

Zum Problem der niedrigen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung

Cornelia Rabe-Menssen

Im folgenden Text werden Studienergebnisse zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis dargestellt. Es werden nachgewiesene Mängel bei der Erkennung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt beschrieben und Gründe für die niedrige Erkennungsrate psychischer Störungen erläutert; es folgen Vorschläge zur Verbesserung der Diagnostik und Weiterbehandlung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt.

Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis und Rolle des Hausarztes

Die Hausärzte haben in Deutschland den größten Anteil an der Versorgung der Bevölkerung. Ca. 90% der Bevölkerung befindet sich in hausärztlicher Behandlung (Schneider & Niebling 2008). Für viele Menschen ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle für körperliche und seelische Beschwerden. Damit spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch erkrankter Patienten. Das Erkennen psychischer Erkrankungen und die Entscheidung über das weitere Vorgehen bei schwerer erkrankten Patienten gehört zu seinen zentralen Aufgaben. Die Umfragedaten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors zeigen folgende Lage: Ca. 1/5 aller Befragten (Erhebungswelle Herbst 2008) hatten in

den vergangenen 12 Monaten einen Arzt oder Psychotherapeuten kontaktiert, davon 18% ihren Hausarzt und 7% Leistungserbringer der Sekundärversorgung, v.a. Psychiater und Psychotherapeuten (Mehrfachnennungen möglich!). Damit ist der Hausarzt für fast 90% der Patienten, die innerhalb eines Jahres wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe suchen, der erste Ansprechpartner. 66% der Betroffenen konsultierten ausschließlich ihren Hausarzt, nur 13% wandten sich gleich und ausschließlich an Anbieter der Sekundärversorgung! Nach Schneider & Niebling (2008) liegen psychische Erkrankungen an 7. Stelle der Konsultationsgründe beim Aufsuchen des Hausarztes. Linden et al. (1996) zeigen, dass von den Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, ein Viertel akut an einer psychischen Erkrankung leidet. Auch die Ergebnisse einer Studie von Wittchen & Jacobi (2005) verdeutlichen die Bedeutung des Hausarztes im Hinblick auf seine „Gate-keeper“-Funktion: 62% der Patienten, bei denen eine psychische Störung ermittelt worden war, waren nach eigenen Angaben noch nicht wegen psychischer Beschwerden behandelt worden. Von 565 behandelten psychisch erkrankten Patienten gaben 42,3% an, den Hausarzt kontaktiert zu haben,

(14,3% berichteten eine ausschließlich hausärztliche Versorgung, 43,7% der Patienten befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung und 31,7% in nervenärztlicher Behandlung, Mehrfachnennungen möglich).

Die Gesundheitsreform 2004 hat die Position des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland gestärkt. Durch Hausarztprogramme als neue Versorgungsform wird dem Hausarzt eine Lotsenfunktion zugeteilt (Höhne et al. 2009). Er entscheidet über die weitere Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Versorgung. Auf diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass die Hausärzte über Basiskompetenzen zur Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen verfügen.

Probleme bei der Erkennung psychischer Erkrankungen durch den Hausarzt

Die Ergebnisse einer Reihe von Studien und Erhebungen weisen darauf hin, dass nur ein kleiner Anteil der psychisch erkrankten Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen, eine relevante Diagnose und Hinweise zur Behandlung erhält. Bei den Befragten des Gesundheitsmonitors (Bertelsmann Stiftung 2009) erhielten insgesamt nur 23% der Patienten, die aufgrund von psychischen Beschwerden einen Arzt oder Psychotherapeuten konsultiert hatten, eine Diagnose: bei den ausschließlich durch ihren Hausarzt behandelten Patienten erhielten nur 8% der Fälle eine Diagnose, bei den Patienten mit Konsultation eines Sekundärversorgers waren es hingegen 53%. Nach Linden (1996) leiden mindestens 15–25% der allgemeinärztlichen Patienten unter akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen; nur 10% dieser Pa-



Dr. Cornelia Rabe-Messen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Weiterbildung Psychosoziale Onkologie und Gesundheitsökonomie. Seit 01.06.2009 Wissenschaftliche Referentin der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.



tienten werden zu Nervenärzten überwiesen. Bei dieser Studie handelte es sich bei den in den Allgemeinarztpraxen vergebenen Diagnosen meist um Erkrankungen mit leichtem bis mittlerem Schweregrad (Somatisierungsstörungen, unspezifische depressive Syndrome, Anpassungsstörungen). Verschiedene Studien berichten unterschiedliche Erkennungsraten. Nach Linden et al. (1996) und Kruse et al. (2004) werden etwa 60% der psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis erkannt. Dabei ist die Chance auf Erkennung größer, je schwerer die psychische Erkrankung ist und je mehr psychische Beschwerden vom Patienten geäußert werden. In der Übersichtsarbeit des aktuellen Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung (Newsletter 1/2009) wird eine WHO-Publikation zitiert, nach der in Industrienationen ca. 35–50% der psychischen Erkrankungen unbehandelt bleiben. Hier spielen neben Koordinationsmängeln im Versorgungssystem die niedrigen Erkennungsraten eine entscheidende Rolle. Gensichen et al. (2005) führen eine Nicht-Erkennungsrate psychischer Störungen beim Hausarzt von 50% an; depressive Störungen würden sogar nur zu 25% richtig diagnostiziert. Eine Studie von Frieser et al. (2009) über den Einfluss von depressiven Störungen auf Schmerzen zeigt, dass die in die Studie einbezogenen Hausärzte viele Schmerzarten als somatoform einschätzen. So wurden z.B. Kopfschmerzen, Menstruationsschmerzen, Brustschmerzen, Muskelschmerzen und Bauchschmerzen zu über 80% als somatoform eingeschätzt. Depressionen werden im hausärztlichen Bereich eher mit somatoformen als mit somatischen Schmerzen assoziiert. Die Frage der Beurteilung von Schmerzsymptomen durch den Haus-

arzt ist jedoch bedeutsam für die Entscheidung über die weitere Behandlung des Patienten. Eine Einbeziehung von Psychotherapeuten wäre daher in diesem Punkt äußerst wünschenswert.

„Patienten berichten ihre psychischen Beschwerden nicht“

Gründe für die niedrigen Erkennungsraten psychischer Erkrankungen beim Hausarzt

Studien zum Konsultationsverhalten der Patienten zeigen, dass nur ein kleiner Teil der psychisch Erkrankten von sich aus beim Hausarzt psychische Beschwerden schildert. Körperliche Symptome stehen im Gespräch im Vordergrund (Kruse et al. 2004). Nach Schneider & Niebling (2008) berichten nur ca. 7% der psychisch Erkrankten dem Hausarzt ihre psychischen Symptome. Gründe hierfür können sein: Angst vor Stigmatisierung, Verdrängungs- und Rationalisierungsmechanismen, Charakteristika der Hilfesuchenden und Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion.

Es gibt offenbar nur wenige Patienten, die tatsächlich kein Interesse haben, ihre psychischen Probleme beim Hausarzt zu berichten. Bei diesen Patienten kann ein vorwiegend somatisches Krankheitskonzept angenommen werden. Dem Nicht-Berichten liegen eher Ängste und Scham aufgrund einer immer noch teilweise existenten gesellschaftlichen Stigmatisierung psychisch Erkrankter zugrunde. Probleme und Benachteiligungen im beruflichen Umfeld sind beim offenen Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung ebenso an der Tagesordnung wie Verunsiche-

rung und Rückzug im privaten Umfeld. Da Patienten beim Hausarzt höchst selten routinemäßig auf psychische Symptome hin abgefragt werden, schreiben sie dem Hausarzt eher die Zuständigkeit für körperliche Probleme zu. Die Schwelle zum spontanen Berichten der psychischen Beeinträchtigungen ist dann sehr hoch. In der Bertelsmann-Umfrage (2009) geben von den psychisch beeinträchtigten Patienten, die in den vergangenen 12 Monaten zwar ihren Hausarzt kontaktiert, ihre psychischen Probleme aber nicht berichtet hatten, ca. 70% als Grund für das Nicht-Berichten ihren Mangel an Mut an; 25% dieser Patienten nannten abwertendes oder ignorierendes Verhalten des Arztes als Grund für das Nicht-Berichten der psychischen Beschwerden.

„Hausärzte fragen zu selten aktiv nach psychischen Beschwerden“

Die Hausärzte wiederum fragen selten routinemäßig nach psychischen Symptomen. Sie vergeben ihre Diagnosen anhand der spontanen Beschwerdeschilderungen der Patienten (Kratz et al. 2003). Als Gründe hierfür werden im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung verschiedene Aspekte angeführt: Informationsmangel, Zeitmangel, Kommunikationsmuster, ärztliches Kommunikationsverhalten.

Ein Problem besteht darin, dass Hausärzte oft noch zu wenig Hintergrundwissen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen haben. Dass es sich hierbei wirklich um den

Mangel an spezifischen Kenntnissen und nicht um eine Frage der Dauer der Berufserfahrung handelt, zeigt eine Studie von Knesebeck et al. (2009). Die Autoren konnten zeigen, dass Diagnose und Therapie einer Depression durch niedergelassene Hausärzte in Deutschland nur geringfügig durch Arztmerkmale (z.B. Jahre an professioneller Erfahrung) beeinflusst werden.

Zudem ist die alltägliche Situation in der Allgemeinarztpraxis durch hohe Arbeitsbelastung und knappe Zeitbudgets pro Patienten gekennzeichnet. Dies beeinflusst die Gesprächssituation, was sich gerade auf psychisch erkrankte Patienten mit oft starkem Zuwendungsbedürfnis und höherem zeitlichen Gesprächsbedarf negativ auswirkt. Kruse et al. (2004) konnten zeigen, dass Hausärzte, die psychosomatische Störungen übersehen, ihren Patienten im Durchschnitt 1,8 Minuten Redezeit gaben (im Vergleich zu durchschnittlich 3,5

Minuten Redezeit bei Hausärzten, die psychosomatische Störungen entdeckten).

Ein weiteres Problem besteht darin, dass offenbar bei weitem nicht alle Patienten, bei denen im Laufe eines Jahres die Diagnose einer psychischen Störung gestellt wird, über diese Diagnose informiert werden (Bertelsmann 2009). Die in der Befragung von Patienten berichteten Quoten psychischer Diagnosen waren wesentlich niedriger als die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung protokollierten Quoten. Es scheinen also Hemmungen auf Seiten der Ärz-

te zu bestehen, ihren Verdacht gegenüber den Patienten auszusprechen.

medizin und Gynäkologie. Nach Angaben der KBV (Stand 31.12.2007) be-

„Entdeckte psychische Erkrankungen werden oft nicht optimal behandelt“

Selbst wenn Hausärzte psychische Erkrankungen erkennen und diagnostizieren, garantiert dies noch nicht die adäquate Behandlung der Patienten. Diesem Sachverhalt liegen Mängel der Integration und Vernetzung der Versorgungsbereiche zugrunde. Viele Hausärzte sind über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen kaum informiert. Der Austausch zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten ist nicht klar geregelt und ist defizitär.

Koordinationsmängel bestehen darüber hinaus zwischen den verschiedenen Sektoren der Versorgung psychischer Kranker. Die Verzahnung von stationären und ambulanten Behandlungsmaßnahmen ist unzureichend. Der Gesamtbehandlungsplan einer psychischen Störung kann durchaus die Integration von Maßnahmen im ambulanten wie auch im stationären oder teilstationären Bereich vorsehen.

Vorschläge zur Verbesserung der Erkennungsrate psychischer Störungen

- **Fortbildung (Fachkenntnisse und Kommunikationsverhalten)**
Kenntnisse in der Diagnostik psychischer Erkrankungen sind für Allgemeinärzte von größter Bedeutung. In der Praxis mangelt es vielen Hausärzten jedoch an diesem Hintergrundwissen. Die psychosomatische Grundversorgung ist erst seit 1995 fester Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemein-

trägt das Durchschnittsalter der deutschen Hausärzte 52 Jahre. Knapp 20% der Hausärzte sind 60 Jahre und älter. Ein großer Anteil der Hausärzte hat demnach keine speziellen Kenntnisse zur psychosomatischen Grundversorgung erworben. Das aktive Nachfragen nach psychischen Beschwerden und ein Kommunikationsverhalten, das den Patienten das Ansprechen psychischer Probleme erleichtert, sind von großer Bedeutung für die frühzeitige Erkennung psychischer Erkrankungen. Eine gezielte Fort- und Weiterbildung zu psychischen Erkrankungen sowie zur Arzt-Patient-Kommunikation auf Seiten der Hausärzte ist daher nötig, wenn man die Erkennungsrate psychischer Störungen in der Allgemeinarztpraxis erhöhen will. Im europäischen Ausland werden ähnliche Projekte bereits durchgeführt: Mehrere Jahre lang wurden z.B. in Frankreich die Hausärzte weitergebildet, mit Richtlinien für den Umgang mit psychischen Erkrankungen versorgt und mit Fachärzten und Psychotherapeuten zusammengebracht (Mousquès 2005).

- **Screening**
Für die hausärztliche Versorgung ist die Bereitstellung von Leitlinien zur Diagnostik psychischer Erkrankungen, die in der Alltagspraxis verwendbar sind, von großem Nutzen. Eine Evaluation vorhandener internationaler Leitlinien zur Depressionsdiagnostik mit Schwerpunkt Primärversorgung von Gensichen et al. (2005) findet keine Leitlinien in deutscher Sprache, die alle erwünschten Quali-

tätsmerkmale erfüllt (Evidenzangaben, Pilotstudien, Implementierungshinweise, Darstellungsform, Zielgruppenspezifität und redaktionelle Unabhängigkeit). Die Autoren empfehlen die Verwendung von Leitlinien, die „Signalsituationen“ einschließen, welche eine strukturierte Diagnostik (opportunistisches Screening) auslösen sollen. Zu solchen Signalsituationen gehören bei der Depression:

- Soziale Destabilität
- Erfolgreiche Primärbehandlung bzw. erfolglose Mitbehandlung durch Kollegen anderer Fachdisziplinen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Therapieabbrüche, Arztwechsel
- Depressionen in eigener oder Familienanamnese
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen
- Gehäufte Arztkontakte und Hausbesuche
- Medizinisch unerklärte körperliche Symptome
- Neurologische Erkrankungen
- Opfer von körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt
- Belastung durch zu pflegende Angehörige
- Abnahme in kognitiver, körperlicher, funktioneller Kompetenz.

In einem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) initiierten Projekt unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden (u.a. auch der DPtV) wurde am 28.5.2009 im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien im Konsens die S3-Leitlinie Unipolare Depression fertig gestellt und wird demnächst als Nationale Versorgungsleitlinie herausgegeben.

In den USA wird zurzeit eine standardisierte Erfassung von psychischen Risikofaktoren in der Primärversorgung durchgeführt, kombiniert mit abgestimmten Handlungs- und Therapieplänen.

- **Vernetzung**
Die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen erfolgt auf mehreren Versorgungsebenen (Schneider & Niebling 2008):
- Nichtprofessionelle Vorfeldeinrichtungen (Selbsthilfegruppen, Sozialbehörden)
- Professionelle Vorfeldeinrichtungen (Hausärzte, Beratungsstellen)
- Kernfeldeinrichtungen (Psychotherapeuten, Psychiater, psychiatrische Kliniken etc.).

Es muss sichergestellt sein, dass die nichtprofessionellen und die professionellen Vorfeldeinrichtungen angemessen über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind, damit sie die Patienten an die Kernfeldeinrichtungen, die über Spezialkompetenzen zur Behandlung dieser Erkrankungen verfügen, weiterleitet. Es müssen zudem Verbesserungen beim Informationsfluss und Patientenwechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor des Versorgungssystems erfolgen. Die Koordination der einzelnen Leistungsbereiche und die Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung können z.B. durch integrative Versorgungskonzepte erreicht werden (Schneider & Niebling 2008). Hausärzte müssen über die bestehenden Angebote der Sekundärversorgung informiert sein, um ihre Patienten adäquat weiterzuleiten.

Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten muss verbessert werden. Selbst innerhalb der Ärzteschaft fin-

den sich immer noch Vorbehalte gegenüber psychotherapeutisch tätigen Kollegen und Psychologischen Psychotherapeuten. Diese Vorbehalte müssen dringend abgebaut werden. Für eine frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung der Patienten mit psychischen Störungen ist eine enge Abstimmung zwischen Hausarzt und Psychotherapeuten vonnöten. Dieses sollte in Form eines geregelten Konsiliarverfahrens stattfinden. Psychotherapeuten könnten in Form eines Clearingverfahrens bei vom Hausarzt überwiesenen Patienten mit Verdacht auf eine psychische Erkrankung eine fundierte psychologische Diagnostik durchführen und eine Befundung mit Empfehlung erstellen. Wird der Patient vom Psychotherapeuten als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingeschätzt, würde er in einer anderen, von der Diagnostik unabhängigen psychotherapeutischen Praxis weiterbehandelt. Zur Durchführung eines solchen konsiliarischen Abklärungsverfahrens könnten spezielle Verträge geschlossen werden.

• Entstigmatisierung

Die persönliche Beeinträchtigung psychisch erkrankter Menschen wird weiterhin durch ein hohes Maß an Stigmatisierung und Diskriminierung verstärkt. Häufig entstehen den Betroffenen auch Probleme am Arbeitsplatz. Die Folge davon ist, dass viele Patienten aus Scham wegen einer psychischen Erkrankung keine Hilfe in Anspruch nehmen. Sie leiden neben ihrer Erkrankung auch noch unter der Angst, durch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zusätzlich stigmatisiert zu werden (Schneider & Niebling 2008). Es ist daher von großer Bedeutung, dass der Prozess der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft

fortgeführt wird. Die Bevölkerung muss kontinuierlich informiert und über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Psychisch Kranke müssen in allen Bereichen des öffentlichen Lebens gleichgestellt werden, und die Schwelle zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfsangebote muss abgesenkt werden. Weltweit wurden Aktionsprogramme von internationalen und nationalen Gesellschaften ins Leben gerufen, die eine Gleichstellung und Gleichbehandlung psychisch Kranker in allen Bereichen des öffentlichen Lebens anstreben (Antistigmoprogramme). In verschiedenen Ländern wird gezielt an einer stärkeren Integration der psychischen Gesundheit in die Primärversorgung und einer Verbesserung der Koordination und Vernetzung mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem gearbeitet.

Fazit

Angesichts der erheblichen Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen sowie auf die berufliche Leistungsfähigkeit und der damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Kosten (Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Berentung, Medikamentenabhängigkeit u.a.) ist eine frühzeitige Erkennung und adäquate Behandlung psychischer Störungen von größter Bedeutung. Die Mehrzahl der Patienten hat bei leitlinienorientierter Behandlung eine gute Chance auf Heilung oder Besserung ihrer Erkrankung. Von einer optimalen Versorgungssituation für psychisch erkrankte Patienten scheint die Realität noch weit entfernt zu sein. Die Einführung von Screeningverfahren und geregelten Konsiliarverfahren könnte hier einen großen Fortschritt bringen. ■



Literaturhinweise:

Bertelsmann Stiftung (2009). *Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt*. Newsletter 1/2009.

Chenot, J.-F. et al. (2009). Kommunikation und Befundaustausch zwischen Hausärzten und Orthopäden bei Rückenschmerzen. *Der Schmerz* 23(2): 173–179.

Frieser, D. et al. (2009). *Der Einfluss depressiver Störungen auf somatoforme und organisch begründete Schmerzen*. Vortrag beim 27. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs. Zürich, 22.05.2009

Gensichen, J. et al. (2005). Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99(1):57–63.

Gmünder Ersatzkasse (2007). *GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007*.

Höhne, A. et al. (im Druck). Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Gesundheitswesen*.

Jacobi, F. et al. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (5):597–611.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Altersstruktur der Vertragsärzte zum 31.12.2007. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSlave&SystemType=2&LogonId=e1070fa9e490d4c054b0876a71b61caa&DocId=003756621&Page=1> (Stand 9.6.2009)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung 2009. <http://www.kbv.de/23794.html> (Stand 22.6.2009)

Knesebeck, O. v.d. (im Druck). Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. *Psychother Psych Med*.

Kratz, S. et al. (2003). Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97 Suppl.4: 50–56.

Kruse, J. et al. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 54: 45–51.

Linden, M. et al. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 67: 205–215.

Mousquès, J. (2005). Psychiatric and Mental Health Plan 2005–2008.

Schneider, F. & Niebling, W. (Hrsg.). (2008). *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Heidelberg: Springer.

Sielk, M. et al. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 36:169–174.

Wittchen, H.U. et al. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Das Gesundheitswesen Sonderheft* 61.

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorder in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15: 357–376.