



International Bipolar Foundation

## Die Situation bipolar Erkrankter in Deutschland

Bipolare Störungen treten in Deutschland in etwa derselben Häufigkeit auf, wie sie auch global konstatiert wird; man geht von 2 – 3 % Betroffenen in der Gesamtbevölkerung aus. Die deutschen Krankenkassen verzeichnen jedoch in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg bei psychischen Erkrankungen **generell**. Oft wird dieses Phänomen mit den zunehmenden Belastungen unserer modernen Arbeitswelt in Zusammenhang gebracht (Stichworte: Beschleunigung und Stress). Allerdings wurden psychische Erkrankungen in den letzten Jahren auch häufiger diagnostiziert, behandelt und damit aktenkundig. Dies ist sicher auch ein Ergebnis der zwar langsam, aber dank verschiedener Initiativen und Projekte doch stetig fortschreitenden Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Nach dem Suizid eines sehr bekannten deutschen Fußballers vor einigen Jahren wurden Depressionen schlagartig zu einem großen Medienthema. Erst da wurde vielen Menschen bewusst: Bisher haben wir uns nicht einmal getraut, darüber zu reden.

Leider ist der Grad der Stigmatisierung im Arbeits- und alltäglichen Leben noch immer zu hoch. Soziale Ausgrenzung und Frühberentung sind keine Seltenheit bei bipolar Erkrankten. Der sozialökonomische Schaden, der dadurch entsteht, ist angesichts der Zahl der Erkrankten immens. Hier ist auch die Politik gefragt, bessere Rahmenbedingungen für Integration und Wiedereingliederung zu schaffen.

Die Erforschung von Bipolaren Störungen hat in Deutschland eine lange Tradition. Emil Kraepelin (1856 - 1926) war einer der bedeutendsten Psychiater der Gegenwart, er führte die wissenschaftliche Psychiatrie aus dem 19. in das 20. Jahrhundert. Er versuchte, mit klinischen, später auch mit apparativen Mitteln homogene Patientengruppen in ein einheitliches Krankheitssystem zu bringen. Sein Ansatz war für die damalige Zeit revolutionär; seine wesentliche Einsicht war, die Bipolare Störung (damals noch manisch-depressives Irresein genannt) von der von ihm benannten „Dementia praecox“, eine unheilbare chronische degenerative Erkrankung, zu trennen und als behandelbare, insgesamt prognostisch günstigere phasenweise auftretende Krankheit zu beschreiben. Die wesentlichen An- und Einsichten finden sich in seinem Lehrbuch „Psychiatrie“ (1896). Aufgrund der heutigen Erkenntnisse ist diese sog. Dichotomie der Klassifikation Kraepelins jedoch nicht mehr zu halten. Nunmehr, nach umfangreicher neurobiologischer, psychopathologischer und klinischer Forschung, beschreibt man ein Kontinuum von der Bipolaren Störung über die schizoaffektive Störung bis zur Schizophrenie, wodurch die Abgrenzung psychiatrischer Erkrankungen gerade auf diesem Feld der sogenannten funktionellen oder endogenen Psychosen noch schwieriger geworden ist, obwohl DSM-IV und V und ICD-10 und 11 hier scheinbar „eindeutig“ sind. Die Frage, die schon Kraepelin beschäftigte, bleibt weiterhin bestehen: Was führt eine Erkrankung zu welchem Zeitpunkt mehr zu ihrem Phänotyp trotz allem neurobiologischen Kontinuum; was prädestiniert eher zu einer Bipolaren Störung oder eher zu einer schizophrenen Störung mit entsprechendem Verlauf?

Die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland weist leider auch ein sehr dunkles Kapitel auf: Den Euthanasiemorden der "Aktion T4" fielen zwischen 1939 und 1945 etwa 200.000 Deutsche zum Opfer. Die vielen Beteiligten sprachen beschönigend von Erlösung, Lebensunterbrechung, Gnadentod, Sterbehilfe oder eben von Euthanasie. Sie agierten halb geheim, doch inmitten der Gesellschaft. Viele Deutsche befürworteten den gewaltsamen Tod der »nutzlosen Esser«, zumal im Krieg; nur wenige verurteilten das Morden deutlich, die meisten schwiegen schamhaft, wollten es nicht allzu genau wissen. Die Opfer mussten sterben, weil sie als verrückt, lästig oder peinlich empfunden wurden, weil sie unnormale, gemeingefährlich, arbeitsunfähig oder dauernd pflegebedürftig waren, weil sie ihre Familien mit einem Makel belasteten, oder oft einfach wegen ihrer Armut und Verlassenheit in



## International Bipolar Foundation

Anstalten leben mussten. Viele der Täter waren besonders engagiert und reformerisch gesinnte Psychiater, die für die Abschaffung der inhumanen Zwangsmittel und eine offene Sozialpsychiatrie eintraten. Durch die Beseitigung der als unheilbar geltenden "Erbkranken" wollten sie Ressourcen freisetzen für die Heilbaren, durch Forschung an getöteten Patienten neue Therapiemethoden entwickeln und die Utopie eines von seelischen Krankheiten und Behinderungen gereinigten "gesunden Volkskörpers" verwirklichen. Die Deportationen in die Vernichtungsanstalten schufen Raum für Lazarette zur Versorgung verletzter Soldaten und Zivilisten. Vorangegangen waren den Euthanasiemorden zwischen 1933 und 1940 die gesetzliche Zwangssterilisierung von rund 350.000 Menschen.<sup>1</sup>

Vor diesem geschichtlichen Hintergrund ist vielleicht zu erklären, weshalb die sogenannte „Antipsychiatrie“ in Deutschland einen relativ starken Zulauf hat. Hier wird immer noch mit Argumenten diskutiert, als hätte sich seitdem nichts geändert. Die jüngst durch ein Gerichtsurteil entfachte Debatte um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zeigt dies sehr deutlich.

1999 wurde die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) gegründet. Zunächst eine reine Fachgesellschaft, öffnete sich die DGBS schon im folgenden Jahr für das Konzept des Dialogs, d.h. Betroffene und Angehörige sind seitdem für die Ziele und die Arbeit des Vereins mitverantwortlich. Durch eine Satzungsänderung im Jahr 2009 erklärte die DGBS schließlich die Hilfe zur Selbsthilfe zum obersten Vereinsziel. Seither setzt sich der Vorstand aus drei angesehenen Fachleuten im Bereich Bipolare Störungen und je zwei Vertretern der Betroffenen bzw. Angehörigen zusammen.

Die DGBS bemüht sich auf vielfältige Art und Weise, die Situation von bipolar Erkrankten und ihrer Angehörigen in Deutschland zu verbessern. Hier seien nur einige genannt:

- ➔ Die Jahrestagungen, die sich zunehmender Besucherzahlen erfreuen und bei denen der jeweils neueste Stand der Wissenschaft ebenso vermittelt wird wie ganz praktische Hilfe zum Umgang mit der Erkrankung
- ➔ Seminare für Angehörige und für Leiter von Selbsthilfegruppen
- ➔ Ein Beratungstelefon zur Hilfe und Unterstützung von Angehörigen und Betroffenen
- ➔ Die Website der DGBS mit den umfassendsten Informationen zu Bipolaren Störungen im deutschen Sprachraum
- ➔ Fortbildungsveranstaltungen für Fach- und Hausärzte
- ➔ Ein Selbsthilfe-Internetforum, in dem sich Betroffene und Angehörige direkt austauschen und gegenseitig unterstützen können
- ➔ Zahlreiche Publikationen zur Erkrankung, darunter Broschüren für Patienten, Angehörige und Hausärzte
- ➔ Unterstützung bei der Neugründung oder Aufrechterhaltung von Selbsthilfegruppen
- ➔ Der Aufbau eines bundesweiten Selbsthilfenetzwerks auf Landesebene
- ➔ Sensibilisierung der Bevölkerung für dieses Thema durch Öffentlichkeits- und Pressearbeit
- ➔ Förderung der Forschung auf dem Gebiet Bipolare Störungen

Zu den wichtigsten Erfolgen der letzten Jahre zählt die Erstellung der ersten S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen für Deutschland, die in Kooperation mit der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) erarbeitet und 2012 veröffentlicht

---

1 nach Götz Aly: Die Belasteten, 'Euthanasie' 1939-1945 - Eine Gesellschaftsgeschichte, Frankfurt a.M. 2013



## International Bipolar Foundation

wurde. Neben einer ausführlichen Bewertung der verschiedenen medikamentösen, psychotherapeutischen und sonstigen Behandlungsmöglichkeiten bei Bipolaren Störungen wird auch hier die Bedeutung des Dialogs sowie der Selbsthilfe klar herausgestellt. An der Leitlinie waren neben den führenden deutschen Fachleuten auf diesem Gebiet auch Vertreter der Angehörigen und Betroffenen beteiligt – eine Premiere bei der Konzeption medizinischer Leitlinien.

Von der Veröffentlichung und Etablierung der Leitlinie verspricht sich die DGBS eine Vereinheitlichung der Behandlungsstandards, die bis jetzt noch nicht gegeben ist. Auch ein größeres Bewusstsein für Bipolare Störungen, gerade bei Hausärzten, die in Deutschland oftmals die erste Anlaufstelle sind, wäre wünschenswert. Leider zeigt sich von dieser Seite bislang wenig Interesse; die immer wieder angebotenen Fortbildungen für diese Berufsgruppe werden kaum wahrgenommen.

Noch immer vergehen vom ersten Auftreten der Krankheitssymptomen bis zur korrekten Diagnose und angemessenen Behandlung in Deutschland im Schnitt ca. acht Jahre, was zum Teil natürlich auch dem Krankheitsverlauf anzulasten ist: Bevor eine Bipolare Störung als solche erkannt werden kann, müssen in den meisten Fällen erst einige Episoden von Manie und/oder Depression durchlebt werden, um die Periodik erkennen zu können. Dennoch ließe sich diese Situation durch eine breitere Aufklärung sicher verbessern.

Der Begriff „Bipolare Störung“ ist vielen Menschen in der Bevölkerung fremd, selbst in medizinischen Kreisen hat er sich noch nicht endgültig durchgesetzt. Die frühere Bezeichnung „manisch-depressive Erkrankung“ ist nach wie vor deutlich bekannter. Auch hier gilt es noch viel Aufklärungs- und Informationsarbeit zu leisten.

Was die Versorgungssituation angeht, gibt es für die Zukunft noch viele Aufgaben. Mit der Einführung einer Fallpauschale wurden die Klinikaufenthalte zwar kürzer, jedoch nicht immer zum Vorteil der Patienten, wenn sich zum Beispiel der sogenannte „Drehtüreffekt“ einstellt (kaum entlassen, schon wieder in der Klinik). Auch die Integrierte Versorgung, also die Zusammenarbeit von Kliniken mit niedergelassenen Psychiatern, sozialpsychiatrischen Diensten und beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, wie sie bei anderen psychiatrischen Erkrankungen aktuell vermehrt zur Anwendung kommt, wird nur in wenigen Fällen bei bipolaren Patienten angewandt. Die DGBS bemüht sich auch hier um eine Verbesserung zugunsten der Betroffenen.

Außerdem wurde die Bedeutung von begleitenden psychotherapeutischen und psychoedukativen Maßnahmen bei Bipolaren Störungen längst noch nicht flächendeckend erkannt. So beschränkt sich die Therapie oft auf eine rein medikamentöse Behandlung. Gerade in ländlichen Gebieten herrscht noch eine starke Unterversorgung von psychisch Erkrankten im Allgemeinen und bipolar Erkrankten im Besonderen. Da Letztere als „schwierige“ Patienten gelten, haben sie oft das Nachsehen, was die fachärztliche Behandlung betrifft. Auch die Einbindung der Angehörigen, wie sie in der Leitlinie gefordert wird, ist in den deutschen Kliniken und psychiatrischen Praxen noch keine Selbstverständlichkeit.

Bei so vielen kritischen Anmerkungen darf aber auch das Positive nicht unerwähnt bleiben. Hier wäre allem voran das EX-IN-Projekt zu nennen, bei dem Psychiatrieerfahrene frisch Diagnostizierte begleiten und unterstützen und dadurch selbst die Chance bekommen, wieder am Arbeitsmarkt teilzunehmen; ein Projekt, welches zusehends gedeiht und sich wachsender Aufmerksamkeit in Deutschland erfreut. Auch die Schulprojekte mit aussagekräftigen Slogans wie „Verrückt – na und?“ oder „Irre menschlich!“,



## International Bipolar Foundation

bei denen Angehörige und Betroffene in Schulklassen über psychische Erkrankungen aufklären, sollen nicht unerwähnt bleiben. Nicht zuletzt ist hier die zunehmende Selbstorganisation der Betroffenen zu nennen, was sich z.B. im Aufbau eines bundesweiten Selbsthilfenetzwerks niederschlägt.

Man sieht: Es gibt zwar noch einiges zu tun in Deutschland, vieles ist aber auch in Bewegung hin zu einer Verbesserung der Situation von psychisch Erkrankten und insbesondere von Menschen mit Bipolaren Störungen und ihrer Angehörigen. Die DGBS bemüht sich, hierbei auf vielen unterschiedlichen Ebenen einzuwirken, so ist sie in verschiedenen Gremien wie etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss<sup>2</sup> vertreten, um auch politisch Einfluss zu nehmen.

Einige statistische Angaben zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland im Allgemeinen und zu bipolar Erkrankten im Speziellen:

Die Möglichkeit der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird national und international an den aufgestellten Krankenhausbetten pro 1.000 oder 100.000 Einwohner gemessen. Für das Jahr 2010 konnten die in Tabelle 1 dargestellten Relationen für die Bundesländer festgestellt werden:

Tabelle 1: Anzahl der Betten/Plätze in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie – Erwachsenenpsychiatrie ohne forensische Psychiatrie (AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2012)

### 2010 (GMK-Bericht 2012)

|                             | vollstationär | teilstationär | Summe         | pro 1.000 Einwohner | Anteil teilstationär in % |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------|---------------------------|
| Baden-Württemberg           | 6.154         | 1.157         | 7.311         | 0,68                | 15,83                     |
| Bayern                      | 6.466         | 781           | 7.247         | 0,58                | 10,78                     |
| Berlin                      | 2.088         | 623           | 2.711         | 0,78                | 22,98                     |
| Brandenburg                 | 1.723         | 616           | 2.339         | 0,93                | 26,34                     |
| Bremen                      | 555           | 174           | 729           | 1,10                | 23,87                     |
| Hamburg                     | 1.373         | 450           | 1.823         | 1,02                | 24,68                     |
| Hessen                      | 3.712         | 673           | 4.385         | 0,72                | 15,35                     |
| Mecklenburg-Vorpommern      | 1.043         | 421           | 1.464         | 0,89                | 28,76                     |
| Niedersachsen               | 4.580         | 904           | 5.484         | 0,69                | 16,48                     |
| Nordrhein-Westfalen         | 12.255        | 3.034         | 15.289        | 0,86                | 19,84                     |
| Rheinland-Pfalz             | 2.422         | 684           | 3.106         | 0,78                | 22,02                     |
| Saarland                    | 595           | 203           | 798           | 0,78                | 25,44                     |
| Sachsen                     | 2.672         | 765           | 3.437         | 0,83                | 22,26                     |
| Sachsen-Anhalt              | 1.485         | 476           | 1.961         | 0,84                | 24,27                     |
| Schleswig-Holstein          | 1.964         | 546           | 2.510         | 0,89                | 21,75                     |
| Thüringen                   | 1.644         | 510           | 2.154         | 0,96                | 23,68                     |
| <b>Summe / Durchschnitt</b> | <b>50.731</b> | <b>12.017</b> | <b>62.748</b> | <b>0,77</b>         | <b>21,52</b>              |

Es wird deutlich, dass die Zahl der aufgestellten Betten/Plätze pro Einwohner hoch different ist. Herausstechend sind die Stadt-Länder Bremen und Hamburg. Hier findet man die meisten aufgestellten Betten. Im Betrachtungszeitraum 2010 kann kein Unterschied zwischen den neuen und alten

<sup>2</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Auftrag des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche und verbindliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in die Praxis zu beschließen. Die DGBS ist seit 2012 als Patientenvertretung Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.



## International Bipolar Foundation

Bundesländern gefunden werden. So liegen Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen am unteren Ende der Betrachtung. Die aufgestellten Betten/Plätze geben keinen Aufschluss darüber, ob die Erreichbarkeit und damit die gemeindenahere Versorgung sichergestellt werden kann. Im europäischen Vergleich hat Deutschland, verglichen mit anderen Staaten, wenig stationäre Plätze (vgl. Abbildung 1). Diese Situation spricht nicht für eine schlechte Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland. Vielmehr ist mit der Enthospitalisierungswelle in den 1980er und 1990er Jahren die stationäre Krankenhausbehandlung zu einer Akutbehandlung geworden. Menschen mit langfristigen psychiatrischen Krankheitsverläufen werden in Deutschland nur sehr selten in Langzeitbereichen behandelt und versorgt. Die Behandlung und Pflege von Menschen mit höherem psychiatrischen Behandlungs- und Pflegebedarf findet vielfach gemeindenah und im ambulanten Setting statt. Der in Abbildung 1 dargestellte rote Strich markiert die 49 Betten pro 100.000 Einwohner in Deutschland im Jahr 2009.

Abbildung 1:

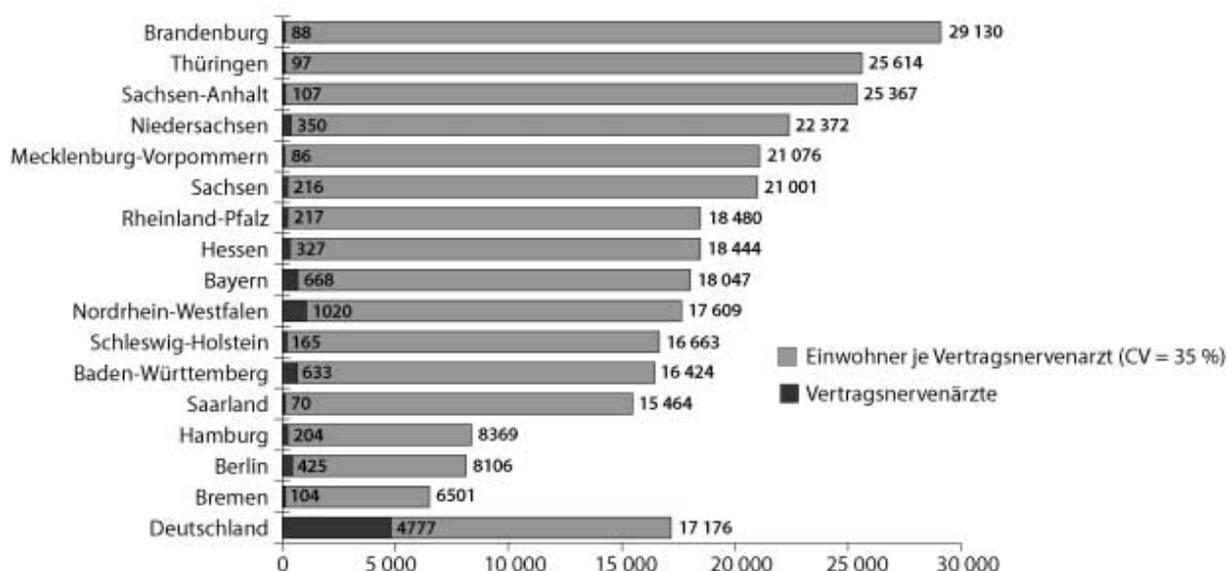
Krankenhausbetten für psychiatrische Versorgung je 100 000 Einwohner (Eurostat 2013)



Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Psychiater und Nervenärzte spielt für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Kontext der psychischen Störungen eine große Rolle. Sichere Daten über die nationale Versorgungsdecke der niedergelassenen Nervenärzte sind selten. Fritze & Schmauß (2001) analysierten die Daten der Bundesärztekammer und der Kassennärztlichen Vereinigung aus dem Jahr 1999. Es sind bemerkenswerte Variabilitäten im Einwohner-je-Vertragsarztverhältnis zu finden (vgl. Abbildung 2). Fritze & Schmauß (2001) konstatieren in ihrem Beitrag, dass die regionale Variabilität kaum durch Morbiditätsunterschiede erklären lassen.

Abbildung 2: Zahl der Nervenärzte und Einwohner je Nervenarzt nach Bundesländern (nach Daten der KBV) (Fritze & Schmauß 2001)

### Vertrags-nervenärztliche Versorgungsdichte 1999



Es wird sehr deutlich, dass es eine Ungleichverteilung der nervenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik gibt. Ob ein Mensch mit psychischen Störungen adäquat gemeindenah fachärztlich versorgt werden kann, hängt also vom Wohnort und damit vom Zufall ab.



## International Bipolar Foundation

Die Qualität der Behandlung, auch bei Bipolaren Störungen, ist kaum messbar. Hier muss die Frage beantwortet werden, an was eine gute Behandlung festgemacht werden kann. Was sind die Outcome-Parameter einer guten Behandlung? Sind es Verbesserungen in GAF und CGI oder ist es die zurückgewonnene Lebensqualität der Menschen mit seelischen Krisen? Die Bertelsmann Stiftung hat vor einigen Jahren ein Internetportal eingerichtet, in dem sich Patienten über Qualitätsparameter der einzelnen Kliniken in Deutschland informieren können. Hierzu liest die Bertelsmann Stiftung die Qualitätsberichte der Einrichtungen aus. Zusätzlich wurden die Angaben um die Ergebnisse einer Patientenbefragung der AOK ergänzt (vgl. Weiße Liste). Die Patienten wurden unter anderem befragt, ob sie das Krankenhaus weiterempfehlen würden. Ein weiterer Qualitätsindikator kann die Fallzahl an Patienten der Diagnosegruppe sein, die im Fokus der Betrachtung steht. Eine hohe Fallzahl kann für viel Erfahrung in der Therapie des Krankheitsbildes sprechen. In der Tabelle 2 sind die Ergebnisse der TOP 10 Abfrage zur Anzahl der Fälle (Bipolare Störung) der sogenannten weißen Liste der Bertelsmann Stiftung abzulesen. Es handelt sich im überwiegenden Fall um Kliniken in öffentlicher Trägerschaft (80% der TOP 10). Der Rang der behandelten Fälle im Jahr 2010 lag in den TOP 10 zwischen 342 – 197. Bei den acht Kliniken in öffentlicher Trägerschaft waren keine Universitätskliniken dabei. Bei der Ausweitung der Analysen auf die TOP 20 waren drei Universitätskliniken mit in der Auswertung vertreten. Auch wenn der Indikator Fallzahl einen möglichen Hinweis auf die Qualität der Behandlung geben kann, lässt dieser jedoch keinen kausalen Schluss zu.

Tabelle 2: Bundesweite Klinik TOP 10 der Fallzahlen der Behandlung von Bipolaren Störungen (aus dem Jahr 2010)

|                  | Anzahl der Kliniken | Fälle    | X % der Befragten würden dieses Krankenhaus weiterempfehlen |
|------------------|---------------------|----------|---|
| freigemeinnützig | 1                   | 342      | 74%   |
| öffentlich       | 8                   | 272 -200 | 88% - 69%   |
| privat           | 1                   | 197      | 83%   |

Quellen der statistischen Angaben:

AG Psychiatrie der AOLG (2012) Bericht für die GMK - Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven- Tabellenanhang. Aufruf im Internet: [http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/aktuelle\\_projekte/tabellenanhang.pdf?start&ts=1343806918&file=tabellenanhang.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-psychiatrie/aktuelle_projekte/tabellenanhang.pdf?start&ts=1343806918&file=tabellenanhang.pdf)

Eurostat (2013) Krankenhausbetten für Psychiatrische Versorgung. Aufruf im Internet: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/data\\_public\\_health/main\\_tables](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables)

Fritze, F.; Schmauß, M. (2001) Psychiatrische Versorgung in Deutschland – Personalprobleme? Nervenarzt, (72), S. 824 – 827

Weiße Liste der Bertelsmann Stiftung (2010). Aufruf im Internet: [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

Autoren dieses Artikels:



International Bipolar Foundation

Georg Juckel  
Martin Kolbe  
Michael Löhr  
u.a.