



Jahresthema 2019

«Neue Spezialstation im Spital»

Neue Spezialstation (Wernicke) für moderne psychiatrische
Behandlung am Inselspital in Bern

Ein aktueller Bericht von Prof. Dr. med. S. Walther, M. Botta,
D. Kunz, Dr. med. M. Strehlen



Kantonal-Bernischer Hilfsverein für psychisch Kranke

Wer wir sind

Unser Verein wurde 1880 von Berner Pfarrern gegründet und viele Jahrzehnte durch kirchennahe Strukturen getragen. Heute sind wir ein konfessionell unabhängiger Verein, aber nach wie vor mit einer engen Verbindung zur Evang.-reformierten Kirche des Kantons Bern. Wir finanzieren uns in erster Linie durch Spenden und Kirchenkollekten, aber auch durch Legate und Erbschaften.

Was wir anbieten

- Wir unterstützen Menschen finanziell, die infolge einer psychischen Erkrankung in finanzielle Schwierigkeiten geraten sind, mit dem Ziel, ihre Lebensqualität und Integration zu verbessern.
- Wir fördern Projekte, Einrichtungen, Gruppen und Institutionen, die Begleitung, Unterstützung und Integration psychisch kranker Menschen anbieten.
- Diese Unterstützungen erstrecken sich ausschliesslich auf das Berner Kantonsgebiet.

Richtlinien für Unterstützungsgesuche

1. Grundsatz

Unser Verein gewährt dort Unterstützungen, wo keine anderen Geldgeber zuständig oder vorhanden sind und ungedeckte Restbeträge anstehen. Dies bedeutet, dass der Hilfsverein keine Leistungen ausrichtet, wenn Sozialfürsorge, IV, Krankenkasse, der Kanton, das Bundesamt für Sozialversicherungen oder Ergänzungsleistungen für finanzielle Unterstützung zuständig ist. Eine Eigenleistung Gesuchsteller wird ebenfalls geprüft.

2. Gesuche

Es müssen eine Notlage oder ein grundlegender Mangel bestehen, die das Gesundwerden oder das erreichte Lebensniveau eines psychisch kranken Menschen gefährden. Wir unterstützen Methoden, Behandlungen und Vorhaben, die der Gesundung und Wiedereingliederung dienen, aber anderweitig nicht finanzierbar sind, ebenso einmalige Mitfinanzierung rehabilitativer Aktivitäten. Therapeutische Leistungen, die durch die Krankenkassen nicht anerkannt und finanziert werden, übernimmt unser Verein in der Regel nicht.

Gesuche können Online auf unserer Webseite www.be-hilfsverein.ch eingereicht werden.



B. Schmutz Pfarrer, Bern (Präsidentin)

Editorial der Präsidentin

Der Hilfsverein für psychisch Kranke Menschen unterstützt Menschen in ihrem Wunsch, trotz und mit ihrer psychischen Krankheit möglichst gut leben zu können. Der Hilfsverein ist überzeugt, dass alle Menschen, jedoch besonders solche mit einer psychischen Erkrankung, Anspruch auf bestmögliche Lebensqualität und Würde haben. Gemäss seinen Statuten erbringt der Hilfsverein für psychisch Kranke finanzielle Leistungen, dank derer den Gesuchsteller/innen ein einigermaßen erträgliches Leben ermöglicht wird.

Das Gesundheitswesen hat in allen Versorgungsbereichen Herausforderungen zu meistern, sei es bei den Kosten, der Personalgewinnung oder der zunehmenden Digitalisierung. Speziell in der Psychiatrie ist aktuell ein riesiger Wandel im Gange: Nachdem die öffentlichen psychiatrischen Kliniken im Kanton Bern per 1.1.17 selbstständig wurden, erfolgte auf den 1.1.18 die Einführung des neuen Normkostenmodells, das Leistungen in der ambulanten und tagesklinischen Psychiatriever-sorgung in Zukunft gezielter mitfinanziert. Es ermöglicht dem Kanton bei den Listenspitälern mit Leistungsverträgen zielgerichtet und bedarfsgestützt Leistungen einzukaufen und abzugelten. Was in der Praxis gut klingt, entpuppt sich jedoch als ein radikales Sparprogramm, das mit einem bürokratischen Mehraufwand einhergeht, da alle Mitarbeitenden täglich zwischen 15 und 30 Minuten ihrer Arbeitszeit zur Erfassung der erbrachten Leistungen benötigen. Diese Zeit geht einerseits den Patient/innen ab und andererseits hat dies dazu geführt, dass einzelne psychiatrische Dienste zum Teil mehr als 30% ihrer kantonalen Zuwendung verloren haben; psychiatrische Angebote in Randregionen sind damit nicht mehr finanzierbar. Gleichzeitig sind stationäre psychiatrische Betten für die regionalen Spitalzentren eine lukrative Einnahmequelle.

Dies bedeutet, dass der volkswirtschaftlich und von Betroffenen und ihren Angehörigen erwünschte und zutiefst sinnvolle Grundsatz «ambulant vor stationär» rein betriebswirtschaftlich nicht umsetzbar ist. Dies zum Leidwesen der Betroffenen, ihren Angehörigen und den Prämienzahlerinnen und -zahler.

Obwohl sich der Kanton Bern „ambulant vor stationär“ auf die Fahne geschrieben hat und die Forschung belegt, dass die ambulante Betreuung für die meisten psychisch Kranken die bessere Genesung ermöglicht, wenn sie dank spezialisierter und mobiler psychiatrischer Betreuung in ihrem angestammten sozialen Umfeld bleiben können, bedeuten die ambulanten psychiatrischen Angebote wegen des Normkostenmodells ein Betriebsrisiko, da diese Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können.

Eine funktionierende integrierte Versorgung der Bevölkerung muss aber zwingend vom ambulanten Raum her gedacht und organisiert werden.

Zum Verein

Mein Amtsantritt als Präsidentin gestaltete sich zunächst ruhig und angenehm; dank meiner Vorstandskolleginnen und dem umsichtigen Sekretär lief die Arbeit seit Jahren speditiv und professionell. Den Vorstandsmitgliedern ist es wichtig, dass der Verein sich als verlässlicher, kompetenter und zuverlässiger Partner erweist. Dafür sind die einzelnen Vorstandsmitglieder verantwortlich: Die Vertrauensärztin und der Vertrauensarzt beurteilen zusammen mit dem Sekretär und mir als Präsidentin die Gesuche; die weiteren Vorstandsmitglieder sind in die Vorstandsgeschäfte involviert und bilden das nötige Korrektiv und die Kassierin betreut die Zahlungen, die Buchhaltung sowie die Liegenschaften. Von ihr hat sich der Verein per Ende Dezember 2018 in gegenseitigem Einvernehmen getrennt und ab dem 1. Januar 2019 führt der Sekretär in Personalunion nun auch das Kassieramt.

Ich danke allen Vorstandsmitgliedern für ihre Arbeit, für das Vertrauen, das sie mir als Präsidentin schenken und freue mich auf das nächste Jahr!

Barbara Schmutz

Organisation

Vorstand:

B. Schmutz
D. Sperling
Dr. W. Gekle
Dr. E. Jost
C. Hubacher-Eggler

F. Rossi
M. Walser
B. Wälti

Pfarrerin, Bern (Präsidentin)
Pfarrer, Aarburg (Sekretär und Kassier)
Bern (Vertrauensarzt)
Münsingen (Vertrauensärztin)
Departementsvorsteherin Sozial-Diakonie
(Vertreterin des Synodalrates
der Evang.- ref. Landeskirche)
Pfarrerin, Wynigen
Pfarrerin, Meiringen
Gümligen (Landeskirche)

Unterstützungsausschuss:

Dr. W. Gekle
Dr. E. Jost
B. Schmutz
D. Sperling

Bern (Vertrauensarzt)
Münsingen (Vertrauensärztin)
Pfarrerin, UPD Bern
Pfarrer, Aarburg



D. Sperling Pfarrer, Aarburg (Sekretär und Kassier)

139. Rechenschaftsbericht des Sekretärs

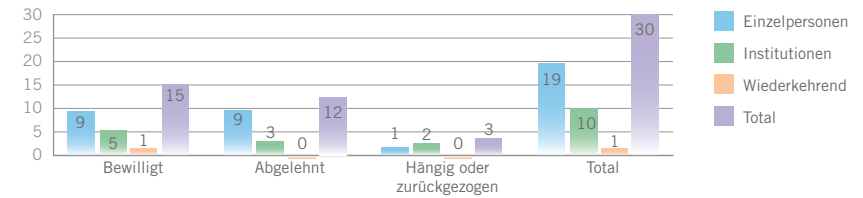
Operativer Bereich

Das abgelaufene Berichtsjahr zeichnet sich dadurch aus, dass es nur 8 Monate gedauert hat. Dies infolge unserer Umstellung. Neu führt unser Berichtsjahr vom 1. Januar bis zum 31. Dezember und nicht mehr vom 1. Mai bis 30. April. Diese Massnahme vereinfacht die Buchhaltung und die grundsätzliche Jahresübersicht.

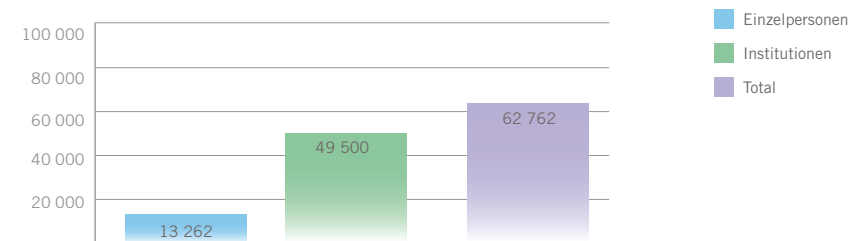
Die Anzahl der eingereichten Gesuche mit 30 entspricht pro rata 5 Gesuche weniger als im vorherigen Jahr. Trotzdem wäre es verfrüht, von einer leichten Entspannung zu reden. Die Anzahl der eingereichten Gesuche ist nach wie vor sehr hoch. Zudem gibt es dafür auch eine Erklärung (siehe im nachfolgenden Teil „Verwaltung“).

Die nachfolgenden Aufstellungen ergeben einen Überblick über die finanziellen Unterstützungen*:

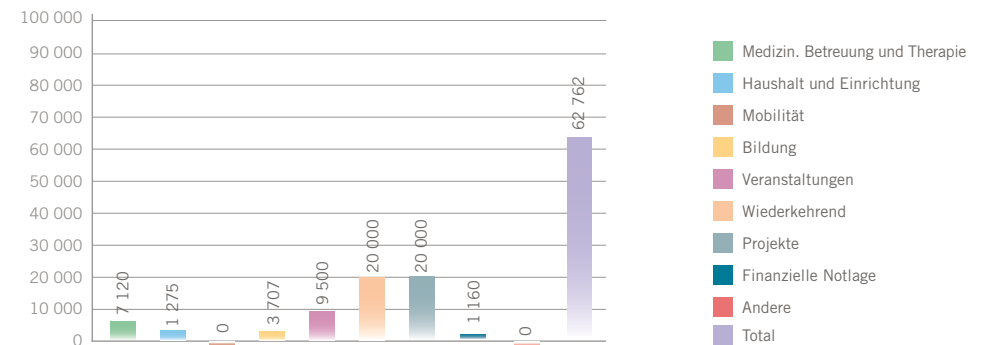
Anzahl Gesuche



Bewilligte Unterstützungen in Franken



Unterstützte Bereiche



*Die Beträge entsprechen den effektiven, eingereichten Gesuchen im Berichtsjahr und variieren zu den Bilanzen, da Bewilligung und Auszahlung sich zeitlich verschieben können.

Verwaltung

Im Vordergrund steht die vollständige Reorganisation unseres Vereins in allen Bereichen. Mit der neuen Präsidentin, Barbara Schmutz, ist auch der günstige Moment gekommen, wo willkommene Ideen und Anregungen einfließen können, die sehr wichtig und nötig sind. Barbara Schmutz hat bestens in die Vereinsführung und Zusammenarbeit gefunden. Zudem konnte inzwischen der Vorstand viel aktiver in die Vereinsführung eingebunden werden, was sehr begrüßenswert ist und die Verantwortung auch viel besser verteilt.

Im vergangenen „Kurzjahr“ wurde die Webseite auf den aktuellen Stand für alle Verbrauchergeräte gebracht. Zudem haben wir ein, für unsere Verhältnisse, riesiges Projekt realisiert: Online Gesuche. Der IT- und Sicherheitsaufwand für solch eine Plattform ist sehr hoch und kompliziert, funktioniert aber bereits hervorragend. Über die Hälfte der Gesuche wurden direkt Online eingereicht. Die übrigen haben wir gebeten, dies ebenfalls auf diesem Wege zu tun. Nur 4 Gesuchsteller haben danach auf die Einreichung verzichtet. Diese neue Plattform hat zum Ziel, dass „unseriöse“ oder unvollständige Gesuche erst gar nicht mehr eingereicht werden können. Dadurch verringert sich bei der Bearbeitung der Gesuche schon kurzfristig der Zeitaufwand. Zudem können die Gesuche nun auch viel schneller beurteilt werden, da dies neu auch über das Online-Portal durch den Unterstützungsausschuss geschieht und manchmal binnen 1 bis 2 Wochen bereits erfolgt ist. Andererseits benötigt solch eine Plattform einen Sicherheitsstandart, wie er bei Banken nötig ist, da wir sehr persönliche Informationen, wie z.B. Arztzeugnisse bearbeiten. Um diese absolute Sicherheit zu gewährleisten, benötigen wir eine sehr hohe Verschlüsselung der Daten. Das hat natürlich auch seinen Preis. Zum einen in der Konstruktion, zum anderen im Unterhalt. Unter dem Strich bleibt: Die zeitlichen Aufwendungen im Bereich Gesuche sind weniger und die Entscheidungen um vieles schneller geworden. Nutzniesser sind die Gesuchsteller, die nun deutlich besser „bedient“ werden können, aber auch unser administrativer Aufwand, der dadurch sinkt. Dem gegenüber stehen andere, neue Kosten im Bereich IT.

Auch im neuen Vereinsjahr 2019 sollte die Reorganisation weiter vorangetrieben werden. Hier steht eine Komplettrevision unserer Statuten in Bezug auf Organisation und Struktur im Vordergrund, damit wir auch hier für die Anforderungen der gewandelten Herausforderungen der Neuzeit bereit sind.

Dank

Allen Mitgliedern, Gönnern und Spendern möchten wir auch an dieser Stelle wiederum unseren herzlichen Dank für Engagement und Unterstützung aussprechen.

[Didier Sperling](#)

Jahresrechnung 2018 (1.Mai bis 31.Dezember)

	Ausgaben in CHF	Einnahmen in CHF
Unterstützungen von Patienten	14 708	
Unterstützungen von Institutionen	29 500	
Zuschüsse an geschützte Wohnungen und Werkstätten	20 000	
Jahresberichte	8 296	
Webseite (Investition)	19 416	
Allgemeine Unkosten	9 375	
Bankspesen	881	
Liegenschaftsaufwand	12 491	
Gönnereiträge		20 947
Kapitalertrag		-1 460*
Liegenschaftsertrag		56 828
Übrige Erträge		950
Total Ausgaben	114 667	
Total Ertrag		77 265
Verlust		37 402
	114 667	114 667

*Wertberichtigung Wertpapiere

Revisionsbericht

In Ausübung meines Mandates habe ich die Betriebsrechnung vom 01.05.2018 bis 31.12.2018 und die Bilanz per 31.12.2018 des Kantonal-Bernischen Hilfsvereins für psychisch Kranke geprüft. Das in der Bilanz ausgewiesene Vermögen ist vorhanden. Die im Laufe des Jahres getroffenen Buchungen sowie die Belege wurden geprüft und als richtig befunden.

Die Buchhaltung wurde exakt und übersichtlich geführt. Ich bedanke mich bei Herrn Didier Sperling für die lückenlose Buchführung.

Ich beantrage die Jahresrechnung 31.12.2018 zu genehmigen

Gümligen, im Februar 2019

Die Revisorin: Béatrice Wälti



Gesuche einreichen:

Gesuche können auf unserer Webseite eingereicht werden.

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 darstellt. 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 stationär-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.

