

Zielsetzung

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) wurde entwickelt, um die Diagnose der häufigsten psychischen Erkrankungen von Patienten zu erleichtern. Außerdem lassen sich durch ihn somatische und psychosoziale Stressfaktoren erkennen.

Wer sollte den PHQ-D ausfüllen?

Idealerweise sollte der PHQ-D bei folgenden Patienten verwendet werden: bei allen neuen Patienten, bei allen Patienten, die den Fragebogen in den letzten 12 Monaten nicht ausgefüllt haben, und bei allen Patienten, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht.

Diagnosestellung

Da sich der Fragebogen ausschließlich auf Selbstauskünfte des Patienten bezieht, müssen die endgültigen Diagnosen durch den behandelnden Arzt überprüft werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie gut der Patient den Fragebogen verstanden hat. Zusätzlich sind andere wichtige Informationen des Patienten, seiner Familienangehörigen bzw. aus anderen Quellen heranzuziehen.

Auswertung des PHQ-D

Die Auswertung der Komplettversion des PHQ-D kann mit Hilfe der zugehörigen Schablonen erfolgen. Alternativ ist eine Auswertung ohne Schablone möglich, wenn die auf der Rückseite zusammengestellten Auswertungsalgorithmen befolgt werden (s. auch Tabelle 2 im Manual). Bei der Kurzform ist der Auswertungsalgorithmus zur schnellen Auswertung auch in der Fußzeile des Fragebogens beschrieben, eine Schablone ist deshalb nicht notwendig.

Zusätzliche klinische Überlegungen

Nach der vorläufigen Diagnosestellung mit Hilfe des PHQ-D müssen weitere Überlegungen angestellt werden, die für die Patientenführung und Therapieentscheidung maßgeblich sind.

- Wurden aktuelle Symptome durch einen/mehrere psychosoziale(n) **Stressfaktor/en** ausgelöst?
- **Wie lang** besteht die momentane Störung, und hat der Patient deswegen bereits eine **Therapie** erhalten?
- In welchem Maße **beeinträchtigen** die Symptome die **beruflichen und sozialen Funktionen und Aktivitäten** des Patienten?
- Gibt es in der **Anamnese** bereits ähnliche Episoden und wurden diese **behandelt**?
- Existiert eine **Familienanamnese** mit ähnlichen Symptomen?

Der PHQ-D basiert auf den diagnostischen Kriterien des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" der American Psychiatric Association (4. Auflage, DSM-IV). Da in Deutschland häufiger die Kriterien der ICD-10 verwendet werden, sind in der Kurzanleitung die Störungsklassifikationen nach ICD-10 angegeben. Die entsprechenden Klassifikationen nach DSM-IV finden sich in der Tabelle 3 des Manuals. Für einige Störungen werden im PHQ-D nicht alle diagnostischen Kriterien abgefragt, die nach DSM-IV/ICD-10 für ein Vollbild der Störung notwendig wären. Auch diese Störungen werden aufgeführt, da sie für die klinische Beurteilung des Patienten wichtig sein können.

Entwickelt von R.L. Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke und Mitarbeitern mit Förderung der Pfizer Inc.

Deutsche Übersetzung und Validierung durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.

© 2002 Pfizer

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



Gesundheitsfragebogen für Patienten

2. Auflage

Kurzanleitung zur Komplettversion und Kurzform

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

Anleitung zur Auswertung des Gesundheitsfragebogens (PHQ-D) sowie seiner Kurzversion (Kurzform PHQ-D)

PHQ-D Frage Nr.	Kurzform PHQ-D Frage Nr.	Evaluierte Bereiche	Klinische Bedeutung	ICD-10-Diagnosen
1a–m		Häufige körperliche Symptome	Somatoformes Syndrom: Mindestens drei der Fragen 1a–m sind mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet und adäquate organische Ursachen fehlen.	F45.0 Somatisierungsstörung F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
2a–i	1a–i	Depressives Syndrom	Major Depressives Syndrom: Fünf oder mehr der Fragen a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage a oder b (i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). Andere Depressive Syndrome: Zwei, drei oder vier der Fragen a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage a oder b (i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). Häufigstes Ausschlusskriterium: Die depressiven Symptome sind nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische psychische Störung zurückzuführen.	F32 Depressive Episode (erstmalig) F33 Rezidivierende depressive Episode F32.0: leicht F33.0: leicht F32.1: mittelgradig F33.1: mittelgradig F32.2: schwer F33.2: schwer F32.9 Nicht näher bezeichnete depressive Episode F33.9 Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung F34.1 Dysthymia
3a–d 4a–k	2a–e	Panikattacken und Angstsymptome	PHQ-D: Paniksyndrom: Bei jeder der Fragen 3a–d ist „JA“ markiert und vier oder mehr der Fragen 4a–k sind mit „JA“ beantwortet. Kurzform PHQ-D: Paniksyndrom: Jede der Fragen 2a–e ist mit „JA“ beantwortet. Andere Angstsyndrome: Frage 5a und drei oder mehr der Fragen 5b–g sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Angstsymptome sind nicht Folge einer körperlichen Störung (z. B. Hyperthyreose), einer organischen psychischen Störung oder der Einnahme psychotroper Substanzen.	F41.0 Panikstörung F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung F41.1 Generalisierte Angststörung F41.9 Nicht näher bezeichnete Angststörung
5a–g				
6–8		Essverhalten mit Kontrollverlust und Kompensationsverhalten	V. a. Bulimia nervosa. Jede der Fragen 6a, 6b und 6c und Frage 8 ist mit „JA“ beantwortet. V. a. „Binge-Eating“-Störung. Jede der Fragen 6a, 6b und 6c ist mit „JA“ beantwortet. Bei Frage 8 ist entweder „NEIN“ angekreuzt oder sie wurde offen gelassen.	F50.2 Bulimia nervosa F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung (z. B. „Binge-Eating“-Störung)
9–10		Alkoholgenuss, -missbrauch und -abhängigkeit	Alkoholsyndrom: Mindestens eine der Fragen 10a–e ist mit „JA“ beantwortet.	F10.1 Alkohol, schädlicher Gebrauch F10.2 Alkohol, Abhängigkeitssyndrom
11	3	Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktion	Schweregrad; Notwendigkeit für Therapie	
12a		Besorgnis über die Gesundheit	Wenn diese auch nach aufklärendem Gespräch unrealistisch bleiben, muss an eine Hypochondrie gedacht werden.	F45.2 Hypochondrische Störung
12b		Besorgnis über Körpergewicht und äußeres Erscheinungsbild	Bei Untergewicht muss an eine Anorexia nervosa gedacht werden; bei Normalgewicht an eine Bulimia nervosa. V. a. „Binge-Eating“-Störung bei erhöhtem Körpergewicht. Bei Überbeschäftigung mit einem eingebildeten Defekt kann es sich um eine „körperdysmorphe Störung“ handeln.	
12c		Fehlende Freude am Sex	Kann auf eine sexuelle Funktionsstörung oder eine affektive Störung hinweisen.	
12d–i		Schwierigkeiten mit dem Partner, in der Familie, Stress bei der Arbeit oder in der Schule, finanzielle Probleme, fehlende soziale Unterstützung, andere Stressfaktoren	Mögliche Risikofaktoren für psychische Erkrankungen	
12j		Gedanken an vergangene schreckliche Ereignisse oder Träume darüber	Kann auf eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen.	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung F43.0 Akute Belastungsreaktion
13		Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt in den letzten 12 Monaten	Weist auf eine akute Belastungsreaktion oder eine posttraumatische Belastungsstörung hin; möglicherweise Risikofaktor für andere psychische Erkrankungen. Eine sofortige Intervention kann notwendig werden.	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung F43.0 Akute Belastungsreaktion
14		Die momentan am stärksten belastende Lebenssituation	Hiermit kann ein bisher noch nicht erfasster Risikofaktor aufgedeckt werden.	
15		Medikation wegen Angst, Depression oder Stress	Weist auf die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung hin.	
16a		Menstruation	Möglicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen	
16b–c		Prämenstruelle Beschwerden	V. a. prämenstruelles dysphorisches Syndrom	