

Diagnostik depressiver Störungen

Depressive Störungen kommen in der Allgemeinbevölkerung häufig vor. Sie werden jedoch leicht übersehen, sodass das Risiko ihrer Chronifizierung besteht. Eine solche ist mit großem Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden. Da mittlerweile eine Vielzahl gut evaluierter und effektiver Behandlungsansätze existiert [1], kommt der rechtzeitigen Identifizierung depressiver Personen eine außerordentlich große Bedeutung zu. Zudem sollten die Zuordnung eines Patienten nach einem international akzeptierten Klassifikationssystem und die Objektivierung des Schweregrades der Störung anhand einer international anerkannten Ratingskala erfolgen. Zur Erfüllung dieser Anforderungen steht heute eine Vielzahl von Verfahren zur Verfügung, die im vorliegenden Beitrag vorgestellt werden. Ausgenommen werden Verfahren, die im Sinne einer therapiebegleitenden Diagnostik (z. B. Erfassung spezifischer depressiver Kognitionen) eingesetzt werden können (vgl. hierzu z. B. [2]).

Beschreibungsebenen und Assessmentziele

Depressivität kann auf unterschiedlichen diagnostischen Ebenen beschrieben und erfasst werden: auf der Symptomebene, der Syndromebene und der Diagnosen- oder Störungsebene. Für alle Ebenen existiert zwischenzeitlich eine Vielzahl an reliablen und validen Untersuchungsinstrumenten. Folgende allgemeine Assessmentziele [3] stehen bei der Anwendung der Verfahren im Vordergrund:

- Screening auf das Vorliegen einer depressiven Störung,
- Schweregradbestimmung der Symptomatik einer Depression,
- klassifikatorische Diagnostik, d. h. Zuordnung eines Patienten zu den Kategorien eines Klassifikationssystems (ICD-10 oder DSM-IV).

Die jeweiligen Assessmentziele sind von verschiedenen Faktoren abhängig, z. B. vom Setting der Untersuchung:

- ambulanter Bereich Hausarzt: hpts. Screening,
- ambulanter Bereich Facharzt: Schweregradbestimmung und Diagnosestellung,
- stationärer Bereich Medizin: hpts. Screening,
- stationärer Bereich Psychiatrie: Schweregradbestimmung und Diagnosestellung.

Untersuchungsinstrumente

Für die Diagnostik depressiver Symptomaten sind Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren sowie Interviews die wichtigsten Verfahrensgruppen (detaillierte Beschreibungen der nachfolgend genannten Verfahren finden sich in [4, 5, 6]).

Selbstbeurteilungsverfahren

Selbstbeurteilungsverfahren sind die Instrumente, die in der klinisch-psychiatrischen Diagnostik am häufigsten eingesetzt werden [2]. Bei ihnen liegt der gesamte Prozess der Informationserhebung und -beurteilung allein auf Seiten des Pa-

tienten. Selbstbeurteilungsverfahren eignen sich vor allem für das Screening auf Vorliegen einer Störung und für die Schweregradbestimmung/Quantifizierung von Symptomaten.

Screeningverfahren

Unter Screening versteht man nach Woike [7] eine diagnostische Vorgehensweise, bei der Personen zunächst (relativ) oberflächlich erfasst werden, um zu entscheiden, ob eine Erkrankung vorliegt und ob ein (bzw. welches) aufwendigeres diagnostisches Vorgehen im Weiteren angezeigt ist. Ein Screeningtest ist nach Dilling ([8], S. 119) „ein biologisch fundiertes oder psychologisches Instrument mit dem Hauptziel, in einer bestimmten Bevölkerung möglichst viele derjenigen Personen zu entdecken, die zum gegebenen Zeitpunkt eine Störung aufweisen oder ein zukünftiges Risiko hierfür darstellen. Screeningtests sind häufig nicht diagnostisch im eigentlichen Sinne, sondern bei positivem Ergebnis folgen weitere Testuntersuchungen, um die vermutete Diagnose zu bestätigen oder auszuschließen.“ Hinsichtlich der Zeitperspektive sind folgende Aspekte zu beachten [9]:

- Identifikation von Personen vor Ausbruch der Erkrankung (Risikopatienten),
- Identifikation von Personen, bei denen bereits erste Symptome der Erkrankung (subsyndromal), aber noch nicht ihr Vollbild aufgetreten sind,
- Identifikation von Personen, bei denen die Erkrankung bereits aufgetreten ist, sei sie akut oder auch länger vorhanden (chronisch).

Tabelle 1

Screeningverfahren für depressive Störungen		
Name (Abkürzung), Autor(en)	Aufbau/Durchführungszeit	Interpretation
General Health Questionnaire (GHQ) von Goldberg und Williams	Selbstbeurteilungsverfahren; je nach Version 12–60 Items; auch Teilmodule (z. B. Depression) bzw. weniger Items, ca. 5–25 Minuten	Anhand von Cut-Off-Werten, Wancata et al [11]: SEN .73–.86, SPE .72–.87
Stamm Screening Questionnaire (SSQ) des DIA-X von Wittchen und Pfister	Selbstbeurteilungsverfahren, 16 Items, je 1 Item für das entsprechende Modul (u. a. Depressive Episode/Dysthymie), ca. 2–5 Minuten	Anhand von angekreuzten Items
Primary Care Evaluation of Mental Disorder (PRIME-MD) von Spitzer et al. (dt. Loewe et al.)	Screeningfragebogen und strukturiertes Interview; 5 Störungsbereiche; u. a. depressive Störungen (Major Depression, Minor Depression, Dysthymie), Fragebogen 5 Minuten, Interview 10–20 Minuten	Diagnosealgorithmus nach DSM-IV, Spitzer et al. [12]: u. a. Major Depression SEN = .73, SPE = .98
Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ) von Spitzer et al. (dt. Loewe et al.)	Selbstbeurteilungsverfahren, Modulsystem; Langform: 16 Bereiche mit insgesamt 76 Items; u. a. depressive Störungen (9 Items), in Abhängigkeit von Version 3–10 Minuten	kategoriale und dimensionale Auswertung nach DSM-IV, Auswertalgorithmus pro Störungsbereich, Loewe et al. [13]: SEN .78–.90, SPE .77–.88
Allgemeine Depressions Skala (ADS) von Hautzinger und Bailer	Selbstbeurteilungsverfahren, 20 Items, ca. 5–10 Minuten	Normwerte und Cut-Off-Wert (>23)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-5) von Hermann et al.	Selbstbeurteilungsverfahren, 14 Items, ca. 2–6 Minuten	Cut-Off-Wert (>10)
Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) von Beck et al.	Selbstbeurteilungsverfahren, 7 Items, ca. 5–10 Minuten	Cut-Off-Wert (≥ 4), SEN = .98, SPE = .97
Depression Screening Questionnaire (DSQ) des DIA-X von Wittchen und Pfister	Selbstbeurteilungsverfahren, 12 Items, ca. 2–5 Minuten	Hinweis auf Major Depression bei mindestens 4 Zustimmungen mit „fast täglich“; SEN = .95, SPE = .84
WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5) der WHO	Selbstbeurteilungsverfahren, 5 Items, ca. 1–3 Minuten	Anhand von Cut-Off-Wert; Henkel et al. [14]: SEN = .93, SPE = .64
ICD-10 Symptomcheckliste für psychische Störungen; Screener der WHO	Fremdbeurteilungsverfahren, 23 Merkmale, Fremdbeurteilung; ca. 20 Minuten	Anhand von positiv bewerteten Kriterien

Nähere Angaben zu den Verfahren s. Strauss und Schumacher [6], Stieglitz [9], Härter [15]. SEN Sensitivität; SPE Spezifität

Zentrale statistische Kennwerte von Screeningverfahren sind Sensitivität und Spezifität (zu weiteren Kennwerten siehe [10]). Unter Sensitivität (SEN) versteht man die Empfindlichkeit eines Testes, Kranke auch als krank zu erkennen (Wahrscheinlichkeitsmaß, Kranke richtig zu erfassen). Demgegenüber beschreibt die Spezifität (SPE) die Fähigkeit eines Testes, Gesunde auch als gesund zu erkennen, d. h. nur die betrachtete Krankheit und keine andere zu erkennen (Wahrscheinlichkeitsmaß, Gesunde richtig auszuschließen). Nach Beaglehole et al. [10] wäre ein Screeningtest ideal, wenn er sowohl eine hohe SEN als auch hohe SPE besäße. In der Praxis gilt es, hier einen Kompromiss zu finden, da die Grenze zwischen gesund und krank in der Regel nicht eindeutig erfasst wer-

den kann. Weiterhin ist auch eine Kosten-Nutzen-Abwägung zu treffen. Eine hohe Sensitivität ist z. B. dann anzustreben, wenn

- eine Krankheit schwer und lebensbedrohlich ist,
- eine Erfolg versprechende Therapie zur Verfügung steht,
- einem positiven Screeningergebnis bei vertretbarem Aufwand und ohne zu große Belastung eine differenzierte Diagnostik für die betroffene Person folgt.

Eine hohe Spezifität ist z. B. dann anzustreben, wenn

- das Screening zeit- und kostenintensiv ist,
- für den Patienten belastend ist.

Im Hinblick auf die depressiven Störungen sind vor allem möglichst sensitive Instrumente wünschenswert, um keine Patienten zu übersehen. Jedoch ist auch eine möglichst hohe SPE anzustreben, um unnötige weiterführende Untersuchungen anzuschließen.

In **■ Tabelle 1** sind Beispiele für Screeningverfahren aufgeführt, die auch in deutscher Sprache vorliegen. Es lassen sich Verfahren, die neben einer depressiven Störung auch andere psychische Störungen erfassen, von solchen unterscheiden, die primär auf ein Depressionsscreening abzielen. **■ Abb. 1** zeigt die große Bedeutung eines reliablen und validen Screeninginstruments [16]. Die rechtzeitige Identifizierung früher Anzeichen einer Störung bzw. gerade neu Erkrankter

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -
Gesundheitsschutz 2008 · 51:392–398
DOI 10.1007/s00103-008-0506-9
© Springer Medizin Verlag 2008

R.-D. Stieglitz

Diagnostik depressiver Störungen

Zusammenfassung

Es gibt heute eine Vielzahl an reliablen (zuverlässigen) und validen (gültigen) Instrumenten zur Diagnostik depressiver Störungen. Neben dem Screening bei Verdacht auf Vorliegen einer depressiven Störung sind vor allem auch die exakte Diagnosestellung nach einem international akzeptierten Klassifikationssystem wie ICD-10 oder DSM-IV sowie auch die differenzierte Schweregradbeurteilung der Symptomatik im Hinblick auf die Therapieplanung und -evaluation von großer Bedeutung. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die auf diesen Ebenen im deutschsprachigen Raum eingesetzten und bewährten Instrumente/Verfahren (Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren) in einem Überblick vorzustellen.

Schlüsselwörter

Depression · Screening · Untersuchungsinstrumente · Selbstbeurteilungsverfahren · Fremdbeurteilungsverfahren · Interview

Diagnostics of depressive disorders

Abstract

Many reliable and valid instruments for screening, assessment of severity of depressive disorders and classification according to ICD-10 or DSM-IV criteria are available. Most instruments are available as self-, as well as observer-based rating questionnaires and interviews. The aim of this overview is to give a comprehensive review of well-established instruments in German speaking countries.

Keywords

depression · screening · assessment instruments · self-rating scale · observer-rating scale · interview

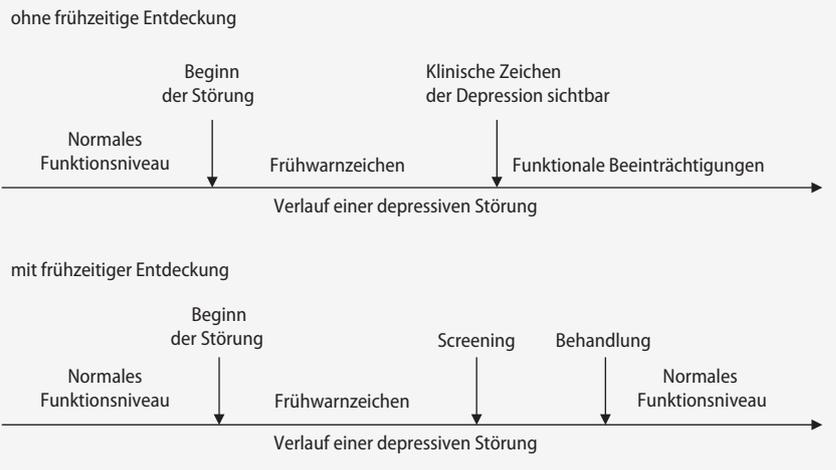


Abb. 1 ▲ Hypothetischer Verlauf einer Depression ohne ihre rechtzeitige Identifizierung bzw. bei einer frühzeitigen Erkennung über ein Screeningverfahren. (Mod. nach [16])

kann das Auftreten des Vollbildes einer Störung bzw. die daraus folgenden Beeinträchtigungen und negative Konsequenzen verhindern.

Schweregradbestimmung/Quantifizierung von Symptomatiken

Von den spezifischen Screeningverfahren können Selbstbeurteilungsverfahren abgegrenzt werden, deren primäres Ziel ist es, den Schweregrad der depressiven Symptomatik zu quantifizieren (diese können natürlich indirekt auch zum Screening eingesetzt werden, denn je ausgeprägter die Symptomatik, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Störung). In **Table 2** finden sich Beispiele für diesbezügliche, im deutschen Sprachraum häufig eingesetzte Verfahren. Vorteile von Selbstbeurteilungsverfahren sind der geringe zeitliche Aufwand (der Anwender benötigt nur Zeit für die Auswertung und Interpretation) und das Vorliegen von Normen (Möglichkeit des Vergleichs mit Normalpersonen). Nachteile sind, dass die Verfahren nur bei leichten bis mittelgradig ausgeprägten Störungen sinnvoll einsetzbar und für bestimmte Fehlerquellen anfällig sind (z. B. Aggravation/Bagatellisierung, Simulation/Dissimulation; siehe hierzu auch [2]).

Fremdbeurteilungsverfahren

Eine weitere wichtige Gruppe sind die Fremdbeurteilungsverfahren. Hier erfolgt die Bewertung der Symptomatik durch einen trainierten Beurteiler. Die Bewer-

tung basiert auf Aussagen des Patienten, auf anderen Informationen (z. B. Angaben von Angehörigen) und auf eigenen Beobachtungen während der Untersuchungssituation. **Table 3** zeigt die wichtigsten im deutschsprachigen Raum zur Beurteilung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik eingesetzten Fremdbeurteilungsverfahren. Vorteile dieser Verfahren sind u. a. ihre Anwendbarkeit bei allen Störungsgraden, ihre Eigenschaft, differenziert psychopathologische Phänomene zu erfassen, und ihre Sensitivität in Bezug auf die Abbildung von Veränderungen. Als Nachteil zu nennen ist der oft große zeitliche Aufwand zum Erlernen und zur Durchführung der Untersuchung. Aufgrund der genannten Vorteile resultieren aus Fremdbeurteilungsverfahren jedoch fast immer die reliabelsten und validesten Ergebnisse.

Verfahren zur klassifikatorischen Diagnostik

Mit Einführung der operationalisierten Diagnostik im DSM-III sowie später auch in der ICD-10 wurde es möglich, eine Diagnose kriteriengestützt zu stellen. Als diagnostische Hilfsmittel wurden Checklisten und Interviews entwickelt. **Table 4** fasst die in deutschsprachigen Versionen verfügbaren Verfahren zusammen. Alle erlauben die Erfassung der wichtigsten depressiven Störungen.

Checkliste. Unter einer Checkliste versteht man die Zusammenstellung der für

Tabelle 2

Selbstbeurteilungsverfahren		
Name (Abkürzung), Autor(en)	Aufbau/Durchführungszeit	Interpretation
Beck Depressionsinventar (BDI) von Beck et al. (dt. Hautzinger et al.)	21 Items, ca. 10 Minuten	Cut-Off-Wert für unterschiedliche Schweregrade und Normwerte unterschiedlicher klinischer Gruppen
Beck Depressionsinventar (BDI-II) von Beck et al.	21 Items, Adaptierung des BDI an DSM-IV, ca. 5–10 Minuten	Verschiedene Cut-Off-Werte; z. B. ≥ 17 , Major Depression, SEN = .93, SPE = .83
Major Depression Inventory (MDI) von Bech et al.	10 Items, ca. 5 Minuten	Bech et al. [17]: Cut-Off-Wert von 26, SEN = 1.00. SPE = .82
Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD) von Kühner	18 Items, Kurz- und Langform, ca. 10–15 Minuten	Normwerte und DSM-IV-Algorithmus
Symptom Checkliste (SCL-90-R) bzw. Brief Symptom Inventory (BSI): Subskala „Depressivität“	90 bzw. 53 Items, Depressionsskalen 13 bzw. 6 Items, ca. 10–15 Minuten bzw. 7–10 Minuten	Normwerte
Allgemeine Depressionsskala (ADS) von Hautzinger und Bailer	20 bzw. 15 Items	Normwerte
Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S) von von Zerssen	43 Items pro Parallelform, Depressivitätsskala je 16 Items, 2–10 Minuten	Normwerte
Differentieller Depressions-Fragebogen (DDF) von Steck	136 Items, Form A 60 Items, Form B 76 Items, 6 Subsyndrome der Depression (u. a. phobisch-ängstlich, paranoid-depressiv), für 5 Subsyndrome Parallelformen à 12 Items, ca. 15–20 Minuten	Normwerte
Inventar Depressiver Symptome (IDS) von Rush et al. (dt. Hautzinger und Bailer)	28 bzw. 30 Items, auch als Fremdbeurteilungsverfahren vorhanden, ca. 15–20 Minuten	Grässlin [18]: keine Angaben

Nähere Angaben zu den Verfahren s. Brähler et al. [5], Hautzinger [19], Hautzinger und Meyer [20]

Tabelle 3

Fremdbeurteilungsverfahren		
Name (Abkürzung), Autor(en)	Aufbau/Durchführungszeit	Interpretation
Hamilton Depressionsskala (HAMD)	21–24 Items, ca. 30 Minuten	Cut-Off-Werte für unterschiedliche Schweregrade
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) von Montgomery et al.	10 Items, ca. 15–30 Minuten	Cut-Off-Werte für unterschiedliche Schweregrade
Bech-Rafaelsen Melancholie Skala (BRMS)	11 Items, ca. 15–25 Minuten	Cut-Off-Werte für unterschiedliche Schweregrade
AMDP-System: Subskala „Depressives Syndrom“	100 psychische und 40 somatische Symptome, Subskala „Depressives Syndrom“ 13 Items, Gesamtssystem 30–60 Minuten, Subskala ca. 10–15 Minuten	Normwerte
Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS) von Hiller et al.; Subskala „Depressive Verstimmung“	90 Items, 30–90 Minuten, Subskala „Depressive Verstimmung“ 9 Items, Subskala ca. 10 Minuten	Normwerte
Inventar Depressiver Symptome (IDS) von Rush et al. (dt. Hautzinger und Bailer)	28 bzw. 30 Items, auch als Selbstbeurteilungsverfahren verfügbar, ca. 15–20 Minuten	Grässlin [18]: Cut-Off-Werte ≥ 16

Nähere Angaben zu den Verfahren s. Brähler et al. [5], Strauss und Schumacher [6], Hautzinger [19], Hautzinger und Meyer [20]

Tabelle 4

Instrumente zur klassifikatorischen Diagnostik

Name (Abkürzung), Autor(en)	Aufbau/Durchführungszeit	Interpretation
Internationale Diagnosenchecklisten für ICD-10 und DSM-IV (IDCL) von Hiller et al.	ICD-10: depressive Episode, Dysthymie, Anpassungsstörung; DSM-IV: Major Depression, Dysthymie, Anpassungsstörung; je Checkliste ca. 10–20 Minuten	Diagnosealgorithmus ICD-10 oder DSM-IV
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) von van Göllick et al.	Diagnosen nach ICD-10, darunter depressive Episode, Dysthymie mindestens 120 Minuten	Computerisierte Auswertung nach Diagnosealgorithmus ICD-10
Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) von Sheehan et al.	19 Störungen nach ICD-10 und DSM-IV, darunter Major Depression, Dysthymie, ca. 15 Minuten	Diagnosealgorithmus ICD-10 oder DSM-IV
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) von Schneider und Margraf	Störungen nach DSM-IV-TR, darunter gemischte Angst-Depressions-Störung, schweres depressives Syndrom, dysthyme Störung, ca. 60–90 Minuten	Diagnosealgorithmus DSM-IV-TR
Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS) von Margraf	Störungen nach DSM-IV und ICD-10; darunter schweres depressives Syndrom, dysthyme Störung, bipolare Störung, ca. 30 Minuten	Vereinfachter Diagnosealgorithmus ICD-10 oder DSM-IV
Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen (DIA-X) von Wittchen & Pfister	Störungen nach DSM-IV und ICD-10: Sektion E „Depressive Episoden und Dysthymie“; als PC-Version und Paper-Pencil-Version verfügbar, Gesamtversion 90 Minuten, ca. 15–20 Minuten	Computerisierte Auswertung nach Diagnosealgorithmus DSM-IV und ICD-10
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-V (SKID) von Wittchen et al.	Sektion A: Affektive Syndrome Gesamt ca. 100 Minuten	Diagnosealgorithmus nach DSM-IV

Nähere Angaben zu den Verfahren Stieglitz [2], Strauss und Schumacher [6], Wittchen et al. [9]

eine Diagnosestellung erforderlichen diagnostischen Kriterien, meist ergänzt um den zur Diagnose führenden diagnostischen Algorithmus. Der Vorteil von Checklisten ist die didaktisch meist gute Zusammenstellung der Kriterien, ihr Nachteil ist u. a. die Voraussetzung umfassender klinischer Erfahrungen (u. a. Psychopathologie, Gesprächsführung). Durch die Auflistung der diagnostischen Kriterien der jeweils vermuteten Störung wird gewährleistet, dass diese auch systematisch geprüft werden.

Interview. Ein Interview ist die zielgerichtete Interaktion zwischen 2 Personen. Im Bereich der klassifikatorischen Diagnostik sind vor allem strukturierte und standardisierte Interviews von besonderer Bedeutung. Gemeinsam ist beiden, dass die Fragen zu den diagnostischen Kriterien und deren Abfolge festgelegt sind. Ihr zentraler Unterschied besteht darin, dass beim strukturierten Interview vom Urteiler bei der Bewertung der Patientenaussa-

gen klinische Entscheidungen verlangt werden, beim standardisierten Interview liegen hingegen klare Bewertungsregeln hinsichtlich der Interpretation der Antworten vor (vgl. auch [4]). Vorteil dieser Interviews ist – verglichen mit klinischen Interviews – u. a. die hohe Interraterreliabilität. Als Nachteil zu nennen ist u. a. der hohe zeitliche Aufwand zum Erlernen und zur Durchführung der Interviews. Die Entwicklung von Interviews zur klassifikatorischen Diagnostik kann als eine der wichtigsten Innovationen seit Einführung der operationalisierten Diagnostik mit dem DSM-III betrachtet werden. Sie gehören mittlerweile zum diagnostischen Standard.

Diagnostischer Prozess bei einer depressiven Störung

Vorgehensweisen

Ausgehend von den weiter oben skizzierten Assessmentzielen einer Depressi-

onsdiagnostik, lassen sich diese, wie in **Abb. 2** dargestellt, integrieren: Besteht ein Verdacht auf eine depressive Störung (z. B. Patient äußert, nicht mehr richtig schlafen zu können), können entweder allgemeine oder spezielle Screeningverfahren eingesetzt werden (**Tabelle 1**), deren Ergebnisse meist anhand sogenannter Cut-Off-Werte (COW) oder Normwerte bewertet werden. Überschreitet ein Patient einen bestimmten COW oder befindet er sich mit seinem Skalenwert außerhalb der Norm (in Richtung Depressivität), ergeben sich Hinweise auf eine depressive Störung. Im Anschluss könnten gezielt Instrumente zur klassifikatorischen Diagnostik in Form von Checklisten oder strukturierten bzw. standardisierten Interviews (**Tabelle 4**) eingesetzt werden. Diese ermöglichen die Ableitung entsprechender Diagnosen für die wichtigsten Störungen aus dem depressiven Formenkreis nach ICD-10 oder DSM-IV. Ist man weiter daran interessiert, über die Diagnose hinaus den Schweregrad zu quantifizie-

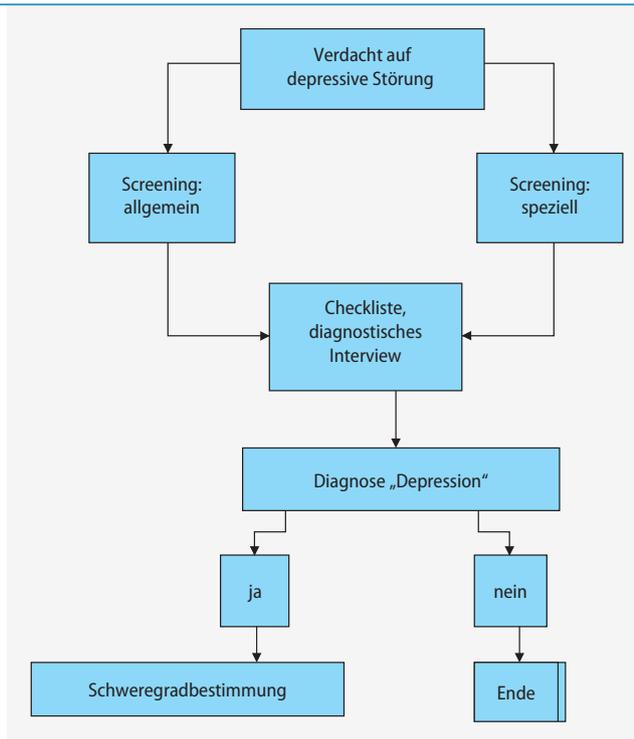


Abb. 2 ► **Diagnostischer Prozess einer depressiven Störung**

ren, bieten sich Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren an (■ **Tabelle 2 und 3**). Dies ist meist dann sinnvoll bzw. notwendig, wenn sich an die klassifikatorische Diagnostik eine Therapie anschließt, deren Wirksamkeit es im Verlauf zu evaluieren gilt (vgl. im Detail hierzu [2]). So lässt sich z. B. über die Veränderung des Gesamtwertes in einer Ratingskala (z. B. BRMS und/oder BDI) der Erfolg oder auch die Stagnation einer Therapie zeitnah evaluieren.

Probleme und Schwierigkeiten

Beim Einsatz der genannten Instrumente ist eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen. Einige sollen nachfolgend kurz skizziert werden.

Allgemeine Auswahl von Verfahren. Die Auswahl von Instrumenten zur Schweregradbewertung gestaltet sich insofern schwierig, als es mittlerweile weit über 100 Verfahren zur Erfassung einer depressiven Symptomatik gibt. Dabei ist zu beachten, dass alle Verfahren etwas anderes erfassen, d. h. sie auf unterschiedlichen Depressionskonzepten basieren. Zudem liegen häufig für die meist englischsprachigen Versionen keine adäquaten Übersetzungen und Validierungen vor (vgl. im

Detail [2]). Die in ■ **Tabelle 2 und 3** aufgeführten Verfahren können als bewährt betrachtet werden.

Auswahl von Verfahren nach Setting und Fragestellung. Aufgrund der Vielzahl der verfügbaren Verfahren sollte die Auswahl mit Sorgfalt, d. h. bezogen auf den individuellen Fall, erfolgen. Dabei ist eine Reihe von Punkten zu berücksichtigen [2]. Zwei seien an dieser Stelle besonders hervorgehoben: das Alter der zu untersuchenden Person sowie ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Population. Bestimmte Verfahren, wie z. B. HAMD (vgl. ■ **Tabelle 3**), sind zur Bewertung des Schweregrades der Symptomatik bei älteren Patienten nicht geeignet, da sie sehr auf körperliche Symptome fokussieren. Und: Bestimmte Populationen zeichnen sich durch spezielle Manifestationen einer depressiven Symptomatik aus (z. B. postpartale Depression, Depression bei einem schizophrenen Patienten; vgl. [2]), weshalb sich bei ihnen die Anwendung spezifischerer Verfahren besser eignet als die Anwendung allgemeiner Verfahren.

Umfang der Verfahren. Sowohl beim Screening als auch bei der Quantifizierung des Schweregrades wird oft diskutiert, ob die zu diesem Zweck eingesetzten

Verfahren möglichst wenig umfangreich sein sollen, d. h., ob die Beantwortung von nur einer, 2 oder 3 Fragen zur Identifizierung von Patienten mit einer möglichen Depression ausreichend ist. Studien konnten jedoch zeigen, dass die Sensitivität unter diesen Bedingungen häufig gering ist [21]. Auch bei den Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren sind, sofern ausreichend Zeit zur Verfügung steht, umfangreichere Verfahren zu präferieren (u. a. meist höhere Reliabilität). Gleiches gilt auch für diagnostische Interviews. Hier existieren als Kurzverfahren nur das Mini-DIPS und das M.I.N.I. (■ **Tabelle 4**), für die beide befriedigende Kennwerte ermittelt werden konnten. Sie gelten daher in der Praxis als eine echte Alternative zu den meist aufwendigen Interviews wie SCAN, DIPS, DIA-X oder SKID.

Diagnosestellung. Zur Diagnosestellung dürfen nicht nur Selbstbeurteilungsverfahren verwendet werden. Auffällige Werte in einem Selbstbeurteilungsverfahren entbinden den Untersucher nicht davon, die diagnostischen Kriterien der vermuteten Diagnose in ICD-10 oder DSM-IV zu prüfen. Dies gilt auch für Fremdbeurteilungsverfahren, da sie meist nicht an den diagnostischen Kriterien der ICD-10 bzw. des DSM-IV orientiert sind. Interviews sind hier die Methode der Wahl. Allerdings muss eingeschränkt werden, dass mit ihnen nicht immer alle depressiven Störungen erfassbar sind (z. B. depressive Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung). Mit ihnen nicht erfassbar sind auch subsyndromale Störungen, die durchaus einen Krankheitswert haben können (vgl. z. B. [22]).

Maskierung durch körperliche Symptome. Gerade bei Patienten in der allgemeinmedizinischen Versorgung besteht die Gefahr, dass sich die depressive Symptomatik hinter körperlichen Beschwerden wie Schlafstörungen und allgemeiner Müdigkeit versteckt.

Qualifikation der Anwender. Die Anwendung von Fremdbeurteilungs- und Interviewverfahren setzt eine qualifizierte Ausbildung voraus. Ist diese nicht gewährleistet, sollten Selbstbeurteilungsverfahren verwendet werden. Wird in diesen der

Verdacht auf eine depressive Störung bestätigt, sollten die Patienten an einen Experten überwiesen werden.

Fazit

Der Erfassung einer depressiven Symptomatik auf Symptom-, Syndrom- und Diagnoseebene kommt im klinischen Alltag eine herausragende Bedeutung zu. Patienten mit einer depressiven Symptomatik sind in allen medizinischen Settings vorzufinden. Ihre (rechtzeitige) Identifizierung ist daher von außerordentlicher Bedeutung (vgl. auch  Abb. 1). Hierfür steht heute eine Reihe bewährter Verfahren mit hinreichender psychometrischer Qualität (u. a. hohe Sensitivität und Spezifität) zur Verfügung, die je nach Assessmentsziel bzw. der zur Verfügung stehenden Zeit ausgewählt werden können. Bei adäquater Anwendung sind sie ein wichtiger Baustein im diagnostischen Prozess.

Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz,
Dipl.-Psych.**

Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
4031 Basel, Schweiz
E-Mail: rstieglitz@uhbs.ch

Literatur

- Berger M, Calkers Dv (2002) Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg) Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie, 2. Aufl. Urban & Fischer, München, S 541–636
- Stieglitz RD (2008) Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
- Stieglitz RD (2006) Klinische Diagnostik. In Petermann F, Eid M (Hrsg) Handbuch der Psychologischen Diagnostik. Hogrefe, Göttingen, S 654–664
- Wittchen HU, Freyberger HJ, Stieglitz RD (2001) Interviews. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 107–117
- Brähler E, Schumacher J, Strauss B (2002) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Strauss B, Schumacher J (2005) Klinische Interviews und Ratingskalen. Hogrefe, Göttingen
- Woike JK (2003) Screening. In: Kubinger KD, Jäger RS (Hrsg) Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik. Beltz PVU, Weinheim, S 375–377
- Dilling H (2002) Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern
- Stieglitz RD (2007) Screening. Psychother Psychol med Psychol 57:178–189
- Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T (1997) Einführung in die Epidemiologie. Huber, Bern
- Wancata J, Marquart B, Weiss M, et al. (2007) Screeninginstrumente für Depressionen. Psychosoma Konsiliarpsychiatr 1:144–153
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. JAMA 282:1737–1744
- Loewe B, Gräfe K, Zipfel S, et al. (2004) Diagnosing ICD-10 depressive episodes: Superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. Psychother Psychosom 73:386–390
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. (2003) Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ 326:200–201
- Härter M (2001) Diagnostik in epidemiologischen Untersuchungen. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 339–350
- Streiner DL (2003) Diagnosing tests: using and misusing diagnostic and screening tests. J Pers Ass 81:209–213
- Bech P, Rasmussen NA, Raabæk Olsen L, et al. (2001) The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Dis 66:159–164
- Grässlin Y (2004) Validierung der deutschen Version des Inventory of depressive Symptoms (IDS) in einem Selbstbeurteilungsverfahren. Unveröffentlichte medizinische Dissertation, Freiburg i. Br.
- Hautzinger M (1998) Depression. Hogrefe, Göttingen
- Hautzinger M, Meyer T (2001) Diagnostik affektiver Störungen. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 418–429
- Mitchell AJ, Coyne JC (2007) Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? Br J Gen Pract 57: 144–151
- Helmchen H (2001) Unterschwellige psychische Störungen. Nervenarzt 72:181–189

Neuer Kurskatalog „medicine & health 2008“ erschienen

Der neue Kurskatalog „medicine & health 2008“ von GOING INTERNATIONAL mit regionalen und internationalen Fort- und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitsbereich ist erschienen. Dieser Katalog in deutscher und englischer Sprache richtet sich zur beruflichen Weiterbildung und Karriereplanung an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, an Fachpflegeberufe, Entscheidungsträger im Gesundheitsbereich und an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sozial- und Non-Profit-Bereich. 2500 Kurse, postgraduale Lehrgänge, Masterprogramme und Kongresse von Universitäten, internationalen Organisationen und Instituten wurden zusammengestellt. Zusätzliche Informationen zu Weiterbildungsmöglichkeiten, aktuellen Gesundheitsthemen und Berufschancen im Gesundheitsbereich geben Artikel, Weblinks und eine Auflistung von wissenschaftlichen Journalen.

Die Lehrgänge sind in folgende Themenbereiche gegliedert:

- Krankenhausorganisation, Informations-Technologie & Management
- Medizin interdisziplinär, Ernährung, Onkologie, Schmerztherapie
- Medizinische Fachdisziplinen von Anästhesie bis Tropenmedizin
- Public Health, Epidemiologie, Gesundheitsförderung, Gesundheitsökonomie
- Evidence-Based Medicine und Forschung
- Katastrophen- und Humanitäre Hilfe (Auslandseinsätze)
- Internationale Zusammenarbeit (Auslandseinsätze)

Der neue Kurskatalog „medicine & health 2008“ (288 Seiten) von GOING INTERNATIONAL 2007 kann für 39,90 EUR im Internet auf folgender Website bestellt werden: www.going-international.at.

*Quelle: Going International,
www.going-international.at*