

## Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun?

M. Sielk  
H.-H. Abholz

### *Why Do General Practitioners Characterize Other Patients as Depressive than Psychiatrists Do?*

#### Zusammenfassung

Die Betreuung depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis steht seit einiger Zeit im Fokus vieler wissenschaftlicher Untersuchungen. Dabei wird immer wieder festgestellt, dass viele von den durch die üblichen psychiatrischen Instrumente (welche zumeist auf den diagnostischen Kriterien des ICD-10 oder des DSM-IV basieren) diagnostizierten Depressionsfällen von den Hausärzten nicht als solche identifiziert werden. Gemeinhin wird daraus geschlossen, dass die Depression in der Hausarztpraxis sehr häufig nicht diagnostiziert, also übersehen wird. Zudem werden vom Hausarzt zum Teil auch Patienten als „depressiv“ eingestuft, die nach den standardisierten Instrumenten nicht als „depressiv“ bezeichnet werden. In der Literatur wird von einer „Über-“ bzw. „Unterdiagnose“ gesprochen. Dargestellt werden Erklärungsansätze für dieses Phänomen und die besondere Situation des Generalisten.

#### Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Depression · Diagnose Hausarzt · Diagnoseinstrumente

#### Abstract

Recently many scientific investigations focused on the care of depressive disorders in general practice. It is often stated that many cases of depression found by the usual psychiatric instruments (all based on the diagnostic criteria of ICD-10 or DSM IV) were not diagnosed by the General Practitioner. This often led to the conclusion that the diagnosis of depression is frequently missed by General Practitioners. Beyond that it was found that General Practitioners often classify patients as “depressive”, although the psychiatric diagnostic instrument did not show a depressive disorder. This article discusses this phenomenon in the light of the special situation of the GP as a generalist.

#### Key words

Family medicine · depression · psychiatric care · diagnosis

Alle Untersuchungen zur Prävalenz, Identifikationsrate und Behandlung depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis seit den 80er-Jahren kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen: in diesen Studien liegt die durch psychometrische Tests ermittelte Punktprävalenz depressiver Störungen in der Hausarztpraxis relativ konstant um die 10%. Besonders bemerkenswert ist dabei der Aspekt, dass diese Ähnlichkeiten größtenteils unabhängig von den verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen und

den unterschiedlichen Medizinkulturen sind, obwohl sich der jeweilige Zugang zum Allgemeinarzt und seine Funktionen z.T. erheblich unterscheiden [1–6].

Es findet sich in allen Studien der Befund, dass ca. 50% dieser durch die Tests als depressiv identifizierten Patienten von den Hausärzten nicht als solche erkannt werden [2, 7–11]. Und selbst wenn diese Patienten als depressive Fälle vom Hausarzt

#### Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Sielk · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: sielk@med.uni-duesseldorf.de

#### Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 486–490 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2005-872577  
ISSN 0014-336251

identifiziert werden, wird nur ein kleiner Teil davon angemessen (also leitliniengetreu) behandelt [12, 13].

Zusätzlich hat die Tatsache, dass Hausärzte auch umgekehrt einen Teil ihrer Patienten als depressiv erkrankt einschätzen, obwohl die üblichen psychiatrischen Instrumente dieser Einschätzung widersprechen (siehe z.B. zwei Studien an deutschen Hausärzten [4, 13]), immer wieder zur Forderung nach besserer Vermittlung von Wissen, z. B. durch Leitlinien, an Hausärzte geführt [13].

Diese Erkenntnisse führen in der Regel zu der Annahme, dass hier von einem Defizit des hausärztlichen „Wissens“ und/oder einem Kompetenzmangel des Hausarztes auszugehen sei. Diese Erklärung erscheint jedoch aus verschiedenen Gründen unzureichend:

- Schon die Tatsache der oben beschriebenen konstanten und auch über Länder- und Systemgrenzen hinweg gleich bleibenden Rate an nicht diagnostizierten Fällen – oder neutraler ausgedrückt: diskordanten Fallidentifikationen – von rund 10% spricht für ein systematisches und generell die Primärversorgung betreffendes Problem und nicht für Mängel in der Kompetenz einzelner Allgemeinärzte oder für mangelhafte Weiterbildungsinhalte.
- Kaum eine Intervention zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten – von denen es in den vergangenen 15 Jahren eine große Menge gab – konnte durch Verbesserung der psychiatrisch-diagnostischen Kompetenz oder durch Vermittlung von Leitlinien die Versorgung der Patienten verbessern (Überblick bei Gilbody [14]).

So sollten die tatsächlichen Gründe für die erheblichen diagnostischen Diskordanzen Gegenstand verschiedener Überlegungen bleiben. Kendrick z.B. kommt im Lichte eines im Rahmen einer großen Studie erneut gescheiterten Interventionsversuchs zur Verbesserung der Diagnosefähigkeit von Hausärzten<sup>1</sup> zu dem Schluss, dass klinische Leitlinienempfehlungen zur Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis auf besondere Probleme stoßen, die eben nicht durch Wissensvermittlung zu lösen seien [15]. Gründe, welche für die gefundene „Unterdiagnostizierung“ angeführt werden, sind:

- In der Regel ist das diagnostische Vorgehen in der Psychiatrie noch deutlicher als in der Organmedizin stark formalisiert; Allgemeinärzte hingegen arbeiten diagnostisch im Rahmen eines Erkenntnis Komplexes, der u.a. den Patienten und dessen Umfeld sowie viele weitere Bedingungs zusammenhänge einschließt [16].
- Anzahl und Schwere depressiver Störungen liegen auf einem Kontinuum und wechseln relativ schnell. Durch die diagnostischen Kriterienlisten des ICD-10 und DSM-IV werden Schwellenwerte festgelegt, die im Alltag des Hausarztes willkürlich erscheinen und eben die zeitliche Gesamtsicht des Arztes auf einen Patienten nicht berücksichtigen. Dass bei der geschilderten „Unterdiagnostizierung“ durch Allgemeinärzte ein Schwellenwertproblem vorliegen könnte, wird

durch die immer wieder gezeigte Tatsache gestützt, dass mit steigender Schwere der Depression der Anteil der vom Hausarzt „richtig“ als depressiv diagnostizierten Fälle steigt [17, 18].

- Interessanterweise scheinen sich viele allgemeinmedizinische Patienten bezüglich ihrer depressiven Symptomatik „schwellenwertnah“ zu befinden. Ein Hinweis hierfür ist folgender Befund: Wittchen bemerkt in seiner „bundesdeutsche Hausarztstudie“ überrascht, dass weniger als 5% (4,2%) der über 20 000 hausärztlichen Patienten eines Stichtages eine depressive Erkrankung zeigen, wenn man (nach dem von ihm entwickelten Instrument Depression Screening Questionnaire (DSQ)) die Kriterien des DSM-IV anlegt. Nach den Kriterien des ICD-10 hingegen werden – bei denselben Patienten und demselben Diagnoseinstrument – mehr als doppelt so viele (11,3%) als depressiv diagnostiziert, obwohl sich die beiden Diagnosesysteme hier nur sehr geringfügig unterscheiden: der ICD-10 hat eine minimal niedrigere Schwelle [4]. So ist vorstellbar, dass bereits bei einer leichten Erhöhung der „inneren Schwelle“ des Hausarztes, eine Depression zu diagnostizieren, die vielen schwellennahen Patienten durch dieses Raster fallen.
- Ein weiteres Problem, das die Diskrepanzen in der Diagnosestellung erklären kann, besteht in Folgendem: Ein Vergleich von 45 klinischen Leitlinien zur Depression konnte zeigen, dass sich die zentralen Behandlungsempfehlungen im Prinzip gleichen und alle einen fast identischen „Schwellenwert“ zur Behandlungsempfehlung angeben, welcher unabhängig von den jeweiligen exogenen psychischen Belastungen und sozialen Problemen des Patienten ist. Das durch die modernen Diagnosesysteme vertretene Konzept der Unabhängigkeit depressiver Störungen von exogenen psychischen und sozialen Gegebenheiten widerspricht dem täglichen allgemeinärztlichen Beurteilen und Handeln. So argumentiert auch Kendrick, dass z.B. Hausärzte die Erfahrung machen, dass der Verlauf einer Depression ganz offensichtlich erheblich von äußeren Umständen und sozialen Problemen abhängt und dass fernerhin Allgemeinärzte oft bezweifeln, dass Antidepressiva vor einem solchen Hintergrund überhaupt effektiv sein können [15].
- Das Phänomen, dass eine Verbesserung des Depressionsmanagement in der Allgemeinarztpraxis nicht mit einem besseren „Outcome“ einher geht, kann zudem durch die Tatsache gesehen werden, dass Patienten nicht selten Medikamente ablehnen, und dies insbesondere, wenn es sich um psychiatrische Medikamente handelt. Wenn der Allgemeinarzt eine Depression als solche erkannt und benannt hat, und er z.B. – leitlinienkonform – eine antidepressive Therapie vorschlägt und beginnen will, führt diese – dem Hausarzt alltäglich bekannte – Haltung bei vielen Patienten zu einer Ablehnung. Setzt er mit den Mitteln seiner hausärztlichen Kommunikation trotzdem eine Therapie durch, dann ist nicht selten die Compliance der Patienten schlecht [19–21]. Daher kann auch vermutet werden, dass Hausärzte bei Patienten mit leichteren Depressionen und bei antizipierter Verweigerung einer Therapie schon die „mögliche Diagnose“ nicht stellen, um damit offensichtlich sinnlose Konflikte zu vermeiden.
- Ein weiterer Grund, der eine niedrigere Rate an diagnostizierten Depressionsfällen in Hausarztpraxen erklären könnte,

<sup>1</sup> Im Hampshire-Projekt, einer großen randomisierten Studie, wurden Allgemeinärzte im Erkennen und Behandeln von Depression geschult und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Es zeigte sich kein Unterschied in der Rate der erkannten oder gesunden Fälle.

findet sich im besonderen Patienten- und Krankheitsspektrum in der Hausarztpraxis. Damit ist einerseits der in der Allgemeinarztpraxis geringere Anteil an klassisch ausgeprägten Depressionen und deren schwere Formen gemeint. Andererseits ist damit auch der hohe Anteil an Patienten, die sich primär mit körperlichen Beschwerden im Rahmen einer Depression vorstellen, gemeint [22, 23]. Insbesondere hier setzt aber auch die Kritik an der hausärztlichen (Mangel-)Versorgung an: wenn sich Patienten mit im Vordergrund stehender körperlicher Symptomatik vorstellen, wird die unterliegende depressive Störung besonders oft „übersehen“.

- Hausärzte scheinen es vorzuziehen, somatische Diagnosen zu stellen. Auf diesem Gebiet fühlen sich die Hausärzte möglicherweise sicherer und erfahrener. Je unerfahrener der Arzt ist, desto eher versucht er, das Somatische „zu finden“. Erst mit zunehmender Erfahrung ist er bereit, körperliche Beschwerden einer psychischen Ursache – wie z. B. der Depression – zuzuordnen. Entsprechende empirische Studien konnten zeigen, dass die Präsentation depressiver Patienten mit unspezifischen somatischen Beschwerden die Diagnose erheblich erschwert und die Aufmerksamkeit des Allgemeinarztes von der Depression weg führt [24].

In der Zusammenschau dieser Punkte fällt auf, dass in allen das besondere Feld, in welchem der Hausarzt arbeitet, eine wichtige Rolle spielt. Diese Rolle soll daher etwas näher betrachtet werden.

### Besonderheit allgemeinärztlicher Diagnosefindung

Die Entscheidungsfindung des „Generalisten“ Hausarzt weist in Bezug auf eine Diagnosestellung besondere Rahmenbedingungen auf. Dies führt dazu, dass der Hausarzt bei bestimmten Fällen auf eine Diagnose verzichtet.

In der Hausarztpraxis lässt sich nur ein kleiner Anteil von Beschwerden oder Symptomen – auch bei weitergehender Abklärung – tatsächlich einer definitiven, bewiesenen Diagnose zuordnen. Entsprechende Empirie hat gezeigt, dass in der Praxis und in Bezug auf den Behandlungsanlass nur in rund 10 Prozent eine definitive, beweisende Diagnose gestellt wird, während in 40 Prozent nach dem „Bild einer Erkrankung“, also der nur ungefähren Zuordnung zu einem bekannten und definierten Krankheitsbild, gehandelt wird. In etwa 50 Prozent der Fälle werden nur Symptome oder Symptomgruppen ohne Zuordnung zu einer Diagnose als Behandlungsfokus gesehen [25].

Wegen der häufig fehlenden Zuordenbarkeit wird also in der Praxis schon aus pragmatischen Gründen oft keine weitergehende Diagnostik durchgeführt. Verzichtet wird darauf insbesondere bei typischen Fällen, wenn diese nicht akut lebensbedrohlich sind, sowie bei Beschwerden, die primär offensichtlich harmlos erscheinen. Die Gründe hierzu sind:

- häufig „leichte Fälle“ in Allgemeinmedizin  
Innerhalb eines Krankheitsbildes kommen in der Allgemeinmedizin besonders leichte und frühe Formen einer Gesundheitsstörung vor. Dies wiederum hat zur Folge, dass auch unter einer definierten Diagnose im hausärztlichen Versorgungsbereich ein anderes „Bild einer diagnostischen Entität“

besteht. Dieses eher durch leichte Verlaufsform charakterisierte Bild führt meist zu weniger abklärender oder therapeutischer Aktivität.

- Bei der Seltenheit definierter und gar ernster Erkrankungen ist der positive Vorhersagewert eines Befundes zu niedrig  
Da in der Allgemeinmedizin sehr häufig harmlose, selbstlimitierende Störungen vorliegen, erscheint eine Strategie, in jedem Fall eine intensive Abklärung durchzuführen, die auf die eben sehr seltenen ernsten und klar definierten Erkrankungen fokussiert, nicht nur inadäquat, sondern sie würde mehrheitlich falschpositive Befunde zur Folge haben; die große Menge dieser falschpositiven Befunde müssten dann – zunehmend eingreifender – weiter abgeklärt werden. Um in diesem Feld doch einen einigermaßen sicheren Weg zu finden und die zwar seltenen, aber relevanten schweren Verläufe nicht zu übersehen, muss der Allgemeinarzt also in einer Vorselektion diejenigen Fälle herausfinden, die er weitergehender Diagnostik unterzieht. Er nutzt dabei sein typisches hausärztliches „Handwerk“, indem er die ihm gut bekannte Vorgeschichte, das individuelle Risikoprofil des Patienten sowie die Kenntnis des jeweiligen Umgangs seines Patienten mit Beschwerden (erlebte Anamnese) miteinander in Beziehung bringt und in seine diagnostische Überlegung einbezieht.

- Diagnosen werden im Verlauf gestellt.  
Die hausärztlichen Patienten werden in der Regel über Jahre gekannt und das Bild, das der Hausarzt vom Patienten einschließlich seiner Diagnosen – oder möglicher Diagnosen – hat, wächst über die Zeit. Häufig liegen in der Hausarztpraxis Vor- und Frühformen von Krankheiten vor, und ein Krankheitsbild ist bisher bestenfalls nur in Teilen zu erkennen. Daher wird der Verlauf über die Zeit zur diagnostischen Beurteilung herangezogen: Dinge können sich in die eine oder andere Richtung entwickeln, und ein Großteil der initial vorgestellten Symptome werden wieder verschwinden. Bushnell konnte zeigen, dass mit steigender Konsultationsfrequenz beim Hausarzt die Identifikationsrate an depressiven Fällen stieg [1]. Auch Baik kommt bei einer qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass die kontinuierliche Behandlung durch denselben Hausarzt die Aufdeckungsrate verbessert [17]. Eine solche zeitliche Perspektive ist aber in Punktprävalenzerhebungen mit standardisierten Instrumenten nur sehr eingeschränkt erfassbar.

- Eine Diagnose ist verzichtbar, wenn keine therapeutische Möglichkeit besteht.

Viele Patienten sind in ihrem Anliegen pragmatisch und verlangen dies auch von ihrem Hausarzt: Sie wollen „mehr an Gesundheit“ und nicht „mehr an Diagnose“. Dies führt u. a. dazu, dass Hausärzte vor Einleitung jeder diagnostischen Aktivität immer auch einschätzen, welche therapeutischen Möglichkeiten objektiv bestehen und welche – bezogen auf den einzelnen Patienten – subjektiv vom Patienten akzeptiert und gewünscht werden. Nur dann erscheint in der Regel eine Diagnosestellung für sie von Bedeutung. Wie oben beschrieben besteht aber offenbar in Bezug auf die Behandlung

<sup>2</sup> Diese Skepsis besteht auch unabhängig von der derzeitigen aktuellen Diskussion darum, ob Antidepressiva unter vielen der Bedingungen, in denen sie derzeit eingesetzt werden (sollen), überhaupt einen angemessenen Effekt haben [27], und dies wird die Skepsis in Zukunft noch verstärken.

der Depression eine Skepsis<sup>2</sup> unter den Hausärzten bezüglich der medikamentösen Behandelbarkeit von depressiver Störungen, deren Ursache oft eindeutig – zumindest zu einem großen Teil – durch alltagsweltliche Probleme ausgelöst sind. Diese Sicht entspricht sehr häufig auch der Sicht der Patienten.

- Etikettierung und Stigmatisierung vermeiden  
Breite und Kontinuität der generalistischen Arbeit bedingen eine Nähe des Allgemeinarztes zum Patienten, und der Hausarzt erlebt weitaus direkter als der Spezialist, welche „Macht“ Etikettierungen durch Diagnosen haben. Und dies gilt nicht nur für psychiatrische Diagnosen. Daher wird eine Diagnose oft umgangen, es sei denn, es erscheint dem Hausarzt als notwendig für das weitere Handeln. So konnte in Bezug auf die Depressionsdiagnostik gezeigt werden, dass Hausärzte einige psychische Beeinträchtigungen ihrer Patienten zwar nicht explizit diagnostizieren, diese aber implizit in der Konsultation einen großen Raum einnehmen und auch vom Allgemeinarzt mit „behandelt“ werden, ohne dass dies so benannt wird [16].
- Hermeneutisches Fallverständnis  
In einem komplexen System von Befunden – auf medizinischer, sozio-kultureller und psychischer Ebene – mit zudem verschieden klar definierten bzw. eindeutig zu fassenden Zuständen und Diagnosewahrscheinlichkeiten, sowie schließlich dem Wissen, dass ein Großteil von Beschwerden nie einer Diagnose zuzuordnen sein wird, doch zu einer Entscheidung – auch einer diagnostischen – zu kommen, gelingt nur mittels zusätzlicher Hilfen zur Entscheidungsfindung. Das Hermeneutische Fallverständnis, also die Deutung von Symptomen in ihrem Zusammenhang mit anderen Symptomen, Vorbefunden und Diagnosen sowie mit lebensgeschichtlichen Zusammenhängen und der Persönlichkeit des Patienten, stellt eine solche methodische Hilfe dar. Diese „Hilfe“ impliziert aber das, was standardisierte Diagnose-Instrumente und was ICD-10 und DMS-IV gerade nicht aufweisen: formal Identisches – z.B. Traurigkeit, Schlaflosigkeit – wird vom Allgemeinarzt in der Regel nicht als identisch gesehen, weil der „Träger des Symptoms“ sehr unterschiedlich sein kann und weil „Gleiches“ unterschiedliche Bedeutung haben kann. Darüber hinaus besteht in der gegenwärtigen Diskussion über die Besonderheiten allgemeinärztlicher Depressionsdiagnostik, die nicht nur von Allgemeinärzten geführt wird, zunehmend Einigkeit darüber, dass „im Kontext der täglichen Praxis die Arzt-Patient-Interaktion eine wichtige Komponente bei der Erkennung der Depression ist“ [17].

Zusammenfassend lässt sich vor diesem Hintergrund festhalten: Es scheint sich in dieser Problematik ein zentraler Konflikt zwischen einer Spezialdisziplin, der Psychiatrie, und der Allgemeinmedizin als Disziplin der ganzheitlichen Sichtweise widerzuspiegeln. Seit den 80er-Jahren – und genau genommen mit Bleuler und Schneider seit fast einem Jahrhundert – verfolgt die Psychiatrie im Namen der Vergleichbarkeit verschiedener Diagnosen eine formalisierte Diagnosestellung, welche auf einer summarischen Erfüllung bestimmter, definierbarer Symptome beruht. Dies ist in die sehr ähnlichen Diagnoseschemata des ICD-10 und DSM-IV gemündet, welche ausschließlich auf diesem deskriptiven Konzept beruhen und die Frage nach der zugrunde liegenden Ätiologie völlig aussparen. Kurz: egal warum ein Patient

nun so antriebsarm, lustlos und traurig ist – er erfüllt die Kriterien einer Depression – und sollte als solche behandelt werden. Zwischen endogen, reaktiv oder neurotisch wird nicht mehr unterschieden. Dies mag den Außenstehenden wundern: gerade diejenige Disziplin, welche die menschliche Seele zum Objekt hat, besteht auf die Erfüllung von Kriterien und verzichtet – zumindest in ihrer Diagnostik – u.a. auf die Ebene des „Verstehens“, das am wenigsten Fassbare wird am stärksten formalisiert. Hinzugefügt sei, dass es innerhalb der Psychiatrie auch in diesem Punkt verschieden ausgerichtete Strömungen gibt und dass derzeit im Rahmen der Erarbeitung einer neuen Fassung des DSM auch in der Psychiatrie eine Diskussion darüber entbrannt ist, ob dieses Konzept noch haltbar ist [26].

Die Allgemeinmedizin hat im Prinzip eine ähnliche Ausgangsposition: Eine formalisierende Diagnosezuordnung, welche sich z.B. auf eine festgelegte Anzahl der zu erfüllenden Kriterien bezieht, ist in der Regel mit allgemeinärztlicher Arbeitsweise und ihrer Denk- und Entscheidungsstruktur (Hermeneutisches Fallverständnis) nicht kompatibel. Die Bedeutung einer konkreten Diagnose ist für den Allgemeinmediziner und seine Patienten weitaus geringer als für den Spezialisten. Dies dürfte insbesondere für die psychiatrischen Störungen gelten, für die der Übergang von „krank“ zu „gesund“ besonders schwer bestimmbar erscheint. So kann übrigens auch die Überdiagnose, die zwar oft gefunden wird, aber sehr viel seltener als Mangel gegen die hausärztliche Versorgung ins Feld geführt wurde, erklärt werden: für einen Allgemeinarzt kann ein Patient, der suizidal und z.B. auch verzweifelt ist, eine „Depression“ haben, insbesondere wenn der Arzt in einer Studie danach gefragt wird; werden vom Patienten allerdings keinen weiteren depressionstypischen Symptome angeben, erkennt keines der validierten Diagnoseinstrumente diesen als Patienten als „Depressiven“, da die Diagnosesysteme (ICD-10 und DSM-IV) ja eine Mindestanzahl an Symptomen zur Diagnose erfordern – ein Beispiel also dafür, wie weit die psychiatrischen Diagnosesysteme von der allgemeinärztlichen Realität entfernt sind.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- 1 Bushnell FMAcPle Research Group. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 842
- 2 Jacobi F, Hoyer M, Meister W, et al. Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Patienten. *Nervenarzt* 2002; 73: 651 – 658
- 3 Kessler D, Lloyd K, Lewis G, et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318: 436 – 440
- 4 Wittchen HU, Hoyer M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: 121 – 135
- 5 Simon GE, Korff M Von. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4: 99 – 105
- 6 Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. John Wiley, New York 1995
- 7 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775 – 1779
- 8 Lépine J, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharm* 1997; 12: 19 – 29

- <sup>9</sup> Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM, et al. Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care* 2003; 1: 149–155
- <sup>10</sup> Horvitz-Lennon M, Normand SL, Frank RG, et al. "Usual care" for major depression in the 1990s: Characteristics and expert-estimated outcomes. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 720–726
- <sup>11</sup> Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 212–220
- <sup>12</sup> Badamgarav E, Weingarten S, Henning J, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: A systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2080–2090
- <sup>13</sup> Schneider F, Kratz S, Bermejo I, et al. Insufficient depression treatment in outpatient settings (Unzureichende ambulante Behandlung depressiver Patienten). *German Medical Science* 2005; 2: Doc01
- <sup>14</sup> Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *JAMA* 2003; 289: 3145–3151
- <sup>15</sup> Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? *BMJ* 2000; 320: 200–201
- <sup>16</sup> Armstrong D, Earnshaw G. What constructs do GPs use when diagnosing psychological problems. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 80–83
- <sup>17</sup> Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, et al. The recognition of depression: The primary care clinician's perspective. *Ann Fam Med* 2005; 3: 31–37
- <sup>18</sup> Littlejohns P, Cluzeau F, Bale R, et al. The quantity and quality of clinical practice guidelines for the management of depression in primary care in the UK. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 205–210
- <sup>19</sup> Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ* 1995; 311: 1274–1276
- <sup>20</sup> Corey-Lisle PK, Nash R, Stang P, et al. Response, partial response, and nonresponse in primary care treatment of depression. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1197–1204
- <sup>21</sup> Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839–842
- <sup>22</sup> Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, et al. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734–741
- <sup>23</sup> Kirmayer L, Robbins J. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychol Med* 1996; 26: 37–951
- <sup>24</sup> Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993; 43: 327–330
- <sup>25</sup> Braun R, Mader F. *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2003
- <sup>26</sup> McHugh PR. Striving for coherence: Psychiatry's efforts over classification. *JAMA* 2005; 293: 2526–2528
- <sup>27</sup> Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ* 2005; 331: 155–157

---

### Zur Person



Dr. med. Martin Sielk ist in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf führt er derzeit eine Studie zur Behandlung von Patienten mit emotionalen Problemen in der Hausarztpraxis durch.