

Schlössli: Vergangenheit und Zukunft der psychiatrischen Versorgung

Das Schlössli feiert sein 125-jähriges Bestehen. Aufgrund des feierlichen Anlasses lud die Klinik zum Jubiläumssymposium ein. Namhafte Psychiater und Experten beleuchteten Entwicklungen in der Psychiatrie aus verschiedenen Blickwinkeln. Diskutiert wurde intensiv über die zukünftigen Herausforderungen in der psychiatrischen Versorgung. Insbesondere die mangelhafte Entwicklung in der Psychopharmakologie stellt eine Herausforderung dar.

Laut WHO-Daten waren Atemwegserkrankungen im Jahr 1990 die weltweit häufigste Erkrankung. «Im Jahre 2030 werden es die Depressionen und Angststörungen sein», sagte Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin Keck, Ärztlicher Direktor der Clenia Schlössli AG, einleitend am Symposium.

Psychische Krankheiten werden so zu einem gesellschaftlich relevanten Problem, das es zu lösen gilt. Denn die schwierige Finanzierungssituation führt zu Versorgungsproblemen, zudem fehlt ärztlicher Nachwuchs, und durchschlagende Behandlungserfolge lassen insbesondere in der Psychopharmakologie auf sich warten. Die grossen Hoffnungen, die in die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse gesetzt wurden, hätten bisher nur eine mangelnde Übersetzung in die Klinik gefunden, so fasste Prof. Martin Keck die Probleme zusammen: «Das zukünftige Ziel muss deshalb der Transfer von Grundlagenforschung in die Klinik sein.» Das würde zu einem markanten Anstieg der Bedeutung von Biomarkern führen, aber auch die Bedeutung der Umwelt für das Genom, die im Rahmen der Epigenetik erforscht wird und beispielsweise für den Bereich der Depression hohe Relevanz hat, steigern. Denn die Erkenntnisse, wie man Depressionen und andere Stressfolgeerkrankungen besser und individueller behandeln kann, seien längst vorhanden, so Prof. Keck. Der Experte ist Direktor des weltweit renommierten Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, weshalb eine enge Kooperation mit der Clenia Schlössli AG möglich ist.

Welche Entwicklungen es insbesondere in der Therapie der Depression gegeben hat, stellte Prof. Dr. Edith Holsboer-Trachsler, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression, Extraordinaria für klinische Stress- und Traumaforschung und Chefärztin der UPK Basel, dar.

Rückblick und Zukunft der Therapie von Depression, Burn-out und Angsterkrankungen

Prof. Holsboer-Trachsler sprach von einem Rückblick und nicht von der Vergangenheit in Bezug auf die Entwicklungen in der Behandlung von Depressionen. «Denn die Vergangenheit ist auch heute noch relevant für die Therapie», erklärte die Expertin. Noch in den Sechzigerjahren standen die einzelnen psychiatrischen Richtungen nebeneinander. Die Neurobiologie wurde beispielsweise separat von der Psychoanalyse gesehen. Erst Ende des 20. Jahrhunderts wandelte sich dieser Dissens im Krankheitsverständnis zum Konsens, welcher sich im biopsychosozialen Gesamtbehandlungskonzept widerspiegelt. Die Psychiatrische Universitätsklinik in Basel spielte in der damaligen Zeit eine Vorreiterrolle in der Behandlung von Depressionen. Aus der Erkenntnis heraus, dass sich therapeutische und wissenschaftliche Fortschritte wahrscheinlich nur in Spezialeinrichtungen machen lassen, entstand 1968 die erste europäische Depressionsstation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Ein weiterer Entwicklungsschritt erfuhr die Behandlung von Depressionen, als sich das «Eminenz»-basierte Konzept unter dem damaligen Direktor der PUK Basel, Paul Kielholz, hin zu einer Evidenz-basierten Medizin entwickelte. Dies mündete in die Schweizer Behandlungsempfehlungen im Jahr 2010, die einen Behandlungsalgorithmus vorsehen (1, 2). Wird bei der leichten Depression noch aktiv abgewartet und entweder mittels Psychotherapie oder einer Pharmakotherapie behandelt, erfolgt die Behandlung der mittelgradigen bis schweren Depression bereits in Kombination. Trotz einer grossen Auswahl an Antidepressiva chronifizieren auch heute noch rund 20 Prozent, bis 50 Prozent der Depressionen sprechen ungenügend auf die Therapie an, und zwei Drittel der Erkrankungen verlaufen chronisch

rezidivierend. Aufgrund der limitierten differenziellen Therapiemöglichkeiten der Depression stehe die Wissenschaft vor neuen, grossen Herausforderungen, so Prof. Holsboer-Trachsler. Dazu zählen die Aufklärung der Pathophysiologie und neurobiologische Biomarker für spezifische Therapien. Ziel einer solchen Forschung sollte die massgeschneiderte oder personalisierte Therapie sein. Ein Weg dahin könnte die diagnostische Klassifizierung zur optimalen Therapiewahl mittels RDoC sein. Die sogenannten «Research Domain Criteria (RDoC)» definieren psychische Störungen nicht nur basierend auf der klinischen Symptomatik, sondern berücksichtigen auch genetische, bildgebende und andere neurobiologische Biomarker für die Krankheitsklassifikation als Grundlage der «Precision Medicine».

Die personalisierte Therapie

Über Sinn und Unsinn in der Anwendung personalisierter Medizin sprach Prof. Andreas Papassotiropoulos, Forschungsdekan der Fakultät für Psychologie, Ordinarius und Direktor der Abteilung für Molekulare Neurowissenschaften an den UPK Basel.

Es gebe viele sinnvolle Anwendungen, so Prof. Papassotiropoulos, wie man am Beispiel der Onkologie sehen könne. Dort sei die Bestimmung der DNA von Tumoren wichtig, um zielgerichtet behandeln zu können. Bei monogenen Erkrankungen lasse sich personalisierte Medizin auch sinnvoll anwenden, weil nur ein Gen für den Ausbruch einer Erkrankung verantwortlich und daher die Prädiktion präzise sei. Bei den meisten genetisch komplexen und häufigen Erkrankungen ergebe die prädiktive Testung aber keinen Sinn. Auch sei die Fragestellung vieler Gentests unsinnig: «Heisst die Frage etwa, ob ich Ausdauer- oder Kraftsportler bin, ist das unsinnig.» Allerdings haben in den letzten Jahren Firmen mit diesen fragwürdigen Angeboten Geld gemacht. «Wir müssen falsche Schlüsse in der personalisierten Medizin vermeiden», so Papassotiropoulos. «Es handelt sich oft um statistische Aussagen anhand von Gruppenvergleichen, die nicht auf das Individuum schliessen lassen.»

In seinem Vortrag ging er auch auf die schwierige Situation im Bereich der Medikamentenentwicklung in der Psychiatrie ein: «Seit 40 Jahren hat es fast nur Weiter-, aber keine Neuentwicklungen gegeben.» Das lässt sich dadurch begründen, dass die Medikamentenentwicklung in der Psychiatrie teuer und ris-

kant, aber die Suche auch schwierig ist, weil immer noch wenig über die Biologie des menschlichen Gehirns und seiner Erkrankungen bekannt ist. Einen möglichen Ausweg oder einen gangbaren Weg sieht der Forscher in der humangenombasierten medikamentösen Entwicklung, «weil bei menschengespezifischen Erkrankungen der Mensch ein gutes Modell zu sein scheint».

Auf der Suche nach den genetischen Grundlagen des menschlichen Gedächtnisses ist der Forscher auf das KIBRA-Gen gestossen, das die Hirnaktivität in gedächtnisrelevanten Regionen des Gehirns steuert. Durch genetisches Wissen könnten neue Wege zur Behandlung eröffnet werden. Ein solcher ist vielleicht eine eigene Phase-II-Studie, die zeigt, dass auch ältere, bereits bekannte Medikamente für therapeutische Fortschritte relevant sein können. Diphenhydramin, ein altbekanntes Antihistaminikum, könnte ein solches «Target» in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sein. Das Antihistaminikum Diphenhydramin ist als Wirkstoff bereits seit 1940 bekannt.

Milieuthapeutische Konzepte aus dem Schössli

Im Bereich der Sozialpsychiatrie wurde erkannt, dass das Krankenhausmilieu als wichtiger therapeutischer Faktor erkannt und genutzt werden sollte. Eine wichtige Rolle in der Entstehung der Milieuthherapie nimmt der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Edgar Heim ein, der von 1968 bis 1977 die Psychiatrische Klinik Schössli leitete.

Milieuthherapie ist nach Heim nicht Alternative oder Gegensatz zu den therapeutischen Verfahren. Vielmehr will sie die Institution als sogenannte künstliche Familie gestalten und diese auch therapeutisch nutzen. Milieuthherapie wird als Überbegriff verstanden. Sie umfasst zwei verschiedene Aspekte, die zur Besserung des Patienten dienen: Alle Therapieformen werden koordiniert und alle Geschehnisse gewichtet,

Die Klinikgeschichte im kurzen Überblick

17. April 1889: Der Süddeutsche Johann Gottlieb Hinderer und seine Schweizer Ehefrau Anna Maria Renfer nehmen auf dem «Schössli» in Oetwil am See den ersten Patienten auf. Die männlichen Patienten arbeiten in der Landwirtschaft, die weiblichen im Hausdienst.

1920er-Jahre: Das Schössli hat über 100 Patienten und wird zur Ausbildungsstätte. Ab 1924 kommen die ersten Diakonissinnen, die bis 1979 bleiben.

1931: Dr. Werner Scheidegger wird als erster Psychiater eingestellt.

1934: Das Schössli wird zur medizinisch geführten Nervenheilstätte. Der Kanton wird Hauptgläubiger.

1950er-Jahre: Unter Dr. Max Hinderer beginnt die Säkularisierung des Schössli.

1964: Das Schössli hat 335 Betten, 115 im Bergheim und 200 Personalstellen. Das eigene Schulhaus Südhalde für Pflegeschüler wird eröffnet.

1978: Das Schössli wird Regionalklinik und nimmt alle grundversicherten Patienten aus der Region auf.

2008: Das Schössli und die Thurgauer Klinik Littenheid gründen die erste psychiatrische Privatklinikgruppe der Schweiz.

die neben den gängigen Therapien ablaufen und als therapeutisch wirksam angesehen werden. Milieuthherapie ist auf den einzelnen Kranken wie auch auf die ganze Organisation eines Krankenhauses ausgerichtet. Der Bewohner wird an den Entscheidungen mitbeteiligt und als Partner wahrgenommen. Das Leben in der Gemeinschaft soll Geborgenheit, Liebe und Zusammenhalt vermitteln.

In den Sechzigerjahren prägte dann insbesondere Max Hinderer die Gestaltung des therapeutischen Milieus im Schössli. Dem Pflegepersonal wurde eine überragende Rolle zugestanden. Die Faktoren der Partizipation und der Kommunikation nahmen für die Korrektur gestörter Beziehung weiterhin eine wichtige Rolle ein. In dieser Phase wandelten sich allerdings auch die Rahmenbedingungen: Neue Therapieverfahren entwickelten sich, zudem stieg die Bedeutung der Psychopharmakotherapie.

Mit dem Abschied von Max Hinderer im Jahr

1978 entwickelten sich neue Therapieströmungen.

Jede Generation, so zeigt sich, braucht und hat ihre eigenen Krankheits- und Therapiekonzepte, um erfolgreich zu sein oder zu bleiben. Die Praxis der Milieuthherapie war für das Schössli notwendig und lebt – wenn auch in stark geänderter Form – im Schössli bis heute weiter. Derzeit gibt es andere Herausforderungen – insbesondere ökonomischer Art – in der Behandlung seelisch kranker Menschen. Die Milieuthherapie wird aber weiterhin wichtig bleiben und deshalb weiter fortgeschrieben. ●

Annegret Czernotta

Quelle: Jubiläumssymposium 5.9.2014 in der Clenia Schössli AG, Oetwil am See.

Referenzen:

1. Holsboer-Trachsler et al.: Schweiz Med Forum 2010: 818–822.
2. Holsboer-Trachsler et al.: Schweiz Med Forum 2010: 802–809.