

Aus dem Institut für integrative Sozialmedizin

- Forschung und Begutachtung -

im Wissenschaftspark Gelsenkirchen

Leiter: Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. J.Walden

**BERENTUNG VON MENSCHEN MIT
BIPOLAREN ERKRANKUNGEN:
ERHEBUNG AUS SOZIALMEDIZINISCHEN
BEGUTACHTUNGEN**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Vorgelegt von

Dahmen, Kurt

aus Kaiserau

2005

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Prof. Dr. H. Straub

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. J. Walden

Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.2005

Aus dem Institut für integrative Sozialmedizin

- Forschung und Begutachtung -

im Wissenschaftspark Gelsenkirchen

Leiter: Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. J. Walden

Referent: Prof. Dr. H.Straub

Koreferent: Prof. Dr.med. Dr.rer.nat. J.Walden

ZUSAMMENFASSUNG

BERENTUNG VON MENSCHEN MIT BIPOLAREN ERKRANKUNGEN: ERHEBUNG AUS SOZIALMEDIZINISCHEN BEGUTACHTUNGEN

Kurt Dahmen

Einleitung: Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, Merkmale von Patienten mit bipolaren Erkrankungen zu erfassen, die im Rahmen einer sozialmedizinischen Untersuchung im Rentenverfahren begutachtet wurden.

Methodik: In einer retrospektiven Analyse wurden im Zeitraum von Januar 2005 bis Juni 2005 die Merkmale von 23 Patienten mit bipolaren bzw. schizoaffektiven Störungen erfasst.

Ergebnisse: **a)** soziobiographische Daten: Es wurden 65,2% Männer und 34,8% Frauen untersucht. 56,5% hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen, 26,1% waren ohne Lernberuf, 13% hatten ein Abitur und 4,3% ein Studium abgeschlossen. Bei 43,5% konnte eine Belastung durch psychische Erkrankungen ermittelt werden. Das Erkrankungsalter hatte einen Gipfel zwischen 30 und 37 Jahren. 78,3% waren in hausärztlicher und 87% in fachärztlicher Betreuung. **b)** krankheitsspezifische Daten: 34,8% hatten mindestens einen Suizidversuch unternommen. Im Mittel gab es 2,6 stationäre Aufenthalte vor der Begutachtung. Im Mittel dauerte es 14,4 Jahre vom Beginn der Erkrankung bis zur Untersuchung. **c)** sozialmedizinische Daten: 43,5% waren arbeitsfähig und 56,5% nicht arbeitsfähig. 82,6% waren zum Untersuchungszeitpunkt niedergestimmt und nur 8,7% jeweils hypoman bzw. euthym. **d)** Daten zum Begutachtungstermin: nach der Untersuchung waren 56,5% erwerbsgemindert. Das mittlere Alter der Erwerbsgeminderten lag bei 43,4 Jahren bei der Gruppe der Nichterwerbsgeminderten bei 47,8 Jahren. **e)** medikamentöse Behandlung: 78,3% der Antragsteller hatten eine regelmäßige und 21,7% keine medikamentöse Behandlung. 30,4% der Untersuchten wurde mit nur einem Medikament behandelt. 34,3% nahmen mindestens einen Stimmungsstabilisierer ein. 31,6% wurden mit Neuroleptika, 23,7% mit Antidepressiva und 10,5% mit Benzodiazepinen behandelt.

Schlussfolgerung: Es kann vermutet werden, dass durch eine effiziente medikamentöse Behandlung nicht nur der Krankheitsverlauf verbessert, sondern auch der Anteil der Berentungen reduziert werden könnte.

Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.2005

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Grundlagen bipolarer Störungen	1
1.1.1	Allgemeines	1
1.1.2	Häufigkeit	1
1.1.3	Diagnostische Einteilung bipolarer Erkrankungen	3
1.1.4	Behandlungsmöglichkeiten	6
1.2	Volkswirtschaftliche Bedeutung bipolarer Störungen	10
2	ZIELE UND METHODIK	14
2.1	Begutachtung	14
2.2	Rentenrecht	16
2.2.1	Rentenarten	16
2.2.2	Rente wegen Erwerbsminderung	16
2.2.3	Teilweise Erwerbsminderung	17
2.2.4	Volle Erwerbsminderung	17
2.2.5	Erwerbsfähigkeit	18
2.2.6	Der Begriff Krankheit in der GRV	18
2.3	Die sozialmedizinische Begutachtung	19
2.3.1	Leistungsbeurteilung	19
2.3.2	Sozialmedizinische Beurteilung bipolarer Erkrankungen	19
2.3.3	Datenschutz	22
3	ERGEBNISSE	23
3.1	Soziobiographische Daten	23
3.1.1	Geschlechterverteilung	23
3.1.2	Partnerschaften	25
3.1.3	Bildungsstand	26
3.1.4	Familiäre Belastung durch psychische Erkrankungen	27
3.1.5	Erkrankungsalter	28
3.1.6	Ärztliche Betreuung	30

3.2	Krankheitsspezifische Daten	31
3.2.1	Suizidalität	31
3.2.2	Stationäre Aufenthalte im Krankheitsverlauf	33
3.2.3	Alter zum Erstuntersuchungstermin	34
3.2.4	Dauer der Erkrankung bis zum Erstuntersuchungstermin	35
3.3	Sozialmedizinische Daten	36
3.3.1	Leistungsstatus zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt	36
3.3.2	Stimmung zum Untersuchungszeitpunkt	37
3.4	Daten zum Begutachtungstermin	38
3.5	Medikamentöse Behandlung	42
4	DISKUSSION	49
5	ZUSAMMENFASSUNG	64
6	LITERATUR	67
7	LEBENS LAUF	73

1 Einleitung

1.1 Grundlagen bipolarer Störungen

1.1.1 Allgemeines

Manisch-depressive Erkrankungen (bipolare affektive Störungen) sind von unipolaren Depressionen abzugrenzen. Manische oder hypomane Episoden charakterisieren die bipolaren Störungen. Dabei handelt es sich um Phasen, in denen die Stimmung gehoben ist, ein vermehrter Rededrang vorherrscht, Größenideen vorkommen und die Patienten wenig schlafen. Tritt zunächst eine Depression auf, so kann nicht entschieden werden, ob es sich um eine unipolare Depression oder um eine bipolare Depression (Depression im Rahmen einer bipolaren Störung) handelt. 25 % der Patienten mit der ursprünglichen Diagnose einer unipolaren Depression (sog. falsch unipolare Depressionen) erleben innerhalb von 9 Jahren doch eine Manie, so dass die Diagnose dann bipolare affektive Störung lautet. 46 % der Patienten erleben in den nächsten 15 Jahren eine Hypomanie oder Manie (Goldberg et al., 2001).

1.1.2 Häufigkeit

Bipolare affektive Störungen sind häufige Erkrankungen. Die Lebenszeitprävalenz liegt zwischen 1,0 bis 1,6%. Werden Randformen des sog. Bipolaren Spektrums hinzu gezählt so gehen einige Schätzungen von insgesamt sogar über 5% aus (vgl. Walden und Grunze, 2003).

Bipolare Erkrankungen manifestieren sich in der Regel früher als unipolare Depressionen. Etwa $\frac{3}{4}$ der Patienten erleben die erste Krankheitsepisode vor dem 25. Lebensjahr. Während bei den unipolaren Depressionen Frauen doppelt so häufig betroffen sind, ist die Geschlechterverteilung bei den manisch-depressiven Erkrankungen in etwa gleich. Eine Ausnahme ist hier allerdings das sog. rapid cycling (4 Phasen einer Depression, Manie oder Hypomanie innerhalb von einem Jahr; s. unten), bei dem Frauen auch doppelt so häufig betroffen sind wie Männer (Tab. 1).

Unipolare Depressionen	Bipolare affektive Störung
Prävalenz 1,5-19%	1,0 – 1,6 % (bis 5 % erweitertes Spektrum)
Ersterkrankungsalter häufig jenseits 30 Jahre	Ersterkrankungsalter häufig vor dem 30. Lebensjahr
Frauen doppelt so häufig betroffen	Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen

Tab. 1: Unterschiede zwischen unipolaren Depressionen und bipolarer affektiver Störung (Nach Walden und Grunze, 2003).

1.1.3 Diagnostische Einteilung bipolarer Erkrankungen

Es wird zwischen **bipolar I** und **bipolar II** Erkrankungen unterschieden. Bipolar I Erkrankungen sind die typischen bipolaren Erkrankungen mit mindestens einer manischen Episode neben den Depressionen. Bei Bipolar II Erkrankungen handelt es sich um Episoden, bei denen neben depressiven Episoden nicht Manien, sondern nur leichte, sog. Hypomanien, auftreten. Hypomanien werden vom Betroffenen als solche häufig nicht erkannt, sondern meistens nur von Angehörigen. Die hypomane Episode ist nicht schwer genug, um deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung erforderlich werden zu lassen.

Für die Behandlung von Bedeutung ist die Abgrenzung einer sog. gemischten Episode (Mischzustand) und eines schnellen Phasenverlaufs (rapid cycling).

Beim Mischzustand, der in bis zu 50% der Fälle vorkommen kann, treten Symptome sowohl einer Manie als auch einer Depression täglich über einen mindestens einwöchigen Zeitraum auf.

Beim rapid cycling handelt es sich um einen schnellen Phasenwechsel, bei dem mindestens 4 Phasen einer Depression, Manie, eines Mischzustandes oder einer Hypomanie innerhalb von einem Jahr vorkommen. Dabei wird die Zahl der Episoden gezählt und nicht die Zahl der Zyklen.

Die Episoden können dabei direkt in eine Episode umgekehrter Polarität wechseln. Etwa 15 bis 20% aller bipolaren Patienten haben ein rapid cycling. Das rapid cycling kann dabei von Beginn an vorhanden sein oder aber sich im Verlaufe der Erkrankung entwickeln. Wie erwähnt kommt das rapid cycling bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Treten Phasenwechsel innerhalb von Tagen auf, so spricht man von *ultra rapid cycling*, bei einem Phasenwechsel innerhalb von Stunden von *ultra-ultra rapid cycling*.

Früher wurde synonym für den Begriff der manisch-depressiven Erkrankung der Begriff Zykllothymie verwendet. Nach der neueren Klassifikation meint Zykllothymia oder zyklothyme Störung jedoch, dass Phasen von leichten Depressionen und Hypomanien chronisch fluktuierend über mindestens 2 Jahre vorhanden sind. Die Prävalenz der Zykllothymia liegt bei 3 bis 5%. Auf die Zykllothymia kann sich jedoch eine Depression oder Manie aufpfropfen. Analog zum Begriff der „double depression“ (eine Depression setzt sich auf eine chronisch leichte Depression, einer Dysthymia, auf) müsste hier von einer „double bipolar disorder“ gesprochen werden.

Depressive Episoden bei Patienten mit bipolaren Störungen werden auch bipolare Depressionen genannt. Bipolare Depressionen sind vom psychopathologischen Erscheinungsbild den depressiven Phasen bei unipolaren Depressionen sehr ähnlich.

Mögliche symptomale und anamnestische Unterscheidungsmerkmale können sein (Abb. 2):

Alter bei Ersterkrankung	bipolare Depression (BD) < unipolare Depression (UD)
Frauen/Männer	UD > BD
Chronizität der Depressionen	UD > BD
Häufiger bei BD:	<ul style="list-style-type: none">■ Energieverlust■ Vermehrtes Schlafbedürfnis■ Gesteigerter Appetit

Tab. 2: Unterschiede zwischen unipolarer und bipolarer Depression
(Nach Walden und Grunze, 2003).

Viele ursprünglich als unipolar depressiv eingeschätzte Patienten erhalten im weiteren Verlauf der Erkrankung dann doch die Diagnose einer bipolaren Störung (vgl. Walden und Grunze, 2003). In der Studie von Geller et al. (2001) zeigte sich, dass bei jugendlichen präpubertalen Patienten, die zu Anfang wegen Depressionen behandelt wurden, nach dem 21sten Lebensjahr 50% doch die Diagnose einer bipolaren Störung hatten.

1.1.4 Behandlungsmöglichkeiten

Medikamente zur Behandlung bipolarer Erkrankungen werden manchmal noch fälschlicherweise als „Phasenprophylaktika“ bezeichnet. Da Substanzen zur Behandlung bipolarer Störungen aber auf unterschiedliche Krankheitsphasen wirken sollen (Manie, bipolare Depression und Prophylaxe) sollten diese Medikamente eher **Stimmungsstabilisierer** (engl. mood stabilizer) genannt werden (Walden und Grunze, 2003).

Noch bis heute werden in der Behandlung der akuten Manie **hochpotente Neuroleptika** eingesetzt. Diese in Europa noch häufig ausgeübte Tradition ist jedoch aufgrund der auftretenden extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen dieser Substanzen nicht gerechtfertigt. Dies umso mehr, als die Häufigkeit von akuten und auch von anhaltenden extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen bei Patienten mit bipolaren affektiven Störungen fast doppelt so hoch ist wie bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. Ein weiterer Nachteil in der Anwendung von klassischen Neuroleptika besteht in der möglichen depressionsauslösenden Wirkung dieser Substanzen. Darüber hinaus wurde berichtet, dass Neuroleptika auch Manien auslösen können. Andererseits gibt es Hinweise dafür, dass atypische Neuroleptika auch eine antidepressive Wirkung haben könnten (vgl. Grunze et al., 2002)

Seit der Einführung des **Lithiums** wurde die Behandlung der akuten Manie häufig mit Lithiumsalzen durchgeführt. Die Wirksamkeit von Lithium

in der akuten Manie ist gut belegt. Es lässt sich feststellen, dass Lithium bei Patienten mit einem klassischen Verlauf bipolarer Störungen in 60 – 80% der Fälle wirksam ist. Ein solcher klassischer Verlauf einer bipolaren Störung ohne atypische Merkmale, wie z. B. psychotische Symptome, Mischzustände, „rapid-cycling“ und Comorbiditäten kommt jedoch nur in etwa 50% der Fälle vor. Bei Patienten mit atypischen Verläufen, die die anderen 50% ausmachen, ist Lithium jedoch nur noch in 30 – 40% der Fälle wirksam. Besonders schlecht wirksam sind Lithiumsalze insbesondere bei Patienten, die einen häufigen Phasenwechsel („rapid-cycling“) aufweisen. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass Patienten mit einem „rapid-cycling“ nur zu 20 bis 30% der Fälle auf Lithiumsalze ansprechen.

In der Behandlung der akuten Manie ist **Valproat** bezüglich der Effektivität dem Lithium mindestens gleichwertig. Die bisher größte doppelblind-kontrollierte Studie von Bowden et al. (1994) zeigte nach drei Wochen eine Wirksamkeitsquote von 48% für Valproat und 49% für Lithium. Eine Subgruppenanalyse dieser Studie stellte heraus, dass insbesondere Patienten mit einer gemischten Manie ein gutes Ansprechen auf Valproat zeigten, wohingegen Lithium hier nur beschränkt wirksam war.

Ein besonderer Vorteil der Maniebehandlung mit Valproat besteht darin, dass die Substanz ein großes therapeutisches Fenster hat, wodurch eine initial hohe Dosierung bei relativer Nebenwirkungsfreiheit möglich ist. Klinisch durchgesetzt hat sich das sogenannte Valproat-Loading. Bei

dieser Behandlung wird von Beginn an mit einer Dosierung von 20 mg pro Kilogramm Körpergewicht mediziert, wobei ein Plasmaspiegel von mindestens 50 µg/ml erreicht werden muss (Grunze et al., 1999). Darüber hinaus ist Valproat im Unterschied zu Carbamazepin leichter mit einer notwendigen neuroleptischen Zusatzmedikation kombinierbar, weil keine Beeinflussung der Plasmaspiegel erfolgt. In der Behandlung der Manien ist Carbamazepin und Oxcarbazepin vergleichbar wirksam wie Lithium, wobei jedoch Mischzustände besser auf Carbamazepin ansprechen als auf Lithium. Auch beim rapid cycling scheint das Carbamazepin dem Lithium überlegen zu sein.

In den letzten Jahren wurden neue Antiepileptika als Stimmungsstabilisierer getestet. **Lamotrigin** zeigte sich in kontrollierten und nicht-kontrollierten Studien wirksam bei bipolaren Depressionen und beim rapid cycling (Hahn et al., 2004; Walden et al., 1996, 2000). Insbesondere in der Vorbeugung depressiver Phasen eignet sich das Lamotrigin. Dabei erwies sich eine Dosierung von 200 mg/Tag als gut antidepressiv wirksam. Damit profitieren insbesondere auch Patienten mit bipolar II Störungen von diesem Stimmungsstabilisierer. Lamotrigin darf wegen der Gefahr allergischer Reaktionen nur langsam aufdosiert werden beginnend mit 25 mg/Tag in der ersten Woche. Wegen dieses Dosierungsschemas eignet sich Lamotrigin nicht zur Behandlung der akuten Manie.

Atypische Neuroleptika sollten insgesamt den klassischen Neuroleptika vorgezogen werden. Einige offene Studien weisen darauf hin, dass **Clozapin** antidepressive und antimanische Wirkungen entfalten kann. Das potenzielle Risiko einer Agranulozytose und die Notwendigkeit regelmäßiger Blutbildkontrollen schränken jedoch den Gebrauch als Stimmungsstabilisierer bei bipolaren Erkrankungen ein. Die kontrollierte Verschreibung der Substanz sieht in Deutschland auch nur die Indikation Schizophrenie vor.

Olanzapin eignet sich für die Behandlung der Manie und der Langzeitbehandlung. In kontrollierten Studien konnte insbesondere eine Wirksamkeit auch bei Mischzuständen beschrieben werden. Auch zum **Risperidon, Quetiapin, Ziprasidon** und **Aripiprazol** liegen inzwischen Studien zur akuten antimanischen Wirksamkeit vor. Die Bedeutung der atypischen Neuroleptika als Stimmungsstabilisierer in der Behandlung der bipolaren Störungen muss in der Zukunft noch weiter getestet werden (vgl. Walden und Grunze, 2003).

1.2 Volkswirtschaftliche Bedeutung bipolarer Störungen

Die meisten Patienten mit bipolaren Störungen suchen professionelle Hilfe wegen ihrer depressiven Phasen und weniger wegen Manien oder Hypomanien. Dies führt jedoch schnell zu einer falschen Diagnose, da zu wenig von Ärzten auf Stimmungsschwankungen eingegangen wird (vgl. Hirschfeld und Vornik, 2004). Eine falsche Behandlung bipolarer Störungen z.B. nur mit Antidepressiva kann manische Episoden auslösen und den Gesamtkrankheitsverlauf destabilisieren. Eine neuere Studie zeigt, dass falsch diagnostizierte Patienten in 55% der Fälle später Manien und in 23 % ein rapid cycling entwickelten (Hirschfeld und Vornik, 2004).

Durch den zunehmenden Kostendruck im Gesundheitssystem ist neben die medizinisch technische Machbarkeit in der Behandlung auch deren Bezahlbarkeit in den Vordergrund gerückt. So bezifferte das Statistische Bundesamt die Kosten für die Gesundheit des Jahres 2002 auf eine Summe von insgesamt 223,6 Milliarden Euro. Dabei verursachen die sogenannten „Volkskrankheiten“, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, des Verdauungssystems und des Bewegungsapparates, mit jeweils rund 30 bis 35 Milliarden den höchsten Kostenanteil (Statistisches Bundesamt 2004).

Den viertgrößten Ausgabenposten stellt mit einer Gesamtsumme von rund 22,4 Milliarden Euro die Behandlung psychischer Erkrankungen dar.

Eine Übersicht aus dem amerikanischen Gesundheitssystem stellt bei den Kosten der teuersten psychiatrischen Krankheiten die bipolaren Störungen

an den ersten Platz. Auf dem zweiten Platz liegen Depressionen mit weniger als der Hälfte der Kosten, gefolgt von Alkoholismus und Angst-erkrankungen (Berghöfer, 2004).

Daten aus dem Verwaltungsbericht der LVA Westfalen (2003), weisen darauf hin, dass bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit psychische Erkrankungen bei Männern als 3. häufigste, und bei Frauen als häufigste Ursache auftreten.

Differenzierte Kostenanalysen des psychiatrischen Sektors, insbesondere im Bereich der bipolaren Erkrankungen, gewinnen daher zunehmend an Bedeutung.

Eine aktuelle Studie über die jährlichen Krankheitskosten bipolarer Störungen in Deutschland, weist eine Summe von 5,8 Milliarden Euro auf, fast ein Viertel der durch psychiatrische Erkrankungen verursachten Kosten (Runge und Grunze, 2004).

In dieser Studie wurden die direkten Kosten, die sich aus den Beträgen für die ambulante Behandlung, aus den Arzneimitteln, den stationären Kosten einschließlich Rehabilitation und den Aufwendungen für Krankengeld ergeben, auf einen Betrag von 137,5 Millionen Euro errechnet.

Die Kosten der ambulanten Behandlung umfassen die Kosten der ärztlichen Leistungen inklusive diagnostischer Tests und von der Krankenkasse genehmigter psychotherapeutischer Therapien.

Nicht berücksichtigt wurden die Kosten, die durch die Behandlung der Begleiterkrankungen – etwa durch die bei bipolaren Störungen gehäuft auftretende Alkoholabhängigkeit – entstehen (Runge und Grunze, 2004).

Zu den entstandenen direkten Kosten sind die indirekten Kosten zu addieren. Kosten, die aus Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entstehen, aus krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit und aus suizidbedingten, vorzeitigen Todesfällen.

Die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage) wegen bipolarer Störungen erfolgte mittels einer Hochrechnung aus GEK-Daten (Gemündener-Ersatz-Krankenkasse) für das Jahr 2002. Über 370.000 AU-Tage im Verwaltungsbereich dieser Kasse verursachten wegen des Produktivitätsausfalls Kosten in Höhe von 35,8Mio. €. Je Fall blieben die Patienten durchschnittlich 45,3 (Männer) bzw. 38,9 Tage (Frauen) arbeitsunfähig.

Demographische Daten einer Patientenkohorte zeigen, dass 38% der bipolaren Patienten arbeitslos sind, davon wiederum 64% dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünden.

Eine konservative Schätzung der Querschnittsprävalenz bipolarer Erkrankungen von nur 0,8% der bundesdeutschen Bevölkerung ergibt eine Anzahl von 160.000 Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung arbeitslos sind.

Bereinigt um die „natürliche“ Arbeitslosenquote von 9,4% (Stand Oktober 2002) entstanden dadurch indirekte Kosten wegen krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit in Höhe von 5,0 Mrd. € (Runge und Grunze, 2004).

Das Durchschnittsalter einer Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lag bei 46,4 Jahren. Durch den Verlust an Erwerbsmonaten entstanden Kosten in Höhe von 415,7 Mio. €.

Durch Suizide ergeben sich im Vergleich zu Erwartungswerten unter normalen Mortalitätsverhältnissen Kosten, die aufgrund der entgangenen Erwerbsjahre entstehen. Die deutlich erhöhte Rate der Selbsttötung bei bipolaren Störungen von 22,2% im Vergleich zur Suizidrate der Gesamtbevölkerung mit 13,3%, bedingt in diesem Bereich Kosten die, hochgerechnet, eine Höhe von 239 Mio. € ergeben.

Führt man die Kosten zusammen, so ergeben sich für den Bereich Arbeitsunfähigkeit ein Betrag von 35,8 Mio. €, für den Bereich Erwerbsunfähigkeit 415,7 Mio. €, und für den Bereich Suizide 238,8 Mio. €.

Rechnet man den Betrag für krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit in Höhe von 4.996,2 Mio. € hinzu, so entsteht eine Gesamtsumme von 5.686,5 Mio. € an indirekten Kosten (Runge und Grunze, 2004).

2 ZIELE UND METHODIK

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, Merkmale von Patienten mit bipolaren Erkrankungen zu erfassen, die im Rahmen einer sozialmedizinischen Untersuchung im Rentenverfahren begutachtet wurden.

Die Grundgesamtheit wurde dabei aus der Menge derjenigen Rentenversicherungsnehmer gebildet, die im westlichen Ruhrgebiet wohnen, und die in antragsgemäßer Schriftform eine vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung aus gesundheitlichen Gründen beehrten.

2.1 Begutachtung

Die Untersuchungen wurden in den Räumen des Wissenschaftsparks in Gelsenkirchen durchgeführt. Dies setzte voraus, dass bei den Patienten eine funktionelle Wegefähigkeit bestand um den Untersuchungsort mit öffentlichen Verkehrsmitteln, einem PKW oder zu Fuß zu erreichen. Antragsteller, die sich zum vorgesehenen Untersuchungszeitpunkt in stationärer Betreuung befanden, wurden, bei entsprechender Kenntnis darüber, nicht eingeladen. In diesen Fällen wurde, teilweise schon auf Verwaltungsebene, je nach Erkrankung, Therapie und Prognose, die Leistungsbeurteilung nach Aktenlage erstellt.

In einer retrospektiven Analyse wurden die Merkmale von 23 Patienten im Zeitraum von Januar 2005 bis Juni 2005 erfasst.

Die entsprechende Begutachtung zur Leistungsbeurteilung und Diagnose-sicherung erfolgte bei allen Patienten durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und teilweise, zur fachübergreifenden Sachaufklärung, insbesondere zur Einstufung der Comorbidität, zusätzlich durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Begutachtung erfolgte in freier Form nach den Vorgaben, die in der einheitlichen Begutachtung durch den VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) gemacht wurden (DRV Schriften 2001).

2.2 Rentenrecht

2.2.1 Rentenarten

Nach § 33 Abs. 1 SGB VI werden derzeit folgende Renten unterschieden:

- Rente wegen Alters (früher: Altersruhegeld),
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Rente wegen Todes (Hinterbliebenenrente)

Bis zum 31.12.2000 wurden in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) Renten wegen *Berufs- und Erwerbsunfähigkeit* geleistet (§ 43, 44 SGB VI). Mit der Änderung des Rentenrechts werden ab 1.1.2001 neue Versicherungsfälle durch *Renten wegen teilweiser- oder voller Erwerbsminderung* ersetzt (§ 43 Abs. 1 und 2 SGB VI). Ergänzend gibt es *Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit* für Versicherte, die vor dem 01.01.1961 geboren wurden (§ 240 SGB VI).

In der vorliegenden Untersuchung sind ausschließlich die Fälle relevant, in denen ein Antrag auf verminderte Erwerbsfähigkeit gestellt wurde.

2.2.2 Rente wegen Erwerbsminderung

Nach § 43 Abs. 1 und 2 SGB VI nF haben Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsunfähigkeit, wenn sie:

- teilweise oder voll erwerbsgemindert sind.
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung geleistet haben.
- Vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

2.2.3 Teilweise Erwerbsminderung

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens **sechs Stunden täglich** erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 1 SGB VI).

2.2.4 Volle Erwerbsminderung

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens **drei Stunden** täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

2.2.5 Erwerbsfähigkeit

Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

2.2.6 Der Begriff Krankheit in der GRV

Im Rechtssinn wird in der GRV der Begriff Krankheit erst angenommen wenn ein regelwidriger körperlicher oder psychischer Zustand klinisch-funktionell geworden ist, und/oder zu Funktionseinschränkungen führt.

Der alleinige technisch-diagnostische Nachweis einer regelwidrigen Veränderung ohne Symptomatik reicht dabei nicht aus.

Der reine Verdacht einer Erkrankung ist noch keine Erkrankung im Sinne des Sozialrechts und reicht daher ebenfalls nicht aus um Ansprüche auf Leistungen zu begründen.

In die Untersuchung wurden Patienten eingeschlossen, die die Diagnosen einer bipolaren Störung (ICD 10: F31) bzw. einer schizoaffektiven Störung (ICD 10: F25) hatten. Dabei ergab sich, dass 69,6% die Diagnose einer bipolaren Störung und 30,4% die Diagnose einer schizoaffektiven Störung hatten.

2.3 Die sozialmedizinische Begutachtung

2.3.1 Leistungsbeurteilung

In der sozialmedizinischen Begutachtung ist das Ausmaß der Erkrankung im Hinblick auf erwerbsmäßige Tätigkeiten festzustellen. Nach den Vorgaben des VDR ist die Leistungsfähigkeit in einem positiven und negativen Leistungsbild zu dokumentieren.

2.3.2 Sozialmedizinische Beurteilung bipolarer Erkrankungen

In der sozialmedizinischen Begutachtung wurde ein psychischer Befund erhoben. Die Diagnosestellung der bipolaren Störung ist nach den o.a. Kriterien differentialdiagnostisch erfolgt, wobei in der Einstufung der ICD 10 zugrunde gelegt wurde.

Entscheidend für das Ausmaß der Erkrankung und der damit verbundenen Leistungsfähigkeit waren besonders folgende Kriterien:

- **Verlauf**

Neben der Häufigkeit wurde die Schwere der Episoden analysiert, und es wurde versucht festzustellen, ob eine rasche Folge der gegensätzlichen Stimmungen vorhanden war („rapid cycling“).

- **bisherige Therapie**

Im Weiteren war von Bedeutung, ob es erfolgreiche Behandlungsversuche gab, sowie die Häufigkeit und der Erfolg stationärer betreuender Therapie und die Kontinuität der Behandlung.

Insbesondere wurde dabei beachtet, ob die medikamentöse Therapie ausreichend und nach den gegebenen Standards durchgeführt wurde (Suppes et al., 2005; Walden et al., 1999).

Bei der Bewertung der Behandlung ist neben der fachärztlich / psychotherapeutische Betreuung insbesondere auch der frühe Beginn der Therapie und ihre Durchgängigkeit von Bedeutung.

- **Aktuelle Situation**

In der aktuellen Begutachtungssituation wurde der psychopathologische Befund erhoben, der Stimmungszustand im Rahmen der phasenhaften Verlaufsform bewertet und das erhebliche Risiko der Suizidalität eingeschätzt.

Zusätzlich wurde die Frage möglicher Comorbidität geklärt.

Diese Kriterien der Beurteilung der Leistungsfähigkeit gehen über die von Förster 1992 formulierten Kriterien hinaus.

Dazu gehörten:

ein mehrjähriger Verlauf, eine Chronizität, eine regelmäßige Behandlung, vorhergegangene stationäre Behandlungen, sowie gescheiterte Rehabilitationsversuche (Förster, 1992).

Die Kriterien von Förster bezogen sich global auf „schwerwiegende psychische Störungen“.

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der bipolaren Erkrankungen und der Notwendigkeit zur differenzierten Abgrenzung insbesondere zu

unipolaren Depressionen, wurden die Kriterien für die vorliegende Arbeit modifiziert und erweitert.

In bisherigen Publikationen zur sozialmedizinischen Begutachtung psychischer Erkrankungen, wurden speziell die bipolaren Störungen wenig berücksichtigt (Förster und Weig, 2003; Schneider et al., 2001).

2.3.3 Datenschutz

Die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung beim Rentenversicherungsträger ist nach § 148 SGB VI gesetzlich geregelt.

Die relevanten Daten der untersuchten Antragsteller wurden daher anonymisiert, ohne Namensangabe dokumentiert und nach einer vierstelligen Nummer (zweistellige Nummer vorangestellt gefolgt vom aktuellen Jahr - 05) aufsteigend gespeichert. Das Geburtsdatum wurde in den Unterlagen auf Monat und Jahr reduziert, sodass auch eine Rückwärtsorientierung nicht mehr möglich war.

3 ERGEBNISSE

3.1 Soziobiographische Daten

3.1.1 Geschlechterverteilung

Bei der Gesamtstichprobe wurden 65,2% Männer und 34,8% Frauen mit den ICD 10 Diagnosen F31 und F25 im Beobachtungszeitraum ermittelt (Abb. 1).

Da allgemein bei bipolaren Störungen eine in etwa Gleichverteilung von Männern und Frauen beschrieben wurde (Walden und Grunze, 2003), wurde zur Bereinigung überprüft, wie das Geschlechterverhältnis der Gesamtgutachtenaufträge im Beobachtungszeitraum war.

Wie aus der Abb. 1 hervorgeht gab es bei den Gesamtaufträgen einen Anteil von 63,0% Männern und 37,0% Frauen. Damit ergibt sich absolut zwar ein Männerüberschuss, der jedoch in Relation zu den Gesamtaufträgen gering ausfällt.

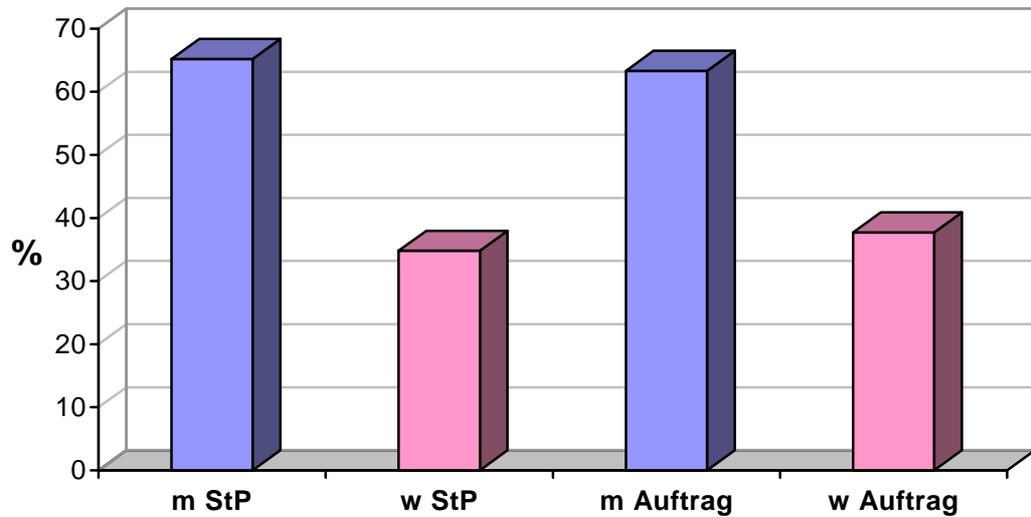


Abb. 1: Geschlechterverteilung der Stichprobe. Der prozentuale Anteil der männlichen (m StP) und weiblichen Stichprobe (w StP) ist dem prozentualen Anteil der männlichen (m Auftrag) und der weiblichen Gesamtaufträge (w Auftrag) gegenübergestellt.

3.1.2 Partnerschaften

Der Familienstand und die Partnerschaften der Stichprobe sind in Abb.2 dargestellt. Daraus ist zu entnehmen, dass 69,6% der Untersuchten verheiratet waren. Weiterhin ergab sich, dass 8,7% der Untersuchten getrennt lebten und 17,4% geschieden waren.

60,9% hatten einen Partner, während 34,8% alleine lebten. 13,0% der Untersuchten waren ledig.

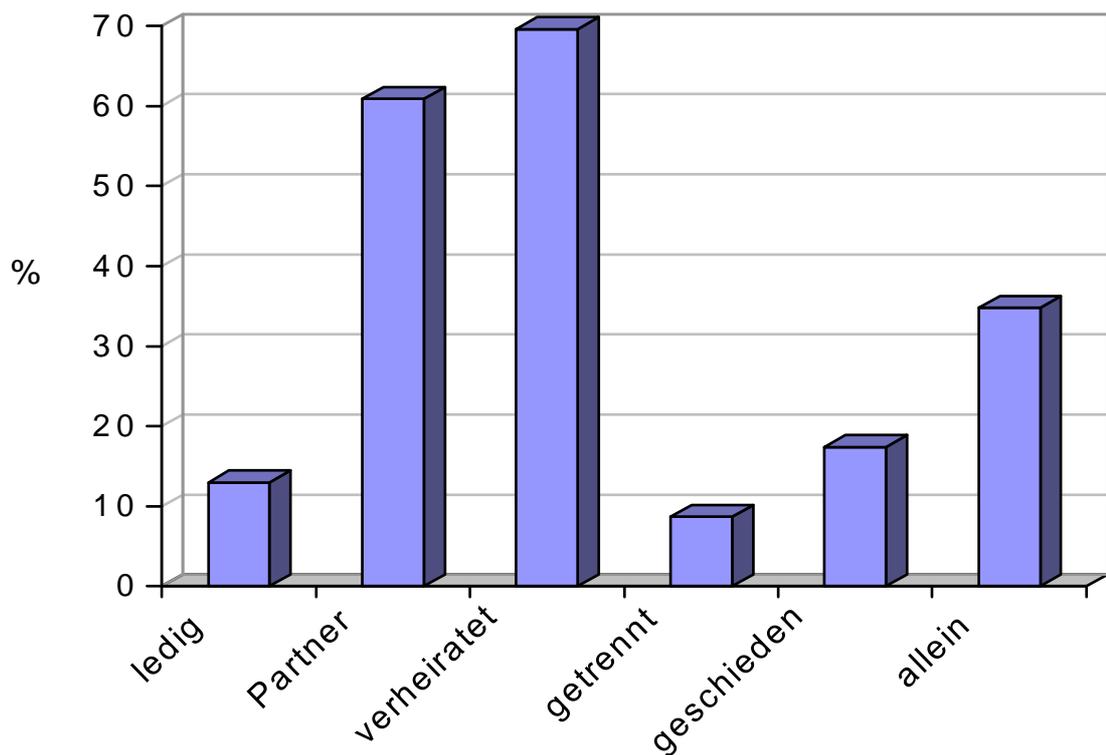


Abb. 2: Familienstand der Stichprobe. Doppelmerkmale sind möglich.

3.1.3 Bildungsstand

Im Weiteren wurde analysiert, welchen Beruf, beziehungsweise welche höchste erreichte Bildung die Untersuchten hatten. Die Ergebnisse sind in Abb. 3 zusammengefasst.

Als Ergebnis zeigte sich, dass 13,0% der Untersuchten eine mittlere Reife hatten und ebenfalls 13,0% ein Abitur. 4,3% hatten ein Studium abgeschlossen. 56,5% verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung, davon 4,3% mit Meisterqualifikation. 26,1% waren ohne Lernberuf.

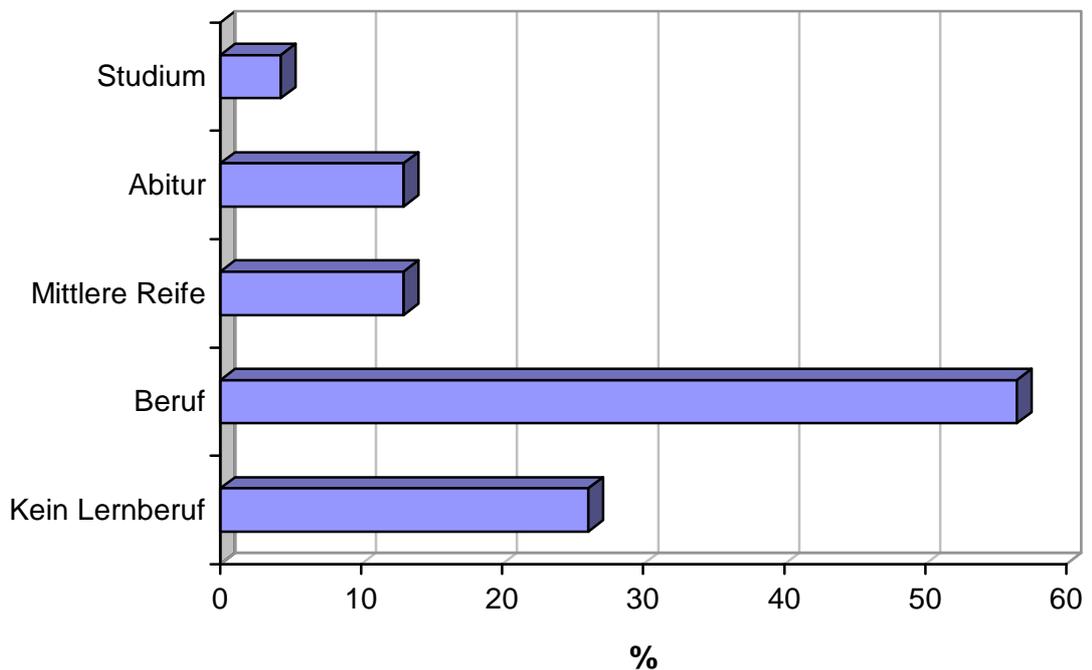


Abb. 3: Höchster erreichter Ausbildungstand der Stichprobe.

3.1.4 Familiäre Belastung durch psychische Erkrankungen

In der Stichprobe der sozialmedizinischen Untersuchung ergab sich an der Gesamtmenge ein Anteil von 43,5% mit familiärer Belastung durch psychische Erkrankungen. Davon waren zu 70% die Mütter betroffen und zu 30% die Väter (Abb. 4).

Da die familiäre Belastung nicht nur das Einzelindividuum betrifft, sondern die gesamte Lebensgemeinschaft, ist die Wahrscheinlichkeit zur symptomatischen Manifestation psychischer Veränderungen bei Geschwistern ebenfalls sehr hoch. Die Stichprobe spiegelt dies mit einem Anteil von 30% in der Familienanamnese wider.

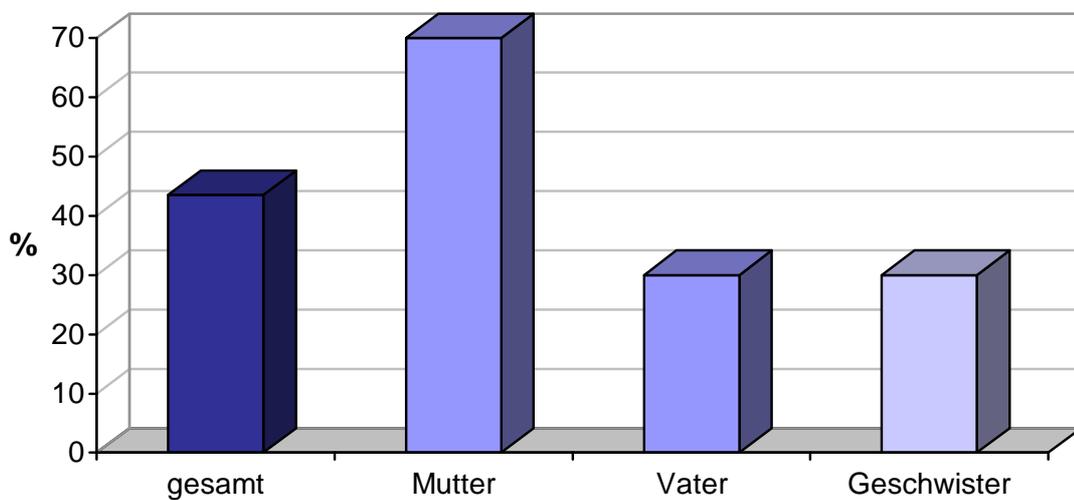


Abb. 4: Familiäre Belastung durch psychische Erkrankungen. Gesamt: Anteil mit familiärer Belastung psychischer Erkrankungen an der Gesamtstichprobe. Von der Gesamtmenge wurde der Anteil der Mütter, Väter und Geschwister weiter differenziert. Doppelmerkmale sind möglich.

3.1.5 Erkrankungsalter

Die Erhebung der Altersdaten für den Beginn der bipolaren Erkrankung ergab eine Häufung im Bereich der Altersklasse 30 bis 36 Jahre von 30,4%. Zwei weitere Häufungen bestehen in den Klassen 16 bis 22 Jahre und in der Klasse 37 bis 43 Jahre von jeweils 17,4% (Abb. 5). Insgesamt zeigte sich in der histogrammischen Darstellung des Erkrankungsbeginns eine nahezu symmetrische Verteilung um diese mittige Altersklasse.

Eine weitere Analyse der Geschlechterverteilung in Bezug auf das Erkrankungsalter ergab eine Häufung der männlichen Untersuchten in der Altersklasse 30-36 Jahre (21,7%) und eine Häufung der weiblichen Untersuchten in der Altersklasse 16-22 Jahre (13%).

Die Gesamtverteilung des Erkrankungsalters nach Geschlecht ist in Abb.6 wiedergegeben.

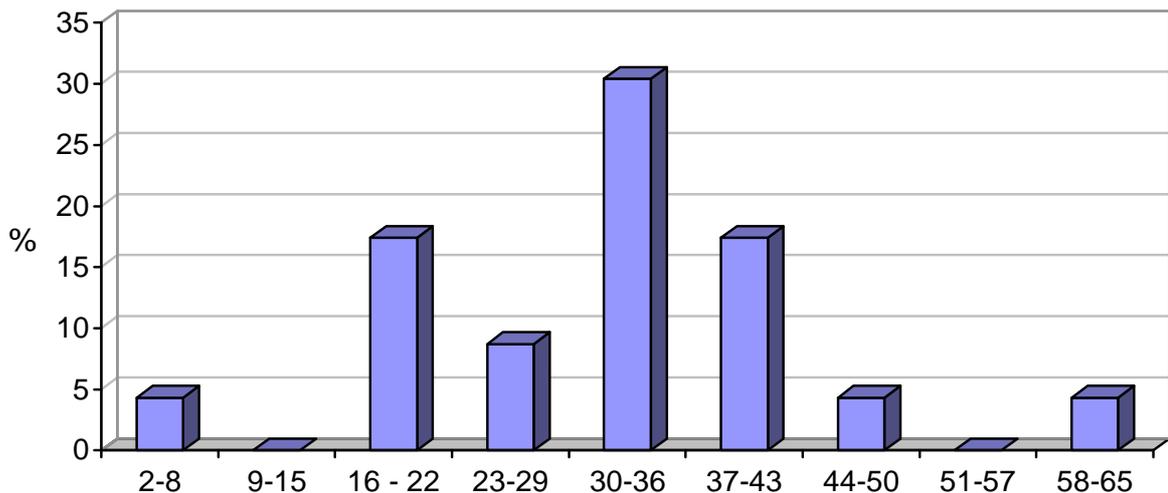


Abb. 5: Alter bei Beginn der bipolaren Erkrankung. Entsprechende Alterscluster sind in der Abszisse dargestellt.

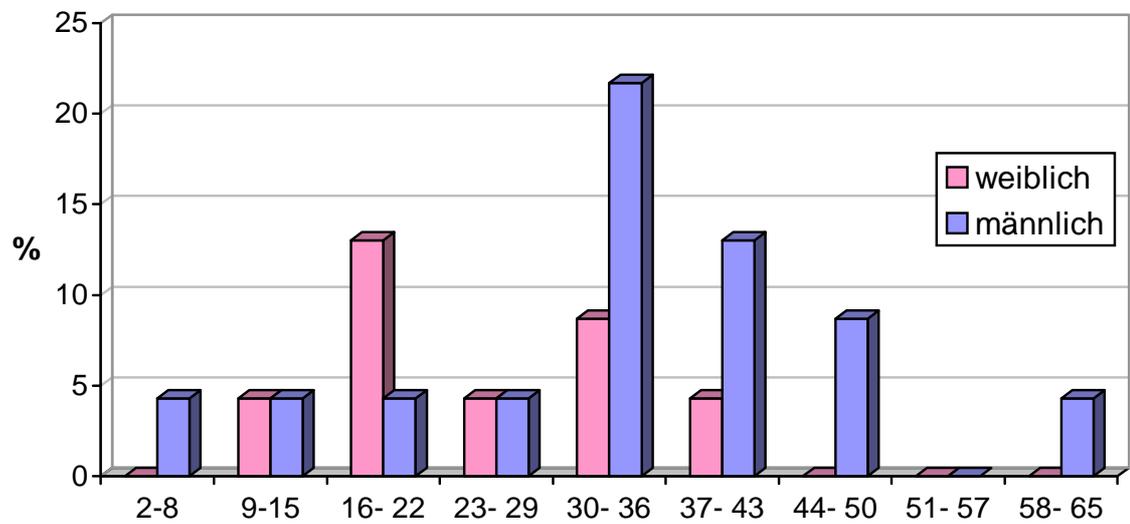


Abb. 6: Alter bei Beginn der bipolaren Erkrankung, differenziert nach Geschlecht. Entsprechende Alterscluster sind in der Abszisse dargestellt.

3.1.6 Ärztliche Betreuung

Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass psychisch kranke Menschen häufig entweder gar keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen oder aber keinen Facharzt aufsuchen (Pini et al., 2005). Um diesen Sachverhalt in der Stichprobe zu ermitteln, wurde erfragt, welche ärztliche Betreuung im konkreten Fall vorliegt.

Wie aus der Abb. 7 hervorgeht, befanden sich 78,3% der Untersuchten in hausärztlicher und 87% in fachärztlicher Betreuung. Weiterhin ergab sich, dass 69,6% eine Doppelbetreuung durch den Haus- und Facharzt hatten. Bei den Fachärzten handelte es sich um die Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie. 4,3% der untersuchten hatten keine ärztliche Betreuung.

Zusätzlich zur psychiatrischen Behandlung wurden 43,8% durch einen ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten betreut.

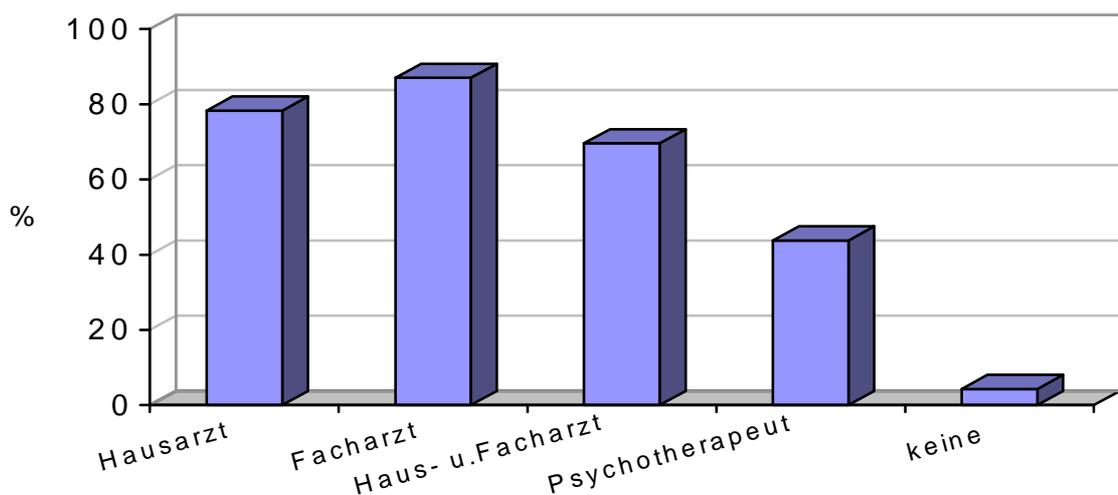


Abb. 7: Ärztliche bzw. psychotherapeutische Betreuung in der Stichprobe. Doppelmerkmale sind möglich.

3.2 Krankheitsspezifische Daten

3.2.1 Suizidalität

Aus neueren Untersuchungen geht hervor, dass die Suizidalität bei Menschen mit bipolaren Störungen im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht ist (vgl. Hirschfeld und Vornik, 2004). Dieser Trend konnte auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Es zeigte sich, dass 34,8% der Untersuchten in ihrer Krankheitsgeschichte mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Darüber hinaus gaben 56,5% der Befragten an, in ihrem Krankheitsverlauf mindestens einmal Suizidgedanken gehabt zu haben (Abb.8).

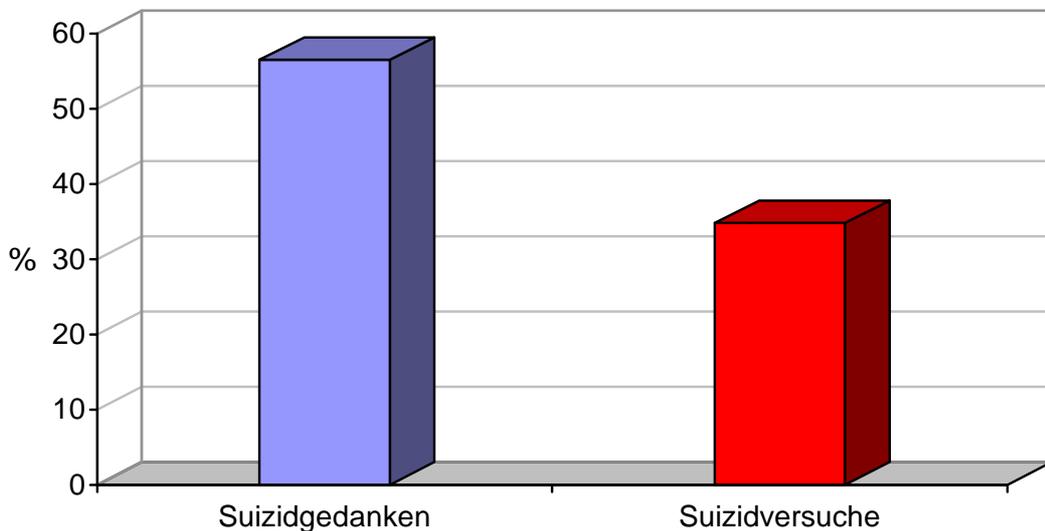


Abb. 8: Suizidalität in der Stichprobe. Der prozentuale Anteil der bipolaren Patienten, die jemals Suizidgedanken hatten, ist dem Anteil der Suizidversuche gegenüber gestellt. Doppelmerkmale sind möglich.

Eine Analyse des Alters beim ersten Suizidversuch ist in Abb.9 dargestellt. Daraus ergibt sich, dass jeweils 12,5% im Alterscluster zwischen 16 bis 23 sowie 23 bis 29 Jahre einen Suizidversuch verübten und in den Alterskategorien 30 bis 36 Jahre sowie 37-43 Jahre sogar 25% der Untersuchten einen Suizidversuch unternahmen.

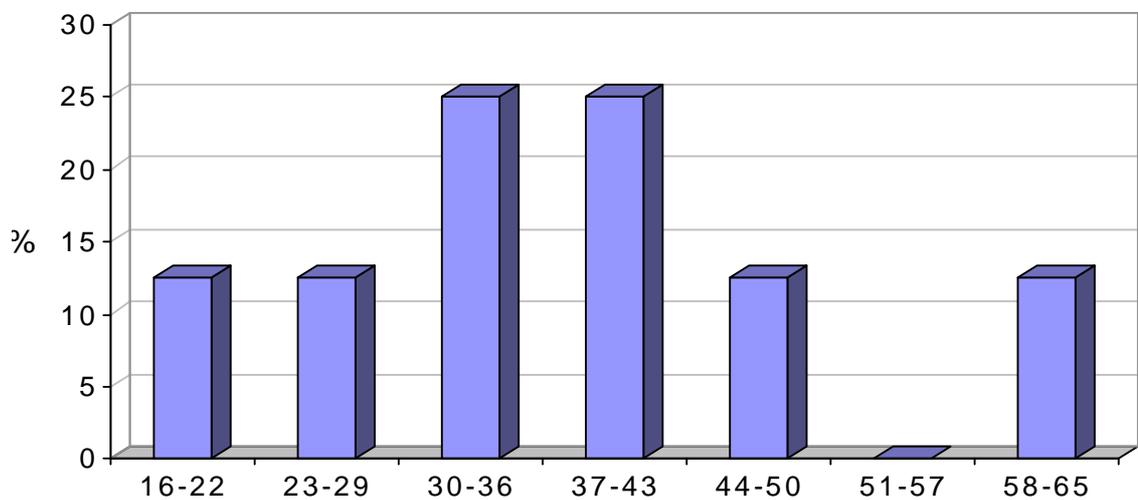


Abb. 9: Alter zum Zeitpunkt des ersten Suizidversuchs. Entsprechende Alterscluster sind auf der Abszisse dargestellt.

3.2.2 Stationäre Aufenthalte im Krankheitsverlauf

Die Abb. 10 zeigt die Häufigkeit der stationären Aufenthalte.

Bei allen untersuchten Antragstellern sind stationäre Aufenthalte in der Anamnese bekannt. Die Darstellung zeigt die absoluten Zahlen.

Minimal bestand 1 stationäre Betreuung und maximal wurden bei einem Antragsteller im Krankheitsverlauf bis zum Untersuchungszeitpunkt 8 stationäre Betreuungen erforderlich.

Im statistischen Mittel waren es 2,6 stationäre Aufenthalte ($2,6 \pm 1,7$; Mittelwert \pm SED).

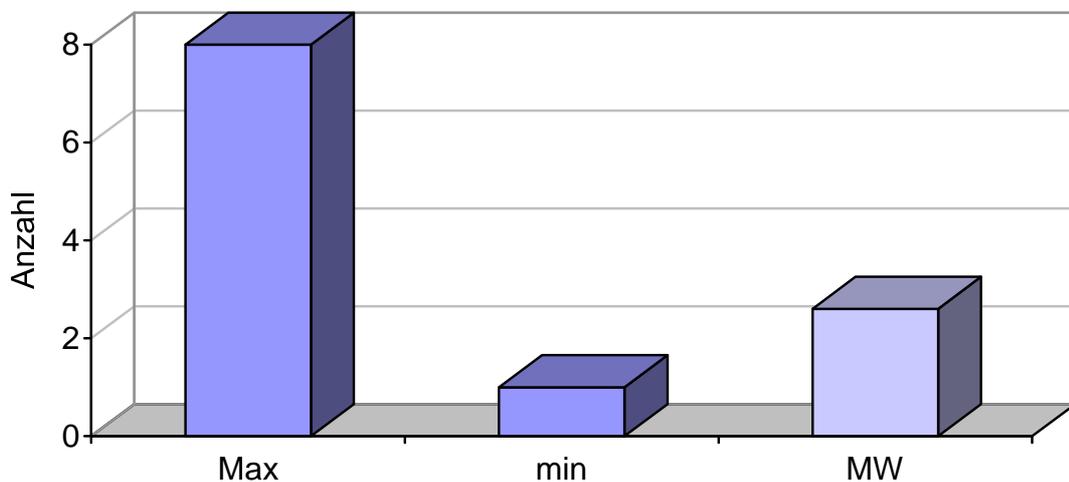


Abb.10: Anzahl stationärer Aufenthalte. Max = maximale, min = minimale Anzahl der stationären Aufenthalte. MW = Mittelwert.

3.2.3 Alter zum Erstuntersuchungstermin

Im Weiteren wurde das Alter zum Erstuntersuchungstermin analysiert. Dabei ergab sich, dass bei den männlichen Antragstellern jeweils ein Maximum von 21,7% in den Altersclustern 37-43 Jahre und 44-50 Jahre vorlag.

Bei den weiblichen Antragstellern lag das Maximum mit 17,3% in der Alterskategorie 37- 43 Jahre.

Bemerkenswerterweise war der prozentuale Anteil in der Alterskategorie 30-36 Jahre mit 4,3% gering.

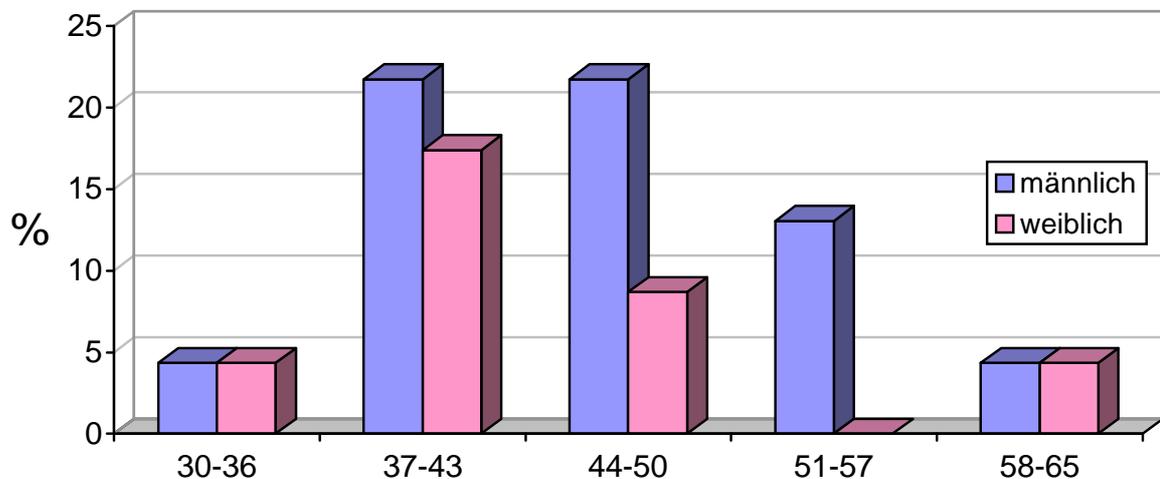


Abb. 11: Alter zum Zeitpunkt des ersten Untersuchungstermins. Entsprechende Alterscluster sind auf der Abszisse dargestellt. Die Darstellung ist nach Geschlecht differenziert.

3.2.4 Dauer der Erkrankung bis zum Erstuntersuchungstermin

Die bisherigen Daten haben gezeigt, dass das Alter bei der Erstuntersuchung ein Maximum im Bereich 37 - 50 Jahre hatte.

Es ergab sich die Frage, wie lange die Untersuchten bereits vor dem 1. Untersuchungstermin im Rentenverfahren erkrankt waren. Die Ergebnisse hierzu sind in Abb.12 dargestellt. Es ist ersichtlich, dass die Dauer der Erkrankung einen Bereich von 1,4 bis 48,7 Jahre hatte. Im Mittel dauerte es 14,4 Jahre, ($14,4 \pm 12,1$; MW \pm SED) vom Beginn der Erkrankung bis zur Untersuchung im Rentenverfahren.

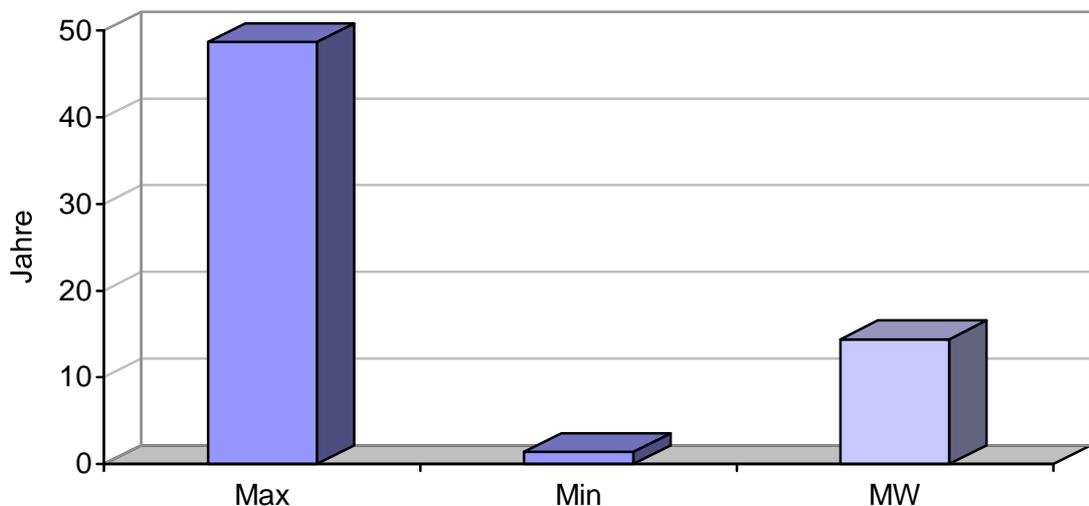


Abb. 12: Dauer der Erkrankung in Jahren bis zum ersten Untersuchungstermin. Max = maximale Dauer der Erkrankung. Min =minimale Dauer der Erkrankung. MW =Mittelwert

3.3 Sozialmedizinische Daten

3.3.1 Leistungsstatus zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt

In Abb. 13 ist der Leistungsstatus zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt zusammengefasst. 43,5% der Untersuchten waren arbeitsfähig, während 56,5% nicht arbeitsfähig waren.

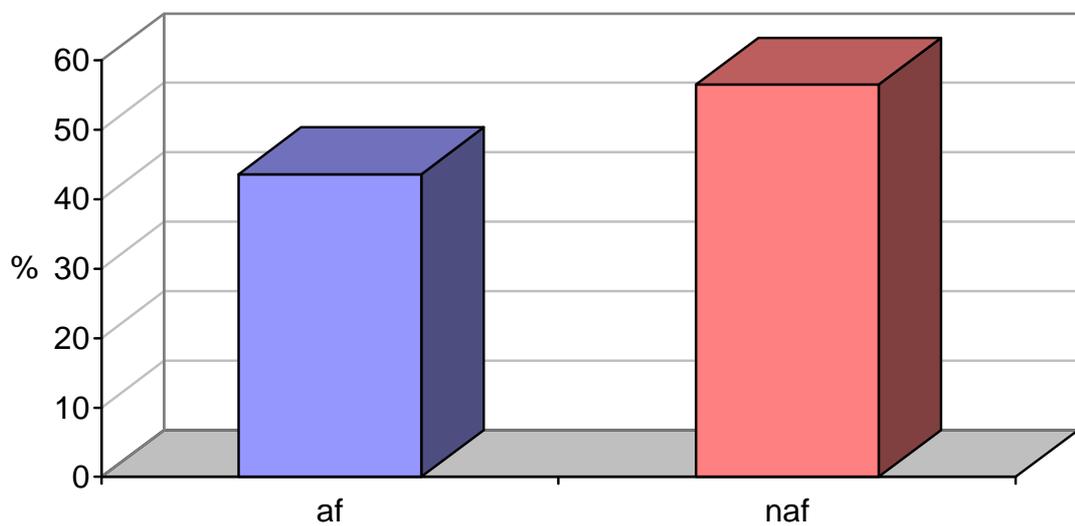


Abb. 13: Leistungsstatus zum Untersuchungszeitpunkt.

af = arbeitsfähig, naf = nicht arbeitsfähig

3.3.2 Stimmung zum Untersuchungszeitpunkt

Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein großer Teil der bipolar Erkrankten trotz therapeutischer Maßnahmen syndromale bzw. subsyndromale Symptome aufweisen (Angst, 1998; Hirschfeld und Vornik, 2004). Dabei überwiegt der Anteil depressiver Zustände gegenüber dem manisch bzw. hypomanischen Zustand (Calabrese et al., 2003).

Der Abb.14 ist zu entnehmen, dass zum Untersuchungszeitpunkt 82,6% der Antragsteller niedergestimmt waren und nur 8,7% jeweils hypoman bzw. euthym waren.

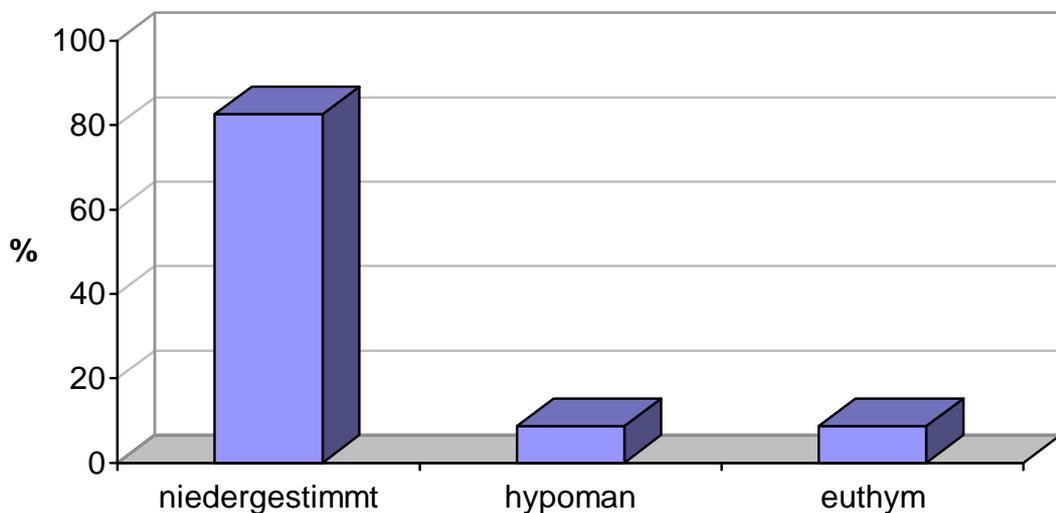


Abb. 14: Psychische Stimmung zum Untersuchungszeitpunkt. Fachärztliche Bewertung der aktuellen Stimmung zum Untersuchungszeitpunkt und Aufteilung in 3 Kategorien.

3.4 Daten zum Begutachtungstermin

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist in den Abb. 15 bis 18 zusammengefasst. Nach dem geltenden Rentenrecht werden 3 zeitliche Cluster des Leistungsvermögens erstellt. Kann jemand mindestens 6 Stunden arbeitstäglich tätig sein, ist er im Sinne des Gesetzes nicht erwerbsgemindert. Diese Kategorie wird im Folgenden als „>6h“ bezeichnet. Kann ein Versicherter nur noch 3 bis unter 6 Stunden arbeitstäglich erwerbstätig sein, kommt Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Betracht. Diese Kategorie wird im Folgenden „3-6h“ bezeichnet. Rente wegen voller Erwerbsminderung wird gewährt wenn der Versicherte nicht mehr in der Lage ist, irgendeine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 3 Stunden arbeitstäglich zu verrichten. Diese Kategorie wird im Folgenden „<3h“ genannt.

Das Leistungsvermögen bipolar Erkrankter nach Abschluss der Untersuchung, ist in Abb. 15 dargestellt. Daraus geht hervor, dass in die Kategorie >6h 43,5%, in die Kategorie 3-6h 8,7% und in die Kategorie <3h 47,8% der Untersuchten fallen. Fasst man die Kategorien 3-6h und <3h zusammen, ergibt sich ein Wert von 56,5% der Untersuchten, die erwerbsgemindert sind.

Im Weiteren wurde das Leistungsvermögen in Alterscluster-Kategorien untersucht.

Dem frühen Beginn der Erkrankung folgt, wie die Abb. 16 zeigt, eine rentenrelevante Auswirkung im Alterscluster zwischen 37 und 43 Jahren im Sinne einer Kategorisierung des Leistungsvermögens arbeitstäglich unter 3 Stunden.

Es ergibt sich die Frage, ob die Gruppe der Erwerbsgeminderten (Kat „3-6h“ und „<3h“) sich in einem anderen Alterscluster befindet, als die Gruppe der Nicht-Ewerbsgeminderten. Die Abb. 17 zeigt hierzu, dass das mittlere Alter der Erwerbsgeminderten bei 43,3 Jahren liegt, während die Gruppe der Nicht-Ewerbsgeminderten („>6h“) ein mittleres Alter von 47,8 Jahren hat.

Schließlich wurde bezüglich des Leistungsvermögens zum Abschluss der Untersuchung noch die Geschlechtsverteilung hinsichtlich der Erwerbsminderung untersucht. Die Ergebnisse sind in Abb. 18 zusammengefasst. Daraus ergibt sich, dass sich in die Gruppe der Nicht-Ewerbsgeminderten (Kategorie „>6h“) 30% Männer und 13% Frauen verteilen, während sich in der Gruppe „<3h“ 26% Männer und 22% Frauen befinden. In der Kategorie „3-6h“ wurden 8,7% Männer und keine Frauen ermittelt.

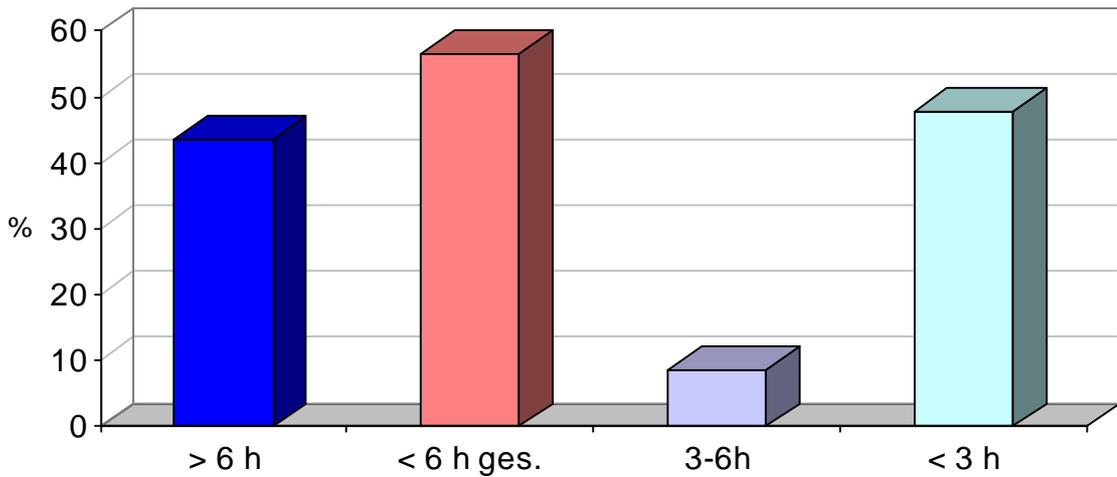


Abb.15: Leistungsvermögen nach Abschluss der Begutachtung. Darstellung in 6 und mehrstündig (>6h), im Vergleich zum Leistungsvermögen mit weniger als 6 Stunden täglich (< 6 h ges.). Weitere Aufteilung in 3 bis unter 6 Stunden (3-6h) und weniger als 3 Stunden (< 3 h) pro Tag.

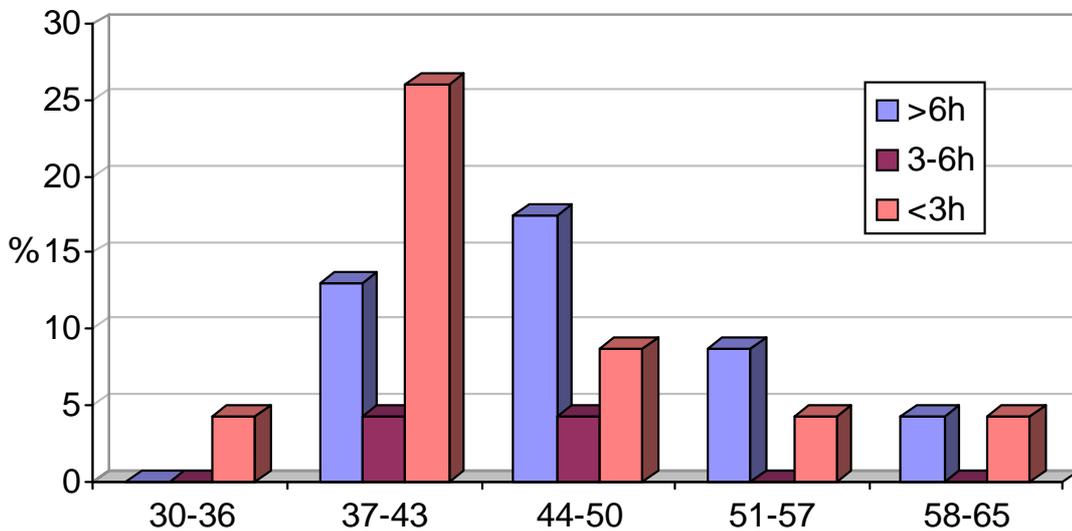


Abb.16: Leistungsvermögen nach Abschluss der Begutachtung, Verteilung nach Alter. Entsprechende Alterscluster sind auf der Abszisse dargestellt. Differenzierung innerhalb der Cluster nach Leistungsvermögen.

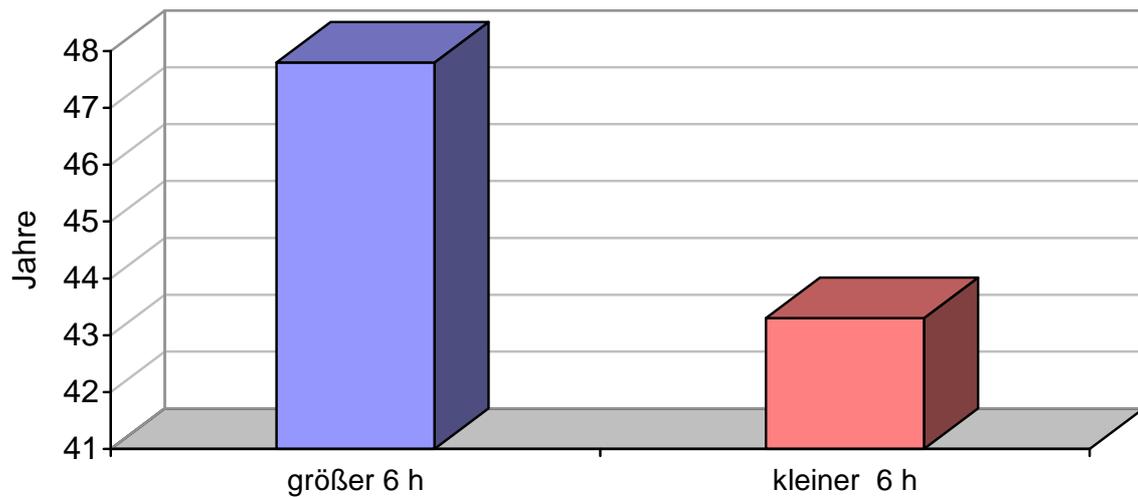


Abb.17: Leistungsvermögen nach Abschluss der Begutachtung. Darstellung der Altersmittelwerte bezogen auf die Leistungsfähigkeit mit größer 6 und mit kleiner 6 Stunden.

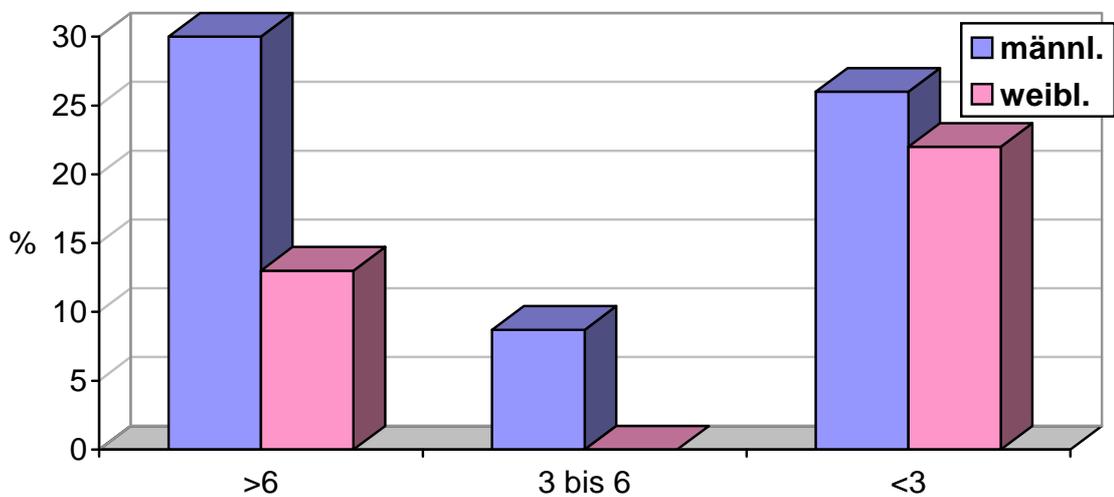


Abb. 18: Leistungsvermögen nach Abschluss der Begutachtung, Verteilung nach Geschlecht. Aufgetragen sind die prozentualen Anteile des Leistungsvermögens der Stichprobe differenziert nach Geschlecht.

3.5 Medikamentöse Behandlung

Zunächst wurde analysiert, wie groß der Anteil der Untersuchten ist, der regelmäßig Medikamente zur Behandlung der bipolaren Störung einnimmt.

Als Ergebnis zeigte sich, dass 78,3% der Antragsteller eine regelmäßige und 21,7% keine medikamentöse Behandlung hatten (Abb. 19).

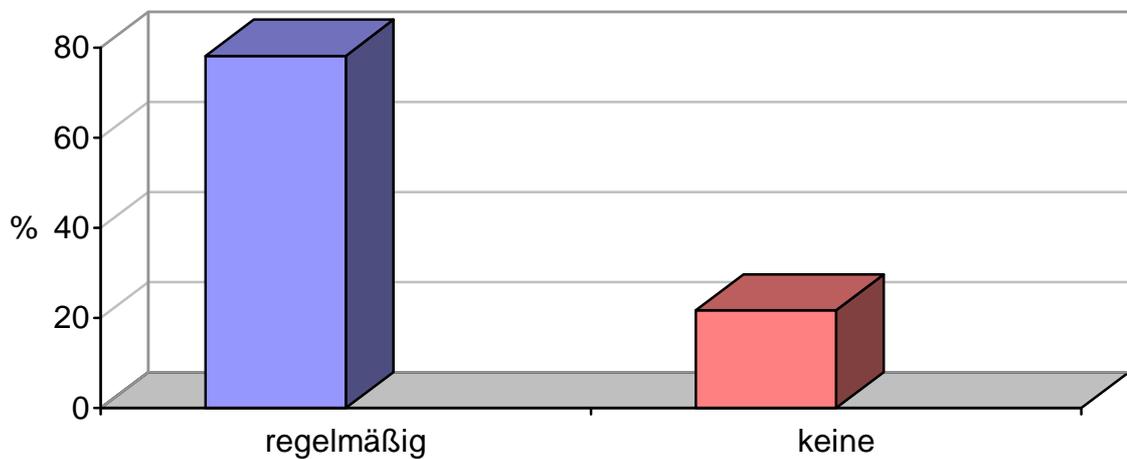


Abb. 19: Anteil der Antragsteller mit regelmäßiger bzw. keiner Medikation.

Aus neueren Untersuchungen geht hervor, dass in der Behandlung bipolar Erkrankter teilweise eine große Anzahl von Medikamenten pro Patient eingenommen wird (Nolen et al., 2004).

Dabei hat sich gezeigt, dass in der klinischen Praxis zum Erreichen des Therapieziels Kombinationstherapien häufig nötig sind (Solomon et al., 1998)

Die Anzahl der zur Behandlung der bipolaren Störung täglich eingenommenen Medikamente ist in Abb.20 dargestellt. Dabei wurden sowohl

Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva, Neuroleptika und Benzodiazepine berücksichtigt. Wie aus der Abb. 20 hervorgeht, wurde fast ein Drittel der Untersuchten mit nur einem Medikament behandelt (30,4% der Antragsteller). 30,4% der Untersuchten nahmen 2 und 13,2% 3 Medikamente ein. 4,3% nahmen 4 Medikamente. Wie bereits beschrieben wurden 21,7% nicht medikamentös behandelt.

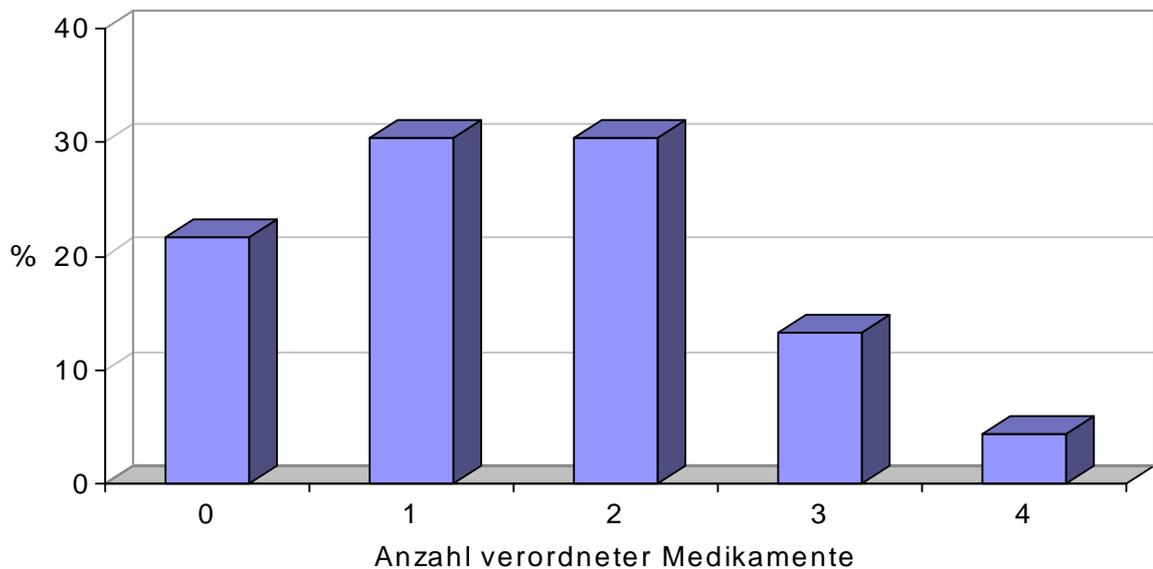


Abb. 20: Anzahl der Medikamente pro Patient.

Eine weitere Analyse beschäftigte sich mit den verordneten Präparategruppen.

Dabei wurden **4 Gruppen** unterschieden:

- **1. Stimmungsstabilisierer** (Lithium, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin)
- **2. Antidepressiva**
- **3. Neuroleptika**
- **4. Benzodiazepine**

Es zeigte sich, dass 34,2% der medizierten Antragsteller mindestens einen Stimmungsstabilisierer einnahmen. 31,6% wurden mit Neuroleptika, 23,7% mit Antidepressiva und 10,5% mit Benzodiazepinen behandelt (Abb. 21)

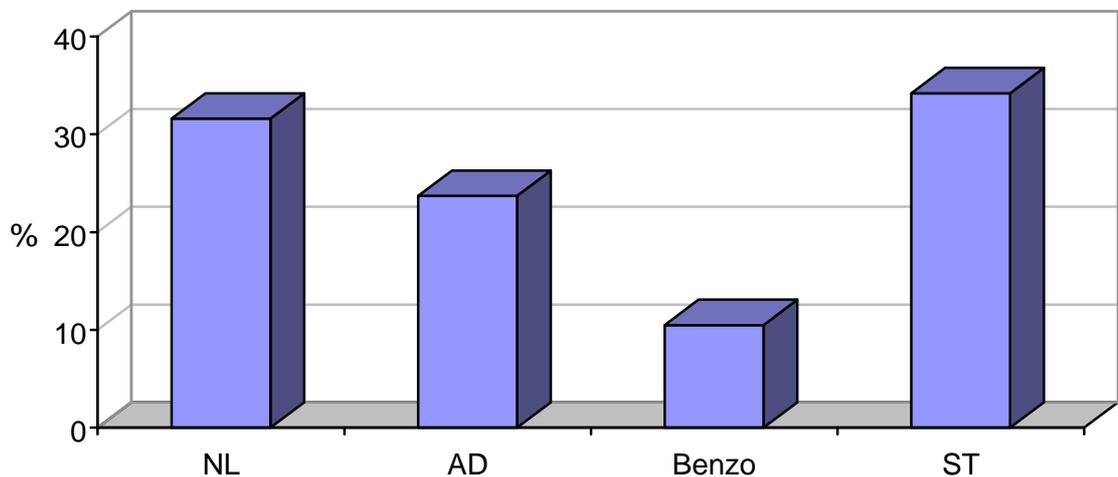


Abb. 21: Verordnete Präparatengruppen. NL = Neuroleptika, AD = Antidepressiva, Benzo = Benzodiazepine, ST = Stimmungsstabilisierer

Von den medizierten Patienten wurden ohne Berücksichtigung der Benzodiazepine 38,9% in Monotherapie und 61,1% in Kombinationstherapie behandelt (Abb. 22).

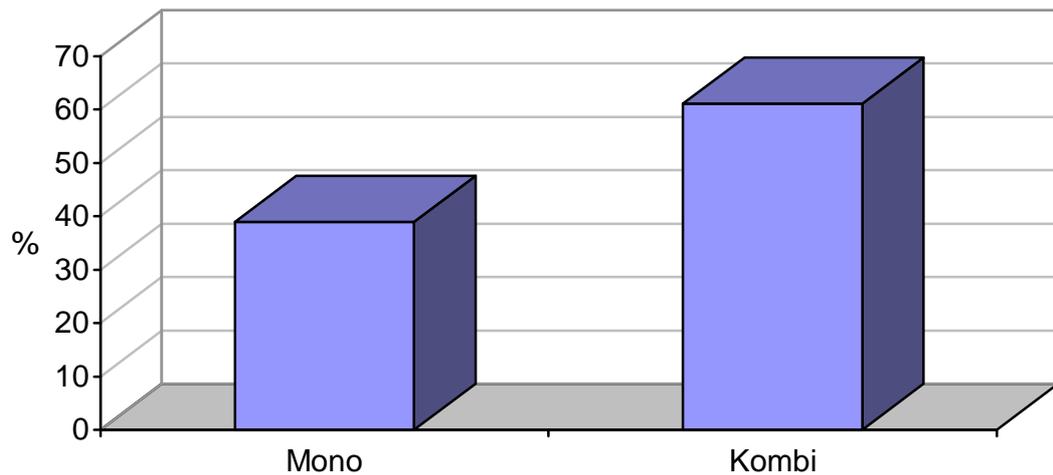


Abb. 22: Anzahl der Antragsteller mit Monotherapie (Mono) bzw. Kombinationstherapie (Kombi).

Eine weitere Analyse der jeweiligen Kombinationen ohne Berücksichtigung der Benzodiazepine ist in Abb. 23 dargestellt. Dabei zeigte sich bezogen auf die Gesamtheit aller medizierten Patienten, dass 27,8% eine 3er Kombination aus Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva und Neuroleptika bekamen, 16,7% eine Doppelbehandlung mit Stimmungsstabilisierern und Neuroleptika, 5,5% eine Doppelbehandlung mit Stimmungsstabilisierern und Antidepressiva und 11,1% eine 2er Kombination aus Antidepressiva und Neuroleptika.

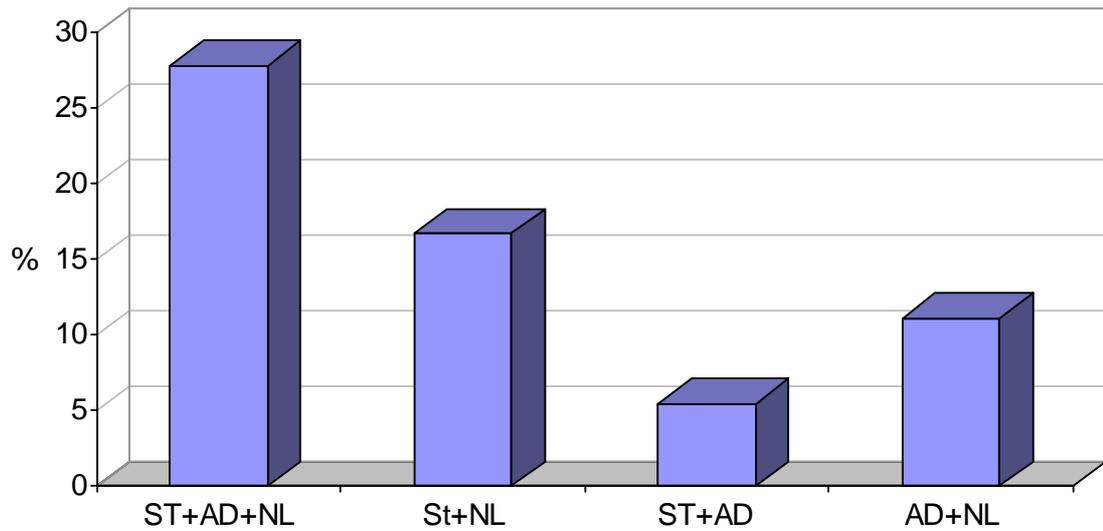


Abb. 23: Kombinationen der Präparategruppen ohne Benzodiazepine.

ST = Stimmungsstabilisierer, NL= Neuroleptika, AD = Antidepressiva

Von besonderem Interesse ist die Frage ob klassische oder eher moderne Präparate eingesetzt werden. Hierzu wurde in einem ersten Schritt ausgewertet, wie viele Antragsteller moderne bzw. klassische Antidepressiva verordnet bekamen. Wie der Abb. 24 zu entnehmen ist, nahmen in der Gruppe der antidepressiv Behandelten 33,3% klassische und 66,7% moderne Antidepressiva ein.

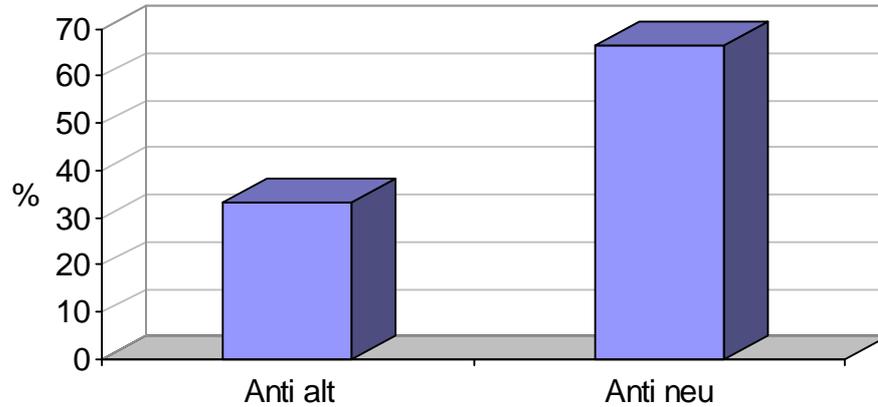


Abb. 24: Differenzierung der verordneten Antidepressiva.

Anti alt = alte Antidepressiva, Anti neu = neue Antidepressiva

In der Gruppe der mit Neuroleptika behandelten Patienten bekamen 58,3% typische Neuroleptika während 41,7% atypische Neuroleptika einnahmen (Abb. 25).

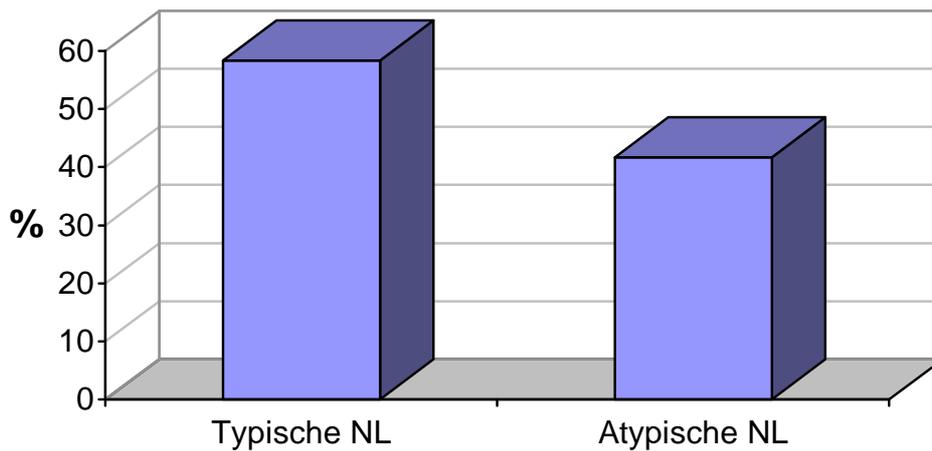


Abb.25: Differenzierung der verordneten Neuroleptika.

NL = Neuroleptika

Bezogen auf den Anteil der Patienten, die mit Stimmungsstabilisierern behandelt wurden, wurden 7,7% der Patienten mit Carbamazepin, 61,5% mit Lithium, 23,1% mit Valproat und 7,7 % mit Lamotrigin behandelt

(Abb. 26).

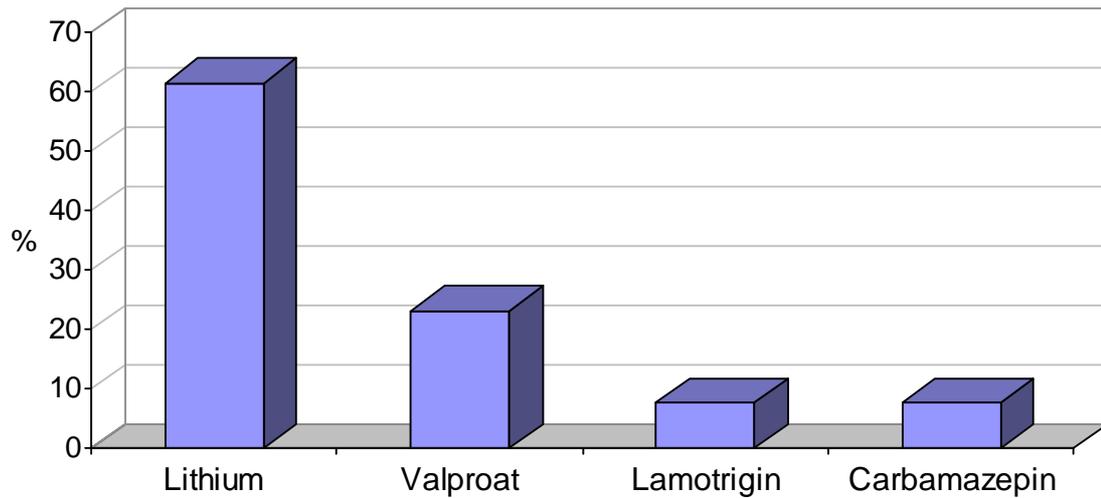


Abb. 26: Differenzierung der Stimmungsstabilisierer

4 DISKUSSION

In der vorliegenden Untersuchung wurden medizinische und demografische Merkmale von Patienten mit bipolaren Störungen erfasst. Die Untersuchung wurde als deskriptive Querschnittsanalyse im Sinne einer Stichprobe mit vorgegebenen Zugangskriterien angelegt. Es wurde dabei davon ausgegangen, dass die beobachteten Merkmale in der regionalen Grundgesamtheit inhomogen verteilt sind.

Über den Zeitraum eines halben Jahres, von Januar bis Juni 2005, wurden dazu im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen im Rentenverfahren 23 Patienten mit der gesicherten Diagnose *bipolare Störung* selektiert und deren Merkmale dokumentiert.

Der Zeitraum wurde als prospektiver Beobachtungszeitraum festgelegt und entspricht dem aktuellen Zustandsquerschnitt einer natürlichen Begutachtungspopulation.

Diagnostisch wurden Patienten mit bipolaren und schizoauffektiven Störungen nach ICD-10 in die Studie eingeschlossen (69,6% versus 30,4%).

In der Auswertung wurden beide Diagnosen zusammengefasst und gleich gewichtet. Dies ist damit begründet, dass die schizoauffektiven Störungen einerseits dem weiteren bipolaren Spektrum zugeordnet werden können und dass sie andererseits in der betreuenden Vordiagnostik oftmals

unscharf an Stelle der *bipolaren Störung* eingeteilt wurden (Walden und Grunze, 2003).

Patienten mit einer unipolaren Depression wurden ausdrücklich nicht berücksichtigt.

Verlaufsuntersuchungen der letzten Jahre haben dazu gezeigt, dass 46% der Fälle von ursprünglich als *unipolar depressiv* klassifizierten Patienten nach Ablauf von 15 Jahren doch die Diagnose einer bipolaren Störung erhalten (Goldberg et al., 2001).

Dadurch entsteht gerade für die bipolaren Störungen eine Querschnittsunschärfe in der Diagnosesicherung, da zum Untersuchungszeitpunkt Patienten mit der möglichen Klassifizierung einer *unipolaren* Störung ausgeschlossen wurden, jedoch zu einem späteren Verlaufszeitpunkt durchaus als *bipolar* eingestuft werden müssten (misclassification bias). Die gesamten *bipolaren Störungen* im Untersuchungszeitraum wären daher um einen hochgerechnet 46%igen Anteil aus den *unipolaren* Störungen höher. Nahezu jeder 2. unipolar Erkrankte wäre nach ca. 15 Jahren dem Kollektiv der bipolaren Erkrankten zuzurechnen.

Im Einzelnen wurden soziobiographische, krankheitsspezifische und sozialmedizinische Daten, Daten zum Begutachtungstermin und Daten zur Therapie erfasst.

Im Bereich der soziobiographischen Daten ergab sich bei der Geschlechterverteilung ein Verhältnis von 65,2% Männer und 34,8% Frauen. Die bereinigten Daten der Gesamtgutachten in diesem Zeitraum ergaben ein fast ähnliches Verhältnis von 63% Männern zu 37% Frauen. Dies bestätigt damit epidemiologische Untersuchungen, die eine in etwa gleichgroße Verteilung der Geschlechter bei bipolaren Störungen beschreiben (vgl. Bebbington und Ramana, 1995).

Aufgrund der unsicheren anamnestischen Angaben (recall bias) zum frühen Phasenverlauf konnten keine genauen Angaben zu Anzahl und Häufigkeit erhalten werden, sodass auch keine exakte Differenzierung zum *rapid cycling* möglich war. Dies ist deswegen von Bedeutung, weil die Geschlechterverteilung bei dieser Variante der Diagnose deutlich in die Richtung des weiblichen Anteils verschoben ist (vgl. Walden und Grunze, 2003).

Mit ihrer relativ hohen Erkrankungshäufigkeit stellen bipolare Störungen ein erhebliches gesundheitliches Problem dar, sowohl was das Leben des betroffenen Einzelpatienten als auch das seiner Familie angeht. In der psychosozialen Auswirkung dieser Erkrankung entsteht dadurch auch zwangsläufig ein *circulus vitiosus* hinsichtlich der familiären Belastung teilnehmender Kinder.

Trotz dieser hohen psychosozialen Belastung im familiären Bereich erstaunt der hohe Anteil der Untersuchten die in einer Partnerschaft (Partner 60,9%, verheiratet 69,6%) lebten.

Aus der Literatur geht hervor, dass bipolare Störungen sich meistens früher als unipolare Störungen manifestieren. 75% der Patienten erleiden ihre erste Krankheitsepisode bis zum 25. Lebensjahr, bei der unipolaren Depression hingegen 55% (vgl. Walden und Grunze, 2003).

Bei der anamnestischen Erhebung der kalendarischen Altersdaten zum Beginn der bipolaren Erkrankung zeigte sich eine Häufung im Bereich der Altersklasse 30 - 36 Jahre.

Die Diskrepanz zwischen den in der Literatur beschriebenen Altershäufigkeiten zu den aktuell erhobenen Daten in der vorliegenden Untersuchung, könnte sich aus einer mangelnden diagnostischen Sicherheit in der Erstbehandlung ergeben. Andere Daten aus der Literatur zeigen nämlich, dass im Mittel mehr als 10 Jahre vom Zeitpunkt der ersten Symptome bis zur exakten Diagnose vergehen (Ghaemi et al., 1999).

Eine weitere, geschlechtsdifferenzierte Analyse der Altersdaten ergab jedoch eine Häufung der männlichen Untersuchten in der Altersklasse 30 - 36 Jahre und bei den weiblichen Untersuchten eine Häufung in der Altersklasse 16 - 22 Jahre.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede können sich zusätzlich auch daraus ergeben, dass junge Frauen häufigere ärztliche Konsultationen beanspruchen (z.B. Schwangerschaftsverhütung, -vorsorge und -betreuung) als junge Männer in dieser Altersklasse. Es kann dabei angenommen werden, dass durch diesen günstigeren sozialen Zugang zur Diagnostik auch psychische Veränderungen eher auffallen und benannt werden.

In der Literatur wurde ausführlich über die genetischen Ursachen und die familiäre Belastung berichtet. So beträgt die Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen 50 -70% (Mac Kinnon et al., 1997).

In der vorliegenden Untersuchung wurde bezüglich der familiären Belastungen das Vorkommen aller anamnestisch auffälligen psychischen Erkrankungen dokumentiert. Dabei ergab sich im Untersuchungskollektiv ein Anteil von 43,5% mit familiären Belastungen durch psychische Erkrankungen. Dies bedeutet, dass fast bei jedem zweiten Untersuchten ein Familienmitglied mit mindestens einer psychischen Erkrankung belastet ist.

Der genaue Anteil bipolaren Erkrankungen im Rahmen der familiären Belastung konnte auf Grund mangelnder anamnestischer Angaben nicht weiter differenziert werden.

Von besonderem Interesse ist bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen die Frage der ärztlichen Betreuung, da häufig in der Literatur bemängelt wurde, dass Patienten hausärztlich und nicht gebietsärztlich betreut wurden. Interessanterweise zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass sich zum Zeitpunkt der Begutachtung 87% der Patienten in fachärztlicher Betreuung befanden und 69% sowohl eine Betreuung durch den Hausarzt als auch durch den Facharzt hatten.

Weiterhin konnte festgestellt werden dass 43,8% zusätzlich zur fachärztlich psychiatrischen Behandlung auch eine psychotherapeutische Behandlung erhielten.

Während die Psychotherapie bipolarer Störungen erst in den letzten Jahren zunehmend evaluiert wurde (Jones, 2004) zeigt die Tatsache, dass fast jeder zweite aus dem Kollektiv psychotherapeutisch behandelt wurde, die zunehmende Akzeptanz der Psychotherapie bipolarer Störungen.

Bipolare Erkrankungen sind schwere psychische Erkrankungen. Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass etwa 25 - 50% aller bipolar Erkrankten einen Suizidversuch unternehmen (Strakowski et al., 1996). In einer schottischen Studie war die Suizidrate innerhalb eines 10 jährigen Beobachtungszeitraums 23-mal höher als im Bevölkerungsdurchschnitt (vgl. Walden und Grunze, 2003).

In der vorliegenden Untersuchung konnte ermittelt werden, dass 34,8% mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Dieser hohe Anteil an Suizidversuchen deckt sich mit den Angaben aus der Literatur. Darüber hinaus gaben 56,5 % der Untersuchten an, mindestens einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Diese Daten bestätigen, dass bipolare Störungen schwere und häufig tödlich verlaufende Erkrankungen sind.

Aus Literaturdaten geht hervor, dass die meisten Suizide relativ früh, nämlich zwischen dem 2. bis 5. Jahr nach Diagnosestellung erfolgen (vgl. Hirschfeld und Vornik, 2004). Auch dieser Trend konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. So ergab sich eine Häufung der Suizidversuche im Alterscluster zwischen 30 bis 36 Jahre. Dies entspricht genau dem Häufungsgipfel der Diagnosestellung.

Die Schwere der Erkrankung zeigt sich auch in der notwendigen Häufigkeit der stationären Behandlung. So waren im Untersuchungskollektiv bis zum Begutachtungszeitpunkt im Mittel 2,6 stationäre Aufenthalte vorausgegangen.

Aufgrund des frühen Erkrankungsalters bei bipolaren Störungen ergab sich in der vorliegenden Untersuchung auch ein relativ junges Alter zum Rentenbegutachtungstermin. So konnte zum Untersuchungszeitpunkt ein Maximum in der Altersklasse zwischen 37 bis 43 Jahren, und zwischen 44 bis 50 Jahren ermittelt werden. Hierbei ergibt sich die Frage, ob durch vollständige Ausschöpfung der Therapieoptionen möglicherweise der Zeitpunkt einer notwendigen Berentung nicht in einen höheren Altersbereich verschoben werden könnte. Hierauf wird in der Diskussion über die Medikation weiter eingegangen.

In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass der überwiegende Anteil der Untersuchten sich zum Untersuchungszeitpunkt in einem depressiven Zustand befand (82,6% der Antragsteller). Dies bestätigt neuere Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass insbesondere syndromale und subsyndromale depressive Zustände bei bipolar Erkrankten überwiegen (Calabrese et al., 2003). Es zeigt sich somit, dass in der klinischen Behandlung bipolarer Störungen offensichtlich eine große klinische Remission, aber weniger eine funktionelle Remission erreicht wird. Damit ergibt sich ein großer Bedarf in der Verbesserung der Therapie bipolarer Störungen.

In Untersuchungen von Altshula et al., (2001) zeigte sich, dass Patienten ein Jahr nach Absetzen einer antidepressiven Behandlung zu 68% erneut eine bipolare Depression entwickelten.

Wie bereits diskutiert wurde, sind die volkswirtschaftlichen Kosten bipolar erkrankter Menschen in neueren Untersuchungen analysiert und in ihrem Ausmaß als erheblich eingestuft worden (Berghöfer, 2004; Grunze und Runge, 2004).

Daten zur sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit und zur Berentung bipolar erkrankter Menschen sind in der Literatur dagegen eher spärlich.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Focus auf den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Auftretens, des Verlaufs, der Therapie und der daraus resultierenden Leistungsbeurteilung gesetzt. Besondere Beachtung fanden dabei die sozialen und epidemiologischen Randdaten. So ergab sich bei 43,5% der Untersuchten eine zeitliche Einstufung der Leistungsfähigkeit in die Kategorie >6h. Umgekehrt wurden 56,5% in die Kategorie <3h bzw. 3-6h eingestuft.

Die daraus resultierende Erwerbsminderung von über 50% im vorliegenden Untersuchungskollektiv weist auf die wirtschaftliche und psychosoziale Bedeutung hin.

Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass eine Eingruppierung in die Kategorie <3h im Alterscluster 37 bis 44 Jahre erfolgt. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das mittlere Alter der Erwerbsgeminderten

bei 43,3 Jahren liegt, während die Gruppe der Erwerbsfähigen ein mittleres Alter von 47,8 Jahren hatte.

Eine Erklärung für das jüngere Alter der Erwerbsgeminderten könnte in einem ungünstigeren Verlauf mit häufig wechselnden und schweren Erkrankungsphasen liegen.

Umgekehrt führt ein günstiger Krankheitsverlauf dazu, dass die Betroffenen in einem höheren Lebensalter in ein Rentenverfahren kommen.

Insgesamt kann damit festgestellt werden, dass eine intensive Betreuung und Behandlung sowie eine gute Compliance den Zeitpunkt der Berentung hinauszögern könnte.

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses in der Beurteilung zeigte sich die Tendenz, dass der Anteil der Frauen in der Gruppe der Erwerbsgeminderten mit 22% versus 13% der Männer etwas höher liegt.

Für den Verhältnisunterschied kommen ursächlich folgende Aspekte in Frage:

1. Wie bereits ausgeführt, könnte auf Grund der früheren geschlechterspezifischen Einordnung früher eine Diagnose erstellt und früher eine spezifische Therapie eingeleitet werden.

Diese Hypothese müsste in größeren epidemiologischen Untersuchungen noch verifiziert werden.

2. Während Frauen und Männer bei bipolaren Erkrankungen etwa gleichhäufig betroffen sind, weisen Untersuchungen darauf hin, dass in der Sonderform des rapid cycling Frauen etwa doppelt so häufig erkranken als Männer.

In der vorliegenden Untersuchung konnte eine Differentialdiagnostik des rapid cycling nicht erhoben werden. Möglicherweise befinden sich jedoch in der Untersuchungsstichprobe Frauen mit einem rapid cycling, die damit einen schwereren Krankheitsverlauf haben als Männer.

3. Im gesellschaftlichen Zusammenleben erfahren depressiv erkrankte Frauen eine größere Akzeptanz als depressiv erkrankte Männer. Depressionen bei erwachsenen Männern werden gesellschaftlich eher ausgeblendet und multimedial als unmännlich abgewertet. (vgl. Marcus et al., 2005) Im Zweifel wird wenigstens eine organische Ursache erwartet, die dann eine heroische Betroffenheit erlaubt um letztlich männliche Stärke zu bestätigen. Aus neueren Untersuchungen geht hervor, dass depressive Männer die depressive Symptomatik mit Alkohol unterdrücken wollen, während Frauen auf der symptomatischen Ebene eher Angst und somatoforme Beschwerden zum Ausdruck bringen (Marcus et al., 2005).

Eine frühzeitige Behandlung ist entscheidend für den Verlauf der Erkrankung. So gibt es Hinweise darauf, dass eine größere Anzahl von erlebten Episoden bei unipolar depressiv und bipolar Erkrankten mit einem erhöhten Risiko einhergeht an einer Demenz im späteren Lebensalter zu erkranken (Kessing und Andersen, 2004).

Bezüglich der medikamentösen Behandlung konnte festgestellt werden, dass 78,3% der Untersuchten regelmäßig Medikamente im Rahmen der Behandlung bipolarer Störung einnehmen.

Dieser hohe Anteil ist überraschend, da neuere Untersuchungen aus der Versorgungsforschung zeigen, dass die tatsächliche medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen gering ist (vgl. Baune und Arolt, 2005). So konnte für die Depressionen festgestellt werden, dass 75% der diagnostizierten Fälle keinerlei Behandlung erhielten. Ferner zeigen die Daten des British National Survey of Psychiatric Morbidity, dass nur 16% der an Depressionen leidenden mit Antidepressiva behandelt werden (Bebbington, 2000).

Als Gründe für den hohen Anteil der medikamentösen Behandlung im vorliegenden Kollektiv können angegeben werden:

1. ein zunehmender Kenntnisstand bei den Behandlern.
2. bei den bipolaren Störungen handelt es sich im Vergleich zu reinen Depressionen um einen schwereren Krankheitsverlauf.
3. aktuelle institutionalisierte Betreuung in modernen Einrichtungen.

Es ergibt sich jedoch die Frage, ob durch die Medikamenteneinnahme letztlich eine effektive Behandlung erreicht wird.

Während aus Untersuchungen der Stanley Foundation hervorgeht, dass eine große Anzahl von Patienten mehr als ein Medikament einnimmt (Nolen et al., 2004) wird fast ein Drittel der Untersuchten im vorliegenden Kollektiv mit nur einem Medikament behandelt. Wie beschrieben, nahmen 30,4% der Antragsteller ein Medikament und ebenfalls 30,4% zwei Medikamente ein. Fasst man die 21,7% der Patienten die keine Medikamente erhalten und die 30,4% mit einer Monotherapie zusammen, kann vermutet werden, dass die Behandlung in vielen Fällen unzureichend war. Es bleibt zu fragen, ob durch stärkere Kombinationsbehandlung in ausreichender Dosierung der Krankheitsverlauf positiv verändert worden wäre.

Mittel der Wahl in der Langzeitbehandlung bipolarer Störungen sind die Stimmungsstabilisierer (Grunze et al., 2002). Diese, früher als „Phasen-Prophylaktika“ bezeichnete Substanzgruppe umfasst das Lithium, die Antiepileptika Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin sowie je nach Definition auch atypische Neuroleptika. Ohne Berücksichtigung der atypischen Neuroleptika wurden im vorliegenden Untersuchungskollektiv jedoch nur etwa ein Drittel (34,2%) mit mindestens einem Stimmungsstabilisierer behandelt. Dieser Befund weist auf ein erhebliches Defizit in der Nutzung der medikamentös therapeutischen Möglichkeiten hin (vgl. Calabrese et al., 1999; Grunze et al., 1999; Müller-Oerlinghausen et al., 2000; Walden und Grunze, 1999; Walden et al., 1999).

Eine Auswertung der verordneten Stimmungsstabilisierer ergab, dass die meisten Antragsteller mit dem Stimmungsstabilisierer Lithium behandelt wurden. Nur 23,1% wurden mit Valproat, 7,7% jeweils mit Lamotrigin und Carbamazepin behandelt.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass ein Großteil der Behandler entweder nicht mit neueren Therapieoptionen vertraut ist, oder, aus Kostengründen bzw. aus Mangel an Erfahrung im Umgang mit der modernen Medikation eine entsprechende zurückhaltende Therapie durchführte. Dies wird auch mit der Auswahl der verordneten Neuroleptika bestätigt, indem 58,3% der behandelten Patienten noch klassische Neuroleptika einnahmen und nur 41,7% atypische Neuroleptika.

Da insbesondere zum atypischen Neuroleptikum Olanzapin kontrollierte Studien, und auch mittlerweile die Zulassung in der Indikation bipolarer Störungen vorliegt (Bowden, 2005), ist der doch seltene Gebrauch erstaunlich. Umgekehrt war festzustellen, dass in der Gruppe der Antidepressiva die Mehrheit mit modernen und nicht mit klassischen Antidepressiva behandelt wurde. Es ist zu vermuten, dass insbesondere das günstige Nebenwirkungsspektrum neuerer Antidepressiva ein Motiv für die Verordnung neuerer Antidepressiva darstellen könnte.

Eine weitere Analyse der Medikation im vorliegenden Untersuchungskollektiv zeigte, dass bezüglich der medikamentös behandelten Patienten ohne Berücksichtigung der Benzodiazepine 38,9% eine Monotherapie und 61,1% eine Kombinationstherapie hatten. Dabei konnte der Trend zu einer

notwendigen 3er Kombination, die auch in anderen Untersuchungen festgestellt wurde, untermauert werden (Post et al., 2003).

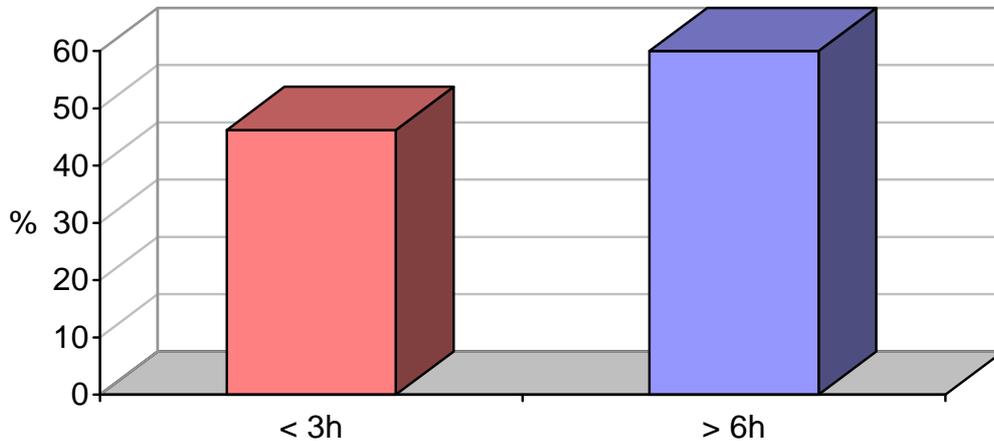


Abb.: 27. Prozentuale Darstellung der Einnahme von Stimmungsstabilisierern in den Leistungskategorien <3h und >6h.

Es war auffällig, dass Patienten mit einer solchen Kombination aus eher stationären Behandlungszentren kamen. Diese Zentren unterliegen nicht dem strengen Budgetdruck und haben medizinisch eine kontrollierte Nähe zu den Patienten im Falle problematischer Nebenwirkungen.

Bei der Betrachtung der Medikation im Hinblick auf das Leistungsvermögen ergibt sich die Frage ob eine weniger effiziente Therapie einen höheren Anteil an Berentung bedingen könnte. Eine weitere Auswertung zeigt in diesem Zusammenhang, dass in der Gruppe der Berenteten (<3h) nur 46% einen Stimmungsstabilisierer einnehmen, während in der Gruppe der nicht Berenteten 60% mindestens einen Stimmungsstabilisierer einnehmen (Abb. 27).

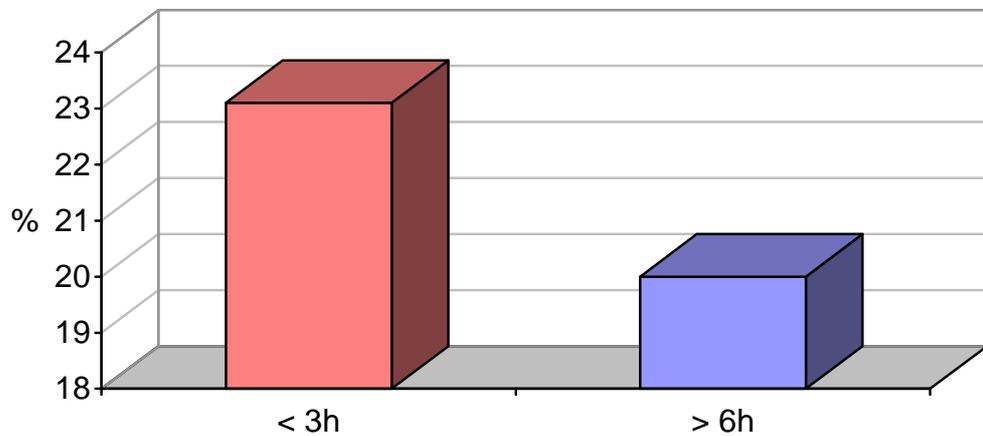


Abb. 28: Prozentualer Anteil der Antragsteller in den Leistungskategorien <3h und >6h ohne Medikation.

Weiterhin nehmen in der Gruppe der Berenteten 23%, in der Gruppe der nicht Berenteten 20% kein Medikament (Abb. 28).

Damit kann vermutet werden, dass durch eine effizientere medikamentöse Behandlung nicht nur der Krankheitsverlauf verbessert sondern auch der Anteil der Berentungen reduziert werden könnte.

5 Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, Merkmale von Patienten mit bipolaren Erkrankungen zu erfassen, die im Rahmen einer sozialmedizinischen Untersuchung im Rentenverfahren begutachtet wurden.

In einer retrospektiven Analyse wurden im Zeitraum von Januar 2005 bis Juni 2005 die Merkmale von 23 Patienten mit bipolaren bzw. schizoaffektiven Störungen erfasst.

a) soziobiographische Daten: Es wurden 65,2% Männer und 34,8% Frauen untersucht. 56,5% hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen, 26,1% waren ohne Lernberuf, 13% hatten ein Abitur und 4,3% ein Studium abgeschlossen.

Bei 43,5% konnte eine Belastung durch psychische Erkrankungen ermittelt werden. Das Erkrankungsalter hatte einen Gipfel zwischen 30 und 37 Jahren. 78,3% waren in hausärztlicher und 87% in fachärztlicher Betreuung.

b) krankheitsspezifische Daten: 34,8% hatten mindestens einen Suizidversuch unternommen. Im Mittel gab es 2,6 stationäre Aufenthalte vor der Begutachtung. Im Mittel dauerte es 14,4 Jahre vom Beginn der Erkrankung bis zur Untersuchung.

c) sozialmedizinische Daten: 43,5% waren arbeitsfähig und 56,5% nicht arbeitsfähig.

82,6% waren zum Untersuchungszeitpunkt niedergestimmt und nur 8,7% jeweils hypoman bzw. euthym.

d) Daten zum Begutachtungstermin: Im Begutachtungsergebnis waren 56,5% erwerbsgemindert. Das mittlere Alter der Erwerbsgeminderten lag bei 43,4 Jahren, bei der Gruppe der Nichterwerbsgeminderten bei 47,8 Jahren.

e) medikamentöse Behandlung: 78,3% der Antragsteller hatten eine regelmäßige und 21,7% keine medikamentöse Behandlung. Die überwiegende Mehrheit der Untersuchten wurde mit nur einem Medikament behandelt. 34,3% nahmen mindestens einen Stimmungsstabilisierer ein. 31,6% wurden mit Neuroleptika, 23,7% mit Antidepressiva und 10,5% mit Benzodiazepinen behandelt.

In der Gruppe der Berenteten nahmen 46% einen Stimmungsstabilisierer ein, in der Gruppe der nicht Berenteten jedoch 60%. Weiterhin nehmen in der Gruppe der Berenteten 23% kein Medikament und in der Gruppe der nicht Berenteten 20% kein Medikament ein.

Es kann vermutet werden, dass durch eine effiziente medikamentöse Behandlung nicht nur der Krankheitsverlauf verbessert, sondern auch der Anteil der Berentungen reduziert werden könnte.

6 LITERATUR

Altshuler, L., Kiriakos, L., Calgagno, J., Goodman, R., Gitlin, M. Frye, M.: The impact of antidepressant continuation on 1 year risk for relapse of bipolar depression. *J. Clin. Psychiatry* 62, 612-616, 2001

Angst, J.: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affective Disorder* 50, 143-151, 1998

Baune, B., Arolt, V.: Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. *Der Nervenarzt* 76, 633-646, 2005

Bebbington, P., Ramana, R.: The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 30, 279-292, 1995

Bebbington, P.: The need for psychiatric treatment in the general population. In Andrews, G., Hendersen, S. (Hrsg.). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge University Press, pp 85-96, 2000

Berghöfer, A.: Hohe Kosten bipolarer Störungen durch konsequente Behandlung senken. *Arzneiverordnung in der Praxis* 31, 51-52, 2004

Bowden, C.L., A.M. Brugger, A.C. Swann et al.; Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *JAMA* 271, 918-924, 1994

Bowden, C.L.: Treatment options for bipolar depression. *J. Clin. Psychiatry* 66, Suppl.1, 3-6, 2005

Calabrese, J., Bowden, C., Sachs, G., Ascher, J., Monaghan, E.: A double blind placebo controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. *J. Clin. Psychiatry* 60, 79-88, 1999

Calabrese, J., Hirschfeld, R., Reed, M.: Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J. Clin. Psychiatry* 64, 425-432, 2003

DRV Schriften, Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, 2001

Foerster, K.: Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht. *Nervenarzt* 63,129-163, 1992

Foerster K., Weig W.: Psychische und Verhaltensstörungen. In: VDR, Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Auflage 525 – 558, 2003

Geller, G., Zimmermann, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J.: Bipolar disorder at prospective follow up of adults who had prepubertal major depression. *Am. J. Psychiatry* 158, 125-127, 2001

Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Chiuou, A., Pandurangi, A., Goodwin, K.: Is bipolar disorder still underdiagnosed? *J. Affective Disorders* 52, 135-144, 1999

Goldberg, J., Harrow, M., Whiteside, J.: Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry* 158, 1265-1270, 2001

Grunze, H., A. Erfurth, B. Amann, C. Kammerer, Walden, J.: Intravenous valproate loading in acutely manic and depressed bipolar I patients. *J. Clin. Psychopharmacol.* 19 , 303-309, 1999

Grunze, H., Walden, J., Dittmann, S., Berger, M., Bergmann, A., Bräunig, P.: Psychopharmakotherapie bipolarer affektiver Erkrankungen. *Der Nervenarzt* 73, 4-17, 2002

Hahn, C., Gylai, L., Baldassano, C., Lenox, R.: Understanding of lamotrigine as mood stabilizer. *J Clin Psychiatry* 65, 791-804, 2004

Hirschfeld, R., Vornik, L.: Recognition and Diagnosis of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 65 [suppl 15], 5-9, 2004

Jones, S.: Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *J Affective disorder* 80, 101-114, 2004

Kessing, L., Andersen, P.: Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 75, 1662-1666, 2004

LVA Westfalen, Verwaltungsbericht 2003

MacKinnon, D., Jamison, K., dePaulo, J.: Genetics of manic-depressive illness. *Ann. Rev. Neurosci.* 20, 355-373, 1997

Marcus, S. M., Young, E.A., Kerber, K., Mitchell, J., Trivedi, M., Rush, A.J.: Gender differences in depression: Findings from the STAR D study. *J Affective Disorders* , im Druck, 2005

Müller-Oerlinghausen, B., A. Retzow, F. Henn, Walden, J.: Valproate as an adjunct to neuroleptic medication for the treatment of acute episodes of mania. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter study. *J. Clin. Psychopharmacol* 20, 195-203, 2000

Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LI, Suppes T, McElroy SL, Frye MA, Kupka RW, Keck PE Jr, Leverich GS, Post RM.: Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry* 161, 1447-54, 2004

Pini, S., Queiroz, V., Pagnin, D. et al.: Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur. Neuropsychopharmacology* 15, 425-434, 2005

Post, R.M., Altshuler, L., Frye, M. et al.: Preliminary Observation on Effectiveness of Levetiracetam in the Open Adjunctive Treatment of Refractory Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 66:3, März 2005

Runge, C., Grunze H.: Jährliche Kosten bipolarer Störungen in Deutschland. *Nervenarzt* 75, 896-903, 2004

Schneider W., Henningsen, P., Rüger, U.: Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie, Huber Verlag, 2001

SGB – Sozialgesetzbuch Band I, SGB I, SGB IV, SGB V (Auszüge), SGB VI, SGB IX, SGB X. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt, Seekasse. Im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Stand März 2004

Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Müller IW.: Lithium plus valproate as maintenance polypharmacy for patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 18, 38-49, 1998

Strakowski, S., McElroy, S., Keck, P., West, S.: Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder *Am. J. Psychiatry* 153, 674-676, 1996

Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 6.Juli 2004, Wiesbaden 2004

Suppes, T., Dennehy, E.B., Hirschfeld, R.M. et al.: The Texas implementation of medication algorithms: Update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. *J Clin. Psychiatry* 66, 870-886, 2005

Walden, J., Grunze, H.: Differentialindikation von Lithium, Carbamazepin und Valproat bei bipolaren affektiven Erkrankungen. *Fundamental Psychiatria* 13,194-202, 1999

Walden, J., Grunze, H.: Bipolare affektive Störungen, Ursachen und Behandlung. Thieme Verlag, Stuttgart, 3. Auflage, 2003

Walden, J., Grunze, H., S. Schlösser et al: Empfehlungen für die Behandlung bipolarer affektiver Störungen. *Psychopharmako-therapie* 6, 115-123, 1999

Walden, J., Hesslinger, B., van calker, D., Grunze, H.: Addition of lamotrigine to valproate may enhance efficacy in the treatment of bipolar affective disorder. *Pharmacopsychiatry* 29, 193-195, 1996

Walden, J., C. Normann, J. Langosch, H. Grunze: Wirksamkeitsprädiktoren für Phasenprophylaktika (Stimmungs-stabilisierer) bei bipolaren affektiven Störungen. *Fortschr. Neuro. Psychiatr.* 67, 75-80, 1999

Walden, J., Schaerer, L., Schloesser, S., Grunze, H.: An open longitudinal study of patients with bipolar rapid cycling treated with lithium or lamotrigine for mood stabilization. *Bipolar Disorders* 2, 336-339, 2000

7 Lebenslauf

Name	Kurt Dahmen
Persönliche Daten	
Geburtsdatum / Ort:	21. Juni 1952 in Kaiserau jetzt Kamen
Familienstand:	verheiratet
Eltern:	Jakob und Annelen Dahmen
Schulbildung	
1958 – 1966	kath. Volksschule in Kaiserau/Kamen
1966 – 1968	Gewerbeschule in Unna
1968 – 1972	Abgeschlossene Lehre zum Starkstromelektriker und Elektroniker bei der Deutschen Bundesbahn in Dortmund
1969 – 1972	Fachoberschule in Dortmund - Abendform
1972 – 1975	Abitur auf dem Westfalenkolleg in Dortmund
Studium	
WS 1976 – SS 1983	Vorkl. Studium der Humanmedizin in Köln. Klin. Studium und Staatsexamen in Essen
6. Mai 1983	Approbation als Arzt
Weiterbildung	
1983 – 1986	Assistenzarzt in der chirurgischen Abteilung des Gertrudishospitals in Westerholt
1986 – 1988	Funktionsoberarzt in der LVA-Klinik Norderney Innere Medizin
Aug. 1988	Gutacher der LVA Westfalen in Gelsenkirchen
Juni 1990	Erhalt der Bezeichnung Sozialmedizin
März 1996	Erhalt der Bezeichnung Rehabilitationswesen
April 1991	Facharzt für Allgemeinmedizin
Juni 2002	Medizinaldirektor und Leiter der Ärztlichen Begutachtungsstelle der LVA-Westfalen in Gelsenkirchen