

Berichtsbitte der CDU zu bipolaren Störungen zur Deputationssitzung am 07.02.2017

Schriftlicher Bericht zu den Fragen:

1. Wie viele Patienten mit bipolaren Störungen wurden 2014, 2015 und 2016 jeweils als Notfälle in der Psychiatrie des Klinikums Bremen Ost behandelt?
2. Wie viele dieser Patienten wurden innerhalb einer Woche ohne eine Therapie/Medikation entlassen, wie viele erhielten eine Therapie/Medikation bzw. eine ambulante Behandlung und wie viele verblieben für längere Zeit in der stationären Behandlung?
3. Welche Therapie bzw. Medikation erfolgt in der Regel in solchen Fällen? Wie wird sichergestellt, dass Patienten mit akutem Suizidrisiko nicht vorzeitig entlassen werden? Zu welchem Zeitpunkt wird geprüft, ob die Patienten noch selbstständig Entscheidungen treffen können?
4. Wie wird von wem bei Entlassung eine ambulante Weiterbehandlung sichergestellt?
5. Wegen wie vieler ärztlicher psychiatrischer Kunstfehler hat die Staatsanwaltschaft Bremen seit 2014 mit jeweils welchen Ergebnissen ermittelt?
6. Welche Möglichkeiten bestehen für Angehörige sich wegen möglicher ärztliche psychiatrische Kunstfehler beraten bzw. Gutachten erstellen zu lassen?

Die Fragen der Fraktion der CDU beantwortet die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wie folgt:

1. Wie viele Patienten mit bipolaren Störungen wurden 2014, 2015 und 2016 jeweils als Notfälle in der Psychiatrie des Klinikums Bremen Ost behandelt?

Die Zahlen zur Häufigkeit bipolarer Störungen (ICD-10 F31 Kategorie) können aus der Anlage 1 entnommen werden.

Trotz der im Vergleich mit schizophrenen Störungen und anderen affektiven Störungen selten auftretenden bipolaren Störung werden diese am Klinikum Bremen Ost mit ca. 100 Fällen vergleichsweise häufig behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer von ca. 30 Tagen ist im Wesentlichen konstant. In der Regel handelt es sich um Akutaufnahmen ohne vorausgegangene stationäre Behandlungsplanung. Nicht selten erfolgen die Aufnahmen auch nach PsychKG oder im Rahmen des Betreuungsrechts. Eine diagnosespezifische Auswertung der Unterbringungszahlen liegt derzeit nicht vor. Vorwiegend erfolgt eine Unterbringung in manischen Phasen.

2. Wie viele dieser Patienten wurden innerhalb einer Woche ohne eine Therapie/Medikation entlassen, wie viele erhielten eine Therapie/Medikation bzw. eine ambulante Behandlung und wie viele verblieben für längere Zeit in der stationären Behandlung?

Die Frage der Behandlung ohne Therapie bzw. ohne Medikation kann aufgrund des erforderlichen hohen Personalaufwands nicht exakt beantwortet werden, weil alle Akten im Einzelverfahren durchgesehen werden müssten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die ganz überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten auch pharmakologisch behandelt werden, da es sich sowohl bei depressiven als auch bei manischen Phasen im Rahmen einer bipolaren Störung fast immer um schwere Behandlungsverläufe handelt. Die Zahlen zum längeren Verbleib in der Behandlung können Sie dem Tabellenanhang entnehmen.

3. Welche Therapie bzw. Medikation erfolgt in der Regel in solchen Fällen? Wie wird sichergestellt, dass Patienten mit akutem Suizidrisiko nicht vorzeitig entlassen werden? Zu welchem Zeitpunkt wird geprüft, ob die Patienten noch selbstständig Entscheidungen treffen können?

Bei der Auswahl der Medikation ist zunächst zu unterscheiden, ob es sich um eine depressive Phase im Rahmen eines bipolaren Verlaufs, oder um eine manische Phase handelt. Im letzteren Fall steht pharmakologisch die Behandlung mit einem sogenannten „Moodstabilizer“ oder einem „Second-Generation-Antipsychotikum“ zur Verfügung. Etwas schwieriger gestaltet sich die Frage der Behandlung der sogenannten bipolaren Depression. Hier wird laut Leitlinien primär eine Behandlung mit einem „Second-Generation-Antipsychotikum“ vorgeschlagen. Alternativ kann insbesondere bei schweren Fällen zusätzlich ein Antidepressivum eingesetzt werden. Daneben stehen je nach Behandlungsverlauf und Häufigkeit Maßnahmen insbesondere der Psychoedukation, der aktuellen Konfliktentschärfung und die Vermittlung eines funktionalen Krankheitsverständnisses im Mittelpunkt der spezifischen nicht pharmakologischen Therapieanstrengungen. Zudem ist die Erarbeitung eines Vorbeugungs-/Rückfallprophylaxe-Konzeptes von großer Bedeutung, da bipolare Störungen in der Regel mit einer hohen Rückfallfrequenz einhergehen und deshalb in der Regel eine Langzeitbehandlung erforderlich ist.

In den Behandlungsregeln bei affektiven Erkrankungen inklusive bipolarer Störungen ist immer auch die Prüfung der Suizidalität vorgesehen, da diese häufig Teil der Symptomatologie ist. Diese wird sowohl bei der Aufnahme als auch im Verlauf geprüft. Bei akutem Suizidrisiko erfolgt in aller Regel keine Entlassung, sondern ggf. eine Unterbringung nach PsychKG oder Betreuungsgesetz. Die Unterbringungsgesetze verlangen eine unmittelbare Gefährdung, die auch im Falle einer frühzeitigen Entlassung nicht unbedingt gegeben ist. Ein erhöhtes Basisrisiko im Rahmen einer psychischen Erkrankung ist allein noch kein ausreichender Unterbringungsgrund.

Bei schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere aus dem Bereich der bipolaren Störungen, oder auch psychotischen Erkrankungen wird immer fortlaufend, sowohl bei Aufnahme als auch im weiteren Verlauf geprüft, inwieweit Patientinnen und Patienten

selbständig Entscheidungen treffen können. Insbesondere bei Behandlungsende wird dies mit besonderer Aufmerksamkeit geprüft.

4. Wie wird von wem bei Entlassung eine ambulante Weiterbehandlung sichergestellt?

Die Entlassung in ambulante Behandlung erfolgt in aller Regel in Absprache mit den Patientinnen und Patienten. Sie bekommen einen vorläufigen Entlassbrief ausgehändigt, der an die Weiterbehandlerin oder den Weiterbehandler gerichtet ist. Bei Personen mit bipolarer Störung überwiegt die Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten, teilweise auch über die psychiatrischen Institutsambulanzen, insbesondere wenn manische Verläufe den Behandlungsverlauf bestimmen.

Ergänzend sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Antworten eine generelle Übersicht über Behandlungsansätze bei bipolaren Störungen darstellen, aus denen keine Rückschlüsse über Einzelbehandlungen in einem konkreten Fall gezogen werden können.

5. Wegen wie vieler ärztlicher psychiatrischer Kunstfehler hat die Staatsanwaltschaft Bremen seit 2014 mit jeweils welchen Ergebnissen ermittelt?

Die zur Beantwortung erforderlichen Daten werden statistisch nicht erfasst. Eine gezielte Suche nach entsprechenden Ermittlungsverfahren im Vorgangssystem der Staatsanwaltschaft ist daher nicht möglich. Erfasst werden zwar die Verfahren in Bezug auf ärztliche Tätigkeiten, eine weitere Differenzierung nach der behandelnden ärztlichen Fachdisziplin ist systemseitig aber nicht vorgesehen.

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in dem Berichtszeitraum lediglich ein Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts eines psychiatrischen Behandlungsfehlers durchgeführt wurde.

Hier handelte es sich um den auch aus der Presse bekannten Fall des Suizids einer Patientin während einer Beurlaubung von der stationären Behandlung.

Das Ermittlungsverfahren ist durch Verfügung der Staatsanwaltschaft vom 21.07.2016 gem. § 170 Abs. 2 StPO eingestellt worden. Die hiergegen erhobene Beschwerde blieb ohne Erfolg. Die Mutter der Patientin betreibt derzeit das Klageerzwingungsverfahren vor dem Hanseatischen Oberlandesgericht in Bremen. Eine Entscheidung ist noch nicht bekannt.

6. Welche Möglichkeiten bestehen für Angehörige sich wegen möglicher ärztliche psychiatrische Kunstfehler beraten bzw. Gutachten erstellen zu lassen?

Zur Beratung bzw. zur Erstellung von Gutachten stehen grundsätzlich verschiedene Wege offen:

- Die UPD Patientenberatung Deutschland bietet telefonische Beratung, Online-Beratung und in Bremen auch persönliche Beratung.
- Die Krankenkassen können den MDK zur Unterstützung bei vermuteten Behandlungsfehlern einschalten. Hierbei können Beschwerden einem Gutachter oder einer Gutachterin des MDK, der bzw. die mit der Problematik im Arzthaftungsrecht vertraut ist, vorlegen. Liegt ein begründeter Verdacht vor, wird ein ausführliches wissenschaftlich-begründetes Gutachten erstellt. Den Versicherten entstehen hierbei keine direkten Kosten. Mit diesem Gutachten kann eine Einigung außergerichtlich im Sinne eines Vergleiches mit der Haftpflichtversicherung angestrebt werden.

Die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern für Arzthaftpflichtfragen bietet Patienten und Patientinnen eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Dabei soll allen Beteiligten eine objektive, kompetente und an aktuellen ärztlichen und rechtlichen Standards orientierte Streitbeilegung ermöglicht werden. Grundsätzlich ist die Einholung eines externen Sachverständigengutachtens vorgesehen. Die Tätigkeit der Schlichtungsstelle endet mit einer Stellungnahme zur Haftpflicht dem Grunde nach.

Beschlussvorschlag

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz zum Sachstand "bipolare Störungen" zur Kenntnis.

Anlage 1

Auswertungsjahr 2014

Fälle mit F31.. Diagnosen insgesamt	99
davon vollst.	75
Entlassungen gegen ärztlichen Rat	12
Entlassungen ohne Absprache	5
Aufenthaltsdauer stationärer Patienten Durchschnitt	30,76
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 0 -3 Tagen	7
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 4-7 Tagen	6
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 8-14 Tagen	10
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 15 -21 Tagen	10
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 22 - 28 Tagen	8
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 29 - 35 Tagen	5
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 36 - 42 Tagen	4
über 42 Tage Aufenthaltsdauer	25

Auswertungsjahr 2015

Fälle mit F31.. Diagnosen insgesamt	86
davon vollst.	68
Entlassungen gegen ärztlichen Rat	5
Entlassungen ohne Absprache	13
Aufenthaltsdauer stationärer Patienten Durchschnitt	28,33
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 0 -3 Tagen	7
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 4-7 Tagen	8

Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 8-14 Tagen	8
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 15 -21 Tagen	13
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 22 - 28 Tagen	6
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 29 - 35 Tagen	8
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 36 - 42 Tagen	4
über 42 Tage Aufenthaltsdauer	14

Auswertungsjahr 2016 (01.01.2016 - 28.12.2016)

Fälle mit F31.. Diagnosen insgesamt	124
davon vollst.	104
Entlassungen gegen ärztlichen Rat	13
Entlassungen ohne Absprache	7
Aufenthaltsdauer stationärer Patienten Durchschnitt	29,6
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 0 -3 Tagen	21
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 4-7 Tagen	7
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 8-14 Tagen	14
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 15 -21 Tagen	7
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 22 - 28 Tagen	9
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 29 - 35 Tagen	11
Fälle mit einer Aufenthaltsdauer vom 36 - 42 Tagen	10
über 42 Tage Aufenthaltsdauer	25