

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Feststellung von psychiatrischen Prävalenzen in einer
Hausärztepopulation im Rhein-Lahn-Kreis

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Universitätsmedizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
vorgelegt von

Nora Friesenbichler-Schulz
aus Frankfurt am Main

Mainz, 07.12.2021

Tag der Promotion: 07.12.2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Darstellungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Motivation und Zielsetzung der Dissertation.....	1
2 Literaturdiskussion.....	3
2.1 Public Health Questionnaire – Deutschland.....	3
2.1.1 Entstehung und Verbreitung des PHQ-D.....	3
2.1.2 Aufbau des PHQ-D – Zusammensetzung der einzelnen Module	4
2.1.3 Anwendungsgebiete des PHQ-D.....	8
2.2 Diagnostik und Screening – Verlaufsmessung	10
2.2.1 Auswertung des PHQ-D.....	10
2.2.2 Klinisches Vorgehen.....	11
2.3 Testdiagnostische Eigenschaften – Gütekriterien	13
2.3.1 Objektivität.....	13
2.3.2 Kriteriumsvalidität.....	13
2.3.3 Konstruktvalidität.....	14
2.3.4 Reliabilität.....	15
2.3.5 Akzeptanz.....	15
2.4 Psychische Erkrankungen in Deutschland	15
2.4.1 Epidemiologie	15
2.4.2 ICD-10 Definitionen	17
2.5 Komorbiditäten SAD-Triade	22
2.6 Hausärztepopulation – Was definiert Sie?.....	23
3 Methodisches Vorgehen	26
3.1 Die Probanden – eine Hausärztepopulation.....	26
3.2 Der Ablauf	27

3.3	Der Gesundheitsfragebogen	27
3.4	Datenauswertung	30
3.5	Statistik	32
4	Ergebnisse	33
4.1	Beschreibung der Stichprobe	33
4.2	Prävalenz der verschiedenen Störungsbilder	37
4.2.1	Somatisierungsstörungen	37
4.2.2	Depressive Episode	39
4.2.3	Panikstörung	41
4.2.4	Angststörung	43
4.2.5	Bulimia Nervosa	45
4.2.6	Binge Eating Störung	47
4.2.7	Alkoholabusus	49
4.2.8	Sexuelle Funktionsstörung	51
4.2.9	Zwangsgedanken	53
4.2.10	Zwangshandlungen	55
4.2.11	Akute Belastungsreaktion	57
4.3	Komorbiditäten	59
4.4	Familiäre Disposition	72
4.5	Therapie	74
5	Diskussion	79
6	Zusammenfassung	97
	Literaturverzeichnis	99
	Anhang	115
	Lebenslauf	116

Darstellungsverzeichnis

Darstellung 1: Kombinationsmöglichkeiten des PHQ-D (Quelle: Löwe et al. 2002).....	7
Darstellung 2: Algorithmus zur Auswertung des PHQ (Quelle: Löwe et al. 2002).....	11
Darstellung 3: Der Werdegang vom Fragbogen bis zur Diagnosestellung.....	12
Darstellung 4: Übersicht der Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie.....	14
Darstellung 5: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys von 2014 (Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).....	16
Darstellung 6: Übersicht der Verschlüsselungssysteme von ICD-10 und DSM-IV.....	22
Darstellung 7: Übersicht über die primäre Arztwahl der Bevölkerung	24
Darstellung 8: Verteilung der Verdachtsdiagnosen in der Gesamtpopulation.....	33
Darstellung 9: Allgemeine Darstellung der Geschlechterverteilung.....	34
Darstellung 10: Verteilung der Geschlechter innerhalb der Verdachtsdiagnosen	34
Darstellung 11: Allgemeine Darstellung der Altersverteilung in der Gesamtpopulation	35
Darstellung 12: Allgemeine Darstellung der Altersverteilung mit einer Verdachtsdiagnose ...	36
Darstellung 13: Altersverteilung bei V.a. Somatisierungsstörung.....	38
Darstellung 14: Altersverteilung bei V.a. Depressive Episode.....	40
Darstellung 15: Altersverteilung bei V.a. Panikstörung.....	42
Darstellung 16: Altersverteilung bei V.a. Angststörung.....	44
Darstellung 17: Altersverteilung bei V.a. Bulimia Nervosa	46
Darstellung 18: Altersverteilung bei V.a. Binge-Eating-Störung	48
Darstellung 19: Altersverteilung bei V.a. Alkoholabhängigkeit.....	50
Darstellung 20: Altersverteilung bei V.a. Sexuelle Funktionsstörung	52
Darstellung 21: Altersverteilung bei V.a. Zwangsgedanken	54
Darstellung 22: Altersverteilung bei V.a. Zwangshandlungen.....	56
Darstellung 23: Altersverteilung bei V.a. Akute Belastungsreaktion	58
Darstellung 24: Altersverteilung mit mehr als einer Verdachtsdiagnose.....	60
Darstellung 25: Altersverteilung im Vergleich.....	61
Darstellung 26: SAD-Triade	72
Darstellung 27: Familiäre Disposition und Überschneidung unserer Verdachtsdiagnosen.....	73
Darstellung 28: Verhältnis Verdachtsdiagnosen und bereits vorhandene Therapie	75
Darstellung 29: Altersverteilung bei Psychopharmakotherapie	76
Darstellung 30: Geschlechterverteilung bei Psychopharmakotherapie.....	77
Darstellung 31: Vorkommen von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie.....	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung Geschlecht * V.a. Somatisierungsstörung Kreuztabelle	37
Tabelle 2: Verteilung Geschlecht * V.a. Depressive Episode Kreuztabelle.....	39
Tabelle 3: Verteilung Geschlecht * V.a. Panikstörung Kreuztabelle.....	41
Tabelle 4: Verteilung Geschlecht * V.a. Angststörung Kreuztabelle.....	43
Tabelle 5: Verteilung Geschlecht * V.a. Bulimia Nervosa Kreuztabelle	45
Tabelle 6: Verteilung Geschlecht * V.a. Binge-Eating-Störung Kreuztabelle	47
Tabelle 7: Verteilung Geschlecht * V.a. Alkoholabusus Kreuztabelle	49
Tabelle 8: Verteilung Geschlecht * V.a. Sexuelle Funktionsstörung Kreuztabelle	51
Tabelle 9: Verteilung Geschlecht * V.a. Zwangsgedanken Kreuztabelle.....	53
Tabelle 10: Verteilung Geschlecht * V.a. Zwangshandlungen Kreuztabelle	55
Tabelle 11: Verteilung Geschlecht * V.a. Akute Belastungsreaktion Kreuztabelle.....	57
Tabelle 12: Verteilung der Komorbiditäten	59
Tabelle 13: V.a. Somatisierungsstörungen * Komorbiditäten	62
Tabelle 14: V.a. Depressive Episode * Komorbiditäten.....	63
Tabelle 15: V.a. Panikstörung * Komorbiditäten	65
Tabelle 16: V.a. Angststörung * Komorbiditäten.....	66
Tabelle 17: V.a. Bulimia Nervosa * Komorbiditäten	67
Tabelle 18: V.a. Binge-Eating-Störung * Komorbiditäten	67
Tabelle 19: V.a. Alkoholabusus * Komorbiditäten	68
Tabelle 20: V.a. Sexuelle Funktion * Komorbiditäten.....	69
Tabelle 21: V.a. Zwangsgedanken * Komorbiditäten.....	70
Tabelle 22: V.a. Zwangshandlungen * Komorbiditäten.....	70
Tabelle 23: V.a. Akute Belastungsreaktion * Komorbiditäten	71
Tabelle 24: Familiäre Disposition und eigene Verdachtsdiagnose im Überblick	73

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
ca.	Circa
d.h.	das heißt
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DSM-IV/V	Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders 4. und 5. Auflage
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale
ICD-10	International classification of diseases, 10. Edition
ICPC	International Classification of Primary Care
Inc.	Incorporated (deutsch Gesellschaft)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PHQ-D	Public Health Questionnaire Deutsche Version
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SAD Triad	Seasonal Affective Disorder Triad
SSS-8	Somatic-Symptom-Scale
U.S.	United States (of America)
usw.	und so weiter
V.a.	Verdacht auf
WHO	World Health Organisation
www.	World Wide Web
z.B.	zum Beispiel
%	Prozent

1 Einleitung

1.1 Motivation und Zielsetzung der Dissertation

Ziel der Datenerhebung ist die Erfassung von Patienten, die an psychischen Erkrankungen leiden, welche in der hausärztlichen Praxis jedoch unentdeckt bleiben. Die Planung und Erstellung des Fragebogens erfolgt im Zuge eines Qualitätszirkels von acht im Rhein-Lahn-Kreis ansässigen Hausärzten, in Kooperation mit der Psychiatrischen Fachklinik in Katzenelnbogen, unter Leitung des Chefarztes Prof. Dr. Norbert Dahmen. Der Fragebogen, welcher für die Studie benutzt wird, ist eine Kombination aus zwei standardisierten, bereits existierenden Bögen. Diese werden in der Primärmedizin und Psychosomatik angewendet, um verschiedene Erkrankungsbilder aufzudecken: der PHQ-D Gesundheitsfragebogen und der Selbstscreen Prodromal Fragebogen. Der Fragebogen wurde in den teilnehmenden Praxen verteilt, um innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen die gesamte Patientenpopulation zu erfassen. Im Beobachtungszeitraum unserer Querschnittsstudie konnten 1288 Haus-Arzt- Patienten erfasst werden. Die von uns überprüfbaren Krankheitsbilder belaufen sich auf: Somatisierungsstörungen, Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Essstörungen, Alkoholabusus, Zwangserkrankungen, Akute Belastungsstörungen und ein erhöhtes Psychoserisiko.

Die zwei- bis vier- Wochen-Prävalenz dieser Erkrankungen und eventueller Komorbiditäten stehen im Fokus der Erhebung. Die Fragestellungen lauten: Inwieweit bleiben Störungsbilder unerkannt und damit unbehandelt? In welcher Altersverteilung treten die Verdachtsfälle auf und welche geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es? Gibt es bei den Patienten mit einer familiären Disposition häufigere Symptome? Gibt es bereits Therapiebedarf und vorbestehende medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlungen in der Hausarzt-Population? Werden vermutete prozentuale Anteile unentdeckter Krankheiten in dem untersuchten Gebiet bestätigt? Spiegeln die erhobenen Zahlenwerte die Verbreitung in der Allgemeinheit wieder oder treten unerwartete Resultate auf? Durch den Fragebogen ist eine individuelle Krankheitseinschätzung möglich, die Rückschlüsse auf die Aussagefähigkeit des Testes zulässt; die erlangten Ergebnisse sind mit den aktuellen, statistisch zu erwartenden Zahlen in einer allgemeinärztlichen Population vergleichbar.

Abschließend haben die teilnehmenden Hausärzte eine Auswertung der Bögen erhalten, um die betreffenden Patienten mit Hilfe einer passend zusammengefassten ICD-10-Checkliste weiter zu explorieren, zu beraten und notwendige Therapien vorzuschlagen.

2 Literaturdiskussion

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind psychische Störungen die häufigste Ursache für eine verminderte Lebensqualität in der europäischen Gesellschaft und verantwortlich für bis zu 40% der chronischen Erkrankungen. Sie sind der Grund für regelmäßige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und verursachen ca. 10% der Gesamtkosten des Gesundheitssystems. Die WHO bezeichnet mentale Erkrankungen als die führenden Erkrankungen der westlichen Industrieländer und ihre Vision lautet „no health without mental health“.

Die Verbesserung der Aufklärung, der Prävention, der effizienten Diagnostik und damit des Angebots einer passenden Behandlung und Versorgung sind oberstes Gebot (WHO 2017). Die Vielzahl an diagnostischen Instrumenten zur Erkennung psychischer Erkrankungsbilder steht einem schwerwiegenden Problem gegenüber: Testverfahren können aufgrund der mangelnden, aber notwendigen Zeit seitens des Fachpersonals, primär in hausärztlichen Einrichtungen, meist nicht durchgeführt werden. Bei somatisch erkrankten Patienten liegt die Summe der unentdeckten psychischen Erkrankungen bei bis zu 50% (Olfson et al. 1997; Philbrick et al. 1996; Spitzer et al. 1999). Ein Screening ermöglicht eine zeitsparende und zielführende Diagnostik, die sowohl eine Behandlung ermöglicht als auch die Verlaufskontrolle erleichtert (U.S. Preventive Services Task Force 2001). Ausschlaggebend hierfür ist, dass positiv getesteten Patienten optionale Behandlungsmöglichkeiten offenbart werden (Kroenke 2001). Die am häufigsten in Allgemeinarztpraxen auftretenden psychischen Störungen sind Depressionen, Angststörungen und Somatisierungsstörungen, deren Prävalenz bei ca. 10% liegt (de Waal et al. 2006; Kroenke et al. 2007).

2.1 Public Health Questionnaire – Deutschland

2.1.1 Entstehung und Verbreitung des PHQ-D

Im Jahr 1994 wird mit der „Primary Care Evaluation of Mental Disorders“ (PRIME-MD) von Spitzer et al. ein zweiteiliges Screeninginstrument entwickelt, das für die Anwendung in der amerikanischen Primärmedizin ausgelegt ist. Es beinhaltet neben einem Selbstauskunftsfragebogen auch ein halb standardisiertes ca. zehnminütiges Interview zur Erkennung psychischer Erkrankungsbilder.

Beide Verfahren ermöglichen eine valide Psychodiagnostik und ihre Befundungskriterien basieren auf der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association 2000). Daraus abgeleitet entsteht 1999 der Patient Health Questionnaire (PHQ) als reiner multiple-choice Selbstbeurteilungsfragebogen. Die Entwicklung der beiden Screeninginstrumente wird von der Firma Pfizer Inc. unterstützt. Es besteht weiterhin eine Übereinstimmung der aktuellen Kriterien für die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM-V) (Spitzer et al. 1999). Seit 2002 besteht die zweite Auflage, der ins Deutsche übersetzten, autorisierten Version des PRIME-MD Patient Health Questionnaire der PHQ-D. Neben der amerikanischen und deutschen Version existiert noch eine gültige spanische Version des Fragebogens. Es gibt mehrere Validierungsstudien, die die Effizienz der Screeningmethode belegen (Spitzer et al. 1994; 1999; 2000; Kroenke et al. 2001). Der PHQ-D und seine Auswertungsbögen sind kostenfrei erhältlich und zum nicht kommerziellen Gebrauch freigegeben (Pfizer 2017).

2.1.2 Aufbau des PHQ-D – Zusammensetzung der einzelnen Module

Die einzelnen Module des PHQ-D bestehen aus Fragen zu somatoformen Störungen, depressiven Episoden, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Ergänzend enthalten sind Fragen zur psychosozialen Funktionsfähigkeit, zu kritischen Lebensereignissen und auslösenden Stressoren. Abschließend gibt es einen Teil für weibliche Teilnehmerinnen mit Fragen zu Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. Die Komplettversion des Fragebogens umfasst insgesamt 78 Fragen. Die Antwortmöglichkeiten werden je nach Modul auf einer zwei- bis fünfstufigen Antwortskala abgefragt. Es sollten ca. zehn Minuten für die Bearbeitung des Fragebogens seitens des Patienten einkalkuliert werden. Die Auswertung durch den Arzt ist zeitökonomisch und benötigt maximal drei Minuten (Löwe et al. 2002).

PHQ-9 Test zur Erkennung des depressiven Syndroms

Der PHQ-9 ist ein Selbstauskunftsfragebogen, der sich mit dem depressiven Krankheitsbild beschäftigt und neun Fragen beinhaltet.

Die Fragen richten sich nach den DSM-IV Kriterien zu Symptomen der Major Depressive Disorder (American Psychiatric Association 2000). Der PHQ-8 entspricht dem oben beschriebenen PHQ-9 abzüglich der letzten Frage nach Suizidalität und wird häufig wegen der hohen Korrelation der Ergebnisse verwendet. Das ehrliche Beantworten der Frage nach Suizidalität ist fraglich und die Funktionalität deshalb umstritten. Vor allem bei der telefonischen Durchführung des Tests entscheidet man sich häufig für die gekürzte Version des Fragebogens, da im Falle einer Bejahung nicht adäquat interveniert werden kann (Kroenke und Spitzer, 2002). Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 (Überhaupt nicht) bis 3 (Beinahe jeden Tag) (Kroenke et al. 2002). Bei Frage 9 nach „Gedanken an den Tod oder sich Leid zufügen wollen“ wird schon die Antwortmöglichkeit „An wenigen Tagen“ (=2) mitgezählt und als auffällig bewertet. Die Cut-off Werte liegen bei ≥ 5 für schwach ausgeprägte, ≥ 10 für mäßig ausgeprägte Symptome und entsprechen damit einer depressiven Episode. Der Cut-off Wert ≥ 15 spricht für ein stark ausgeprägtes Erkrankungsbild und entspricht dem Major Depressiven Syndrom (Kroenke et al. 2001).

PHQ Modul: GAD-7 zur Testung einer Generalisierten Angststörung

Dieser Teil des PHQ beinhaltet sieben Punkte, die wiederum die wichtigsten diagnostischen Kriterien für die Generalisierte Angststörung nach DSM-IV beinhalten. Die Antwortmöglichkeiten reichen wie beim PHQ-9 von 0 (Überhaupt nicht) bis 3 (Beinahe jeden Tag). Die Auswertung erfolgt ebenfalls bei ≥ 5 für schwach ausgeprägte und ≥ 10 für mäßig ausgeprägte Symptome. Ein Score ≥ 15 entspricht einer stark ausgeprägten Angststörung. Dieser Teil des PHQ-D trägt den Eigennamen GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) und trägt zur Erkennung von Generalisierten Angststörungen, Panikstörungen und Akuten Belastungsstörungen bei. Er hat eine gute Sensitivität und Spezifität ($p < 0,001$) und hilft vor allem Angststörungen in der Primärversorgung aufzudecken (Kroenke et al. 2007). Der GAD-7 weist eine hohe interne Konsistenz und eine gute Retest-Test Reliabilität auf (Spitzer et al. 2006; Löwe et al. 2008a)

PHQ-15 zur Feststellung einer Somatisierungsstörung

Der PHQ-15 befasst sich mit dem Krankheitsbild der Somatisierungsstörungen. Er beinhaltet fünfzehn Fragen zu den gängigsten Symptomen einer Somatisierungsstörung bzw. er erfragt 90% der häufigsten körperlichen Beschwerden in der Primärversorgung ab. Er ist angelehnt an die DSM-IV und beinhaltet 14 der 15 relevantesten Symptome. Der Test ist ebenfalls ein Selbstauskunftsfragebogen und kann nicht zwischen medizinisch erklärbaren und nicht somatisch begründeten Erkrankungen unterscheiden. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 (nicht beeinträchtigend) bis 2 (stark beeinträchtigend). Ein Gesamtwert von 30 Punkten kann erreicht werden, wobei hier ebenfalls in die Cut-off Werte von ≥ 5 (leicht), ≥ 10 (mäßig) und ≥ 15 (schwer) unterteilt wird (Kroenke et al. 2002). Ein Wert ≥ 15 bedeutet, dass ein Patient mindestens sieben verschiedene Symptome angegeben haben muss, an denen er leidet. Diese Menge an Beschwerden korreliert mit einer hohen Wahrscheinlichkeit, an einer Somatisierungsstörung zu leiden (Kroenke et al. 1998). Ansteigende Punktwerte im PHQ-15 korrelieren mit der Häufigkeit von Arztbesuchen, körperlicher Beeinträchtigung und Arbeitsunfähigkeit. Der Fragebogen eignet sich dazu, Patienten mit Somatisierungsstörungen herauszufiltern, die in der Primärversorgung häufig wiederholt vorstellig werden (Barsky et al. 2005). Von den ca. 10% der Patienten in Hausärzterpopulationen, welche einen Durchschnittswert von ≥ 15 haben, gibt es einen konstant hohen Anteil an tatsächlich Erkrankten, die an Somatisierungsstörungen leiden (Kroenke et al. 2002).

PHQ- Stressmodul

Das PHQ-Stressmodul besteht aus der Frage 12a-j und erfragt psychosoziale Belastungsfaktoren, die auslösend oder erhaltend auf eine psychische Erkrankung wirken können. Die Antwortmöglichkeiten sind 0 = „nicht beeinträchtigt“, 1 = „wenig beeinträchtigt“ und 2 = „stark beeinträchtigt“. Die Einteilung ist 0-4 für minimal ausgeprägte psychosoziale Stressfaktoren. Skalensummenwerte von 5-9 entsprechen einer milden und 10-14 einer mittelgradigen Ausprägung. Durch den erreichbaren maximalen Skalensummenwert von 20 ist anders als bei der Einteilung von Depressionen, Somatisierungsstörungen oder Angsterkrankungen noch die vierte Einteilung von 15-20 möglich. Sie entspricht schwer ausgeprägten psychosozialen Stressoren (Löwe et al. 2002).

PHQ- Panikmodul

Dieses Modul erfragt die Kriterien einer Panikstörung nach DSM-IV. Die insgesamt 15 Unterpunkte der Fragen drei und vier des Selbstauskunftsfragebogens sind relevant. Es handelt sich um dichotome Antwortmöglichkeiten. Der kategoriale Auswertungsalgorithmus besagt, dass jedes Item der Frage 3 (a-d) mit „Ja“ beantwortet sein muss und mindestens vier Unterpunkte der Frage 4 ebenfalls bejaht werden müssen, um den Kriterien der Diagnose einer Panikstörung zu entsprechen (Löwe et al.2002).

Die einzelnen Module des PHQ-D können je nach Bedarf in einer Kompletversion oder in einer variablen Zusammensetzung als Kurzversion verwendet werden (Löwe et al. 2002). Je nach Fragestellung kann die Version angepasst werden. Einen Überblick über die Kombinationen bietet Darstellung 1. Die aufgeführten Module mit ihren Eigennamen sind als eigenständiges Testverfahren etabliert. Die häufigste Kombination der Fragenmodule ist der PHQ- SADS, bestehend aus dem PHQ-9, GAD-7 und dem PHQ-15. Die restlichen Fragenmodule haben keine Eigennamen und sind in Themenbereiche unterteilt. Es existieren Fragen zum Thema Abhängigkeiten (Alkohol), Essstörungen und Belastungsreaktionen.

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

Darstellung 1: Kombinationsmöglichkeiten des PHQ-D (Quelle: Löwe et al. 2002)

Aus dem eigenständigen Fragebogen GAD-7 hat sich eine Kurzversion entwickelt, die aus nur zwei Fragen zum Thema Angststörung besteht, der GAD-2. Aus dem PHQ-9 hat sich, wie beschrieben, der PHQ-8 entwickelt, aber auch die Kurzversionen PHQ-4 und die Ultrakurzversion PHQ-2. Aus dem PHQ-15 zur Befragung somatischer Störungen ist die englische Kurzversion, der SSS-8 (Somatic-Symptom-Scale), entstanden. Die Zahlen definieren die Anzahl der enthaltenen Fragen in den jeweiligen Kurz- und Ultrakurzversionen. In einer Bevölkerungsbezogenen Studie zu den häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen und ihren Komorbiditäten haben die Kollegen um Dr. Löwe 2016 erneut Daten erhoben. Dies geschah mit Hilfe der Kurzversion des Gesundheitsfragebogens bestehend aus dem PHQ-2, GAD-2 und SSS-8. Von 2510 Teilnehmern haben 9,4 % einen Verdacht auf ein Syndrom. 5,9% haben Somatisierungsstörungen, 3,4% Angststörungen und 4,7% eine Depression. Die Kombination aus mindestens zwei Erkrankungsbildern kommt bei 3,4% vor. Die Funktionalität der Kurzversionen und der Vollversion konnte so verglichen werden (Kohlmann et al. 2016).

2.1.3 Anwendungsgebiete des PHQ-D

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten ist vor allem für die Anwendung in der Primärmedizin vorgesehen (Löwe et al. 2002). Er dient der Forschung zu verschiedenen Fragestellungen in der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Psychiatrie und der Psychosomatik (Nease et al. 2008; Duffy et al. 2008). Vorgesehen war er primär für ein Screeningverfahren, kann jedoch auch zu Verlaufskontrollen herangezogen werden. Durch die direkte Vergleichbarkeit der Antworten und der daraus entstehenden Chance der Analyse und Kontrolle von Entwicklungen des Krankheitsverlaufs, eignet sich der Fragebogen sowohl für die Diagnostik als auch im Besonderen für die Kombination aus Diagnose und follow-up (Löwe et al. 2002). In der klinischen Praxis sollte er möglichst allen Patienten vorgelegt werden, wenn er als Screeninginstrument angewendet wird. Somit ist das Erkennen bislang unentdeckter psychischer Erkrankungen bei Patienten möglich. Die Methode ist nicht von bekannten Vorerkrankungen oder psychischen Auffälligkeiten abhängig und zugleich am kosteneffizientesten (U.S. Preventive Services Task Force 2001; Valenstein et al. 2001). Aus Forschungszwecken oder wenn die allgemeinen Gegebenheiten einer Testung des gesamten Patientenkollektives nicht gegeben sind, können alternativ auch nur potentiell Erkrankte getestet werden.

Ausschlusskriterien sind eine körperliche Einschränkung, die es unmöglich macht, den Fragebogen zu bearbeiten oder eine im letzten Jahr bereits stattgefundenene Testung. Das Austeilen im Wartezimmer hat sich als effizient erwiesen. Durch die kurze Auswertungszeit kann so das entstandene Ergebnis gleich im Anschluss in die ärztliche Konsultation einbezogen und eventuelle Diagnosen mit Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden (Löwe et al. 2002). Der PHQ wurde in seinen verschiedenen Kombinationen in den unterschiedlichsten Fachdisziplinen angewandt, jeweils in Bezug auf Grunderkrankungen und ihre psychischen Auswirkungen auf den Patienten. Er fand Anwendung zu vielen internistischen Themen wie den Herz-Kreislaufkrankungen (McManus et al. 2005; Holzapfel et al. 2007; Stafford et al. 2007; Whooley et al. 2008; Thombs et al. 2008), Diabetes (Glasgow et al. 2004; Katon et al. 2004), chronischen Nierenerkrankungen (Drayer et al. 2006), rheumatologischen (Löwe et al. 2004c; Rosemann et al. 2007) und gastroenterologischen Erkrankungen (Persoons et al. 2005). Befasst hat man sich mehrfach mit Onkologischen Patienten (Dwight-Johnson et al. 2005; Kroenke et al. 2009b; Ell et al. 2008), Schmerzpatienten (Maizels et al. 2006; Tietjen et al. 2007; Turner und Dworkin 2004; Kroenke et al. 2007; Dobschka et al. 2009) oder HIV-Patienten (Justice et al. 2004; Monahan et al. 2009) und die durch deren Erkrankungen entstehenden psychischen Veränderungen im Verlauf. In einer großen Studie wurden gynäkologische und geburtshilfliche Patientinnen untersucht (Spitzer et al. 2000; Leithner et al. 2009), aber auch in weiteren Fachrichtungen gab es Studien, die neurologisch (Callahan et al. 2006; Williams et al. 2004) oder chronisch (Löwe et al. 2003b; Turvey et al. 2007) kranke Patienten genauer betrachtet haben.

International betrachtet gab es ebenfalls die unterschiedlichsten Untersuchungsgruppen. Bestimmte ethnische Gruppen in Südafrika (Baron et al. 2017), Soldaten (Desai et al. 2006; Engel et al. 2008) oder Gefangene (Barry et al. 2016) wurden gescreent. Australien (Pirkis et al. 2009), Canada (Patten und Schopflocher 2009), die USA (Pratt und Brody 2005-2006), Korea (Brewis et al. 2017), Äthiopien (Hanlon et al. 2015), Brasilien (Munhoz et al. 2016) und europäische Länder wie Deutschland (Martin et al. 2006) und England (Kendrick et al. 2009) arbeiten mit diesem Fragebogen.

2.2 Diagnostik und Screening – Verlaufsmessung

2.2.1 Auswertung des PHQ-D

Die Patienten sollten die Fragen inhaltlich verstehen, um sie beantworten zu können. Alle Unklarheiten sollten daher im fachlichen Dialog geklärt werden. Die Auswertung des Selbstauskunftsfragebogens ergibt eine Diagnostik auf Syndromebene, da keine vollständige Psychodiagnostik erhoben wird. Erst durch die Erhebung einer zusätzlichen Anamnese können Erkrankungen auf Störungsebene diagnostiziert werden. Für den Befund einer Major Depression oder einer anderen depressiven Störung müssen nach ICD-10 bestimmte Umstände oder beeinflussende Ereignisse ausgeschlossen werden. Eine akute Trauerreaktion, eine manische Episode in der Vorgeschichte oder eine bestehende Medikamenteneinnahme mit möglichen Nebenwirkungen wären beispielsweise ein anamnestisch erhobenes Ausschlusskriterium. Bei der Diagnose einer Angststörung verhält es sich ähnlich, zusätzlich sollten hier auch organische Ursachen ausgeschlossen werden. Die Diagnosestellung auf Syndromebene entspricht einer kategorialen Auswertung. Für die Auswertung der Kompletversion existiert eine Schablone zur schnellen Befundung. Bei allen Kurzversionen, die individuell zusammengefügt werden können, gibt es einen Algorithmus (siehe Darstellung 2), der in der Kurzanleitung erklärt wird, bzw. der sich in der Fußzeile des Bogens befindet. Diese Auswertung ist auch bei der Kompletversion durch den Algorithmus möglich, wenn keine Schablone verwendet wird.

Skalensummenwerte

Die Fragenmodule zu Depressivität, Somatisierungsstörungen und psychosozialen Stress sind durch die kontinuierliche Berechnung der Skalensummenwerte auswertbar und eignen sich dadurch zur Verlaufskontrolle der Erkrankten (Löwe et al 2002).

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

Darstellung 2: Algorithmus zur Auswertung des PHQ (Quelle: Löwe et al. 2002)

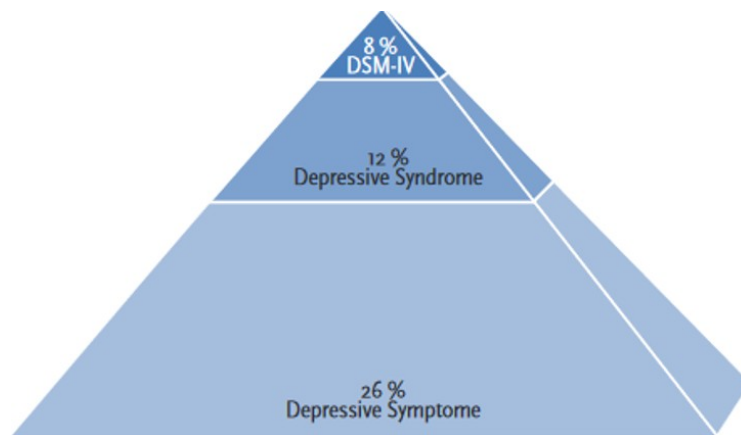
Alle weiteren Fragenkomplexe bestehen aus dichotomen „Ja“/„Nein“-Antwortmöglichkeiten und werden direkt durch eine gegebene positive Antwort oder der Summe aus mehreren bejahten Antworten auffällig und können eine Verdachtsdiagnose begründen.

2.2.2 Klinisches Vorgehen

Screeningfragebögen führen meistens zu einer Überschätzung der Prävalenz. Vom alleinigen Einsatz von Fragebögen oder klinischen Fremdbeurteilungsskalen wird deshalb wegen mangelhafter Zuverlässigkeit abgeraten. In der ärztlichen Routinediagnostik kann es sowohl zu Über- als auch zu Unterschätzungen führen. Das Ausfüllen der Fragebögen stellt das aktuelle Befinden gut dar, jedoch ist es unspezifisch und kann ohne weitere Abklärung nicht zur Diagnosestellung verwendet werden. Deshalb sollte von Verdachtsdiagnosen oder psychischen Syndromen gesprochen werden.

Die verschiedenen Erhebungsstrategien ergeben unterschiedliche Schätzwerte zur wahren Häufigkeit einer Erkrankung. Anhand des Beispiels für eine depressive Episode lässt sich die Pyramide (Darstellung 3) erläutern. Depressive Symptome oder eine lethargische Stimmungslage werden in einem isolierten Fragebogen erfasst.

Nach Evaluation und weiterer Diagnostik schrumpft der Anteil der entdeckten Erkrankung immer weiter. Letztlich entspricht nur ein Drittel der Verdachtsdiagnosen den Kriterien einer Depression nach DSM V (Wittchen und Jakobi 2006).



Darstellung 3: Der Werdegang vom Fragbogen bis zur Diagnosestellung

(Quelle: Wittchen und Jacobi 2006)

Die Empfehlung zum Weiteren klinischen Vorgehen besteht vor allem aus einer detaillierten Anamnese des Patienten, um die eventuell möglichen Diagnosen zu verifizieren und um eine akute Behandlungsbedürftigkeit aufzudecken.

Mögliche Fragen:

- Gibt es für die aktuellen Symptome einen Auslöser? Psychosoziale Stressoren?
- Seit wann besteht die aktuelle Befindlichkeit und gibt es schon eine Behandlung?
- Inwieweit ist der Alltag dadurch eingeschränkt? Ist ein normales Leben noch möglich?
- Gab es in der Vorgeschichte schon einmal eine ähnliche Situation, Beeinträchtigung und/oder Therapie?
- Gibt es in der Familie ähnliche Erkrankungen? (Löwe et al. 2002)

Je nach Verdachtsdiagnose kann eine Behandlung standardisiert nach Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde angeschlossen werden.

2.3 Testdiagnostische Eigenschaften – Gütekriterien

Die Anwendung von Gütekriterien dient der Bewertung der Qualität (Dorsch, 2014).

2.3.1 Objektivität

Objektivität: Unabhängigkeit der Ergebnisse von Rahmenbedingungen wie der Durchführung, der Auswertung und der Interpretation (Dorsch, 2014).

Die Durchführung und Auswertung der PHQ-D ist standardisiert und gilt als objektiv (Löwe et al. 2002).

2.3.2 Kriteriumsvalidität

Validität: Im Lateinischen abstammend von *validus*, bedeutet wirksam. Es gilt als das wichtigste Kriterium für die Güte von Testverfahren. Es ist die Aussage über den Grad an Gültigkeit, mit der das Merkmal tatsächlich gemessen wird, was gemessen werden soll (Dorsch, 2014). Es existieren vier große Validierungsstudien (Spitzer et al. 1994; 1999; 2000; 2006), die von insgesamt ca. 10.000 Patienten repräsentiert werden. Zusätzlich existieren zwei Meta-Analysen (Gilbody et al. 2007; Wittkampf et al. 2007) und eine große Validierungsstudie zum PHQ-15. (van Ravesteijn et al. 2009). Im Vergleich mit anderen Studien können deutlich bessere Klassifikationseigenschaften bezüglich der Diagnose der Major Depression (DSM-IV) (Löwe et al. 2004a), der Diagnose der depressiven Episoden nach ICD-10 (Löwe et al. 2004b) und der Diagnose der Panikstörung (Löwe et al. 2003a) beschrieben werden. Nach der deutschen Validierungsstudie „Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ ist die Sensitivität und die Spezifität der verschiedenen Erkrankungen für medizinische und psychosomatische Stichproben erhoben worden (Gräfe et al. 2004) (siehe Darstellung 4).

	Medizinische Stichprobe, N=357		Psychosomatische Stichprobe, N=171	
	Sensitivität % (95% KI)	Spezifität % (95% KI)	Sensitivität % (95% KI)	Spezifität % (95% KI)
Alle psychischen Störungen (Achse I)	77 (66-88)	83 (78-87)	85 (77-91)	70 (56-81)
Alle depressiven Störungen ^b	75 (61-85)	90 (86-93)	78 (68-86)	71 (60-81)
Major Depression	86 (65-97)	94 (91-96)	78 (64-88)	80 (72-87)
Alle Angststörungen	67 (43-85)	94 (91-96)	71 (55-84)	71 (63-79)
Panikstörung	73 (45-93)	98 (96-99)	73 (54-88)	92 (86-96)
Essstörung	58 (28-85)	94 (91-96)	68 (45-86)	89 (83-94)
Bulimia nervosa	68 (45-86)	89 (83-94)	75 (35-97)	98 (95-99)
Alkoholabusus	57 (18-90)	96 (94-98)	62 (32-86)	98 (94-99)

Anmerkungen: ^aSKID-I als Kriteriumsstandard; ^bMajor Depression, Dysthyme Störung, Nicht näher bezeichnete (NNB) Depressive Störung, Bipolare Störungen, NNB Affektive Störung, Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, substanzinduzierte affektive Störung, Major Depression teilremittiert, Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung

Darstellung 4: Übersicht der Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie

(Quelle: eigene Darstellung nach Gräfe et al. 2004)

Im Jahr 2008 haben die Kollegen um Dr. Kroenke erneut den Versuch unternommen, mit Hilfe des PHQ-8 die Häufigkeit einer auftretenden Depression in der Allgemeinbevölkerung zu bestimmen. Bei dieser Telefonstudie konnten 198.678 Patienten befragt werden.

Die Ergebnisse belegen, dass der PHQ-8 uneingeschränkt zum PHQ-9 seine Aufgabe erfüllt und insgesamt 8476 (4,3%) Patienten einen Score >10 aufzeigen. In der Studie sind, ähnlich zu unserem Patientenkollektiv 61,6 weibliche Patientinnen befragt worden. Die Sensitivität für eine Major Depression liegt bei 100% und die Spezifität bei 95% (Kroenke et al., 2009a).

2.3.3 Konstruktvalidität

Es kann festgestellt werden, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen wesentlich häufiger ihren Arzt konsultieren und es zu mehr Tagen der Arbeitsunfähigkeit im Alltag kommt. Eine psychosoziale Benachteiligung ist ebenfalls im Vergleich zu Patienten ohne Anhalt für ein auffälliges Ergebnis im PHQ-D erkennbar (Gräfe et al, 2004).

2.3.4 Reliabilität

Reliabilität: (deutsch Zuverlässigkeit) stellt ein Maß der Genauigkeit dar. Die Replizierbarkeit der Ergebnisse ist das Ziel (Dorsch, 2014). Für das Depressionsmodul beträgt die interne Konsistenz für kontinuierlichen SkalenCronbachs $\alpha = 0.88$ und für das Somatisierungsmodul $\alpha = 0.79$ (Gräfe et al, 2004). Die Test-Retest-Reliabilität des Depressionsmoduls liegt zwischen $ICC=0.81$ und $ICC=0.96$ (Löwe et al, 2004a).

2.3.5 Akzeptanz

Die Ärzte aus der deutschen Validierungsstudie stufen den PHQ-D zu 97% als praktikabel ein, ebenso 96% aller Befragten. Hierbei empfinden 94% der Patienten einen Nutzen für den weiteren Krankheitsverlauf, hingegen hier nur 73% der Ärzte einen günstigeren Therapieverlauf vermuteten (Gräfe et al, 2004).

2.4 Psychische Erkrankungen in Deutschland

2.4.1 Epidemiologie

Die Auswertungsergebnisse der ersten in Deutschland erhobenen Daten zur Epidemiologie der psychischen Erkrankungen wurden 1998/1999 veröffentlicht (Wittchen und Jacobi, 1999). Die zuletzt erhobene Statistik aus dem Bundesgesundheitssurvey 2014 wird in der folgenden Tabelle abgebildet.

Tab. 1 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung ^a				
Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener (Mio.) ^b
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)	0,8
Störung durch Substanzgebrauch (F1) ^c	13,9 (12,4–15,6)	19,4 (17,5–21,3)	16,6 (15,4–17,9)	10,6
Störung durch Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)	3,5 (2,8–4,5)	7,9 (6,7–9,4)	5,7 (5,0–6,6)	3,7
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)	1,2
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)	1,9
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)	1,0
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)	0,3
– Nikotinabhängigkeit	11,7 (10,3–13,3)	14,6 (13,0–16,3)	13,1 (12,1–14,3)	8,4
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen) ^d	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
Affektive Störungen (F3)	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	9,3 (8,3–10,3)	6,0
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
Angststörung (F40, F41)	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	15,3 (14,2–16,6)	9,8
– Panikstörung ^e	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)	1,7
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)	1,4
– Spezifische Phobien ^f	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)	6,6
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	3,6 (3,1–4,4)	2,3
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,8)	1,5
Somatoforme Störung (F45) ^g	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (2,9–4,1)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
Essstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,6
– Anorexia nervosa	1,1 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1,1)	0,5
– Bulimia Nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)	0,1
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)	0,1
Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)	33,3 (31,2–35,5)	22,0 (20,1–24,1)	27,7 (26,3–29,2)	17,8
– Unter diesen mit einer Diagnose	50,2	64,0	55,6	9,9
– Zwei Diagnosen	22,3	21,7	22,1	3,9
– Drei Diagnosen	11,7	6,3	9,6	1,7
– Vier und mehr Diagnosen	15,8	7,1	12,8	2,3

^aDEGS1-MH, n=5317 (davon imputierte Werte von n=834 mit fehlenden Werten in diagnostischen Variablen). Daten (%) und Konfidenzintervalle) gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren; ohne Anwendung von DSM-IV-Hierarchieregeln; eine Addition der einzelnen Prävalenzen (insgesamt und in Unterkategorien) ergibt aufgrund der Komorbidität der Diagnosen untereinander eine höhere Zahl als die jeweils angegebene Gesamtprävalenz und ist daher nicht zulässig.^bBezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren zum 31.12.2010. Zu beachten ist, dass a) sich die Häufigkeiten in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Altersgruppen) ungleich verteilen und sich die Angaben in Millionen hier auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt beziehen; b) auch die Angaben in Millionen sollen mit entsprechendem Vertrauensintervall interpretiert werden (vgl. Spalte „gesamt“).^cOhne Missbrauch/Abhängigkeit illegaler Drogen (nicht erhoben).^dScreening für Schizophrenie und andere psychotische Störungen ohne weitere Differenzialdiagnose; enthält psychotische Merkmale bei affektiven Störungen sowie psychotische Störungen aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor und substanzinduzierte psychische Störungen.^eMit und ohne Agoraphobie.^fTierphobien, Phobien vor Naturereignissen (z. B. Gewitter), situational Phobien (z. B. Höhe), Blut-/Spitzen-/Verletzung phobien.^gSomatic Symptom Index 4,6 (Escobar et al. [42]), Schmerzstörung.

Darstellung 5: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys von 2014 (Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014)

2.4.2 ICD-10 Definitionen

Nachfolgend werden die im PHQ erfragten psychiatrischen Krankheitsbilder leitliniendefiniert vorgestellt.

F10 Psychische- und Verhaltensstörungen durch Konsum von verschiedenen Substanzen

F10.1 Psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Von schädlichem Gebrauch wird gesprochen, wenn keine Abhängigkeit vorliegt, dem Betroffenen jedoch durch den Konsum körperliche oder psychische Nachteile entstehen oder Folgeschäden auftreten. Dies betrifft auch sein soziales Umfeld: Familie, Freunde oder den Arbeitsplatz, wenn durch auffälliges Verhalten oder mangelnde Urteilsfähigkeit des Erkrankten Konsequenzen entstehen. Zeitlich muss zur Diagnosestellung die Problematik länger als ein Monat bestehen oder es innerhalb eines Jahres mehrfach aufgetreten sein.

F32 Depressive Episoden

Während einer depressiven Episode leidet der betroffene Patient unter Antriebslosigkeit, Aktivitätsverlust und Niedergeschlagenheit. Interessenverlust, Müdigkeit und Schlafstörungen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Appetitlosigkeit treten außerdem häufig auf. Das Selbstbild ist verzerrt, die Betroffenen leiden unter einem geringen Selbstwert und Wertlosigkeit. Die niedergeschlagene Stimmung ist konstant und es fällt schwer, sich an wechselnde Lebensumstände oder Situationen anzupassen. Somatisch kann eine psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Gewichtsverlust und Libidoverlust entstehen. Je nach Ausprägung und Anzahl der Symptome werden depressive Episoden in leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1) oder schwer (F32.2 und F32.3) unterteilt.

F32.0 Leichte depressive Episode

Es finden sich meist zwei oder drei beschriebenen Symptome, der Betroffene ist trotz Beeinträchtigung noch in der Lage, sein Leben relativ normal fortzusetzen.

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Oft sind vier oder mehr Symptome vorhanden, die Bewältigung des Alltags ist nur unter großer Anstrengung möglich.

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Eine depressive Episode mit mehreren beschriebenen belastenden Anzeichen. In Kombination mit dem Verlust des Selbstwertgefühls und Schuldgedanken. Suizidgedanken entstehen und als Folge kann suizidales Handeln auftreten. Körperliche Beschwerden sind vermehrt.

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Eine schwere depressive Episode mit psychotischen Komponenten. Dabei können Wahnideen, Halluzinationen, psychomotorische Hemmung und Stupor auftreten. Die Gefahr des Lebensüberdrusses, Nahrungsverweigerung und der Verlust der Autonomie ist in Behandlung zu überwachen.

F40 Phobische Störungen

F41.0 Panikstörung

Hauptsymptomatik sind sich wiederholende schwere Angstattacken (Panik). Sie sind nicht vorhersehbar und treten ohne bestimmten Auslöser unspezifisch auf. Die primären körperlichen Symptome sind plötzlich auftretende Tachykardie, Thoraxschmerzen, Schwindel und Erstickungsgefühle. Das Gefühl der Depersonalisierung kann auftreten. Sekundär kann ein Kontrollverlust, die Angst zu sterben oder wahnsinnig zu werden, auftreten. Bei Patienten mit depressiven Störungen ist eine Panikstörung als sekundäre Folge einzuordnen und nicht als Hauptdiagnose zu werten.

F41.1 Generalisierte Angststörung

Die Angst ist allgemein und andauernd. Sie ist nicht zielgerichtet, sondern „frei flottierend“. Die Beschwerden sind unterschiedlich, es kann eine permanente Nervosität und Unruhe, Schwindelgefühl, Schwitzen, Anspannung, Zittern, Herzrasen, aber auch ein Gefühl der Benommenheit auftreten. Eine ständige Sorge um sich selbst oder die Furcht vor unvorhersehbaren Ereignissen bezüglich des Umfeldes wird vermehrt beobachtet.

F42 Zwangsstörungen

F42.0 Zwangsgedanken

Die Betroffenen leiden unter sich ständig wiederholenden Vorstellungen, Ideen oder Impulsen, die sie als qualvoll beschreiben. Der Entscheidungsprozess im Alltag ist durch endlose Überlegungen und mögliche Alternativen erschwert. Bei bestehender Depression ist die Diagnose einer Zwangsstörung nur zu diagnostizieren, wenn der Grübele-Zwang unabhängig von einer depressiven Episode auftritt und anhält.

F42.1 Zwangshandlungen

Zwangshandlungen beinhalten wiederholtes Handeln einer oder mehrerer Rituale, um etwas Gefürchtetes abzuwenden. Meist bezieht sich dies auf Sauberkeit und Ordnung. Die Handlung steht symbolisch für das Abwenden der Bedrohung, ist jedoch wirkungslos.

F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung

F43.0 Akute Belastungsreaktion

Hierbei handelt es sich um eine Reaktion auf eine plötzlich aufgetretene Situation, die den bisher meist gesunden Patienten widerfahren ist. Es kann ein physisches oder psychisches Trauma vorangegangen sein. Die Stabilität des Betroffenen und das Umfeld bestimmen den Grad der Ausprägung und die Coping Strategien. Im üblichen Verlauf beginnt eine solche Reaktion einige Minuten nach dem auslösenden Ereignis und dauert Stunden bis wenige Tage an.

Die Symptomatik ist wechselnd von einer gewissen Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, ähnlich eines Schockzustandes (Benommenheit/Desorientierung) bis hin zu einem vegetativ sichtbaren Angstzustand mit Schwitzen und Herzklopfen.

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Als Folge einer außergewöhnlichen Belastung oder einer Bedrohung mit katastrophenartigem Ausmaß kann eine posttraumatische Belastungsstörung auftreten. Typisch sind sogenannte Flashbacks und das wiederholte Erleben des Ereignisses.

Vorherrschend ist dabei das Gefühl der Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit und eine Art „Betäubt-Sein“. Situationen und der Umgang mit anderen Personen werden vermieden, wenn es Erinnerungen an das Geschehene hervorrufen kann. Eine vegetative Übererregtheit und Schlafstörungen sind zu beobachten. Ein depressives oder überängstliches Verhalten tritt auf, Suizidgedanken können entstehen. Der Symptombeginn folgt nach kurzer Latenz dem Trauma und kann Wochen bis Monate andauern. Der Verlauf ist wechselhaft, selten kommt es zu chronischen Verläufen der Erkrankung. Die individuelle Vulnerabilität spielt beim Verlauf und Schweregrad eine wichtige Rolle.

F45 Somatoforme Störungen

F45.0 Somatisierungsstörungen

Die Betroffenen leiden unter sich wiederholenden physischen Symptomen und haben den hartnäckigen Drang nach medizinischer Diagnostik und Therapie. Es besteht eine intensive Patientenkarriere, auch mit Aufsuchen verschiedener Spezialisten. Es werden die unterschiedlichsten körperlichen Symptome geschildert, sie sind wechselhaft und repetitiv. Es handelt sich meist um chronische Verläufe. Die oft negativen Ergebnisse der auch operativ gewünschten Explorationen, hindern die Patienten nicht vor weiterer Diagnostik. Der Hinweis auf ein psychosomatisches Grundleiden wird negiert. Selbst bei vorhandenen körperlichen Grunderkrankungen steht das Ausmaß des Leidens nicht im Verhältnis zur bestehenden Erkrankung.

Die Störung muss mehr als sechs Monate bestehen, um eine Somatisierungsstörung diagnostizieren zu können. Die starke innerliche Beteiligung des Patienten weist häufig auf eine soziale Störung hin.

F50 Essstörungen

F50.2 Bulimia Nervosa

Die betroffenen meist weiblichen Patientinnen beschäftigen sich vorrangig mit ihrem Körpergewicht. Heißhunger mit wiederholten „Fressanfällen“ und der Versuch, die Kontrolle über ihr Gewicht zu behalten prägen das Krankheitsbild.

Der Missbrauch von Laxanzien oder erzwungenes Erbrechen gehören zu den gängigsten regulierenden Maßnahmen. Das Erkrankungsbild ähnelt einer Anorexia nervosa, welche oft in der Vorgeschichte beschrieben wird. In der Anamnese lässt sich oft eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen.

F50.4 Binge-Eating-Störung

Binge-Eating ist eine Essstörung, bei der es zu rezidivierenden Heißhungerattacken kommt. Im Gegensatz zu Bulimia nervosa wird anschließend nicht mit Erbrechen oder dem Missbrauch von Laxanzien nicht gegengesteuert. Maßgeblich ist der Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten. Durch den Verzehr von großen Nahrungsmengen ohne Kompensation ist meist Übergewicht die Folge. Im DSM-5 muss mindestens ein Essanfall pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten vorkommen.

F52 Sexuelle Funktionsstörungen

F52.0. Verlust von sexuellem Verlangen

Voraussetzung ist, dass der Verlust des sexuellen Verlangens durch kein rein somatisches Grundproblem verursacht wird. Sexuelle Funktionsstörungen entstehen durch psychische und psychosomatische Abläufe. Die betroffenen Personen können keine gewünschte sexuelle Beziehung eingehen und leiden darunter.

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

Darstellung 6: Übersicht der Verschlüsselungssysteme von ICD-10 und DSM-IV
(Quelle: Löwe et al. 2002)

2.5 Komorbiditäten SAD-Triade

Die Beschreibung der „Seasonal Affective Disorder“ wurde durch die Häufigkeit des Auftretens der folgenden Kombination aus Erkrankungen geprägt. Das Vorhandensein der Komorbiditäten zwischen Somatisierungsstörungen, Angststörungen und Depressionen ist eine verbreitete Theorie (Kroenke 2003). Es haben sich drei große epidemiologische Studien in der Allgemeinmedizin mit dieser Frage beschäftigt und festgestellt, dass das einzelne Vorkommen eines definierten Erkrankungsbildes selten vorkommt.

Patienten mit einem hohen Ergebniswert in ihrem PHQ Fragebogen haben vermehrt auch in den anderen Krankheitsbereichen erhöhte Punktwerte (Löwe et al. 2008a; Clarke et al. 2008; Hanel et al. 2009). Die drei psychischen Erkrankungsbilder haben somit einen unabhängigen, differenzierten und sich begünstigenden Einfluss auf die Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Kroenke et al. 2002; Löwe et al. 2008a; Ormel et al. 1994; Spitzer et al. 1995). Interessant ist auch die Ähnlichkeit der Bewertung 0-4/5-9/10-14/>15 für minimale, milde, mäßige und schwere Symptome der Erkrankungen im PHQ-9, GAD-7 und PHQ-15. Es ergibt sich daraus eine einfache Faustregel für die Eingliederung der Erkrankungsschwere in die Werte 5-10-15 für die SAD Triade. Werte größer 10 deuten auf eine klinisch relevante und behandlungsbedürftige Diagnose hin (Kroenke et al. 2002; Spitzer et al. 2006; Kroenke et al. 2001).

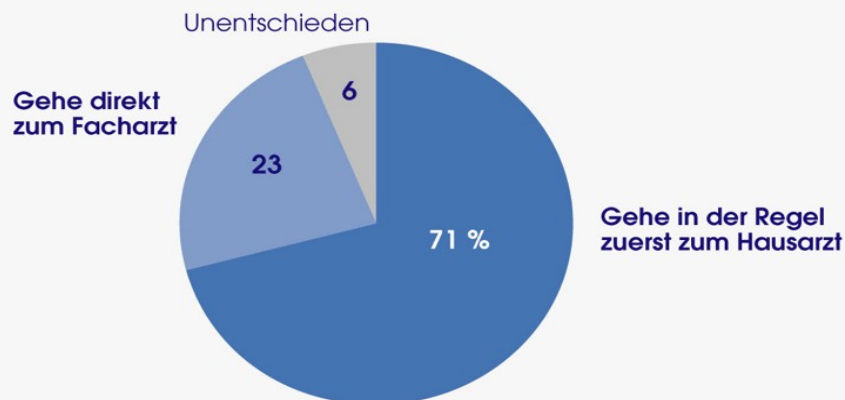
2.6 Hausärztepopulation – Was definiert Sie?

Laut des BKK Gesundheitsreports ist der durchschnittliche Patient einmal pro Jahr in ambulanter Versorgung. Es sind mehr weibliche Patienten und die Altersklasse > 65 ist am häufigsten vertreten. Seit 2012 sind die Diagnosen der psychischen Erkrankungen um 10% gestiegen. Im Jahresbericht von 2015 wurde 28,1% der männlichen und 37,2% der weiblichen Kassenmitglieder eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeitsstage sind bei psychischen Diagnosen mit 36 Tagen dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen mit 12 Tagen pro Jahr. Laut Rentenversicherungsbericht sind sie in den letzten 11 Jahren um 97% gestiegen (BKK Gesundheitsreport 2015). Im Rentenbereich sind seelische Leiden der häufigste Grund für Frühberentungen. In den letzten 21 Jahren stieg der dadurch begründete Anteil an Frührentnern von 15,4% auf 43,1% an. Das Durchschnittsalter liegt bei 48 Jahren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014). Dieser Trend veranschaulicht die Größe der Kostenzunahme im Gesundheitssystem durch die Zunahme an psychischen Erkrankungen und ihren Folgen. Die Schichtenspezifität einer Hausarztpraxis hebt sich von allen anderen Facharzttrichtungen ab und kann eine Erklärung für unterschiedliche Besonderheiten einer Allgemeinmedizinischen Tätigkeit mit ihrem speziellen Patientengut liefern.

Der „normale Hausarztpatient“ ist charakterisiert als meist älter, weiblich, mit einem Hauptschulabschluss, der zur unteren Einkommensklasse gehört und der Landbevölkerung angehört (Kossow, 2006). Kennzeichnend sind nicht selektierte Patienten mit den unterschiedlichsten Beschwerden.

Starke Stellung des Hausarztes

Frage: "Neben Hausärzten gibt es ja auch Fachärzte mit eigener Praxis, z.B. Orthopäden, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Urologen usw. Nun ist es ganz unterschiedlich, was die Menschen machen, wenn sie gesundheitliche Beschwerden haben. Die einen gehen in der Regel zuerst zum Hausarzt, andere gehen in einem solchen Fall lieber direkt zum Facharzt. Wie machen Sie das in der Regel?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10086, Februar 2012

© IfD-Allensbach

Darstellung 7: Übersicht über die primäre Arztwahl der Bevölkerung

(Quelle: Petrig, 2017)

Die Allgemeinmedizin bietet einen übergreifenden Einblick in alle Fachdisziplinen, die Breite des Fachgebietes ist enorm und somit schwer überschaubar. Die Eckpfeiler einer Behandlung bei Hausärzten sind die Niedrigausprägung, die Multimorbidität, die Niedrigprävalenz und die Patienten-Arzt-Beziehung. Die Niedrigausprägung besagt, dass Patienten mit relativer Behandlungsindikation und weniger ausgeprägten Krankheiten als in Krankenhäusern vorstellig werden. Multimorbidität bedeutet, dass ein Patient gleich mit mehreren, verschiedenen Erkrankungen aus mehreren Fachgebieten zu kämpfen haben kann. Oft handelt es sich auch um chronisch kranke Patienten, die es nicht gesund zu therapieren, sondern deren Lebensqualität es zu verbessern gilt. In Bezug auf den Niedrigprävalenzbereich ist die Vielzahl der Patienten zu betrachten und das gleichzeitig seltene und vereinzelte Vorkommen von ernsthaft therapiebedürftigen Personen.

Das Erkennen von wirklich Behandlungsbedürftigen ist hierbei also die hauptsächliche Herausforderung für den Hausarzt. Die Patienten-Arzt-Beziehung steht im Fokus und soll lebenslang und nicht selten für die ganze Familie implementiert werden.

Aus dieser Situation heraus entsteht eine erlebte Anamnese mit einem daraus wiederum resultierenden Therapie-Autonomie-Konflikt.

Die Patientenpopulation in der Allgemeinmedizin ist von der stationären Population stark different. Ältere und alte Menschen und chronisch Kranke kommen am häufigsten in die Hausarztpraxis. Nur ca. 6% aller Menschen mit gesundheitlichen Problemen kommen in ein Krankenhaus, 0,5 –1% in eine Universitätsklinik. Der Rest wird im ambulanten System behandelt, nicht ausschließlich, aber vor allem von Hausärzten. Der Alltag eines Hausarztes ist die ständige Behandlung von Kranken und Gesunden (Sachtleben 2009). Des Weiteren stellt die Prävention einen Großteil der hausärztlichen Tätigkeit dar. Dies steht im direkten Gegensatz zum Alltag eines Klinikers, der primär mit akut erkrankten Patienten konfrontiert wird. Die Mehrdimensionalität des Krankseins und die kategorisch unterschiedlichen Ebenen soziokulturell, medizinisch und psychisch machen die Tätigkeit des Hausarztes so komplex und aufwendig. Durch die Behandlung von „Gesunden“ und damit unklaren Indikationen oder möglichen Diagnosestellungen spricht man in diesem Fachbereich auch von Behandlungsanlässen, die in einem an die ICD-10 angelehntem Verschlüsselungssystem, speziell für die Allgemeinmedizin, in der ICPC (International Classification of primary Care) neu strukturiert werden (Kochen 2012).

Unter Berücksichtigung dieser notwendigen theoretischen Grundlagen soll nun die psychiatrische Prävalenz in einer Hausärzterpopulation betrachtet werden.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Die Probanden – eine Hausärztepopulation

Die Patientenpopulation wurde über einen Zeitraum von acht Monaten von Anfang August 2009 bis Ende März 2010 rekrutiert. Die Rekrutierung erfolgte aus dem Patientenklintel von acht Hausarzt- und Allgemeinarztpraxen, die sich an der Studie beteiligten. Die Praxen sind in der Nähe der Fachklinik Katzenelnbogen, im Rhein-Lahn-Kreis verteilt. Alle Patienten, die die beteiligten Praxen im oben genannten Zeitraum aufsuchten, wurden gebeten, im Rahmen der Studie einen Fragebogen, genannt „Gesundheitsfragebogen“ (siehe Anhang), auszufüllen. Der Fragebogen wurde jedem Patienten jeweils einmal ausgegeben. Die Probanden wurden über den Hintergrund der Studie informiert und aufgeklärt. Die Teilnahme war freiwillig.

Von den Patienten wurde im Gesundheitsfragebogen zunächst Alter, Geschlecht, Körpergröße in Zentimeter, Körpergewicht in Kilogramm sowie die Krankenkasse erfragt. Es wurden keine Informationen zu körperlichen Erkrankungen erhoben. Die Fragebögen waren pseudonymisiert; jedem Patienten wurde von der Praxis eine Nummer zugeteilt, die nur intern Rückschlüsse auf die Person zuließ. Von Seiten der Praxen wurden der Praxisstempel und die jeweilige Patientenummer innerhalb der Praxis eingetragen. Der Gesundheitsfragebogen erhielt die Fragen des PHQ-D (1-12,15-17), zwei Fragen zu Zwangserkrankungen, sowie die Fragen des „Selbstscreen-Prodromal Fragebogens“ (18-19). Ausschlusskriterium war vorerst die fehlende Bereitschaft zum Ausfüllen. Es wurden alle Bögen mit Patientenummer in die Statistik übernommen, auch nicht vollständig ausgefüllte wurden berücksichtigt. Komplett leere Bögen wurden nicht miterfasst. Insgesamt konnten so 1288 Patienten rekrutiert werden. Im weiteren Verlauf wurden die Bögen von Minderjährigen ausgeschlossen. Die letztlich verwertbare Anzahl der Bögen beträgt 1248 Patienten. Anzumerken sind die leicht differenten Fallzahlen bei verschiedenen untersuchten Kriterien, da eventuell weniger Patienten einen Fragenkomplex oder einzelne Fragen beantwortet haben als andere.

3.2 Der Ablauf

Alle an der Studie beteiligten Praxen des Qualitätszirkels im Rhein-Lahn-Kreis wurden im oben genannten Zeitraum regelmäßig wöchentlich nach Vorankündigung aufgesucht. In diesem Rahmen erfolgte ein engmaschiger Austausch, die ausgefüllten Fragebögen wurden abgeholt und nach Bedarf neue Fragebögen ausgegeben. Ebenso bestand für die beteiligten Praxen jederzeit die Möglichkeit von telefonischen Rückfragen. Zusätzlich erfolgten gemeinsame Treffen mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten. Die eingesammelten Fragebögen wurden mit Hilfe eines Statistikprogramms erfasst. Es wurde ein Auswertungsbogen (siehe Anhang) erstellt und bei Auffälligkeiten eine Verdachtsdiagnose gestellt. Die beurteilten Bögen wurden anschließend den beteiligten Praxen mit dem zugeordneten Auswertungsbogen zurückgegeben. Innerhalb der Praxen konnte der Patient dann aufgrund der Praxisnummer zugeordnet werden. Auffällige Patienten konnten dadurch abschließend in einem ärztlichen Gespräch auf die Ergebnisse angesprochen und bei Bedarf behandelt werden.

Notwendige Therapiemöglichkeiten sollten angeboten werden. Die Studie sollte zugleich den Bedarf der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung erfassen.

3.3 Der Gesundheitsfragebogen

Den Probanden wurde initial erklärt, dass das Ausfüllen freiwillig ist und das Ergebnis der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Der Fragebogen sollte im Wartezimmer vollständig ausgefüllt und eventuelle Rückfragen im Arztgespräch direkt geklärt werden. Die Patienten wurden gebeten ehrlich anzukreuzen, ob anhaltenden Veränderungen in den letzten Jahren aufgetreten sind oder eine Beschwerdezunahme in den vorherigen vier Wochen vorlag. Der Fragebogen unterteilt sich in 18 Teilmodule. Modul eins umfasst 13 Unterpunkte (Fragen 1a bis 1m) und beschäftigt sich mit der Diagnostik von somatoformen Störungen. Hier kann der Befragte auf einer dreistufigen Skala zwischen den Antwortmöglichkeiten „nicht beeinträchtigt“ (=1), „wenig beeinträchtigt“ (=2), und „stark beeinträchtigt“ (=3) auswählen.

Das zweite Modul beinhaltet neun Items (Fragen 2a bis 2i) zu depressiven Störungen und bietet vier Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“ (=1), „an einzelnen Tagen“ (=2), „an mehr als der Hälfte der Tage“ (=3) und „beinahe jeden Tag“ (=4).

Der Themenkomplex Angststörungen erstreckt sich über die Frage drei bis fünf. Frage 3 (Frage 3a bis 3d) und Frage 4 (Fragen 4a bis 4k) beziehen sich auf die Diagnostik einer Panikstörung. Die insgesamt 15 Items können dichotom mit „nein“ (=1) oder „ja“ (=2) beantwortet werden. Modul 4 beschäftigt sich hierbei ausschließlich mit physischen Reaktionen, die während einer Panikattacke auftreten können. Die sieben Unterpunkte aus Frage 5 (Fragen 5a bis 5g) decken Angststörungen ab und sind mit „überhaupt nicht“ (=1), „an einzelnen Tagen“ (=2) oder „an mehr als der Hälfte der Tage“ (=3) zu beantworten.

Die Module sechs bis acht sind für die Diagnostik der „Essstörungen“ vorgesehen. Frage 6 hat drei Items (Fragen 6a bis 6c), Frage 7 hat vier Items (Fragen 7a bis 7d) und Frage 8 lediglich ein Item. Alle Elemente können ebenfalls dichotom mit „nein“ (=1) oder „ja“ (=2) beantwortet werden.

Das Thema „Alkoholmissbrauch“ wird in Modul neun und zehn bearbeitet. Frage 9 beinhaltet nur ein Item, Frage 10 fünf Items (Fragen 10a bis 10e).

Für beide Teile besteht mit den Antworten „nein“ (=1) und „ja“ (=2) eine dichotome Antwortentscheidung.

Bei den Fragen 3a, 5a, 6a+b und 9a tritt eine sogenannte „Sprungregel“ in Kraft, die bei der Verneinung dieser Frage das Springen zum nächsten Fragenkomplex erlaubt. Modul elf besteht aus einer Einzelfrage, hier wird die psychosoziale Funktionsfähigkeit anhand der vier Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht erschwert“ (=1), „etwas erschwert“ (=2), „relativ stark erschwert“ (=3) und „sehr stark erschwert“ (=4) erfragt.

Modul zwölf sucht innerhalb der zehn Unterpunkte (Fragen 12a bis 12j) nach psychosozialen Stressoren, durch die die Testperson „nicht beeinträchtigt“ (=1), „wenig beeinträchtigt“ (=2) oder „stark beeinträchtigt“ (=3) sein kann. Frage 12b existiert in unserem Bogen nicht.

Bis zu dieser Frage ist unser Gesundheitsfragebogen mit der deutschen Originalversion des PHQ identisch.

Nun folgen die Einzelfragen zu Zwangserkrankungen in Modul 13 und 14. Beide bieten mit „nein“ (=1) und „ja“ (=2) eine dichotome Antwortentscheidung. Die Frage 13 beschäftigt sich mit möglich auftretenden Zwangsgedanken und Frage 14 mit Zwangshandlungen.

In den Modulen 15 und 16 geht es wie im Original mit den sogenannten „Kritischen Lebensereignissen“ weiter. Die Einzelfrage 15 bietet eine dichotome Antwortmöglichkeit („nein“ oder „ja“). Frage 16, ist die erste offene Frage, die nach der momentan größten Belastung im Leben fragt.

Modul 17 fragt gezielt nach der Einnahme von Medikamenten gegen Angst, Depression oder Stress im Allgemeinen und sie kann mit „nein“ (=1) oder „ja“ (=2) beantwortet werden.

Der Fragenkomplex, der sich an weibliche Probanden richtet, wurde in unserer Version komplett weggelassen. Der ursprüngliche Test endet an dieser Stelle.

Modul 18 besteht aus dem Selbstscreen Prodromal Fragebogen nach Riecher-Rössler. Hierbei handelt es sich um 31 Items, die sich mit dem Psychoserisiko eines Patienten beschäftigen. Die Antwortmöglichkeiten reduzieren sich erneut auf „nein“ (=1) und „ja“ (=2). Hier ist Frage 18.31 erwähnenswert, sie fragt gezielt nach einer bisherigen psychiatrischen oder psychologischen Therapie und wurde besonders zur statistischen Auswertung genutzt.

Die letzte Frage, Modul 19, besteht aus zwei Unterfragen, zunächst wird nach einer familiären Vorbelastung gefragt. Die Antwortmöglichkeiten sind trichotom, „ja“ (=1) und „nein“ (=2) wurde um die Antwort „weiß ich nicht“ (=3) erweitert.

Im nächsten Teil wird bei positiver Beantwortung gezielt nach der betreffenden vorhandenen Erkrankung in der Familie gefragt, (Item 19a-19e) auch hier kann mit „ja“ und „nein“ geantwortet werden.

Abschließend wurde der Proband um eine Kontrolle gebeten, inwieweit er alle Fragen beantwortet hat. Seitens der Praxis erfolgte keine Kontrolle auf Vollständigkeit, es wurde jeder Bogen angenommen und mit Patientenummer und Praxisstempel an uns weitergeleitet. Die Auswertung des Gesundheitsfragebogens erfolgte nach dem vorgegebenen Algorithmus (siehe Darstellung 2).

3.4 Datenauswertung

Die Ergebnisse wurden aufgegliedert in eine allgemeine Häufigkeitsverteilung. Anschließend folgt die Darstellung der Geschlechter- und Altersverteilung unserer erfragten psychiatrischen Verdachtsdiagnosen. Des Weiteren wurden die daraus entstehenden Komorbiditäten verglichen. Das Vorkommen von familiärer Disposition und die vorbestehenden Therapieansätze durch Psychopharmaka oder Psychotherapie wurden abschließend gegenübergestellt.

Bei der Auswertung wurden die vorgegebenen cut-off Werte des PHQ verwendet. Dadurch wurden nur Patienten mit einem festgelegten Skalenwert als Verdachtsfall definiert oder bei verschiedenen möglichen Ausprägungsgraden erst ab einem hohen Schweregrad als Verdachtsdiagnose erfasst. Bei den somatoformen Störungen wurden nur die Patienten, welche bei mindestens drei Fragen mit „stark beeinträchtigt“ (=3) geantwortet haben, als Verdachtsfall gewertet (cut-off ≥ 9). Bei den somatoformen Störungsbildern handelt es sich hierbei nach ICD-10 um den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Bei dem Verdacht auf eine Depressive Episode wurde mit einem festgelegten cut-off Wert von ≥ 15 eine potentiell schwere Depression (Major Depression) definiert und ausgewertet.

Die Frage 12 entspricht dem Stressmodul des PHQ-D. Die von uns verwendeten neun Unterfragen (12a, c-j) thematisieren die verschiedenen Auslöser von Stress. Probleme in der Partnerschaft, der Familie, auf der Arbeit, finanzielle Sorgen oder schlimme Ereignisse die während der letzten vier Wochen belastend waren.

Ein hohes Ergebnis im Stressmodul (>10) gibt einen Hinweis auf eine möglich entstehende psychische Erkrankung. Dieser Wert ist keiner psychischen Störung zuzuordnen. In unserer Auswertung haben wir uns deshalb nur mit den beiden Fragen zu Sexueller Funktionsstörung (12c) und akuter Belastungsreaktion (12j) beschäftigt.

Die Frage 15 haben wir nicht weiter ausgewertet, da es keine wegweisende Frage zu einem Störungsbild, sondern zu kritischen Lebensereignissen ist. Die offene Frage 16 wurde in unserer Bewertung ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Auswertung der gesamten Frage 18 über das Psychose Risiko der Hausarztpopulation hat Frau B. Haas zur Auswertung ihrer Promotionsarbeit bearbeitet.

Das Erstellen der Datei in SPSS und die Programmierung der Syntax wurde durch wissenschaftliche Mitarbeiter der Psychiatrie der Universitätsmedizin unterstützt.

Die Diagnosestellung einzelner Patienten wurde von Prof. Dr. N. D. und seinen Mitarbeitern verifiziert und mit den betreffenden behandelnden Hausärzten besprochen, um die weitere Vorgehensweise zu evaluieren. Zur Literaturrecherche waren die Schlagwörter und Suchbegriffe für Pub Med primär: PHQ; PRIME-MD; Screening; primary care, Validation study for depression, anxiety, somatic disorders. Im Weiteren wurde nach den gängigsten Verfassern zum Thema PHQ Fragebogen recherchiert: Kroenke, Spitzer, Löwe. Hilfreich waren die Internetauftritte des Robert-Koch-Institutes, des Statistischen Bundesamtes und der Krankenkassen. Die Suchmaschine von Google wurde zur allgemeinen Recherche zu den Themen Hausärzterpopulation; Allgemeinmedizin und SAD Triade verwendet.

3.5 Statistik

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS, Version 15.0 für Windows von der Firma SPSS GmbH Software (München, Deutschland). Für einzelne Tabellen und Diagramme wurde Microsoft® Excel Version aus dem Jahre 2010 und 2016, verwendet. Zur Beschreibung der Verteilung von quantitativen Merkmalen wurden folgende statistische Maßzahlen berechnet:

- der arithmetische Mittelwert und der Median als Lagemaß
- die Standardabweichung und
- die Quartile zur Charakterisierung der Streuung
- die Minimal- und Maximalwerte

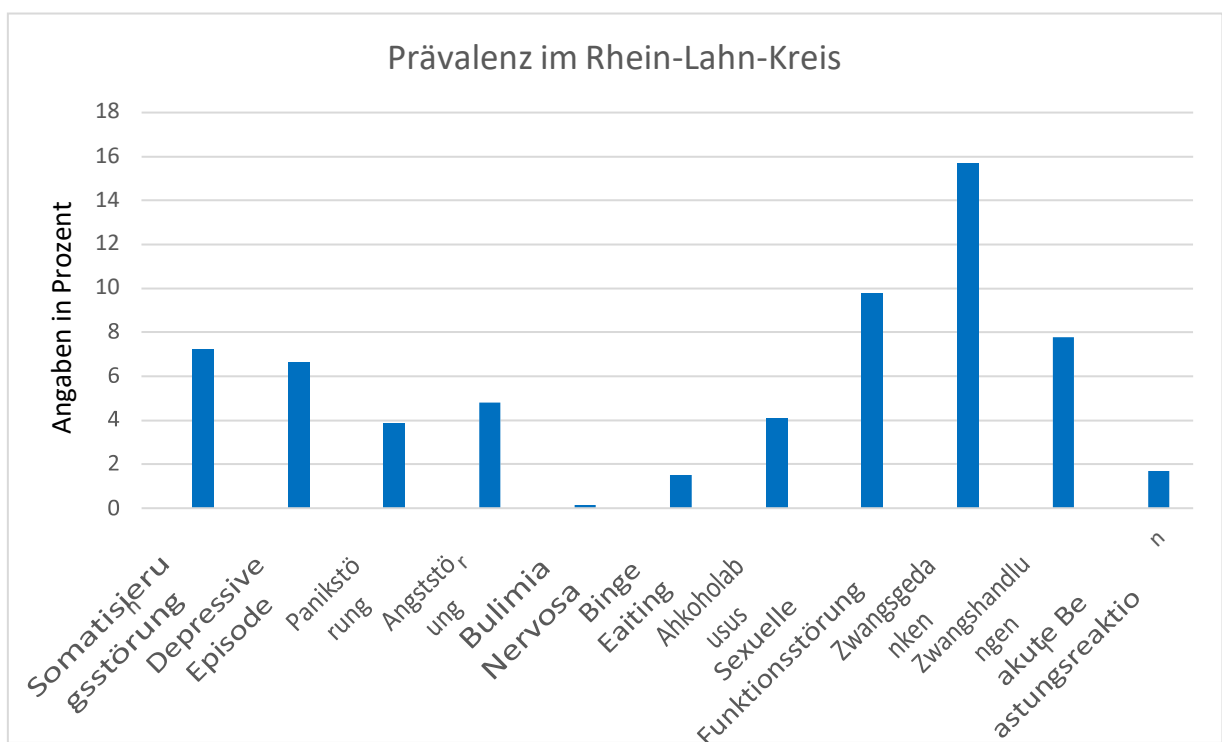
Zur grafischen Darstellung dienen Boxplots, aus denen Median, Quartile sowie Maxima und Minima ablesbar sind. Die im Text und den Tabellen abgebildeten Zahlenwerte stellen jeweils den Mittelwert \pm eine Standardabweichung dar und sind jeweils auf die zweite Nachkommastelle gerundet. Prozentangaben werden mit einer Nachkommastelle angegeben. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=5\%$ festgelegt. Ab einem p-Wert von $< 0,05$ konnte ein Unterschied beschrieben werden. Die p-Werte sind nur explorativ zu betrachten, da für die Arbeit keine Hauptfragestellung festgelegt wurde und keine Korrektur für multiples Testen erfolgt ist. Der Chi²-Test auf Unabhängigkeit wurde eingesetzt, um den Zusammenhang bzw. die Unabhängigkeit der Variablen einer Kreuztabelle zu überprüfen. Er kann sowohl bei numerischen als auch bei kategorialen Daten angewandt werden.

Verglichen wurden die empirisch beobachteten Häufigkeiten untereinander. Die Mitarbeiter des Institutes für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin Mainz überprüften die Auswertung begleitend auf Plausibilität.

4 Ergebnisse

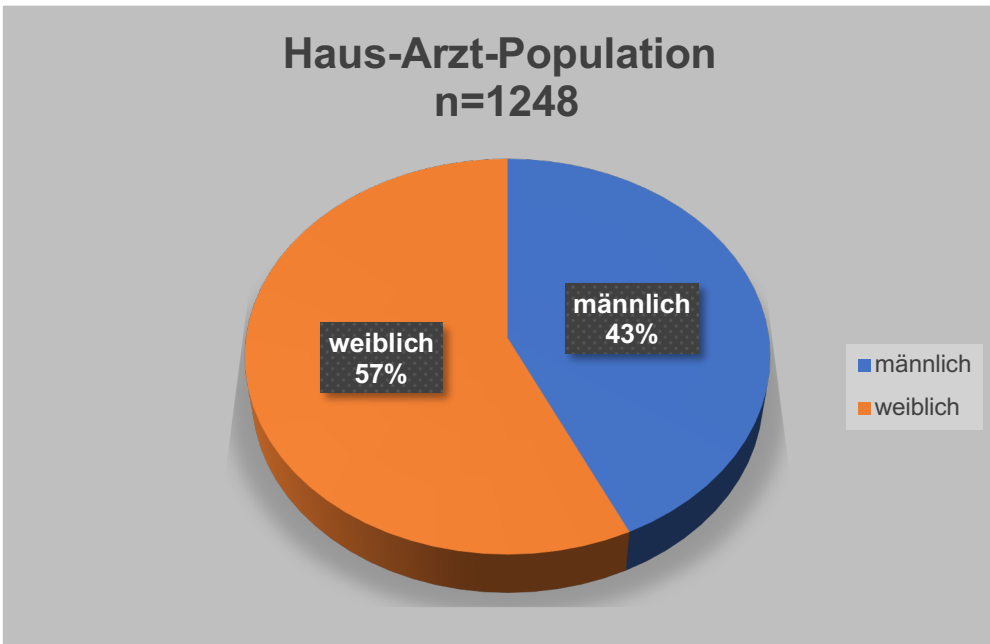
4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Auswertung unseres PHQ-D Fragebogens ergab folgende Ergebnisse: Von 1288 ausgefüllten und in die Statistik eingepflegten Bögen wurde die Zahl auf 1248 Patienten gekürzt, da die Volljährigkeit ein Einschlusskriterium war. Insgesamt kam es in den Darstellungen jedoch zu unterschiedlichen Fallzahlen pro Erkrankung und auch innerhalb einer Verdachtsdiagnose bei der Deskription von Alter und Geschlecht. Erklären lässt sich dies durch unvollständig ausgefüllte Bögen. Die fehlenden Angaben zu Alter oder Geschlecht begründen die Unterschiede innerhalb einer Erkrankung. Bei 17 Bögen fand sich keine Angabe zum Alter und bei 19 Bögen keine Angabe zum Geschlecht. Im Gesamtüberblick wurden viele Bögen frühzeitig abgegeben, somit wurden die späteren Fragen häufiger nicht vollständig beantwortet.



Darstellung 8: Verteilung der Verdachtsdiagnosen in der Gesamtpopulation

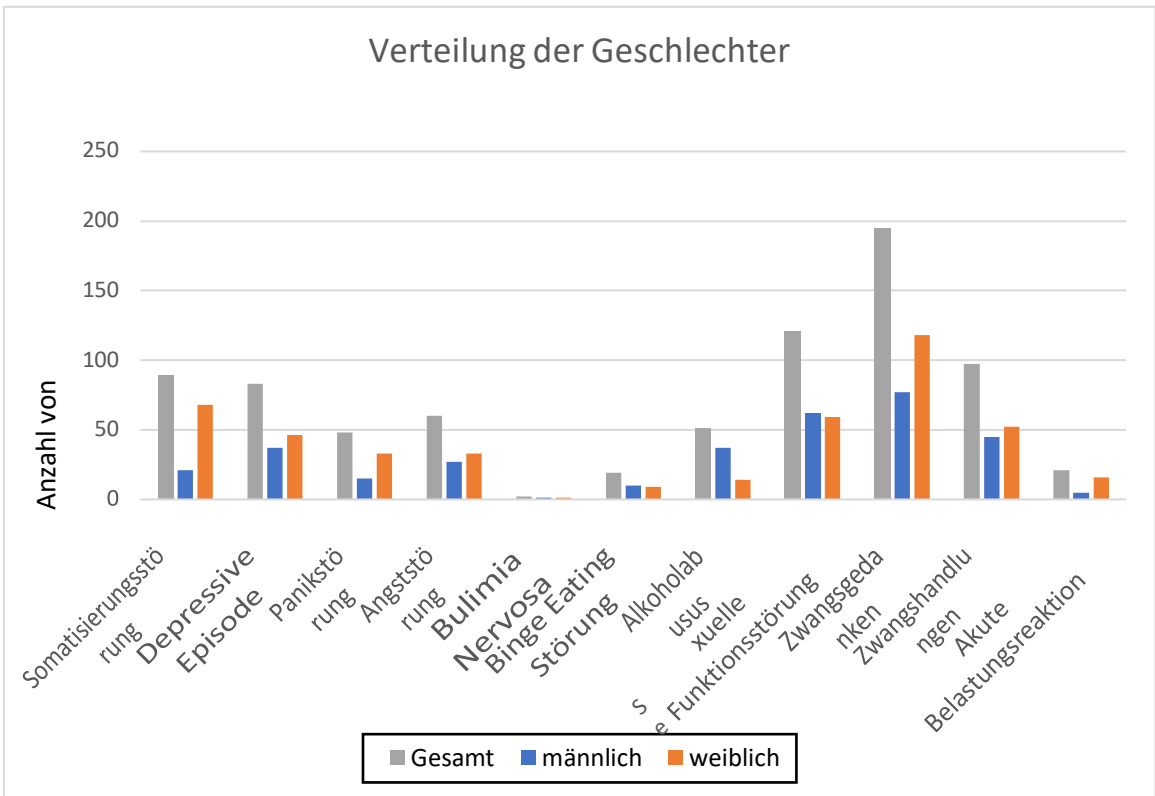
Insgesamt haben 450 Patienten eine Verdachtsdiagnose auf mindestens ein psychisches Erkrankungsbild. Dies entspricht 36,1% der Befragten.



Darstellung 9: Allgemeine Darstellung der Geschlechterverteilung

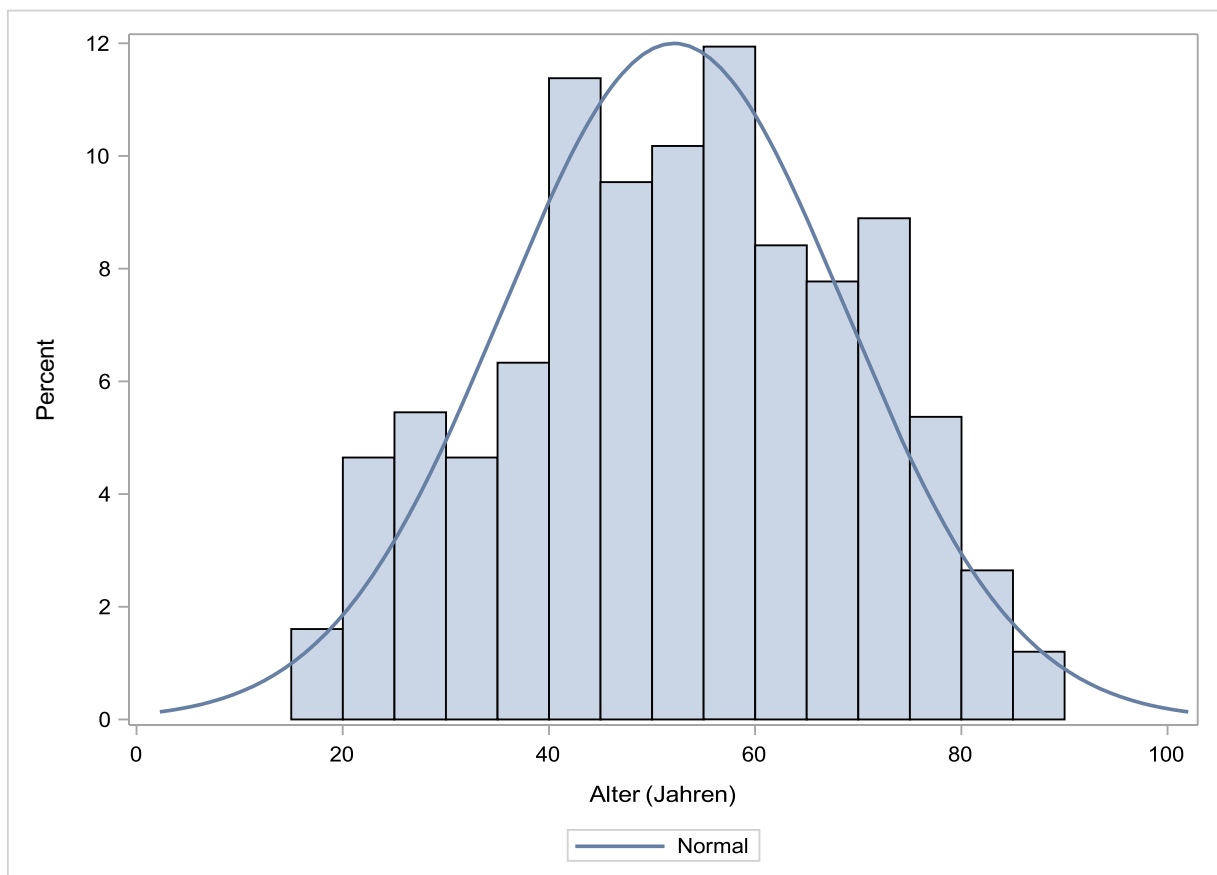
Im ausgewerteten Kollektiv fehlen vier Angaben zum Geschlecht (0,3%), daher erfolgte keine prozentuale Berücksichtigung in der obenstehenden Darstellung.

Die Gesamtpopulation besteht aus 704 weiblichen und 540 männlichen Befragten. In Darstellung 10 ist die Aufteilung der untersuchten Erkrankungsbilder und die Verteilung der Geschlechter veranschaulicht.



Darstellung 10: Verteilung der Geschlechter innerhalb der Verdachtsdiagnosen

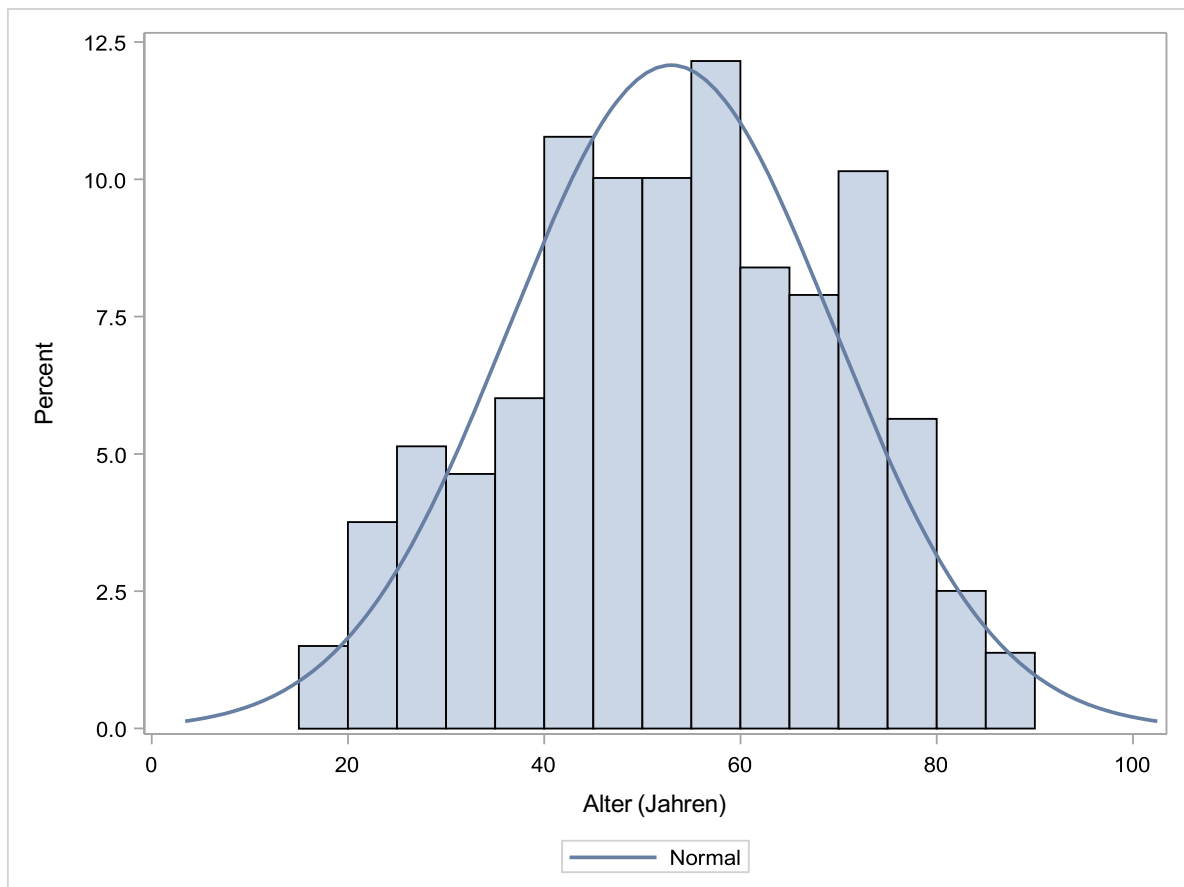
Altersverteilung der Gesamtpopulation



Darstellung 11: Allgemeine Darstellung der Altersverteilung in der Gesamtpopulation

Das mittlere Alter der Hausarztpatienten betrug 52,37 Jahre. Der älteste Patient war 89 Jahre alt. Es wurden 23 Fragebögen von minderjährigen Teilnehmern aussortiert.

Altersverteilung bei Patienten mit einer Verdachtsdiagnose



Darstellung 12: Allgemeine Darstellung der Altersverteilung mit einer Verdachtsdiagnose

Alle Patienten mit einer Verdachtsdiagnose auf eine psychische Erkrankung waren jünger als das mittlere Alter in der Gesamtpopulation. Nur bei Verdacht auf eine sexuelle Funktionsstörung lag das mittlere Alter mit 57,76 Jahren über dem Gesamtdurchschnitt.

Die Patienten mit Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion waren mit durchschnittlich 44,05 Jahren die mit Abstand jüngste Gruppe.

4.2 Prävalenz der verschiedenen Störungsbilder

4.2.1 Somatisierungsstörungen

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Es gab 89 Patienten mit der Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung. Bei einem Verdachtsfall wurde keine Angabe zum Geschlecht gemacht. Es waren 68 Frauen und 21 Männer betroffen. Diese Verteilung zeigte mit 76,4% den höchsten Anteil weiblicher Patienten im Vergleich zu allen erfragten psychischen Erkrankungsbildern. Es wurde ein Zusammenhang ($p < 0,001$) zwischen der Erkrankung und dem Geschlecht festgestellt.

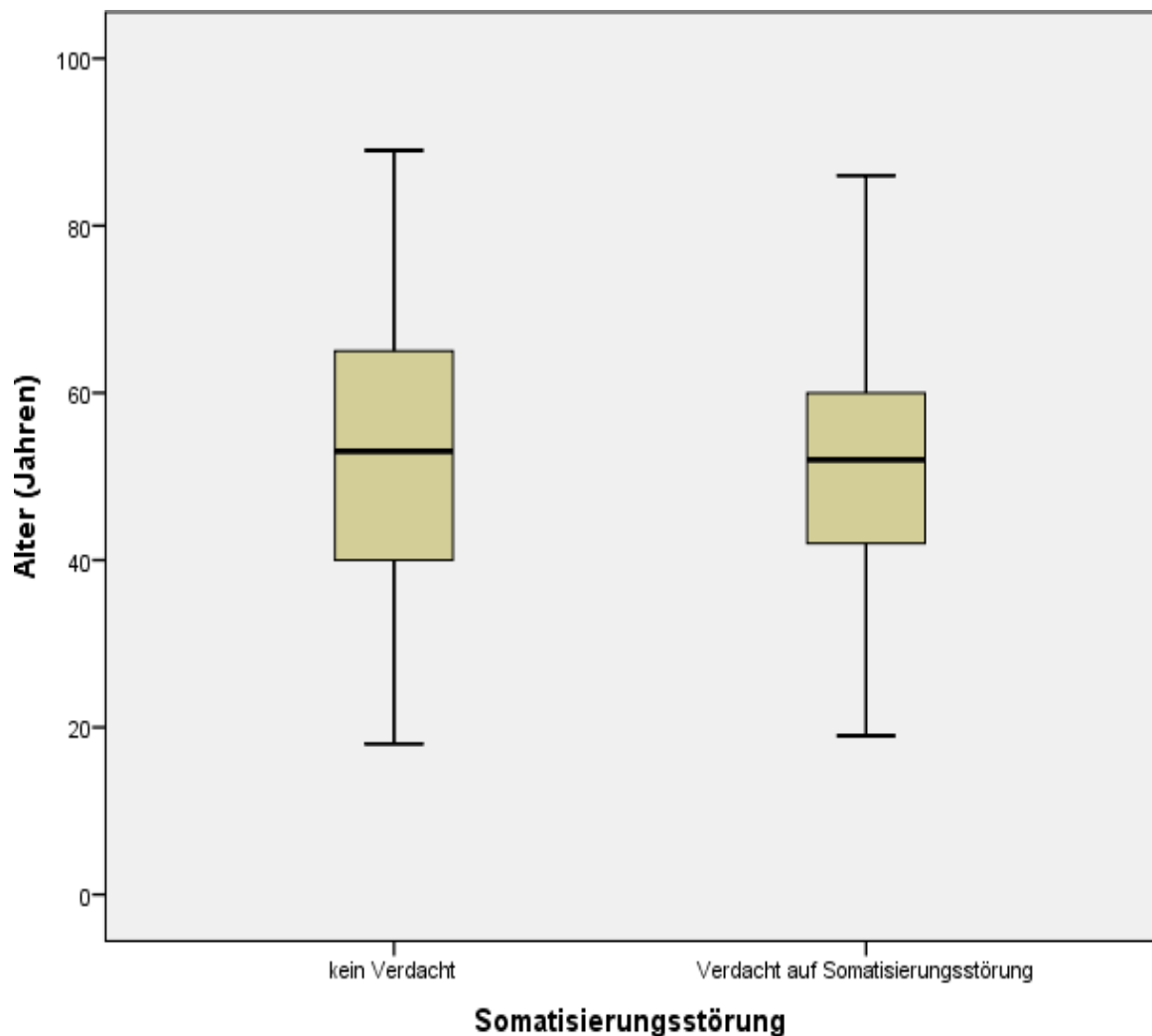
Verdacht auf Somatisierungsstörung

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	21	3,9%	23,6%
weiblich	704	56,6%	68	9,7%	76,4%
Gesamt	1244		89	7,2%	100%

Tabelle 1: Verteilung Geschlecht * V.a. Somatisierungsstörung Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 13: Altersverteilung bei V.a. Somatisierungsstörung

Von 1158 Befragten mit angegebenem Alter haben 90 Patienten ein auffälliges Testergebnis bei der Somatisierungsstörung. Das hier auftretende mittlere Alter von 51,39 Jahren näherte sich dem durchschnittlichen Alter der Gesamtpopulation (52,37 Jahre) an. Die Standardabweichung lag bei 15,39. Der jüngste Patient war 19 Jahre, der Ältteste 86 Jahre alt.

4.2.2 Depressive Episode

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Von 83 Patienten mit der Verdachtsdiagnose auf eine Depressive Episode waren 46 Frauen und 37 Männer betroffen. Die Geschlechterverteilung zeigte mit 55,4% einen höheren Anteil von Frauen. Die Verteilung von weiblichen und männlichen Patienten ließ keinen Zusammenhang beschreiben ($p > 0,8$).

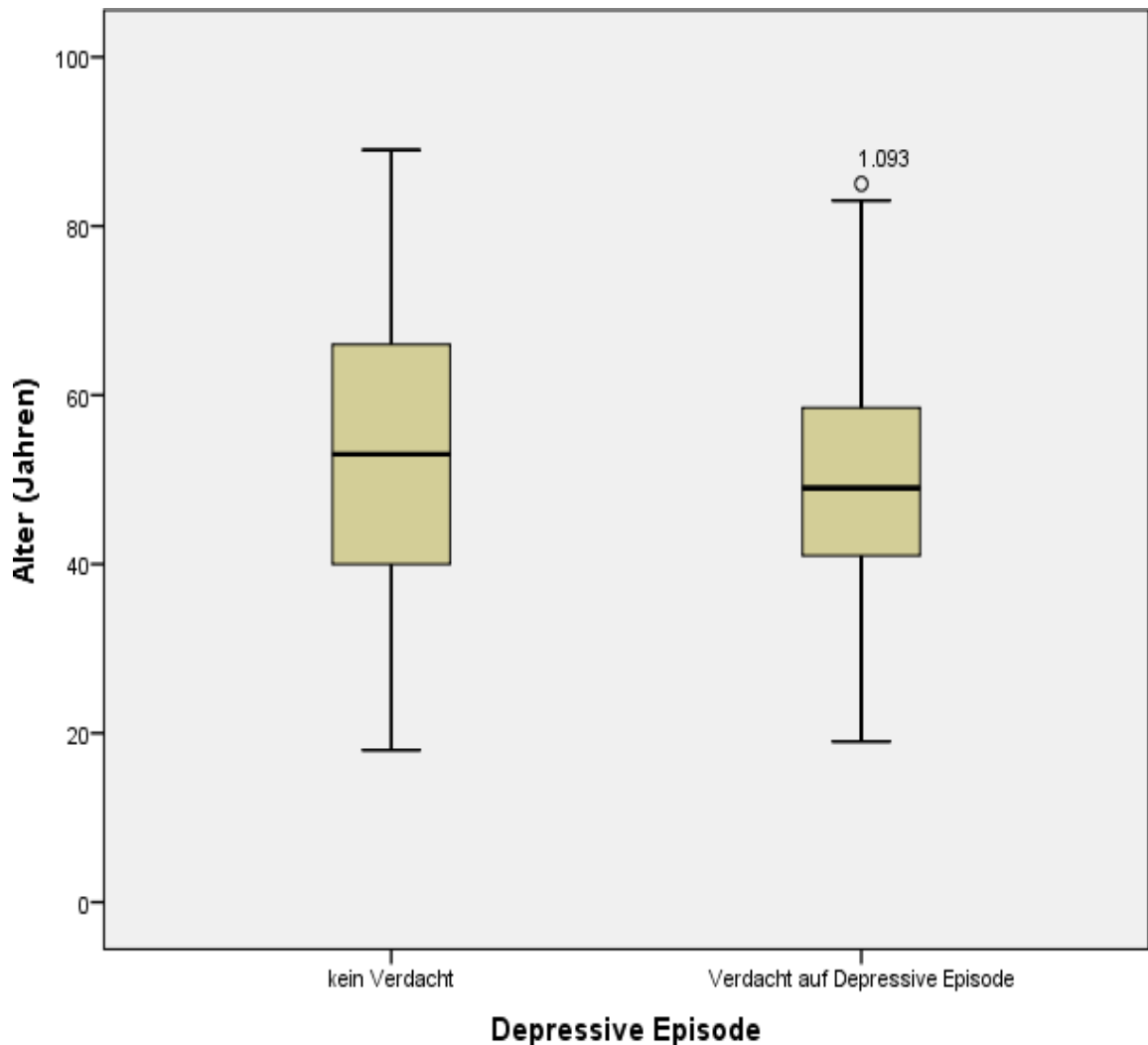
Verdacht auf Depressive Episode

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	37	6,9%	44,6%
weiblich	704	56,6%	46	6,5%	55,4%
Gesamt	1244		83	6,7%	100%

Tabelle 2: Verteilung Geschlecht * V.a. Depressive Episode Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 14: Altersverteilung bei V.a. Depressive Episode

Das mittlere Alter der 89 Betroffenen mit Verdacht auf eine Depressive Episode lag bei 49,78 Jahren. Der Durchschnitt war demzufolge drei Jahre jünger als die Gesamtpopulation. Die Altersverteilung betrug 66 Jahre, mit einer Spanne von einem 19-jährigen bis zu einem 85-jährigen Patienten. Die 25. Perzentile lag bei 41 Jahren und die 75. Perzentile bei 59 Jahren, wodurch sich eine enge Verteilung um den Median von 49 Jahren ergab.

4.2.3 Panikstörung

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Von 48 Verdachtsfällen auf eine Panikstörung waren 33 Patienten weiblich und 15 Patienten männlich. Es waren mehr als doppelt so viele Frauen (68,8%) als Männer (31,3%) betroffen. Trotz dieser Verteilung bestand kein Hinweis zu einem Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erkrankung ($p > 0,1$).

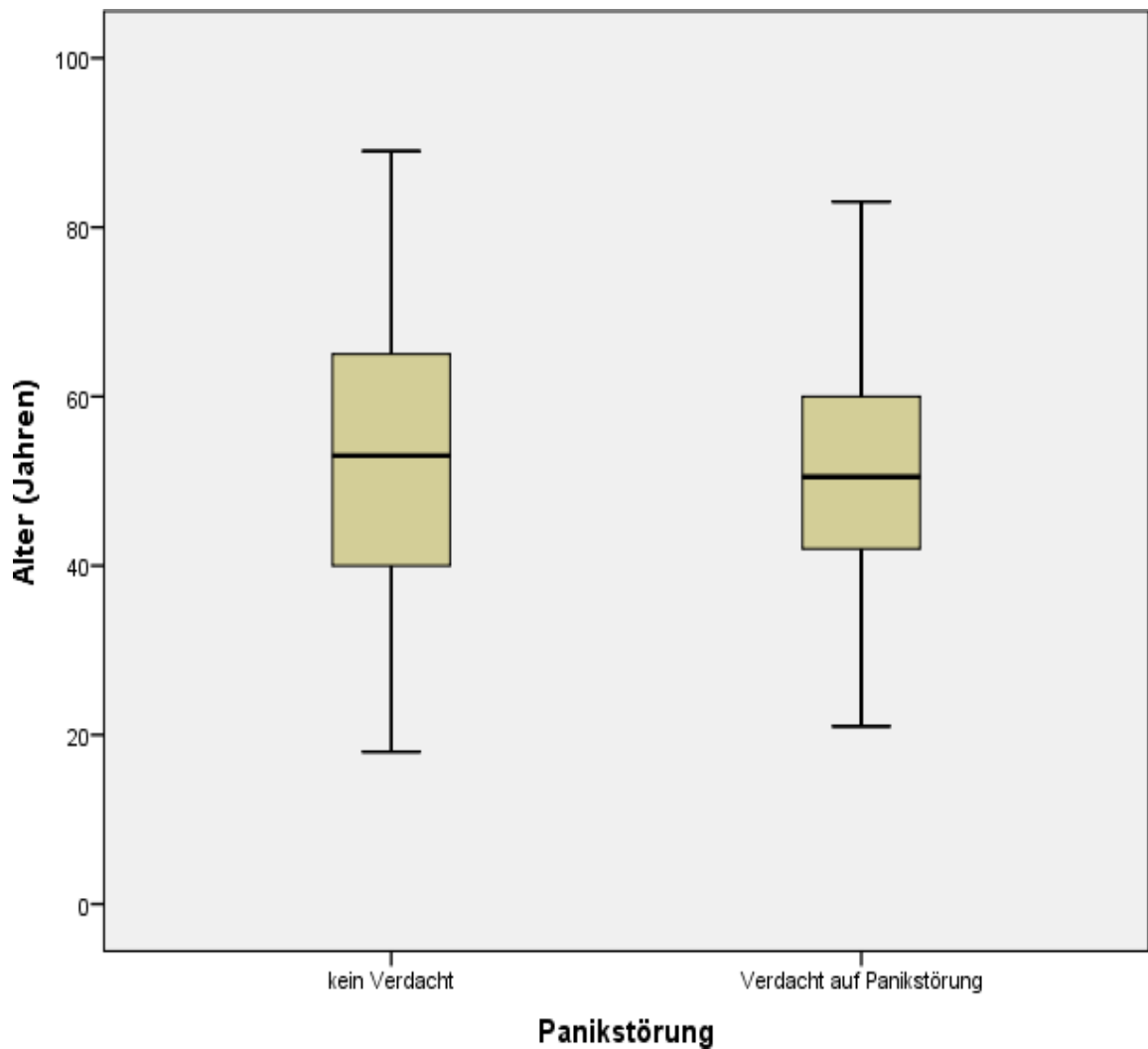
Verdacht auf Panikstörung

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	15	2,8%	31,3%
weiblich	704	56,6%	33	4,7%	68,8%
Gesamt	1244		48	3,9%	100%

Tabelle 3: Verteilung Geschlecht * V.a. Panikstörung Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 15: Altersverteilung bei V.a. Panikstörung

Es waren 48 Fälle (n=1200) von Patienten mit Verdacht auf eine Panikstörung aufgetreten. Das mittlere Alter betrug 52,20 Jahre, es entspricht fast dem Durchschnittsalter (52,37 Jahre) der Gesamtpopulation. Der jüngste Proband war 21, der älteste Proband war 83 Jahre alt. Die Standardabweichung betrug 15,55.

4.2.4 Angststörung

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Von 60 Patienten mit dem Verdacht auf eine Angststörung gab es 27 männliche und 33 weibliche Verdachtsfälle. Somit ergab sich ein prozentualer Unterschied von 10% in den beiden Gruppen. Es konnte kein Zusammenhang bei der Verteilung von Männern und Frauen mit dem Verdacht auf eine Angststörung ($p > 0,7$) beschrieben werden.

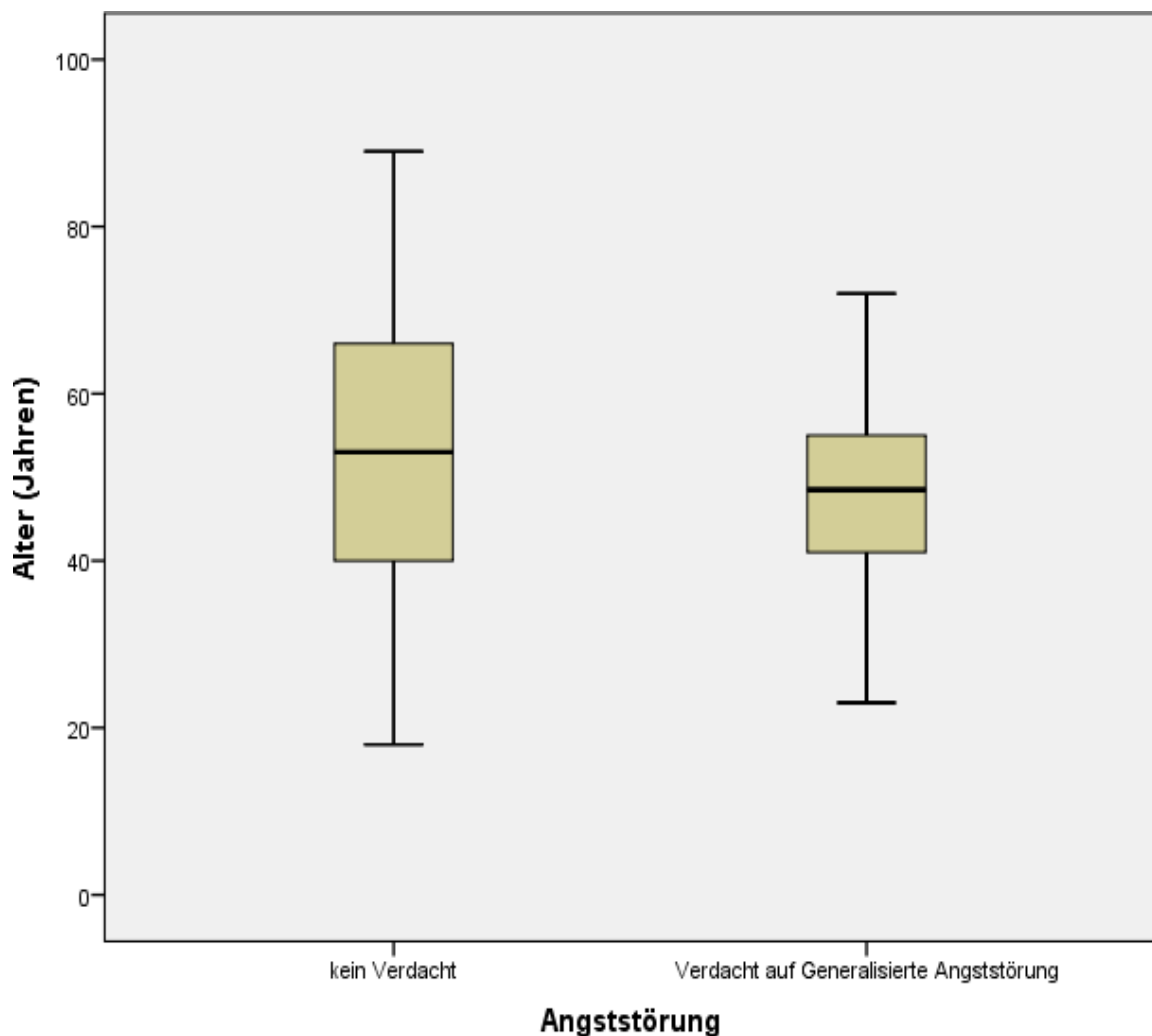
Verdacht auf Angststörung

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	27	5,0%	45,0%
weiblich	704	56,6%	33	4,7%	55,0%
Gesamt	1244		60	4,8%	100%

Tabelle 4: Verteilung Geschlecht * V.a. Angststörung Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 16: Altersverteilung bei V.a. Angststörung

Die zu betrachtende Fallzahl für Angststörungen betrug $n=1188$. Bei dieser Erkrankung lag der Median des Alters bei 48,50 und die Streuung lag zwischen 41 und 55 Jahren. Das mittlere Alter betrug 47,43 und lag somit unter dem Gesamtdurchschnitt von 52,37 Jahren.

4.2.5 Bulimia Nervosa

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Es traten nur zwei Verdachtsfälle von Bulimia Nervosa auf. Die Geschlechterverteilung war zufällig 50/50. Es konnte keine Aussage über den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Geschlecht getroffen werden.

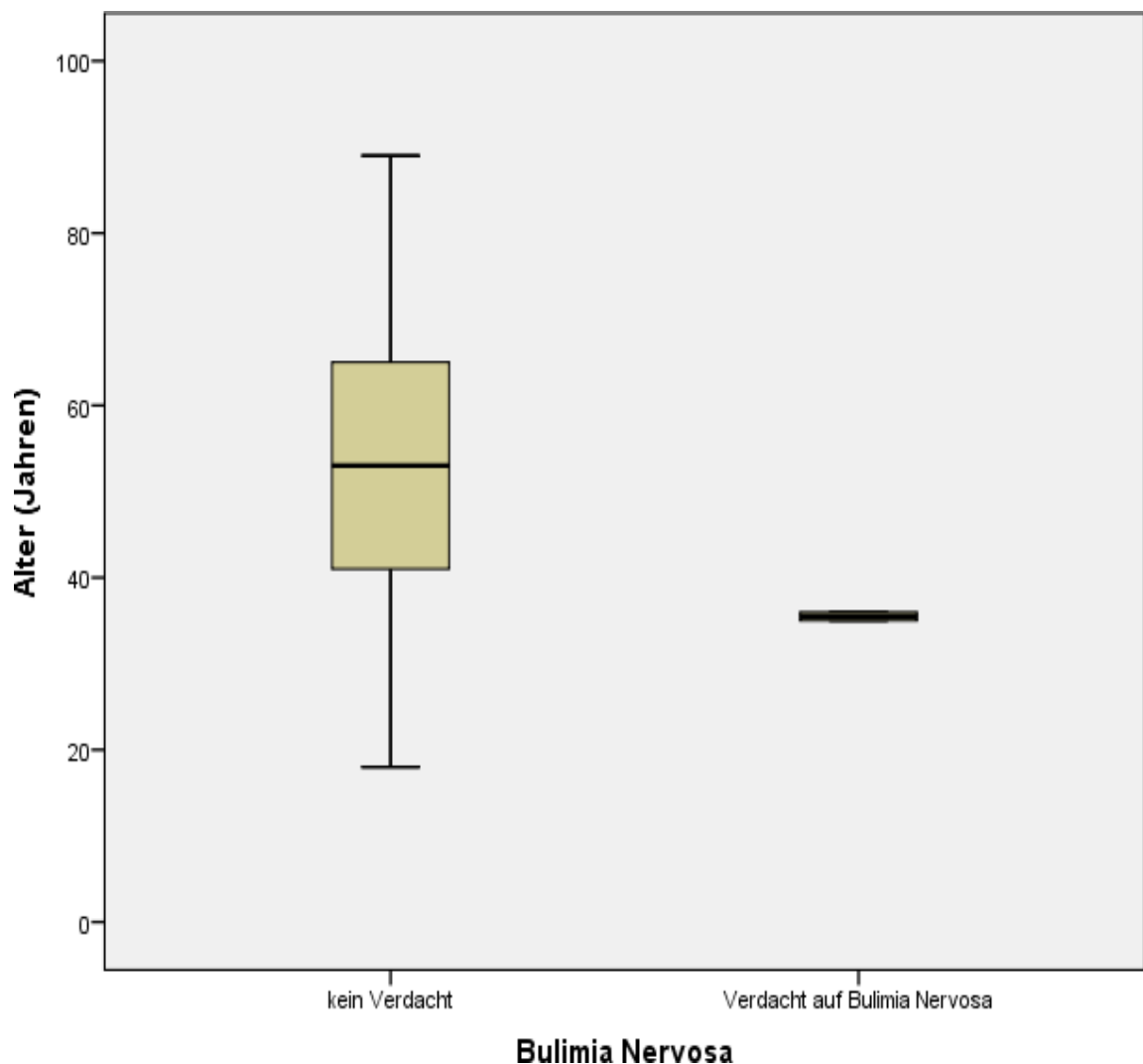
Verdacht auf Bulimia Nervosa

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	1	0,2%	50,0%
weiblich	704	56,6%	1	0,1%	50,0%
Gesamt	1244		2	0,2%	100%

Tabelle 5: Verteilung Geschlecht * V.a. Bulimia Nervosa Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 17: Altersverteilung bei V.a. Bulimia Nervosa

Bei der Bulimia Nervosa ergaben sich insgesamt nur 2 Verdachtsfälle von $n=1246$. Eine 35-jährige Frau und ein 36-jähriger Mann waren im Screening auffällig. Der Altersdurchschnitt liegt mit 35,50 weit unter dem Durchschnitt der Gesamtpopulation (52,16 Jahre). Aufgrund der niedrigen Fallzahl konnte kein repräsentativer Durchschnitt berechnet werden.

4.2.6 Binge Eating Störung

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Die Verteilung der Geschlechter lag mit 10 männlichen (52,6%) und 9 weiblichen (47,4%) auffälligen Patienten nah beieinander. In der untersuchten Population konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Erkrankung und dem Geschlecht festgestellt werden ($p > 0,4$).

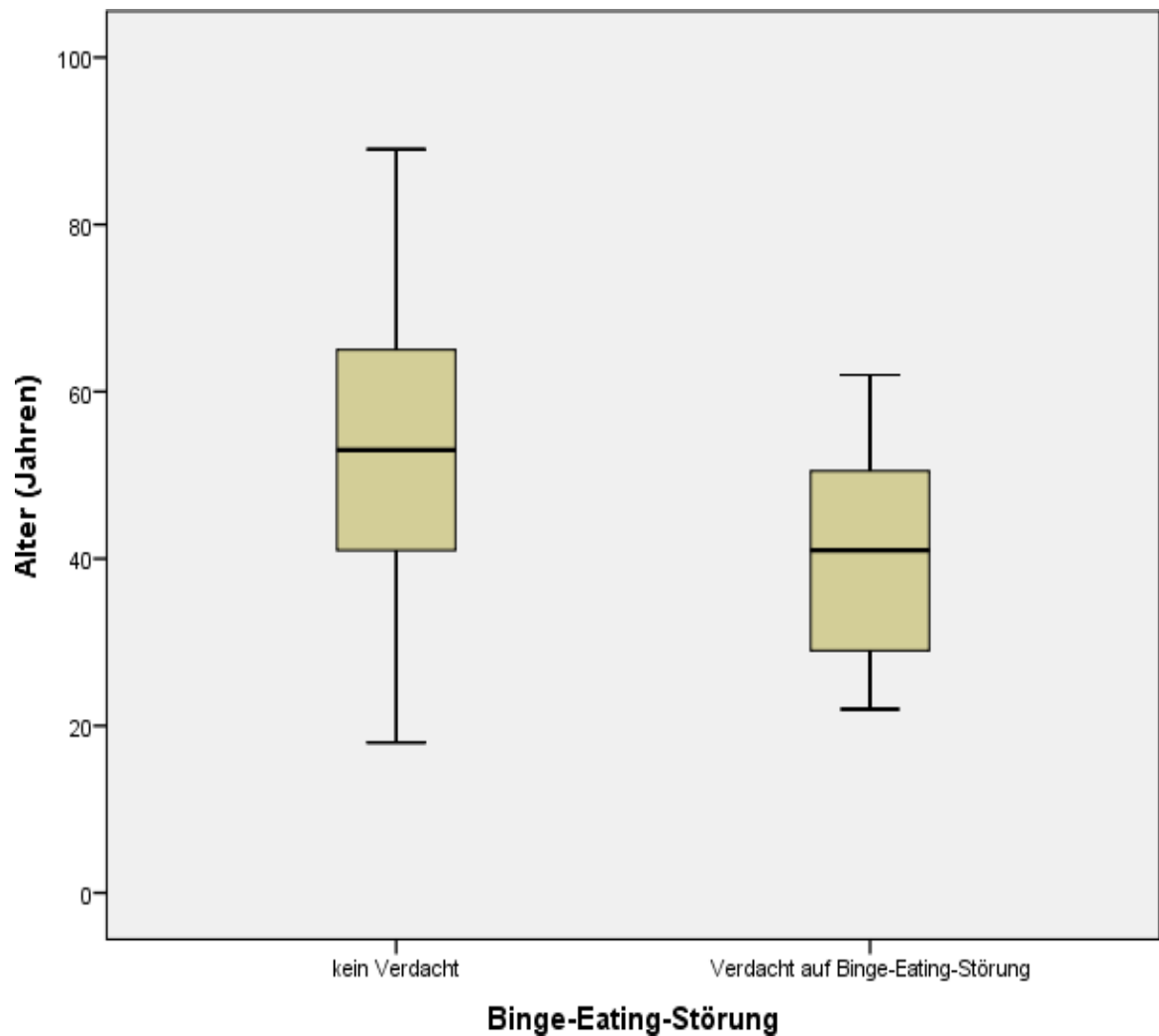
Verdacht auf Binge-Eating-Störung

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	10	1,9%	52,6%
weiblich	704	56,6%	9	1,3%	47,4%
Gesamt	1244		19	1,5%	100%

Tabelle 6: Verteilung Geschlecht * V.a. Binge-Eating-Störung Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 18: Altersverteilung bei V.a. Binge-Eating-Störung

Das mittlere Alter der 19 Verdachtsfälle lag bei 41,89 Jahren. Damit lag das Erkrankungsalter von >10 Jahre unter dem Durchschnitt. Die Spannweite machte mit Altersangaben zwischen 22 und 62 Jahren 40 Jahre aus. Die Fallzahl betrug n=1229.

4.2.7 Alkoholabusus

Vergleich bezüglich des Geschlechts

In unserem Patientenkollektiv hatten 51 Patienten den Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit, davon betroffen waren 37 Männer und 14 Frauen. Die Geschlechterverteilung war hier das einzige Mal durch eine höhere Anzahl von männlichen Patienten geprägt (72,5%). Insgesamt traten nur 27,5% weibliche Verdachtsfälle auf. Im Chi-Quadrat-Test zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Verdacht einer Alkoholabhängigkeit und dem männlichen Geschlecht ($p < 0,001$).

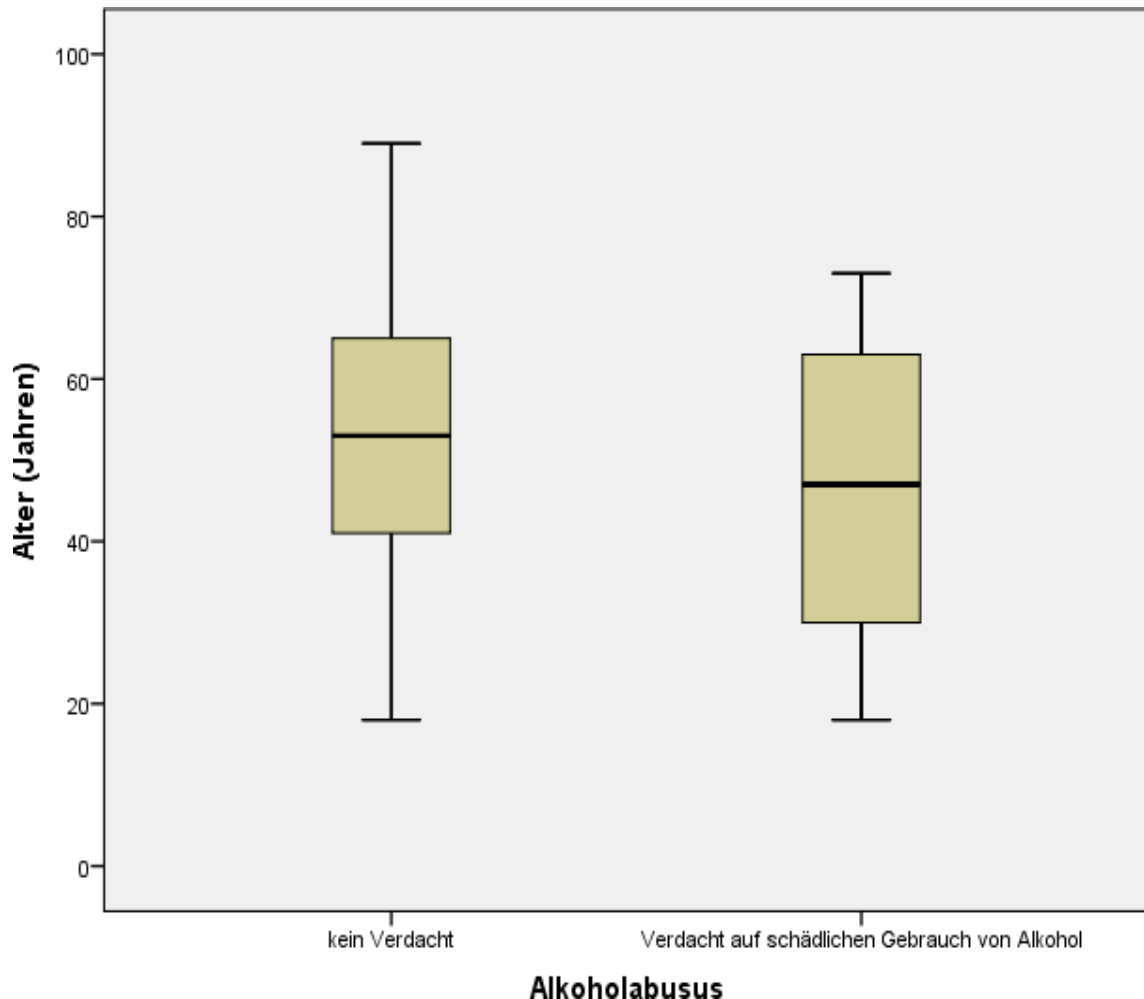
Verdacht auf Alkoholabusus

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	37	6,9%	72,5%
weiblich	704	56,6%	14	2,0%	27,5%
Gesamt	1244		51	4,1%	100%

Tabelle 7: Verteilung Geschlecht * V.a. Alkoholabusus Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 19: Altersverteilung bei V.a. Alkoholabhängigkeit

Bei 51 Fällen von n=1197 bestand ein Verdacht auf Alkoholabusus. Das mittlere Alter betrug 46,59 Jahre und lag damit auch >5 Jahre unter dem Durchschnittsalter unserer Hausärzterpopulation. Die 25 Perzentile lag bei 29 Jahren, die 75 Perzentile bei 63 Jahren und der Median bei 47 Jahren. Die Standardabweichung betrug 17,30 Jahre.

4.2.8 Sexuelle Funktionsstörung

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Die Verteilung der Geschlechter von insgesamt 121 auffälligen Patienten war annähernd gleich mit 62 männlichen und 59 weiblichen Verdachtsfällen. Der P-Wert war 0,082, es gab keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der Geschlechterverteilung und einer Sexuellen Funktionsstörung.

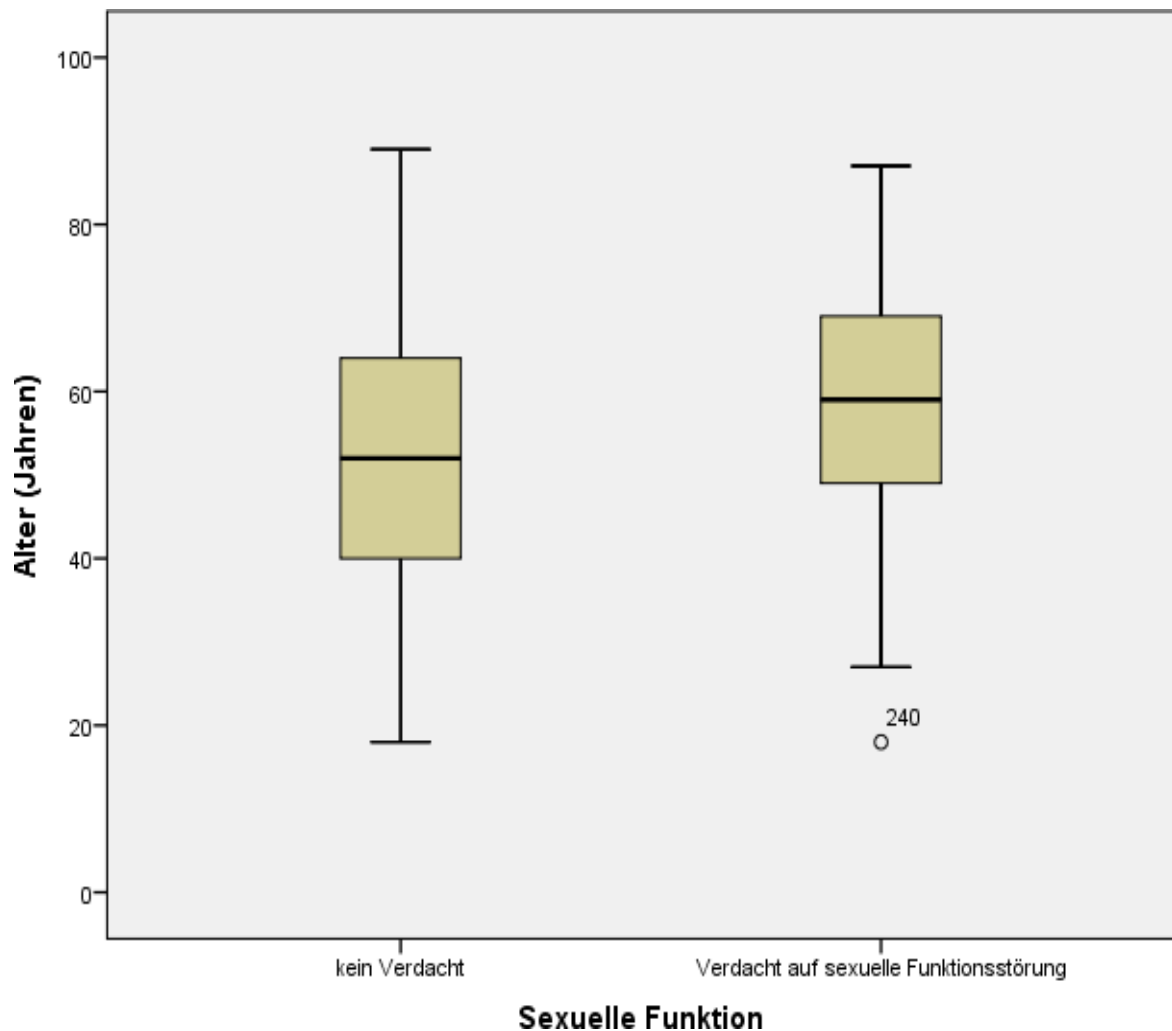
Verdacht auf Sexuelle Funktion

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	62	11,5%	51,2%
weiblich	704	56,6%	59	8,4%	48,8%
Gesamt	1244		121	9,7%	100%

Tabelle 8: Verteilung Geschlecht * V.a. Sexuelle Funktionsstörung Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 20: Altersverteilung bei V.a. Sexuelle Funktionsstörung

Die Auswertung ergab 122 Verdachtsfälle auf eine sexuelle Funktionsstörung von 1126 Patienten, die diese Frage beantwortet haben. Der Mittelwert des Alters lag bei 57,76 Jahren. Die 25. Perzentile hatte bei diesem Erkrankungsbild den höchsten Wert mit 48,75 Jahren, die 75. Perzentile lag bei 69 Jahren. Die Spannweite war trotzdem mit 69 Jahren verhältnismäßig groß.

Im Vergleich zum Durchschnittsalter unserer Gesamtpopulation war dies das einzige Erkrankungsbild, welches im mittleren Alter (>5Jahre) älter war als der Durchschnitt.

4.2.9 Zwangsgedanken

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Von 195 Verdachtsfällen auf Zwangsgedanken waren 60,5% weibliche Patientinnen und 39,5% männliche Patienten auffällig. Es waren deutlich mehr Frauen (118) als Männer (77) betroffen. Im Chi-Quadrat-Test ließ sich jedoch kein Zusammenhang zwischen Geschlechterverteilung und Erkrankung beschreiben ($p > 0,2$).

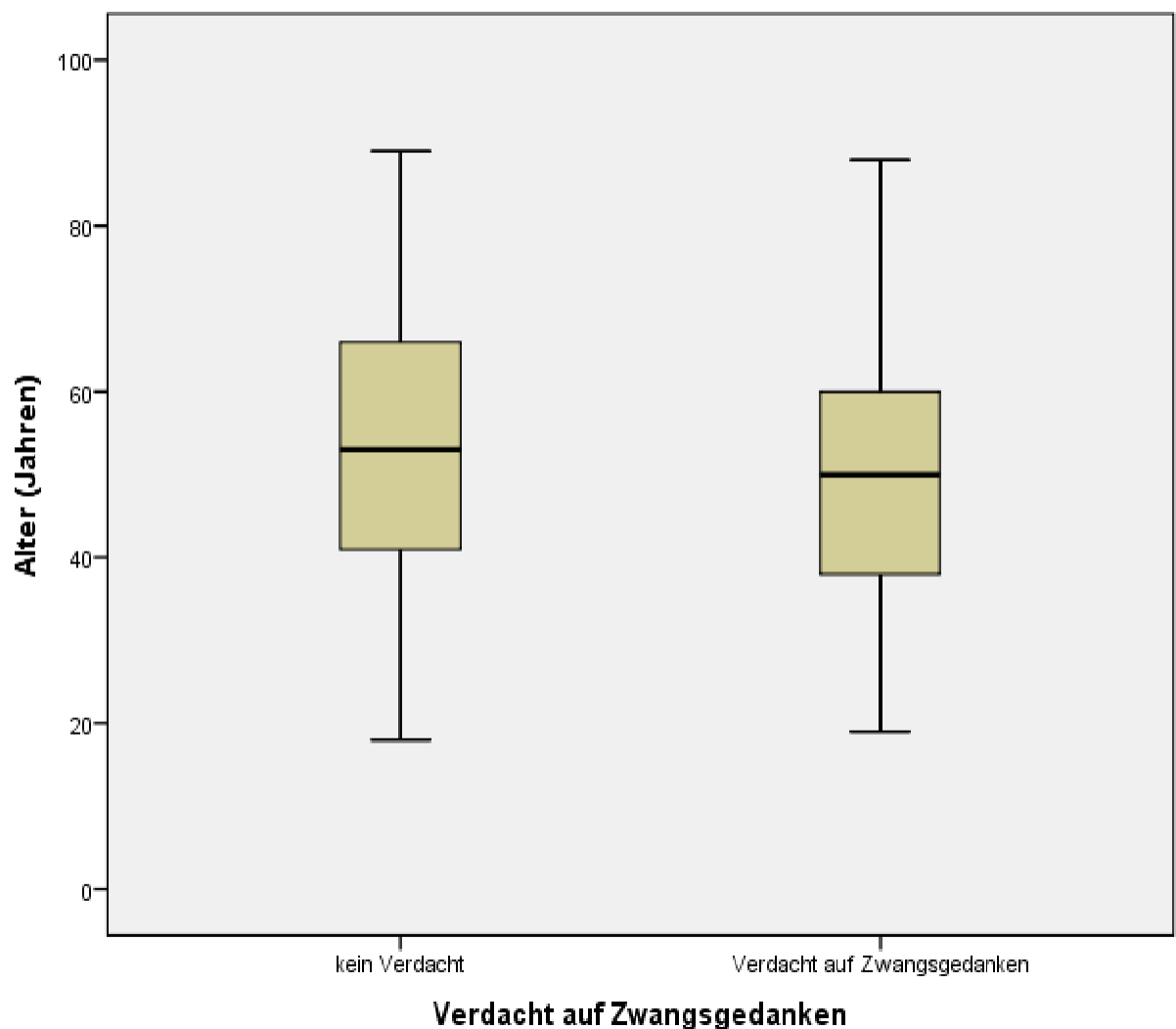
Verdacht auf Zwangsgedanken

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	77	14,3%	39,5%
weiblich	704	56,6%	118	16,8%	60,5%
Gesamt	1244		195	15,7%	100%

Tabelle 9: Verteilung Geschlecht * V.a. Zwangsgedanken Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 21: Altersverteilung bei V.a. Zwangsgedanken

Von 1052 Patienten, die die Frage zu Zwangsgedanken beantwortet haben, hatten 196 Patienten einen Verdacht auf Zwangsgedanken. Der Mittelwert des Alters lag bei 49,36 Jahren. Die 25. Perzentile lag bei 38 Jahren und die 75. Perzentile bei 60 Jahren, der Median lag bei 50 Jahren. Die Standardabweichung entsprach 16,88 Jahren. Damit war dieses Patientenkollektiv durchschnittlich jünger als die befragte Gesamtpopulation.

4.2.10 Zwangshandlungen

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Von 97 Verdachtsfällen von Zwangshandlungen waren 45 Männer und 52 Frauen. Die Verteilung auf 46,4% männliche und 53,6% weibliche Verdachtsfälle war unabhängig voneinander ($p > 0,5$).

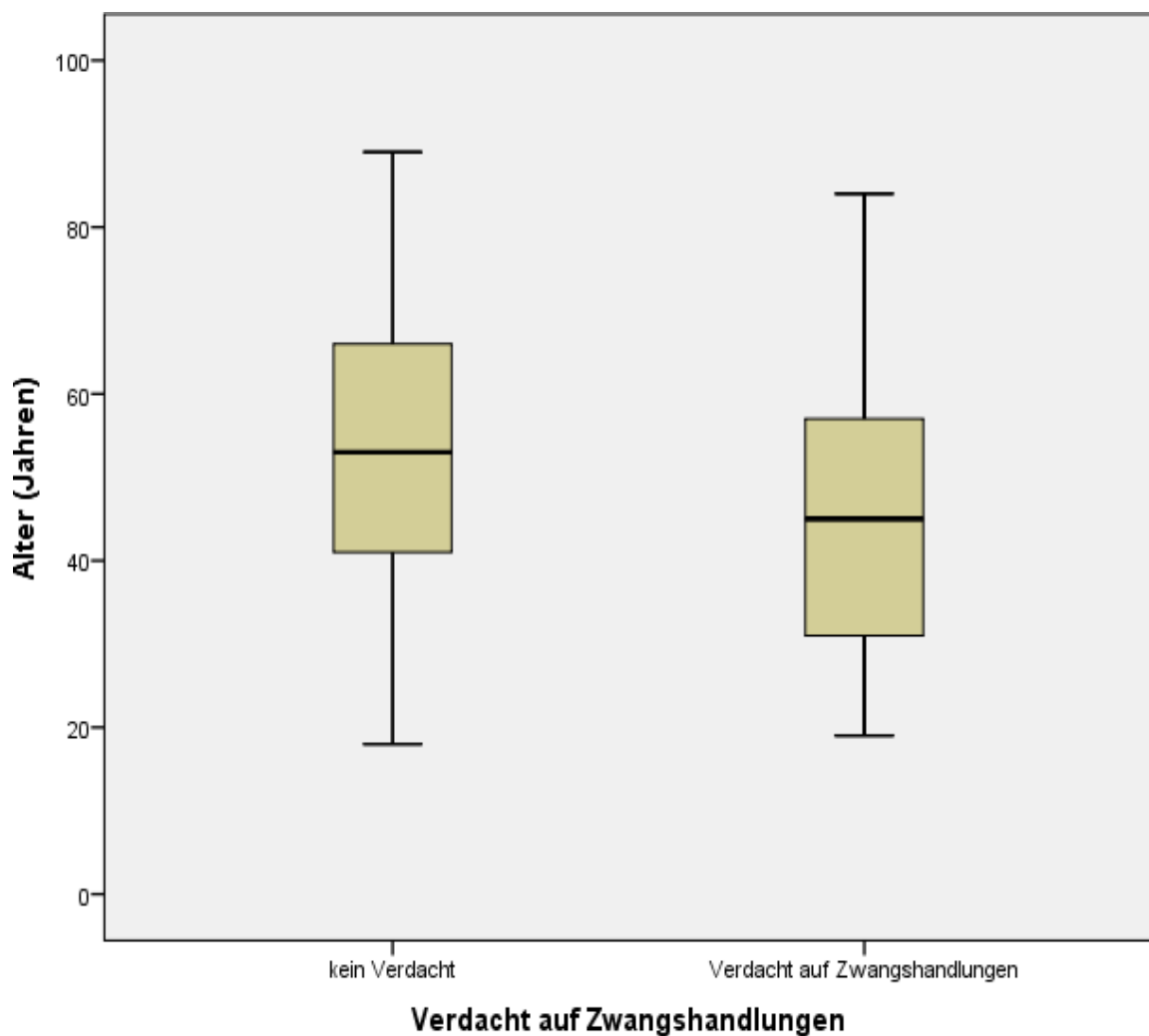
Verdacht auf Zwangshandlungen

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	45	8,3%	46,4%
weiblich	704	56,6%	52	7,4%	53,6%
Gesamt	1244		97	7,8%	100%

Tabelle 10: Verteilung Geschlecht * V.a. Zwangshandlungen Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 22: Altersverteilung bei V.a. Zwangshandlungen

Von $n=1151$ Patienten hatten 97 einen Verdacht auf Zwangshandlungen. Der Mittelwert des Alters betrug 45,80 und die Standardabweichung lag bei 16,81 Jahren. Die 25. Perzentile lag bei 30,5 und die 75. Perzentile bei 57 Jahren. Die betroffenen Patienten waren deutlich jünger als unsere befragte Hausarztpopulation.

4.2.11 Akute Belastungsreaktion

Vergleich bezüglich des Geschlechts

Die Verteilung unserer 21 detektierten Verdachtsfälle auf eine akute Belastungsreaktion zeigte 16 weibliche Patienten und 5 männliche Patienten. Damit war das Vorkommen von betroffenen Frauen mit 76,2% deutlich häufiger als das der Männer mit 23,8%. Es schien einen Hinweis zum Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht und dem Auftreten einer akuten Belastungsreaktion zu geben ($p > 0,07$).

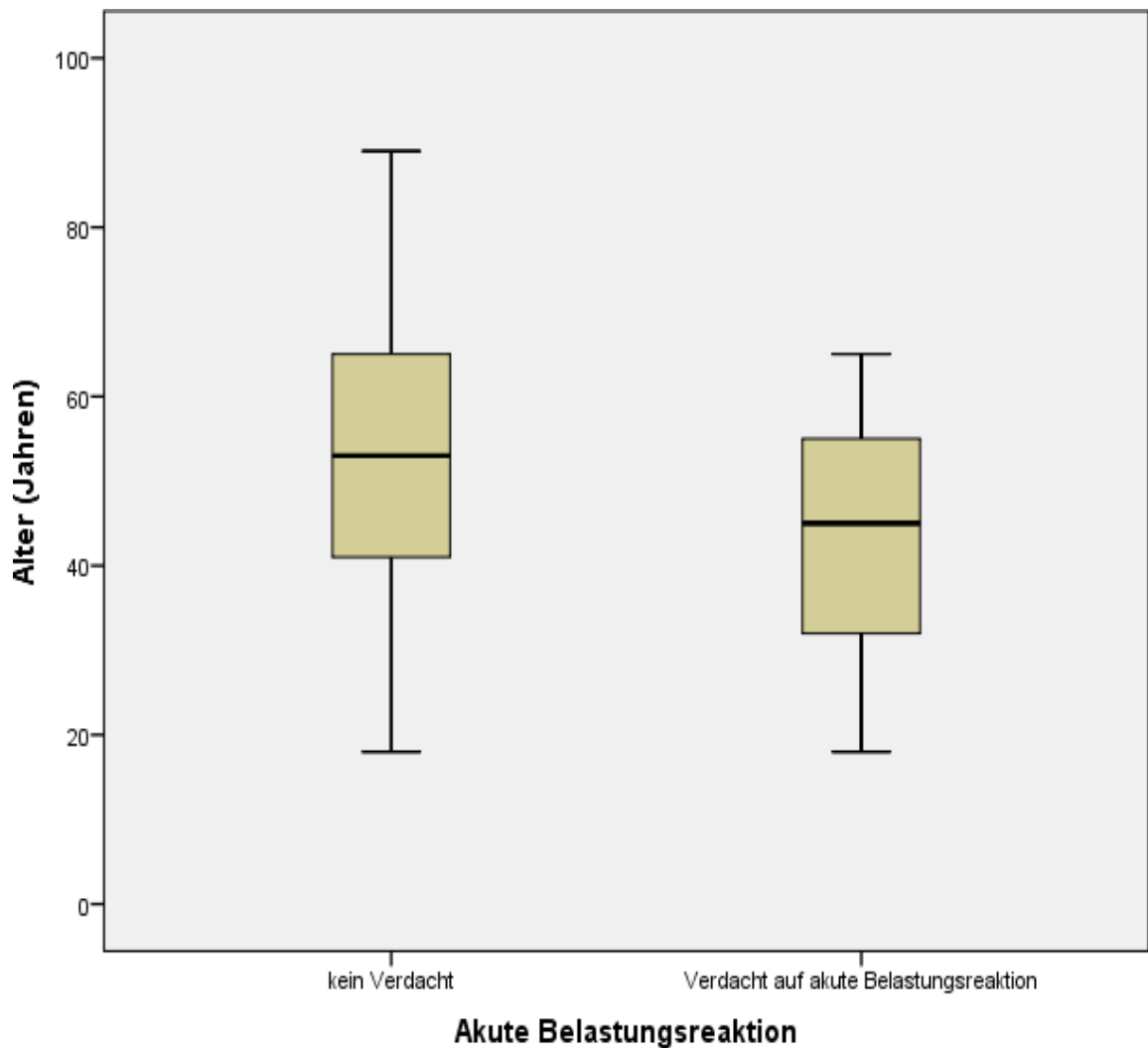
Verdacht auf Akute Belastungsreaktion

	(n)	%	Fälle	Verteilung Fälle im Gesamt in %	Verteilung Fälle in %
männlich	540	43,4%	5	0,9%	23,8%
weiblich	704	56,6%	16	2,3%	76,2%
Gesamt	1244		21	1,7%	100%

Tabelle 11: Verteilung Geschlecht * V.a. Akute Belastungsreaktion Kreuztabelle

Vergleich bezüglich des Alters

Alter (Jahren)



Darstellung 23: Altersverteilung bei V.a. Akute Belastungsreaktion

Von 1227 Patienten hatten 21 einen Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion. Das mittlere Alter lag bei 44,05 Jahren, das jüngste Durchschnittsalter, das insgesamt aufgetreten ist. Die Spannweite betrug 47 Jahre zwischen 18- und 65- Jährigen. Damit lag der Altersdurchschnitt der Gesamtpopulation 8 Jahre über den betroffenen Patienten.

4.3 Komorbiditäten

Einzelne psychische Erkrankungsbildern kamen seltener vor als kombinierte Störungsbilder. Auf Grund dieser Tatsache stellte sich die Frage, ob es einen besonderen Zusammenhang zwischen bestimmten Komorbiditäten gibt. Es handelte sich um eine explorative Analyse der Daten.

Die Verteilung und beobachtete Häufigkeit der verschiedenen kombinierten Störungsbilder werden analog zur folgenden Tabelle in den jeweiligen Verdachtsdiagnosen beschrieben.

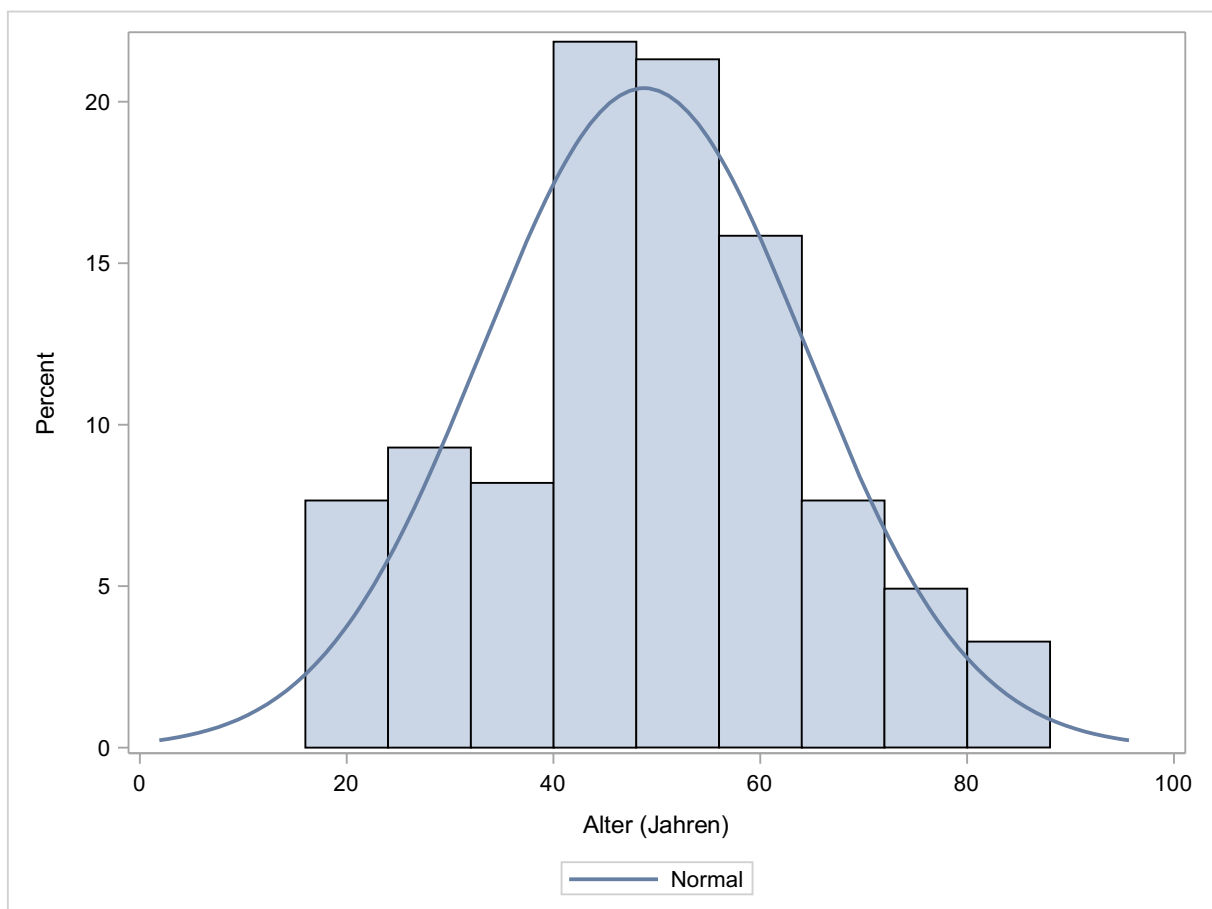
<u>Verteilung Kombinierter Verdachtsdiagnosen</u>	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Somatisierungsstörung (n=90)		25	17	19	0	4	6	25	36	13	4
Depressive Episode (n=89)	25		25	30	1	1	3	20	35	20	4
Panikstörung (n=48)	17	25		14	0	1	4	9	24	10	3
Angststörung (n=60)	19	30	14		0	0	4	23	36	19	4
Bulimia Nervosa (n=2)	0	1	0	0		0	0	1	0	0	0
Binge-Eating-Störung (n=19)	4	1	1	0	0		3	2	5	1	0
Alkoholabusus (n=51)	6	3	4	4	0	3		8	15	8	2
Sex. Funktionsstörung (n=122)	25	20	9	23	1	2	8		34	17	4
Zwangsgedanken (n=196)	36	35	24	36	0	5	15	34		46	11
Zwangshandlungen (n=97)	13	20	10	19	0	1	8	17	46		13
Akute Belastungsreaktion (n=21)	4	4	3	4	0	0	2	4	11	13	

Tabelle 12: Verteilung der Komorbiditäten

Die erfragten psychischen Erkrankungen wurden alle auf ihren Zusammenhang miteinander getestet. Bei 183 Patienten ergab die Befragung mehr als eine Verdachtsdiagnose.

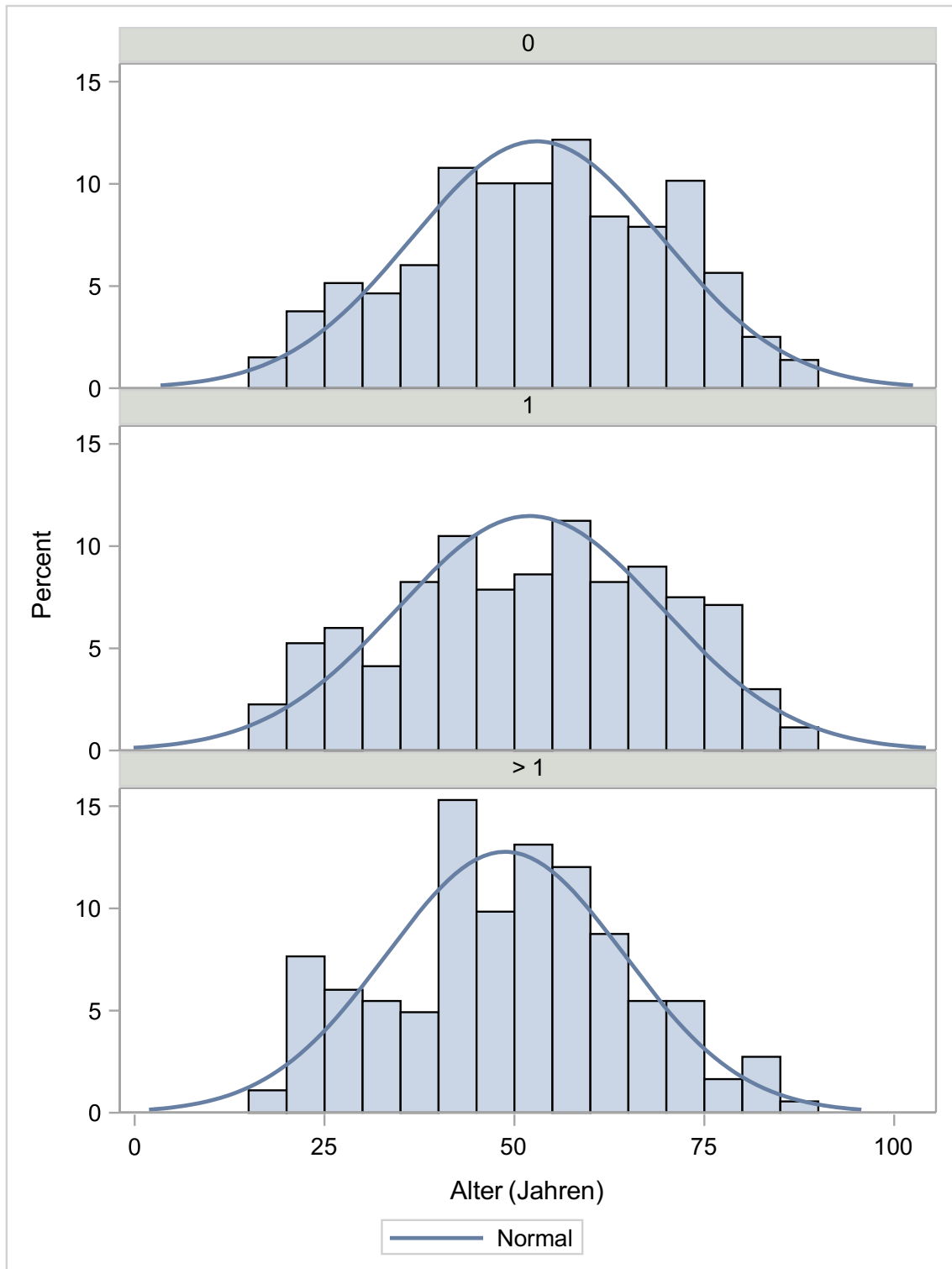
Der Altersdurchschnitt bei den Patienten mit einer Verdachtsdiagnose war jünger als in unserer Gesamtpopulation. Bei der Verteilung der Patienten mit mehr als einer Verdachtsdiagnose ließ sich das ebenfalls bestätigen.

Altersverteilung bei Patienten mit mehr als einer Verdachtsdiagnose



Darstellung 24: Altersverteilung mit mehr als einer Verdachtsdiagnose

Altersverteilung bei Patienten im Vergleich



Darstellung 25: Altersverteilung im Vergleich

Die oben aufgeführte Tabelle gibt eine Übersicht über die Altersverteilung. Die Graphen vergleichen die Altersverteilung bei 0 = ohne Verdachtsdiagnose, bei 1 = genau eine Verdachtsdiagnose und bei > 1 = mehr als eine Verdachtsdiagnose.

Somatisierungsstörung im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Somatisierungsstör.	90	26	18	19	0	4	6	25	36	13	4
%	100	28,9	20	21,1	0	4,44	6,67	27,8	40	14,4	4,4
Erwartungswert		6	3,5	4,3	0,1	1,4	3,7	8,8	14,4	7	1,5
Exakter Test n. Fisher		<0,00	<0,00	<0,00	1	0,042	0,26	<0,00	<0,00	0,022	0,059

Tabelle 13: V.a. Somatisierungsstörungen * Komorbiditäten

Es haben 60 Patienten den Verdacht auf eine Angststörung, 19 von Ihnen hatten auch den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Die Überschneidung von den insgesamt 50 Patienten mit dem Verdacht auf eine Panikstörung betrug 18. Es konnte bei beiden Formen der Angsterkrankungen ein Zusammenhang beschrieben werden. Der P Wert liegt bei beiden Erkrankungsbildern in Bezug auf eine Somatisierungsstörung bei <0,00.

Einen Verdacht auf Sexuelle Funktionsstörungen hatten 122 Patienten. Von Ihnen hatten 25 Betroffene ebenfalls einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Es entsprach 20,5 % der Patienten mit Sexuellen Funktionsstörungen, es gab einen Zusammenhang zwischen beiden Störungsbildern. Nach dem Exakten Test nach Fisher ist der P-Wert >0,00.

Bei den Zwangserkrankungen gab es insgesamt 196 Patienten mit dem Verdacht auf Zwangsgedanken und 97 Patienten mit dem Verdacht auf Zwangshandlungen.

Es gab 36 Patienten die sowohl Anzeichen für eine Somatisierungsstörung als auch für Zwangsgedanken aufwiesen.

Hier konnte ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen beschrieben werden ($p < 0,00$). Bei den seltener auftretenden Zwangshandlungen gab es die Übereinstimmung mit einer Somatisierungsstörung bei 13 Patienten. Hier gab es ebenfalls einen Hinweis auf einen Zusammenhang. Der P-Wert fiel mit 0,022 etwas höher aus.

Depressive Episode im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Depressive Episode	26	89	25	30	1	1	3	20	35	20	4
%	29,2	100	28,1	33,7	1,1	1,1	3,4	22,5	39,3	22,5	4,5
Erwartungswert	6		3,2	4	0,1	1,3	3,4	8,1	13	6,5	1,4
Exakter Test n. Fisher	<0,00		<0,00	<0,00	0,129	1	1	<0,00	<0,00	<0,00	0,046

Tabelle 14: V.a. Depressive Episode * Komorbiditäten

Bei unseren Verdachtsfällen auf eine depressive Erkrankung gab es 89 Patienten und bei Somatisierungsstörungen 90 Patienten. Eine Übereinstimmung von beiden Erkrankungsbildern existierte bei 26 Patienten. Demzufolge waren 29,2% der vermutlich depressiven Patienten auch von einer somatoformen Erkrankung betroffen und 28,9% der Patienten mit einer Somatisierungsstörung litten auch an einer Depression. Im exakten Test nach Fisher entsprach die 2-seitige Signifikanz weniger als 0,05, damit konnte ein deutlicher Zusammenhang beschrieben werden. Das bedeutet, dass es keine zufällige Anhäufung von beiden Erkrankungen in Kombination gab.

Es traten 48 Verdachtsfälle von Patienten mit Panikstörung auf und 89 Fälle einer schweren Depressiven Episode. Bei insgesamt 25 Patienten lagen beide Erkrankungen vor.

Der Chi-Quadrat Test nach Fisher stellte einen starken Zusammenhang fest ($p < 0,001$). Von allen Betroffenen einer Panikstörung litten 52,1% auch an einer Depressiven Episode. Bei den depressiven Patienten entsprach dies 28,1%.

Von 60 möglichen Betroffenen, die unter einer Angststörung erkrankten, hatten 50% ebenfalls den Verdacht auf eine depressive Erkrankung. Von den 89 Verdachtsfällen einer Depressiven Episode litten somit 33,7% auch an einer Angststörung.

Die Daten deuteten klar auf einen Zusammenhang zwischen den Erkrankungsbildern ($p < 0,001$) hin.

Es gab 196 Verdachtsfälle auf Zwangsgedanken, 89 Patienten mit Verdacht auf eine depressive Episode. 35 Patienten litten an beiden Syndromen. Dies entsprach 39,3% der Depressiven und 17,9% der Patienten mit Zwangsgedanken. Der Chi-Quadrat-Test ließ die Aussage zu, dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungsbildern und ihrer gemeinsam auftretenden Häufigkeit bestehen könnte ($p < 0,001$).

Bei dem Erkrankungsbild der Zwangshandlungen litten 20 von 97 Verdachtsfällen zusätzlich auch an einer depressiven Episode. Dies entsprach 20,6% der Zwangshandlungs- und 22,5% der Depressiven Patienten ($n=89$). Der exakte Test nach Fisher ließ auch hier einen Zusammenhang beschreiben, der P-Wert ist $< 0,00$.

Es gab insgesamt nur zwei Patienten im gesamten Befragungskollektiv die einen Verdacht auf eine Bulimia Nervosa aufwiesen. Bei einem Patienten trat auch eine depressive Episode auf. Durch die sehr kleine Fallzahl war der Chi-Quadrat-Test nicht anwendbar.

Bei dem zweiten Themenkomplex zu Essstörungen, der Binge-Eating Störung, existierte ebenfalls nur ein einzelner Verdachtsfall einer zusätzlich auftretenden Depression. Bei 19 Patienten insgesamt entsprach dies nur 5,26% der Betroffenen und 1,1% der depressiven Patienten hatten zusätzliche eine Essstörung. Der P-Wert war 1,00 und damit schien die Häufigkeit der Kombination aus einer Binge-Eating- Störung und einer Depression in unseren Ergebnissen unabhängig voneinander.

Bei 51 Fällen mit Verdacht auf Alkoholabhängigkeit und 89 möglichen Fällen von einer depressiven Episode hatten nur 3 Patienten beide Erkrankungen. Das entsprach nur 5,88% der abhängigen und 3,4% der depressiven Patienten. Der P-Wert ist 1 und somit konnte kein Zusammenhang beschrieben werden.

Von 122 Patienten mit einer möglichen Störung der Sexuellen Funktion hatten 20 Patienten (16,4%) auch einen Verdacht auf eine Depressive Episode. Von 89 depressiven Patienten hatten 22,5% auch eine Sexuelle Funktionsstörung. Es scheint einen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen und ihrem vermehrt gemeinsamen Auftreten zu geben, der P-Wert war $< 0,001$.

Es hatten 19% von 21 Patienten mit dem Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion auch eine depressive Episode. Es lagen vier Fälle einer Komorbidität vor.

Es betraf 4,5% der 89 Befragten mit der Verdachtsdiagnose einer schweren Depression. Der P-Wert war 0,046 und damit gab es einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen.

Panikstörung im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Panikstörung	18	25	48	14	0	1	4	9	24	10	3
%	37,5	52,1	100	29,2	0	2,08	8,33	18,8	50	20,8	6,3
Erwartungswert	3,5	3,2		2,3	0,1	0,7	2	4,7	7,5	3,7	0,8
Exakter Test n. Fisher	<0,00	<0,00		<0,00	1	0,528	0,128	0,044	<0,00	0,003	0,044

Tabelle 15: V.a. Panikstörung * Komorbiditäten

Die Verbindung einer Panikstörung mit einer Sexuellen Funktionsstörung war bei 9 Patienten aufgetreten. Es entsprach 18,8% der Patienten mit dem Verdacht auf eine Panikstörung. Es gab den Hinweis auf einen Zusammenhang, der P-Wert lag bei 0,044.

50% der Patienten mit dem Verdacht auf eine Panikstörung hatten auch den Verdacht auf Zwangsgedanken. Damit konnte von keiner zufälligen Anhäufung gesprochen werden. Umgekehrt waren es 24 Patienten (12,2%) von 196 mit dem Verdacht auf zwanghafte Gedanken.

Bei Patienten mit V.a. Zwangshandlungen gab es eine Kombination mit dem Verdacht auf Panikstörungen bei 10 Patienten. Das entsprach 20,8% von 48 Patienten der Verdachtsfälle von Panikstörungen. Auch hier bestand ein Hinweis auf einen Zusammenhang, der P-Wert ist 0,003.

Angststörung im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Angststörung	19	30	14	60	0	0	4	23	36	19	4
%	31,7	50	23,3	100	0	0	6,67	38,3	60	31,7	6,7
Erwartungswert	4,3	4	2,3		0,1	0,9	2,5	5,9	9,4	4,7	1
Exakter Test n. Fisher	<0,00	<0,00	<0,00		1	1	0,303	<0,00	<0,00	<0,00	0,016

Tabelle 16: V.a. Angststörung * Komorbiditäten

Es gab 60 Patienten mit einem Verdacht auf eine Angststörung und 48 Patienten mit einem Verdacht auf eine Panikstörung. Eine Überschneidung zwischen beiden Erkrankungsbildern gab es bei 14 Probanden. D.h. 23,3 % der Patienten mit einer möglichen Angststörung hatten ebenfalls einen Hinweis auf eine Panikstörung. Umgekehrt waren es 29,2% der Patienten mit der Verdachtsdiagnose auf eine Panikstörung, die ebenfalls den V.a. eine Angststörung vorwiesen. Der Hinweis eines Zusammenhangs wurde mit einem P-Wert von <0,00 belegt.

Die Kombination aus einer potentiellen Angststörung und einer Sexuellen Funktionsstörung hatten 23 Patienten. Es entsprach 38,3% der Verdachtsfälle auf eine Angststörung. Der Zusammenhang bestand auch hier, bei einem Erwartungswert von 5,9 und einem p-Wert von <0,00.

Bei den Zwangserkrankungen konnte ebenfalls eine Anhäufung der Kombination mit einer Angststörung beschrieben werden. Von den 196 Patienten mit dem V.a. Zwangsgedanken hatten 36 auch den Hinweis auf eine Angststörung, dies entsprach 60% der Patienten mit dem Verdacht auf eine Angststörung.

19 Patienten hatten eine Kombination aus einer Angststörung (n=60) und einem Verdacht auf Zwangshandlungen (n=97). Das entsprach 31,7%. Der Exakte Test nach Fisher ergab auch hier einen P-Wert von <0,00.

Essstörungen im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Bulimiiia Nervosa	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0
%	0	50	0	0	100	0	0	50	0	0	0
Erwartungswert	0,1	0,1	0,1	0,1		0	0,1	0,2	0,3	0,2	0
Exakter Test n. Fisher	1	0,129	1	1		1	1	0,186	1	1	1

Tabelle 17: V.a. Bulimia Nervosa * Komorbiditäten

Durch die niedrige Fallzahl von zwei Patienten mit einer Bulimia Nervosa war kein Zusammenhang mit häufig auftretenden Komorbiditäten beschreibbar.

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Binge-Eating-Störung	4	1	1	0	0	19	3	2	5	1	0
%	21,1	5,26	5,26	0	0	100	15,8	10,5	26,3	5,26	0
Erwartungswert	1,4	1,3	0,7	0,9	0		0,8	1,9	3	1,5	0,3
Exakter Test n. Fisher	0,042	1	0,528	1	1		0,039	0,708	0,203	1	1

Tabelle 18: V.a. Binge-Eating-Störung * Komorbiditäten

Bei der Binge-Eating-Störung gab es 19 Verdachtsfälle. Das kombinierte Auftreten von vier Patienten mit einem gleichzeitigen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung gab den Hinweis auf einen Zusammenhang mit $p=0,042$. Ebenfalls ließ der P-Wert von 0,039 eine unerwartete Anhäufung ($n=3$) von Patienten mit dem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit und eine Binge-Eating-Störung schließen.

Alkoholabusus im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Alkoholabusus	6	3	4	4	0	3	51	8	15	8	2
%	11,8	5,88	7,84	7,84	0	5,88	100	15,7	29,4	15,7	3,9
Erwartungswert	3,7	3,4	2	2,5	0,1	0,8		5	8	4	0,9
Exakter Test n. Fisher	0,26	1	0,128	0,303	1	0,039		0,148	0,01	0,053	0,211

Tabelle 19: V.a. Alkoholabusus * Komorbiditäten

Den Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen dem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit und einer weiteren Erkrankung bestand nur bei V.a. Zwangsgedanken.

Es gab 196 Patienten mit dem Verdacht auf eine Zwangshandlung. Davon hatten 15 Patienten die Kombination mit der Verdachtsdiagnose auf eine Alkoholabhängigkeit. Das entsprach 29,4% der Fälle von Alkoholabhängigkeit. Der Erwartungswert lag bei 8, der P-Wert war 0,01. Damit gab es ebenfalls den Hinweis auf einen Zusammenhang.

Darüber hinaus waren nur 6 Patienten auch auffällig bezüglich einer Somatisierungsstörung, jeweils 4 Patienten litten unter Angst- oder Panikstörungen. Die entsprechenden P-Werte im Chi-Quadrat-Test besagten, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Vorkommen dieser jeweiligen Komorbidität und einem Abhängigkeitsyndrom gegeben hat.

Sexuelle Funktionsstörung im Vergleich

Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Sexuelle Funktionsstör.	25	20	9	23	1	2	8	122	34	17	4
%	20,5	16,4	7,38	18,9	0,82	1,64	6,56	100	27,9	13,9	3,3
Erwartungswert	8,8	8,1	4,7	5,9	0,2	1,9	5		19,2	9,5	2,1
Exakter Test n. Fisher	<0,00	<0,00	0,044	<0,00	0,186	0,708	0,148		<0,00	0,012	0,141

Tabelle 20: V.a. Sexuelle Funktion * Komorbiditäten

Es gab 122 Verdachtsfälle auf eine Sexuelle Funktionsstörung. Ein Hinweis auf einen Zusammenhang gab es am deutlichsten bei der Kombination mit Zwangserkrankungen. Es gab 34 Patienten, die sowohl den Verdacht auf sexuelle Funktionsstörungen aufwiesen als auch den Verdacht auf Zwangsgedanken. In Verbindung mit dem Verdacht auf Zwangshandlungen waren es 17 Patienten. Der p-Wert lag bei beiden Kombinationen deutlich unter dem Signifikanzniveau von 5%. Einen ebenfalls deutlichen Zusammenhang schien es bei der Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung zu geben, hier gab es 25 Patienten mit dem Verdacht auf beide Störungsbilder. Das entsprach 20,5% der Patienten mit dem V.a. eine Sexuelle Funktionsstörung. In der Kombination mit einer Depressiven Episode waren 20 Patienten betroffen, hier war der P-Wert ebenfalls <0,00.

Zwangserkrankungen im Vergleich

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Zwangsgedanken	36	35	24	36	0	5	15	34	196	46	11
%	18,4	17,9	12,2	18,4	0	2,55	7,65	17,3	100	23,5	5,6
Erwartungswert	14,1	13	7,5	9,4	0,3	3	8	19,2		15,2	3,3
Exakter Test n. Fisher	<0,00	<0,00	<0,00	<0,00	1	0,203	0,01	<0,00		<0,00	<0,00

Tabelle 21: V.a. Zwangsgedanken * Komorbiditäten

Die verschiedenen kombinierten Störungsformen wurden in den jeweiligen Diagnosen schon beschrieben. Zur Vervollständigung blieb noch der Zusammenhang innerhalb der Zwangserkrankungen. Es gab 196 Verdachtsfälle von Zwangsgedanken und 97 Verdachtsfälle von Zwangshandlungen. Bei 46 Patienten gab es eine Überschneidung. Demzufolge hatten 23,4% der Patienten mit Zwangsgedanken auch ein Verdacht auf Zwangshandlungen. Umgekehrt hatten 47,4% der Patienten mit Zwangshandlungen auch eine Auffälligkeit bei Zwangsgedanken. Durch den P-Wert von <0,00 konnte auf einen Zusammenhang zwischen dem Vorkommen beider Erkrankungen geschlossen werden.

<u>Verteilung Kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
Zwangshandlungen	13	20	10	19	0	1	8	17	46	97	13
%	13,4	20,6	10,3	19,6	0	1,03	8,25	17,5	47,4	100	13
Erwartungswert	7	6,5	3,7	4,7	0,2	1,5	4	9,5	15,2		1,6
Exakter Test n. Fisher	0,022	<0,00	0,003	<0,00	1	1	0,053	0,012	<0,00		<0,00

Tabelle 22: V.a. Zwangshandlungen * Komorbiditäten

Akute Belastungsreaktion

<u>Verteilung kombinierter Verdachtsdiagnosen</u> n=	Somatisierungsstörung	Depressive Episode	Panikstörung	Angststörung	Bulimia Nervosa	Binge Eating Störung	Alkoholabusus	Sexuelle Funktionsstörung	Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Akute Belastungsreaktion
akute Belastungsstör.	4	4	3	4	0	0	2	4	11	13	21
%	19	19	14,3	19	0	0	9,52	19	52,4	61,9	100
Erwartungswert	1,5	1,4	0,8	1	0	0,3	0,9	2,1	3,3	1,6	
Exakter Test n. Fisher	0,059	0,046	0,044	0,016	1	1	0,211	0,141	<0,00	<0,00	

Tabelle 23: V.a. Akute Belastungsreaktion * Komorbiditäten

Bei 21 Patienten bestand der Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion. Eine deutliche Anhäufung von dem kombinierten Auftreten von zwei Erkrankungen bestand bei beiden Zwangserkrankungen. Bei 13 Patienten bestand zusätzlich zum Verdacht auf eine akute Belastungsreaktion ein V.a. Zwangshandlungen, das entsprach 61,9% der Patienten mit der Verdachtsdiagnose auf eine akute Belastungsreaktion.

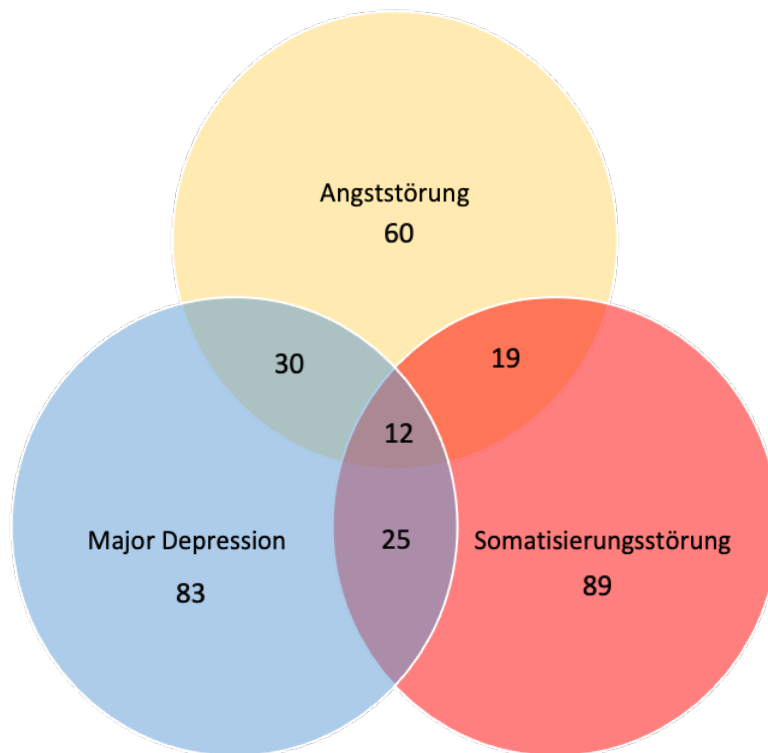
Bei 11 Patienten (52,4%) bestanden auch der Verdacht auf Zwangsgedanken. Bei beiden Zwangserkrankungen bestand der Hinweis auf einen Zusammenhang, nach dem Exakten Test nach Fisher waren die beiden P-Werte beide <0,00.

SAD Triade

Zur Thematik der Komorbiditäten sollen abschließend die Ergebnisse zur SAD Triade beschrieben werden. Die Häufigkeiten der Überschneidungen aus den Krankheitsbildern Depressive Episode, Somatisierungsstörung und Angststörung wurden mit Hilfe eines Venn Diagrammes dargestellt.

Von 83 Verdachtsdiagnosen auf eine schwere Depressive Episode und 89 Patienten mit Verdacht auf eine Somatisierungsstörung hatten 25 Patienten Auffälligkeiten bei beiden Erkrankungsbildern. Von den 60 möglich Betroffenen einer Angststörung wiesen auch 30 Patienten depressive Symptome vor.

19 Patienten hatten ebenfalls einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Der Verdacht auf alle drei Erkrankungsbilder bestand bei 12 Patienten.



Darstellung 26: SAD-Triade

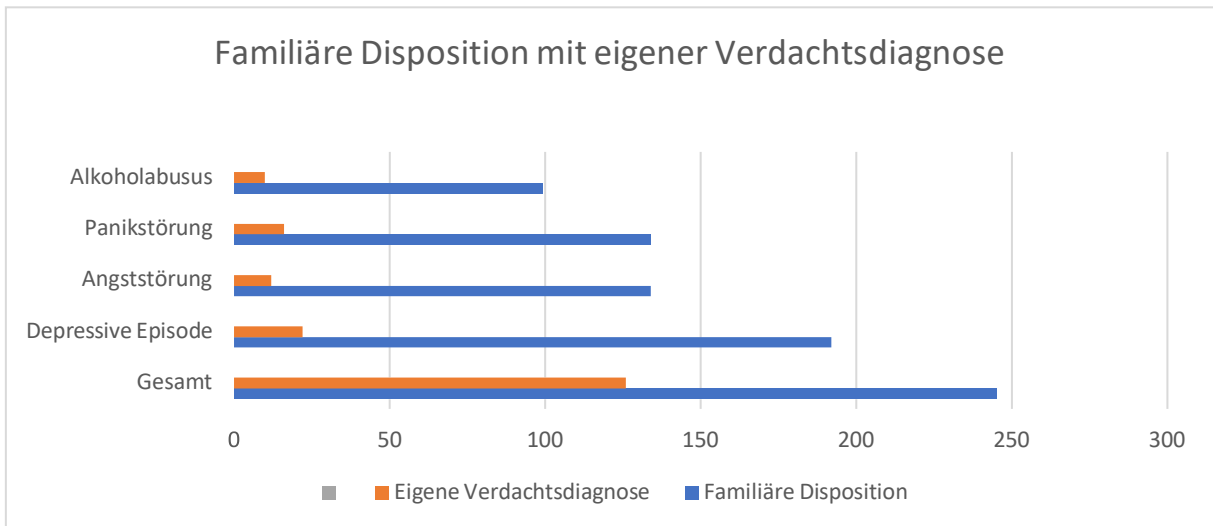
(Quelle: eigene Darstellung des Venn-Diagramms nach Micallef und Rodgers, 2014)

4.4 Familiäre Disposition

Bei 1162 befragten Patienten ergab die Frage nach bekannten erkrankten Familienmitgliedern eine familiäre Vorbelastung von insgesamt 245 Fällen. 108 konnten die Frage nicht verneinen und entschieden sich für Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“.

Häufigkeiten

Unter den mit „Ja“ antwortenden Patienten ist die Verteilung der möglichen familiären Dispositionen im Balkendiagramm veranschaulicht worden. Den größten Anteil der bekannten Erkrankungen in der Familie bildeten Depressionen und Angststörungen.



Darstellung 27: Familiäre Disposition und Überschneidung unserer Verdachtsdiagnosen

Nach dem Ergebnis von 245 möglichen Fällen von familiärem Vorkommen stellte sich die Frage, ob die betroffenen Personen selbst an dieser psychischen Erkrankung leiden könnten. Es war eine Anhäufung von einer familiären Vorbelastung in Kombination mit einer eigenen Verdachtsdiagnose festzustellen.

	Familiäre Disposition Gesamt	Eigene Verdachtsdiagnose	Kombination aus eigenem Verdacht und Disposition	Eigener Verdacht mit Disposition von Gesamt Verdachtsfällen in %	Chi-Quadrat Test
Depressive Episode	192	89	22	11,46	0,0364
Panikstörung	134	48	16	11,94	0,0230
Angststörung	134	60	12	8,96	0,0512
Alkoholabhängigkeit	99	51	10	10,10	0,0254

Tabelle 24: Familiäre Disposition und eigene Verdachtsdiagnose im Überblick

Depressionen

In Frage 19b nach familiärem Vorkommen haben 192 Probanden angekreuzt, dass Depressionen in ihrer Familie existieren. Von den 89 Verdachtsfällen auf eine Major Depression haben 22 Patienten ebenfalls ein an Depressionen vorerkranktes Familienmitglied.

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen P-Wert von 0,0364, daraus kann ein Zusammenhang zwischen einer familiären Vorbelastung und einer eigenen Erkrankungswahrscheinlichkeit auf Depressionen abgeleitet werden.

Angststörungen

Es haben 134 Probanden die Fragen zu Angsterkrankungen in der Verwandtschaft bejaht. Bei dieser Vorbelastung haben wir sowohl Angst- als auch Panikstörungen untersucht, da die Diagnosekriterien für Laien schwer differenzierbar sind.

Von 60 Patienten mit einem Verdacht auf eine Angststörung haben 12 Patienten die Frage nach anderen betroffenen Familienangehörigen positiv beantwortet. Hier war kein Hinweis auf einen Zusammenhang zu erkennen ($p=0,0512$). Bei den 48 Verdachtsfällen auf eine Panikstörung waren es 16 Betroffene mit einer familiären Vorbelastung. Hier ließ der P-Wert einen potenziellen Zusammenhang erkennen ($p=0,023$).

Alkoholabhängigkeit

Es haben 99 Probanden die Frage nach familiärer Disposition von Alkoholikerkrankungen positiv beantwortet. Davon haben 10 Patienten nach eigener Aussage auch eine familiäre Vorbelastung. Es ließ sich ein Zusammenhang zwischen einer Alkoholikerkrankung und erkrankten Familienangehörigen beschreiben ($p>=0,0254$).

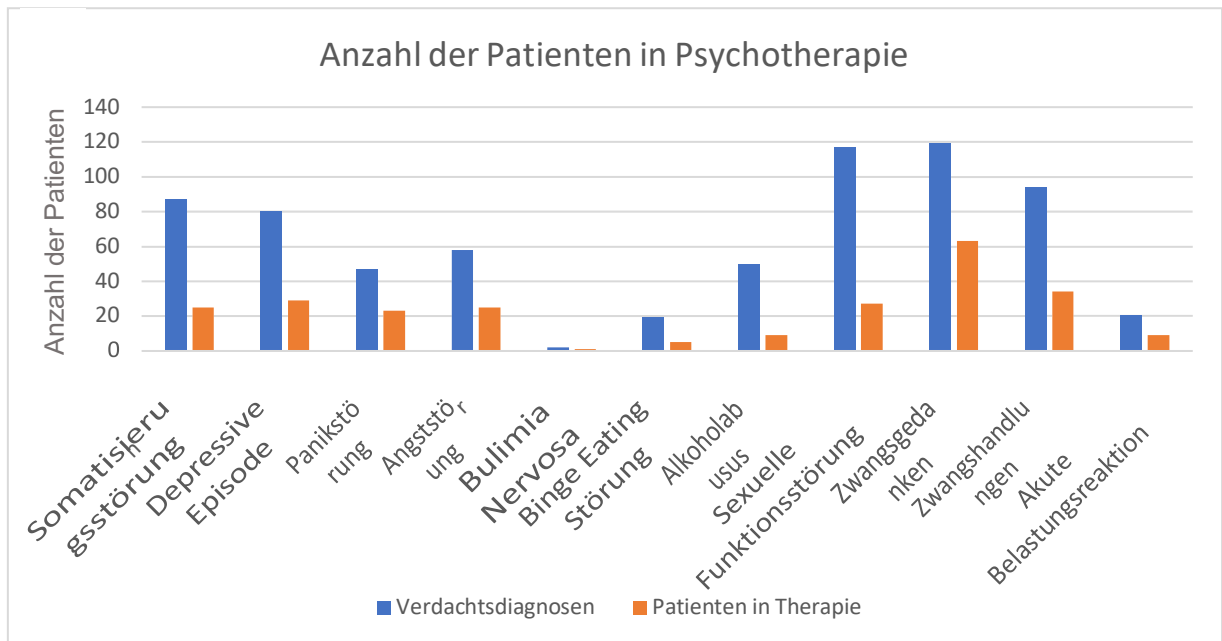
4.5 Therapie

Psychotherapie

Insgesamt hatten von 1248 ausgefüllten Fragebögen 450 Patienten den Verdacht auf eine psychische Erkrankung.

Anhand der von 1178 Patienten beantworteten Frage zu bereits bestehender Psychotherapie ergaben sich folgende Ergebnisse: Nach eigener Auskunft befanden sich 165 Betroffene bereits in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. Das entsprach 14,0% der untersuchten Gesamtpopulation.

Nun folgte in unserem Fragebogen die Frage nach dem Zusammenhang zwischen sich in Therapie befindlichen Patienten und positiv gescreenten Personen.



Darstellung 28: Verhältnis Verdachtsdiagnosen und bereits vorhandene Therapie

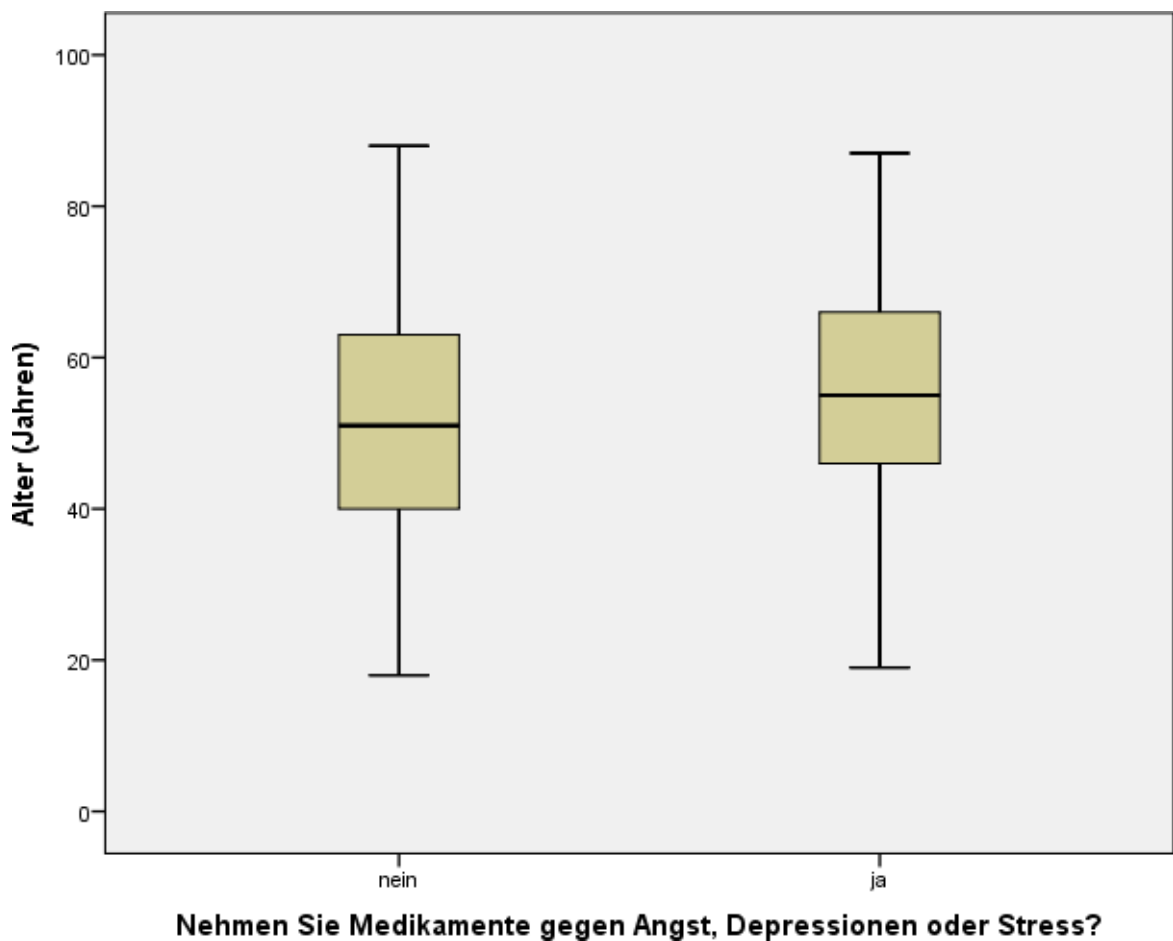
Übersicht von Patienten mit Verdacht auf eine Erkrankung die laut Selbstauskunft bereits eine Therapie hatten oder haben.

Der größte Anteil von Patienten, die therapeutisch angebunden sind, leiden unter Zwangsgedanken. Hier sind laut eigenen Angaben 63 von 119 Patienten (52,9%) betroffen. Bei der Verdachtsdiagnose auf eine akute Belastungsstörung sind ebenfalls 45,0% der Betroffenen in Therapie. Bei Patienten mit Angststörungen sind 43,1% und bei Verdachtsfällen auf eine Panikstörung sind es 48,9% die Hilfe erhalten.

Psychopharmakotherapie

Von 1042 Patienten wurde die Frage nach Medikamenteneinnahme gegen Angstzustände, Depressionen oder Stress beantwortet. Die Frage war allgemein formuliert, es wurde nicht nach den genauen medikamentös eingestellten Diagnosen gefragt. Die Frage nach der Einnahme von Medikamenten gegen Angst, Depressionen oder Stress beantworteten 148 Patienten mit „Ja“. Das entsprach 14,2% der Gesamtpopulation.

Alter (Jahren)

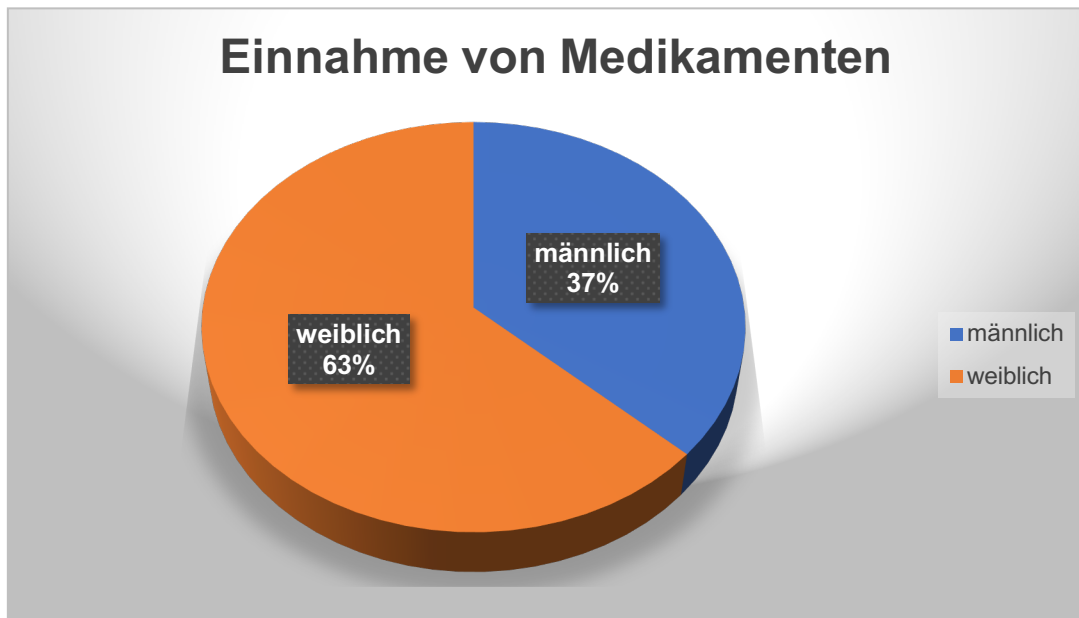


Darstellung 29: Altersverteilung bei Psychopharmakotherapie

Jene Patienten, die Medikamente einnehmen, waren im Durchschnitt älter als die Patienten, die nichts einnehmen. Der Mittelwert betrug 55,08 Jahre, die Spannweite betrug 68 Jahre (von 19 bis 87 Jahren). Der Altersdurchschnitt der Patienten, die laut eigener Aussage nichts einnehmen, lag bei 50,90 Jahren.

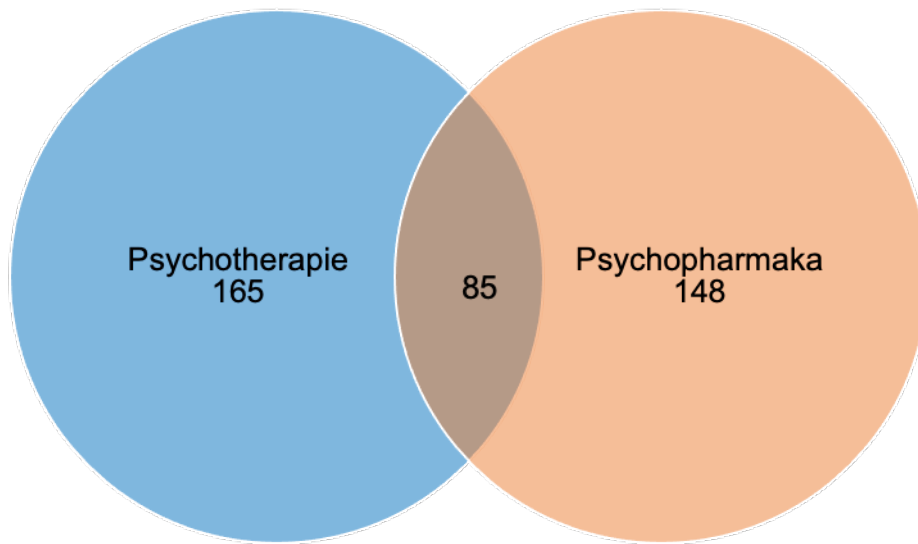
Geschlechterverteilung

Auffällig war, dass mehr Frauen (n=96) Medikamente gegen psychische Erkrankungen einnehmen als Männer (n=56). Einmal wurde keine Angabe zum Geschlecht gegeben.



Darstellung 30: Geschlechterverteilung bei Psychopharmakotherapie

Die Frage nach Kombinationstherapien aus Psychotherapie und Pharmakotherapie wurde in einer Kreuztabelle berechnet. Insgesamt haben 85 Patienten angegeben, sowohl eine Psychotherapie als auch eine medikamentöse Behandlung erhalten zu haben. Von 148 Patienten, die eine pharmakologische Monotherapie bekommen, waren laut eigener Aussage 63 Personen nicht in weiterer psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. Bei 165 Erkrankten, die in der Selbstauskunft von einer psychotherapeutischen Betreuung berichteten, nahmen 80 keine Medikamente. Es erhielten somit mehr Betroffene eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie als eine Monotherapie.



Darstellung 31: Vorkommen von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

5 Diskussion

Um einen Eindruck zu erhalten, wie verbreitet psychische Erkrankungen in einer Hausarztpopulation im Rhein-Lahn-Kreis sind, haben wir unseren PHQ-D und den Selbstscreening Prodromalfragebogen zusammengestellt, verteilt und ausgewertet. Bei einer Fallzahl von 1248 auswertbaren Fragebögen, ergab sich eine Prävalenz von 450 Patienten (36,1%) für eine mögliche psychische Erkrankung. Bei 267 (21,4%) Patienten bestand ein Verdacht auf genau eine Erkrankung.

Die 12-Monatsprävalenz einer psychischen Störung in der Allgemeinbevölkerung beträgt laut Gesundheitssurvey 2004 bei Frauen 25,3 % und bei Männern 37,0 %. Daraus ergibt sich ein Gesamtwert der Bevölkerung von 31,1%. Das Risiko einer zeitlebens auftretenden Erkrankung beträgt insgesamt sogar 42,6%. Die vier-Wochen-Prävalenz liegt bei Frauen bei 23,9% und bei Männern bei 15,8%. Der erste Ansprechpartner für die Mehrheit der Patienten ist in erster Linie der Hausarzt (Jacobi et al. 2004).

Somatisierungsstörungen

Der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung ergab sich bei 7,8% unserer Patienten. Die Verteilung der Geschlechter zeigte dreimal so viele betroffene Frauen (n=68) wie Männer (n=21). Das mittlere Alter in unseren Ergebnissen lag bei 49 Jahren.

Die Untersuchungsergebnisse von Jacobi et al., aus dem Jahre 1998 zeigten, dass 11% der Befragten in der Bevölkerungsstichprobe auffällig auf eine somatoforme Störung waren. Im Buch „Psychische Störungen heute“ von Volker Faust beschreibt er, dass die Auswertung der Testverfahren zu diesem Erkrankungsbild schwer interpretierbar ist. Zum einen ist bei den Patienten nicht geklärt, ob es eine echte somatische Ursache gibt und zum anderen ist die Differentialdiagnose zu einer anderen psychischen Störung schlecht abgrenzbar. Viele Betroffene haben den Wunsch nach Berentung; die Folgen stellen einen enormen Kostenfaktor dar. Anteilig gibt es unter dieser Patientengruppe noch eine entsprechend vermutete Anzahl an Simulanten, die schwer herauszufiltern sind (Faust o.J.). Der Versuch von Klement, psychische Komorbiditäten im Bezug zu Konsultationsdauer und Zufriedenheit im ärztlichen Gespräch in einer Hausarztpraxis zu untersuchen ergab, dass 90 von 208 Patienten Screening positiv waren.

Die Hälfte dieser detektierten Betroffenen (62,2%) haben Somatoforme Störungsbilder (Klement 2015).

Die Zahlen in der Literatur schwanken zwischen 20-50% bei internistischen und hausärztlichen Patienten (Goldberg 1980, Shapiro et al 1987). Die Strenge der Diagnosekriterien beeinflusst die Prävalenz und erklärt die unterschiedlichen Angaben im Ländervergleich z.B. mit den USA. Festgestellt werden kann, dass dieses Patientengut am häufigsten unser Gesundheitssystem beansprucht und ein Vielfaches an Kosten verursacht als durchschnittliche Patienten. Nicht nur die wegweisende Diagnostik und die zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung notwendigen Eingriffe sind kostspielig.

Das häufigere Auftreten dieser Erkrankung bei weiblichen Patienten war zu erwarten. Die späte Adoleszenz war der erwartete Zeitpunkt der Inzidenz. Die Verzögerung der Altersverteilung ist durch die oft spät gestellte Diagnose erklärbar. Das erstmalige Vorkommen von unterschiedlichen, schwer definierbaren somatischen Beschwerden im höheren Alter ist wahrscheinlicher ein Indiz für eine körperliche als für eine psychosomatische Erkrankung. Die Zahlen der Prävalenz für dieses Erkrankungsbild unterliegen größeren Schwankungen als jedes andere psychische Syndrom. Kulturelle Unterschiede, ständiges "Ärztchopping" oder der sekundäre Krankheitsgewinn erschweren die Diagnostik und Therapie. Unsere Zahlen in der Hausärzterpopulation lagen gesamt unter dem zu erwartendem Durchschnitt in der Bevölkerung. Unser cut-off Wert für den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung lag mit 29 sehr hoch und erfasste so nur die schweren Verdachtsfälle. Bei einem niedrigeren cut-off Wert wären die Ergebnisse näher an den schwankend hohen Zahlen in der Allgemeinbevölkerung. Unser Befragungskollektiv wurde nicht nach somatischen Vorerkrankungen befragt. Bei dem Verdacht auf ein somatoformes Erkrankungsbild konnte eine zugrundeliegende somatische Ursache für die angegebenen Symptome dadurch nicht verglichen werden.

Depressive Episoden

Unsere Ergebnisse ergaben insgesamt eine mögliche Prävalenz von 6,7 % einer Major Depression.

Die Verteilung der Geschlechter ergab im Rhein-Lahn-Kreis jedoch prozentual einen höheren Anteil an erkrankten Männern mit 6,9%, Frauen sind mit 6,5% vertreten. Das Durchschnittsalter unserer Patienten mit der Verdachtsdiagnose betrug 49,78 Jahre.

Der PHQ-D Gesundheitsfragebogen wird in der Literatur am häufigsten zu Studienzwecken zum Thema Depressionen verwendet. Die Kriteriumsvalidität ist reproduzierbar und durch mehrere Validierungsstudien belegt. Im Gesundheitssurvey von 1998/1999 ergab die Umfrage, dass 15% der Frauen und 8% der Männer an einer Depression leiden (Jacobi et al. 2004). In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) sind 8% der Frauen und 4,5% der Männer bundesweit betroffen. Dadurch errechnet sich ein ähnlicher Gesamtwert von 6,3% Erkrankten in Deutschland 2009. In „The PHQ-9 Validity of a brief Depression Severity Measure“ wird bei einem Score von >9 eine Sensitivität von 95% und eine Spezifität von 84% erzielt. Es wurden auch hier ca. 7% Betroffene mit Verdacht auf eine Major Depression entdeckt (Kroenke et al. 2001). Ein weiterer Versuch, Depressionen und Panikstörungen in der Primärversorgung mit Hilfe des PHQ aufzudecken ergibt Folgendes: Bei einer Fallzahl von 246 Patienten und einem weiblichen Kollektiv von 68%, sind 6,9% auffällig für eine Major Depression (8,4% weiblich/ 3,8% männlich). Die Sensitivität beträgt 88% und die Spezifität 62% bei Depressionen. Der wissenschaftliche Ansatz zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede bei Depressionen hat biologische und psychosoziale Ansätze. Frauen können Beschwerden besser wahrnehmen, sie äußern sich bereitwilliger zu ihren Emotionen und können besser Hilfe in Anspruch nehmen. Männer haben oft Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu beschreiben und schildern ihrem Hausarzt häufiger körperliche als psychische Beschwerden um das Thema Psyche zu umgehen (Riecher-Rössler und Bitzer 2005). Nur durch eine erschwerte Diagnosestellung müssen Männer jedoch nicht seltener an Depressionen erkrankt sein. Hormone spielen eine große Rolle bei der Entstehung von Depressionen und die unterschiedlichen Lebensphasen beispielsweise Schwangerschaften und Menopause können ebenfalls dazu beitragen, dass Frauen augenscheinlich häufiger betroffen sind (Riecher-Rössler 2012; Riecher-Rössler et al. 2006). Das 2009 gesetzte Gesundheitsziel des Bundes, Depressive Erkrankungen zu verhindern, früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln soll zur Optimierung der Prävention und Versorgung beitragen (Bermejo et al., 2009).

Das höchste Auftreten einer Depression ist allgemein in der Altersgruppe zwischen 45- bis 64-Jährigen zu finden. Abhängig vom sozialen Status ist bei Patienten in unteren Bildungsgruppen die Prävalenz in der Altersgruppe von 30-44-Jährigen schon deutlich erhöht (RKI 2012).

Unser Ergebnis mit einer prozentual höheren Anzahl von männlichen Betroffenen kann an der Methode der Diagnostik liegen. Die Hemmschwelle zum Beantworten von Fragen ist niedriger als psychische Empfindungen zu äußern. Des Weiterenspielt die männliche Klientel einer Hausarztpraxis eine Rolle. Die Hausarztpopulation ist ein vorab spezielles Patientenkollektiv mit vermehrt chronisch Kranken oder älteren Menschen. Weibliche Patienten haben zusätzlich die ärztliche Anlaufstelle beim Gynäkologen durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. Die Erwartung in einer Hausarztpopulation überdurchschnittlich viele Verdachtsfälle von depressiven Patienten zu finden, wurde nicht erfüllt. Der angewandte hohe cut-off Wert von 215 erfasst nur die schweren Fälle von Depressiven Episoden. Dadurch ist die Anzahl falsch positiv Erkrankter in der Statistik geringer, jedoch kann dadurch eine höhere Dunkelziffer an unerkannten Verdachtsfällen vorhanden sein.

Dadurch kann die Anzahl unserer männlichen Verdachtsfälle auch begründet werden. Unsere Zahlen bezogen auf die Prävalenz und den Altersdurchschnitt entsprachen den erwarteten Angaben der nationalen Ergebnisse.

Panikstörung

Bei der Panikstörung traten in unserer Hausärztespopulation 48 (4%) Verdachtsfälle auf. Dabei handelte es sich um 33 (4,7%) weibliche und 15 (2,8%) männliche Patienten. Damit gab es mehr als doppelt so viele betroffene Frauen. Das durchschnittliche Alter liegt bei 52,20 Jahren.

Eine Studie mit dem PHQ in der hausärztlichen Versorgung psychische Störungen herauszufiltern ergab, dass von 246 Patienten 3,7% einen Verdacht auf eine Panikstörungen haben. Von dem befragten Patientenkollektiv waren 68% Frauen, von den Befragten mit einer Verdachtsdiagnose waren 4,2% weiblich und 2,6 % männlich. Bei den Panikstörungen ist die Sensitivität 100% und die Spezifität 63% (Kroenke et al.,2001).

Im Gesundheitssurvey verhält es sich bei der Panikstörung ähnlich, 3,0% weibliche und 1,7% männliche Betroffene leiden an einer solchen Störung (Jacobi et al. 2004). Das mittlere Ersterkrankungsalter liegt zwischen 26-31 Jahren (RKI 2004).

Unsere Ergebnisse lagen im erwarteten Bereich bezüglich der Prävalenz und der Verteilung der Geschlechter. Die befragte Altersgruppe in der Literatur ist zwischen 18-65 Jahren alt. Unser höheres mittleres Alter ist dadurch erklärbar, dass unser Befragungskollektiv im Alter von 18-83 Jahren insgesamt höher war.

Generalisierte Angststörungen

In unseren Ergebnissen traten 5,1% Verdachtsfälle einer generalisierten Angststörung auf. Die Verteilung der Geschlechter war annähernd gleich verteilt mit 4,7% männlichen und 5% weiblichen Patienten. Das Durchschnittsalter lag bei 47,43 Jahren.

Im Gesundheitssurvey von 1998 wurde das Thema der Angststörungen unterteilt in die verschiedenen Erkrankungsbilder, die heute nach DSM-V charakterisiert sind. Die Zahlen besagen, dass insgesamt 3,1% der Befragten an einer generalisierten Angststörung leiden, davon sind doppelt so viele Frauen (2,1%) wie Männer (1%) betroffen. Mit dem Vorkommen psychischer Erkrankungen beschäftigte sich eine internationale Studie der WHO mit zwei korrespondierenden deutschen Städten (Mainz und Berlin). Es konnte evaluiert werden, dass Patienten mit einer generalisierten Angststörung oft zuerst ihren Hausarzt aufsuchen und die Untersuchung ergab, dass 7% der Patienten an einer generalisierten Angststörung litten. Damit bildet die Angststörung nach den Depressionen den größten Anteil an psychischen Erkrankungen in der Allgemeinmedizin. In der GAD-P Studie (Wittchen et al. 2001) wird die Annahme über die Häufigkeit bestätigt. Das mittlere Erkennungsalter einer Generalisierten Angststörung liegt bei 35 Jahren (RKI, 2004)

Den Einsatz eines Screening-Instrumentes, wie unserem Fragebogen, kann unter dem Aspekt zugeraten werden, um die bisher schlechten Erkennungsraten einer solchen Störung zu verbessern. Der höhere Altersdurchschnitt in unseren Ergebnissen lässt sich auf das vorselektierte Patientengut einer Hausärzterpopulation zurückführen. Ebenso die Häufung von männlichen Patienten mit dem Verdacht auf eine Angststörung.

Essstörungen

Bulimia Nervosa und Binge-Eating-Störung

Unsere Ergebnisse ergaben insgesamt eine Prävalenz von 0,2% für eine Bulimia Nervosa mit einer 50/50 Verteilung. Das Durchschnittsalter lag bei 35,5 Jahren.

Die Zahlen für eine Binge-Eating-Störung hingegen lagen bei 1,1%. Hierbei handelte es sich um 10 männliche (1,9%) und 9 weibliche (1,3%) Patienten. Hier lag das durchschnittliche Alter bei 41,89 Jahren.

Die Thematik der Essstörungen bildete einen kleinen Kreis der Betroffenen und in unseren Ergebnissen die kleinste Personengruppe.

Eine Studie zu „Psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung“ von Jacobi et al ergab, dass allgemein 1,4% Frauen und 0,5% Männer in Deutschland an einer diagnostizierten Essstörung leiden. Bulimia Nervosa kommt bei 0,3% der weiblichen und 0,1% der männlichen Betroffenen vor. An einer Binge-Eating-Störung leiden nur 0,1% der Männer und 0,1% der Frauen (Jacobi et al, 2013). Eine Theorie ist das vielleicht vermehrte Vorkommen von ungesundem Lebensstil und Übergewicht in der Landbevölkerung (Moebus et al. 2008). Gemessen an einer vergleichbaren Klientel, suchen essgestörte Patienten vier bis fünfmal häufiger ihren Hausarzt auf, jedoch ohne ihr eigentliches Problem anzusprechen (Hoek 1991). Typisch für dieses Patientenkollektiv ist das Verschieben von anderen Symptomen und die Thematisierung von möglichen Ursachen, die auf andere Erkrankungen hindeuten (Paur 2002). Allgemein kann man von einer großen Dunkelziffer ausgehen, da der Anteil an unter 18-jährigen Patienten nicht außer Acht gelassen werden sollte. Viele Betroffene sind an einer Mischform erkrankt und keinem präzisen Krankheitsbild zuordenbar (Swanson et al, 2011).

Die Verdachtsfälle von Bulimia nervosa fielen sehr gering aus, jedoch entsprachen sie annähernd den Zahlen in der Literatur. Da die Binge-Eating-Störung erst vor wenigen Jahren als solche definiert wurde gibt es wenige Daten. Die Fallzahlen der Binge-Eating-Störung waren in unserer Population untypisch verteilt. Die fast hälftige Aufteilung von männlichen und weiblichen Patienten entsprach nicht der erwartenden Anzahl. Das häufigere Auftreten bei Frauen war zu erwarten.

Generell kann man sich auch hier fragen, ob es an der Charakteristik der Hausärzterpopulation lag, die durchschnittlich kränker und älter ist und Übergewicht im Zusammenhang mit Folgeerkrankungen und chronischen Erkrankungen wie Diabetes stand.

Der Altersdurchschnitt unserer Gesamtpopulation war vor allem bei der Thematik von Essstörungen kritisch zu betrachten. Der Altersdurchschnitt von Patienten lag bei dieser psychischen Störung zwischen 12-35 Jahren. Unsere Befragung schloss lediglich Patienten über 18 Jahren ein, was einen wichtigen Anteil an Patienten dieser potentiell betroffenen Gruppe ausschloss. Die Anzahl junger somatisch gesunder Patienten war in der Minderheit.

Alkoholabusus

Unsere Zahlen ergaben 51 (4,1%) Patienten mit dem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit. Davon waren 14 weiblich und 37 männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 46,59 Jahren.

Die Prävalenz für einen Substanzmissbrauch mit Alkohol liegt bei einer 12-Monatsprävalenz bei 3,5-4,8% laut Bundesgesundheitsurvey von 1998. Laut den Ergebnissen von 2004 liegt das Vorkommen einer Alkoholabhängigkeit bei 2,5- 3,6%.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Erkrankung konnte, bezogen auf die Verdachtsdiagnose Alkoholabhängigkeit, bestätigt werden. Von den 51 Fällen mit V.a. Alkoholmissbrauch waren 72,5 Prozent männlich. Die Prävalenz entsprach der zu erwartenden Angabe in der Literatur. Die Tatsache, dass es sich bei dem befragten Rhein-Lahn-Kreis um ein Weinanbaugebiet handelt, ließ die Vermutung jedoch offen, dass der alltägliche Umgang mit Alkohol weit über dem täglich definierten Maximum liegen könnte. Die Dunkelziffer von Personen mit einem deutlich erhöhten Konsum von Alkohol wäre wesentlich höher anzusetzen.

Sexuelle Funktionsstörung

Bei den Verdachtsdiagnosen ergaben unsere Ergebnisse eine 9,7-prozentige Prävalenz auf Sexuelle Funktionsstörung. Zurückzuführen lässt sich diese Angabe rein auf die Frage 12c im PHQ-D: „Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr?“. Von den Betroffenen waren 62 Patienten männlich und 59 Patienten weiblich. Das durchschnittliche Alter lag bei 57,76 Jahren.

Studien ergeben, dass durchschnittlich 10% der Männer und 11% der Frauen einen entsprechenden Leidensdruck haben und klinisch relevant beeinträchtigt sind. Die 12-Monatsprävalenz beschreibt jedoch Zahlen zwischen 40-50% für sexuelle Dysfunktion (Mitchel et al. 2013). Auch nicht medikamentös eingestellte Patienten, die an einer depressiven Episode leiden, haben mit bis zu 30-50 % eine Störung des Sexuellen Verlangens (Schäfer 2007).

Diskutieren lässt sich, inwieweit die einzelne Frage zu dieser sensiblen Thematik eine Aussage zulässt. Nicht abzugrenzen sind Patienten, die somatische Ursachen für eine sexuelle Dysfunktion haben oder bei denen es sich z.B. um Medikamentennebenwirkungen handelt.

Zwangserkrankungen

Um den Themenkomplex der Zwangserkrankungen in unserem Gesundheitsfragebogen mit abzudecken haben wir ihn um zwei Fragen zum Thema Zwangsgedanken und Zwangshandlungen ergänzt (Frage 13 und 14). In unserem Patientenkollektiv wiesen 8,4 % der Patienten eine Auffälligkeit bezüglich der Einzelfrage zu Zwangshandlungen auf. Die Verteilung der Geschlechter war verhältnismäßig gleich mit 54% weiblichen und 46% männlichen Betroffenen. Das durchschnittliche Alter bei dieser Verdachtsdiagnose betrug 45,80 Jahre.

Bei den Zwangsgedanken ergab die Erhebung überdurchschnittlich hohe Zahlen; 18,6% der Befragten gaben an, an unsinnigen, immer wiederkehrenden Gedanken zu leiden. Die Verteilung lieferte hier einen größeren Anteil weiblicher Betroffener mit 61%. Das Durchschnittsalter dieser Verdachtsdiagnose lag bei 49,36 Jahren.

Im Allgemeinen ist das Auftreten von ausschließlichen Zwangsgedanken oder isolierten Zwangshandlungen selten und in der Regel kommen Mischformen beider Symptombereiche (ICD-10: F42.2) vor. Die angegebene Ein-Jahresprävalenz von Zwangserkrankungen liegt bei 3,8%. Anteilig ist die Verteilung auf die Geschlechter 4,2% Frauen und 3,5% Männer (Wittchen und Jacobi 2012). Die zu erwartende Altersverteilung einer Zwangserkrankung beinhaltet einen Peak um das zwanzigste Lebensjahr. Durch die häufig spät gestellte Diagnose kommt es in den folgenden Jahren ebenfalls zu einer höheren Inzidenz. Im Anschluss gibt es ähnlich verteilte Häufigkeiten, da ein besonderes Ereignis eine Zwangserkrankung auch im späteren Verlauf auslösen kann (Toro et al. 1992; Rasmussen und Eisen 1992).

Um die Sensitivität in diesem Fall zu erhöhen, haben wir uns die Zahlen erneut kombiniert angesehen. Wenn beide Fragen mit „Ja“ beantwortet wurden, haben wir die Verdachtsdiagnose einer Zwangserkrankung gestellt. Zwangserkrankungen als Gesamtheit kamen danach nur 46-mal in unserer Gesamtpopulation vor, dies entsprach 3,7% der gesamten Befragten. Diese Prävalenz war vergleichbar mit den Angaben in der Literatur.

Akute Belastungsstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung

Frage 12j nach schrecklichen Ereignissen wie körperlicher Gewalt oder sexuellen Handlungen unter Zwang wurde von 1,7% unserer Befragten bejaht. Es handelte sich um 16 Frauen und 5 Männer, die diese Frage positiv beantwortet haben. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen war das Niedrigste mit 44,05 Jahren.

Die 12-Monatsprävalenz liegt bei 2,3% (Maercker et al. 2008). Die Lebenszeitprävalenz, an einer akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, liegt in Deutschland bei 1,5-2%. Unsere Ergebnisse waren somit im erwarteten Prävalenzbereich. Interessant sind die deutlichen Unterschiede im Ländervergleich. Die Hauptauslöser einer PTBS sind Vergewaltigung, Krieg, Folter und Gewaltverbrechen. Auch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Unfallfolgen können ein Grund sein (S3-Leitlinie PTBS 2011). Letzteres ist in Deutschland (Flüchtlinge ausgenommen) die häufigste Ursache. Gerade durch Vertreibung, Krieg und ähnliches lässt sich der Länderunterschied erklären. Die Lebenszeitprävalenz in den USA liegt nach Studien bei 7,8% für PTBS (Kessler et al. 1995).

Eine akute Belastungsreaktion kann zu jedem Zeitpunkt im Leben durch ein unvorhersehbares Ereignis auftreten, tendenziell betrifft es trotzdem eher jüngere Patienten. Die erreichte Anzahl von Verdachtsdiagnosen und das jüngste Durchschnittsalter unserer Befragung waren plausibel. Bezogen auf das Geschlecht, kann man davon ausgehen, dass Soldaten die medizinischen Einrichtungen der Bundeswehr aufsuchen. Die hohe Anzahl von weiblichen Betroffenen könnte durch die demographische Zusammensetzung der Hausarztpopulation erklärt werden.

Komorbiditäten

In der Literatur sind vielzählige Studien zu finden, die sich mit dem PHQ und den dadurch aufdeckbaren psychischen Erkrankungsbildern beschäftigen. Vor allem die Thematik der Komorbiditäten scheint ein besonderes Interesse zu wecken. Alle im Fragebogen behandelten Erkrankungsbilder wurden bezüglich eines Zusammenhangs miteinander überprüft.

Die Verteilung der Verdachtsfälle der SAD Triade (Seasonal affective disorder), einer Kombination aus Angststörung, Depression und Somatisierungsstörung, zeigte in unseren Ergebnissen einen Zusammenhang. Vor allem die Überschneidung von Angststörungen und einer Major Depression waren deutlich. 50 % der Patienten mit der Verdachtsdiagnose einer Angststörung waren auch bei den Fragen zur Major Depression auffällig, umgekehrt waren es 36,1 % der Patienten mit V.a. eine Major Depression, die auch eine mögliche Angststörung aufwiesen. Ebenso waren die Verdachtsfälle der Komorbiditäten zwischen Angststörungen bzw. einer Major Depression und Somatisierungsstörungen mit 21,1%-31,7% deutlich. Da unsere Prävalenz von Somatisierungsstörungen jedoch seltener als zu erwarten war, lassen sich die niedrigeren Werte beim Auftritt von Komorbiditäten auch an dieser Stelle erklären.

Bei dem Verdacht auf eine Panikstörung haben 52,1% auch einen V.a. eine Depressive Episode. Einen Zusammenhang gab es auch zu Zwangsgedanken, die bei 50% der Patienten kombiniert vorkommen. Somatisierungsstörungen kamen bei 37,5% ebenfalls vor. Bei den Patienten mit Panikstörungen haben 29,2% auch eine Auffälligkeit bei einer Angststörung. Umgekehrt haben 23,3% der Verdachtsfälle auf eine Angststörung auch einen Verdacht auf eine Panikstörung.

Bei 38,3% der Patienten mit einer Angststörung war die Frage nach einer Sexuellen Funktionsstörung ebenfalls auffällig. Den deutlichsten Zusammenhang konnte man bei dem Verdacht auf Zwangsgedanken feststellen hier waren 60% der Patienten mit einer möglichen Angststörung auch betroffen.

Die Zahl der Patienten mit einer Bulimia Nervosa sind zu niedrig, um einen Zusammenhang zu einem anderen Störungsbild aufzuzeigen. Bei der Binge-Eating-Störung gab es bei den 19 Patienten einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Verdachtsfällen auf eine Somatisierungsstörung und es gab 4 Patienten mit der gleichzeitigen Verdachtsdiagnose auf eine Alkoholabhängigkeit.

Im Hinblick auf eine Alkoholabhängigkeit wurde vermehrt die Existenz einer Zweiterkrankung beschrieben. Angststörungen oder Depressionen spielten hier als primäre oder sekundäre Komorbidität häufig eine Rolle. Diesbezüglich konnten unsere Ergebnisse keinen Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von Alkoholabhängigkeit und bestimmten Komorbiditäten bestätigen. Auffallend überschätzt wurde der Zusammenhang zwischen der vorliegenden Komorbidität einer Alkoholabhängigkeit und einer Depression. In unserer Chi-Quadrat-Testung ergab sich kein Zusammenhang (p -Wert=1) zwischen beiden Erkrankungen, es zeigten nur 5,88% der Verdachtsfälle auf Alkoholabusus zusätzlich depressive Symptome auf und umgekehrt haben nur 3,4% der Patienten mit Verdacht auf eine Major Depression eine Auffälligkeit beim Alkoholkonsum. Die häufigen Komorbiditäten bei Alkoholkranken mit Angst- und Panikstörungen oder Somatisierungsstörungen konnten ebenfalls nicht bestätigt werden. Das Auftreten der jeweiligen Kombinationen schien unabhängig voneinander zu sein.

Bei den Sexuellen Funktionsstörungen war ein Zusammenhang zwischen Somatisierungsstörungen, schwerer Depressiver Episode, Angst- und Zwangsstörungen festzustellen. Von den 122 Verdachtsfällen hatten 27,9% ebenfalls den Verdacht auf Zwangsgedanken und 20,5% von ihnen eine mögliche Somatisierungsstörung.

Bei den Zwangserkrankungen gab es viele Verdachtsfälle. 197 Patienten mit V.a. Zwangsgedanken und 96 Patienten mit V.a. Zwangshandlungen. Insgesamt konnte bei allen anderen Störungsbildern im Vergleich ein Zusammenhang festgestellt werden, außer in der Kombination mit Essstörungen. Die größte Überschneidung hatten Patienten mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (23,5%).

Bei 18,4% der Patienten trat in der Kombination der Verdacht auf eine Angststörung und ebenfalls bei 18,4% die Kombination mit einer Somatisierungsstörung auf. Bei 17,9% der Patienten mit V.a. Zwangsgedanken gab es eine Komorbidität mit einer Depressiven Episode.

Die akute Belastungsreaktion trat 21-mal in unserem Befragungskollektiv auf. Einen Zusammenhang konnte man bei der möglichen Komorbidität mit Zwangserkrankungen feststellen. Es haben 61,9% der Patienten einen V.a. Zwangshandlungen und 52,4% gleichzeitig einen V.a. Zwangsgedanken. Eine Kombination mit der Verdachtsdiagnose Angststörung haben 19% der Patienten mit dem V.a. eine akute Belastungsreaktion.

Gerade bei den Angststörungen treten gehäuft Komorbiditäten auf. Nach der Bundesgesundheitsstudie von 1998 sind 31% der Patienten mit einer depressiven Episode, 25 % mit einer Somatoformen Erkrankung und 10% bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit auch an einer allgemeinen Angststörung erkrankt. Konkret bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung ergeben sich Zahlen für eine sekundäre Komorbidität mit einer Depression (71%), Somatoformen Störungen (48%) und Alkoholabusus (9%). Bei der Panikstörung sind 52% auch an einer Depression, 37% an einer Somatisierungsstörung und 16% an Alkoholismus erkrankt. Diese Zahlen zeigen eine höhere Prävalenz für kombinierte psychische Erkrankungen (Wittchen et al. 1999).

Die Entwicklung einer Angststörung ist im Hinblick auf ihre chronischen Verläufe und die zusätzlich auftretenden Komorbiditäten wichtiger als angenommen (Wittchen et al. 2000). In der Studie „Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment“ ergaben die Ergebnisse bei einem score ≥ 15 , dass 6,6% Patienten positiv auf Depressionen, 8% auf Angststörungen und 9,5% auf Somatisierungsstörungen getestet wurden. Interessant ist, dass jedes einzelne Syndrom häufiger in Kombination mit einem der beiden anderen Erkrankungen vorkommt, als isoliert. So ergaben die Berechnungen, dass 75% der Depressiven, 57% der Angstpatienten und 54% der Patienten mit Somatisierungsstörungen eine oder mehrere Komorbiditäten aufweisen. Der Ansatz für die Theorie, dass sich die unterschiedlichen Syndrome als Risikofaktoren für die Entstehung einer anderen psychischen Erkrankung verhalten, ist naheliegend und wird wiederholt diskutiert (Löwe et al. 2008a).

Für die maßgebliche Überschneidung der Krankheitsbilder Depressionen, Somatisierungsstörungen und Angststörungen gibt es verschiedene Erklärungsansätze:

Erstens haben diese Erkrankungsbilder teilweise ähnliche, sich überschneidende Diagnosekriterien, die die Wahrscheinlichkeit eines gemeinsamen Auftretens erhöhen. Zweitens scheint eine Erkrankung ein potenzieller Risikofaktor für die Entstehung einer jeweils anderen Erkrankung zu sein. Beispielsweise ist eine bestehende primäre Angststörung ein Risikofaktor für die Entwicklung einer sekundären Depression. Als letzter Punkt ist die psychosoziale und neurobiologische Diathese erwähnenswert. Es gibt Hinweise darauf, dass viele Erscheinungen einer somatoformen Störung durch die Anhäufung verschiedener Ausprägungen oder untypischer Manifestationen in einem ursprünglich anderen psychiatrischen Syndrom begründet sind. Daraus könnte man schließen, dass die drei Erkrankungsformen Depressionen, Somatisierungsstörungen und Angststörungen nur verschiedene Ausprägungen oder Symptomverläufe einer übergeordneten Erkrankung sind. In der Literatur gibt es Ansätze zur Definierung eines „negativ affect syndroms“ (Andrews 1990) oder einem „general neurotic syndrom“ (Barlow et al. 2004).

Die generalisierte Angststörung bildet mit 5,3% den Hauptanteil unter den diagnostizierten Angststörungen. Bei einem Drittel kann zusätzlich eine Komorbidität mit einer depressiven Erkrankung festgestellt werden. Die Erkennungsrate einer Generalisierten Angststörung liegt nach Wittchen et al. (2001) mit 34,4% deutlich hinter der Erkennungsrate für Depressionen mit 64,3%. In der Literatur wird eine Prävalenz von 30-60% der Alkoholiker mit zusätzlich depressiven Symptomen angegeben (Keeler et al. 1979). Unterscheiden lassen sich primär vorhandene depressive Symptome (2-12%) von sekundär hinzukommenden depressiven Symptomen bei Alkoholkranken (12-51%) (Cadoret und Winokur, 1974; Fowler et al. 1980; Halikas et al. 1981; Robins et al. 1977; Woodruff et al. 1973). Ein Unterschied in der Geschlechterverteilung macht deutlich, dass Frauen häufiger an einer Depression und Männer häufiger an Alkoholismus erkranken und sich die primäre beziehungsweise sekundäre Komorbidität dem entsprechend in der Verteilung verhält (Bromet et al, 1990).

Da die Diagnostik in der Psychiatrie auf Grund einer Symptombeschreibung erfolgte und nicht auf nachweisbaren Pathophysiologien basierte, ist die Vermengung verschiedener Störungsbilder möglich. Es bestanden mehrere Diagnosen in verschiedenen Störungsbereichen.

Je höher die Symptomlast war umso mehr mögliche Diagnosen könnten gestellt worden sein, dabei kann es sich sowohl um einzelne Erkrankungsbilder handeln als auch um eine Kombination aus verschiedenen Störungen. Insoweit sind Komorbiditäten auch ein Artefakt des Diagnosesystems.

Bestätigen konnten wir das gehäufte Vorkommen von der SAD Triade. Ebenfalls waren die Kombination aus Zwangserkrankungen und Depressionen, Somatisierungs- und Angststörungen feststellbar. Eine zu erwartende Kombination aus Ängsten bei einer akuten Belastungsreaktion und einer schweren Depressiven Episode wurde bestätigt. Das vermehrte Auftreten einer Zwangshandlung mit Zwangsgedanken wurde festgestellt. Ebenfalls die häufigere Kombination aus Angst- und Panikstörungen.

Das Vorkommen von Komorbiditäten zwischen einer Alkoholabhängigkeit und Depressionen oder Angsterkrankungen wurde nicht bestätigt.

Das Diagnostizieren eventuell bestehender Komorbiditäten könnte das Nichtansprechen eines Behandlungsansatzes erklären und die Umstellung auf eine adäquate Therapie ermöglichen.

Die Funktionalität des PHQ- Fragebogens ist durch das vermehrte Auftreten verschiedener psychiatrischer Erkrankungsbilder und seiner Funktion als variabel kombinierbares Screeninginstrument in der Primärversorgung nicht eingeschränkt. Die weitere präzisere Evaluation der Thematik muss jedoch durch das ärztliche Gespräch erfolgen.

Familiäre Disposition

In der Frage nach familiärer Vorbelastung wurde gezielt nach den drei Erkrankungsbildern Depressionen, Angststörungen und Alkoholabhängigkeit gefragt. Die Testung auf einen Zusammenhang zwischen kranken Familienangehörigen und einer eigenen Verdachtsdiagnose ergab, dass es Hinweise auf einen Zusammenhang gibt. Im Schnitt hatten alle Erkrankungen ähnliche Werte, jeweils um ca. 10%. Von 192 Personen mit depressiven Familienangehörigen waren 11,5% im Test selbst auffällig auf eine schwere Depressive Episode. Bei Alkoholabhängigkeit waren es 10,1%.

Bei der Frage nach familiären Angststörungen haben wir sowohl Angst als auch Panikstörungen betrachtet, hier haben 9% auch einen Verdacht auf eine Angststörung und 11,9% eine Verdachtsdiagnose auf eine Panikstörung.

Von 51 Verdachtsfällen von Alkoholabhängigkeit gaben zehn Patienten (19,6%) an, ein erkranktes Familienmitglied zu haben. Bei den Angsterkrankungen waren 20% mit V.a. eine Angststörung und sogar 33,3% mit V.a. eine Panikstörung familiär vorbelastet.

Eine genetische Vorbelastung trägt nach dem heutigen Kenntnisstand wesentlich zur Entstehung von psychischen Erkrankungen bei. Das Einwirken von zahlreichen Umweltfaktoren, gemeinsam mit erblichen Komponenten ist zentraler Bestandteil der Forschung in Gen-Umwelt-Interaktionsstudien. Ergänzt werden diese Forschungsansätze um die psychosozialen Einflüsse, in der eine sogenannte „Famillialität“ diskutiert wird. Die Summe aus familiären Umwelteinflüssen, genetischen Faktoren und neurobiologischen Störungen scheinen das Risiko einer Erkrankungsentstehung gemeinsam zu beeinflussen. In Familienstudien wird das Risiko von Angehörigen betroffener und nichtbetroffener Familien verglichen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben Verwandte von Depressiven ein drei- bis fünffach erhöhtes Risiko selbst an einer depressiven Episode zu erkranken (Farmer et al. 2005; Weissman et al. 2005, 2006). Familienangehörige ersten Grades haben ein 15-prozentiges Risiko selbst zu erkranken. Bei eineiigen Zwillingsstudien steigt das Risiko, dass beide Zwillinge an einer Depression leiden auf 50%. Nachkommen eines Alkoholikers haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko auf eine eigene Alkoholabhängigkeit (Kendler et al. 2015). In Familienstudien kann ebenfalls ein drei- bis fünffach erhöhtes Aufkommen von Panikstörungen bei Angehörigen ersten Grades festgestellt werden, als in der gesunden Vergleichsgruppe. Familiäre Formen der Erkrankung sind jedoch im Vergleich selten (Maier et al. 1993). Bei der generalisierten Angststörung und den spezifischen Phobien ist auch eine erhöhte Disposition zu beobachten (Hettemar et al. 2001).

Aufgrund der Ergebnisse wurde erkennbar, dass häufig mehrere Antwortmöglichkeiten gewählt wurden und die insgesamt 508 bestätigten familiären Vorerkrankungen auf die fünf Antworten bezogen durch Mehrfachnennungen entstanden sind. Erklärbar wären hier sowohl mehrere erkrankte Familienmitglieder als auch ein Angehöriger mit mehreren Erkrankungen.

Die unterschiedlich beantwortete Häufigkeit ist durch das Verneinen der allgemeinen Frage 19 entstanden, wenn anschließend trotzdem eine Beantwortung der Unterpunkte folgte.

Es gibt Anhaltspunkte für genetische Risikofaktoren zur Entstehung verschiedener psychischer Erkrankungen. Die Aussagekraft unserer aufgetretenen Übereinstimmungen familiärer Vorbelastung und einer eigenen Erkrankung, konnte ohne eine weitere Evaluation nicht abschließend beurteilt werden. Verschiedene Einflüsse wurden nicht berücksichtigt. Wusste der Proband vielleicht nicht, dass andere Familienmitglieder krank sind; war das Schamgefühl ein Hinderungsgrund für eine ehrliche Beantwortung der Frage? Vielleicht wurden Verhaltensmuster vor allem bei Kindern falsch gedeutet und hinter einem Aufmerksamkeitsdefizit steckte eine kindliche Depression? Das bedeutet, dass auch bezüglich einer Familienanamnese vorzugsweise ein ärztliches Gespräch angeschlossen werden sollte, um Unklarheiten oder Details besser zu verstehen und das Wissen, um die Gesamtsituation mit einbeziehen zu können.

Therapie

Unsere Umfrage ergab, dass 14,0% (n=165) der Patienten mit einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose in Psychotherapie waren. Eine Pharmakotherapie erhielten laut eigener Aussage 14,9% (n=153) unseres Patientenkollektives mit Verdachtsdiagnosen. Eine Kombination aus Psychotherapie und der Einnahme von Medikamenten kam bei 85 Patienten vor.

In der PRIME MD Studie von Spitzer 1999 war auffällig, dass die weitere Betreuung durch die geforderten Verlaufskontrollfragen verbessert wurde. Es entsteht hierbei der Eindruck, dass Patienten, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Diagnose gestellt bekommen haben, eine weniger adäquate Versorgung erfahren als jene, die eine neue Diagnose des jeweilig behandelnden Arztes gestellt bekommen. Erstaunlich ist die Beobachtung, dass von den durch Screening erkannten betroffenen Patienten nur 32% durch ihren Arzt eine Behandlungsstrategie angeboten bekommen haben. Eine follow-up Betreuung bekommen nur 16% und Psychotherapie und Psychopharmaka erhalten nur 3% der Erkrankten (Spitzer et al. 1999).

Die Hälfte der Patienten mit einer diagnostizierten Depression ist nur in hausärztlicher Behandlung. Einige bekommen von ihrem Hausarzt Psychopharmaka verschrieben, doch die wenigsten erhalten eine Psychotherapie oder sogar die Kombination aus psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung, die laut Leitlinie vorgeschlagen wird (BPtK 2006b). Statistisch gesehen erhält jeder 25. Patient sowohl hausärztliche als auch psychotherapeutische Betreuung. Laut einer Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zeigten sich ähnliche Werte: 37,2 Prozent der Patienten mit hausärztlicher Depressionsdiagnose erhalten zusätzlich eine fachärztliche Behandlung. 25,4 Prozent wird ein Antidepressivum verschrieben und 36,9 Prozent erhalten keine weitere Therapie (Ultes-Kaiser, 2010).

Bei der Bewertung der hiesigen Ergebnisse ist zu beachten, dass Patienten nicht nur von verschreibungspflichtigen Präparaten gesprochen haben, sondern jedes homöopathische Mittel, Schlafmittel oder freiverkäufliche Medikament ebenso in die Antwort miteingerechnet wurde, wie rezeptpflichtige Antidepressiva oder andere Psychopharmaka. Unklar war der zeitliche und kausale Zusammenhang zwischen der Einnahme von Medikamenten und der psychotherapeutischen Betreuung, beispielsweise ob beides zur gleichen Zeit oder auf Grund unterschiedlicher Diagnosen verschrieben wurde. Es könnte jemand in unserem Ergebnis einen Verdacht auf eine andere Erkrankung gehabt haben als die Diagnose, die zur Psychotherapie geführt hat. Des Weiteren ist zu beachten, dass es Patienten geben könnte, die durch die erfolgreiche Einstellung ihrer Medikation oder einer Therapie in der Beantwortung des Fragebogens nicht mehr aufgefallen sind.

Die Stärken unserer Arbeit waren der kurze Erhebungszeitraum und die große Anzahl von Patienten, die befragt wurden. Dadurch besteht kein Risiko eines Kohorteneffektes. Der verwendete Fragebogen ist ein validiertes Screeninginstrument, sodass grundsätzlich die Validität der Ergebnisse vorliegt.

Die kooperierenden Praxen wurden über einen langjährigen Qualitätszirkel rekrutiert. Die teilnehmenden Ärzte haben die Studie inhaltlich gut durchdrungen, sodass alle Patienten in den Praxen ermutigt wurden teilzunehmen, unabhängig von der vom Hausarzt vermuteten psychiatrischen Vorbelastung. Außerdem kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass ein Verzerrungseffekt aufgrund einer Vorauswahl psychisch vorbelasteter Patienten besteht.

Eine Schwäche der Arbeit ist, dass es keine Information dazu gab, wie vielen Patienten die Teilnahme angeboten wurde. Dadurch kann die Teilnahme von Patienten nicht in Prozent angegeben werden. Insoweit besteht zumindest eine Unschärfe bezüglich der Repräsentativität der erhobenen Daten und der Übertragbarkeit auf Hausarzt-Patienten im Allgemeinen. Die Übertragbarkeit besteht ansonsten auch dadurch eingeschränkt, dass die Erhebung im ländlichen Rhein-Lahn-Kreis stattgefunden hat und städtische Patienten dadurch nicht berücksichtigt werden. Aufgrund des Settings war die zu erhebende Datenmenge und der Umfang des Fragebogens begrenzt. Auch konnten keine sozialen Aspekte erhoben werden. Eine Follow-up Erhebung wäre zur Validierung der Ergebnisse wünschenswert gewesen.

Die Studie demonstriert eindrucksvoll, dass Hausarzt-Patienten eine relevante psychiatrische Morbidität aufweisen, die in der Hälfte der Fälle im primären Arztbereich nicht bekannt ist (Arolt 2014, Wittchen 2002). Insoweit bestätigt die Studie die Sinnhaftigkeit Anstrengungen zu unternehmen, die psychiatrische Diagnostik und Therapie für hausärztliche Patienten zu verbessern.

6 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in einer Stichprobe bestehend aus unselektierten Hausarztpatienten zu erheben. Hintergrund ist der Umstand, dass die meisten psychisch auffälligen Patienten in Deutschland vorwiegend hausärztlich betreut werden und dass gleichwohl eine hohe Dunkelziffer undiagnostizierter und unbehandelter psychisch kranker Patienten in der Population der Hausarztpatienten vermutet wird.

Zu diesem Zweck wurden Hausärzte eines hausärztlichen Qualitätszirkels im Rhein-Lahn-Kreis angesprochen und von August 2009 bis März 2010 ein Gesundheitsfragebogen von Praxismitarbeitern von acht im Kreis ansässigen Praxen an die Patienten verteilt, die diese in der Wartezeit in der Praxis ausfüllen konnten. Zur Anwendung kam der PHQ (Patient Health Questionnaire) der WHO (Weltgesundheitsorganisation), der durch einige Zusatzfragen und den „Selbstscreening-Prodromal-Fragebogen“ der Universität Basel ergänzt wurde. Beim PHQ handelt es sich um die Weiterentwicklung des PRIME-MD, der zur Erkennung psychischer Morbidität bei Hausärzten („primary care“) entwickelt wurde. Der Selbstscreening-Prodromal-Fragebogen dient vor allem der Erkennung von frühen Stadien einer psychotischen Störung, deren Symptome im PHQ nicht abgefragt werden. Beide Tests dienen nicht dazu, verbindliche klinische Diagnosen zu stellen, sondern stellen sog. „Screening-Instrumente“ dar. Im klinischen Einzelfall müssen die gewonnenen Verdachtsdiagnosen durch eine ärztliche Untersuchung bestätigt werden. Die folgende Auswertung bezieht sich auf die PHQ-Ergebnisse.

Von 1288 teilnehmenden Patienten, konnten wir nach Ausschluss von Minderjährigen und Antwortbögen ohne Altersangabe, 1248 Bögen auswerten. Das mittlere Alter betrug 52,27 Jahre. 57% der Teilnehmer waren weiblich und 43% männlich.

Insgesamt kam es bei 450 (36,1%) Probanden durch Auswertung unserer Fragebögen zu einer Verdachtsdiagnose auf eine psychische Erkrankung. Davon hatten 267 (21,4%) Patienten genau eine Verdachtsdiagnose, 183 (14,7%) Patienten hatten mehr als eine Verdachtsdiagnose und 37 (3,0%) Patienten mehr als drei Verdachtsdiagnosen.

Es hatten 90 (7,2%) Patienten einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung. Bei 83 (6,7%) Befragten kam es zu der Verdachtsdiagnose einer Depressiven Episode. Bei 48 (3,9%) bestand der Verdacht auf eine Panikstörung und bei 60 (4,8%) auf eine Angststörung. Bei den Essstörungen kamen wir zum Ergebnis, dass 19 (1,5%) Patienten den Verdacht auf eine Binge-Eating-Störung und 2 (0,2%) Patienten den Verdacht auf eine Bulimia Nervosa hatten. Bei 51 (4,1%) Probanden ergab das Testergebnis die Verdachtsdiagnose auf eine Alkoholabhängigkeit. Die Verdachtsdiagnose einer Sexuellen Funktionsstörung konnte bei 121 (9,7%) Patienten erhoben werden. Bei den Zwangserkrankungen ergab sich bei 195 (15,7%) Patienten der Verdacht auf Zwangsgedanken und bei 97 (7,8%) Patienten der Verdacht auf Zwangshandlungen. Schließlich hatten 21 (1,7%) Probanden die Verdachtsdiagnose auf eine akute Belastungsreaktion.

Von 1248 Patienten waren 165 (14%) in Psychotherapie und 148 (14,2%) gaben eine bestehende Psychopharmakotherapie an. Bei 85 Patienten (8,2%) bestand die Kombination aus Psychotherapie und einer Medikation. Von den 450 psychisch auffälligen Teilnehmern lag die Zahl der unbehandelten Patienten mit einer Verdachtsdiagnose bei 192 (45,7%).

Die Arbeit bestätigt die Übertragbarkeit epidemiologischer Untersuchungen auf den Rhein-Lahn-Kreis nach denen ca. ein Drittel aller Hausarztpatienten eine psychische Störung aufweisen und im „primary care setting“ nur ca. die Hälfte aller psychischen Störungen erkannt werden.

Nachwort: Nach Abschluss der Studie wurden die Ergebnisse u.a. Vertretern von Krankenkassen und dem rheinlandpfälzischen Sozialministerium vorgestellt und haben dazu beigetragen, dass im Rhein-Lahn-Kreis eine psychiatrische Tagesklinik eingerichtet wurde.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. text revision (DSM-IV-TR) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews G (1990) Classification of neurotic disorders. *J R Soc Med* 83:606-607.
- Arolt V. (2004) Die Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich Kranken. In: Arolt V., Diefenbacher A. (eds) *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Steinkopff, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-12845-9_2
- AWMF (2011) S3-Leitlinie PTBS ICD-10: F43.1. [pdf] Available at: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf [Accessed 05.05.2017]
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 35:205-30.
- Baron EC, Davies T, Lund C (2017) Validation of the 10-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D-10) in Zulu, Xhosa and Afrikaans populations in South Africa. *BMC Psychiatry*. [e-journal]. 2017 Jan 9;17(1):6. doi: 10.1186/s12888-016-1178-x.
- Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, Conwell Y (2016) Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. *Int J Geriatr Psychiatry*. [e-journal]. 2016 Sep 21. doi: 10.1002/gps.4578.
- Barsky AJ, Orav EJ Bates DW (2005) Domatization increases medical utilisation and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 62:903-10.
- Beck A, Hautzinger M, Bailer M et al. (1995) Beck- Depressions-Inventar (BDI). 2. Auflage Huber, Bern

Beesdo K, Wittchen HU (2006) Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, S 731–762

Bermejo I, Klärs G, Böhm K et al. (2009) Evaluation des nationalen Gesundheitsziels »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 52: 897–904

BKK Dachverband (2016) BKK Gesundheitsreport 2016. [online] Available at: <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/> [Accessed 10.05.2017]

Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Blane H, Dunn LO, Phe-lan J, Dew MA, Schwartz JE (1990) Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. J Occup Med 32: 989–95

Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. [online] Available at: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2014.pdf?__blob=publicationFile&v=19 [Accessed 10.05.2017].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) Studie zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. [online] Available at: <http://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2014/studie-psychische-gesundheit.html> [Accessed 10.05.2017].

Bundespsychotherapeutenkammer (2006) BPtK-Newsletter Ausgabe 1/2016 [pdf] Available at: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Newsletter/2006/200601/20060200_bptk-newsletter-01-2006.pdf [Accessed 15.05.2017]. 4

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, (o.J.) Wie häufig sind Essstörungen? [online] Available at: <https://www.bzga-essstoerungen.de/habe-ich-eine-essstoerung/wie-haeufig-sind-essstoerungen/> [Accessed 18.02.2021]

- Cadoret R, Winokur G (1974) Depression in alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 233: 34–9.
- Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. (2006) Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care — a randomized controlled trial. *JAMA* 295:2148–57.
- Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, Austin DW (2008) Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice *Med J Aust* 189:560-4.
- Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ (2006) Case-finding for depression among medical outpatients in the Veterans Health Administration. *Med Care* 44:175–81.
- Deutsche Rentenversicherung (2016) Rentenversicherung in Zeitreihen. [online] Available at: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf [Accessed 08.05.2017].
- Deutsche Rentenversicherung (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. [online] Available at: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psyche_Erkrankung.pdf [Accessed 08.05.2017].
- De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM (2006) Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 18:470-6.
- Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. (2009) Collaborative care for chronic pain in primary care: a clustered randomized trial. *JAMA* 301:1242–52.
- Dorsch Lexikon der Psychologie Markus Antonius Wirtz 17. Auflage;2014

- Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. (2006) Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry* 28:306–12.
- Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae DS, Regier DA, Katzelnick DJ (2008) Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: Is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 59:1148–54.
- Dwight-Johnson M, Ell K, Lee PJ (2005) Can collaborative care address the needs of low-income Latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. *Psychosomatics* 46:224–32.
- Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DI, Dwight-Johnson M, Lee PJ (2008) Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *J Clin Oncol* 26:4488–96.
- Engel CC, Oxman T, Yamamoto C, Gould D, Barry S, Stewart P, et al. (2008) RE-SPECT-Mil: feasibility of a systems-level collaborative care approach to depression and post-traumatic stress disorder in military primary care. *Mil Med* 173:935–40.
- Farmer A, Harris T, Redman K, Sadler S, Mahmood A, McGuffin P. (2000) Cardiff depression study. A sib-pair study of life events and familiarity in major depression. *British Journal of Psychiatry*, 176,150–155.
- Faust V (o.J.) *Psychiatrie Heute – Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln: Somatisierungsstörungen* [pdf] Available at http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_somatisierungsstoerung.pdf [Accessed 01. April 2017]
- Fowler RC, Lidkow BI, Tanna AL (1980) Alcoholism, depression and life events. *J Affective Disord* 2: 127–35.
- Gastpar M (2006) Depression und Komorbidität. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 278–286

- Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C (2007) Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 22:1596-602.
- Goldberg D, Huxley P (1980) *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.* Tavistock, London New York
- Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B et al. (2004) A practical randomized trial to improve diabetes care. *J Gen Intern Med* 19:1167–74.
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004) Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. In: *Diagnostica*. 50, S. 171–181.
- Halikas JA, Herzog MA, Mirasou MM, Lyttle MD (1981) Psychiatric diagnosis among female alcoholics. *Curr Alcohol* 8: 283–91.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56–62
- Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schafert R, Szecsenyi J, et al. (2009) Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 67:189-97.
- Hanlon C, Medhin G, Selamu M, Breuer E, Worku B, Hailemariam M, Lund C, Prince M, Fekadu A (2015) Validity of brief screening questionnaires to detect depression in primary care in Ethiopia. *J Affect Disord*. 186:32-9.
- Henkel V, Mergl R, Coyne J et al. (2004) Screening for depression in primary care: Will one or two items suffice? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 254: 215–223.
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1568–78.
- Hoek HW (1991): The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological medicine* 21: 455–460

- Holzapfel N, Zugck C, Muller-Tasch T, Lowe B, Wild B, Schellberg D, et al. (2007) Routine screening for depression and quality of life in outpatients with congestive heart failure. *Psychosomatics* 48:112–6.
- Jacobi, F. et al. (2013). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*; 85:77–87.
- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 736–744.
- Jacobi F, Rosi S, Faravelli C et al. (2005) The Epidemiology of Mood Disorders. In: Griez E, Faravelli C, Zohar J (Hrsg) *Mood Disorders*. Wiley, London, S 3– 34.
- Justice AC, McGinnis KA, Atkinson JH, Heaton RK, Young C, Sadek J, et al. (2004) Psychiatric and neurocognitive disorders among HIVpositive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study. *AIDS* 18:49–59.
- Katon WJ, Simon G, Russo J, Von Korff M, Lin EHB, Ludman E, et al. (2004) Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care* 42:1222–9.
- Keeler MH, Taylor CI, Killer WC (1979) Are all recently detoxified alcoholics depressed? *Am J Psychiatry* 136: 586–8.
- Kendler K, Ji J, Edwards A, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K (2015) An Extended Swedish National Adoption Study of Alcohol Use Disorder *JAMA Psychiatry* 72(3):211-218.
- Kendrick T, Dowrick C, McBride A, Howe A, Clarke P, Maisey S, et al. (2009) Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: analysis of medical record data. *BMJ* 338.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289: 3095–3105.

- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-1060.
- Klement A, Oemler M, Wienke A, Richter M, Wolfradt U (2015). (Erwartete) Konsultationsdauer, psychische (Ko-)Morbidity und Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch in der Hausarztpraxis. *Z. Evid. Fortbild. Qual.Gesundh. Wesen (ZEFQ)* (2015) 109, 560-569
- Kocalevent RD, Hegerl U (2010) Depression und Suizidalität. *Public Health Forum* 18:13–14.
- Kochen M (2012) *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4th ed. Stuttgart: Thieme Verlag
- Kohlmann S, Gierk B, Hilbert A, Brähler E, Löwe B (2016) The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *J Psychosom Res* 90:51-56.
- Kossow KD (2005) Das Arzt-Patient-Verhältnis aus hausärztlicher Sicht. [online] Available at <http://www.kas.de/wf/de/33.8988/> [Accessed 20. April 2017].
- Kroenke K (2001) Depression screening is not enough. *Ann Intern Med* 134:418-20.
- Kroenke K (2003) Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 12:34-43.
- Kroenke K, Spitzer RL (2002) The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 32;9:1-7.
- Kroenke, K., Bair, M., Damush, T., Hoke, S., Nicholas, G., Kempf, C., et al. (2007). Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study. Design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression. *General Hospital Psychiatry*, 29(6), 506-517.
- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, Schwindle R (1998) A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 39:263- 72.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 16:606-13.

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2002) The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 64:258- 66.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B (2007) Anxiety disorders in primary care. Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 146:317-25.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams J, Löwe B (2010) The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 32:345-59
- Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general Population. *J Affect Disord* 114:163-173.
- Kroenke K, Theobald D, Norton K, Sanders R, Schlundt S, McCalley S, et al. (2009) Indiana Cancer Pain and Depression (INCPAD) Trial: design of a telecare management intervention for cancer-related symptoms and baseline characteristics of enrolled participants. *Gen Hosp Psychiatry* 31:240–53.
- Leithner K, ssem-Hilger E, Fischer-Kern M, Loeffler-Stastka H, Sam C, Ponocny-Seliger E (2009) Psychiatric morbidity in gynecological and otorhinolaryngological outpatients: a comparative study. *Gen Hosp Psychiatry* 31:233–9.
- Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY (2008b) Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 46:266-274.
- Löwe B, Gräfe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, et al. (2003a) Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 65:764–70.
- Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer RL, Herrmann-Lingen C, Witte S (2003b) Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. In: *J Psychosom Res.* 55(6), S. 515–519.
- Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W (2004b) Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. In: *Psychother Psychosom.* 73(6), S. 386–390.

- Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S (2004a) Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. In: *J Affect Disord.* 78(2) S. 131–140.
- Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K (2008a) Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrom overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 30:191-199.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe.
- Löwe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, et al. (2004c) Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 66:395–402.
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt [e-journal]* 79:577-586. <http://dxdoi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maier W, Lichtermann D, Mingos J, et al. A controlled family study in panic disorder. *J Psychiatr Res* 1993; 27 (Suppl 1): 79–87.
- Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E (2006) Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 28:71–7.
- Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB (2006) A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache* 46: S98–S109.
- McManus D, Pipkin SS, Whooley MA (2005) Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the heart and soul study). *Am J Cardiology* 96:1076–81.
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71(7): 535–42.
- Micallef L, Rodgers P (2014) euler APE: drawing area-proportional 3-Venn diagrams using ellipses. *PLoS One* 17;9(7)

- Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, Copas AJ, Tanton C, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Phelps A, Johnson AM, Wellings K (2013) Sexual function in Britain: Findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 382: 1817 – 1829.
- Moebus S, Hanisch J, Bramlage P et al. (2008) Regional unterschiedliche Prävalenz des metabolischen Syndroms. *Dtsch Arztebl* 105.
- Monahan PO, Shacham E, Reece M, Kroenke K, Ong'or WO, Omollo O, et al. (2009) Validity/reliability of PHQ-9 and PHQ-2 depression scales among adults living with HIV/AIDS in western Kenya. *J Gen Intern Med* 24:189–97.
- Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A (2016) A nationwide population-based study of depression in Brazil. *J Affect Disord* [e-journal]. 2016 Mar 1;192:226-33. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.038. Epub 2015 Dec 29.
- Nease Jr DE, Nutting PA, Dickinson WP, Bonham AJ, Graham DG, Gallagher KM, et al. (2008) Inducing sustainable improvement in depression care in primary care practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34:247–55.
- Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG et al. (1997) Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 154:1734-40.
- Ormel J, Vonkorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T (1994) Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 272:1741-8.
- Patten SB, Schopflocher D (2009) Longitudinal epidemiology of major depression as assessed by the Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Comprehensive Psychiatry* 50:26–33.
- Paur I (2002) Eating Disorders in General Practice. Posterpräsentation DEGAM-Kongress 9 in Koblenz.

- Paykel ES, Brugha T, Fryers T (2005) Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 411–423.
- Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, et al. (2005) The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Alimentary Pharmacol Therapeutics* 22:101–10.
- Petrig, Gertrud (2017) Literaturrecherche archiv@ifd-allensbach.de [E-Mail; Institut für Demoskopie; 02.05.2017]
- Pfizer (o.J.): Terms of use, Zugriff am 26.04.2017, Verfügbar unter <http://www.phqscreeners.com/terms>
- Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB (1996) The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 11:9-15.
- Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. (2009) The community prevalence of depression in older Australians. *J Affective Disorders* 115:54–61.
- Pratt LA, Brody DJ. (2006) Depression in the United States household population. *NCHS Data Brief* 2008;7.
- Rasmussen SA, Eisen JL (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 15(4):743-58.
- Riecher-Rössler A (2012) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*, Freiburg, Basel, Karger, 2012
- Riecher-Rössler A, Bitzer J (2005) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München, Jena, Elsevier, Urban & Fischer
- Riecher-Rössler A, Kuhl H, Bitzer J (2006) Psychische Störungen in Zeiten hormoneller Umstellungen – eine selektive Übersicht. *Neuropsychiatr* 20:155–165
- Robert Koch Institut (Hrsg) (2006) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
Robert Koch Institut (Hrsg) (2008) *Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 41*. RKI, Berlin

- Robert Koch Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin Robert Koch Institut (Hrsg) (2004) Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21. RKI, Berlin
- Robert Koch Institut (Hrsg) (2012) Ergebnisse der Studie >>Gesundheit in Deutschland aktuell 2010<<. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robins E, Gentry KA, Munoz RA, Marten S (1977) A contrast of the three more common illness with the ten less common in a study and 18 month follow up of 314 psychiatric emergency room patients. Arch Gen Psychiatry 34: 269–81.
- Rosemann T, Backenstrass M, Joest K, Rosemann A, Szecsenyi J, Laux G (2007) Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. Arthritis Care Res 57:415–22.
- Sachtleben, S. (o.J.) Einführung in die Allgemeinmedizin. [online] Available at: http://www.uniklinikum-saarland.de/lehre/humanmedizin/2_studienabschnitt/allgemeinmedizin/veranstaltungen/vorlesung_allgemeinmedizin/vorlesung_einfuehrung/ [Accessed 01.04.2017]
- Schäfer C (o.J.) Psychopharmaka und sexuelle Nebenwirkungen. [online] Available at: https://www.seminare-ps.net/RSMAT/RS07_SX/W4_Psychopharmaka_sexuelle_NW.pdf [Accessed 05.04.2017]
- Schwabe, U. (2011). Arzneimittelverordnungen 2010 im Überblick. In Schwabe, U. & Pfaffrath, D. (Hrsg., 2011). Arzneiverordnungsreport 2011. Berlin: Springer.
- Shapiro S, German PS, Skinner EA, VonKorff M, Turner RW, Klein LE, Teitelbaum ML, Kramer M, Burke JD Jr, Burns BJ (1987) An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. Med Care 25: 327–339

- Soyka M, Lieb M (2004) Komorbidität von Depression und Alkoholabhängigkeit: Klinische und neurobiologische Aspekte. *Nervenheilkunde* 23:13–20
- Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, de Gruy FV, et al. (1995) Health-related quality-of-life in primary-care patients with mental disorders - Results from the PRIME MD 1000 Study. *JAMA* 274:1511-7.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 166:1092-97.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 282:1737-44.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J (2000) Validity and utility of the PRIME – MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetrics-gynecologic patients: the PRIME – MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 183:759-69.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, III, Hahn SR et al. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 272:1749-56.
- Stafford L, Berk M, Jackson HJ (2007) Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry* 29:417–24.
- Swanson, S. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 68(7):714–23.
- Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, et al. (2008) Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 300:2161–71.
- Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, Baggaley S, Martin V, Recober A, et al. (2007) High prevalence of somatic symptoms and depression in women with disabling chronic headache. *Neurology* 68:134–40.

- Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M (1992) Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry* 33(6):1025-37.
- Turner JA, Dworkin SF (2004) Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain — recent advances. *J Am Dent Assoc* 135:1119–25.
- Turvey CL, Willyard D, Hickman DH, Klein DM, Kukoyi O (2007) Telehealth screen for depression in a chronic illness care management program. *Telemed J E-Health* 13:51–6.
- Ultes-Kaiser, S. (2010). Der Versorgungsatlas der KV Rheinland-Pfalz: Besser orientiert – besser versorgt? Vortrag auf der ZI-Fachtagung „Versorgungsforschung wird geografisch: Bessere Versorgung durch regionale Vergleiche?“ am 10. Oktober 2011 in Berlin.
- U.S. Preventive Services Task Force (2001) Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *ANN Intern Med* 136:760-4.
- Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A (2001) The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med* 134:345-60.
- Van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H, et al. (2009) Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med* 7:232-8.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdeli H, Pilowsky DJ, Grillon C, Bruder G. (2005) Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62,29–36.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry* 163,1001–1008.
- WHO 2016 Mental health: Strengthening our response. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>[Accessed 02.01.2017].
- Whooley MA, de JP, Vittinghoff E, Otte C, Moos R, Carney RM, et al. (2008) Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 300:2379–88.

- Williams LS, Jones WJ, Shen J, Robinson RL, Kroenke K. (2004) Outcomes of newly referred neurology outpatients with depression and pain. *Neurology* 63:674–7.
- Wittchen HU et al. (2001) GAD-P-Studie. Bundesweite Studie »Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich«. *MMW Fortschr Med (Sonderheft 1)*: 1 bis 49
- Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 44:993–1000
- Wittchen HU, Jacobi F (2006) Epidemiologie. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive*. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 15–37
- Wittchen HU & Jacobi F (2012) Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Vortrag auf dem DEGS-Symposium am 14. Juni 2012. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile
- Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H et al. (2000) Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 102 (Suppl. 406): 14 to 23
- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J (2002) Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 63 (Suppl 8): 24–34
- Wittchen HU, Muller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61: 216–22.
- Wittkampf KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC (2007) Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 29:388-95.

Woodruff RA, Guze SB, Clayton PJ, Carr D (1973) Alcoholism and depression. Arch Gen Psychiatry 97–100.

Anhang

- Exemplar des Fragebogens
- Auswertungsbogen