

1 Einleitung

Der vorliegende Behandlungspfad (BHP) stellt für die ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit einer bipolaren Erkrankung einen Behandlungsablauf für die Anwendung in einem fachärztlich gesteuerten Versorgungsnetz dar. Der Pfad fokussiert somit auf die Behandlung in einer psychiatrischen Arztpraxis in enger Kooperation mit anderen ambulanten Leistungsanbietern der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. Er ist nicht als starre Arbeitsanweisung zu verstehen, sondern als Instrument zur Steuerung des Behandlungsprozesses innerhalb einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Insofern obliegt es dem behandelnden Arzt², die im Behandlungspfad beschriebenen idealisierten Abläufe den individuellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Einzelfalls anzupassen.

Behandlungspfade beschreiben »den idealen Versorgungsverlauf, die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Interventionen, die von allen Berufsgruppen und Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden« (Dick et al. 2006, S. 12). Im Gegensatz zu Leitlinien, die das »Was« und »Wie« einer Behandlung vorgeben, fokussiert der Behandlungspfad auf das »Wer« und »Wann«, d. h. vorrangig auf zeitliche und organisatorische Aspekte. Dies bedeutet im Rahmen des Versorgungssystems, dass Behandlungspfade als Instrumente der Leitlinienumsetzung interdisziplinäre Aktivitäten und Verantwortlichkeiten festlegen. Ziel dabei ist, Abläufe zu standardisieren, schnittstellenübergreifend zu koordinieren und Transparenz sowohl für Leistungserbringer und Kostenträger als auch für Patienten und ihre Angehörigen zu schaffen. Insofern sind Behandlungspfade eine wichtige Orientierungshilfe für alle am Behandlungsprozess beteiligten Akteure und dienen der Stärkung ihrer Handlungssicherheit.

Praxisnahe Leitlinienumsetzung

Die Entwicklung und Implementierung eines Behandlungspfads für Menschen mit einer bipolaren Störung ist wichtig, da diese Erkrankung ein hohes Maß an Behandlungskontinuität und -flexibilität sowie psychosozialer Unterstützungsangebote erfordert. Dies ergibt sich aus den Symptomen einer bipolaren Störung, bei der als wesentliches Krankheitsmerkmal eine Störung des Antriebs vorliegt. Depressive Episoden mit gedrückter Stimmungslage und Antriebsarmut wechseln sich mit (hypo-)manischen Episoden mit deutlich gesteigertem Antrieb und häufig gehobener Stimmungslage ab, wobei die Phasenwechsel rasch erfolgen und auch Mischzustände auftreten können (Kluetsch et al. 2010; Krüger und Prager 2007). Die aus der Symptomatik und phasenweise erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultierenden individuellen und sozialen Folgen sind gravierend. Soziale Kontakte, berufliche Perspektiven und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben leiden (Kluetsch et al. 2010): So zählen bipolare Störungen bei einer Prävalenz von 1 bis 5 % laut WHO-Report (2002) zu den zehn Krankheitsbildern, die weltweit am häufigsten zu einer Behinderung führen (Krüger und Prager 2007). Andererseits erleben bipolare Patienten zwischen den affektiven Episoden durchaus Zeiten weitestgehender Freiheit von Symptomen und Beeinträchtigungen.

Bipolare Störung

Behandlungsziel bei bipolaren Störungen ist es, die akute Krankheitssymptomatik zu bekämpfen, Rückfällen vorzubeugen und den Patienten sozial und beruflich so vollständig wie möglich wieder einzugliedern. Dies erfordert eine lebenslange medikamentöse Behandlung unter Einbeziehung psychotherapeutischer, psychosozialer und anderweitiger Behandlungs- und Betreuungsformen, die individuell unterschiedlich intensiv auszugestalten sind. Ein ebenfalls erhöhtes Suizidrisiko und die vergleichsweise hohe Komorbidität mit ande-

2 In diesem BHP wurde für allgemeine Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Ausdrucksform gewählt. Sie schließt jedoch gleichermaßen die weibliche Form mit ein. Die Leserinnen und Leser werden hierfür um Verständnis gebeten.

ren psychiatrischen Erkrankungen unterstreicht die Notwendigkeit einer solchen komplexen und interdisziplinären Therapiestrategie (Arolt und Behnken 2006, S. 30).

Versorgungsmodell Bipolare Störungen sind somit im Prinzip gut behandelbar, auf Basis der aktuellen evidenzbasierten Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. Allerdings weist die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland deutliche Defizite auf und läuft – u. a. durch die mangelnde Einbindung des Patienten in ein komplexes Versorgungssystem – häufig den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen zuwider (Pfennig et al. 2011). Ein zeitgemäßes Versorgungsmodell sollte hingegen die Patientensicht und -bedürfnisse einbeziehen und eine zuverlässige Koordination der Leistungserbringer etablieren (Pfennig et al. 2011; Lägél und Weatherly 2009). So können die Lebensqualität der Patienten gesteigert sowie die Nachteile der derzeitigen fragmentierten Versorgungslandschaft, wie Versorgungsabbrüche, erhöhte Kosten und Qualitätsverluste in der Versorgung, vermieden werden (Lägél und Weatherly 2009).

Der Behandlungspfad »Bipolare Störungen« stellt ein Versorgungsmodell für eine leitliniengerechte und schnittstellenübergreifende Behandlung bipolarer Patienten vor. Im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) soll er dazu beitragen, die Realisierung der in der Leitlinie festgeschriebenen Interventionen für die Behandlung bipolarer Störungen zu fördern, um somit unter Beteiligung integrierter Präventions-, Therapie- und Nachsorgeangebote die Versorgungsqualität für diese Patientengruppe zu verbessern. Bisherige Hinweise in der Literatur zur Versorgungspraxis zeigen hierbei, dass das Konzept der Integrierten Versorgung gute Effekte zur Vermeidung von Schnittstellen-, Kommunikations- und Koordinationsproblemen bieten kann (Steckmaier 2010). Englischsprachige Studien konnten Wirksamkeit und Kosteneffizienz moderner Versorgungskonzepte bei bipolar erkrankten Patienten belegen. Derartige Ansätze sind jedoch im deutschsprachigen Raum bisher wenig implementiert (Gühne et al. 2011; Miklowitz und Scott 2009).

Den Ausgangspunkt in der Realisierung dieses Pfads bildet die Praxis des psychiatrisch tätigen Facharztes, bei welchem die Gesamtverantwortung für die medizinische Behandlung des bipolaren Patienten angesiedelt wird. Für die Umsetzung des Pfads ist eine enge Kooperation zwischen den Leistungsbereichen Medizin, Pflege und Leistungen zur Teilhabe erforderlich, die von einer Bezugspflegekraft sichergestellt wird. Im Sinne einer patientenorientierten Versorgung sind ambulante psychiatrische Pflegedienste (APP) somit schnittstellenübergreifend und koordinierend tätig und folgen hierbei dem psychiatrischen Leitgedanken »ambulant vor stationär«. Die konkreten Aufgaben dieser Hauptakteure sind im Behandlungspfad modular (Pfadmodule) festgelegt. Alternative Modelle, in denen die jeweiligen Funktionen durch andere Berufsgruppen übernommen werden, sind prinzipiell denkbar.

2 Methodik

Im Folgenden werden die Schritte in der Erstellung des Pfads für bipolare Störungen – Soll- und Ist-Analyse, Abgleich zwischen diesen und abschließende Konsentierung – beschrieben.

2.1 Soll-Analyse

Zunächst wurde der Soll-Zustand in der Behandlung von bipolar erkrankten Personen bestimmt. Dafür wurde im Zeitraum vom 26. bis 28.07.2011 in den folgenden Datenbanken unter Verwendung des Suchbegriffs »bipolar« nach Leitlinien und Leitliniensynopsen recherchiert:

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, www.leitlinien.de/leitlinien-finden)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html)
- Guidelines International Network (G-I-N, www.g-i-n.net/)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, www.guidelines.gov)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, <http://sign.ac.uk/guidelines/published/-index.html#Mental>)

Die gefundenen Leitlinien wurden anhand der Kriterien Aktualität, Evidenzbasierung und Anwendbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem priorisiert. Zur Grundlage des Pfads wurden so primär die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen und die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen« (DGBS und DGPPN 2012; LLBP und LLPST). Nachrangig folgte die NICE-Leitlinie zu bipolaren Störungen (National Collaborating Centre for Mental Health 2006). Die beiden deutschsprachigen Leitlinien waren zum Zeitpunkt der Pfaderstellung unveröffentlicht und wurden von den jeweiligen Leitlinienerstellern zum Zweck der Pfaderstellung in konsentierten Versionen zur Verfügung gestellt (Leitlinie bipolare Störungen: 26.07.2011 und 14.02.2012; Leitlinie psychosoziale Therapie: 11.11.2011).

Zusätzlich wurde die Cochrane Library nach Reviews zum Suchbegriff »bipolar disorders« durchsucht, um innovative internationale Ansätze einzubeziehen. Nach dem Screening der Abstracts wurden von 90 Treffern 6 Volltexte ausgewertet (Suchdatum: 31.10.11).

Anhand dieser Ergebnisse und unter Nutzung des Behandlungspfads für mittelschwere und schwere unipolare Depression (Büchtemann et al. 2014) wurden die Module, die die Behandlung und die Kooperation der Akteure beschreiben sollen, ausgestaltet. Die Struktur der Module orientiert sich am Aufbau eines Logic Models, um die einzelnen Bausteine möglichst systematisch darzustellen (►Kap. 4).

2.2 Ist-Analyse

In einem nächsten Schritt sollte die aktuelle Versorgungssituation von Patienten mit bipolaren Störungen in Deutschland recherchiert und mit der Idealsituation (Soll-Analyse) vergli-

chen werden. Der Fokus wurde auf die ambulante Versorgung in ländlichen Gegenden gelegt. Ziel der Ist-Analyse und des Ist-Soll-Vergleichs war, die Handlungsempfehlungen zu priorisieren und Umsetzungsbarrieren aufzudecken, um daraus Implementierungshinweise ableiten zu können. Dafür wurden zwei verschiedene Methoden angewendet: eine systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken und eine qualitative Untersuchung mittels Experteninterviews. Letztere erfolgte mit dem Ziel, eventuell nicht publizierte Inhalte berücksichtigen zu können sowie einen Eindruck von der Praxisrelevanz der in der Literatur beschriebenen Versorgungsdefizite und Verbesserungsvorschläge erhalten zu können. Folgende Fragestellung war für beide Auswertungen leitend:

Wie ist die derzeitige Versorgungssituation von bipolar erkrankten Menschen in Deutschland?

- a. Welche Probleme gibt es?
- b. Welche Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen werden in der gegenwärtigen Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt?
- c. Welche Verbesserungsmöglichkeiten bzw. Lösungen gibt es?

Die Literaturrecherche erfolgte im Oktober 2011 in den Datenbanken Pubmed, Web of Science, Psyn dex und PsycInfo sowie der Verlagsdatenbank von Thieme. Die Suchstrategie bestand jeweils mindestens aus den Begriffen »bipolar«, »manisch« oder »Manie« sowie einer zeitlichen Begrenzung auf die Jahre 2000 bis 2011. In den drei englischsprachigen Datenbanken wurde zudem ein Deutschlandbezug in der Abfrage ergänzt. Drei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und der Projektkoordinator bearbeiteten die Einträge der Datenbanken jeweils im Vier-Augen-Prinzip. Auf der Grundlage von Titel und Abstract sollten dabei zunächst alle versorgungsrelevanten Artikel, die sich nicht ausschließlich auf den Kinder- und Jugendbereich bezogen, ausgewählt werden. Anschließend wurden divergierende Urteile in einer Gruppendiskussion besprochen. In diesem Prozess wurden ebenfalls Artikel ausgeschlossen, die auf Kongressbeiträgen beruhten. Weiterhin wurde auf Artikel verzichtet, die sich allgemein auf psychische Erkrankungen oder die sich schwerpunktmäßig auf depressive Erkrankungen bezogen, sofern spezielle Literatur zum Themengebiet vorlag (Ausnahmen sind z. B. Hometreatment und Elternschaft). Nach Entfernung von Dubletten zwischen Datenbanken blieben 68 Artikel, die im Volltext gelesen wurden. Dabei wurden nochmals 29 Artikel aufgrund mangelnder Versorgungsrelevanz bzw. fehlenden Deutschlandbezugs entfernt, sodass 39 Artikel die endgültige Grundlage für die Literaturrecherche bildeten. Ein detaillierter Überblick zu Vorgehen und Ablauf der Literaturrecherche kann Anhang A Tabelle 1 entnommen werden.

Die Ergebnisse wurden nach Kategorien zusammengefasst, die auf Grundlage der Vorrecherche gemeinsam im Team unter Beteiligung eines psychiatrisch erfahrenen Experten gebildet wurden (► Tab. 1). Das Auswertungsschema ist in Anhang A Tabelle 2 abgebildet.

Tab. 1:
Kategorien zur
Auswertung der
Literatur und der
Experteninterviews

Literaturrecherche	Experteninterviews
Diagnostik	Diagnostik
psychiatrische Behandlung und Pharmakotherapie	Pharmakotherapie psychiatrisch fachärztliche Versorgung (exkl. Pharmakotherapie)
psychosoziale Interventionen inkl. PT und IV	psychotherapeutische Versorgung und Psychoedukation
Angehörige	Angehörige
Arbeit, Ausbildung und Rente	Arbeit und Ausbildung
Klinik und Krise	Krise
Selbstmanagement	Selbstmanagement

Literaturrecherche	Experteninterviews
Recht und Soziales	Recht und Finanzen
Sonstiges	sonstige Versorgungsbereiche und Allgemeines
–	Kooperation und Zusammenarbeit
–	Lösungen und Verbesserungsvorschläge

Tab. 1:
Kategorien zur
Auswertung der
Literatur und der
Experteninterviews
– Fortsetzung

Für die Experteninterviews wurden unterschiedliche Akteure ausgewählt, die ihr Spezialwissen durch langjährige Tätigkeit in der Versorgung von bipolaren Patienten in eher strukturell schwächeren Regionen (FAP, B) oder durch wissenschaftliche bzw. Verbandsarbeit auf diesem Gebiet (P, A, FAW, PTW) bzw. durch beides (PTP, GP) erworben haben. Die Befragung unterschiedlicher Akteure sollte sicherstellen, dass vielfältige Perspektiven auf das Versorgungsgeschehen einfließen. Ein Überblick über die befragten Experten mit ihrem jeweiligen (beruflichen) Hintergrund sowie Dauer und Datum der Interviews kann Tabelle 2 entnommen werden.

Experteninterviews
zur Ist-Analyse

Experte (Pseudonym)	Dauer (min)	Datum
Patient (P)	44	30.11.11
Angehöriger (A)	58	21.11.11
Facharzt-Wissenschaftler (FAW)	49	08.12.11
Facharzt-Praktiker (FAP)	45	23.11.11
Psychotherapeut-Wissenschaftler (PTW)	43	30.11.11
Psychotherapeut-Praktiker (PTP)	50	23.11.11
Gesetzlicher Betreuer (B)	49	08.12.11
Gemeindepsychiatrie (GP)	52	15.11.11

Tab. 2:
Überblick über die
Experteninterviews

Die Interviews wurden von drei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen geführt. Auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche wurden die Leitfäden von dem jeweiligen Interviewer erstellt und abschließend im Team besprochen. Alle Interviewleitfäden richteten sich nach folgendem Grundschema: eine Einleitungsfrage für alle Teilnehmer (allgemeine Einschätzung der Versorgungslage von bipolar erkrankten Patienten in Deutschland), eine zweite Einleitungsfrage für alle in der Versorgung tätigen Personen (Beschreibung der eigenen Rolle in der Versorgung) und anschließend spezifischere Fragen zu den in Tab. 1 dargestellten Kategorien, die je nach Interviewpartner unterschiedlich gewichtet wurden. Ein Beispielleitfaden ist in Anhang B zu finden.

Das Vorgehen bei der Auswertung der Experteninterviews folgte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Das a priori entwickelte Kodierschema (► Tab. 1) und die Kodierregeln wurden zunächst in einem Probecoding geprüft. Anschließend wurden Kodierregeln ergänzt. Das Kodierschema erwies sich als differenziert und präzise und musste nicht revidiert werden. Das Probecoding diente zudem der Überprüfung der Intercoder-Reliabilität³ zwischen den Mitarbeiterinnen. Es wurden Reliabilitäten zwischen 0,53 und 0,88 erzielt. Bei Reliabilitäten über 0,80 wurden die weiteren Interviews eigenständig bearbeitet, bei Reliabilitäten unter diesem Wert wurde durch zwei Mitarbeiterinnen kodiert. Alle Auswertungen wurden mithilfe von MAXQDA 10 durchgeführt.

³ Die Reliabilität wurde als Summe der übereinstimmenden Urteile geteilt durch die Summe aller Urteile berechnet.

Delphi-Befragung Für die Konsentierung wurde ein schriftliches, zweistufiges Delphi-Verfahren angewendet (Häder 2002; Kopp et al. 2007). Für jedes Modul und abschließend für den Behandlungspfad im Gesamten sollten die Teilnehmer mittels einer vierstufigen Antwortskala (»stimme nicht zu« bis »stimme zu«) einschätzen, inwieweit sie der Ausgestaltung zustimmen können. Die Auswahl der Teilnehmer orientierte sich an den Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner, d.h. es wurde darauf geachtet, dass die jeweiligen Perspektiven unterschiedlicher Akteure und sowohl wissenschaftliches als auch praktisches Spezialwissen einfließen konnten. Der Konsentierungszeitraum erstreckte sich vom 17. Februar bis 15. März 2012. Der Rücklauf der ersten Konsentierungsrunde lag bei 60 %, der der zweiten Runde bei 40 %. Die Zustimmungsraten zu den einzelnen Modulen nach der ersten und der zweiten Runde können Anhang A Tabelle 3 entnommen werden. Die Raten für die jeweiligen Module und für den Pfad im Gesamten reichen von mehrheitlicher Zustimmung bis zu starkem Konsens, d.h. es wurde stets ein Konsens erreicht (Bernardy et al. 2008).

3 Ergebnisse

3.1 Defizite in der Versorgung bipolarer Störungen

Versorgungsprobleme, die im Rahmen des Needs Assessment in Literatur und Experteninterviews beschrieben wurden, treffen teilweise nicht nur auf bipolare Störungen zu, sondern gelten für schwere psychische Erkrankungen generell, wie z. B. die fehlende strukturierte Diagnostik, die Einbeziehung von Angehörigen und knappe Behandlungskapazitäten bei Ärzten und Psychotherapeuten. Spezifisch für bipolare Erkrankungen zutreffende Versorgungsdefizite sollen jedoch im Folgenden im Zentrum stehen.

3.2 Diagnostik

Unter- und Fehldiagnostik, vor allem der hypomanischen Phasen und bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, kommen häufig vor. Zwischen 9 und 12 Jahre vergehen zwischen den ersten Symptomen und der korrekten Diagnose. Dadurch verzögert sich der Beginn einer adäquaten Behandlung und das Risiko für ungünstigere Verläufe steigt (Bauer et al. 2008; Hauser et al. 2007; Pfennig et al. 2011).

Unter- und Fehldiagnostik

Mangelnde Anwendung der internationalen diagnostischen Kriterien und unzureichendes Abfragen, aber auch – auf Patientenseite – Erinnern eventueller vergangener affektiver Episoden werden als Ursachen benannt (Bauer et al. 2008; Braeunig und Krueger 2011; Bruchmüller und Meyer 2009; Wolkenstein et al. 2011). Gerade bei Patienten mit wenigen oder mehrdeutigen Symptomen ist die Trefferquote dann gering (Braeunig und Krueger 2011; Bruchmüller und Meyer 2009; Meyer und Meyer 2009; Wolkenstein et al. 2011). Aus Expertensicht tragen ferner Hemmungen auf Seiten des Patienten im Anamnesegespräch, Stigmatisierung, fehlender Leidensdruck bei Hypomanie sowie speziell bei Hausärzten und Psychotherapeuten auch mangelnde Kenntnisse und Erfahrung mit bipolaren Störungen [FAP; FAW; P; PTE; PTP]⁴ zu den diagnostischen Problemen bei.

Als Lösungsansätze werden vor allem die Dissemination der strukturierten Diagnostik empfohlen (Bruchmüller und Meyer 2009; Wolkenstein et al. 2011), [P; PTE; PTP] sowie die Sensibilisierung und ggf. Schulung der Hausärzte, die oft die erste Anlaufstelle der Patienten sind [FAP; PTE].

3.3 Psychiatrische Behandlung und Pharmakotherapie

Ein wichtiges Versorgungsdefizit in der ambulant-psychiatrischen Behandlung, nicht nur bipolarer Patienten, liegt nach übereinstimmenden Aussagen der befragten Experten im Zeit-

4 Die in den eckigen Klammern wiedergegebenen Kürzel beziehen sich auf die Interviewpartner, die in Tabelle 2 aufgeführt werden.

mangel der Fachärzte (»Fünf-Minuten-Praxis«, A). Dieser bewirkt zum einen lange Wartezeiten auf einen (Erst-)Termin, zum anderen fehlt die Zeit für Gespräche, für die Einbeziehung des Patienten und für ein stringentes Monitoring von Wirkungen und Nebenwirkungen. Bedarfsorientierte, kurzfristige oder engmaschige Termine in Akut-, Krisen- und Entlassungssituationen sind kaum realisierbar mit der möglichen Folge eskalierender Episoden und (erneuter) Krankenhausaufenthalte [A; FAW; GP; P; PTE]. Ferner wird kritisiert, dass Ärzte sich nicht ausreichend mit Patientenrechten und den Bestimmungen des Betreuungsrechts auskennen würden, sodass teilweise über den Patienten hinweg gehandelt und entschieden werde [A].

Evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen

Bezüglich der Pharmakotherapie werden in der Literatur die verordneten Medikamente, deren Nebenwirkungen und Monitoring sowie die Medikamentenadhärenz thematisiert. Im Gegensatz zu aktuellen Empfehlungen weisen Untersuchungen auf einen Trend zu Kombinationstherapien mit mehreren Wirkstoffen sowie auf einen relativ geringen Anteil an Lithium-Nutzern hin: Nach Schätzung von Pfennig et al. (2011) wird nur jeder siebte Patient mit Lithium behandelt und laut Quante et al. (2010) erhalten nur 54 % der Patienten eine Monotherapie (Pfennig et al. 2011; Quante et al. 2010; Messer et al. 2009). Als problematisch werden außerdem die mangelnde Evidenz in der Behandlung bipolarer Depressionen sowie der Zulassungsstatus einiger Medikamente, der nur einen »off-label use« bei vielen klinisch wirksamen Behandlungsoptionen gestattet, betrachtet (Sarkar et al. 2009). Die befragten Experten ergänzen, dass Medikamente wie etwa Lithium teilweise nicht verordnet würden, um den hohen Monitoringaufwand zu vermeiden [FAW]. Dagegen würden Benzodiazepine zu großzügig verschrieben [FAP]. Aus Patientensicht wird die Suche nach dem passenden Medikament als »Lotteriespiel« empfunden, das neben Glück auch einen erfahrenen Facharzt sowie einen kompetenten, eigeninitiativen Patienten und Vertrauen in die Arzt-Patienten-Beziehung voraussetze [P].

Nebenwirkungen der typischerweise verwendeten Psychopharmaka werden häufig problematisiert. Vor allem Gewichtszunahme, Stoffwechselerkrankungen, neurologische oder kognitive Beeinträchtigungen, Schlafstörungen und Selbstwertprobleme (durch Übergewicht) stehen im Fokus (Bauer et al. 2008; McIntyre 2009). Der Umgang mit Nebenwirkungen, konkret die Anamnese von Risikofaktoren, Kenntnisse über Folgeerkrankungen, das Monitoring und die Behandlung somatischer Probleme, erscheinen verbesserungswürdig (Bauer et al. 2008; Lecrubier et al. 2008; McIntyre 2009). Inkonsequentes Monitoring wird durch die Experten vor allem mit Zeit- und Kapazitätsproblemen begründet, aber auch mit Kooperationsdefiziten hinsichtlich des Hausarztes (z. B. fehlende Informationen zu Verordnungen, fehlender oder verspäteter Austausch von Befunden) [FAP; FAW].

Zur Medikamentenadhärenz und -akzeptanz gibt es unterschiedliche Befunde: einerseits gute Akzeptanz und Zufriedenheit (Quante et al. 2010), andererseits eine Compliance, die mit 35 % der Patienten noch niedriger ist als bei der Schizophrenie (Moeller et al. 2007). Der befragte Facharzt stellt die Adhärenz als Problem lediglich in der akuten Manie und in der Langzeitprophylaxe dar, wenn die Krankheitseinsicht bzw. die Symptome fehlten [FAP].

Hinsichtlich der Pharmakotherapie werden in der Literatur verschiedene Vorschläge präsentiert. So sollte auf gute Information und Instruktionen insbesondere bei der Lithiumtherapie und bei älteren Patienten geachtet werden (Schaub et al. 2001), Therapieziele sollten klar definiert und dabei die Krankheitskonzepte der Patienten und Angehörigen berücksichtigt werden. Adhärenzfördernd wirken des Weiteren ein vertrauensvolles Gesprächsklima, einfache Dosierungsschemata und Medikamententrainings (Moeller et al. 2007), Telefoninterventionen, strukturierte Versorgungsprogramme wie Disease Management und Bonusprogramme, die innerhalb von IV-Verträgen umzusetzen sind (Stiegler 2008).

3.4 Psychotherapeutische Behandlung und psychoedukative Interventionen

Erschwerter Zugang zu Psychotherapie Die bekannte Knappheit an psychotherapeutischen und manualbasierten psychoedukativen Angeboten im ambulanten Bereich scheint für bipolare Störungen in besonderem Maße zu-

zutreffen. Akutbehandlungen sind so kaum möglich. Als eine Ursache identifizieren Hasmann et al. (2008) und Trapp et al. (2008) den hohen Qualifikationsaufwand angesichts ausführlicher Therapiemanuale. Die Experten vermuten zudem, dass viele Psychotherapeuten bipolare Patienten eher ablehnten, weil sie aufgrund mangelnder Kenntnisse über die Störung und Therapiemöglichkeiten überfordert wären und die Erfolgsaussichten eher gering einschätzten [FAP; GP; P; PTE; PTP]. Zudem seien einige wirksame Therapieverfahren in Deutschland nicht zugelassen, während wiederum nicht alle zugelassenen Verfahren für die Behandlung bipolarer Störungen geeignet seien [FAW].

Ambulante Psychoedukation wird zwar vereinzelt von Kliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten, steht jedoch insbesondere auf dem Land letztlich doch nur während stationärer Aufenthalte zur Verfügung. Der Stundenumfang ist dabei meist zu gering, und die Aufnahmefähigkeit des Patienten während einer solchen akuten Episode nicht optimal [A; FAP; P], (s. a. Trapp et al. 2008). Störungsspezifische Angebote, die gemischten vorzuziehen wären, fehlten vollständig [A; P]. Als Ursachen für den Mangel an ambulanter Psychoedukation werden die unklare bzw. unzureichende Finanzierung in der Regelversorgung sowie die relativ geringe Prävalenz der Erkrankung vermutet [GP; PTP].

Diese fehlende psychotherapeutische bzw. psychoedukative Unterstützung wirke sich nach Ansicht der Experten negativ auf die Krankheitsverläufe und die Adhärenz aus [GP; PTE]. Ihre Bedeutung für den Behandlungserfolg werde von Ärzten nach wie vor unterschätzt [A]. Es werden mehrere Vorschläge genannt, wie der Zugang zu verbessern wäre: kürzere PE-Manuale (Hasmann et al. 2008), die Etablierung psychoedukativer Angebote bei Anbietern wie dem SpDi [B; GP], die breite Bekanntmachung von vorhandenen Angeboten [B] sowie ggf. auch die Verstärkung psychoedukativer Elemente in der fachärztlichen Behandlung, die jedoch wiederum eine angemessene Vergütung voraussetze [FAW]. Angehende Psychotherapeuten sollten besser in der Behandlung bipolarer Störungen ausgebildet und nachweislich wirksame erkrankungsspezifische Therapieverfahren sollten für die kassenfinanzierte Versorgung zugelassen werden [FAW].

3.5 Angehörige

Die durch die Erkrankung auftretenden Belastungen und mangelndes Krankheitswissen bei den Angehörigen können zu einem schlechteren Verlauf der Krankheit beitragen. Gravierende Belastungen treten in verschiedenen Bereichen auf: emotional (z. B. Hilflosigkeitsgefühle), in der Beziehung zum Patienten, in der Zusammenarbeit mit Institutionen und Behandlern, wo häufig über mangelnde Unterstützung und Information sowie über bürokratische Hürden geklagt wird, in finanzieller oder in zeitlicher Hinsicht (Bauer et al. 2011; Schmid et al. 2007; Schmid et al. 2007; Mantovan et al. 2009).

Hürden bei der
Behandlung

Die befragten Experten betonten darüber hinaus die Belastung und Hilflosigkeit der Angehörigen während akuter manischer Episoden und Krisen, die durch die geltenden Rechtsbestimmungen bedingt seien. Zwangsmaßnahmen würden oft erst dann greifen, wenn finanzielle oder andere Schäden bereits eingetreten seien [A; GP]. In Familien bestünden zudem große Ängste vor der Herausnahme der Kinder aus der Familie durch das Jugendamt [P]. Aus Betreuerperspektive wird das Risiko der Überforderung Angehöriger, die gleichzeitig als gesetzliche Betreuer fungierten, dargestellt [B]. Insgesamt sei der Bedarf an Information, Beratung und Unterstützung in den Familien enorm und würde kaum durch entsprechende Angebote oder Entgegenkommen der Behandler gedeckt [A; P], obgleich die Bedeutung der Angehörigen durchaus von den Behandlern erkannt würde. Zeitmangel, Probleme bei der Terminfindung mit Angehörigen sowie manchmal auch eine ablehnende Haltung der Angehörigen werden als Gründe angegeben [B; FAP; FAW; GP; PTE; PTP].

Mögliche Lösungen umfassen die Ausweitung von psychoedukativen und psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten, z. B. durch SpDi oder Gesundheitsamt, begleitet von Entstigmatisierungsbemühungen und der Publikmachung der Angebote zur Steigerung der Inanspruchnahme (Mantovan et al. 2009; Schmid et al. 2007), [A; FAP; GP; P; PTE]. Als

positives Beispiel wird ein Patenschaftsprojekt für Kinder aus betroffenen Familien genannt, das dem formalen Jugendhilfesystem vorgelagert sei [GP]. Insgesamt sollte die Finanzierung jeglicher Angebote verbessert werden [A]. Ärzte und Therapeuten sollten aktiver auf Angehörige zugehen, indem z. B. explizit zu Terminen eingeladen wird [P; PTP].

3.6 Arbeit und Ausbildung

Integration ins Berufsleben Die Erwerbsquote bipolarer Menschen wird auf lediglich 31 % bis 49 % geschätzt (Pfennig et al. 2011; Quante et al. 2010; Schmid et al. 2007). Frühberentungen, oft schon in jungem Alter, erfolgen häufig. Diese versperren dann auch den Zugang zu beruflichen Rehabilitationsangeboten, sodass die soziale Teilhabe beeinträchtigt ist (Brieger et al. 2004a). Auch aus Expertensicht sind die bisherigen Angebote zur Reintegration in Erwerbstätigkeit bzw. zur Rückkehr an den Arbeitsplatz verbesserungswürdig. Es fehle an Angeboten für berufliche Rehabilitation [FAW]. Der Behindertenstatus wird als potenzielle Barriere für den (Rück-)Weg in die Erwerbstätigkeit gesehen, da er nicht nur für den Patienten einen »Krankheitsgewinn« darstellen könne: z. B. in Werkstätten für Behinderte sei ein bipolarer Patient ein gern gesehener, weil meist leistungsfähiger Beschäftigter [GP]. Der Umgang mit bipolar erkrankten Arbeitnehmern im ersten Arbeitsmarkt wird sehr unterschiedlich beschrieben, u. a. abhängig von Symptomatik, Position und Tätigkeit. So seien (Hypo-)Maniker beliebte »Leistungsträger«, während depressive und manische Phasen durch lange Fehlzeiten bzw. störendes Sozialverhalten problematisch seien [A; GP; P]. Sehr häufig seien Arbeitgeber und Kollegen sehr verunsichert, wie mit der Erkrankung und mit dem Betroffenen umzugehen und wie die Perspektive einzuschätzen sei [A; GP]. Für Fachärzte entstehe teilweise ein nicht unerheblicher Aufwand durch Atteste im Zusammenhang mit Arbeitszeiten (Schichtarbeit), Arbeitsunfähigkeiten und durch Stellungnahmen gegenüber Behörden, Betriebsmedizinern usw. [FAP].

Lösungsvorschläge umfassen den Ausbau und die finanzielle Förderung von rehabilitativen und reintegrativen Angeboten, z. B. Supported Employment und andere Angebote längerfristiger Begleitung am Arbeitsplatz, Fördermittel für Praktika und für ähnliche Instrumente [B; FAW; GP; P]. Entsprechende Akteure sollten sich besser vernetzen [GP]. Aufklärungsmaßnahmen und Schulungen könnten das Interesse und Entgegenkommen der Arbeitgeberseite, aber auch der Arbeitsagentur und der Betriebsmediziner, fördern [A; FAP; GP; PTE]. Viele Arbeitsplätze könnten auch an die veränderte Situation des Arbeitnehmers angepasst werden [P]. Im Fall von (vorübergehender) Erwerbslosigkeit sollte versucht werden, die Erwerbsfähigkeit aufrechtzuerhalten, indem Angebote zur Tagesstrukturierung sowie zur ehrenamtlichen Tätigkeit in Anspruch genommen werden [PTP].

3.7 Selbstmanagement/Selbsthilfe

Bedarfsgerechte Versorgung Angebote, die die Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung steigern und die Betroffenen entlasten, wie etwa geleitete oder ungeleitete Selbsthilfegruppen, gibt es speziell für bipolare Störungen in Deutschland nur sehr wenige. An Internetangeboten, die in ähnlicher Weise entlasten und die Krankheitskompetenz steigern könnten, sind derzeit lediglich zwei im deutschsprachigen Raum bekannt (Schielein et al. 2008). Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung fehle meist die Zeit, um mögliche Ansätze zur Steigerung der Selbstmanagementkompetenzen des Patienten anzusprechen [A; FAW; FAP; P]. Spezielle Angebote wie das Soziale Kompetenztraining seien zu selten verfügbar [P], ebenso fehlen evidenzbasierte Patienten- und Angehörigeninformationen.