

Jahresthema 2019

«Neue Spezialstation im Spital»

Neue Spezialstation (Wernicke) für moderne psychiatrische Behandlungen

Autoren: Prof. Dr. med. Sebastian Walther, Mariette Botta, Doris Kunz, Dr. med. Michael Strehlen

Immer wieder erreichen uns Patienten, deren Erkrankungen eine ganz besondere Herausforderung für die Behandelnden darstellen. Dies tritt oft im Kontext von schwer zu behandelnden oder seltenen Erkrankungen auf. Meist stellt sich dann die Frage, welche Fachdisziplin am ehesten geeignet sei und damit wer die beste Versorgung für die Betroffenen gewährleisten könne. Insbesondere wünschen Teams somatischer Kliniken schnell die Übernahme von Patienten in psychiatrische Kliniken, sobald psychische Störungen die Behandlung im Spital verkomplizieren. Gleichzeitig hoffen auch viele Teams psychiatrischer Kliniken darauf, dass psychische Patienten mit komplexen Erkrankungen möglichst rasch von Spezialisten anderer Fächer übernommen werden. Die Trennung von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen hat vorwiegend organisatorische und traditionelle Gründe, wird aber der Realität von Betroffenen keinesfalls gerecht.

Herausforderungen am Beispiel der Katatonie

Ein deutliches Beispiel für dieses Dilemma ist die Katatonie, bei der es sich um ein Syndrom handelt, das vorwiegend die motorische Kontrolle beeinträchtigt. Die Betroffenen können sich nicht mehr frei nach ihrem Willen bewegen, sondern sind entweder regungslos mit angespannten Muskeln in bizarren Positionen verhaftet oder liegen regungslos im Bett oder sie führen unsinnige, bizarr wirkende, sich ständig wiederholende Bewegungen durch, sogenannte Rituale oder Stereotypen. Diese massiven Bewegungsstörungen führen dazu, dass sich die Betroffenen zum Teil nicht mehr selbst ernähren können bis hin zur vollkommenen Hilflosigkeit. Besonders gefürchtet sind dabei Komplikationen wie Temperaturanstieg (Fieber) oder Unregelmässigkeiten in Blutdruck und Puls. Im Rahmen des Syndroms können Patienten als Folgeerkrankungen auch Lungenentzündungen, Mangelernährung der Thrombosen erleiden. Die Störung der Bewegung tritt auf, obwohl der Bewegungsapparat, Knochen, Muskulatur, Nerven vollkommen

intakt sind. Das Problem wird im Gehirn bei der Verschaltung verschiedener Bewegungsimpulse vermutet, ist bis heute jedoch nicht vollkommen geklärt. Katatonien können im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie auftreten, aber auch mit Delirien assoziiert sein, bei medizinischen Erkrankungen oder auch ganz spontan bei bislang gesunden Menschen vorkommen. Während katatone Syndrome bei akuten psychiatrischen Erkrankungen bis zu 10% der stationären Eintritte ausmachen, sind sie sonst eher selten und werden im Kontext von somatischen Erkrankungen praktisch nie vermutet. Das Syndrom ist gut behandelbar, wenn es rasch erkannt und geeignete Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Die Behandlung liegt in der Verhinderung schwerer Folgeschäden, z.B. durch Thrombosen, und in einer Kombination aus medikamentöser Therapie, Physiotherapie und bei schweren Fällen auch Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Auf Grund der Komplexität der Erkrankung und der möglichen massiven Verschlechterung mit Notwendigkeit von parenteraler Ernährung und Monitorisierung der Herz-Kreislauf-

Parameter werden bei schweren Katatonien in psychiatrischen Kliniken schnell die Kollegen der Somatik gerufen und der Wunsch ist gross, diese Patienten in eine spezialisierte Abteilung, z.B. eine Intensivstation zu verlegen. Umgekehrt ist es so, dass am somatischen Spital Menschen mit neuen katatonen Syndromen beispielsweise auf Notfallstationen vorstellig werden und dann zunächst neurologisch abgeklärt werden, weil ja die Bewegung nicht funktioniert. Im Ausschlussverfahren ist nach einigen Tagen klar, dass es sich dabei nicht um Schlaganfälle, Hirnblutungen, Epilepsien oder Multiple Sklerose handelt; weshalb dann Psychiater gerufen werden mit der Frage nach Katatonie und Übernahme des Patienten. Auf beiden Seiten, von der Somatik und der Psychiatrie aus, entsteht jeweils der Eindruck, man sei nicht geeignet für die komplexe Situation der Betroffenen. Unter anderem wurden wegen solcher Patienten in den letzten Jahren Konsiliardienste von Psychiatern an somatischen Spitälern ausgebaut, wobei dann von Arzt zu Arzt eine Information über psychiatrische Krankheitsbilder geschehen kann, die jedoch meist

nicht ausreicht, um der komplexen Situation Herr zu werden. Diese Patienten brauchen ein interdisziplinäres Behandlungsteam, bei dem alle Berufsgruppen beteiligt sind. Gleichzeitig hat z.B. die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern seit Jahren im stationären Bereich Betten mit Monitorisierungsmöglichkeit, um Patienten in komplexeren gesundheitlichen Situationen gut überwachen zu können. Allerdings ist das Gelände der Universitätsklinik an der Bolligenstrasse mehr als 5 km entfernt vom übrigen Universitätsspital. Für eine verbesserte Versorgung solcher Patienten wäre es hilfreich, die Spezialisten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wären mit ihrem Knowhow auf dem Gelände des Inseleospitals mit einer eigenen Station vertreten.

Im Dezember 2017 wurde nach einigen Umbaumaassnahmen diese Möglichkeit geschaffen. Es eröffnete die neu geschaffene Station Wernicke. Die Aufgabe dieser Abteilung ist es, komplexere psychiatrische Erkrankungen auch auf dem Gelände des Inseleospitals behandeln zu können.

Psychiatrische Tertiärmedizin ist interdisziplinär

Die neue Station wurde nach einem Pionier psychiatrischer Forschung benannt, nämlich

Prof. Carl Wernicke, der vor mehr als 100 Jahren für verschiedene psychiatrische und neurologische Symptome grundlegende Erkenntnisse gewonnen hat, die zum Teil noch heute gültig sind. So beschrieb er relevante Funktionen des menschlichen Sprachsystems aber auch Mechanismen für akustische Halluzinationen oder Bewegungsstörungen. Die Station Wernicke ist eingebettet in der Psychiatrischen Poliklinik an der Murtenstrasse und somit in 100 m Entfernung vom ambulanten Neurozentrum oder 200 m Entfernung von der interdisziplinären Notfallstation des Inseleospitals. Ausgestattet ist sie mit 18 Betten, wovon 2 mit fixen Monitorplätzen ausgerüstet sind zur Überwachung von Patienten auf Intermediate Care – Niveau. Für die Station wurde ein neues Team zusammengestellt, das sich auf pflegerischer Seite aus verschiedenen Fächern rekrutiert. Der sogenannte Skill-Grade-Mix setzt sich zusammen aus 10.6 Stellen diplomierter Pflegefachpersonen HF/FH und 3.7 Stellen von Fachfrauen Gesundheit (FAGE). Die fachlichen Spezialisierungen der Pflegefachpersonen beinhalten Psychiatrische Pflege, Intensivpflege, Notfallpflege, Neurorehabilitation, Langzeitpflege, sowie allgemeine somatischen Pflege. Die Pflegemitarbeitenden besitzen also sehr unterschiedliche, spezielle Erfahrungen, Kenntnisse und Fertigkeiten. Diese Mischung ist ideal, um den komplexen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Gleichzeitig können die Mitarbeiten-



Monitorzimmer auf Station Wernicke mit einem zusätzlichen Fenster in Richtung Stationszimmer.

den im Alltag viel voneinander lernen. Wie auf den übrigen Stationen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gibt es einen Oberarzt und zwei Assistenzärzte sowie eine Psychologin. Ebenfalls gehören zum Behandlungsteam eine Physiotherapeutin, eine Ergotherapeutin und eine Bewe-

gungstherapeutin. Interberufliche Zusammenarbeit innerhalb der Psychiatrie wird auf der Station Wernicke in besonderem Mass gelebt. Die Integration der verschiedenen Vorkenntnisse und das Etablieren von Standards ist eine interessante Herausforderung für das Führungsteam der Station. Insbeson-

dere die Nähe zur Somatik erlaubt auch die interdisziplinäre, fächerübergreifende Versorgung von Patienten. So gibt es beispielsweise intensive Zusammenarbeit mit dem Neurozentrum.

Prinzipiell eignet sich die Station für die Behandlung von Menschen mit Katatonie, schweren therapieresistenten Depressionen, Essstörungen oder neuro-psychiatrischen Erkrankungen wie beispielsweise Tic-Störungen oder Parkinson Erkrankten, die gleichzeitig an Depression leiden. Gerade im Bereich der Katatonien erreichen die Station viele Zuweisungen aus dem gesamten Inselehospital aber auch aus entfernteren Schweizer Kliniken. Für die Behandlungen dieser Patienten ist ein geschultes Team wichtig, das komplexe medikamentöse, nichtmedikamentöse Behandlung anbieten kann. Zur Mobilisation dieser schwer bewegungsgestörten Menschen sind auch viele Interventionen der Pflege und Physiotherapie notwendig. Gleichzeitig ist es bei schwereren katatonen Fällen erforderlich, Elektrokonvulsionstherapie (EKT) anzuwenden. Diese Behandlung hilft hocheffizient bei Katatonien oder therapieresistenten Depressionen. Früher wurde die EKT vorwiegend ambulant angeboten bzw. Patienten vom stationären Bereich der Universitätsklinik ins Inselehospital für die jeweilige Behandlung verlegt. Heute ist

auf Grund der räumlichen Nähe zwischen Station Wernicke und dem Zentralen Aufwachraum des Inselehospital, wo die Behandlungen stattfinden, das Angebot integriert. Für die Elektrokonvulsionstherapie, deren Vor- und Nachbereitung rund eine Stunde dauert, sind die Patienten im Aufwachraum der Anästhesie und ansonsten in stationärer psychiatrischer Behandlung auf Station Wernicke.

Neue Behandlungstechniken durch Hirnstimulation

Die moderne psychiatrische Behandlung bei komplexeren, schweren Erkrankungen erfolgt durch die Integration mehrerer Verfahren. Häufig umfasst die Behandlung dieser komplexeren Patienten intensivierete medikamentöse Therapie, spezialisierte Psychotherapie-Verfahren und Neurostimulationsverfahren wie EKT oder transkranielle Magnetstimulation (TMS). Die verschiedenen Methoden müssen sinnvoll miteinander kombiniert, überwacht und aufeinander abgestimmt werden. Idealerweise erfolgt diese komplexere Behandlung innerhalb eines Teams. Aufgrund der Eingliederung in der psychiatrischen Poliklinik mit ihren Spezialsprechstunden und der Lage auf dem Gelände des Inselehospital kann die Station Wernicke diese neue Herausforderung besonders gut leis-

ten. Eine wichtige Patientengruppe sind dabei chronisch depressiv erkrankte Menschen, bei denen die herkömmliche Behandlung nicht ausreichend hilft. In der Fachliteratur spricht man von Therapieresistenz wenn mindestens zwei Behandlungsversuche von ausreichender Dauer und Dosis nicht erfolgreich waren. Bei rund einem Drittel aller Depressionen kommt es zur Therapieresistenz.

In den letzten Jahren sind Stimulationsmethoden erforscht worden, die es erlauben psychiatrische Erkrankungen nicht nur psychotherapeutisch und pharmakologisch zu behandeln, sondern auch durch gezielte Anregung oder Hemmung von Hirnarealen zu beeinflussen. Die EKT ist das älteste dieser Verfahren, das seit 80 Jahren angewendet wird. Auch bei Menschen mit chronischer und schwerer Depression kann die EKT bei bis zu 80% der Betroffenen eine deutliche Verbesserung hervorrufen, bei 60% sogar die depressive Episode beenden. Kein anderes Verfahren in der Psychiatrie ist bei dieser Erkrankung so effektiv. Die moderne EKT wird in Kurznarkose und unter völliger Muskelrelaxation durchgeführt und dauert wenige Minuten. In Vollnarkose wird dem Patienten mit zwei Elektroden am Kopf ein kurzer Strom von wenigen Millisekunden appliziert, der zu einem epileptischen Anfall führt, welcher für 30 – 90 Sekunden anhält.

Danach wird die Narkose wieder aufgehoben, der Patient erwacht und spürt in der Regel ausser leichten Kopfschmerzen kaum Nebenwirkungen. Für die Behandlung einer komplexen Depression sind Serien von 12 EKT notwendig, die in der Regel 3 x pro Woche für 4 Wochen angewendet wird. Bereits nach der 3. – 5. Sitzung merkt das Behandlungsteam eine deutliche Verbesserung bei den Betroffenen. Es kommt zu einer Aufhellung der Stimmung und zu einer deutlichen Vermehrung von Energie und Lebenswillen. Die EKT ist eine sichere Methode, die wie alle anderen psychiatrischen Behandlungsformen nach einer intensiven Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen, auf Wunsch der Betroffenen durchgeführt wird. Wie alle Hirnstimulationsverfahren wird die EKT in der Regel nicht allein angeboten, sondern mit Medikamenten und Psychotherapie kombiniert.

Deutlich jünger ist die transkranielle Magnetstimulation (TMS), die seit den 1990er Jahren die Depressionsbehandlung sinnvoll ergänzt. Diese Behandlung kann am wachen Patienten durchgeführt werden und bedarf keiner intensiv-medizinischen Überwachung. Mittels einer Magnetspule wird am Schädel ein Magnetfeld erstellt, das unterhalb der Schädeldecke, in der Hirnrinde ein elektrisches Feld erzeugt und dort lokal Hirnregio-

nen hemmen oder erregen kann. Bei der Behandlung der Depression beispielsweise wird über dem linken Präfrontalkortex erregend stimuliert in täglichen, halbstündigen Sitzungen für 3 Wochen. Wirksam ist die TMS auch bei Stimmenhören, sogenannten akustischen Halluzinationen, bei denen die Hörrinde mittels TMS gehemmt wird. Aktuell laufen viele Studien, um eine Reihe anderer Erkrankungen auch spezifisch mit TMS zu behandeln, so z.B. Tinnitus, Schmerzstörungen, Zwangserkrankungen oder auch motorische Symptome der Schizophrenie. Für die klinische Anwendung hat die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mehrere TMS-Geräte, eines davon steht in der Psychiatrischen Poliklinik, weshalb auch auf der Station Wernicke TMS für bestimmte Indikationen angeboten werden kann.

Auf Grund der engen langjährigen Zusammenarbeit im Neurozentrum zwischen Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie ist es zudem möglich, auch neue invasive Methoden der Hirnstimulation in die Psychiatrie zu bringen. In den letzten 20 Jahren hat sich die Tiefe Hirnstimulation bei Bewegungsstörungen wie z.B. Parkinson oder Tourette-Syndrom als Behandlungsmöglichkeit bei schwersten Fällen etabliert. Dabei wer-

den millimeterdünne Elektroden in bestimmte Hirnkerne während einer neurochirurgischen Operation eingebracht und mit einem Schrittmacher aussen verbunden, so dass durch gezielte Impulse eines Schrittmachers krankhafte Regelschleifen im Bewegungssystem gestört werden können. Durch diese Eingriffe erlangen Patienten ein grosses Mass an Lebensqualität. In den letzten 10 Jahren gab es weltweit auch Bemühungen, Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen mit dieser invasiven Hirnstimulationsmethode zu helfen. So konnten gute Erfolge erzielt werden bei Patienten mit chronischer Depression, bei denen auch die EKT und andere Verfahren im Vorfeld nicht helfen konnten. Für eine kleine Gruppe von Patienten mit z.T. jahrzehntelangem Leidensweg, die auf intensive Behandlung mittels Psychotherapie, Medikamenten und EKT nicht ansprechen, gibt es die Möglichkeit einer tiefen Hirnstimulation bei chronischer Depression. Diese Behandlung befindet sich noch in einem Frühstadium der Entwicklung, so dass jeder Einzelfall sehr sorgsam abgewogen und geplant werden muss. Die Behandlung ist dadurch komplex, dass der Schrittmacher feineingestellt werden muss, während gleichzeitig die klassische Behandlung mit Psychotherapie und

Pharmakotherapie ebenfalls langfristig angepasst werden muss. Hier arbeiten Psychiater, Neurologen und Neurochirurgen eng zusammen. Die Station Wernicke bietet für diese wenigen, aber hochkomplexen Fälle ein ideales Umfeld.

Fazit

Die neue Station existiert nun seit etwas mehr als einem Jahr und konnte einigen Patienten mit Katatonie oder therapieresistenten Depressionen sehr effizient helfen. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind in der Regel sehr zufrieden mit unserem Angebot. Für die Psychiatrie ergibt sich die Möglichkeit, schwerstkranken Patienten in besonderer Konstellation auf hohem universitärem Niveau zu behandeln, wie es unter anderen Umständen nicht möglich wäre. Die neuen Möglichkeiten stellen uns immer wieder vor frische Herausforderungen, die z.T. mit alten Personalschlüsseln nicht wirklich zu bewältigen sind. Die Ausstattung der Station ist nicht besser als die anderen psychiatrischen Einheiten und damit deutlich schlechter als vergleichbaren Intermediate-Care-Stationen in der Somatik. Die Möglichkeiten der Station werden auch von unseren Fachkollegen in der Somatik sehr geschätzt. Hier lässt sich

nur erahnen, welches Potential sich böte, wäre die Psychiatrie nicht vor den Toren der Stadt, sondern Teil des Universitätsspitals am gleichen Standort.