwert 0,90 (SD=1,21 siehe Grafik 14).

Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen konnte ermittelt werden (T = -4,70; df = 225,92; $p < 0,05$).

Grafik 14 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Esstörungsskala



Grafik 15 Antwortverteilung der Essstörungsskala getrennt nach Stichprobe



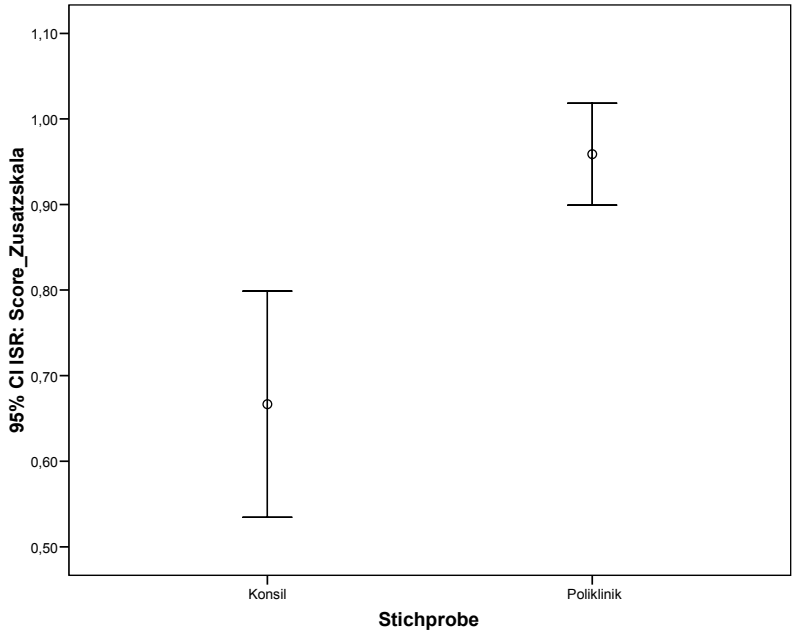
3.1.2.6 Skala ISR Zusatz

Der Mittelwert für die Zusatzskala des ISR liegt in der Gruppe der Konsilpatienten bei 0,67 (SD=0,67).

Die Gruppe der Poliklinikpatienten dagegen weist einen Mittelwert von 0,96 (SD=0,60) auf (siehe Grafik 16).

Somit errechnet sich beim Vergleich der beiden Stichproben bezüglich der Zusatzskala ein signifikanter Unterschied ($T = -4{,}254$; $df = 493$; $p < 0{,}05$)

Grafik 16 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Zusatzskala

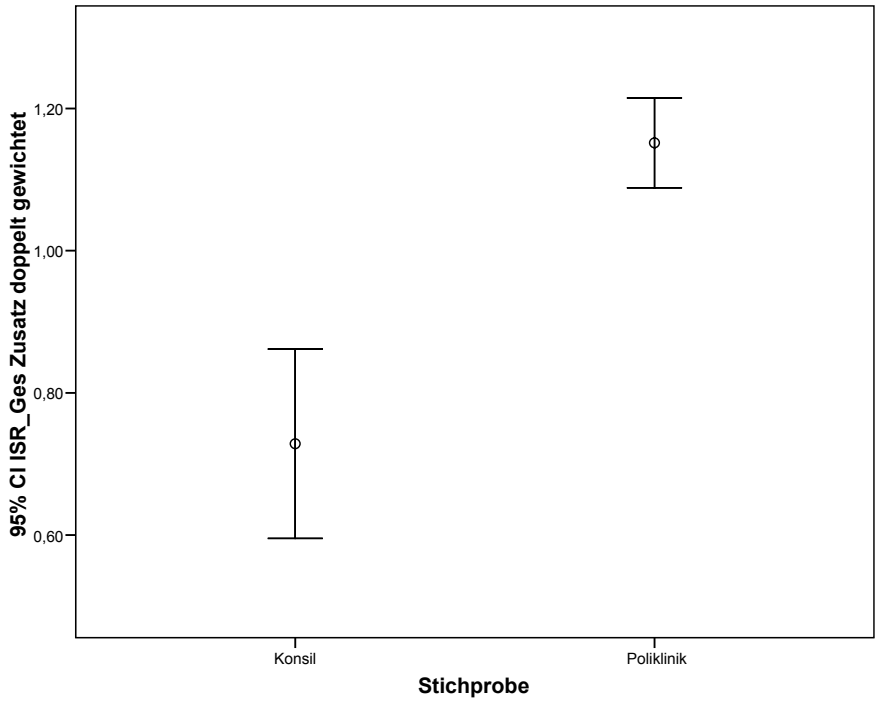


3.1.2.7 Gesamtskala des ISR

Abschließend erfolgt der Vergleich der beiden Stichproben über die Gesamtskala des ISR. Hierbei errechnet sich ein Mittelwert von 0,73 (SD 0,67) für die Konsilpatienten, wohingegen die Poliklinikpatienten einen Mittelwert von 1,15 (SD 0,64) erzielen.

Somit ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($T = -5{,}88$; $df = 493$; $p < 0{,}05$).

Grafik 17 Darstellung der Mittelwerte-ISR-Gesamtskala

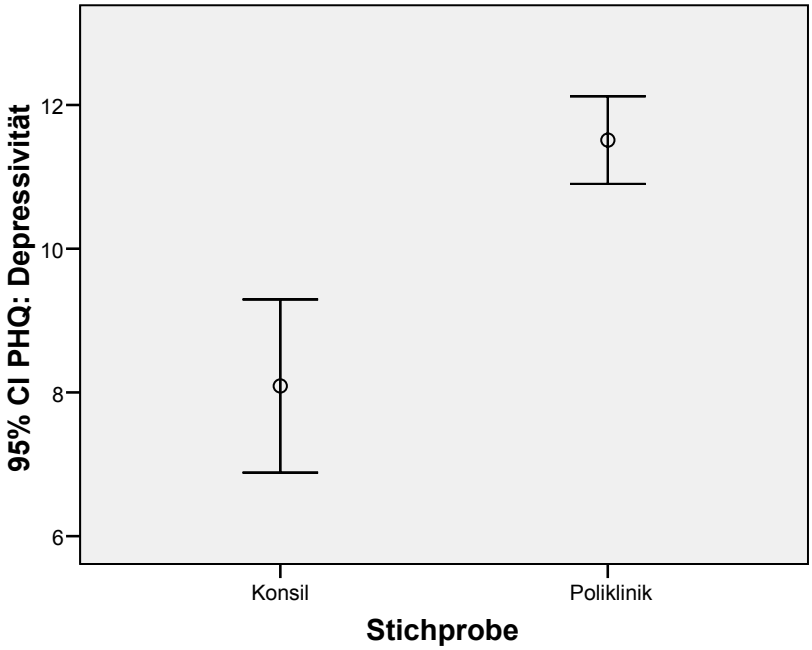


3.1.2.8 Skala PHQ Depression

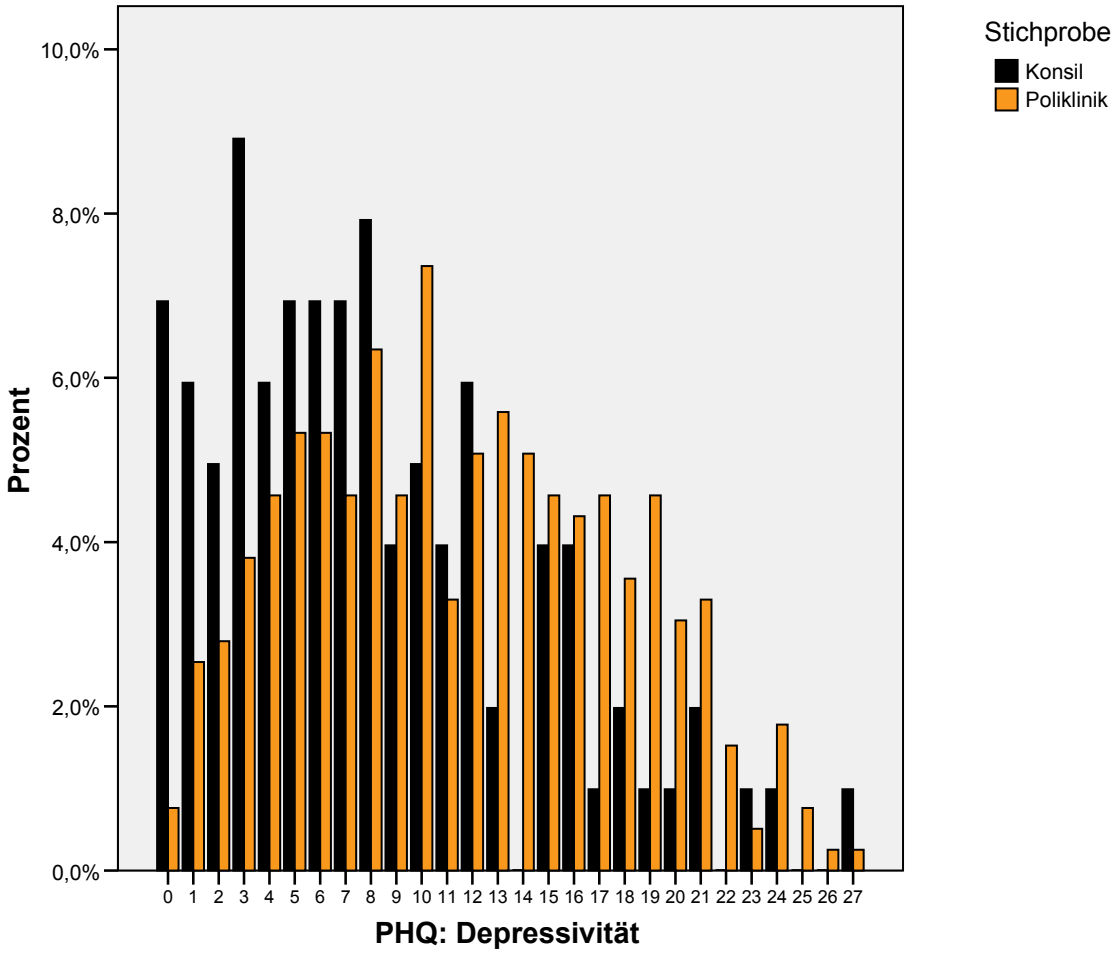
Für die Depressionsskala des PHQ ergibt sich bei der Gruppe der Konsilpatienten ein Mittelwert von 8,09 (SD=6,10). Für die Gruppe der Poliklinikpatienten ist der Mittelwert 11,51 (SD=6,16; siehe Grafik 18).

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Konsil- und Poliklinikpatienten belegt werden ($T = -4{,}993$; $df = 493$; $p < 0{,}05$).

Grafik 18 Darstellung der Mittelwerte-PHQ-Depression



Grafik 19 Antwortverteilung der Depressionsskala getrennt nach Stichprobe

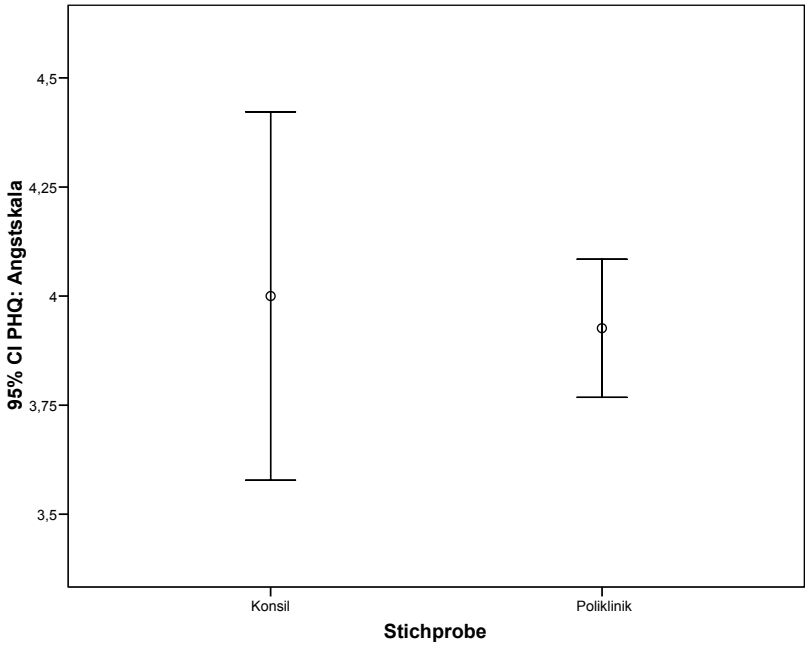


3.1.2.9 Skala PHQ Angst

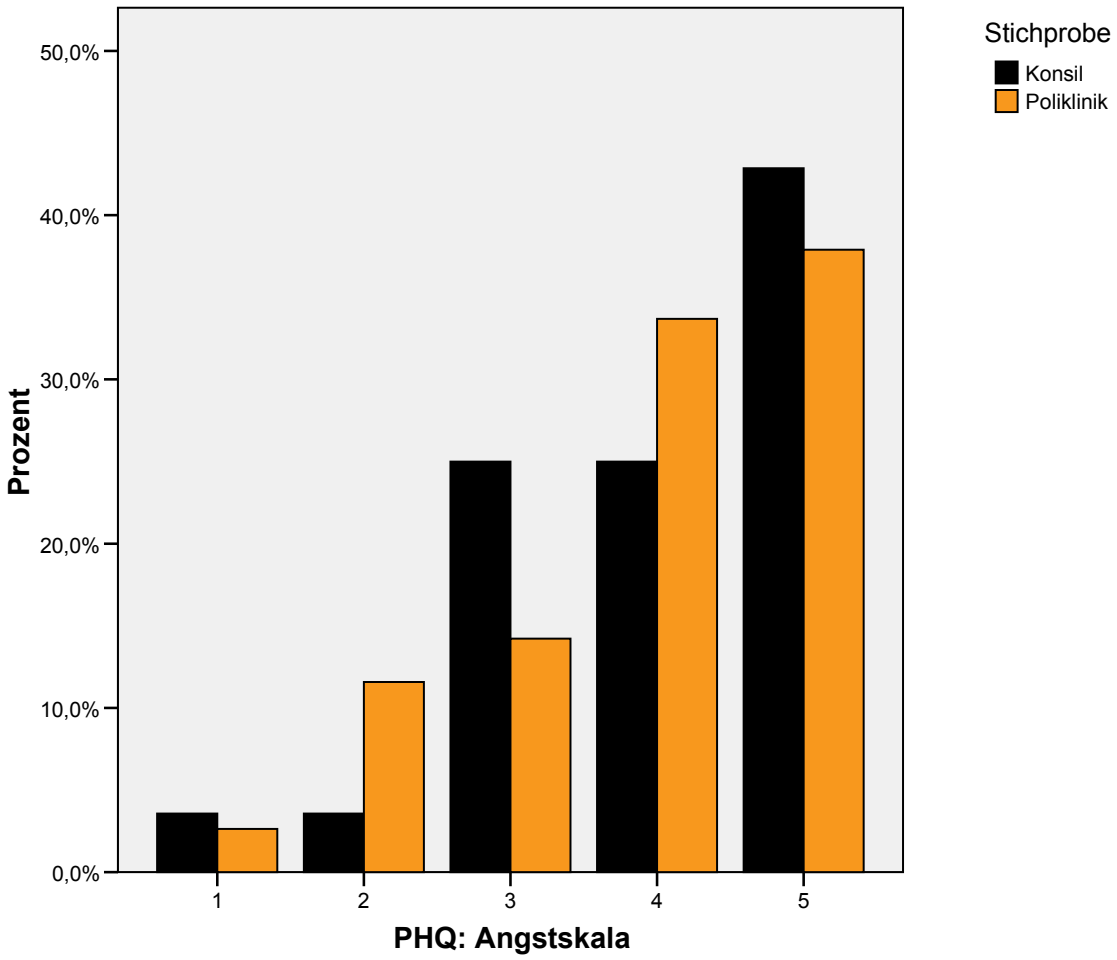
Die Angstskala des PHQ weist in der Gruppe der Konsilpatienten einen Mittelwert von 4,00 (SD=1,09) auf und in der Gruppe der Poliklinikpatienten einen Mittelwert von 3,93 (SD=1,11; siehe Grafik 20).

Der Vergleich der beiden Stichproben ergibt somit keinen signifikanten Unterschied (T = 0,33; df = 216; p = 0,74). Wobei hier anzumerken ist, dass in die Berechnung nur die Patienten mit eingehen, die die erste Frage nach einer Angstattacke in den letzten vier Wochen mit „ja“ beantworteten. Das bedeutet, dass 28 von 101 Konsilpatienten und 190 von 394 Poliklinikpatienten in die Auswertung eingehen.

Grafik 20 Darstellung der Mittelwerte-PHQ-Angst



Grafik 21 Antwortverteilung der Angstskala getrennt nach Stichprobe

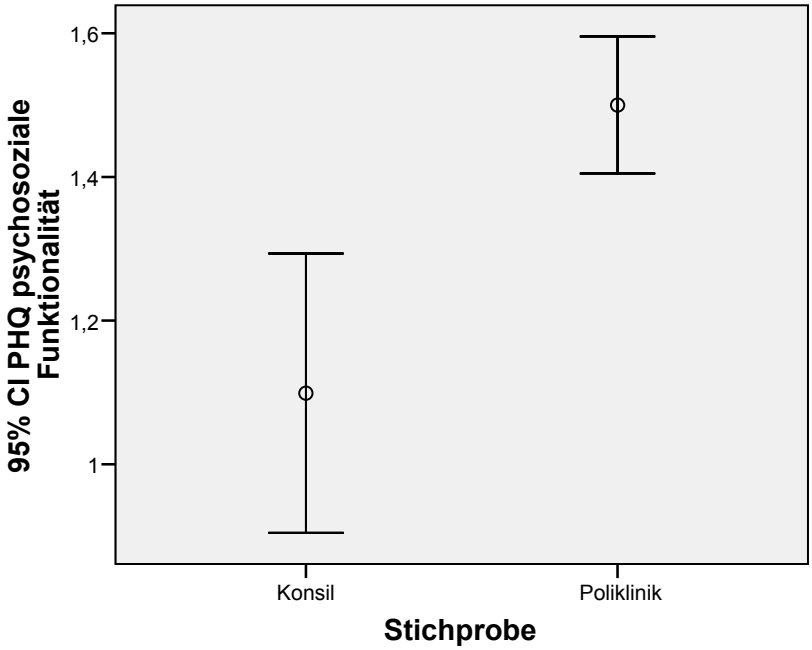


3.1.2.10 PHQ psychosoziale Funktionalität

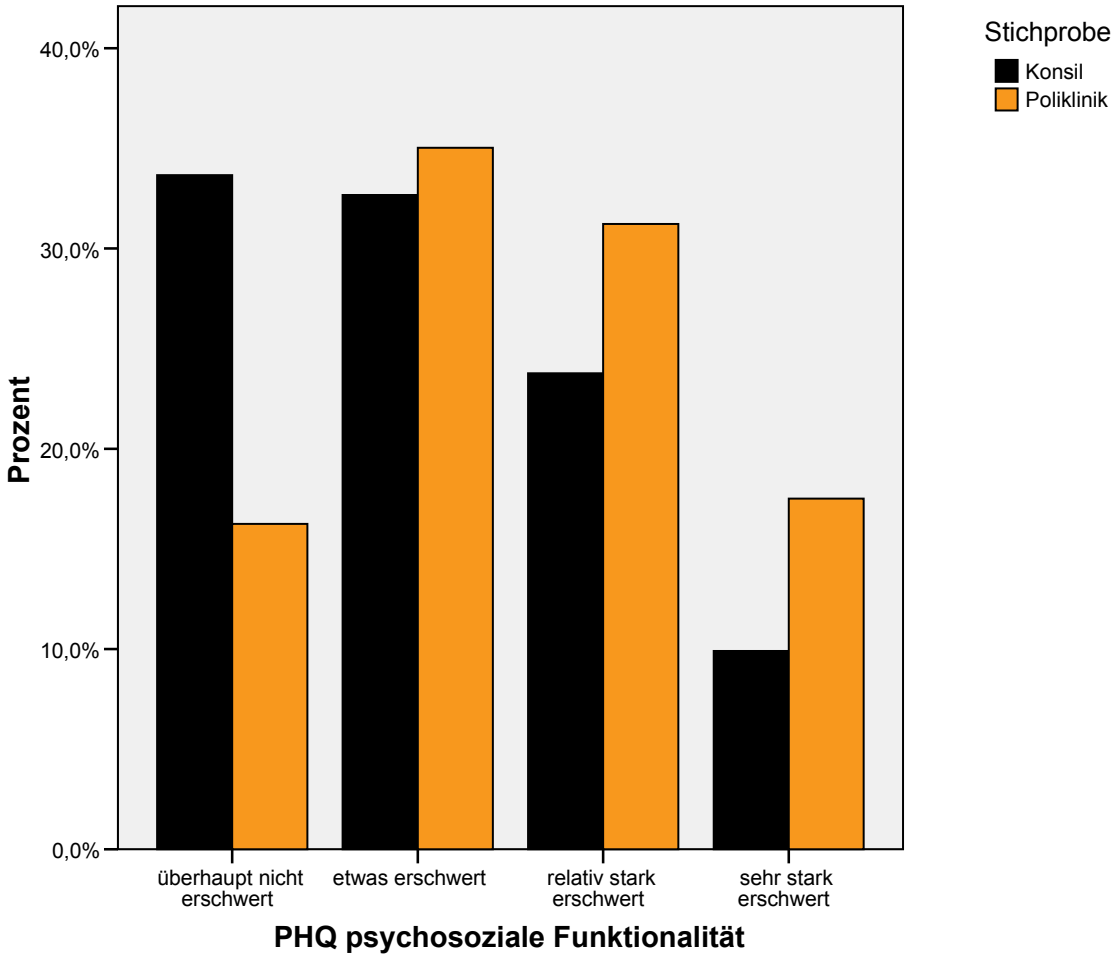
Ein Mittelwert von 1,10 (SD=0,985) ergibt sich für die Skala psychosoziale Funktionalität des PHQ in der Gruppe der Konsilpatienten Für die Gruppe der Poliklinikpatienten ist der Mittelwert 1,50 (SD=0,963; siehe Grafik 22).

Der T-Test belegt einen signifikanten Unterschied zwischen den Stichproben (T = -3,716; df = 493; $p < 0,05$).

Grafik 22 Darstellung der Mittelwerte-PHQ-psychosoziale Funktionalität



Grafik 23 Antwortverteilung der Skala psychosoziale Funktionalität getrennt nach Stichprobe

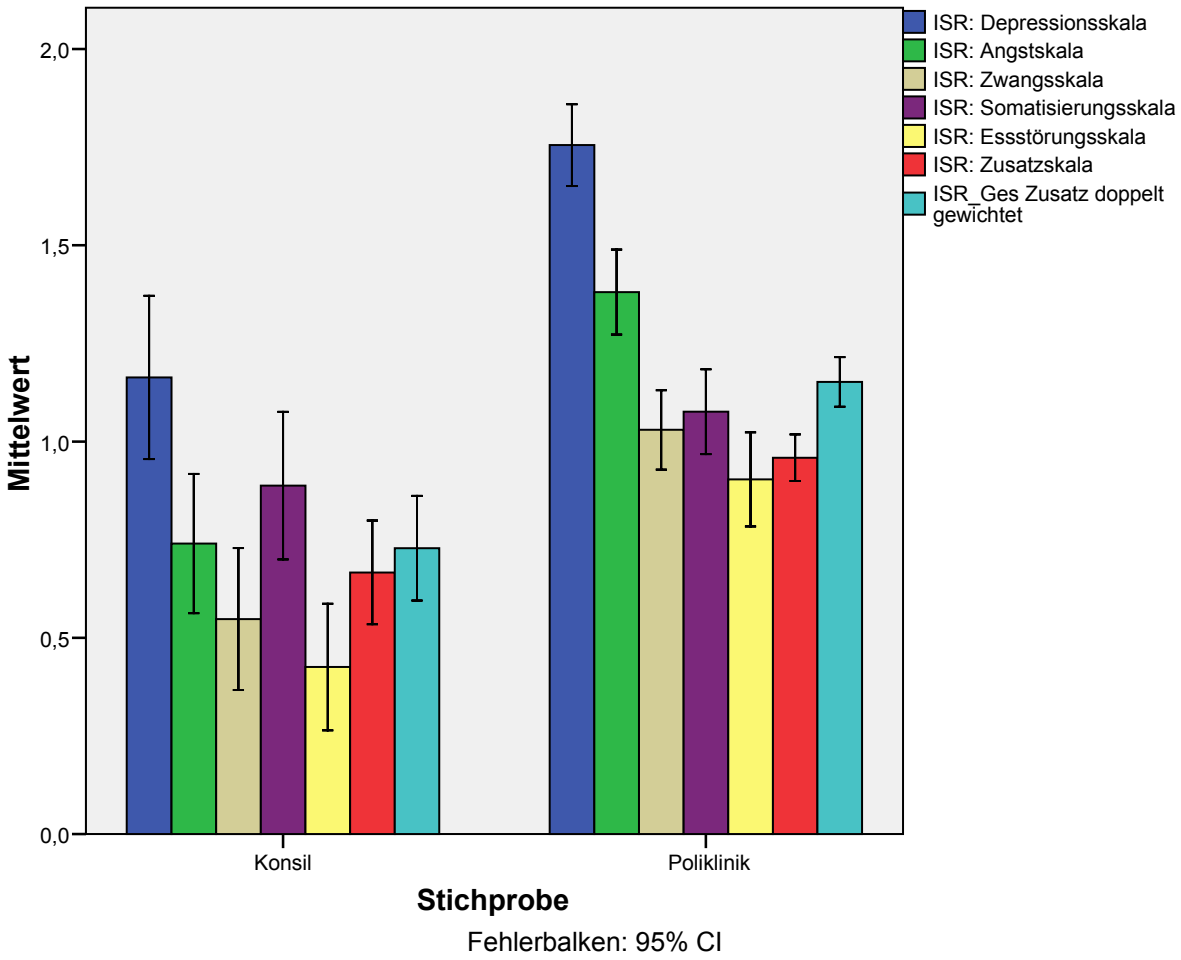


Folgende Tabelle soll nochmals die Mittelwerte und die Signifikanz der Ergebnisse der T-Tests übersichtlich darstellen. Bei den Skalen des ISR wird die Summe der Items gebildet und durch die Anzahl der Items geteilt, somit variiert der Mittelwert zwischen 0 und 4 (siehe auch Grafik 24). Bei den Skalen des PHQ wird ein Summenscore gebildet, d.h. die einzelnen Items werden aufaddiert. Die „Mittelwerte“ sind daher abhängig von der Anzahl der Items und von den Antwortmöglichkeiten. Somit ergibt sich für die Skala Depression ein Summenscore zwischen 0 und 27, für die Skala Angst ein Summenscore zwischen 1 und 5 und für die psychosoziale Funktionalität ein Summenscore zwischen 0 und 3. Diese Unterschiede in der Skalenbewertung erschweren natürlich den Direktvergleich zwischen den Skalen.

Tabelle 12 Mittelwerte der einzelnen Skalen getrennt nach Stichprobe

Skala	$Mittelwert_{Konsil}$	$Mittelwert_{Poliklinik}$	$Signifikanz_{t\text{-}Test}$
ISR:Depression	1,1634	1,7551	$p < 0{,}001$
ISR:Angst	0,7401	1,3807	$p < 0{,}001$
ISR:Zwang	0,5478	1,0297	$p < 0{,}001$
ISR:Somatisierung	0,8878	1,0761	nicht signifikant
ISR:Essstörung	0,4258	0,9036	$p < 0{,}001$
ISR:Zusatz	0,6666	0,9588	$p < 0{,}001$
ISR: Gesamt	0,7284	1,1518	$p < 0{,}001$
PHQ:Depression	8,09	11,51	$p < 0{,}001$
PHQ:Angst	4,00	3,93	nicht signifikant
PHQ:psychosoziale Funktionalität	1,10	1,50	$p < 0{,}001$

Grafik 24 Mittelwerte der ISR-Skalen getrennt nach Stichprobe



3.2. Kreuzvalidierung

Es folgt der Vergleich der Skalen mit der Frage, inwieweit jede einzelne Skala mit der anderen korreliert.

3.2.1 Vergleich der ISR-Skalen

Im Folgenden wird die Korrelationshöhe zwischen den verschiedenen Skalen des ISR berechnet. Um eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten, erfolgt die Auflistung in tabellarischer Form.

Tabelle 13 Korrelation der ISR-Skalen

	Skala		Skala	Korrelationskoeffizient r
ISR	Depression	ISR	Angst	0,611**
ISR	Depression	ISR	Zwang	0,543**
ISR	Depression	ISR	Somatisierung	0,374**
ISR	Depression	ISR	Essstörung	0,203**
ISR	Depression	ISR	Zusatz	0,755**
ISR	Angst	ISR	Zwang	0,544**
ISR	Angst	ISR	Somatisierung	0,385**
ISR	Angst	ISR	Essstörung	0,112*
ISR	Angst	ISR	Zusatz	0,579**
ISR	Zwang	ISR	Somatisierung	0,325**
ISR	Zwang	ISR	Essstörung	0,266**
ISR	Zwang	ISR	Zusatz	0,574**
ISR	Somatisierung	ISR	Essstörung	nicht signifikant
ISR	Somatisierung	ISR	Zusatz	0,356**
ISR	Essstörung	ISR	Zusatz	0,233**
ISR	Gesamt	ISR	Depression	0,829**
ISR	Gesamt	ISR	Angst	0,763**
ISR	Gesamt	ISR	Zwang	0,764**
ISR	Gesamt	ISR	Somatisierung	0,570**
ISR	Gesamt	ISR	Essstörung	0,441**
ISR	Gesamt	ISR	Zusatz	0,841**

** auf einem Niveau von 0,01 signifikant

* auf einem Niveau von 0,05 signifikant

Somit ergeben sich sehr starke Korrelationen ($r > 0,8$) für den Vergleich der Gesamtskala mit der Depressionsskala einerseits und für den Vergleich der Gesamtskala mit der Zusatzskala andererseits.

Starke Korrelationen ($0,6<r<0,8$) weisen folgende Skalenpaare auf: Depression x Angst, Depression x Zusatz, Gesamt x Angst, Gesamt x Zwang.

Der Vergleich der Skalen Depression x Zwang, Angst x Zwang, Angst x Zusatz, Zwang x Zusatz, Gesamt x Somatisierung, Gesamt Essstörung erbrachte mittlere Korrelationen (0,4 < r < 0,6).
Eine schwache Korrelationen (0,2 < r < 0,4) wird den Skalen Depression x Somatisierung, Depression x Essstörung, Angst x Somatisierung, Zwang x Essstörung, Somatisierung x Zusatz, Essstörung x Zusatz bescheinigt.

3.2.2 Vergleich der PHQ-Skalen

Bevor die Skalen der beiden Fragebogen miteinander verglichen werden, wird der Zusammenhang zwischen den PHQ-Skalen untereinander ermittelt und in tabellarischer Form dargestellt.

Tabelle 14

PHQ	Depression	PHQ	Angst	nicht signifikant
PHQ	Depression	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,664**
PHQ	Angst	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,229**

** auf einem Niveau von 0,01 signifikant

Zwischen Depression und Angst liegt kein signifikanter Zusammenhang vor, zwischen den Skalen Depression und Psychosozialer Funktionalität ist eine starke Korrelation zu verzeichnen. Eine schwache Korrelation besteht beim Vergleich der Skalen Angst und Psychosoziale Funktionalität.

3.2.3 ISR versus PHQ - Skalenvergleich

Im Folgenden sollen die Skalen des ISR mit den Skalen des PHQ verglichen werden. In einer Tabelle erfolgt die übersichtliche Darstellung.

Tabelle 15 Korrelation zwischen ISR und PHQ-Skalen

	Skala		Skala	Korrelationskoeffizient r
ISR	Depression	PHQ	Depression	0,824**
ISR	Depression	PHQ	Angst	nicht signifikant
ISR	Depression	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,632**
ISR	Angst	PHQ	Depression	0,550**
ISR	Angst	PHQ	Angst	0,508**
ISR	Angst	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,461**
ISR	Zwang	PHQ	Depression	0,551**
ISR	Zwang	PHQ	Angst	0,147*
ISR	Zwang	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,416**
ISR	Somatisierung	PHQ	Depression	0,381**
ISR	Somatisierung	PHQ	Angst	0,234**
ISR	Somatisierung	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,334**
ISR	Essstörung	PHQ	Depression	0,233**
ISR	Essstörung	PHQ	Angst	nicht signifikant
ISR	Essstörung	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	nicht signifikant
ISR	Zusatz	PHQ	Depression	0,763**
ISR	Zusatz	PHQ	Angst	0,217**
ISR	Zusatz	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,575**
ISR	Gesamt	PHQ	Depression	0,787**
ISR	Gesamt	PHQ	Angst	0,291**
ISR	Gesamt	PHQ	Psychosoziale Funktionalität	0,594**

** auf einem Niveau von 0,01 signifikant

* auf einem Niveau von 0,05 signifikant

3.2.4 ISR versus PHQ – Vergleich auf Itemebene

Es folgt der Vergleich einzelner Items beider Fragebogen, die sich inhaltlich ähneln.

3.2.3.1 Niedergeschlagenheit

Das Symptom „Niedergeschlagenheit“ wird durch folgende beiden Items repräsentiert:
ISR 1: Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.
PHQ 1b: Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.

Der Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0{,}772$ ($p<0{,}01$), was für eine starke positive, signifikante Korrelation für diese beiden Items der Depressionsskala spricht.

3.2.3.2 Freud-/Interessenlosigkeit

Nach Freud- bzw. Interessenlosigkeit wird in nachstehenden zwei Items gefragt:
ISR 2: An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.
PHQ 1a: Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.

Es zeigt sich eine signifikante, mittlere Korrelation zwischen den beiden ähnlichen Items der Skala depressives Syndrom ($r = 0{,}508$; $p<0{,}01$).

3.2.3.3 Müdigkeit/Energielosigkeit

Folgende zwei Fragen evaluieren das Symptom der Müdigkeit/Energielosigkeit im jeweiligen Fragebogen:
ISR 3: Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.
PHQ 1d: Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.

Eine starke, signifikante Korrelation dieser Items ergibt der Korrelationskoeffizient mit $r = 0{,}704$ ($p<0{,}01$).

3.2.3.4 Niedriges Selbstwertgefühl

Wie es mit dem eigenen Selbstwertgefühl steht, wird in den beiden nachstehenden Fragen erörtert:
ISR 4: Ich fühle mich wertlos/ traue mir nichts zu.
PHQ 1f: Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben.

Mit $r = 0{,}714$ wird eine starke, signifikante Korrelation dieser Items nachgewiesen ($p<0{,}01$).

3.2.3.5 Konzentrationsschwierigkeiten

„Konzentrationsschwierigkeiten“ werden zwar zum Symptomkomplex depressiver Störungen gezählt, dieses Item wurde aber bei der Überprüfung der Trennschärfe aufgrund seiner hohen Werte und wegen seiner syndromunspezifischen Züge (kommt auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen und kognitiven Beeinträchtigungen vor) in die Zusatzskala des ICD-10-Symptom-Rating aufgenommen. Das gleiche gilt für die noch folgenden Vergleiche mit den ISR Items 19, 20 und 21 (Suizidgedanken, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit).

Die folgenden beiden Items fragen in dem jeweiligen Screeninginstrument nach der Konzentration:
ISR 18: Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren.
PHQ 1g: Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen.

Eine starke und signifikante Korrelation dieser Items wird mit $r = 0{,}754$ bestätigt ($p<0{,}01$).

3.2.3.6 Suizidgedanken

Ob Suizidgedanken bestehen, muss in den nachstehenden Fragen beantwortet werden:
ISR 19: Ich denke darüber nach, mich umzubringen
PHQ 1i: Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

Es besteht eine starke, signifikante Korrelation dieser Items mit einem Korrelationskoeffizienten $r = 0{,}756$ ($p<0{,}01$).

3.2.3.7 Schlafstörungen

In den unten stehenden Items wird nach Schlafstörungen geahndet:
ISR 20: Ich habe Schlafprobleme.
PHQ 1c: Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf.

Eine starke und signifikante Korrelation dieser Items wurde mit r = 0,714 berechnet ($p<0,01$).

3.2.3.8 Appetitlosigkeit

Fragen zum Appetit werden in folgenden beiden Items gestellt:
ISR 21: Ich habe einen schlechten Appetit.
PHQ 1e: Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.

Es ergibt sich eine signifikante, mittlere Korrelation dieser Items mit Korrelationskoeffizient r = 0,450 ($p<0,01$).

Nachdem die entsprechenden Items der Depressionsskala miteinander verglichen wurden, soll eine Tabelle die errechneten Ergebnisse im Überblick darstellen:

Tabelle 16 Vergleich zwischen ISR- und PHQ-Items der Depressionsskala

Depression- Symptom	ISR-Item	PHQ-Item	Korrelationskoeffizient
Niedergeschlagenheit	ISR 1	PHQ 1b	0,772**
Freudlosigkeit	ISR 2	PHQ 1a	0,508**
Müdigkeit	ISR 3	PHQ 1d	0,704**
Selbstwertgefühl	ISR 4	PHQ 1f	0,714**
Konzentration	ISR 18	PHQ 1g	0,754**
Suizidgedanken	ISR 19	PHQ 1i	0,756**
Schlafstörungen	ISR 20	PHQ 1c	0,714**
Appetitlosigkeit	ISR 21	PHQ 1e	0,450**

Es folgt die Kreuzvalidierung zwischen Einzelitems der beiden Angstskalen.

Die Schwierigkeit beim Vergleich der Angstskala liegt zum einen darin, dass der PHQ nur die Patienten befragt, die in den letzten vier Wochen eine Angstattacke erlitten (208 Patienten von 495). Zum anderen lässt sich die Angstskala des PHQ nur eingeschränkt mit der des ISR vergleichen, weil der PHQ nur nach Panikstörungen fahndet. Zudem bestehen beim PHQ nur die beiden Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“, während der ISR auf einer fünfstufigen Likertskala die Symptome nach Schweregrad einteilt.

3.2.3.9 Auftreten von unerwarteten Angstattacken

In den beiden folgenden Items wird nach plötzlich und unerwartet auftretenden Angstattacken gefragt.
ISR 5: Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.
PHQ 2c: Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

Es ergibt sich eine schwache, signifikante Korrelation zwischen diesen beiden Items mit einem Korrelationskoeffizienten $r = 0{,}285$ ($p<0{,}01$).

3.2.3.10 Angstattacke mit vegetativer Symptomatik

Nach körperlichen Symptomen während eines Angstanfalls wird in den nachstehenden Fragen gefragt.
ISR 6: In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/ -rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.
PHQ 2e: Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder –klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden.

Es ergibt sich eine mittlere, signifikante Korrelation mit $r = 0{,}416$ ($p<0{,}01$) zwischen diesen beiden Items.

3.2.3.11 Angst vor der Angst

Ob die Betroffnenen Angst vor erneuten Anfällen bzw. Angst beim Gedanken an erneute Anfälle bekommen, wird in den folgenden Fragen erörtert.
ISR 8: Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.
PHQ 2d: Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

Der Vergleich bringt eine signifikante, mittlere Korrelation der Items mit einem Koeffizienten $r = 0{,}557$ ($p<0{,}01$).

Für das ISR 7 mit der Frage: Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden, findet sich kein passendes Vergleichsitem.

4. Diskussion

Im folgenden Teil der Arbeit werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

4.1 Vergleich der Stichproben

4.1.1 Soziodempgraphie

Zwei Stichproben wurden in dieser Studie untersucht und verglichen, die eine Stichprobe besteht aus Konsilpatienten, die andere Stichprobe aus Poliklinikpatienten. Es ist anzumerken, dass sich die Anzahl der Studienteilnehmer in beiden Gruppen stark unterscheidet. 101 Patienten haben im Studienzeitraum ein Konsil erhalten, 394 Patienten stellten sich in derselben Zeit in der Ambulanz vor. Somit ist letztere Gruppe fast viermal so groß wie erstere.
Der Stichprobenvergleich bezieht sich auf die Prüfung von Geschlechts-, Alters- und Bildungseffekten, sowie psychische als auch somatische Diagnosen. Das Ergebnis dieser Untersuchung mit der Frage nach Unterschieden zwischen den beiden Gruppen soll im Folgenden diskutiert werden.

Beim Vergleich des Geschlechts stellt man fest, dass kein signifikanter Geschlechtsunterschied zwischen beiden Stichproben besteht. Allerdings ist zu bemerken, dass überwiegend Frauen an der Studie teilnahmen (Konsil: 74,3% Frauen, 25,7% Männer; Poliklinik: 72,1% Frauen, 27,9% Männer). Eine deutliche Überrepräsentation der Frauen im psychosomatischen Bereich ist üblich und durch die höhere Prävalenz der Frauen für psychische Störungen erklärbar (Möller-Leimkühler 2005). So sind auch in der Literatur häufig derartige Verhältnisse zu finden: 71% Frauen/ 29% Männer in der Katamnesestichprobe von Strauß et al. (1991), 62,2% Frauen/ 37,8% Männer in der Katamnesestichprobe von Jordan et al. (1989), ähnliche Verhältnisse liegen vor bei Künsebeck und Freyberger (1987), bei von Cube (1983), bei Tritt et al. (2003) und bei Brandt (2009). Beim Versuch eine Erklärung hierfür zu finden, könnte man damit argumentieren, dass es bei Frauen kulturell akzeptabler ist, Emotionen zu zeigen, und sie damit ihre Sensibilität schärfen können. So kommt es dazu, dass Frauen mehr auf ihren Körper hören und eher dazu neigen, Probleme anzusprechen und Hilfe annehmen wollen. Männer hingegen geben psychische Probleme weniger gerne zu, sie gestehen sich Beschwerden auf dieser

Ebene nicht gerne ein. Auch Cube argumentiert damit, dass Frauen sich leichter ein Gefühl der Schwäche zugestehen und ihren Beschwerden Ausdruck verleihen können als das männliche Geschlecht, das seiner Ideologie nach gesund und unangreifbar sein will (Cube, 1983).

Der Vergleich des Alters ergab eine ähnliche Verteilung in den beiden Stichproben. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen. Mit einem Altersdurchschnitt von 44,54 Jahren (SD 13,9) und einer Altersspanne zwischen 18 bis 70 Jahren sind die Studienteilnehmer vergleichbar mit den Probanden der Studie von Brandt (2009), Zacharias (2007) oder Fischer (in print).

Angaben zum Schulabschluss wurden bei den Patienten mit Konsil nur in einem Fall gemacht. Dahingegen beantworteten alle Poliklinikpatienten die Frage nach dem Schulabschluss. Ein Vergleich zwischen den beiden Stichproben ist daher nicht möglich. Eine ähnliche Verteilung des Bildungsabschluss wie unsere Poliklinikpatienten zeigten die Studienteilnehmer bei Brandt (2009).

Der Vergleich von psychischen und somatischen Diagnosen ergab, dass ein höherer Prozentsatz der Konsilpatienten keine psychische Diagnose gestellt bekam (24,8 % versus 11,4 %). In der Studie von Behnes (2006) wurde bei 13,1% der Patienten keine psychische Diagnose gestellt. Insgesamt hängt der Prozentsatz der gestellten Diagnosen aber auch von dem Arzt ab, der den Antrag auf ein Konsil stellt bzw. von dem Arzt, der die Patienten in die Poliklinik überweist, wie auch Jordan et al (1989) anmerkt.

Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben mag daran liegen, dass die Patienten in der Poliklinik mit dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung dorthin geschickt werden, mit dem Ziel der stationären Aufnahme. Bei den Konsilpatienten handelt es sich um körperlich kranke Patienten, die ja schon wegen einer Erkrankung in einer anderen Abteilung stationär liegen. Ziel der konsiliarischen Untersuchung besteht in der Regel darin, diagnostisch abzuklären, ob eine psychotherapeutische Indikationsstellung vorliegt.

Jordan et al. (1989) kann man entnehmen, dass bei 22,0% bis 66,8% der stationären Patienten, die sich wegen einer somatischen Erkrankung in Behandlung befinden, psychosoziale Faktoren am Krankheitsverlauf beteiligt sind. Manchmal wird als Grund oder

Mitverursachung für die somatische Erkrankung (z.B. Ekzeme) eine psychische Komponente vermutet und deshalb um konsiliarische Abklärung gebeten. Manchmal sind die Patienten schwerkrank (z.B. Neoplasien) und es wird im Rahmen der Krankheitsbewältigung ein psychosomatisches Gespräch gewünscht. Dann gibt es noch Patienten, die z.B. einer Organtransplantation bevorstehen. Bei diesen Patienten ist im Rahmen der Voruntersuchungen ein psychosomatisches Konsil indiziert, um zu gewährleisten, dass der Patient psychisch bereit und stabil genug ist, ein neues Organ zu bekommen. Eine Organtransplantation stellt eine große psychische Belastung dar und somit muss bei der Beurteilung über die Aufnahme in eine Warteliste stets der körperliche und seelische Gesamtzustand des Patienten gewürdigt und eingeschätzt werden (BÄK, Richtlinien zur Organtransplantation).

Bei der Durchführung des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben und der Verteilung der Diagnosen mit $p < 0{,}01$ sowohl bei den psychischen als auch bei den somatischen Diagnosen belegt.

Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung der psychischen Diagnosegruppen unter den Patienten mit einer F-Diagnose so ist in beiden Stichproben die somatoforme Störung am häufigsten. An zweiter Stelle rangiert in beiden Stichproben die depressive Störung. Genauso häufig wie eine depressive Störung wurde bei den Konsilpatienten die Diagnose F54 „psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ gestellt, bei den Poliklinikpatienten hingegen wurde diese Diagnose nur einmal gestellt. Wie im Kapitel V (F) der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ beschrieben soll die Diagnose F54 psychische und Verhaltenseinflüsse erfassen, die mit großer Wahrscheinlichkeit eine Rolle in der Manifestation körperlicher Erkrankungen, welche in anderen ICD-10-Kapiteln klassifiziert werden, spielen und keine Zuordnung zu einer anderen Kategorie des Kapitels V (F) rechtfertigen. Beispiele für die Vergabe dieser Diagnose sind Krankheiten wie Asthma, Dermatitis, Ekzem, Magenulkus, Colitis ulcerosa und Urticaria. Hier ergibt sich also ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Stichproben, was durch die unterschiedlichen Zugangswege zu den Patienten erklärbar ist. Patienten, die in einer anderen Abteilung stationär primär wegen einer somatischen Erkrankung aufgenommen werden, bei der abgeklärt werden soll, ob psychosomatische Faktoren an der Genese beteiligt sind, führt man einem psychosomatischen Konsil zu und kommt unter anderem zu dieser Diagnose.

Als nächsthäufigste Diagnosegruppe folgt in beiden Stichproben die Anpassungsstörung. Auf diese Störung folgt bei den Konsilpatienten die dissoziative Störung. Im Gegensatz dazu wird bei den Poliklinikpatienten diese Diagnosegruppe nur selten diagnostiziert. Auch hier ergibt sich ein Unterschied zwischen den beiden Stichproben. Danach stehen in der Rangfolge der Diagnosen bei beiden Gruppen Essstörungen.

Die beiden Stichproben weisen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosenstellung und in der Verteilung der Diagnosen auf, vor allem in Bezug auf die beiden Diagnosen F44 (dissoziative Störung) und F54 (psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten). Diese Tatsache ist nicht außer Acht zu lassen beim Skalenvergleich und bei der Interpretation der Mittelwerte zwischen beiden Gruppen.

Betrachtet man die Häufigkeitstabelle und die Reihenfolge, der am häufigsten gestellten, somatischen Diagnosen so sind deutliche Unterschiede zu erkennen. Während unter den Konsilpatienten Krankheiten der (Sub)-Kutis mit Abstand die am häufigsten gestellte somatische Diagnose ausmacht, taucht sie bei den Poliklinikpatienten nur einmal auf.
Eine weitere große Gruppe stellt die Diagnose „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ dar. Unter den Poliklinikpatienten ist diese Diagnose an vierter Stelle nach Fettsucht, Neubildungen und Krankheiten des Urogenitalsystems. Unter den Konsilpatienten ist an dritter Stelle die Diagnosegruppe „Symptome nicht andernorts klassifiziert“, gefolgt von „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“. Die anderen 11 Diagnosegruppen werden bei nur einem oder keinem Konsilpatienten diagnostiziert. Bei den Poliklinikpatienten erfolgt die Verteilung auf die 15 Diagnosegruppen insgesamt gleichmäßiger, die Häufigkeiten liegen zwischen 1,2 % und 16,3 %, wohingegen bei den Konsilpatienten die Häufigkeiten zwischen 0 % und 41,8 % variieren. Wie auch durch den Chi-Quadrat-Test bestätigt, besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben und den somatischen Diagnosen.

In der Zusammenschau muss man konstatieren, dass die Stichproben gemäß den Erwartungen für den jeweiligen Versorgungssektor ausfallen. Die signifikanten Unterschiede lassen sich gut durch die unterschiedlichen Zugangswege erklären.

4.1.2 Vergleich der Skalen

Zum Vergleich der Stichproben auf Unterschiede in der Beantwortung der Fragebogen wurde ein Vergleich der Mittelwerte mittels T-Test für alle Skalen durchgeführt. Dabei ergab sich für beinahe alle Skalen ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben. Ausnahmen stellen die Skala Somatisierung des ISR und die Skala Angst des PHQ dar.

Der Befund bei der Somatisierungsskala lässt sich durch das Diagnosespektrum der Patienten erklären. Die Häufigkeitsverteilungen der psychischen Diagnosen zeigt, dass in beiden Gruppen die somatische Störung die am häufigsten gestellte Diagnose ist mit 21,1 % bei den Konsilpatienten und 25,2 % bei den Poliklinikpatienten. Das Ergebnis des t-Tests lässt sich also mit den im Erstgespräch gestellten Diagnosen vereinbaren.

Beim Vergleich der beiden Stichproben bezüglich der Angstskala des PHQ ist zu beachten, dass in die Berechnung des t-Tests nur die Patienten mit eingehen, die die Eingangsfrage mit „ja“ beantwortet haben. Somit haben nur 28 von 101 Konsilpatienten und lediglich 190 von 395 Poliklinikpatienten Eingang in die Evaluation gefunden. Durch diese Selektion lässt sich sehr gut erklären, warum kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Stichproben besteht, denn nur Patienten die in den letzten vier Wochen eine Angstattacke hatten, beantworten Fragen danach, ob das schon einmal passiert ist, ob solche Anfälle unerwartet auftreten, ob diese Anfälle beeinträchtigend sind und ob dabei körperliche Symptome auftreten. Auffällig sind auch die durch diese Selektion entstandenen hohen Mittelwerte (4,00 vs 3,93). Die Skala Angst des PHQ besteht aus den fünf Fragen 2a bis 2e, die jeweils mit „ja“(1) oder „nein“(0) beantwortet werden können. Der Summenscore variiert somit zwischen 1 und 5. Die Summe 0 ist hier nicht möglich, da die Summe nur berechnet werden kann, wenn alle Fragen beantwortet sind und das ist nur der Fall, wenn die Eingangsfrage bejaht (1) wird.

Abschließend kann man sagen, dass es sich bei den Studienteilnehmern bezüglich Alter, Geschlecht und Schulabschluss um eine repräsentative Stichprobe handelt. Durch den Vergleich der gestellten psychischen und somatischen Diagnosen bzw. durch den Vergleich der Fragebogenskalen kommt man zu dem Ergebnis, dass es deutliche Unterschiede in den beiden untersuchten Stichproben gibt und dass dieses Resultat im Rahmen der Testnormierung berücksichtigt werden muss. Denn unterscheiden sich die Untergruppen einer Normstichprobe stark, kann sich dies auf die Struktur eines Tests auswirken (Bühner, 2006). Die gefundenen signifikanten Unterschiede sind durch die verschiedenen Zugangswege der

beiden Stichproben erklärbar. Die Repräsentativität der Stichproben ist nicht ausreichend beurteilbar, da für die Subgruppen Poliklinik und Konsil keine offenen Vergleichsdaten vorliegen.

4.2 Kreuzvalidierung

Nach der Stichprobenbeschreibung und dem Vergleich der Stichproben auf Skalenunterschiede folgte im Hauptteil die Kreuzvalidierung der beiden Fragebogen ISR und PHQ-D. Dabei wurde jede Skala mit jeder anderen Skala verglichen, indem der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet wurde. Innerhalb der Konstruktvalidität kann zwischen konvergenter und divergenter Validität unterschieden werden (Bühner, 2006). So wurden auch hier im Rahmen der Kreuzvalidierung einerseits konstruktverwandte und andererseits konstruktfremde Skalen gegenüber gestellt.

4.2.1 Vergleich der ISR-Skalen

Diskriminante Validität wird beim Vergleich der ISR-Skalen untereinander ermittelt. Geringe bis sehr geringe Korrelationen weisen die Skalen Somatisierung und Essstörung auf. Bei konstruktfremden Bereichen soll das auch der Fall sein. Das Ergebnis ist somit überwiegend zufrieden stellend.

Die drei Skalen Depression, Angst und Zwang weisen im Vergleich untereinander allerdings mittlere Korrelationen auf (0,543-0,611). Zur Diskussion dieses Ergebnisses sollen folgende Überlegungen beitragen. Es ist zu beachten, dass eine depressive Störung, die am zweithäufigsten gestellte psychische Diagnose ist (20% aller Patienten). Eine Zwangsstörung wird insgesamt bei nur 2 Patienten diagnostiziert (0,4%), eine Angststörung liegt etwas häufiger vor (7,5% aller Patienten). Allerdings wurde in dieser Arbeit nur aufgeführt, ob eine F-Diagnose als Haupt- bzw. Nebendiagnose vorliegt. Es wurde nicht ausgewertet, ob das Vorliegen einer Komorbidität zumindest zum Teil diese mittleren Korrelationen erklären könnte. Denn im Durchschnitt werden bei stationärer, psychosomatischer Behandlung mehr als zwei Diagnosen aus dem psychischen Bereich gestellt (Tritt et al., 2003, Alonso et al., 2004). In Anbetracht der erhöhten gemeinsamen Komorbidität zwischen Depressions-, Angst- und Zwangsstörungen und das generelle Vorliegen von psychischer Komorbidität bei

Patienten mit psychischen Erkrankungen, könnte die mäßig hohe (mittlere) Korrelation in diesen Bereichen durch diese Faktoren bedingt sein.

Die Zusatzskala, die eine sehr heterogene Skala zum Screening von verschiedenen relevanten Syndromen ist, weist mäßige Korrelationen auf mit den Bereichen Angst und Zwang und sogar eine gute Korrelation (r = 0,755) mit der Depressionsskala. Die gute Korrelation mit der Depressionsskala mag vermutlich daran liegen, dass vier Items, die man auch zur Depressionsskala zählen kann, in der Zusatzskala angesiedelt sind. Diese vier Items sind weniger spezifisch für eine depressive Störung. Es sind aber Symptome, die im Rahmen einer depressiven Episode auftreten können, wie z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidgedanken, Schlafprobleme und Appetitlosigkeit. Dass in den Bereichen Angst und Zwang mäßige Korrelationen mit der Zusatzskala vorliegen, könnte wieder an der schon oben diskutierten Komorbidität liegen.

4.2.2 ISR versus PHQ - Skalenvergleich

Zur Prüfung der konvergenten Validität wurden zum einen konstruktähnliche Skalen miteinander verglichen, zum anderen wurden zur Ermittlung der divergenten Validität konstruktfremde Skalen einander gegenübergestellt (Bühner, 2006).

Der Vergleich der Depressionsskalen aus den beiden Fragebogen zeigt eine sehr starke Korrelation mit einem Korrelationskoeffizienten r = 0,824. Dabei besteht die Depressionsskala des ISR aus nur vier Items. Denn es soll mit möglichst wenigen, spezifischen Fragen nach den Leitsymptomen eine depressive Störung erfasst werden. Die Depressionsskala des PHQ besteht dagegen aus 9 Items und verbraucht dementsprechend bei der Administration mehr Ressourcen.
Wie oben bereits beschrieben sind vier der fünf zusätzlichen PHQ-Items vergleichbar mit vier Items aus der Zusatzskala des ISR. Da eine depressive Störung, die am zweithäufigsten gestellte Diagnose ist, wäre es nicht verwunderlich, wenn eine deutliche positive Korrelation zwischen den Skalen Depression und Zusatz herrscht.
So zeigt sich erwartungsgemäß eine starke Korrelation zwischen der Zusatzskala des ISR und der Depressionsskala des PHQ mit r = 0,763.
Bei der Depressionsskala des PHQ handelt es sich um eine etablierte Skala, deren Validität in zahlreichen Studien konstatiert wurde (Loewe, 2004a, Diez-Quevedo, 2001, Kroenke, 2001).

Entsprechend kann der Depressionsskala des ISR eine gute, konvergente Validität bestätigt werden.

Die Skala psychosoziale Funktionalität des PHQ erfasst, wie sehr die zuvor abgefragten Symptome zu depressiven und Panikstörungen den Alltag erschweren.
Diese Skala weist eine starke Korrelation im Vergleich mit der Depressionsskala des ISR auf mit r = 0,632. Im Vergleich mit der Zusatzskala werden mittlere Korrelationskoeffizienten berechnet (r = 0,575). Diese starken Korrelationskoeffizienten könnten damit zusammenhängen, dass Depressionen häufig mit psychosozialen Funktionseinschränkungen einhergehen. Durch somatische Erkrankungen bedingte psychosoziale Funktionseinschränkungen werden wiederum häufig mit Symptomen der Depression in Verbindung gebracht.

Zu diskutieren ist die nur mittlere Korrelation zwischen den beiden Angstskalen mit r = 0,508. Die Diagnose einer Angststörung verteilt sich dabei wie folgt auf die Stichproben: 3,0% der Konsilpatienten und 8,6% der Poliklinikpatienten.
Beim Vergleich der beiden Fragebogen ist zu beachten, dass der ISR eine Angstskala mit vier Items besitzt. Die Fragen beziehen sich dabei auf die letzten beiden Wochen des Patienten. Als Antwortmöglichkeit steht eine fünf-stufige Likert-Skala zur Verfügung, die von „trifft nicht zu“ bis „trifft extrem zu“ reicht.
Beim PHQ besteht die Angstskala aus 5 Items, wobei aber mit der Eingangsfrage entschieden wird, ob die übrigen Items überhaupt zu beantworten sind. Die Eingangsfrage lautet: Hatten Sie in den letzten vier Wochen eine Angstattacke? Wird diese Frage mit „nein“ beantwortet, so sind keine weiteren Items zur Angstskala zu beantworten. Das Antwortmuster ist bei dieser Skala dichotom, die Fragen können nur mit „ja“ oder mit „nein“ beantwortet werden, was vor allem zu einer enormen Einschränkung der Varianz führt. Diese Streuungsrestriktion muss unter anderem als Grund für die mangelnde Validität in Betracht gezogen werden (Bühner, 2006).
Bei der Korrelation dieser beiden Skalen wird ein selektiertes Patientengut miteinander verglichen, es werden Antworten mit fünfstufiger Unterteilung mit dichotomen Antworten verglichen. Außerdem unterscheidet sich das Zeitintervall, in dem derartige Ereignisse/Symptome aufgetreten sind (2 versus 4 Wochen). Der wesentlichste Unterschied zwischen den beiden Fragebogen ist allerdings, dass das ISR nach allgemeinen Angststörungen evaluiert, wohingegen der PHQ ausschließlich nach Panikstörungen sucht.

Als solches deckt das ISR einen deutlich größeren Geltungsbereich ab, was sich auf die Korrelationshöhe niederschlagen sollte, da diese Kriteriumsdefizienz zu weniger hohen Korrelationen führt (Bühner, 2006). Wie bereits unter Gliederungspunkt 4.1.2 (Vergleich der Angstskala) aufgeführt, besteht weiterhin die Frage, inwiefern diese zwei Skalen miteinander vergleichbar sind. Insbesondere sollte bedacht werden, dass durch den Auswertungsmodus des PHQs die Werte von mehr als der Hälfte der Patienten gar nicht in die Auswertung eingehen.

Die Skala psychosoziale Funktionalität kann wie bereits aufgeführt weder richtig als konstruktfremd noch als konstruktgleich betrachtet werden. Beim Vergleich mit ISR Angst wird also weder eine hohe noch eine niedrige Korrelation erwartet. Das Ergebnis des Vergleiches ergibt wie vermutet eine mittlere Korrelation.

Auffällig ist, dass der Vergleich ISR: Angst mit PHQ: Depression sogar eine höhere Korrelation mit r = 0,550 erbringt als die beiden Angstskalen untereinander. Nun ist die Diagnose einer Angststörung in den Stichproben ziemlich selten, wohingegen die Diagnose Depression am zweithäufigsten vorkommt. Was jedoch nicht ermittelt wurde ist, ob bei den Patienten noch eine zweite F-Diagnose vorliegt. Eine Komorbidität könnte diese mittlere Korrelation durchaus erklären (Tritt et al., 2003).
Der Vergleich von ISR: Depression mit PHQ: Angst erfolgt – wie schon dargestellt - an einem hochgradig selektierten Patientengut und ergibt eine sehr schwache, nicht signifikante Korrelation mit r = 0,068.

Beim Vergleich von konstruktfremden Skalen werden nur geringe Korrelationen erwartet. In dieser Weise wird die divergente Validität geprüft (Bühner, 2006).
Wie der im Ergebnisteil abgebildeten Tabelle entnommen werden kann, zeigten sich überwiegend schwache bis sehr schwache Korrelationen.
Mittlere Korrelationen weisen die Vergleiche der Skalen ISR Angst - PHQ Depression, ISR Angst – PHQ psychosoziale Funktionalität und ISR Zusatz - PHQ psychosoziale Funktionalität auf, alle drei Vergleiche wurden oben bereits diskutiert. Auch die Skalen ISR Zwang - PHQ Depression und ISR Zwang - PHQ psychosoziale Funktionalität weisen mittlere Korrelationskoeffizienten auf. Ein ähnliches Ergebnis lag auch beim Vergleich der ISR-Skalen untereinander vor. Zum einen ist es erfreulich, dass sich die beiden Fragebogen in dieser Hinsicht decken, zum anderen unterstützt dieses Ergebnis die Folgerung, dass die

mittleren Korrelationen durch vermutlich bestehende Komorbidität zustande gekommen sein könnte.

4.2.3. ISR versus PHQ – Vergleich auf Itemebene

Auf Itemebende wurden inhaltlich ähnliche Items miteinander korreliert. Somit sind im Ergebnis gute Korrelationen zu erwarten.
Es konnten acht der neun Items der Depressionsskala des PHQ mit entsprechenden Items des ISR verglichen werden. Es handelt sich dabei um die vier Items der Depressionsskala und um vier Items der Zusatzskala. Dem PHQ-Item 1h (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) konnte kein entsprechendes ISR-Item gegenübergestellt werden.

Sechs der acht Vergleiche auf Itemebene erbrachten starke Korrelationen. Zwei Vergleiche (ISR2- PHQ1a; ISR21 – PHQ1e) zeigten mittlere Korrelationskoeffizienten. Der Vergleich konstruktkonformer Items ergab somit zufrieden stellende Ergebnisse, was als weiterer Beleg für die konvergente Validität betrachtet werden kann.

Beim Vergleich der Items der Angstskalen konnten drei inhaltlich verwandte Items gegenübergestellt werden. Die Korrelationen waren wie beim Vergleich auf Skalenebene schwach bis mittel. Als Gründe für diesen Befund dürften die gleichen Faktoren wirken, die bereits bei der Interpretation der Ergebnisse zur Angstskala diskutiert wurden.

Zum Schluss sollten noch die folgenden Schwächen der Arbeit angesprochen werden, die bei zukünftigen Studien bedacht werden sollten:

1. Beim Vergleich der beiden Fragebogen ISR mit PHQ sollte die Langform des PHQ verwendet werden. Dies führt nicht nur zu besseren Vergleichsmöglichkeiten bei der Prüfung der Validität bezüglich der Angstskala, es können noch weitere Korrelationen im Rahmen der Kreuzvalidierung wie beispielsweise mit den Skalen für somatoforme Störungen oder Essstörungen durchgeführt werden.
2. Es sollte die gesamte Komorbidität der Patienten erhoben werden, um diesen Einflussfaktor bei zukünftigen Studien besser kontrollieren zu können.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit gute Hinweise auf die konvergente und divergente Validität des ISR liefert.

5. Zusammenfassung

5.1 Einleitung

Da psychiatrische Erkrankungen sehr häufige Erkrankungen mit einer Lebenszeitprävalenz von über 50% sind (Wittchen H.-U., 2005, Jacobi et al., 2004), ist es von besonderer Wichtigkeit die jeweilige Störung möglichst früh, schnell und sicher zu erkennen, da mit den Erkrankungen enorme direkte sowie indirekte Kosten verbunden sind. Zudem ist auch von politischer Seite die Verpflichtung zur Qualitätssicherung (§135a DGB V) gegeben. Um den Ansprüchen der Kosteneffizienz und Wirtschaftlichkeit gerecht zu werden, ist eine standardisierte und strukturierte Diagnostik anzustreben (Becker et al. 2006, Knappe et al. 2008). Bisherige Instrumente zur Diagnostik von psychiatrischen Erkrankungen sind meist zeit- und kostenintensiv. Beispielsweise umfasst der allgemein anerkannte Selbstbeurteilungsbogen SCL-90-R (Franke G. 1995) neunzig verschiedene Items, er verursacht Kosten von 11,50€/25Bögen und wird in verschiedenen Studien bezüglich der Skaleninterkorrelation und Faktorenstruktur kritisiert (Cyr et al. 1985, Rief et al., 1991). Daher machte sich der „Verbund für Qualitätssicherung in der Psychotherapie und Psychosomatik“ (Heymann et al., 2003) zum Ziel, ein Instrument zu schaffen (Tritt et al. 2008), das Zeit und Ressourcen schont: das ICD-10 Symptom-Rating (ISR)

5.2 Stand der Entwicklung

Durch ein Expertengremium entstand die Pilotversion 1.0 des ISR mit 36 Items und sechs Subskalen. Nach einer ersten Kreuzvaldierung mit 109 Patienten erfolgte eine Modifikation des Fragebogens und es entstand die Version 2.0 mit 29 Items und sechs Skalen (Zacharias, 2006).

In einer Studie mit 1057 Patienten untersuchten Fischer et al. (2009) explorativ und konfirmatorisch die Faktorenstruktur des ISR und konnten eine hohe und gleichmäßige Varianzaufklärung und eine hohe innere Konsistenz der Skalen konstatieren.

Brandt (2009) konnte mittels korrelativen Vergleichen zwischen den Depressionsskalen des ISR, SCL-90-R und BDI an 969 Patienten hohe Zusammenhänge nachweisen. Zudem wurden der Depressionsskala eine hohe Änderungssensitivität und eine hohe Effektstärke bei der Outcome-Evaluation bescheinigt.

5.3 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen dieser Studie wurden 495 Patienten der Charité in Berlin im Zeitraum von 11.07.2007 bis 26.11.1007 zum einen der ISR und zum anderen die Kurzform des PHQ vorgelegt. Dabei lässt sich die Stichprobe aufteilen in 394 Patienten der Poliklinik und 101 Patienten aus dem Konsiliardienst. Das Durchschnittsalter betrug 43,5 Jahre, 72,5% waren Frauen. Bezüglich der Soziodemographie gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben und zudem sind die Teilnehmer vergleichbar mit solchen anderer psychosomatischer Kliniken (Tritt et al, 2003, Brandt, 2009).

Bei den Patienten aus der Poliklinik weisen 45,4% beim Schulabschluss ein (Fach-)Abitur vor, 33,1 besitzen die mittlere Reife, 18,8% Volks- oder Hauptschule. Das Ergebnis ist vergleichbar mit dem Bildungsstand der Studie von Brandt (2009).

Beim Vergleich der Diagnosen stellt man fest, dass 24,8% der Konsilpatienten keine F-Diagnose erhalten, im Gegensatz zu den Poliklinik-Patienten mit 11,4%. Unter den Studienteilnehmern aus der Poliklinik ergab sich folgende Verteilung der psychiatrischen Diagnosen: 1. Somatoforme Störung, 2. Depressive Störung, 3. Anpassungsstörung, 4. Essstörungen, 5. Angststörung. Bei den Konsilpatienten ist die Reihenfolge ähnlich, allerdings belegen „Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ neben depressiver Störung Platz 2 und zudem schiebt sich „dissoziative Störung“ vor die Essstörung. Einerseits ist zu beachten, dass Komorbiditäten nicht berücksichtigt wurden. Andererseits kann dieser signifikante Unterschied durch die unterschiedlichen Zugangswege erklärt werden.

5.4 Methodik und Fragestellung

Im Rahmen der Durchführung der Kreuzvalidierung erfolgte die Ermittlung der konvergenten und divergenten Validität. Hierfür wurden die ISR-Skalen bzw. die PHQ-Skalen zum einen untereinander und zum anderen miteinander korreliert. Zudem wurden Korrelationen konstruktverwandter Einzelitems ermittelt.

Im Rahmen der Vortests für die Testnormierung wurden die beiden Stichproben der Konsil- und der Poliklinikpatienten miteinander verglichen und auf Unterschiede bezüglich Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Diagnosen und Skalen geprüft

5.5 Ergebnisse

Nachdem sich die beiden Stichproben bezüglich Alter und Geschlecht vergleichbar zeigten, wiesen sie doch signifikante Unterschiede bezüglich der Diagnosenverteilung auf. Die Konsilpatienten wiesen dabei deutlich weniger psychische Diagnosen auf, was durch den unterschiedlichen Zugangsweg zu den Studienteilnehmern erklärbar ist. Dies schlug sich auch beim Vergleich der Skalen im Rahmen der Vortests zur Testnormierung nieder. Dabei zeigten sich für beinahe alle Skalen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben mit deutlich höheren Mittelwerten für die Poliklinik-Patienten. Diese Unterschiede können durch die höhere Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Stichprobe der Poliklinikpatienten erklärt werden. Kein signifikanter Unterschied ist für die Somatisierungsskala des ISR und für die Angstskala des PHQ zu verzeichnen. In beiden Subgruppen ist die somatoforme Störung die am häufigsten gestellte Diagnose und somit war dieses Ergebnis zu erwarten. Auch bezüglich der Angstskala des PHQ war aufgrund der Aussiebung durch Frage 1 (siehe übernächster Absatz – Punkt 3) das Ergebnis zu erwarten.

Zur Untersuchung der diskriminanten Validität wurden die ISR-Skalen untereinander verglichen. Neun der 15 Vergleiche erbringen, wie zu erwarten, schwache bis sehr schwache Korrelationen (-0,002 bis 0,385). Zu benennen sind jedoch die starken Korrelationen zwischen der Depressionsskala und der Zusatzskala (r = 0,755) und der Angstskala (r = 0,611). Es ist davon auszugehen, dass diese höhere Korrelation zumindest teilweise durch eine Komorbidität von Depressions- und Angststörung bedingt sein könnte. Eine Überprüfung dieser Annahme kann aufgrund fehlendem Erfassen der psychischen Komorbidität in dieser Studie nicht erfolgen. Zur hohen Korrelation zwischen Depressionsskala und der heterogenen Zusatzskala trägt die Verlagerung der wenig spezifischen Depressionsitems in die Zusatzskala bei.

Beim Vergleich der ISR-Skalen mit den PHQ-Skalen wird sowohl die konvergente als auch die divergente Validität geprüft.
Dabei korrelieren die beiden Depressionsskalen erwartungsgemäß sehr stark miteinander, r = 0,824.
Die beiden Angstskalen weisen allerdings eine nur mittlere Korrelation auf (r = 0,508). Aufgrund verschiedener Aspekte ist der Vergleich der beiden Angstskalen miteinander erschwert. Erstens, beim PHQ wird gezielt nach einer Panikattacke in den letzten vier

Wochen gefragt, wohingegen das ISR ein breiteres Spektrum von Angststörungen evaluiert. Zweitens, die Antwortmodalitäten unterscheiden sich: dichotome Antwortmöglichkeiten versus der Graduierung auf einer fünfstufigen Likertskala. Drittens, wird beim PHQ die erste Frage nach dem Vorkommen einer Panikattacke in den letzten vier Wochen negiert, so sind die übrigen Fragen zur Angstskala zu überspringen, somit wird ein selektiertes Patientengut mit einem unselektierten verglichen.
Lässt man die Skala psychosoziale Funktionalität, welche keiner der ISR-Syndrom-Skalen eindeutig zugeordnet werden kann, bei der Überprüfung der divergenten Validität außer Betracht, so weisen sieben von zehn Skalenvergleichen die wünschenswert schwachen bis sehr schwachen Korrelationen auf.

Auf Itemebene erbringt die Überprüfung der konvergenten Validität beim Vergleich der Depressionsitems für sechs der acht Vergleiche starke Korrelationen mit Werten zwischen 0,704 und 0,772. Der Itemvergleich bezüglich dem Appetit erbringt eine mittlere Korrelation ($r = 0,450$), ebenso der Vergleich bezüglich der Freudlosigkeit ($r = 0,508$). Zumindest bezüglich dem Appetit werden leicht divergente Inhalte abgefragt, die zu der mittleren Korrelation geführt haben könnten („schlechter Appetit“ versus „verminderter Appetit/übermäßiges Bedürfnis zu essen“).
Der Vergleich der Angstskalen auf Itemebene erbringt nur schwache mit mittlere Korrelationen. Die Schwierigkeiten, die es beim Vergleich der Angstitems beider Instrumente gibt, wurden bereits ausführlich im vorletzten Absatz erörtert.

Insgesamt kann insbesondere für die Depressionsskala eine gute Validität belegt werden. Für die Angstskala ergaben sich beim Vergleich mittlere Korrelationen. Allerdings ist ein direkter Vergleich der Skalen, wie bereits ausführlich aufgeführt, mit verschiedenen Problemen behaftet.

Beim Stichprobenvergleich wurden Unterschiede festgestellt, die für die Testnormierung relevant sein könnten. Allerdings haben sich plausible Erklärungen für die Unterschiede finden lassen. In Zukunft sollte eine diagnosespezifische Prüfung der Syndromskalen erfolgen.

In Zusammenschau der Befunde sind die ersten Prüfungen zur Validität des ISR vielversprechend. Es bedarf aber dennoch der Prüfung mit weiteren anerkannten Instrumenten.

Wie schon in der Diskussion angesprochen sind als weitere Schwachstellen dieser Arbeit die fehlende Miterfassung der psychischen Komorbidität zu nennen sowie die durch die Verwendung der PHQ-Kurzform nur auf wenige Syndrome begrenzten Vergleichsmöglichkeiten.

6. Literaturverzeichnis

Alonso J., Angermeyer M.C., Lépine J.P. (2004): The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. Acta Psychiatr Scand 2004: 109 (Suppl. 420): 5-7.

Becker J., Kocalevent R.D., Rose M., Fliege H., Walter O.B., Frommer J., Klapp, B.F. (2006): Standardisierte Diagnosefindung: Computergestützte (CIDI) – versus klinische Diagnosestellungen an einer psychosomatischen Stichprobe. Psychother Psych Med 2006; 56, 5-14.

Behnes, H.C. (2006): Psychiatrischer Konsiliardienst in einem Haus der Maximalversorgung am speziellen Beispiel des Universitätsklinikums Aachen. Dissertation, Uniklinikum Aachen.

Berth, H., Balck, F. (2003): Psychologische Tests für Mediziner.1. Auflage. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.

Brandt, Wolfram (eingereicht 2009). Kreuzvalidierung des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Selbstbeurteilungfragebogens an 969 depressiven Patienten mit der SCL-90-R und dem BDI I", Dissertation, Universität Regensburg.

Brosius, Felix (2006): SPSS 14. 1. Auflage. Heidelberg, Mitp-Verlag.

Bundesärztekammer: Richtlinien zur Organtransplantation, Zugriff am 15.08.2009: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliOrga25072009.pdf

Bühner, Markus (2006): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 2. Auflage. München, Pearson Studium.

Charité-Berlin: medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, http://psychosom-ccm.charite.de Zugriffdatum 10.05.2008

Cube, T. v. (1983): Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Z Psychosom Med Psychoanal 29, 49-75.

Cyr, J.J., McKenna-Foley, J.M., Peacock, E. (1985): Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? Journal of Personal Assessment, 49, 571-578.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Diez-Quevedo C., Rangil T., Sanchez-Planell L., Kroenke K., Spitzer R.L.: Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. Psychosomatic medicine, 2001; 63 (4): 679-686

Fischer, F. Tritt, K., Klapp, B.F., Fliege, H. (in Druck 2009): Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10-F Symptomrating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten. Psychother Pschosom med Psychol EFirst.

Franke G.: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen, Bern. Testzentrale. 1995.

Freyberger, J.H., Stieglitz, R.-D. (2005) Krankheitsbilder, Klassifikation, Dokumentation. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, S.134-143.

Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R., Liedtke, R. (2000) Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist SCL-90-R (SCL-90-R). Psychother Psychosom med Psychol 50: 447-453.

Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Psychologische Rundschau 23: 242-267.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

Henkel V., Mergl R., Kohnen R., Allgaier A.K., Moller H.J., Hegerl U.: Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. Gen-Hosp-Psychiatry, 2004 May-June; 26 (3): 190-198

Herzog, T., Stein, B., Wirsching, M. (2000): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme Verlag.

Heuft, G. und Senf, W.; 1998: Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart, New York. Thieme Verlag. 1998.

Heymann, F.V. et al; 2003. Ist die diagnosebezogene Behandlungsdauer homogen? Erste Ergebnisse der Multcenter Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssicherner Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation; 62:209-221.

Hill CE, Lambert M.J. (2004) Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In: Lambert M.J. (Hg.) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5. Aufl., New York: John Wiley, 84-135.

Jacobi F., Klose M., Wittchen H.-U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 2004, 47: 736-744

Jordan, J., Sapper, H., Schimke, H., Schulz, W. (1989): Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Bericht über eine katamnestische Untersuchung. Psychother Psychosom med Psychol 39, 127-134.

Knappe, S., Runge, J., Bessdo, K., Jacobi, F., Wittchen, H.-U. (2008): Diagnostik psychischer Störungen: „Gold" – oder „Blech"-Standard? Kritische Randbemerkungen zu standardisierten diagnostischen Instrumenten und der Bewertung klinischer Routinediagnosen. Psychother Psychosom med Psychol 58, 72-75.

Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.(2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J-Gen-Intern-Med; 2001; 16 (9): 606-613.

Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.(2002): The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosomatic medicine, 2002 Mar-Apr; 64 (2): 258-266.

Künsebeck, H.-W., Freyberger, H. (1987): Follow-up results from a psychosomatic outpatient clinic. Psychother Psychosom 48, 123-128.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung.* Weinheim: Beltz Test GmbH.

Lienert, A. und Raatz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage Psychologie Verlagsunion Beltz, Weinheim. 1998.

Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W., (2001). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzform. 2001 Pfizer GmbH, Karlsruhe.

Löwe B., Spitzer R.L., Zipfel S., Herzog W. (2003): PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Z Med Psychol 12, 2003: 90-95.

Löwe B., Spitzer R.L., Grafe K., Kroenke K., Quenter A., Zipfel S., Buchholz C., Witte S., Herzog W, (2004a): Comperative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians´diagnosis. J-Affect-Disord, 2004 Feb; 78 (2): 131-140.

Löwe B., Grafe K., Zipfel S., Witte S., Loerch B., Herzog W. (2004b): Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire.
Psychother Psychosom, Nov-Dec; 73 (6): 386-390.

Löwe B., Unutzer J., Callahan C.M., Perkins A.J., Kroenke K. (2004c): Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. Med-Care, Dec; 42 (12): 1194-1201.

Möller-Leimkühler, A.M. (2005): Geschlectsrolle und psychische Erkrankung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 6 (3), 29-35.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1998, Berlin (u.a.), de Gruyter.

Rief, W., Greitermeyer, M., Fichter, M. (1991) Die Symptom-Checklist SCL-90-R – Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37: 58-65.

Spitzer ,R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. J. Am. Med. Assoc. 282, 1737-1744.

Stieglitz, R.-D. (2007): Screening. Psychother Psycho Med 2007; 57: 178-189.

Testzentrale (2008) unter: http://www.testzentrale.de – zugegriffen am 27.07.2008.

Tritt, K., Peseschkian, H., Bidmon, R.K., Mühldorfer, S. & Loew, T.H. (2002) Psychodynamische Psychotherapie bei somatoformen Störungen im symptomatischen Monitoring: Was kann der SLC-90-R hier in der Versorgungsrealität leisten? Psychodynamische Psychotherapie, 1, 212-224.

Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T.H., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R., Findeisen, P., Galuska, J., Kalleder, W., Lettner, F., Michelitsch, B., Pfitzer, F., Stadtmüller, G. & Zaudig, M. (2003) Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinischer Psychologie, 8, 244-251.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). Psychotherapeut. Heidelberg: Springer.

Valenstein et al, 2001. The cost-utility of screening for depression in primary care. Ann. Intern. Med. 134, 345-360.

Wittchen, H.-U. (2005): „Psychische Störungen in Deutschland und der EU“ Größenordnung und Belastung. Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit in Europa anlässlich des 1. Deutschen Präventionskongresses.

Woike, J.K. Screening. In: Kubinger, K.D, Jäger, R.S (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. Weinheim: Beltz PVU, 2003: 375-377.

Zacharias, Irina (2006). Entwicklung und Validierung eines an die Hauptkategorien des ICD-10 angelegten psychopathologisch-phänomenologischen Fragebogens. Pschychologische Diplomarbeit, Universität Regensburg.

7. Anhang

7.1 ICD-10-Symptomrating ISR

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

(Pilotversion 2.0)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen. Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: letzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu" an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,
kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu" an, wenn Sie kaum daran leiden,
kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu" an, wenn Sie ziemlich daran leiden,
kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu" an, wenn Sie deutlich daran leiden und
kreuzen Sie „4 = trifft extrem" an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4

© 2006 IQP - Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, Qualitas GmbH München

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4

© 2006 IQP - Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, Qualitas GmbH München

(22) Ich bin vergesslich.	0	1	2	3	4
	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(23) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	0	1	2	3	4
(24) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	0	1	2	3	4
(25) Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	0	1	2	3	4
(26) Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	0	1	2	3	4
(27) Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
(28) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	0	1	2	3	4
(29) Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	0	1	2	3	4

Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe !

© 2006 IQP - Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, Qualitas GmbH München

7.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Langversion

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ **Alter:** _____ **Geschlecht:** weiblich ☐ männlich ☐ **Datum** _____

1 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Nicht beeinträchtigt**	**Wenig beeinträchtigt**	**Stark beeinträchtigt**
a. Bauchschmerzen	☐	☐	☐
b. Rückenschmerzen	☐	☐	☐
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐	☐	☐
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	☐	☐	☐
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
f. Kopfschmerzen	☐	☐	☐
g. Schmerzen im Brustbereich	☐	☐	☐
h. Schwindel	☐	☐	☐
i. Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐
j. Herzklopfen oder Herzrasen	☐	☐	☐
k. Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	☐	☐	☐
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).
© 2001 Pfizer GmbH
1

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst"	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	☐	☐
Wenn „NEIN", gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	☐	☐
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	☐	☐
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	☐	☐

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	☐	☐
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	☐	☐
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	☐	☐
d. Haben Sie geschwitzt?	☐	☐
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	☐	☐
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	☐	☐
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	☐	☐
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	☐	☐
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	☐	☐
j. Zitterten oder bebten Sie?	☐	☐
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	☐	☐

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	☐	☐	☐
Wenn „Überhaupt nicht", gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	☐	☐	☐
c. Leichte Ermüdbarkeit	☐	☐	☐
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	☐	☐	☐
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	☐	☐	☐
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	☐	☐	☐
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	☐	☐	☐

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).
© 2001 Pfizer GmbH

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6 Fragen zum Thema „Essen"	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?	☐	☐
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?	☐	☐
Wenn „NEIN" bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.		
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	☐	☐

7 Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	☐	☐
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	☐	☐
c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	☐	☐
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	☐	☐

8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA" angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	NEIN	JA
	☐	☐

	NEIN	JA
9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	☐	☐
Wenn „NEIN", gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.		

10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	☐	☐
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert"?	☐	☐
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert" waren?	☐	☐
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	☐	☐
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Glas Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	☐	☐

11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
☐	☐	☐	☐

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
(Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).
© 2001 Pfizer GmbH

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

12 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Nicht beeinträchtigt**	**Wenig beeinträchtigt**	**Stark beeinträchtigt**
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	☐	☐	☐
b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	☐	☐	☐
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	☐	☐	☐
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	☐	☐	☐
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	☐	☐	☐
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	☐	☐	☐
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	☐	☐	☐
i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	☐	☐	☐
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	☐	☐	☐

13 Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?	**NEIN**	**JA**
	☐	☐

14 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten? _____

_____

15 Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?	**NEIN**	**JA**
	☐	☐

16 Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert	**Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt**	**Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert**	**Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr**	**Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille**
☐	☐	☐	☐	☐

	NEIN (oder trifft nicht zu)	**JA**
b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgeprägte Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?	☐	☐
c. Wenn „JA": Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?	☐	☐
d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?	☐	☐
e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?	☐	☐
f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?	☐	☐

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).
© 2001 Pfizer GmbH

7.3. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Kurzversion

Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ **Alter:** _____ **Geschlecht:** weiblich ☐ männlich ☐ **Datum** _____

1 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	☐	☐	☐	☐
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	☐	☐	☐	☐

2 Fragen zum Thema „Angst".	**NEIN**	**JA**
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	☐	☐
Wenn „NEIN", gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	☐	☐
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	☐	☐
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	☐	☐
e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	☐	☐

3 Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	**Etwas erschwert**	**Relativ stark erschwert**	**Sehr stark erschwert**
☐	☐	☐	☐

KODIERUNG: *Maj Dep Syn*, wenn fünf oder mehr der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage" beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen" beantwortet ist). *And Dep Syn*, wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage" beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen" beantwortet ist). *Pan Syn*, wenn alle Fragen 2a–e mit „JA" beantwortet sind.

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)" durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).

© 2001 Pfizer GmbH

8. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. T. Loew für die freundliche Überlassung des Themas.

Herzlichst bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. K. Tritt für die ausgezeichnete Betreuung und das stete und konstruktive Interesse am Fortgang der Arbeit.

Besonderen Dank auch an Prof. Dr. med. B.F. Klapp, ärztlicher Direktor der medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Charité zu Berlin, für die zur Verfügung gestellten Stichproben.

Vielen, lieben Dank an Christoph, auf den man stets zählen kann und der mit Rat und Tat zur Seite steht.

Meiner Familie danke ich für die finanzielle und geistige Unterstützung.

9. Lebenslauf

Persönliche Daten	
Name	Bettina Bauer
Geburtsdatum	27.11.1982
Geburtsort	Nabburg
Familienstand	ledig
Schulausbildung	
09/1989 – 08/1993	Josef-Faltenbacher-Schule, Pirk
09/1993 – 06/2002	Kepler-Gymnasium, Weiden: Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
Hochschulausbildung	
2002 – 2008	Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg
07.09.2004	Physikum
02.12.2008	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (nach neuer ÄAppO)
Famulaturen	
03/2005	Prof. Dr. Aiginger, Innere Medizin, St. Josefskrankenhaus, Wien
08/2005	Prof. Dr. Neugebauer, Unfallchirurgie,
	Krankenhaus der Bramherzigen Brüder, Regensburg
09/2005	Dr. Nicklas, Allgemeinarztpraxis, Weiden
10/2005	Prof. Dr. Hofstädter, Pathologie, Universität Regensburg
09/2006	Prof. Dr. Wiedmann, Innere Medizin,
	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Regensburg
04/2007	Dr. Feustel, Allgemeinarztpraxis, Regensburg
Praktisches Jahr	
08/07 – 12/07	Prof. Dr. Seelbach-Göbel, Frauenheilkunde, Universität Regensburg
12/07 – 04/08	Prof. Dr. Schölmerich, Innere Medizin, Universität Regensburg
04/08 – 07/08	PD Dr. Dietl, Chirurgie, Klinikum Weiden
Karriere	
seit 01.01.2009	Assistenzärztin, Innere Medizin, St. Barbara-Krankenhaus, Schwandorf