



Bundesamt für Gesundheit BAG
Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen (2017–2020)

Mandat 10

Psychische Gesundheit in der kinder- und hausärztlichen Versorgungspraxis

Schlussbericht 15. Juli 2020

Projektleitung:
Prof. Dr. Frank Wieber und Prof. Dr. Agnes von Wyl

Projektteam:
Dr. Aureliano Crameri, Prof. Dr. med. Julia Dratva, MPH, MSc Silvia Passalacqua, Dr. Annina Zysset

Ein Gemeinschaftsprojekt des Instituts für Gesundheitswissenschaften und des Psychologischen Instituts der ZHAW.

07/2020

An:
Bundesamt für Gesundheit BAG
Cinzia Zeltner
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Kontakt: Interprofessionalitaet@bag.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

1	ZUSAMMENFASSUNG.....	3
2	AUSGANGSLAGE UND PROJEKTZIELE	5
2.1	Präventionspotenzial in der Primärversorgung	5
2.2	Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	5
2.3	Screeninginstrumente.....	6
2.4	Ziel des Mandats.....	6
2.5	Projektauftrag	7
3	PHASE 1: SITUATIONSANALYSE	7
3.1	Literaturrecherche Screeninginstrumente	7
3.2	Fokusgruppen mit medizinischen Expertinnen und Experten.....	15
3.3	Fazit Phase 1	19
4	PHASE 2: KONZEPTERARBEITUNG	19
5	PHASE 3: ERARBEITUNG MASSNAHMENPAKETE.....	20
5.1	Erarbeitung eines Massnahmenpaketes für das Kindesalter und für Jugendliche	21
5.2	Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte zur Erkennung von Depressionen und Angststörungen.....	24
6	FAZIT UND AUSBLICK.....	26
7	LITERATURVERZEICHNIS	29
8	ANHANG.....	32
8.1	Anhang 1: Liste der Meta-Analysen zu Screeninginstrumenten für Erwachsene	32
8.2	Anhang 2: Flyer und Fachinformationen Kindesalter	34
8.3	Anhang 3: Broschüre und Fachinformationen Jugendliche.....	34

1 Zusammenfassung

Ausgangslage und Projektziel

Knapp 17 Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden an psychischen Störungen oder Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung (Schuler & Burla, 2012). Viele psychische Störungen treten schon früh im Leben auf. Im Kindesalter geht man global von 10 bis 20% Betroffenen aus (Kieling et al., 2011). Unbehandelte psychische Störungen können für Erwachsene, aber auch für alle Kinder und Jugendlichen langfristige Folgen haben. Für letztere sind insbesondere eingeschränkte schulische Entwicklung und Schulmisserfolge mit psychischen Störungen assoziiert (Schulte-Körne, 2016).

Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sind die Ärztesgruppe, die von der Bevölkerung am häufigsten aufgesucht werden. Nicht zuletzt die NCD-Strategie hat deshalb das hohe Präventionspotenzial in der Primärversorgung festgehalten (BAG, 2016). Eine Sensibilisierung und erweiterte Aufklärung in den Kinder- und Hausarztpraxen können zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen beitragen. Das vorliegende Mandat zielte darauf ab, Bedarfe in der Kinder- und Hausarztpraxis beim Thema psychische Gesundheit und Krankheit zu identifizieren und in Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten konkrete Massnahmen für die Praxis zu entwickeln, die die Prävention und Früherkennung und adäquate Behandlung von psychischen Störungen fördern.

Phase 1: Situationsanalyse

Literaturrecherchen zu Screeninginstrumenten im Kindes- und Erwachsenenalter ergaben, dass für Kinder und Jugendliche mehrere Screenings für psychische Störungen existieren, die in allen drei Sprachversionen (d, f, i) vorliegen, gute psychometrische Eigenschaften aufweisen und sich prinzipiell für die Durchführung in der haus- und kinderärztlichen Praxis eignen. Zusätzliche Recherchen zur Evidenz für den Nutzen von Screenings zur psychischen Gesundheit in der haus- und kinderärztlichen Praxis zeigten allerdings inkonsistente Befunde. Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten aus der Pädiatrie, Hausarztpraxis und Psychiatrie zeigten zudem, dass die Screening-Instrumente zwar mehrheitlich bekannt sind, die Akzeptanz, solche Instrumente zu verwenden, jedoch gering ist. Als Grund wurde angegeben, dass das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten für die Erkennung psychischer Gesundheitsprobleme zentral sei. Fehlende Zeit und keine Abrechnungsmöglichkeiten seien weitere Hindernisse zur Verwendung der Screeninginstrumente. Jedoch bestätigten Kinder- wie auch Hausärztinnen und -ärzte einen grossen Bedarf im Themengebiet psychische Gesundheit und sie zeigten sich motiviert, Verbesserungen zu erreichen. Konkrete Bedarfe wurden in der Sensibilisierung zum Thema psychische Gesundheit gesehen mit einem Schwerpunkt auf ressourcenorientierter Förderung der psychischen Gesundheit. Als weiterer Bedarf wurde eine Hilfestellung zu Angststörungen und Depression formuliert.

Phase 2: Konzepterarbeitung

Auf Basis der Ergebnisse der Situationsanalyse wurden konkrete Projektvorschläge erarbeitet und mit dem BAG und den beteiligten Fachpersonen abgestimmt. Ein erstes Massnahmenpaket inklusive ressourcenorientierter Tipps sollte für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erarbeitet werden. Ein zweites Massnahmenpaket sollte Empfehlungen für Hausärztinnen und -ärzte zur Erkennung der in der Primärversorgung am häufigsten auftretenden psychischen Störungen und eine Publikation in Fachzeitschriften umfassen. Die Entwicklung von Broschüren zu psychischer Gesundheit als ressourcenorientierte Informationen soll es den Kinderärztinnen und -ärzten ermöglichen, Eltern niederschwellig für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren und ihnen helfen, das Thema anzusprechen. Diese Idee wurde sowohl aus Sicht der bisherigen Forschung als auch der Kinderärztinnen und -ärzte im Rahmen der Fokusgruppen und Interviews als sehr vielversprechend und machbar bewertet. Solche Informationsunterlagen entsprechen der ressourcenorientierten Arbeitsweise der Kinderärztinnen und -ärzten. Da sich die Bedürfnisse zwischen den Altersgruppen Kinder und Jugendliche unterscheiden, wurden separate Broschüren vorgeschlagen. Die Broschüre zur Förderung der psychischen Gesundheit bei

6- bis 12-jährigen Kindern soll Eltern helfen, ihre psychische Gesundheitskompetenz zu verbessern, und ihnen alltagsnahe Tipps geben, auf welche Einstellungen und Verhaltensweisen zu achten ist, um mögliche Probleme frühzeitig zu erkennen und diese mit ihrer Kinderärztin oder ihrem Kinderarzt zu besprechen. Die Broschüre für Jugendliche soll sich direkt an die Jugendlichen richten. Sie soll auf die wichtigsten Problemsituationen eingehen und den Jugendlichen konkrete Werkzeuge an die Hand geben, um solche Situationen zu erkennen, zu bewältigen und sie mit ihrer Kinderärztin oder ihrem Kinderarzt zu besprechen. Die Broschüren sollen in Arztpraxen ausgelegt werden. Zu beiden Broschüren sollten noch Fachinformationen mit relevanten Hintergrundinformationen erstellt werden, die Ärztinnen und Ärzte beim Bestreiten von Gesprächen zur psychischen Gesundheit unterstützen.

Phase 3: Erarbeitung der Massnahmenpakete

Zur inhaltlichen Erarbeitung der Massnahmenpakete für das Kindes- und Jugendalter wurden systematische Literaturrecherchen durchgeführt mit dem Ziel, Forschungsergebnisse zu wirksamen Elementen oder Interventionen im Bereich Stärkung der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen zu recherchieren. Die ausgewählten Faktoren wurden mit Ärztinnen und Ärzten aus Pädiatrie und Psychiatrie diskutiert und entsprechend den Rückmeldungen angepasst. Bei der Recherche für das Jugendalter zeigte sich eine bereits vorhandene Broschüre – entwickelt von einer Expertengruppe aus den USA – als ausgezeichnete Grundlage. Sie enthält psychoedukative Module mit praktischen Übungen und eine grosse Anzahl altersspezifischer Themen, die in einer für Jugendliche angepassten Sprache formuliert sind. In Absprache mit den Herausgebern (Adolescent Health Working Group in San Francisco) wurde eine Auswahl von Themen aus dem *tool kit* ausgewählt, übersetzt und dem schweizerischen Kontext angepasst. Begleitend wurden für beide Altersgruppen Fachinformationen erstellt. Diese enthalten wichtige epidemiologische Daten, kurze Vorstellungen geeigneter diagnostischer Screening-Instrumente und konkrete Formulierungsvorschläge zum Ansprechen psychischer Probleme. Die unter Beteiligung von Kinderärzten Schweiz (KiS), pädiatrie Schweiz (SGP) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) erarbeiteten Broschüren und Fachinformationen werden in mehrere Sprachen übersetzt und sind über die ZHAW erhältlich (www.zhaw.ch/takecare). Weiterhin werden die Produkte über unterschiedliche Kanäle, wie die Fachgesellschaften Kinderärzte Schweiz und das Netzwerk psychische Gesundheit, verbreitet werden.

Zur Erarbeitung des Massnahmenpakets mit Empfehlungen für Hausärztinnen und -ärzte zur Erkennung der in der Primärversorgung am häufigsten auftretenden psychischen Störungen wurde eine Literaturrecherche als Grundlage für die Publikation in Zeitschriften der Ärzteschaft durchgeführt. Das erarbeitete Manuskript befindet sich im Publikationsprozess, der erst nach Abschluss des Projekts beendet sein wird.

Fazit

Primärversorger haben bei der Prävention und Früherkennung psychischer Gesundheitsprobleme eine zentrale Rolle, da sie regelmässig von der Bevölkerung aufgesucht werden. Im Rahmen des Mandats wurden Produkte für verschiedene Zielgruppen – Fachärztinnen und Fachärzte aus der Hausarztpraxis und Pädiatrie sowie Eltern jüngerer Kinder und Jugendliche – erarbeitet, die die Prävention und Früherkennung von psychischen Störungen in der beruflichen Praxis der Primärversorger fördern sollen. Die durch die Fachgesellschaften unterstützten Broschüren und Fachinformationen bieten eine niederschwellige Ressource zur Sensibilisierung für das Thema psychische Gesundheit und Krankheit. Aufbauend auf diesem Projekt bieten sich eine breite Dissemination, eine Evaluation der Massnahmen wie auch weiterführende Projekte mit verstärktem Fokus auf die Diagnostik und Therapie als vielversprechende Schritte für die nähere Zukunft an.

2 Ausgangslage und Projektziele

Knapp 17 Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden an psychischen Störungen oder Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung (Schuler & Burla, 2012). In ca. einem Drittel der Fälle liegen Komorbiditäten vor (Schuler & Burla, 2012; Tuch, 2018). Psychische und nicht-übertragbare Erkrankungen weisen national und global steigende Inzidenz- und Prävalenzzahlen auf (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016) und stellen für die Betroffenen und die Gesellschaft ein relevantes Public-Health-Problem dar.

Damit Menschen, die neben einem somatischen auch ein psychisches Krankheitsbild aufweisen, optimal versorgt werden können, muss das Bewusstsein für psychische Beeinträchtigungen geschärft werden. Dies ist insbesondere wichtig, wenn die körperlichen Leiden der Betroffenen unmittelbar und sichtbar sind, während die psychischen Leiden eher im Hintergrund stehen. Hier sollten Massnahmen für die Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte zur Sensibilisierung für psychische Gesundheitsprobleme und für die Förderung der psychischen Gesundheit zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere sollte die Verfügbarkeit, Eignung und Akzeptanz von Screeninginstrumenten geprüft werden.

2.1 Präventionspotenzial in der Primärversorgung

Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sind die Ärztesgruppe, die von der Bevölkerung am häufigsten aufgesucht werden. Nicht zuletzt die NCD-Strategie hat diesem Umstand entsprechend das hohe Präventionspotenzial in der Primärversorgung festgehalten (BAG, 2016). Nach einem Review von Eisner et al. (2011) beschränken sich die Screenings in der Schweizer Primärversorgung allerdings aktuell auf somatische Krankheiten (z.B. Impfungen, kardiovaskuläre Gesundheit). Screenings psychischer Erkrankungen und Störungen werden nicht erwähnt. Für viele Personen sind Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte langjährige Fachpersonen des Vertrauens, eine Basis, die für die Erfassung von psychischen Störungen und Risiken nicht unerheblich ist. Die Angst vor Stigmatisierung und Fehleinschätzung ihres Risikos führt nicht selten zu einer verspäteten Diagnose und Behandlung. In diesem Zusammenhang besteht bei jedem Arztbesuch, der aus anderen Gründen erfolgt, eine Chance, diese Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu erkennen. Nach Katon et al. (1992) weisen 5 bis 10% der Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung eine depressive Störung auf. Jedoch werden psychische Krankheiten nicht immer von den Ärztinnen und Ärzten erkannt (Fekadu et al., 2017). Häufig erschweren Komorbiditäten die Erkennung und Behandlung von somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen. Da die Symptome nicht eindeutig zu interpretieren sind, geht es oft länger, bis die Grunderkrankung eruiert werden kann. Gesundheitliche Mehrfachbelastungen können die Genesung verzögern, die Medikamenten-Compliance verringern und nötige Verhaltensänderungen einschränken. Auch können bislang kompensierte psychische Störungen unter der Mehrfachbelastung dekompensieren. Eine Sensibilisierung und erweiterte Aufklärung in den Kinder- und Hausarztpraxen kann daher zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen beitragen.

2.2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Viele psychische Störungen treten schon früh im Leben auf. Im Kindesalter geht man global von 10 bis 20% (Kieling et al., 2011) Betroffenen aus. Für die Schweiz gibt es keine nationalen Daten, aber Hinweise von verschiedenen Studien, dass die Prävalenz ähnlich hoch ist (von Wyl, Chew, Bohleber & Haemmerle, 2017). Typische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind Angststörungen, Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens. Man geht von einer grossen Diskrepanz zwischen der Anzahl Kinder und Jugendliche in Behandlung und der tatsächlichen Anzahl an Betroffenen aus (Green et al., 2013), was einerseits mit einer unzureichenden Identifikation der Problematik, andererseits mit einer Unterversorgung an ambulanten und stationären Behandlungsplätzen zusammenhängt. Unbehandelte psychische Störungen haben für alle Kinder und Jugendliche langfristige Folgen. Insbesondere eingeschränkte Schulentwicklung und Schulmisserfolge sind wiederkehrend mit psychischen Störungen im Kindesalter assoziiert (Schulte-Körne, 2016) worden und führen zu einem Fortbestehen einer häufig bereits bestehenden sozioökonomischen

Benachteiligung auch im Erwachsenenalter. Nicht selten werden Kinder auf Anstoss von Lehrern vorgestellt, da sie im schulischen Umfeld auffällig wurden, vermehrt mit externalisierten, weniger mit internalisierten Störungen.

Während der Adoleszenz fallen die meisten Krankheitsjahre auf psychiatrische Störungen wie Depressionen, Alkoholmissbrauch und Schizophrenie zurück (Gore et al., 2011). Der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter ist eine fordernde Zeit, der nicht alle Jugendlichen und Familien gleichermassen gewachsen sind. Psychische Störungen oder Erkrankungen können den Lernerfolg und den Einstieg in die Arbeitswelt beeinträchtigen. Junge IV-Rentenbezüger weisen überdurchschnittlich häufig psychische Diagnosen auf (Baer, Altwicker-Hámori, Juvalta, Frick & Rüesch, 2016). Im Erwachsenenalter sind ebenfalls Angststörungen mit am häufigsten anzutreffen. Für die Schweiz geht man von ca. 16% aus, dagegen liegen milde bis schwere Depressionen bei ca. 6.5% und weniger schwerwiegende Depressionen bei 22% (BAG, 2015). Komorbiditäten sowohl mit psychischen als auch somatischen Erkrankungen liegen in einem Drittel vor. Nicht immer liegen Ereignisse oder Lebensphasen vor, die in der alltäglichen somatischen Versorgung an eine psychische Störung denken lassen, so wie zum Beispiel bei der postpartalen Depression oder assoziierten Transitionsphasen, wie der Berentung oder dem Versterben eines Angehörigen, sodass auch im Erwachsenenalter eine Vielzahl an Patientinnen und Patienten unterversorgt bzw. nicht erkannt werden (BAG, 2015). Die Angst vor Stigmatisierung sowohl der eigenen Kinder als auch der Erwachsenen ist ein starker Hinderungsgrund, eine Abklärung vornehmen zu lassen. Einem Screening beim vertrauten Arzt oder bei der vertrauten Ärztin wurde daher das Potenzial zugeschrieben, allgemein der Stigmatisierung und der Unterversorgung entgegenzuwirken.

2.3 Screeninginstrumente

Für psychische Erkrankungen und Störungen liegen eine Vielzahl an diagnostischen Instrumenten und psychiatrischen Testbatterien für verschiedene Altersgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) vor, welche spezifische psychische Krankheitsbilder valide erfassen. Allerdings sind nur wenige dabei, die ein erstes valides Screening verschiedener Krankheitsbilder ermöglichen (z.B. General Health Questionnaire [GHQ], Primary Health Questionnaire [PHQ], Kessler Psychological Distress Scale, and Self-Reporting Questionnaire [SRQ]; Patel, 2008). Psychiatrische Tests sind oft zeitlich aufwendig und benötigen häufig langjährige Erfahrung, wenn nicht eine fundierte psychologische oder psychiatrische Ausbildung (Hargrave et al., 2015). So werden psychiatrische Screenings, auch wenn es international einige Beispiele zu ihrer Implementierung in der Praxis gibt (z.B. in England; Scott, 2002), in der Schweiz in der Praxis des Primärversorgers selten angewandt.

2.4 Ziel des Mandats

Das vorliegende Mandat zielte darauf ab, die Handlungsbedarfe in der Kinder- und Hausarztpraxis beim Thema psychische Gesundheit zu identifizieren und in Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten konkrete Massnahmen für die Praxis zu entwickeln. Es sollten Massnahmen priorisiert werden, die eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit versprechen.

Das Projekt gliedert sich in drei Projektphasen, welche in der Abbildung 1 dargestellt werden.

1. Erarbeiten einer Übersicht über Screeninginstrumente, die in der somatischen Versorgung tätigen Fachpersonen ermöglichen, relativ schnell, einfach, aber bei hoher Zuverlässigkeit den psychischen Zustand von Patientinnen und Patienten einzuschätzen
2. Abklären des Bedarfs und der Eignung und Akzeptanz der Screeninginstrumente in der haus- und kinderärztlichen Praxis und Bestätigung des Bedarfs an Hilfestellungen zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis
3. Erarbeiten von Massnahmenpaketen zur Erkennung von psychischen Störungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit auf Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz und unter Einbezug von Expertinnen und Experten.

Abschliessend sollen die im Rahmen der Massnahmen erarbeiteten Broschüren und Fachinformationen aktiv über die Fachgesellschaften verbreitet werden. In den folgenden Kapiteln werden das Vorgehen und die Ergebnisse der einzelnen Phasen detailliert beschrieben.

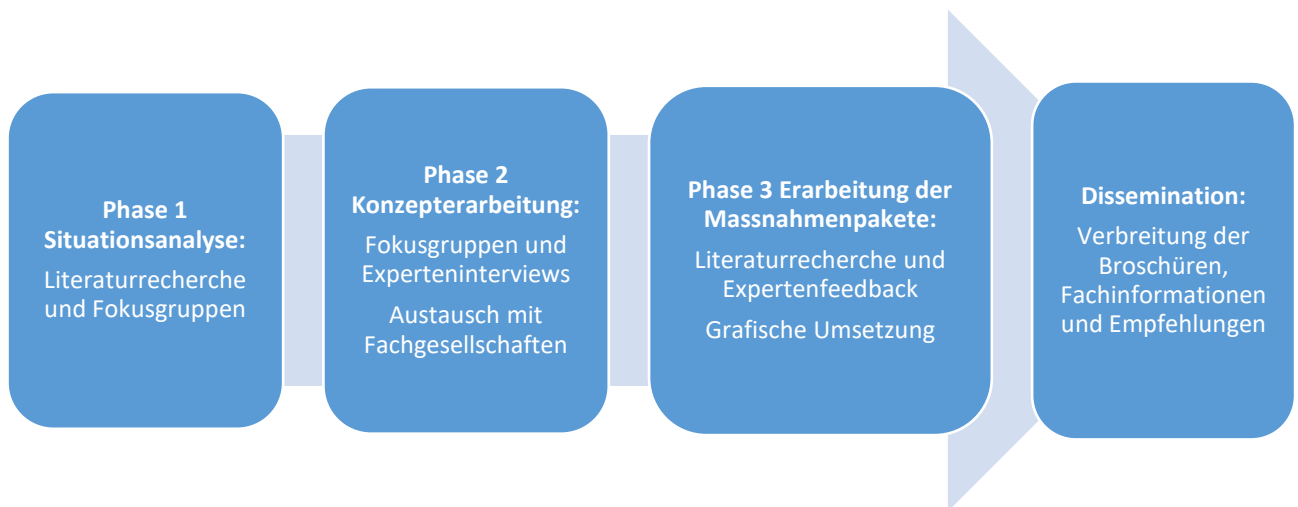


Abbildung 1: Projektphasen

2.5 Projektauftrag

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde durch das Bundesamt für Gesundheit BAG im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesens 2017-2020» finanziert. Es wurde seitens BAG durch folgende Vertreter/innen begleitet: Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter (bis 29.02.2020), Cinzia Zeltner, Bettina Marti, Lea Pucci (wissenschaftliche Mitarbeiterinnen), sowie Lara De Simone, wissenschaftliche Projektassistentin.

3 Phase 1: Situationsanalyse

Im Rahmen der Situationsanalyse wurde das Vorhandensein geeigneter Instrumente «für die Erkennung von psychischen Krankheitsbildern im somatischen Versorgungsbereich» für Erwachsene wie auch Kinder in deutscher, französischer und italienischer Sprache recherchiert. Weiter wurden in Fokusgruppen mit Fachpersonen aus Kinder- und Hausarztpraxen und der Psychiatrie die Nutzungshäufigkeit und Akzeptanz der Screeninginstrumente in der Praxis erhoben und weitere Bedarfe für die Erkennung von psychischen Störungen in der Primärversorgung identifiziert.

3.1 Literaturrecherche Screeninginstrumente

Aufgrund der altersgruppenspezifischen Manifestationen sowie unterschiedlicher Kommunikations- und Diagnosemethoden eignet sich kein einzelnes Instrument für das ganze Altersspektrum von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Die grossen Entwicklungsschritte und sich verändernden Anforderungen an Kinder und junge Jugendliche zwischen 0 und 16 Jahren bedingen allein in dieser Altersspanne eine Vielzahl an Instrumenten. Für die Spät-Adoleszenz bis Junges Erwachsenenalter (16-25 Jahre) liegt bereits ein in der Schweiz entwickeltes und getestetes Instrument, das Zürcher Adoleszenten Screening Instrument Psychischer Störungen (ZASIPS) vor¹. Weiter ist die Diagnosestellung insbesondere in der frühen Kindheit aufgrund einer grossen normalen Entwicklungsvarianz schwierig und wird häufig erst im Schulalter vollzogen. Das Projektteam hat sich aufgrund dieser Ausgangslage entschieden, sich auf die Altersgruppen Erwachsene (>25 Jahre) und Kinder/junge Adoleszente (6–15 Jahre) zu konzentrieren.

¹ <https://www.zhaw.ch/de/psychologie/forschung/klinische-psychologie-und-gesundheitspsychologie/diagnostik/zasips/>

Im Rahmen einer Desktop-Literaturrecherche wurden potenziell geeignete Screeninginstrumente für psychische Gesundheitsprobleme für beide Altersgruppen zusammengestellt, entlang eines Kriterienrasters aufbereitet und in ihrer Testgüte, Anwendbarkeit und Eignung für den Einsatz in der pädiatrischen und hausärztlichen Praxis beurteilt. Dabei wurden sowohl die deutsch-, französisch- wie auch italienischsprachige Literatur eingeschlossen.

Das Projektteam hat in einem Konsensverfahren ein umfassendes Kriterienraster für die Beurteilung der Instrumente erarbeitet. Die folgenden Kriterien wurden im Raster beurteilt:

- die Störungsbilder (Depression, Angst, weitere Störungsbilder)
- der Altersbereich (ab _ Jahre bis _ Jahre)
- die Sprachversionen (deutsch, französisch, italienisch)
- die Validierung der jeweiligen Sprachversion (de, fr, it)
- die Verbreitung (z.B. klinische Praxis, Forschung)
- die Gütekriterien (Veränderungssensitivität, Sensitivität, Spezifität, Validität, Objektivität der Auswertung / Interpretation und die Quelle der Informationen zu den Gütekriterien)
- die Applikation (Typ, Selbsturteil [Kinder], Fremdurteil [Eltern], Fremdurteil [Lehrperson], Urteil [Fachperson Arzt oder Psychologe oder sonstige], Anzahl Items, Bearbeitungszeit / Durchführung min., Auswertungszeit min., Voraussetzungen für Anwendung / besonderes Fachwissen, Bearbeitung Paper Pencil, Bearbeitung PC, Bearbeitung sonstige [z.B. App], Auswertung manuell, Auswertung online, Eignung Management durch Assistent / MPA [Durchführung und Auswertung])
- die Kosten (frei verfügbar, Kosten Papier-Version, Kosten Online-Version [falls vorhanden]),
- Bemerkungen
- potenzielle Schwierigkeiten (z.B. umgepolte Items, schwer verständliche Fragen oder Antwortformate).

Die Literaturrecherchen orientierten sich am Vorgehen systematischer Literaturreviews und umfassten mehrere Zugänge. Es wurden bereits hinterlegte Begriffe zur Suche verwendet, wie sie mit den sogenannten «Classification codes» beim PsycTESTS Classification System und PsylInfo oder den MESH Terms in der PubMed-Datenbank vorhanden sind. Als Suchbegriffe werden hierbei Verknüpfungen zentraler Begriffe bzw. Synonyme und Trunkierungen genutzt (z.B. Screening AND child* AND mental disorder OR Mental Health OR depression OR anxiety). Weiterhin wurde ein Glossar mit den Suchbegriffen in allen drei Sprachen angelegt. Dabei wurden bereits vorhandene Übersetzungen in Datenbanken und auf den Homepages fachlich relevanter Seiten genutzt, um die in den Regionen üblicherweise genutzten Begriffe zu identifizieren.

Einen Schwerpunkt bei der Suche bildeten Überblicksarbeiten wie Reviews, Meta-Analysen und Handbücher. Ein aussagekräftiger Review ist von Thabrew et al. (2017) vorhanden, in dem Screeninginstrumente für psychosoziale Probleme bei Kindern mit «*long-term physical condition*» zusammengestellt sind und unter anderem in die Kategorien Altersspannweite, Abdeckung von Angst / Depression, Dauer der Bearbeitung, Sprachversion (Deutsch, Französisch, allerdings nicht Italienisch) eingeordnet wurden. Übereinstimmend mit dem im aktuellen Projekt formulierten Handlungsbedarf fanden die Autoren kein ideales Instrument. Ein weiterer Review wurde von Sharp und Lipsky (2002) durchgeführt. Ausgehend von den gefundenen Arbeiten wurden die jeweiligen Referenzen systematisch auf weitere relevante Arbeiten und Manuskripte durchsucht (backward reference search). Als weiterer Zugang erfolgte die Suche über spezialisierte Verlagsseiten wie beispielsweise die Testzentrale von Hogrefe (www.hogrefe.ch). Schliesslich wurde auch eine Desktop-Recherche zu bereits früher gesammelten Instrumenten durchgeführt wie auch per Google und Google Scholar gesucht, um eine breitestmögliche Abdeckung zu erreichen.

Recherche im Kindesalter

Zunächst wurde eine Datenbankrecherche nach Screeninginstrumenten für Kinder durchgeführt. Die verwendeten Suchbegriffe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchverlauf der Datenbankrecherche nach Screeninginstrumenten für Kinder

Datenbank/Suchbegriffe	Ergebnisse
PSYINDEXplus Tests (08./09.2018)	
11*.tc. and (school age or child* or adolescent).mp. and screen*.mp. [mp=title, abstract, classification word, key phrase, heading words, intended audience]	105
11*.tc. and (school age or child*).mp. and (depressi* or affect*).mp. [mp=title, abstract, classification word, key phrase, heading words, intended audience]	50
11*.tc. and (school age or child*).mp. and anxiet*.mp. [mp=title, abstract, classification word, key phrase, heading words, intended audience]	42
11*.tc. and (school age or child*).mp. and (depressi* or affect*).mp. and anxiet*.mp. [mp=title, abstract, classification word, key phrase, heading words, intended audience]	6
<i>Total</i>	<i>204</i>
<i>Total nach Entfernung von Duplikaten</i>	<i>70</i>
PsycINFO (10.2018)	
(Childhood or Child*).ag. and (Screening or questionnaire).sh. and ((depressi* or affect*) and anxiety).sh.	1
Psyc TESTS (10.2018)	
((childhood or child* or adolescent*) and screen* and (depress* or affec*) and anxiety*).af.	61 (50 ohne Duplikate)

Zusätzlich wurde die Übersicht von Barkmann (2010) zu klinisch-psychiatrischen Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter gesichtet, wobei fast alle der hier genannten Breitbandverfahren auch in der Datenbankrecherche erschienen waren.

Tabelle 2: Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter nach Barkmann (2010)

Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter, Barkmann (2010)	Ergebnisse
Total Breitbandverfahren	14
Total nach Ausschluss, weil nicht im gesuchten Altersbereich	9
8 davon in PSYINDEXplus Tests Suche enthalten = 1 (PFK 9–14)	

Ausgehend von den Ergebnissen der Datenbankrecherche wurden zusätzliche Artikel gesichtet, auf die in den gefundenen Artikel verwiesen wurde. Relevante Instrumente aus allen Ergebnissen wurden in das Raster eingefügt. Ausgehend von den Rasterkriterien wurden für geeignete Screeninginstrumente spezifische Suchen nach Validierung von Sprachversionen, Spezifität und Sensitivität durchgeführt, um möglichst alle relevanten Informationen ausfüllen zu können. Es zeigte sich, dass für viele Instrumente verschiedene Versionen entwickelt wurden (Bsp. short-, long-, revised-, x-item-, child-, teacher- parent-version etc.). Dabei sind nicht alle Versionen validiert und in allen Sprachen (Deutsch, Französisch oder Italienisch) verfügbar. Beispielsweise liegen von der Pediatric Symptom Checklist-17 (PSC-17) keine Versionen in Deutsch, Französisch oder Italienisch vor, während es die längere, aber dadurch weniger für das aktuelle Vorhaben geeignete PSC-Version in allen drei Sprachen gibt. Entsprechende Kommentare wurden im Kriterienraster eingefügt.

Schlussendlich wurden die Screeninginstrumente in der Tabelle von zwei Personen beurteilt. Dabei wurden als besonders wichtige Kriterien die Verfügbarkeit in allen drei Sprachversionen, zufriedenstellende Gütekriterien, kurze Durchführungszeit und einfache Auswertung berücksichtigt. Vier Instrumente, die nach unseren Kriterien geeignet erschienen, waren der Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ), die Pediatric Symptom Checklist (PSC), der KINDLR- und der KIDSCREEN-10-Fragebogen.

Sowohl SDQ, PSC und KINDLR als auch KIDSCREEN 10 existieren in deutschen, französischen und italienischen Sprachversionen. Alle Übersetzungen wurden auch validiert. Sie decken einen breiten Altersbereich von 4 bis 16/17 Jahren ab bzw. 8–18 Jahren für den KIDSCREEN 10. Die Anzahl der Items bewegt sich zwischen 10 und 35. Für alle Instrumente gilt, dass sie in kurzer Zeit ausgefüllt werden können. Die Screeninginstrumente sind so konzipiert, dass sie von den Eltern oder den Kindern bzw. Jugendlichen ausgefüllt werden können. Die Auswertung benötigt keine speziellen Fachkenntnisse. Somit könnte die Auswertung, die meist durch Aufsummierung geschieht, auch von Assistenzpersonen durchgeführt werden. Die Paper-Pencil-Versionen sind frei verfügbar. Die ausgewählten psychischen Screeninginstrumente für Kinder sind nicht störungsspezifisch, sondern erfassen psychische Gesundheit im Allgemeinen. Teilweise liegt eine Subskala vor, die Hinweise für eine internalisierende Störung liefern kann (z.B. SDQ, PSC).

Für den SDQ wurde bereits eine Online-Version und ein Online-Auswertungsprogramm auf Englisch erstellt. Diese könnten möglicherweise auch für die Schweiz adaptiert werden. Ab dem Alter von 11 Jahren ist ein Self-Report für Kinder möglich. Die PSC (Pediatric Symptom Checklist) ist ebenfalls sehr gut ausgearbeitet und wird in den USA häufig gebraucht. Es wurden Anleitungen für die Anwendung in der Praxis erstellt, welche die Einführung des Screenings während der Konsultation sowie die Besprechung nach der Auswertung erklärt (<https://www.massgeneral.org/psychiatry/services/treatmentprograms.aspx?id=2008>). Es gibt eine Online-Version in Englisch wie auch Versionen für Eltern und Kinder.

Studienergebnisse zur Implementierung der ausgewählten Instrumente

Mit allen ausgewählten Instrumenten wurden bereits mehrere Studien durchgeführt. Ein Grossteil der Studien erscheint in relevanten Reviews über psychische Gesundheit. Deighton et al. (2014) führten einen Review über Self-Report-Instrumente zur Erfassung von psychischer Gesundheit und *well-being* von Kindern und Jugendlichen durch. Elf Instrumente werden in dem Review vorgestellt. KIDSCREEN, SDQ und PSC sind unter den ausgewählten Instrumenten und werden als geeignet beschrieben. Allerdings ist ein ideales Screening laut den Autoren nicht dabei, da für kein Verfahren ausreichende psychometrische Evidenz vorliegt, um den Schweregrad und die Veränderung über die Zeit zu messen. Im Gegensatz zum Review wurden im aktuellen Bericht nicht ausschliesslich Selbstbeurteilungsverfahren gesucht, sondern auch Fremdbeurteilungsverfahren, wie beispielsweise Eltern-Fragebögen, da diese die Beurteilung von jüngeren Kindern ermöglichen. Selbstbeurteilungsfragebögen sind in der Regel ab einem Alter von 11 Jahren anwendbar. Es wurden bereits Studien zur Anwendbarkeit von psychischen Screenings in der Praxis durchgeführt. In der SDQ-Studie von Borg et al. (2014) in Finnland wurde der SDQ als anwendbar beurteilt, um die psychische Gesundheit von Kindern zu screenen. Es gab positive Rückmeldung von den Eltern. Die Pediatric Symptom Checklist (PSC) wurde in der *national feasibility study* von Jellinek et al. (1999) in den USA und Kanada untersucht und als geeignet beschrieben. Die PSC erfährt grosse Akzeptanz von den Anwendern. Die Prävalenz von psychischen Störungen, die mit der PSC entdeckt wurden, ist konsistent mit früheren Ergebnissen.

Nutzen von Screenings bei Kindern:

Neben der Reliabilität und Validität gilt heutzutage auch der Nutzen als einer der Testgütekriterien eines Messinstrumentes (Moosbrugger & Kelava, 2007). Damit sind die praktische Relevanz des gemessenen Merkmals und der Mehrwert der Testanwendung gemeint. Gilbody et al. (2009) haben vier Kriterien für die Bewertung des Nutzens eines Depressions-Screenings für die Grundversorgung formuliert:

1. Erhöhung der korrekten Erkennungsrate im diagnostischen Prozess
2. Förderung einer adäquaten Behandlungsindikation und Behandlungsumsetzung
3. Verbesserung des Behandlungs-Outcomes
4. Kostensenkung

Ein systematischer Review zu universalen Screenings für mentale Gesundheit in der pädiatrischen Versorgungspraxis berichtete, dass sich bisher wenig Studien mit diesem Thema auseinandergesetzt haben (Wissow et al., 2013). In den eingeschlossenen Studien schienen die Erkennungsraten von mentalen

Problemen zu variieren, je nachdem wie das Screening durchgeführt wurde. Wissow et al. (2013) vermuten, dass die folgenden Aspekte einen Einfluss haben könnten: wie Ärztinnen und Ärzte den Zweck oder die Vertraulichkeit des Screenings erklärten, ob Hilfe bei Sprach- und Leseproblemen geleistet wurde oder wie die Person, welche das Screening durchführte, instruiert wurde. Sie fanden, dass Screenings die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten erhöhten, wenn sie vorgestellt wurden als universell, vertraulich und darauf ausgerichtet, die Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu optimieren. Die Gesundheits-Outcomes der positiv gescreenten Fälle wurden jedoch nicht untersucht. Somit lässt sich keine Aussage über die Wirkung der Screenings machen im Sinne der Förderung einer adäquaten Behandlungsindikation und Behandlungsumsetzung, Verbesserung des Behandlungs-Outcomes oder Kostensenkung. Die Autoren schlussfolgern, dass Screenings die Bereitschaft, psychische Probleme zu diskutieren, positiv beeinflussen können auf Seiten der Eltern und Ärztinnen und Ärzte (Wissow et al., 2013).

Ein weiterer systematischer Review aus den USA zum Screening von Depression bei Kindern und Jugendlichen ergab, dass keine Studien zum Vergleich des Gesundheitsoutcomes zwischen gescreenten und nicht gescreenten Kindern vorliegen (Williams, O'Connor, Eder & Whitlock, 2009). Hingegen fanden die Autoren einige wenige Studien, die darauf hindeuten, dass Screeninginstrumente, die geeignet für Anwendung in der Primärversorgung sind, depressive Jugendliche identifizieren können. Für 7- bis 11-jährige Kinder gab es nicht genügend Evidenz, um ein Screening für Depression zu empfehlen (USPSTF, 2009; Williams et al., 2009). Eine andere Literaturrecherche zur Effektivität und Relevanz von Screenings zu Entwicklungsstörungen bei Kindern in den Vorsorgeuntersuchungen zeigte, dass die Evidenzen für Screenings stark variieren. Während es Evidenzstudien für die Früherkennung von Autismus und ADHS gibt, wurden in Bezug auf Depression und Angststörungen keine Studien berichtet (Weber & Jenni, 2012).

Recherche im Erwachsenenalter

Um praxisnahe Screeninginstrumente für Erwachsene zu ermitteln, orientierte sich die entsprechende Recherche an folgenden Kriterien:

- Es handelt sich um *Selbsteinschätzungsverfahren* zur Erfassung von *affektiven Symptomen*, *Angstsymptomen* oder *psychischer Belastung*.
- Der Fragebogen umfasst *maximal 50 Items* (ca. 2 A4-Seiten).
- Es wurde in den *letzten 10 Jahren* mindestens eine Studie publiziert, die die *Kriteriumsvalidität* des Instruments (Eignung für die Fallfindung) belegt.
- Die Studie(n) wurde(n) mit *ambulanten medizinischen Patientinnen und Patienten* im Alter zwischen 18 und 65 Jahren durchgeführt. Demzufolge werden Instrumente nicht berücksichtigt, die *ausschliesslich* bei älteren Menschen eingesetzt wurden. Der Fokus auf ambulante Patientinnen und Patienten wurde gesetzt, um die Eignung der Instrumente bei Bestehen einer milden Symptomatik zu prüfen.
- Die Studie(n) wurde(n) in Europa, Nordamerika, Australien oder Neuseeland durchgeführt. Die Anwendung in *europäischen Ländern* steht im Vordergrund. Es wird aber auch berücksichtigt, dass viele Instrumente im angelsächsischen Sprachraum entwickelt wurden und deshalb auch viel relevante Literatur aus diesem Sprachraum vorhanden ist.

Die dafür benötigten Syntax-Befehle für die Suche in den verschiedenen Datenbanken sind in Tabelle 3 aufgelistet.

Tabelle 3: Syntax-Befehle für die Identifikation von Screeninginstrumenten für Erwachsene

Datenbank	Suchbefehle
PSYINDEXplus Tests	#1 adulthood.ag. and 11*.tc. and <Questionnaire*>.sh. and <Screening Tests>.sh.
PsycINFO	#1 2224.cc. #2 <Test Validity>.sh or (Sensitivity and Specificity) #3 questionnaire or form\$ or self?report #4 depression or affective or anxiety or distress #5 primary care or primary healthcare or general practice or family practice or outpatient\$ #6 1 and 2 and 3 and 4 and 5 #7 limit 6 to adulthood <18+ years> #8 limit 7 to yr="2008 -Current"
PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media	#1 2224.cc. #2 <Test Validity>.sh or (Sensitivity and Specificity) #3 questionnaire or form\$ or self?report #4 depression or affective or anxiety or distress #5 primary care or primary healthcare or general practice or family practice or outpatient\$ #6 1 and 2 and 3 and 4 and 5 #7 limit 6 to "adulthood <age 18 yrs and older>" #8 limit 7 to yr="2008 -Current"

Diese erste Phase der Recherche führte zur Selektion der folgenden Messinstrumente:

1. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* und *Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)*: Es handelt sich um zwei Module des umfassenden Messinstruments Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD; Spitzer et al., 1999). Die 9 Items des PHQ-9 erfassen die Depression, während die 7 Items des GAD-7 auf die generalisierte Angststörung fokussieren.
2. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)*: Fragebogen mit je 7 Fragen zu depressiven Symptomen bzw. Angstsymptomen.
3. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977)*: Depressionsfragebogen mit 20 Items.
4. *Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996)*: Fragebogen mit 21 Items zur Erfassung des Schweregrads einer Depression.
5. *General Health Questionnaire 12 (GHQ-12; Goldberg & Hillier, 1979)*: Skala mit 12 Items zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung.
6. *Kessler Psychological Distress Scale (K-10; Kessler et al., 2002)*: Skala mit 10 Items zur Messung der unspezifischen psychischen Belastung.
7. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation — Outcome Measure (CORE-OM; Barkham et al. 2001)*: Das Instrument umfasst mit insgesamt 34 Items die folgenden vier Domänen: Wohlbefinden, Probleme, Funktionsniveau und Gefährdung.
8. *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-Q-IV; Newman et al., 2002)*: Die Skala besteht aus 9 Items und dient zum Screening einer generalisierten Angststörung.

Um ein Ranking vorzunehmen, wurde für jedes der gefundenen Instrumente die Anzahl an Meta-Analysen bzw. Literaturreviews in den letzten 10 Jahren (2008–2018) gezählt (siehe Abbildung 2). Die entsprechenden Publikationen wurden mit den Syntax-Befehlen in Tabelle 4 ermittelt.

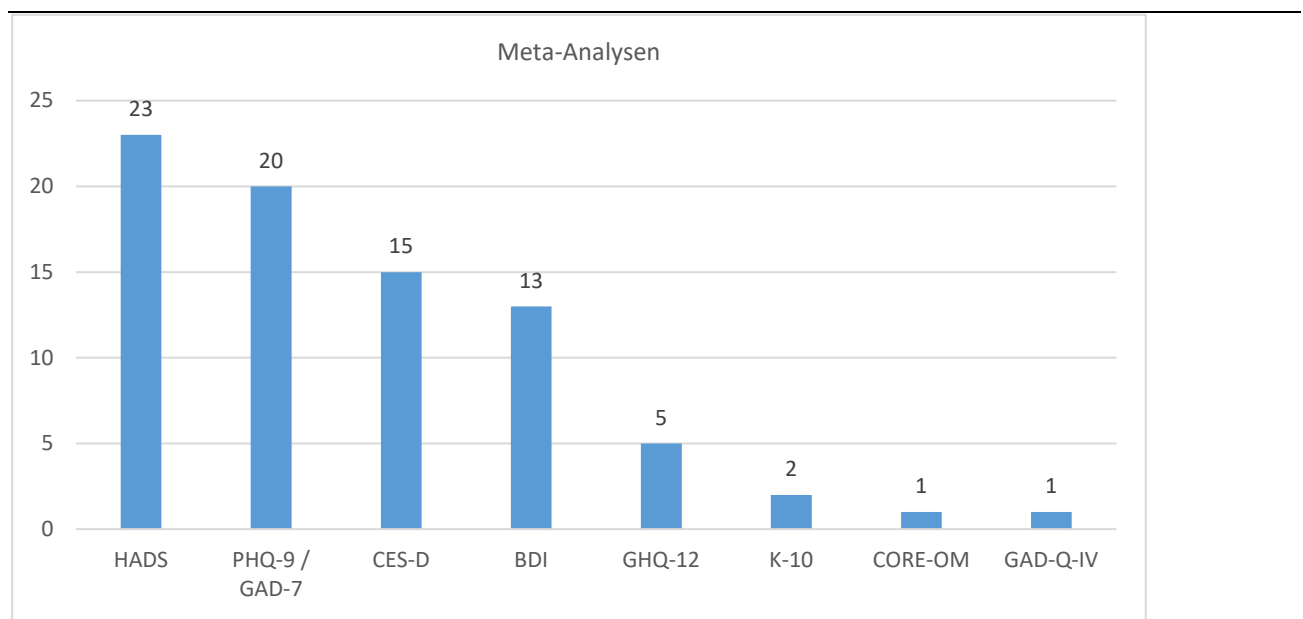


Abbildung 2: Anzahl Meta-Analysen zur Kriteriumsvalidität der Screeninginstrumente in den letzten 10 Jahren

Tabelle 4: Syntax-Befehle für die Suche von Meta-Analysen zur Kriteriumsvalidität der einzelnen Instrumente (am Beispiel von PHQ-9)

Datenbank	Suchbefehle
PsycINFO	#1 PHQ-9 and (0800 or 0830 or 1200 or 1300).md
Medline	#1 PHQ-9 and sensitivity and specificity and (meta-analysis or review)
Web of Science	#1 ts=(PHQ-9 and (meta-analysis or review) and sensitivity and specificity)

Als Letztes wurden die Kennwerte für die zwei am häufigsten erforschten Messinstrumente, d.h. HADS und PHQ-9/GAD-7, aus den einzelnen Studien analysiert.

Die für unsere Fragestellung relevanten Studien wurden wie folgt selektioniert:

- In der Studie wurde die *Sensitivität/Spezifität* von *PHQ-9*, *GAD-7* oder *HADS* überprüft.
- In der Studie wurde die *DSM-IV-* oder *ICD-10-Diagnose* als Kriterium für die Validität verwendet (goldener Standard).
- Die Studie wurde in Europa, Nordamerika, Australien oder Neuseeland durchgeführt.
- In der Studie wurden (unter anderem) *ambulante* Patientinnen und Patienten untersucht.

Die folgenden zwei Abschnitte enthalten eine Zusammenfassung der Ergebnisse der ausgewählten Studien.

PHQ-9 / GAD-7

Es wurden insgesamt 25 Studien selektioniert, in denen die diagnostische Validität dieser Skalen bei ambulanten somatischen Patientinnen und Patienten analysiert wurde. 13 davon wurden mit heterogenen Stichproben aus der Primärversorgung durchgeführt. Die anderen Studien wurden mit Patientinnen und Patienten mit folgenden spezifischen Erkrankungen bzw. Zuständen durchgeführt: Herzerkrankungen (2), zerebrovaskuläre Erkrankungen (2), Parkinson-Erkrankung (1), Hepatitis C (1), rheumatologische Erkrankungen (1), Adipositas (1), Präpartum (1), Postpartum (1), Arbeitsunfähigkeit (1), Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten (1).

In den meisten Studien wurden die Sensitivität und die Spezifität bei verschiedenen Cut-off-Werten berechnet. Die Sensitivität ist die Rate der richtig positiven Testergebnisse. Beispielsweise bedeutet eine Sensitivität von 0.8 bei einer Depressionsskala, dass 80% der mit dieser Skala getesteten depressiven Patientinnen und Patienten als solche richtig erkannt werden (20% werden irrtümlicherweise als nicht depressiv klassifiziert). Die Spezifität ist die Rate der richtig negativen Testergebnisse. Bei einer Depressionsskala würde eine Spezifität von 0.9 bedeuten, dass 90% der nicht-depressiven Patientinnen und Patienten korrekterweise als nicht depressiv eingestuft werden. Beide Kennwerte sind abhängig vom gewählten Cut-off-Wert. Mit einem niedrigen Wert steigt die Sensitivität zulasten der Spezifität, d.h. die meisten psychisch belasteten Patientinnen und Patienten werden erfasst, aber auch viele gesunde Personen werden fälschlicherweise als behandlungsbedürftige Fälle klassifiziert. Die Sensitivität des PHQ-9 schwankt je nach Cut-off-Wert zwischen 0.39 und 0.96, während die Spezifität sich zwischen 0.64 und 0.98 bewegt. Ähnliche Werte lassen sich beim GAD-7 feststellen.

Bei der Anwendung vom PHQ-9 stellt das Auswertungsvorgehen von Spitzer et al. (1999) eine gute Alternative zum einfachen Cut-off-Wert dar, wenn es darum geht, die Spezifität zu maximieren. Gemäss diesem Vorgehen besteht der Verdacht auf eine Major-Depression, wenn mindestens zwei Punkte sowohl in einer der ersten zwei Items als auch in fünf der insgesamt neun Items erreicht werden.

HADS

Insgesamt wurden 23 Studien zur diagnostischen Validität bei ambulanten somatischen Patientinnen und Patienten ermittelt. Vier Studien wurden mit heterogenen Stichproben von Patientinnen und Patienten aus der Primärversorgung durchgeführt. Die restlichen Studien wurden mit Patientinnen und Patienten mit folgenden spezifischen Erkrankungen durchgeführt: Krebserkrankungen (6), multiple Sklerose (2), Herzerkrankungen (2), zerebrovaskuläre Erkrankungen (2), Urogenitalerkrankungen (1), Nierenerkrankungen (1), HIV (1), Diabetes (1), Schädelhirntrauma (1) und Hepatitis C (1). Der Fragebogen wird bei der Erkennung von Depressionen und Angststörungen oder allgemein bei der Messung von psychischer Belastung eingesetzt. Bei der Diagnose der Depression erreicht dieses Instrument eine mittlere Sensitivität bzw. Spezifität von 0.7 bzw. 0.83. HADS wird am Häufigsten bei (stationären) Krebs-Patientinnen und -Patienten und weniger häufig als der PHQ-9 in der Primärversorgung eingesetzt.

Nutzen von Screeninginstrumenten bei Erwachsenen:

Gilbody et al. (2009) haben im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche die Ergebnisse von zwölf randomisierten kontrollierten Studien zusammengefasst, in denen der Nutzen von Depressions-Screenings in einem allgemeinmedizinischen Setting getestet wurde. In diesen Studien führten die Ärztinnen und Ärzte der Kontrollgruppe ein gewöhnliches Abklärungsgespräch mit ihren Patientinnen und Patienten ohne den Einsatz einer standardisierten Depressionsdiagnostik durch. Die Ärztinnen und Ärzte der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich ein Feedback zum Resultat des Screening-Fragebogens, der von ihren Patientinnen und Patienten ausgefüllt wurden. Die Ergebnisse waren heterogen; die zusammengefassten Effektstärken zeigten insgesamt einen kleinen Effekt der Screening-Prozeduren auf die ersten zwei obengenannten Nutzenkriterien (Erkennungsrate, Behandlung). Keine Studie berichtete über signifikante Wirkungen auf das Behandlungs-Outcome. Das Kriterium der Kostensenkung wurde in keiner dieser Studien berücksichtigt.

Die bescheidenen Leistungen der Screeninginstrumente im praktischen Kontext sind im Grunde genommen überraschend, da es sich um Instrumente mit einer guten Sensitivität und Spezifität handelt. Eine mögliche Erklärung, die die Autoren formulieren, ist, dass Ärzte ohne psychiatrische Spezialisierung sich nicht kompetent fühlen, um mit emotionalen Störungen ihrer Patienten umzugehen. Sie brauchen Unterstützung, wie konsiliar- und liäsonpsychiatrische Dienste oder einfache Wege für die Überweisung ihrer Patienten mit psychischen Störungen (Gilbody et al., 2009).

Cosgrove et al. (2018) sind der Meinung, dass Screening-Prozeduren erst eingeführt werden sollen, nachdem ihr Nutzen empirisch belegt wurde. Die Autoren erklären, dass einige Annahmen, die der Empfehlung eines systematischen Depressions-Screenings zugrunde liegen, nicht empirisch bewiesen sind. Eine dieser Annahmen ist, dass sich leichte unerkannte Depressionen im Laufe der Zeit verschlimmern (ähnlich wie ein Tumor). Die Metaanalyse von Whiteford et al. (2013) zeigt aber, dass ein Viertel bzw. die Hälfte der Personen mit einer milden Depression eine Spontanremission der Symptome innerhalb von drei bzw. zwölf Monaten erreicht. Eine andere Annahme ist, dass Patienten mit einer milden Symptomatik, die mit einem Screening erkannt werden, von einer Behandlung profitieren werden. Viele Patienten werden mit Antidepressiva behandelt (Olfson, 2010) und die Ergebnisse von verschiedenen Metaanalysen (z.B. Fournier et al., 2010) deuten darauf hin, dass diese Art von Behandlung für milde Depressionen nicht wirksam ist. Darüber hinaus weisen Patienten mit einer milden Symptomatik keinen besonders hohen Leidensdruck auf und sind deshalb nicht motiviert, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Autoren betonen, dass ein Screeninginstrument ein Hilfsmittel ist, das die klinische Beobachtung und die Zusammenarbeit mit dem Patienten ergänzen, aber nicht ersetzen soll.

Fazit Screeninginstrumente

Es existieren im Kindes- und Erwachsenenalter Screeninginstrumente, welche in der pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis angewendet werden können. Im Kindesalter wurden vier Screeninginstrumente ausgewählt, welche nicht störungsspezifisch sind, sondern verschiedene psychosoziale Problembereiche beinhalten: Strength and Difficulty Questionnaire – SDQ, Pediatric Symptom Checklist – PSC, KINDLR und KIDSCREEN 10. Störungsübergreifende Screenings, um die psychische Gesundheit der Kinder zu erheben, erschienen für dieses Alter anwendungsfreundlicher für die Praxis als einzelne störungsspezifische Instrumente. Zum Nutzen von Screeninginstrumenten zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen noch zu wenige Studien vor, um ihren Nutzen zu bewerten. Allerdings legen Studien zu Screenings im Kindesalter nahe, dass die Bereitschaft, über psychische Probleme zu reden, durch Screenings erhöht werden kann. Wissow et al. (2013) berichten, dass die Art des Einbezugs und der Durchführung des Screenings entscheidend für den Nutzen ist. Dementsprechend könnten Massnahmen sinnvoll sein, die Ärztinnen und Ärzten Anleitungen für die Einführung, Durchführung und Nachbesprechung der Screenings zur Verfügung stellen.

Für das Erwachsenenalter existieren verschiedene Screeninginstrumente zur Diagnostik von Depressionen und Angststörungen, die bei Hausarzt-Patientinnen und -Patienten anwendbar sind. Empfohlen werden die Skalen PHQ-9 bzw. GAD-7. Zu beiden existieren sowohl eine umfangreiche Forschungsliteratur als auch kostenlose Versionen in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch. Für beide Instrumente wurden auch Kurzversionen mit je zwei Items vorgeschlagen (PHQ-2 bzw. GAD-2; Zuithoff et al., 2010; Plummer et al., 2016). Zum Nutzen von Screeninginstrumenten zu psychischen Störungen im Erwachsenenalter sind die Ergebnisse inkonsistent.

3.2 Fokusgruppen mit medizinischen Expertinnen und Experten

Im zweiten Teil der Situationsanalyse wurden Fokusgruppen durchgeführt. In Gesprächsrunden mit medizinischen Expertinnen und Experten aus der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz wurden jeweils die Ergebnisse der Literaturrecherche vorgestellt und in Bezug auf Möglichkeiten zum Einsatz der gefundenen Screeninginstrumente zur Verbesserung der Erkennung von psychischen Störungen in der haus- und kinderärztlichen Praxis diskutiert.

Die Fokusgruppen waren anhand der folgenden drei Hauptfragen strukturiert:

- a) Erfahrungen und aktuelle Praxis mit Screeninginstrumenten für psychische Störungen
- b) Eignung der ausgewählten Screeninginstrumente für das Erwachsenen- und Kindesalter in den drei Sprachregionen aus der Sicht der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte
- c) Potenzielle Hindernisse und Möglichkeiten, um die Nutzung wirksamer Screenings zu erhöhen

In der Deutschschweiz wurden eine Fokusgruppe mit drei Kinderärztinnen und -ärzten, eine Fokusgruppe mit drei Hausärztinnen und -ärzten sowie ein Interview mit einem Psychiater durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden auf verschiedene Termine verteilt, da eine Terminfindung mit allen Beteiligten die Durchführung wesentlich verzögert hätte. In der italienischen Schweiz wurde eine Fokusgruppe mit jeweils zwei Kinder- und zwei Hausärztinnen und -ärzten sowie einem Psychiater durchgeführt.

In der französischsprachigen Schweiz stellte sich die Rekrutierung als besonders schwierig heraus. Es konnte keine Fokusgruppe organisiert werden. Es wurden im Zeitraum vom 30. November 2018 bis zum 17. Dezember 2018 insgesamt 15 ärztliche Fachgesellschaften der Kantone Waadt, Genf, Neuenburg und Freiburg kontaktiert. Weiterhin wurde die anfängliche Überlegung verworfen, Vertreter anderer Gesundheitsberufe (z.B. Physiotherapie, Altenpflege, Hebammen, Gynäkologie, Neurologie etc.) in die Fokusgruppen einzubeziehen, da bereits in den Fokusgruppen mit den Ärztinnen und Ärzten deutlich wurde, dass Screeninginstrumente kaum genutzt werden und wenn doch, dann nur mit einer umfassenden Vor- und Nachbesprechung. Dies scheint im beruflichen Alltag der anderen Gesundheitsberufe, insbesondere auch ohne das Vorhandensein des entsprechenden Fachwissens, nicht praktikabel.

Zusammenfassung der deutsch- und italienischsprachigen Fokusgruppen

Im Folgenden werden die Argumente der unterschiedlichen Ärztegruppen und Sprachregionen zusammengefasst.

a) Erfahrungen und aktuelle Praxis mit Screeninginstrumenten für psychische Störungen

Von der Mehrheit der Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte wurde berichtet, dass sie selten bis nie Screeninginstrumente zur Entdeckung von psychischen Störungen verwenden. Wenn sie Screeninginstrumente dennoch verwenden, betonen die Ärztinnen und Ärzte, dass sie im Vorfeld wie auch nach dem Ausfüllen ein Gespräch mit den Eltern bzw. Patientinnen und Patienten suchen. Die alleinige Abgabe eines Screeninginstruments wird unter anderem aufgrund der Inhalte (z.B. Fragen zur Suizidalität), die als problematisch empfunden werden können, als nicht praktikabel und störend für die Beziehung mit den Patientinnen und Patienten wahrgenommen. So berichten Kinderärztinnen und -ärzte, dass sie zum Teil Screeninginstrumente benutzen, um gemeinsam mit den Eltern eine Grundlage für die Besprechung zu haben, bei der sie die einzelnen Fragen durchgehen können. Die bloss Abgabe eines Fragekatalogs wird als störend und unnatürlich für die Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten empfunden. Ein weiterer Grund für das Verzicht auf Screenings ist das fehlende Vertrauen in sie. Die festgelegten Cut-off-Werte werden als nicht verlässlich wahrgenommen, da die Testergebnisse stark variabel seien je nach Tagesform. Ausschlaggebend für eine weitere Untersuchung oder Behandlung ist vor allem der Leidensdruck der Patientinnen und Patienten. Präventive Screenings, die regelmässig an alle Patientinnen und Patienten verteilt werden, stossen auf Ablehnung. Der Einsatz von Screeninginstrumenten ist für viele Krankheitsbilder möglich. Allerdings ist es nicht möglich, eine grosse Anzahl Screenings ohne entsprechende Anzeichen auf ein Problem durchzuführen. Die beschränkte Zeit der Konsultation ist ein weiteres Hindernis, um Screeninginstrumente zu verwenden.

Eine Befürchtung war auch, dass Screeninginstrumente den Blickwinkel verengen könnten. Die ausgewählten Instrumente könnten nicht das aktive, geschulte Zuhören ersetzen, welches als wichtigste ärztliche Fähigkeit im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten erachtet wird. Der Einsatz von Screeninginstrumenten innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung könnte gegebenenfalls, bei noch unsicheren Diagnosen, eine Hilfestellung bieten. Entsprechend berichteten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, dass sie psychische Probleme im Gespräch erfragen und diese ohne Screenings erkennen. Wenn Bedarf nach zusätzlichem Wissen bestehe, informieren sich die Ärztinnen und Ärzte auf Informationsseiten von Fachgesellschaften.

b) Eignung der ausgewählten Screeninginstrumente für das Kindes- und Erwachsenenalter aus der Sicht der Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte

Die ausgewählten Screeninginstrumente waren teilweise bekannt und wurden teilweise auch schon angewendet. Beispielsweise war der SDQ den meisten Kinderärztinnen und -ärzten bekannt und einige hatten ihn schon angewendet, zum Beispiel beim Übergang vom Kindergarten in die Schule. Wenn Screeninginstrumente angewendet wurden, dienten sie in erster Linie als Besprechungsgrundlage mit den Eltern oder um die Perspektive von verschiedenen beteiligten Personen zu vergleichen.

In den Deutschschweizer Fokusgruppen wurde die Eignung für die Praxis weder bei den Kinder- noch bei den Hausärztinnen und -ärzten als gegeben gesehen: Einerseits, da sie die Probleme im Gespräch erfragen und keine Checklisten abfragen möchten, und andererseits, da die Instrumente zu lang sind. Hausärztinnen und -ärzte bevorzugen sehr kurze Instrumente, wie beispielsweise den Zwei-Fragen-Test für Depression, der bei Bedarf einfach ins Gespräch eingebaut werden kann. In den kurzen Konsultationszeiten sind keine längeren Screenings möglich. In der italienischsprachigen Fokusgruppe wurde vor allem betont, dass die Instrumente in die Arzt-Patient-Beziehung eingebaut werden müssen und nicht nur an den Patienten abgegeben werden können. Allerdings wurde auch dort die fehlende Zeit bemängelt, die für die Besprechung der Screenings notwendig wäre.

Als störend wurde die Defizitorientierung der Instrumente empfunden, d.h. dass nach negativen Aspekten und Schwächen gefragt wird, welche nicht der Arbeitsweise der Kinderärztinnen und -ärzte entspricht. Allgemein wird die Defizitorientierung der Screenings als hinderlich für die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten empfunden, da sie den Fokus auf Schwächen und negative Aspekte der Patientinnen und Patienten legt.

c) Potenzielle Hindernisse und Möglichkeiten, um die Nutzung wirksamer Screenings zu erhöhen

Von beiden Gruppen – den Kinder- und den Hausärztinnen und -ärzten – wurde berichtet, dass sie sich bei Bedarf selbstständig Informationen zu psychischen Krankheiten holen. Bisher seien allerdings auf den Informationsseiten, die Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte kennen und häufig besuchen, nur begrenzt Informationen zu Screenings vorhanden. Zusätzliche Informationen sollten auf diesen Seiten publiziert werden. Für erfahrene Ärztinnen und Ärzte bestehe kein grosser Nutzen durch Screenings, jedoch möglicherweise für jüngere Kolleginnen und Kollegen.

Ein Hindernis für die Kinder- wie auch für die Hausärztinnen und -ärzte ist die fehlende Zeit und die momentan fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten solcher diagnostischen Leistungen im TARMED. Als Möglichkeit wurde der Vorschlag für ein ressourcenorientiertes Screening genannt, da die Ressourcenorientierung der Arbeitsweise der Kinderärztinnen und -ärzte entspräche.

Als Möglichkeit, psychische Störungen besser zu erkennen, wurde auch die Informierung der Patientinnen und Patienten (bzw. der Bevölkerung) angesprochen. Von der Fokusgruppe im Tessin kam der Vorschlag, dass die Bevölkerung besser über die Therapierbarkeit von psychischen Störungen aufgeklärt werden sollte. Weiterhin sollte eine Entstigmatisierung stattfinden vor allem dahingehend, dass Patientinnen und Patienten nicht selbst für ihre Krankheit verantwortlich sind. Dann würden psychische Probleme bei Ärztinnen und Ärzten häufiger angesprochen werden. Bei den Kindern sei es wichtig, dass ihre Eltern über Krankheitsbilder informiert werden und in die Diagnosestellung mit einbezogen werden. Eltern würden Problemverhalten eher ansprechen, wenn ihnen bewusst ist, welche Verhaltensweisen problematisch sind.

Ein zentrales Hindernis bei Kindern und Jugendlichen seien die fehlenden Kliniken (z.B. im Tessin), die stationär kranke Kinder aufnehmen würden, wie auch fehlende Therapeutinnen und Therapeuten (Tessin und Deutschschweiz). Ein Konsens in allen Gruppen war, dass die Weiterleitung an Psychiaterinnen und Psychiater sehr schwierig sei, da es zu wenig Therapieplätze gäbe. Somit könnten Patientinnen und Patienten nicht innerhalb der nötigen Frist behandelt werden. Bei den Kindern und Jugendlichen sei die Situation schwerwiegender als bei den Erwachsenen. Bei Erwachsenen beständen weniger Schwierigkeiten,

eine Anschlusslösung im Sinne einer psychotherapeutischen Therapie zu finden. Es würden jedoch immer mehr Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten haben, zusätzlich zur Krankenversicherung weitere Kosten für Therapien (nicht nur psychotherapeutische) zu zahlen.

Handlungsempfehlungen der medizinischen Expertinnen und Experten aus der italienischsprachigen Fokusgruppe

In der Fokusgruppe mit den italienischsprachigen Fachpersonen wurde vorgeschlagen, die Gesundheitsförderung schon im Kindesalter einzuführen (z.B. Depression erklären). Es sollten Informationskampagnen durchgeführt werden, damit die Patientinnen und Patienten Krankheiten selbst erkennen können. Dabei sollte erklärt werden, dass Patientinnen und Patienten nicht schuld an der Krankheit sind und dass Krankheiten geheilt werden können, es sollte mehrsprachiges Informationsmaterial über psychische Krankheiten in den Arztpraxen zur Verfügung stehen und es sollten spezielle Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden.

Weiterhin wurde vorgeschlagen, Treffpunkte/Cafés für Elternaustausch mit Kindern zu organisieren, bei denen Ärztinnen und Ärzte manchmal vorbeikommen. Vorwiegend sollte im Entwicklungsbereich und Erziehungsbereich interveniert werden und es sollten mehr Angebote für Kinder mit psychischen Problemen aufgebaut werden. Es wurde auch befürwortet, TARMED-Abrechnungsmöglichkeit für die Erkennung zu schaffen und dass Depressionen in spezifischen komorbiden Krankheitsbildern (z.B. bei älteren Patientinnen und Patienten oder solchen Personen mit einem Parkinsonsyndrom) untersucht werden.

Handlungsempfehlungen der medizinischen Expertinnen und Experten aus der deutschsprachigen Fokusgruppe

Über die Diskussion der Leitfrage hinaus wurden von den medizinischen Expertinnen und Experten noch Vorschläge zu möglichen Massnahmen geäussert:

Informationen zur Erkennung und Diagnose von psychischen Störungen sollten auf oft besuchten Informationsseiten platziert werden. Ein Tool zur Differentialdiagnostik von Angst und Depression mit Hinweisen für die Therapie wäre hilfreich, analog zum Zwei-Fragen-Test zu Depression. Die Informationen zur Erkennung und Diagnose von psychischen Störungen könnten auf Seiten des BAG publiziert werden, damit sie für alle zugänglich sind und nicht nur für eine Fachgruppe. Hausärztinnen und -ärzte äusserten weiterhin spezifisch das Bedürfnis, eine Hilfe für die Differentialdiagnose zwischen Depression und Angst zu erhalten, aber nicht ein Screening für die primäre Erkennung. Kinderärztinnen und -ärzte äusserten Interesse an einer Verlaufsd Diagnose, einem Fragebogen mit mehr als 3 Antwortkategorien, anhand dessen der Verlauf der psychischen Gesundheit visualisiert werden kann. Es gibt einen Bedarf für Coaching von jüngeren Kolleginnen und Kollegen für psychische Störungen in der Ausbildung, da nur sensibilisierte und interessierte Ärztinnen und Ärzte psychische Störungen erkennen. Erfahrene Ärztinnen und Ärzte verlassen sich auf ihre Erfahrung / Expertise und verwenden keine Screenings oder bindenden Leitlinien. Schliesslich wurde noch vorgeschlagen, Angebote an Weiterbildungen zu dem Thema psychische Störungen zu fördern.

Generelle Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte zum Thema psychische Gesundheit waren, dass einige Projekte des BAG von den Ärztinnen und Ärzten als nicht praxisnah / relevant empfunden werden, dass die Ärztinnen und Ärzte andere Prioritäten für Projekte hätten und gerne bereits in der Konzeptionsphase mit einbezogen werden würden, dass Therapieplätze schwierig zu finden sind und die Wartezeiten zu lang sind. Es gibt dementsprechend zu wenig Plätze und es wären mehr Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Problemen nötig. Schliesslich wurde geäussert, dass die delegierte Psychotherapie als Problem empfunden wird.

3.3 Fazit Phase 1

Die Literaturrecherchen haben ergeben, dass sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter mehrere Screeninginstrumente für psychische Störungen existieren, die in allen drei Sprachversionen vorliegen, gute psychometrische Eigenschaften aufweisen und sich prinzipiell für die Durchführung in der haus- und kinderärztlichen Praxis eignen. Zusätzliche Recherchen zur Evidenz für den Nutzen von Screenings zur psychischen Gesundheit in der kinder- und hausärztlichen Praxis zeichnen allerdings kein klares Bild, inwiefern die Screenings die vier von Gilbody und Kolleginnen und Kollegen formulierten Kriterien zum Nutzen erfüllen. Hier fehlen noch grossangelegte Wirksamkeitsstudien. Diese sind allerdings im Rahmen des aktuellen Projekts nicht zu leisten. Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass Screenings zu einer verbesserten Erkennung und wirksameren Behandlung von Jugendlichen mit Depression führten und sie auch hilfreich sein können, um die Bereitschaft von Ärzten und Eltern zu erhöhen, über psychische Gesundheitsprobleme zu sprechen.

Die Rückmeldungen aus den Fokusgruppen haben gezeigt, dass die Screeninginstrumente teilweise bekannt sind, aber auch deutlich gemacht, dass aus Sicht der Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten und nicht das Screening zentral für die Erkennung psychischer Gesundheitsprobleme ist. Das Screening könnte womöglich sogar die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten stören. Dementsprechend werden Screenings nicht oder nur eingebettet in eine intensive Vor- und Nachbesprechung in der Praxis angewendet. Als weiterer Grund, dass Screeninginstrumente für psychische Störungen nicht genutzt werden, wurde unter anderem die fehlende Zeit angegeben. Aufgrund der geringen oder inkonsistenten Evidenz und der kritischen Beurteilung von Screeninginstrumenten für psychische Störungen wurden gemeinsam mit Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten alternative Massnahme diskutiert, die aus ihrer Sicht einen zentralen Bedarf adressieren, hilfreich und in der Praxis einsetzbar sind.

4 Phase 2: Konzepterarbeitung

Nachdem die Ergebnisse von Phase 1 aufzeigen, dass zwar Screeninginstrumente mit genügend guten psychometrischen Eigenschaften vorhanden sind, aber die Evidenz zur Wirksamkeit unzureichend oder inkonsistent und die Akzeptanz tendenziell niedrig ist, fokussierte Phase 2 auf die Entwicklung alternativer Massnahmen, um die identifizierten Bedarfe in der Kinder- und Hausarztpraxis in Bezug auf psychische Gesundheit zu adressieren. Auf Grundlage von eigenen Recherchen und Experten-Einschätzungen haben wir die folgenden zwei Vorschläge entwickelt:

4.1.1 Projektidee 1: Erarbeitung eines Massnahmenpaketes inklusive ressourcenorientierter Tipps für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Um eine vermehrte Integration des Themas psychische Gesundheit in der Kinderarztpraxis zu fördern, hat das Forschungsteam die Entwicklung eines Massnahmenpakets vorgeschlagen, welches aus Informationsbroschüren und Flyern für Eltern und Jugendliche sowie Fachinformationen für Kinderärztinnen und -ärzte besteht.

Die Entwicklung von Broschüren und Flyern zu psychischer Gesundheit als ressourcenorientierte Informationen soll Kinderärztinnen und -ärzte darin unterstützen, Eltern niederschwellig für das Thema psychische Gesundheit bzw. Krankheit zu sensibilisieren und anzusprechen. Solche Informationsunterlagen entsprechen der ressourcenorientierten Arbeitsweise der Kinderärztinnen und -ärzte. Gleichzeitig helfen sie den Eltern einzuschätzen, worauf sie achten müssen, um psychische Probleme zu erkennen und diese mit ihrer Kinderärztin oder ihrem Kinderarzt zu besprechen. Dabei sollte es separate Broschüren für Kinder und für Jugendliche geben, da sich deren Bedürfnisse unterscheiden. Solche Broschüren könnten Eltern und

Jugendlichen abgegeben werden und sie könnten Ärztinnen und Ärzten als Handreichung beim Bestreiten von Gesprächen unterstützen.

Zusätzlich wurde eine Broschüre für die Kinderärztin oder den Kinderarzt mit Fachinformationen und konkreten Formulierungsvorschlägen zum Ansprechen psychischer Probleme vorgeschlagen. Diese Fachinformationen sollte auch Informationen zu Screeninginstrumenten wie dem Strength and Difficulties Questionnaire SDQ als Möglichkeit zur Erkennung psychischer Störungen miteinschliessen.

Drittes Element der Projektidee 1 war es, die Broschüren und Fachinformationen mithilfe geeigneter Informationsplattformen für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige verfügbar zu machen. Neben den Webseiten der kinderärztlichen Fachorganisationen Kinderärzte Schweiz und Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie wurde hier das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz als geeignete Informationsplattform vorgeschlagen. Um weiterhin eine hohe Akzeptanz von Seiten der Kinderärztinnen und -ärzte als Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung sicherzustellen, haben wir den Einbezug der niedergelassenen Kinderärzte vorgeschlagen. Um deren Interesse abzuklären, haben wir uns mit Kinderärzte Schweiz ausgetauscht.

Neben den positiven Einschätzungen der involvierten Expertinnen und Experten bei den Fokusgruppen und Interviews, wo die Grundidee bereits diskutiert wurde, beurteilte auch die Präsidentin von Kinderärzte Schweiz, Frau Dr. med. Heidi Zinggeler Fuhrer, diese Projektidee im Interview positiv.

4.1.2 Projektidee 2: Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte zur Erkennung von Depressionen und Angststörungen

Als zweite Projektidee hat das Forschungsteam vorgeschlagen, den in den Fokusgruppen zurückgemeldeten Bedarf an anwendungsorientierten Informationen zur Erkennung und Diagnose von psychischen Krankheiten aufzugreifen. Diesbezüglich sollten Informationen und Handlungsempfehlungen der Ärztinnen und Ärzte entwickelt und in einer medizinischen Zeitschrift publiziert werden.

Die Veröffentlichung sollte auch auf bekannten Fachseiten oder – damit die Information für alle Fachdisziplinen sichtbar ist – auf Seiten des BAG erfolgen.

Diese Projektidee wurde ebenfalls von den Expertinnen und Experten positiv bewertet.

5 Phase 3: Erarbeitung Massnahmenpakete

Im Austausch mit dem BAG wurde beschlossen, die in Phase 2 erarbeiteten Projektideen zu realisieren. Im Folgenden wird daher die Erarbeitung der ersten zwei Projektideen beschrieben:

Projektidee 1 umfasst die Erarbeitung eines Massnahmenpaketes für das Kinderalter, bestehend aus einem Flyer für die Eltern und aus einer Fachinformation, sowie die Erarbeitung eines Massnahmenpaketes für das Jugendalter, bestehend aus einer Broschüre für die Jugendlichen und einer Fachinformation. Alle vier Produkte konnten im Rahmen des Projekts fertiggestellt werden und liegen als Anhang zum Schlussbericht vor. Wir verzichten daher auf eine ausführliche Beschreibung der Produkte im Schlussbericht.

Projektidee 2 fokussiert auf die Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Erkennung von Depressionen und Angststörungen. Die geplanten Publikationen sind aufgrund des aufwendigeren Publikationsprozesses noch in Bearbeitung. Die Publikation wird voraussichtlich erst nach Projektabschluss erfolgen. Die erarbeiteten Inhalte werden im Folgenden beschrieben, da sich beim Manuskript noch bis zur Annahme bei einer Fachzeitschrift Änderungen ergeben können.

5.1 Erarbeitung eines Massnahmenpaketes für das Kindesalter und für Jugendliche

5.1.1 Massnahmenpaket Flyer und Fachinformation Kindesalter

Für die Erarbeitung der Broschüre zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel der Literatursuche war es, Forschungsergebnisse zu wirksamen Elementen oder Interventionen im Bereich Stärkung der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention zu sammeln. Dabei wurden Forschungsarbeiten aus der klinischen und der positiven Psychologie und Studien und Berichte zu Resilienz und Lebenskompetenzen begutachtet. Zudem wurden bestehende Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern in der Schweiz recherchiert.

Unsere Recherche hat gezeigt, dass sich der Grossteil der Studien, Reviews und Meta-Analysen zu «mental health»-Interventionen auf Schulprogramme und/oder auf Kinder unter Risiko beziehen (Barry, Clarke, Jenkins & Patel, 2013; Domitrovich & Greenberg, 2000; Kwok, Gu & Tong Kai Kit, 2016; Neil & Christensen, 2009; Patel, Flisher, Nikapota & Malhotra, 2008; Sin & Lyubomirsky, 2009; Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003). Die eingeschlossenen Studien untersuchten dementsprechend vorwiegend Kinder, die einer Risikobedingung oder mehreren Risikobedingungen ausgesetzt waren (tiefer sozio-ökonomischer Status, HIV, Verlust eines Elternteils, bewaffnete Konflikte, Flucht- und Kriegserfahrung etc.). Beispielsweise konnte ein systematisches Review, das die Wirksamkeit von Interventionen auf die psychische Gesundheit junger Menschen in Ländern mit tiefem und mittlerem Einkommen untersuchte (Barry et al., 2013), mittlere bis starke Evidenz für die Wirksamkeit von «mental health»-Interventionen liefern. Es wurde allerdings keine Studie gefunden, in der die Förderung der psychischen Gesundheit durch die Eltern untersucht wurde und nur eine Studie, die psychische Gesundheit bei gesunden Kindern in einem Industrieland adressierte (BELLA study group, Wille, Bettge & Ravens-Sieberer, 2008).

In Bezug auf die Forschung zu Lebenskompetenzen haben wir die von der WHO postulierten Lebenskompetenzen für die Erarbeitung der zentralen Faktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit genutzt (WHO, 1999). Weiterhin haben wir aus der Forschung zur Resilienz die Empfehlungen von der American Psychological Association (APA) mit einbezogen, die 10 Empfehlungen zur Stärkung der Resilienz erarbeitet haben (WHO, 2019). Aus der positiven Psychologie nutzten wir ebenfalls zentrale Faktoren sowie Dankbarkeits- und Optimismus-Übungen für Kinder (Kwok et al., 2016).

Die Recherche zeigte, dass sich einige der in den genannten Forschungsbereichen postulierten Wirkfaktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit auf dieselben oder ähnliche Konstrukte bezogen. Selbstwirksamkeit kam beispielsweise in allen Konzepten vor. Die Faktoren Glaube an eine höhere Macht und Religiosität fanden wir vorwiegend in Studien zu Resilienz, die Faktoren sind aber nahe an Hoffnung und Optimismus, die eher der Positiven Psychologie zugeordnet werden. Diese wurden gebündelt, um die Anzahl der Faktoren in den resultierenden Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit zu reduzieren. So wurden die vorher genannten vier Faktoren bei den 10 ausgewählten Faktoren im Faktor Optimismus subsummiert. Als Ergebnis dieser Zusammenschau haben wir 10 Faktoren herausfiltern können, deren Wirksamkeit zur Förderung der psychischen Gesundheit sich direkt oder indirekt aus der bestehenden Literatur ableiten lässt.

Die von uns erarbeitete Auswahl von 10 Faktoren mit dazugehörigen Tipps wurde im nächsten Schritt in einer Fokusgruppe mit Vertretenden (niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten) von Kinderärzte Schweiz und in einem Einzelinterview mit einem Kinder- und Jugendpsychiater sowie Dr. Alfred Künzler als Vertreter des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz diskutiert. In der anschliessenden Überarbeitung wurde aufgrund der Rückmeldungen unter anderem der Faktor Mediennutzung («Mein Kind kann sich offline beschäftigen») neu aufgenommen und zwei bestehende Faktoren wurden integriert («Elterliche Unterstützung» und «Problemlösefähigkeit»). Die Forschungsgruppe hat sich schliesslich auf adaptierte 10 Faktoren bzw. Tipps zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern geeinigt.

Um eine empirische Grundlage für die Anwendbarkeit der Tipps zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern zu generieren, erfolgte von Dezember 2019 bis März 2020 eine Online-Befragung im Rahmen einer BSc.-Arbeit, welche die Tipps für Eltern von 6- bis 12-jährigen Kindern evaluierte. Die Eltern bewerteten die Relevanz und Nützlichkeit der zehn Faktoren und der jeweiligen Verhaltensvorschläge (Tipps) zu zwei Zeitpunkten; einmal gleich nach dem Kennenlernen der Empfehlungen und vier Wochen später noch einmal. An der ersten Befragung nahmen 79 teil, an der zweiten 43. Die Analysen zeigen, dass die Eltern die Empfehlungen zu beiden Messzeitpunkten als sehr relevant und nützlich empfinden und dass sie viele von den Tipps in ihren Familienalltag integriert haben. Als Schlussfolgerung scheinen ressourcenorientierte Tipps zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern einen nicht stigmatisierenden Weg zu bieten, um Themen der psychischen Gesundheit in der pädiatrischen Praxis zu behandeln.

Die grafische Gestaltung des Flyers wurde von einer Kommunikationsagentur erarbeitet und Zeichnungen für die 10 Faktoren wurden von einer Illustratorin angefertigt. Die Endversion des Flyers ist in der Beilage des Schlussberichts zu finden. Ziel war es, den Flyer möglichst ansprechend zu gestalten und dem Thema psychische Gesundheit ein positives, ressourcenorientiertes Image zu verleihen. Das Format des aufklappbaren Flyers wurde bewusst ausgewählt, um das Aufhängen des Flyers zu ermöglichen und so eine leichte Zugänglichkeit der 10 Tipps im Alltag zu erreichen. Dies soll den Transfer in den Alltag der Familien erleichtern.

Neben den Broschüren wurden im Rahmen des Projekts Fachinformationen mit grundlegenden epidemiologischen Daten, kurzer Vorstellungen geeigneter diagnostischer Screeningverfahren und mit konkreten Formulierungsvorschlägen zum Ansprechen psychischer Probleme erstellt. Die Fachinformation zum Kindesalter enthält Hintergrundinformationen zu den 10 Tipps sowie Formulierungsvorschläge zu Fragen zu den 10 Faktoren. Dies soll den Ärztinnen und Ärzten eine Möglichkeit bieten, das Vorhandensein von Schutzfaktoren oder Auffälligkeiten in diesem Bereich ressourcenorientiert zu erfragen. Weiter sind epidemiologische Informationen zu den häufigsten psychischen Krankheiten im Kindesalter enthalten. Um das Bewusstsein für psychische und psychosomatische Störungen zu erhöhen, wurden exemplarisch die Symptome und Diagnosekriterien für Angststörungen und Depressionen, zwei internalisierende Störungen, beschrieben. Diese Störungen wurden ausgewählt, da sie zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter gehören, jedoch im Vergleich zu externalisierenden Störungen weniger auffällig sind und somit eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, nicht erkannt werden. Zudem werden zwei Screeninginstrumente vorgestellt (SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire und PSC – Pediatric Symptom Checklist), die in der Literaturrecherche in Phase 1 als geeignet eingestuft wurden. Die Kriterien dafür waren Verfügbarkeit in allen drei Sprachversionen, zufriedenstellende Gütekriterien, kurze Durchführungszeit und einfache Auswertung.

Abschliessend wurde die Fachbroschüre von einer Kinderärztin und einem Kinderarzt, die Kinderärzte Schweiz vertraten, sowie einem Kinderpsychiater begutachtet. Entsprechend den Rückmeldungen wurden die Fachbroschüren nochmal angepasst. Die Fachpersonen bewerteten die Fachinformationen als interessant und hilfreich für die pädiatrische Praxis. Sie bewerteten sowohl den Inhalt als auch die Komplexität und Länge als passend für die Zielgruppe.

5.1.2 Massnahmenpaket Broschüre und Fachinformation Jugendalter

Für die Erarbeitung der Broschüre zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen wurde zuerst eine systematische Literatursuche durchgeführt. Das Ziel der Literatursuche war, Forschungsergebnisse zu wirksamen Elementen oder Interventionen im Bereich Stärkung der psychischen Gesundheitsförderung und Prävention zu sammeln.

Die Resultate aus einer 2019 publizierten umfassenden Meta-Analyse (Skeen et al., 2019) zeigten sich als besonders relevant und dienten als Stütze für die Erarbeitung des Werkzeugkastens «Heb der Sorg»,

welchen wir für Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren entwickelt haben. Bei sieben Komponenten (zwischenmenschliche Fähigkeiten, Emotionsregulation, Aufklärung über Alkohol- und Substanzmissbrauch, Achtsamkeit, Problemlösefähigkeiten, Durchsetzungsfähigkeitstraining und Stressmanagement) gab es Belege für eine positive Wirkung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen; drei davon (zwischenmenschliche Fähigkeiten, Emotionsregulation, Aufklärung über Alkohol- und Substanzmissbrauch) zeigten signifikante Effekte auf mehrere Aspekte der psychischen Gesundheit.

Nebst der Literatursuche zu psychosozialen Interventionen, welche die mentale Gesundheit von Jugendlichen stärken und zur Vorbeugung von psychischen Störungen dienen können, wurden gleichzeitig bereits publizierte Flyer und Broschüren zu diesem Thema systematisch recherchiert. Eine amerikanische Ressource, das «Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit», welches 2007 von der Adolescent Health Working Group in San Francisco verfasst wurde (Shalwitz et al., 2007), stellte sich diesbezüglich als ein sehr interessanter Werkzeugkasten dar. Es beinhaltet sowohl informative Inhalte für Gesundheitsfachpersonen und Eltern als auch psychoedukative Module mit praktischen Übungen (teils zum Ausfüllen), eine Selektion an altersspezifischen Themen, die in einer für Jugendlichen einfachen Sprache von einer Expertengruppe formuliert wurden. Es zeigte sich, dass diese Inhalte auch mit den Ergebnissen der oben genannten Meta-Analyse von Skeen et al. (2019) zu wirksamen Faktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit übereinstimmen. In Absprache mit der Adolescent Health Working Group in San Francisco konnten wir einige ausgewählte Module auf Deutsch übersetzen und auf den Schweizer Kontext anpassen. Analog zur Erarbeitung der Broschüre für Kinder entschieden wir uns bei der Broschüre für Jugendliche dafür, einige neue Themen wie z.B. ein Modul zur Selbsteinschätzung der Onlinesucht mit Tipps zur Förderung eines gesunden Medienkonsums einzubeziehen, da dieses Thema in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen hat. Die Broschüre beinhaltet ausserdem Links zu nützlichen Webseiten und zu verschiedenen Unterstützungsangeboten. Um diesen Werkzeugkasten stärker an die Bedürfnisse der Jugendlichen anzupassen, wurde zuerst in einem Einzelinterview eine 15-jährige Jugendliche zu ihrer Einschätzung und Bewertung des Werkzeugkastens befragt. Anschliessend wurden zwei Fokusgruppen mit Jugendlichen aus einem Jugendtreff in Pfyn durchgeführt. Ziel war es, eine Rückmeldung zu den Inhalten des entwickelten Werkzeugkastens zu erhalten und diese zur Optimierung der Ressource zu nützen. Die Broschüre für die Jugendlichen wurde ebenfalls mit den Vertretern von Kinderärzten Schweiz diskutiert. Bei der grafischen Umsetzung der Broschüre wurde besonders auf ein moderneres Layout mit Bildern, Farben und einer klaren Struktur des Inhalts Wert gelegt, um durch die gestalterische Aufbereitung Interesse bei den Jugendlichen auszulösen.

Neben den Broschüren wurden im Rahmen des Projekts Fachinformationen (u.a. epidemiologische Daten, Nennung geeigneter diagnostischer Screeningverfahren) und konkrete Formulierungsvorschläge zum Ansprechen psychischer Probleme erstellt. Die Fachinformationen zur Jugendlichen-Broschüre für die Kinderärztinnen und Kinderärzte hat das Ziel, Ärztinnen und Ärzte dabei zu unterstützen, mögliche psychische Belastungen oder Störungen der Jugendlichen zu erkennen, zu thematisieren und durch eine korrekte Überweisung an einen Psychotherapeuten eine mögliche Chronifizierung zu verhindern.

Die Fachinformation setzt sich aus vier Themenbereichen zusammen. Im ersten Teil werden die Ergebnisse einer Literatursuche zur Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit den wichtigsten Studien zu diesem Thema zusammengefasst. Im zweiten Teil wird spezifisch auf die internalisierenden und externalisierenden Verhaltensprobleme bei Jugendlichen eingegangen. Gerade Jugendliche mit internalisierenden Störungen drohen oft übersehen zu werden, da die Betroffenen meist unfähig sind, ihre Probleme mitzuteilen und um Unterstützung zu bitten. Um die Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, diese zwei Erscheinungsformen von Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen zu erkennen, wurden die Beschreibungen der spezifischen Verhaltensauffälligkeiten (Ausdrucksverhalten, Stimmung, zwischenmenschliches Verhalten, kognitiver Stil und Selbstbild, Regulierungsmechanismen) in einer tabellarischen Übersicht dargestellt. Im dritten Teil der Fachinformation wurde anhand eines systematischen Reviews von Kim und White (2017) die bestehende Literatur zu den wichtigen Aspekten der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Gesundheitsfachpersonen zusammenfassend präsentiert.

Dabei wurde auf vier wissenschaftlich fundierte Empfehlungen eingegangen, welche die Gesprächsbarrieren zwischen Jugendlichen und Ärztinnen und Ärzten abschwächen können. Anschliessend wurden der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), ein weit eingesetztes und validiertes Instrument zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter (siehe Phase 1), und der HEADS-Fragebogen zur Erfassung der psychosozialen Anamnese vorgestellt. Aus dem amerikanischen Toolkit wurden drei für Ärztinnen und Ärzte nützliche und praxisnahe Instrumente ausgewählt. Sie wurden übersetzt und an den Schweizer Kontext angepasst. Die Instrumente sollen eine Reflexionsmöglichkeit bieten, um sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, und Ärztinnen und Ärzte unterstützen, zielführend mit Jugendlichen zu kommunizieren. Im vierten und letzten Teil der Fachinformation wird die erwähnte Broschüre zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen vorgestellt und deren wissenschaftliche Fundierung wird aufgezeigt. Diese Broschüre soll in den Arztpraxen ausliegen und als Türöffner dienen, damit Jugendliche sich getrauen, ihre Gesundheitsprobleme anzugehen und beim Arzt anzusprechen.

5.2 Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte zur Erkennung von Depressionen und Angststörungen

Neben der Entwicklung des Massnahmenpakets zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter wurde als zweite Massnahme beschlossen, Empfehlungen für Ärzte zur Erkennung der in der Primärversorgung am häufigsten auftretenden psychischen Störungen zu erarbeiten und in Fachzeitschriften zu publizieren. Geplant sind eine bis zwei Publikationen in Zeitschriften, wie z.B. Primary and Hospital Care oder Swiss Medical Forum. Beim Verfassen der Publikationen werden zusätzlich ein oder mehrere Psychiater mitarbeiten.

In Abbildung 3 sind die psychischen Störungen aufgelistet, die gemäss den Leitlinien des National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2018; <https://www.nice.org.uk>) am häufigsten in der Primärversorgung anzutreffen sind.

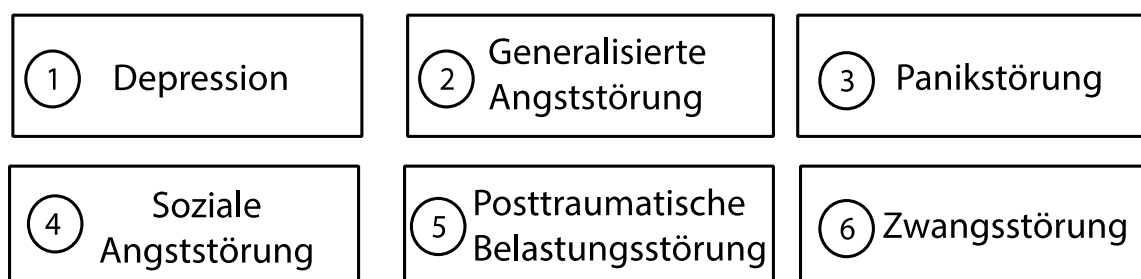


Abbildung 3: Wichtige Störungsbilder in der Primärversorgung

Bei allen sechs Störungsbildern spielen depressive Symptome und oder Angstsymptome eine wichtige Rolle. Die Störungsbilder 2 bis 6 treten oft mit der Depression (1) komorbid auf (Sartorius et al., 1996).

Als Ausgangslage für die Entwicklung der Empfehlungen dient unser bereits durchgeführter Literaturreview zur Prävalenz und zum Screening von Angststörungen in der Primärversorgung (siehe Phase 1). Zusätzlich wird die Literatur zu den folgenden Themen berücksichtigt: Leitlinien zu den verschiedenen Störungsbildern, Komorbidität zwischen verschiedenen psychischen Störungen, Komorbidität zwischen körperlichen Krankheiten und psychischen Störungen.

Die Empfehlungen umfassen folgende Themen:

1. Somatische Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko, Depressionen oder Angststörungen zu entwickeln
2. Die Anwendung der Screeningfragen aus dem PHQ-9 und GAD-7, um Patientinnen und Patienten mit einer möglichen psychischen Störung zu identifizieren
3. Zusätzliche diagnostische Fragen
4. Spontanremission bzw. Chronifizierung
5. Psychotherapie und Psychopharmaka als Behandlungsoptionen
6. Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung mit SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

6 Fazit und Ausblick

Das vorliegende Mandat zielte darauf ab, die Bedarfe in der Kinder- und Hausarztpraxis beim Thema psychische Gesundheit zu identifizieren und in Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten konkrete Massnahmen für die Praxis zu entwickeln, die zur Erkennung psychischer Störungen beitragen. Es sollten Massnahmen priorisiert werden, die eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit versprechen.

Beim Gegenüberstellen der festgestellten Bedarfe auf der einen Seite und den erarbeiteten Massnahmen des Projekts auf der anderen Seite ist grundsätzlich festzuhalten, dass sowohl Kinder- wie auch Hausärztinnen und -ärzte einen grossen Bedarf im Themengebiet psychische Gesundheit sehen und sie motiviert sind, hier Verbesserungen zu erreichen. Um den Bedarf an Hilfsmitteln zur Erkennung psychischer Störungen zu ermitteln, wurde im Rahmen der Situationsanalyse (Projektphase 1) zunächst ein Überblick über die Verfügbarkeit und Qualität von Screeninginstrumenten für psychische Störungen erstellt. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl für das Kindes- wie auch das Erwachsenenalter zuverlässige Screeninginstrumente in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorliegen. Allerdings ist die Evidenz zum Nutzen der Screeninginstrumente noch unvollständig und die von den beteiligten Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten zurückgemeldete Akzeptanz ist eher gering. Daher wurde auf Massnahmen verzichtet, die auf die Entwicklung und Implementierung von Screeninginstrumenten zielen, und es wurden auf Basis der Ergebnisse der Situationsanalyse konkrete Projektvorschläge erarbeitet (Projektphase 2) und mit den beteiligten Fachpersonen und dem BAG abgestimmt.

Bei den Kinderärztinnen und -ärzten wurden Massnahmen zur Sensibilisierung als wichtig und dringend erachtet, die eher einen Schwerpunkt auf die ressourcenorientierte Förderung der psychischen Gesundheit legen als auf die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Dementsprechend wurden jeweils Massnahmenpakete für Kinder und Jugendliche erarbeitet (Projektphase 3), mit Broschüren für Eltern und Jugendliche und begleitenden Fachinformationen für Kinderärztinnen und -ärzte. Diese Förderungsmassnahmen nehmen den Bedarf der Kinderärztinnen und -ärzte nach einer niederschweligen Möglichkeit zum Thematisieren psychischer Gesundheitsthemen in den Interaktionen mit Eltern, Kindern und Jugendlichen auf wie auch den Bedarf, sich effizient über zentrale Aspekte des Themas informieren zu können. Der Einsatz der Materialien in der Berufspraxis wurde als sehr praktikabel eingeschätzt, mit einem geringen Gefahrenpotenzial für Stigmatisierungen oder Störungen in der Beziehung zu den Eltern, Kindern und Jugendlichen. Es kann hier angemerkt werden, dass es zusätzlich zu niederschweligen Angeboten perspektivisch noch einen weiteren Ausbau der Diagnostik psychischer Störungen in der kinderärztlichen Praxis braucht, um die Rate und Frühzeitigkeit bei der Erkennung psychischer Störungen zu erhöhen. Neben gesellschaftlichen Veränderungen wie einem offeneren Umgang mit psychischen Störungen sind auch Massnahmen wichtig, die Unsicherheiten der Kinderärztinnen und -ärzte im Umgang mit psychischen Störungen und den dazugehörigen Abklärungsprozessen reduzieren können, wie beispielsweise die von Kinderärzten Schweiz angebotenen Weiterbildungen zum Thema psychische Gesundheit.

Bei den Hausärztinnen und -ärzten wurde ebenfalls eine Massnahme zur Sensibilisierung für das Thema psychische Gesundheit und Krankheit realisiert (Projektphase 3). Hier diente die Literaturrecherche zu den Screeninginstrumenten als Ausgangslage für eine Publikation in Zeitschriften der Ärzteschaft. Die Publikation möchte einen Beitrag zur Erhöhung des Fachwissens in der Ärzteschaft leisten und eine differenzierte Betrachtung der zentralen Screeninginstrumente zu Angststörungen und Depression und deren Einsatzmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Die erarbeiteten Massnahmen verdeutlichen noch einmal die zentrale Rolle der Primärversorger bei der Prävention psychischer Gesundheitsprobleme, insbesondere, da hier verschiedene Zielgruppen erreicht werden können. So richten sich die Flyer und Broschüren für das Kindesalter an die Eltern jüngerer Kinder, die Broschüren für das Jugendalter hingegen sprechen die Jugendlichen direkt an. Die Fachinformationen und die wissenschaftliche Veröffentlichung zu Screeninginstrumenten hingegen wenden sich an die Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte. Auf diese Weise werden vier unterschiedliche Zielgruppen adressiert.

Zusätzlich könnten der Flyer und die Broschüre auch in anderen Settings wie Freizeit oder Schule eingesetzt werden und die Fachinformationen könnten auch für interessierte Privatpersonen oder andere Gesundheitsberufe von Interesse sein. So können Massnahmen in der kinderärztlichen Praxis sich auf mehrere Zielgruppen und Settings auswirken und sich im Idealfall positiv auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Reduzierung von Schnittstellen- und Transitionsproblematiken auswirken. Im vorliegenden Projekt kann dazu die konstruktive Zusammenarbeit von Kinderärztinnen und -ärzten, Kinder- und Jugend-psychiaterinnen und -psychiatern und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten hervorgehoben werden. Sowohl der Berufsverband der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in der Praxis (Kinderärzte Schweiz), die Schweizerische Gesellschaft für Kinderärztinnen und Kinderärzte in der Schweiz (pädiatrie schweiz) als auch die Schweizerische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) haben mit ihrem konstruktiven Feedback einen wichtigen Beitrag zum Gelingen des Projekts geleistet. Ausgehend von dieser Zusammenarbeit zeigt sich insbesondere auf Ebene der Fachorganisationen noch weiteres Potenzial für eine systematische Zusammenarbeit der Professionen zum Thema psychische Gesundheit. So sollen beispielsweise weitere Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zwischen Kinderärzte Schweiz, pädiatrie schweiz und SGKJPP zum Thema psychische Gesundheit geprüft werden.

Beim Ausblick auf die zukünftigen Entwicklungen zum Thema psychische Gesundheit im Zusammenhang mit dem vorliegenden Projekt, sind die unterschiedlichen Disseminationsvorhaben zu nennen. Mit dem Setzen des Sensibilisierungs-Ziels erhielt die sichtbare Veröffentlichung der Projektergebnisse und Produkte schon ab Projektbeginn einen grossen Stellenwert und die Broschüren und Fachinformationen sollten mithilfe geeigneter Informationsplattformen für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige verfügbar gemacht werden.

Mit dem Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz gelang es, eine zentrale Organisation zu gewinnen, die die Broschüren und Fachinformationen durch deren Verlinkung auf der Webseite und die Vorstellung der Massnahmen im Newsletter einem interessierten Fachpublikum im Bereich psychische Gesundheit vorstellt. Weiterhin hat sich Gesundheitsförderung Schweiz bereit erklärt, das Projekt im «Kantonalen Aktions-Plan»-Newsletter vorzustellen, was hilft, die Massnahmen Fachpersonen im Bereich Gesundheitsförderung bekannt zu machen. Kinderärzte Schweiz und pädiatrie schweiz stellen das Projekt in ihren Verbandszeitschriften KIS-News und Paediatrica vor. Ebenso unterstützt die SGKJPP das Projekt aktiv und es findet ein Austausch mit der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich statt, um Möglichkeiten zur Verbreitung der Massnahmen zu prüfen. Schliesslich begrüsst auch die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) das Projekt ausdrücklich.

Um die Nutzung der Broschüren und Fachinformationen aktiv zu fördern, wird weiterhin die ZHAW-Webseite mit dem zugehörigen Webshop zum Bestellen der Informationsunterlagen aktiv beworben, indem die erarbeiteten Ressourcen auf relevanten Fortbildungen, Jahrestagungen und Kongressen vorgestellt und relevanten Organisationen wie pädiatrie schweiz (SGP), der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP) oder Gesundheitsförderung Schweiz zur Verbreitung angeboten werden.

Für das Jahr 2020 waren Konferenzbeiträge in Form von Workshops an der pädiatrischen SPG-Tagung (<https://paediatrica.swiss-paediatrics.org>), am 16th World Congress on Public Health 2020 (<https://wcph2020.com/index.php>) und an der Swiss-Public-Health-Tagung (https://sphc.ch/de/sphc-2020_Luzern/) geplant, um den erarbeiteten Flyer für Eltern und die Broschüren für Jugendliche vorzustellen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie werden die Konferenzen allerdings entweder online (16th World Congress on Public Health 2020) oder zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden (Swiss-Public-Health-Tagung und SPG-Tagung).

Neben den beschriebenen Disseminationsmassnahmen wird das ZHAW-Projektteam auch in Zukunft das Thema weiterverfolgen. So soll einerseits die Nutzung und Wirkung der erarbeiteten Fachinformationen aus Perspektive der Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte evaluiert werden. Andererseits soll eine gezielte Weiterentwicklung der Massnahmen im Rahmen von Nachfolgeprojekten realisiert werden. Beispielsweise sollen die Inhalte des Flyers und der Jugendbroschüre digital zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollen zusätzliche Möglichkeiten eines App-Angebots wie beispielsweise ein mit den Informationen verbundenes Coaching zur psychischen Gesundheit geprüft werden.

7 Literaturverzeichnis

- Baer, N., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., Frick, U., & Rüesch, P. (2016). Jung, psychisch krank und –invalidisiert. *Soziale Sicherheit CHSS*, 1.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., ... McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184–196.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Brähler, E. (2010). *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (Vol. 6). Hogrefe Verlag.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R. & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597.
- Borg, A. M., Salmelin, R., Kaukonen, P., Joukamaa, M., & Tamminen, T. (2014). Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *J Child Adolesc Ment Health*, 26(3), 229–238. <http://doi.org/10.2989/17280583.2014.923432>
- Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheits/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html>
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten*. FOPH and Cantonal Health Director Conference (GDK). Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien.html>
- Cosgrove, L., Karter, J. M., Vaswani, A., & Thombs, B. D. (2018). Unexamined assumptions and unintended consequences of routine screening for depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 9–11.
- Deighton, J., Croudace, T., Fonagy, P., Brown, J., Patalay, P., & Wolpert, M. (2014). Measuring mental health and wellbeing outcomes for children and adolescents to inform practice and policy: a review of child self-report measures. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 14–14. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-8-14>
- Domitrovich, C. E. & Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(2), 193–221. https://doi.org/10.1207/S1532768XJEP1102_04
- Eisner, D., Zoller, M., Rosemann, T., Huber, C. A., Badertscher, N. & Tandjung, R. (2011). Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *International Journal of General Medicine*, 4, 853–870.
- Fekadu, A., Medhin, G., Selamu, M., Giorgis, T. W., Lund, C., Alem, A. et al. (2017). Recognition of depression by primary care clinicians in rural Ethiopia. *BMC Family Practice*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0628-y>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47–53. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>
- Gilbody, S., House, A., & Sheldon, T. (2009). Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(4).
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(01), 139. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377, 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)

- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Alegría, M., Costello, E. J., Gruber, M. J., Hoagwood, K., ... Kessler, R. C. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 501–510.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.002>
- Hargrave, T., & Arthur, M. (2015). Teaching child psychiatric assessment skills: Using pediatric mental health screening tools. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50(1), 60–72.
<https://doi.org/10.1177/0091217415592358>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2016). *Global Burden of Disease Compare Data Visualization*. Seattle, WA: University of Washington. Retrieved from
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 254–260.
- Katon, W. & Schulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 14(4), 237–247. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(92\)90094-q](https://doi.org/10.1016/0163-8343(92)90094-q)
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976.
<https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378, 1515–1525.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kim, B. & White, K. (2017). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes? Systematic literature review. *Interpersonal Journal of Adolescence and Youth*, 23(2), 198–218.
<http://doi.org/10.1080/02673843.2017.1330696>
- Kwok, S., Gu, M. & Tong Kai Kit, K. (2016). Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 26.
<https://doi.org/10.1177/1049731516629799>
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2007). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer.
- Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208–215.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002>
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215–233. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80026-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80026-0)
- Olfson, M. (2002). National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. *JAMA*, 287(2), 203.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.2.203>
- Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A. & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 313–334.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>
- Patel, V., Araya, R., Chowdhary, N., King, M., Kirkwood, B., Nayak, S. et al. (2008). Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 38(2), 221–228. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002334>
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H.-U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on "Psychological disorders in primary health care." *The British Journal of Psychiatry*, 168, 38–43.
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113, 183–190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>
- Scott, J., Thorne, A. & Horn, P. (2002). Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *BMJ : British Medical Journal*, 325(7370), 951–954.
- Shalwitz, J., Sang, T., Combs, N., Davis, K., Bushman D. & Payne B. (2007). Behavioral health: An adolescent provider toolkit. Adolescent Health Working Group, San Francisco. Abgerufen von <https://ahwg.org/download/behavioral-health-2007/#unlock>
- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician*, 66(6), 1001–1008.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Skeen, S., Laurenzi, C.A., Gordon, S.L., du Toit, S., Tomlinson, M., Dua, T. et al. (2019). Adolescent mental health program components and behaviour risk reduction: A meta-analysis. *Pediatrics*, 144(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Group, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Thabrew, H., McDowell, H., Given, K., & Murrell, K. (2017). Systematic review of screening instruments for psychosocial problems in children and adolescents with long-term physical conditions. *Glob Pediatr Health*, 4, 2333794X17690314. <https://doi.org/10.1177/2333794X17690314>
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Begleitbericht zum Obsan Bulletin 1/2018*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern>
- USPSTF (2009). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223–1228. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2381>
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016* (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Retrieved from <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz>
- Weber, P., & Jenni, O. (2012). Screening in child health: studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(24), 431–435. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0431>
- Wells, J., Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*. <https://doi.org/10.1108/09654280310485546>
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(8), 1569–1585.
- Williams, S. B., O'Connor, E. A., Eder, M., & Whitlock, E. P. (2009). Screening for child and adolescent depression in primary care settings: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4), e716–e735. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2415>

- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- Wissow, L. S., Brown, J., Fothergill, K. E., Gadomski, A., Hacker, K., Salmon, P., & Zekowitz, R. (2013). Universal mental health screening in pediatric primary care: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(11), 1134–1147.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.08.013>
- Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zuithoff, N. P., Vergouwe, Y., King, M., Nazareth, I., van Wezep, M. J., Moons, K. G., & Geerlings, M. I. (2010). The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 11(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-98>

8 Anhang

8.1 Anhang 1: Liste der Meta-Analysen zu Screeninginstrumenten für Erwachsene

- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006>
- Burton, L.-J., & Tyson, S. (2015). Screening for mood disorders after stroke: a systematic review of psychometric properties and clinical utility. *Psychological Medicine*, 45(01), 29–49. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000336>
- Carey, M., Noble, N., Sanson-Fisher, R., & Mackenzie, L. (2012). Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: time to revisit first principles?: Use of the HADS to assess psychological morbidity in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21(3), 229–238. <https://doi.org/10.1002/pon.2057>
- El-Den, S., Chen, T. F., Gan, Y.-L., Wong, E., & O'Reilly, C. L. (2018). The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 503–522. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.060>
- Herr, N. R., Williams, J. W., Benjamin, S., & McDuffie, J. (2014). Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The rational clinical examination systematic review. *JAMA*, 312(1), 78. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5950>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Levis, B., Benedetti, A., Levis, A. W., Ioannidis, J. P. A., Shrier...& Thombs, B. D. (2017). Selective cutoff reporting in studies of diagnostic test accuracy: A comparison of conventional and individual-patient-data meta-analyses of the Patient Health Questionnaire-9 Depression Screening Tool. *American Journal of Epidemiology*, 185(10), 954–964. <https://doi.org/10.1093/aje/kww191>
- Litster, B., Fiest, K. M., Patten, S. B., Fisk, J. D., Walker,...& Ann Marrie, R., for the CIHR Team “Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease”. (2016). Screening tools for anxiety in people with Multiple Sclerosis: A systematic review. *International Journal of MS Care*, 18(6), 273–281. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-004>
- Luckett, T., Butow, P. N., King, M. T., Oguchi, M., Heading, G., Hackl, N. A., Rankin, N., & Price, M. A. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for English-speaking adults with

- heterogeneous cancer diagnoses. *Supportive Care in Cancer*, 18(10), 1241–1262.
<https://doi.org/10.1007/s00520-010-0932-8>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*, 184(3), E191–E196.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- Meadar, N., Mitchell, A. J., Chew-Graham, C., Goldberg, D., Rizzo, M., Bird, V., Kessler, D., Packham, J., Haddad, M., & Pilling, S. (2011). Case identification of depression in patients with chronic physical health problems: a diagnostic accuracy meta-analysis of 113 studies. *Br J Gen Pract*, 61(593), e808–e820. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X613151>
- Meadar, N., Moe-Byrne, T., Llewellyn, A., & Mitchell, A. J. (2014). Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 198–206. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-304194>
- Mitchell, A. J., Meadar, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335–348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.067>
- Mitchell, A. J., Meadar, N., Davies, E., Clover, K., Carter, G. L., Loscalzo, M. J., Linden, W., Grassi, L., Johansen, C., Carlson, L. E., & Zabora, J. (2012). Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 149–160.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.043>
- Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J., & Stubbs, B. (2016). Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*, 2(02), 127–138. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001685>
- Moriarty, A. S., Gilbody, S., McMillan, D., & Manea, L. (2015). Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 567–576. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.012>
- Nabbe, P., Le Reste, J. Y., Guillou-Landreat, M., Munoz Perez, M. A., Argyriadou, S., ... & Van Royen, P. (2017). Which DSM validated tools for diagnosing depression are usable in primary care research? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 39, 99–105.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.004>
- Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Álvarez, P., Martín-López, L. M., Sánchez-Toto, A., Adroher, N. D., Blasco-Cubedo, M. J., Vilagut, G., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression and Anxiety*, 32(7), 471–484. <https://doi.org/10.1002/da.22360>
- Owora, A. H., Carabin, H., Reese, J., & Garwe, T. (2016). Summary diagnostic validity of commonly used maternal major depression disorder case finding instruments in the United States: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 205, 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.014>
- Pettersson, A., Boström, K. B., Gustavsson, P., & Ekselius, L. (2015). Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 497–508. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1008568>
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005>
- Ren, Y., Yang, H., Browning, C., Thomas, S., & Liu, M. (2015). Performance of screening tools in detecting major depressive disorder among patients with coronary heart disease: a systematic review. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 646.
- Schneider, B., Weber, B., Maurer, K., & Frölich, L. (2002). Problematik der Beurteilung depressiver Symptome Demenzkranker. *Psychiatrische Praxis*, 29, 76–82. <https://doi.org/10.1055/s-2002-22042>
- Torbey, E., Pachana, N. A., & Dissanayaka, N. N. W. (2015). Depression rating scales in

- Parkinson's disease: A critical review updating recent literature. *Journal of Affective Disorders*, 184, 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.059>
- Ukatu, N., Clare, C. A., & Brulja, M. (2018). Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*, 59(3), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.11.005>
- van Ballegooijen, W., Riper, H., Cuijpers, P., van Oppen, P., & Smit, J. H. (2016). Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0735-7>
- Vodermaier A, Millman RD, Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1899–1908. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1251-4>
- Wakefield, C. E., Butow, P. N., Aaronson, N. A., Hack, T. F., Hulbert-Williams, N. J., & Jacobsen, P. B. (2015). Patient-reported depression measures in cancer: a meta-review. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 635–647. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00168-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00168-6)
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190–211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Ziegler, L., Hill, K., Neilly, L., Bennett, M. I., Higginson, I. J., Murray, S. A., & Stark, D. (2011). Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: A systematic review of validated self-report measures. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 619–636. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.024>

8.2 Anhang 2: Flyer und Fachinformationen Kindesalter

8.3 Anhang 3: Broschüre und Fachinformationen Jugendliche