

Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis

Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien

Jochen Gensichen¹, Christian Huchzermeier², Josef B. Aldenhoff², Ferdinand M. Gerlach¹ und Dunja Hinze-Selch²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP – Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Etwa jeder zehnte Patient einer Allgemeinarztpraxis leidet unter einer Depression. Diese innerhalb einer Konsultation gleich zu erkennen, gelingt allerdings oft nur in 25–50% der Fälle. Wie wird in international verfügbaren Leitlinien eine praxisrelevante Depressionsdiagnostik initiiert?

Methoden: Systematische, internationale Recherche nach Leitlinien zur Depressionsdiagnostik mit Schwerpunkt Primärversorgung. Beurteilung der Qualität nach Evidenzangaben, Pilotstudien, Implementierungshinweisen, Darstellungsform, Zielgruppenspezifität und redaktioneller Unabhängigkeit. Erhebung, ob und wie die Leitlinien zur Initiierung der Diagnostik Stellung beziehen.

Ergebnisse: Von 22 Leitlinien richten sich 15 an die Primärversorgung. Nur 3 wurden in praxisrelevanten Pilotstudien getestet, nur 3 verfügen über explizite Implementierungshinweise, immerhin 9 geben systema-

tische Evidenzen an. Die mit 6 erfüllten Qualitätsmerkmalen beste Leitlinie ist nur auf Holländisch verfügbar und etabliert. Die methodisch von uns als beste eingestuft Leitlinien (NHG 2003; VHA 2000; ICSI 2001) beschreiben „Signalsituationen“, die eine strukturierte Diagnostik (opportunistisches Screening) auslösen sollen. Die anschließende Kombination aus einem Selbstrating-Instrument und der ICD-10-Diagnosesicherung ist in bis zu 98% sicher und in der durchschnittlich vorgesehenen Konsultationsdauer von 10 Minuten zu realisieren.

Schlussfolgerungen: Eine aus unserer Sicht nach diesen Kriterien optimale Leitlinie zur Depression für die deutsche Versorgung sollte unbedingt auch Hinweise („Signalsituationen“) für den Start der strukturierten Diagnostik anbieten.

Sachwörter: Depression, Diagnostik, Allgemeinarztpraxis, hausärztliche Versorgung

Im Blickpunkt

Signals for the Initiation of Structured Diagnostic Procedures for Depression in Primary Health Care

A Practice-Relevant Evaluation of International Guidelines

Abstract

Background and objectives: Almost every tenth patient of a general practitioner (GP) suffers from depression. However, only 20–25% of these patients are correctly diagnosed during a GP consultation. How do international guidelines for depression in primary care initiate structured diagnostic procedures for depression?

Methods: We performed a systematic literature search on guidelines for the diagnosis of depression with focus on primary care. The quality of the guidelines was rated according to base of evidence, existence of pilot studies, data on implementation, presentation and specificity for primary care settings, and conflict of interest. We also screened whether and how the guidelines comment on the initiation of structured diagnostic procedures for depression.

Results: Of the 22 identified guidelines, only 15 address primary care. Only 3 of these were tested in pilot studies, 3 provided data on implementation, 9 were evidence-based. The best guideline (6 out of 6 criteria met) is available in Dutch and established for The Netherlands only. We ranked the guidelines from NHG, VHA and ICSI as very good in terms of methodological quality. They present ‘red flags’ that initiate structured diagnostic procedures by ‘opportunistic screening’. This is followed by the application of a self-rating instrument and an ICD-10-based diagnostic checklist identifying up to 98% of all patients with depression in a given consultation time of 10 minutes on average.

Conclusion: Based on these criteria a national diagnostic depression guideline should, from our point of view, explicitly include keys such as “red flags” for the initiation of structured diagnostic procedures.

Key words: Depression – Diagnostics – General Practice – Family Medicine – Primary Health Care

Hintergrund und Zielsetzung

Die Prävalenz depressiver Störungen für einen Zeitraum von 4 Wochen wird in der deutschen Allgemeinbevölkerung mit 6,3% angegeben [1]. International wird eine Ein-Jahres-Prävalenz von 4,1% angenommen [2]. In deutschen Allgemeinarztpraxen wurde für 6,16% der Patienten eine Major Depression vermutet [1]. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens durch diese Patientengruppe liegt um 50% über der von Patienten ohne Depression [3]. Darüber hinaus erwartet die WHO, dass die Depression im Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache für eine dauerhafte Behinderung sein wird [4]. In der Versorgung von Menschen mit Depression in Deutschland empfiehlt der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, den hausärztlichen Bereich zu fördern, da hier die meisten Patienten behandelt werden [5]. Für diesen Bereich zeigen Studien, dass Hausärzte an einem Stichtag 50–75% der Menschen mit relevanter depressiver Störung zunächst nicht erkannt bzw. 50% [6]

nicht adäquat behandelt haben. Diese Raten sind allerdings deutlich besser, wenn Studien einen längeren diagnostischen Untersuchungszeitraum zugrundelegen, wie es dem hausärztlichen Vorgehen eher entspricht [7]. Hausärzte machen für das primär geringe Erkennen das Präsentationsverhalten der Patienten [8], unzureichende eigene fachspezifische Kenntnisse, fehlende Zeitressourcen [9] sowie systembedingte Schnittstellenprobleme [10] verantwortlich. Interventionsstudien können zeigen, dass sich die ambulante Versorgungssituation von Depressionspatienten deutlich verbessert, wenn insbesondere die Diagnose früher gestellt und der gesamte Behandlungsprozess optimiert wurde [11, 12]. Bei 8–10 Minuten Konsultationszeit [13] steht der Hausarzt vor der Herausforderung, eine sichere und rechtzeitige Depressionsdiagnostik durchzuführen. Leitlinien können als entsprechende Hilfen verstanden werden [14]. Deren diagnostisches Prozedere muss sich aber in die alltägliche Arbeit der Hausärzte praktikabel und zeitökonomisch integrieren lassen. Arzt und Patient könnten dann nach der ge-

meinsam geteilten Problemdefinition [15] eine individuelle Therapie im Sinne einer „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ [16] planen. Oft bleibt aber unklar, wann der Hausarzt eine derartig strukturierte Depressionsdiagnostik beginnen soll. Wie erkennt der Hausarzt, dass bei einem Patienten an eine Depression gedacht werden muss und er somit die Leitlinien zur Diagnostik anwenden sollte? Dieser Beitrag untersucht, wie in den internationalen Leitlinien der Beginn der leitliniengerechten Diagnostik veranlasst wird.

Methoden

Im Rahmen einer Literaturrecherche identifizierten wir aktuelle Leitlinien zur Depressionsdiagnostik in der Primärversorgung. Nach einer methodischen Beurteilung wurden die Leitlinien bezüglich ihrer diagnostischen Empfehlungen verglichen. Die systematische Literaturrecherche wurde in Medline und der Cochrane Library zu den MeSH-Terms: „guideline“, „depression“, „mood disorders“, „primary health care“ durchgeführt (09.2003). Wir

Tabelle 1. Methodische Einschätzung, bzw. Hinweise zum Diagnostikbeginn der Leitlinien zur Depressionsdiagnostik in der Primärversorgung.

Methodische Einschätzung					
Evidenzangaben umfassend (5)	Pilotstudie durchgeführt (3)	Darstellung klar, adäquat (8)	Implementationshinweise vorhanden (3)	Zielgruppe Hausarzt (11)	Hinweise zum Diagnostikbeginn vorhanden (6)
NHG 2003 CCG 2002 BAP 2000 VHA 2000 [AHCPR 1993]	NHG 2003 WHO 2001 ICSI 2001	NHG 2003 ABFP 2002 ICSI 2001 DGPPN 2000 VHA 2000 CEBMH 1998 AkdÄ 1997 [AHCPR 1993]	NHG 2003 NIH 1997 [AHCPR 1993]	NHG 2003 ABFP 2002 ICSI 2001 WHO 2001 VHA 2000 BAP 2000 CEBMH 1998 Duodecim 1998 AkdÄ 1997 NAC 1996 [AHCPR 1993]	NHG 2003 ABFP 2002 ICSI 2001 VHA 2000 NAC 1996 [AHCPR 1993]

„Evidenzangaben umfassend“ = systematische Evidenzangaben für alle relevanten Aussagen
 „Darstellung klar, adäquat“ = klarer und übersichtlicher Aufbau der Leitlinie (Nutzung von Flowcharts, Kurzepfehlungen, Algorithmen)
 „Implementationshinweise vorhanden“ = über die einfache Publikation hinausgehende Hinweise zur Verbreitung der Leitlinie
 „Hinweise zum Diagnostikbeginn vorhanden“ = Auslöser für den Einsatz der Diagnostikleitlinie genannt
 „Hausarzt“ = spezifische Zielgruppe der Leitlinie
 Alle Leitlinien erfüllen das 6. Kriterium der redaktionellen Unabhängigkeit.

schlossen eine Handsuche in relevanten Publikationen an, u.a. im „Leitlinien-Clearingbericht Depression“ der ÄZQ [14]. Für die Einschätzung der Leitlinien haben wir zum einen erhoben, ob und welche Hinweise zur Initiierung der strukturierten Diagnostik im Rahmen der Leitlinien gegeben werden, und zum anderen in Anlehnung an die AGREE-Vorgaben [17] eine Checkliste mit den folgenden methodischen Kriterien genutzt: 1. Evidenzangaben (insbesondere ausreichende Quellenangaben), 2. Daten zur Erprobung im Rahmen einer Pilotstudie durch hausärztlich tätige Ärzte, 3. Hinweise zur Implementierung der Instrumente (insbesondere im hausärztlichen Bereich), 4. Übersichtlichkeit und Klarheit bei der Darstellung der Instrumente, 5. Zielgruppenspezifität des Instrumentes und 6. redaktionelle Unabhängigkeit.

Ergebnisse

Wir identifizierten 22 überregionale Leitlinien zur Depressionsdiagnostik, die seit 1990 veröffentlicht wurden. Davon konnten allerdings die folgenden 7 Leitlinien nicht berücksichtigt werden, da sie sich bei genauer Analyse nicht an die Primärversorgung richten bzw. ausschließlich therapeutische Empfehlungen gaben: American Psy-

chiatric Association 1994, et 2000; Canadian Psychiatry Association 2001; Centre for Health Services Research University of Newcastle upon Tyne 1998; Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, et al. 2000; Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin et al. 2002; University of Michigan Health System: Depression 1998. In die Auswertung wurden die folgenden Leitlinien aufgenommen: [AHCPR1993], NAC1996, AkdÄ1997, NIH1997, CEBMH1998, Duodecim1998, DGPPN2000, BAP2000, VHA2000, WHO2001, CTFPHC2001, ICSI2002, CCG2002, ABFP2002, NHG2003. Die Tabelle 1 zeigt die methodische Beurteilung dieser Leitlinien, bzw. ob Hinweise für den strukturierten Diagnostikbeginn vorgeschlagen werden.

Wie die Tabelle 1 zeigt, wurden von insgesamt 15 Leitlinien lediglich 3 in einer Pilotstudie durch die Anwender erprobt. Nur 3 Leitlinien geben Hinweise für ihre nachhaltige Verbreitung in der Primärversorgung, z.B. Aufnahme in die ärztliche Fortbildung, 11 Leitlinien richten sich explizit an Hausärzte. Obwohl bei 6 Leitlinien [ABFP2002, DGPPN 2000, NAC 1996, NIH 1997, WHO 2001, CEBMH 1998] keine bzw. nur unklare Angaben zur wissenschaftlichen Begründung (Evidenz) gegeben werden, ist die Mehrheit der Leitlinien methodisch ausreichend begründet. Al-

le identifizierten Leitlinien erfüllen das Kriterium der redaktionellen Unabhängigkeit. Die Leitlinie NHG 2003 erfüllt als methodisch beste alle 6 Kriterien. Es folgen VHA 2000 und ICSI 2001 mit jeweils 4 erfüllten Gütekriterien. Die WHO 2001 erfüllt die zugrundegelegten Evidenz-, Darstellungs- und Verbreitungskriterien nicht.

Hinweise zum Beginn eines Diagnoseprozederes werden in folgenden Leitlinien gegeben: [AHCPR 1993], NAC 1996, VHA 2000, ICSI 2001, ABFP 2002, NHG 2003. Die von uns in Tabelle 1 als methodisch beste identifizierte Leitlinie NHG 2003 der niederländischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin bietet für diesen auslösenden Schritt eine Liste mit sieben „Präsentations-Kriterien“ für Depression an, z. B. Alkoholkonsum. Dem folgen ausformulierte diagnostische Fragen, die sich an den ICD-10-Kriterien orientieren. Derzeit liegt NHG 2003 allerdings nur in Holländisch und nur für die Niederlande erprobt vor. Eine unmittelbare Übertragung in den deutschen Sprachraum ist also nicht verfügbar. Die amerikanische „Veterans Health Affairs“-Leitlinie (VHA 2000) und die des „Institute for Clinical Systems Improvement“ (ICSI 2001) wurden von uns nach Qualitätsmerkmalen als gut eingestuft. Beide führen „Red Flags“ bzw. „Präsentationszeichen“ ein, also „Signalsituatio-

Tabelle 2. Kasuistik, tatsächlicher Verlauf ohne Einsatz strukturierter Verfahren – In modifiziertem SOAP-Schema (18).

		Kumulative Zeit bis zur genannten Intervention
Subjektive Beschwerden	– anhaltende therapieresistente Zahn- und Kieferschmerzen	
Objektive Befunde	– 76-jährige Patientin verwitwet, Unterstützung durch Schwiegertochter – seit 2 J. körperlicher Abbau, kognitive Einbußen – Benzodiazepin-Missbrauch – 20 J. als „Problempatientin“ mit episodischen Schmerzen bekannt	
Assessment	– fachspezialistische Abklärungen ergebnislos – mehrere Therapieabbrüche – aktuell vermehrte Hausbesuche – Zahnarzt, Zahnklinik, operativ behandelte Alveolitis, keine Linderung	4 Monate
Analyse	– psychiatrisches Konsil: „depressive Episode, schwer“, mittelschwere Demenz	5 Monate
Prozedere	– stationär unter Nortriptyllin Besserung, dann Behandlung der Medikamentenabhängigkeit – rechtliche Betreuung durch den Sohn	8 Monate

nen und -symptome“, die die Wahrscheinlichkeit für richtig positive Identifizierung von Depressionen deutlich erhöhen. Hier schließt sich ein strukturiertes Screening an. Eine umfassende Darstellung der Empfehlungen der anderen Leitlinien ist großenteils im „Leitlinien-Clearingbericht der ÄZQ“ zusammengestellt [14].

Ausgehend von dem folgenden ‚typischen‘ Patientenschicksal wollen wir aufzeigen, wie das Erkennen von „Signalsituationen“ zeitökonomisch zum Einsatz strukturierter Diagnostik und somit zur sicheren Diagnose einer Depression führen kann.

Das Beispiel zeigt, dass die Diagnose einer Depression, wie häufig in der alltäglichen Praxis, erst nach vielfältiger Diagnostik mit verschiedenen, vordergründig symptomorientierten und vergeblichen Therapieversuchen im Verlauf von mehreren Monaten gestellt wird.

Es zeigt auch die unbestreitbaren Schwierigkeiten eines adäquaten diagnostischen Prozederes in einem derartig komplexen Krankheitsverlauf. Die in der Tabelle 3 aufgeführten Signalsituationen könnten/sollen auch in diesem komplexen Fall zum Verdacht auf eine Depression führen.

Diskussion

Zur Verbesserung bei der Erkennung von Patienten mit Depressionen sollten Hausärzte mit praktikablen und sicheren Wegen zum Beginn der strukturierten Diagnostik unterstützt werden. In einigen internationalen Leitlinien wird ein Screening bei Verdacht auf Depression empfohlen: Duodecim 1998, CTFPHC 2001, ICSI 2001, NAC 1996, [AHCPR 1993]. Einzelne Autoren schlagen darüber hinaus das regelmäßige

„systematische Routinescreening“ auf Depression aller Patienten einer Praxis vor [34]. Gilbody und Mitarbeiter konnten jedoch in einer Metaanalyse dadurch keine Verbesserungen der Patientenversorgung insgesamt belegen [35]. Diese Daten geben somit erste Hinweise, dass das einfache „Hochfahren“ der strukturierten Diagnostik im Sinne sowohl des Einsatzes von mehr Instrumenten als auch der Einbeziehung aller Patienten nicht zwingend in einer besseren Patientenversorgung mündet. Auch muss das umfassende Screening aller Patienten auf Depression unter folgenden Gesichtspunkten als kritisch angesehen werden: 1. Ein Screening-Instrument hat eher einen größeren Fehler für falsch positive Ergebnisse, die dann in weiterer spezifischer Diagnostik wiederum möglichst identifiziert und somit ausgeschlossen werden müssen. Dies bedeutet aber, dass zuerst

Tabelle 3. Signalsituationen für den Beginn der Depressionsdiagnostik in der hausärztlichen Versorgung demonstriert am selben Fallbeispiel (in Anlehnung an die „Red Flags“ in VHA 2000).

Signalsituation	Situation in Kasuistik	Studien
Soziale Destabilität	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinstehend • Verwitwet 	[19, 20, 21]
Erfolglose Primärbehandlung bzw. erfolglose Mitbehandlung durch Kollegen anderer Fachdisziplinen	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnärztliche Mitbehandlung bringt keine Stabilisierung • Wiedervorstellung wegen erfolgloser medikamentöser Behandlung der Schmerzen, dem von Patientin führend geklagten Symptom 	[22]
Abhängigkeitserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepin-Abhängigkeit 	[23]
Therapieabbrüche/Arztwechsel	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenständiger Arztwechsel zum Zahnarzt, von dort in die Fachklinik 	[24]
Depression in eigener bzw. in Familienanamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbekannte depressive Episoden der Patientin 	[20, 25]
Verlust von wichtigen Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Tod des Ehemannes 	[19, 26]
Abnahme in Wahrnehmung, körperlicher, funktioneller Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • stetige Abnahme des kognitiven und Allgemeinzustandes • Gangunsicherheit 	[27]
Gehäufte Arztkontakte u. Hausbesuche	<ul style="list-style-type: none"> • Forderung nach gehäuften Hausbesuchen • Häufiger als bestellt in Praxis vorgestellt 	[28, 29, 30]
Medizinisch unerklärte körperliche Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Hochdosierte Schmerzmedikation bringt keine Besserung • Kieferchirurgische Eingriffe erbringen keine Besserung 	[27, 31, 32]
Neurologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Parkinson-Syndrom 	[33]
Zusätzliche Signalsituationen: Chronische entkräftigende medizinische Bedingungen Opfer von körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt Verstärkte Belastung durch zu pflegende Angehörige		[21]

einmal gesunde Patienten falsch positiv identifiziert werden können, somit pathologisiert und in dieser Folge medikalisiert würden. Diese Gefahren sind aus ethischen und gesundheitsökonomischen Gründen kritisch zu sehen. 2. Davon unabhängig ist auch kritisch zu sehen, dass zeit-, budget- und organisationsökonomisch ein derart umfassendes Screening in der Arztpraxis kaum zu realisieren ist.

Die Leitlinien der niederländischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin (NHG 2003), der amerikanischen „Veterans Health Affairs“ (VHA 2000) und des „Institute for Clinical System Improvement“ (ICSI 2001) greifen diese Problematik auf und empfehlen das „opportunistische Screening“, das durch „Präsentationskriterien“ bzw. „red flags“ ausgelöst wird. Damit würden nur die Patienten gescreent, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression haben. Als entsprechendes Screening-Instrument eignet sich der „Patient Health Questionnaire“ – Deutschland (PHQ-D) (Sensitivität 79%, Spezifität 86%, Positiver Prädiktiver Wert 50,4%) [36]. Er bietet zusätzlich eine Schweregradeinteilung (Skalensummenwerte) der Depression an. Die Schweregradeinstufung ist auch für eine adäquate Verlaufs- und Therapiekontrolle hilfreich. Wird der PHQ-D nun durch ein klinisches Fremdbewertungsinstrument (z.B. ICD-10-Checkliste [37]) ergänzt, ist eine definitive ärztliche Diagnose wahrscheinlich. Eine für die Therapieplanung hinreichend sichere Diagnose ist dann in zwei Arbeitsgängen möglich. Die Kombination von PHQ-D und ICD-10-Checkliste soll für 98% [36] der Praxispatienten mit Depression eine sichere Diagnose ermöglichen. Im Vergleich dazu werden im ärztlichen Routinegespräch nur 40% der Patienten identifiziert [38, 39]. Der PHQ-D ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und kann vom Patienten im Wartezimmer in weniger als 10 Minuten ausgefüllt werden. Das Ausfüllen der ICD-10-Checkliste für Depression ist durch den Hausarzt im Gespräch mit dem Patienten in weniger als 10 Minuten zu erledigen. Einschränkend muss folgendes bedacht werden: 1. Bislagen liegen keine Daten

aus Primärstudien zum genannten diagnostischen Prozedere in der hausärztlichen Versorgung vor. Auch wenn die Kombination validierter diagnostischer Einzelschritte eine Verbesserung der Erkennung von Patienten mit Depression erwarten lassen kann, sollte dies im Rahmen einer entsprechenden diagnostischen Validierungsstudie wissenschaftlich geprüft werden. 2. Der geschilderte Fallbericht ist zwar „typisch“, jedoch sicher nicht repräsentativ. Weitere relevante Signalsituationen müssen berücksichtigt werden, z. B. auch chronische Rücken-, Gelenk- und Kopfschmerzen, chronische gastrointestinale Beschwerden [32], Belastungen in der Kindheit [21]. 3. Die Leitlinien-Recherche musste sich stichtagsbezogen auf Medline und CLib beschränken. Nicht englischsprachige Literatur konnte nur in einem Fall berücksichtigt werden (publication-bias).

Schlussfolgerungen

Diagnostische Mängel und fragmentierte Behandlung von Patienten mit Depression können zur späten Diagnose, zu Informationsverlust und schließlich zu inadäquaten Therapien führen. Unter hoher Arbeitsbelastung und starkem Zeitdruck muss der Hausarzt eine sichere Diagnose beginnen. Dazu fehlen ihm bislang einfach anwendbare Hilfen. Wie in unserer Auswertung der publizierten Leitlinien zur Depressionsdiagnostik für die Primärversorgung gezeigt wurde, existieren für den deutschsprachigen Bereich leider noch keine praktikablen Hilfen, die den Beginn der Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung strukturieren. Hier kann evtl. von der in Vorbereitung befindlichen „Nationalen Versorgungsleitlinie Depression“ eine Optimierung der Patientenversorgung erwartet werden. Wie wir dargestellt haben, bieten drei ausländische Leitlinien sehr gute strukturierte Einstiege in die systematische Diagnostik im Sinne von „Signalsituationen“. Solche „Signalsituationen“, wie sie in Tabelle 3 aufgeführt sind, können den Hausarzt veranlassen, an eine Depression zu denken. Sie dienen somit als Einstiegs-

situationen in die weitere strukturierte Diagnostik.

Berücksichtigte Leitlinien:

- [AHCPR1993] – AHCPR – Agency for Health Care Policy and Research (1993) Depression in primary care: Volume 1: Treatment of major depression, Volume 2: Detection and diagnosis [Diese Leitlinie wurde von den Herausgebern aufgrund ihres therapeutischen Teils für ungültig erklärt. Sie ist u. E. in ihrem diagnostischen Vorgehen weiter beispielhaft.]
- NAC1996 – National Advisory Committee on Health and Disability (1996) Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. <http://www.nzgg.org.nz> (15.05.2003)
- AkdÄ1997 – Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (1997) Empfehlungen zur Therapie der Depression. 1. Aufl.; 1997. <http://www.akdae.de> (15.05.2003)
- NIH1997 – National Institutes of Health (1997) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. JAMA 278:1186–90.
- CEBMH1998 – <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/depression/depression1.html> (15.05.2003)
- Duodecim1998 – Duodecim Finish Medical Society (1998) Major depressive disorder. <http://www.ebm-guidelines.com> (15.05.2003)
- DGPPN2000 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2000) Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/III/psypn05.htm> (15.05.2003)
- BAP2000 – British Association for Psychopharmacology. Anderson, IM, Nutt, DJ, Deakin, JFW (2000) Evidence based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 Journal of Psychopharmacology 14:3–20
- VHA2000 – Veterans Health Administration/Department of Defence (2000)

VHA/DOD Clinical practice guideline for major depressive disorder in adults.

<http://www.oqp.med.va.gov/cpg>
(15.05.2003)

- WHO2001 – World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health (2001) WHO Guide to Mental Health in Primary Care. London: Royal Society of Medicine Press

- CTFPHC2001 – Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001) Early detection of depression. In: Guide to clinical preventive services

- ICSI2002 – Institute for Clinical Systems Improvement (2001) Major depression, panic disorder and generalized anxiety disorder in adults in primary care. <http://www.icsi.org> (15.05.2003)

- CCG2002 – Canadian Consensus Group on SAD. Lam, RW, Levitt AJ (2002) Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder: a summary of the report of the Canadian Consensus Group on SAD. Vancouver: Clinical and Academic Pub

- ABFP2002 – American Board of Family Practice. Depressive disorders. 8th ed. (2002)

<http://www.familypractice.com/references/ABFPGuides> (15.05.2003)

- NHG2003 – Nederlands Huisartsen Genootschap (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). Huisarts & Wetenschap 46;11:614–23. Culemborg

Literatur

- [1] Gräfe K, Zipfel St, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten“. Diagnostica 2004;50: 171–81
- [2] Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2004;49:124–38
- [3] Simon G, Ormel J. Health care costs associated with depression and anxiety disorders in primary care. Arch Gen Psychiatry 1995;52:850–6
- [4] Murry C, Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020, global burden of disease study. Lancet 1997;349:1498–504
- [5] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

(2001/2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung (Bd. III). Bonn

- [6] Paykel E, Tylee A, Wright A, et al. The defeat depression campaign: psychiatry in the public arena. Am J Psychiatr 1997;154:59–65
- [7] Kessler D, Bennewith O, Lewis G, et al. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. BMJ 2002;325:1016–7
- [8] Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Depression in der Allgemeinarztpraxis. Stuttgart: Schattauer (2000)
- [9] Bermejo I, Lohmann A, Berger M, et al. Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. ZaeFQ 2002;96: 605–13
- [10] Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002;288: 1775–9
- [11] Pigmone M, Gaynes N, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults. A Summary of evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;136:765–76
- [12] Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, et al. Improving the detection and management of depression in primary care. Qual Saf Health Care 2003;12:149–55
- [13] Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen M, et al. Consultation length in general practice: cross sectional study. BMJ 2002;325:472–4
- [14] Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin. Leitlinien-Clearingbericht Depression. Köln: ÄZQ (2003)
- [15] Grol R. Die Prävention somatischer Fixierung. New York: Springer, 1985
- [16] Barry M. Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice. Ann Intern Med 2002;136: 127–35
- [17] The AGREE Collaboration. Writing Group: Cluzeau FA, Burgers JS, Brouwers M, et al. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Quality and Safety in Health Care 2003;12:18–23
- [18] Dahmer J. Anamnese und Befund – Die ärztliche Untersuchung als Grundlage klinischer Diagnostik. Stuttgart: Thieme, 1998
- [19] Mendes de Leon C, Kasl S, Jacobs S. A prospective study of widowhood and change of symptoms in a community sample of the elderly. Psychol Med 1994;24:613–24

- [20] Henderson A, Korten A, Jacomb P, et al. The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. *Psychol Med* 1997;27: 119–29
- [21] Riiis R, Wittchen H, Pfister H, et al. Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eur Psychiatry* 2002;17:241–53
- [22] Gureje O, Von Korff M, Simon G, et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280:147–55
- [23] Bruckner J, Mandell W. Risk factors for depressive symptomatology among a drug using population. *Am J Public Health* 1990;80:580–5
- [24] Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ* 2002;325: 687–92
- [25] Barkow K, Maier W, Ustun T, et al. Risk factor for new depressive episodes in primary health: an international prospective 12 month follow-up-study. *Psychol Med* 2002;32:595–607
- [26] Riise T, Lund A. Prognostic factors in major depression: a long-term follow-up study of 323 patients. *J Affective Disorders* 2001;65:297–306
- [27] Barkow K, Heun R, Ustun T, et al. Identification of items which predict later development of depression in primary health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 2001;251:1121–6
- [28] Barnes L, Ikeda R, Kresnow M. Help-seeking behaviour prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001;32:68–75
- [29] Ritter K, Stompe T, Voracek M, et al. Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Klin Wochenschr* 2002;114:685–90
- [30] Harwood D, Hawton K, Hope T, et al. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:736–43
- [31] Kivela S, Viramo P, Pahakala K. Factors predicting chronicity of depressions in elderly primary care patients. *Int Psycho Geriatr* 2000;12:184–194
- [32] Ohayon M, Schatzberg A. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:39–47
- [33] Uekermann J, Daum I, Peters S, et al. Depressed mood and executive dysfunction in early Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2003;107:341–8
- [34] Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003; 326:200–1
- [35] Gilbody S, House A, Sheldon T. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: a systematic review. *BMJ* 2002;322:406–9
- [36] Löwe B, Spitzer R, Gräfe K. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *J Affect Disord* 2002, in press
- [37] Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (1995) Bern: Verlag Hans Huber
- [38] Hansen M, Fink P, Frydenberg M, et al. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom* 2001;50:199–204
- [40] Ormel J, Koeter M, van den Brink W. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991;343: 1298–1304

Korrespondenzadresse:

Dr. med., Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH,
 Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.,
 Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt
 Tel.: 069 6301 5687;
 Fax: 069 6301 6428;
 e-mail: gensichen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
 Homepage:
 www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

