

JAHRESBERICHT 1999



WYSSHÖLZLI

Suchtfachklinik für Frauen

Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee, Telefon 062 956 23 56, Fax 062 956 23 59, PC 49-141-1
E-Mail: info@wysshoelzli.ch, Homepage: www.wysshoelzli.ch

Verwaltungskommission

Präsidentin	Rosmarie Glauser Linsi, Fürsprecherin Schüpfen (bis 29. April 1999) Bettina Steinlin-Plattner, Fürsprecherin Bern (ab 29. April 1999)
Vizepräsidentin	Elisabeth Stettler, Lehrerin Herzogenbuchsee
Kassier	Toni Schweizer, Buchhalter Lommiswil
Sekretärin	Corinne Althaus, PLUS-Fachstelle Langenthal
BeisitzerInnen	Heidi Fritschi, BEGES, META Fachstelle für Suchtprobleme, Ittigen Verena Gehriger Herzogenbuchsee Therese Gygax, Krankenschwester Inkwil Daniel Lüscher, Geschäftsführer des Blauen Kreuzes Bern Anna-Barbara Sterchi, dipl. Ernährungsberaterin SRK Ittigen Robert Sutter, Architekt Grossrat, Niederbipp

Rechnungsrevisoren

Renato Cattin, dipl. Buchhalter/Controller
Bettlach

Hanspeter Kocher, dipl. Buchhalter/Controller
Bellach

Klinikleitung

Elisabeth Schmidt, Gesamtleitung

Dr. med. Ursula Stirnemann, Ärztlich-Therapeutische Leitung (bis 31.8.99)

Dr. med. Martina Scheibel, Ärztlich-Therapeutische Leitung (ab 1.8.99)

Anita Rütli, Leitung Hauswirtschaft/Hotellerie (ab 1.9.99)

Manfred Ziegler, Verwaltungsleitung

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Psychiatrie/
Psychotherapie Dr. med. Ursula Stirnemann (bis 31.8.99)
Dr. med. Martina Scheibel (ab 1.8.99)

Hausärztlicher Dienst Dr. med. Karl Kraut
Dr. med. Markus Frey

Psychologie/
Psychotherapie/
Psychodiagnostik Beata Surowka
Arllette Schärer (bis 30.4.00)
Margrit Schmidlin (bis 29.2.00)
Esther Perrenoud (ab 1.3.00)
Dorothee Piek (ab 1.5.00)

Sozialarbeit Franziska Brand
Verena Weber

Ergotherapie Nora Dürr Beck (bis 31.4.00)
Corinne Kohlbrenner (ab 1.8.00)
Daniela Hälg

Pflegedienst Heidi Buchser (ab 1.8.99)
Nicole Blanc (ab 1.5.00)

Musiktherapie Hannina Kyramarios

Entspannungstherapie Daniela Hälg

Maltherapie Elisabeth Schmidiger

Schwimmen Greti Urben (bis 31.7.99)
Isabelle Salamoni
Monika Berger (ab 1.8.99)

Gymnastik Christa Breitenberger

Verwaltung/Buchhaltung Manfred Ziegler

Sekretariat Marlis von Niederhäusern
Rita Schärer

Hauswirtschaft Margrit Oesch (bis 31.8.99)
Anita Rütli (ab 1.9.99)
Christine Kneubühler
Catherine Schneider (ab 10.5.99)

Küche Susanne Etienne (bis 31.3.00)
Monika Dubach (ab 1.4.00)
Cäcilia Schori
Verena Rösch (bis 31.3.00)
Monika Müller (ab 15.3.00)

Garten Gerhard Burkhalter
Trudi Uebersax
Jeannette Uebersax
Tran Thi Lan (1.9.99–31.12.99)

Praktikantinnen Dorothee Piek (Psychologie)
Esther Perrenoud (Psychologie)
Heidi Ursenbacher (Sozialarbeit)
Savina Nielsen (Sozialarbeit)
Monika Friederich (Ergotherapie)
Eva Giger (Ergotherapie)
Nathalie Imbach (Ergotherapie)

Nachtdienst Gaby Berchtold (ab 28.2.00)
Nicole Blanc (ab 1.5.00)
Monika Bucher
Heidi Buchser
Susanne Bornhauser (bis 31.1.00)
Nora Dürr Beck (bis 30.4.00)
Sabine König (bis 30.4.00)
Ursula Näf (bis 30.9.99)
Margrit Oesch (bis 31.8.99)
Monika Rieder
und alle Praktikantinnen (bis 30.6.99)

Wochenenddienst Gaby Berchtold (ab 28.2.00)
Nicole Blanc (ab 1.5.00)
Monika Bucher
Heidi Buchser
Sabine König (bis 30.4.00)
Ursula Näf (bis 30.9.99)
Monika Rieder

Fallsupervision Bernhard Knecht, Zürich (bis 31.7.99)
Franz Käser, Burgdorf (ab 1.9.99)

Teamsupervision Klaus Rohrer, Burgdorf (ab 1.3.00)

Total bewilligte Stellen: 18,7

Bericht der Verwaltungskommission

Das Berichtsjahr war von Abschied und Neubeginn geprägt. An der Generalversammlung der Genossenschaft Wysshölzli vom 29. April 1999 trat die Präsidentin, Frau Rosmarie Glauser, nach elfjähriger Amtszeit zurück. Frau Glauser hat ihre Arbeit mit grossem Engagement, kompetent und immer auch mit Freude und Humor verrichtet. Ich möchte ihr an dieser Stelle im Namen der ganzen Verwaltungskommission für ihren grossen Einsatz danken.

Abschied nehmen mussten wir auch von der Ärztlich-Therapeutischen Leiterin, Frau Dr. med. Ursula Stirnemann, die auf Ende August in den wohlverdienten Ruhestand trat. Nach Auflösung des Vertrages mit der damaligen SPK war sie die erste Psychiaterin, welche vom Wysshölzli direkt angestellt wurde. Auch ihr gebührt unser Dank für den geleisteten Einsatz. Als Nachfolgerin und Ärztlich-Therapeutische Leiterin trat Frau Dr. med. Martina Scheibel am 2. August 1999 ihr Amt an. Dieser Wechsel symbolisiert zugleich einen Neubeginn im therapeutischen Konzept des Wysshölzli. Seit September 1999 liegt ein neuer Schwerpunkt bei der Behandlung von Frauen mit Essstörungen. Wir wünschen Frau Scheibel bei ihrer anspruchsvollen Aufgabe viel Erfolg und Befriedigung.

Seit 1999 ist das Wysshölzli nun offiziell auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgenommen. Die politische Diskussion um Sparmassnahmen im Gesundheitswesen und die Streichung von vier Akutspitälern von der Spitalliste hat beim Personal begreiflicherweise Unruhe über die berufliche Zukunft erzeugt. Auf Wunsch des Teams traf sich im Herbst 1999 eine Delegation der Verwaltungskommission mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik zu einer Aussprache. Dabei kam vor allem die Zukunft der Klinik und die Sicherheit der Arbeitsplätze zur Sprache. Es wurde klar zum Ausdruck gebracht, dass nur der gemeinsame Einsatz mit einem guten Behandlungskonzept die optimale Belegung und damit letztlich auch die Arbeitsplätze sichern kann. Obwohl die Delegation der Verwaltungskommission keine Zusicherungen abgeben konnte, wurden doch Missverständnisse aus dem Weg geräumt und Ängste abgebaut. Es war erfreulich, zu spüren, dass das Team bereit ist, die neuen Herausforderungen anzunehmen.

In diesem Zusammenhang ist auch erwähnenswert, dass das Wysshölzli beschlossen hat, am sogenannten «QuaTheDA», einem Qualitätssicherungssystem für die stationären Suchtinstitutionen

teilzunehmen, das vom Bundesamt für Gesundheit entwickelt wird. Dieses Projekt wird einerseits erhebliche Mehrarbeit mit sich bringen, andererseits erhoffen wir uns davon eine Verbesserung der Arbeitsqualität, sowie neue Impulse und einen wertvollen Erfahrungsaustausch.

Im Berichtsjahr wurden zwei Bauprojekte beschlossen: Zum einen wird die Küche im Dachgeschoss mit bescheidenem Aufwand so ausgebaut, dass eine Kochgruppe gebildet werden kann, in welcher Frauen mit Essstörungen wieder eine freudvolle und gesunde Einstellung zum Kochen und Essen lernen sollen. Zum andern wurde die Erstellung einer Fertiggarage für die Gärtnerfamilie beschlossen.

Zwei Mitglieder der Verwaltungskommission, Frau Therese Gyax sowie Frau Corinne Althaus, treten auf Ende des Berichtsjahres zurück. Auch ihnen erstatten wir unseren herzlichen Dank für die geleistete Arbeit. Wir hoffen, an der nächsten Generalversammlung zwei neue Mitglieder wählen zu können.

Zum Abschluss möchte ich der Verwaltungskommission, aber auch der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die wohlwollende und herzliche Aufnahme danken, die ich im Wysshölzli als neue Präsidentin erfahren durfte. Das vergangene Jahr hat mir einiges an Arbeit, aber auch viele interessante Erfahrungen und wertvolle Kontakte gebracht. Ich habe meine Entscheidung, dieses Amt zu übernehmen, nicht bereut.

Die Präsidentin
Bettina Steinlin-Plattner

Bericht der Leitung

Gesamtleitung

Das erste Klinikjahr liegt hinter uns. Ein Jahr mit vielen Veränderungen und Umstrukturierungen.

Aufnahme von Frauen mit Essstörungen

In den letzten Jahren wurden wir zunehmend damit konfrontiert, dass Frauen mit stoffgebundenen Süchten häufig auch an einer schweren Essstörung, wie Anorexie und Bulimie leiden. Bei vielen unserer Patientinnen ist die Essstörung primär, und die Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit kam später hinzu. Andererseits wurden wir auch öfters angefragt, Frauen aufzunehmen, welche ausschliesslich an einer Essstörung leiden.

Seit September 1999 bieten wir ein Spezialprogramm an für Frauen mit Essstörungen. Neben der bisherigen Behandlung für Frauen mit Substanzabhängigkeit können wir nun eine Kombinationsbehandlung für Frauen mit Substanzabhängigkeit und Essstörung (Anorexie, Bulimie) anbieten. Wir nehmen auch Frauen auf, die ausschliesslich an einer Essstörung ohne Substanzabhängigkeit leiden. Mit diesem ergänzenden Angebot können wir uns im Bereich der frauenspezifischen Suchtbehandlung stärker positionieren. Ausserdem hoffen wir, dadurch einem wachsenden Bedürfnis von Zuweisenden entgegen zu kommen.

Frau Dr. M. Scheibel berichtet in ihrem Beitrag über die ersten Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit Essstörungen.

Individualprogramme

Individualisierung und Flexibilisierung sind Schlagwörter, die den Klinikalltag und unser Konzept verändert haben. Viele Patientinnen sind aus unterschiedlichen Gründen unserem vollen Therapieprogramm körperlich, psychisch oder geistig nicht gewachsen. Früher hätten wir manche dieser Frauen ablehnen müssen. Heute stellen wir mit ihnen ein auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenes Therapieprogramm zusammen. Mit diesen Individualprogrammen können wir wichtige Nischenangebote machen.

In unserem Bestreben nach mehr Individualität haben wir auch unsere Rahmenbedingungen überarbeitet und vor allem die Ausgangs-, Besuchs- und Urlaubsregelung wesentlich gelockert. Ab dem 3. Wochenende können die Patientinnen Samstag/Sonntag in Urlaub gehen, sofern ihr körperlicher und psychischer Zustand und die sozialen Gegebenheiten dies erlauben. Der Urlaub wird vorgängig mit der Therapeutin besprochen. Ziel dieser individuelleren Handhabung unserer Urlaubsregelung ist, dass die Patientin im Sinne der Eigenverantwortung selber spürt, wann für sie der richtige Zeitpunkt für einen Urlaub ist.

Neue Leitungsstruktur

Mit der Anstellung einer diplomierten Hauswirtschaftlichen Betriebsleiterin haben wir den gesamten Bereich Hauswirtschaft/Hotellerie umstrukturiert und als eigenständiges Ressort in die Leitung aufgenommen. Die Klinikleitung setzt sich nun aus den Bereichen Gesamtleitung (Direktion), Ärztlich-Therapeutische Leitung, Leitung Hotellerie/Hauswirtschaft und Verwaltungsleitung zusammen. Diese Aufteilung führte zu einer Entflechtung der Aufgaben und schaffte klarere Abgrenzungen und Verantwortlichkeiten.

Pflegedienst / Nacht- und Wochenenddienst

Unser Klientel hat sich in letzter Zeit stark gewandelt. Die Co-Morbidität einerseits und der schlechte Gesundheitszustand vieler Patientinnen andererseits führen zu häufigeren Krisensituationen. Die Schaffung einer Teilzeitstelle für den Pflegedienst und die Medikamentenbewirtschaftung wurde deshalb notwendig. Die Aufgaben der Nacht- und Wochenenddienst-Mitarbeiterinnen haben sich von sozialpädagogischen zu pflegerischen und psychiatrischen Inhalten gewandelt. Aus diesem Grund können Praktikantinnen der Psychologie, Sozialarbeit und Ergotherapie für diese Dienste nicht mehr eingesetzt werden.

Personal

Ende August ist die Ärztlich-Therapeutische Leiterin, Ursula Stirnemann, zurückgetreten, um sich ein Jahr vor ihrer Pensionierung vermehrt ihrer eigenen Praxis zu widmen. Sie hat das Wysshölzli in den letzten 5 1/2 Jahren mit grossem Engagement

wesentlich mitgeprägt. Wir geben in diesem Jahresbericht weiter, was sie über ihre Erfahrungen in der Arbeit mit den Patientinnen an der Generalversammlung 1999 berichtete. Ihre Nachfolgerin, Martina Scheibel, hat sich inzwischen in unserem Betrieb gut eingearbeitet.

Ebenfalls Ende August wurde Margrit Oesch pensioniert. Sie war 21 Jahre im Wysshölzli angestellt; zuerst als Schwimmlehrerin, später übernahm sie Nachtbereitschaftsdienst und arbeitete in der Hauswirtschaft, die sie schliesslich seit 1995 leitete. Anita Rütli hat im September die Nachfolge als Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin übernommen.

Mitte Jahr hat uns auch die langjährige Schwimmlehrerin, Greti Urben, verlassen. Ihre Nachfolge übernahm Monika Berger.

Im Nacht- und Wochenenddienst sind Ursula Näf und Edith Schneuwly zurückgetreten. Dafür nahm Sabine König ihre Arbeit nach einem längeren Mutterschaftsurlaub wieder auf.

Ende des Berichtsjahres und anfangs dieses Jahres erreichte uns eine Kündigungswelle. Susanne Bornhauser, Nachtdienst, verliess uns Ende Januar und Margrit Schmidlin, Psychologin, Ende Februar. Susanne Etienne, Köchin, und Verena Rösch, Hilfsköchin, gaben ihre Arbeitsstelle Ende März auf. Im weiteren müssen wir uns Ende April von Arlette Schärer, Psychologin, Sabine König, Nacht- und Wochenenddienst, und von der langjährigen Ergotherapeutin, Nora Dürr, verabschieden.

Zum Glück konnten wir fast alle Stellen fristgerecht wieder besetzen. Als Psychologinnen haben wir Esther Perrenoud und Dorothee Piek gewählt. In der Küche arbeiten neu Monika Dubach, Köchin, und Monika Müller, Hilfsköchin. Für Nacht- und Wochenenddienst hat Gaby Berchtold ihre Tätigkeit aufgenommen. Ab anfangs Mai wird Nicole Blanc als Psychiatrieschwester bei uns arbeiten. Corinne Kohlbrenner wird die Ergotherapie ab August übernehmen. Bis zu ihrem Arbeitsbeginn haben wir mit der Ergotherapie-Stellvertreterin, Daniela Hälg und der ehemaligen Praktikantin, Helen Ottiger, eine Übergangslösung gefunden.

Ich danke an dieser Stelle allen ausgetretenen und demnächst austretenden Mitarbeiterinnen ganz herzlich für ihren Einsatz. Besonders erwähnen möchte ich Nora Dürr, welche 18 Jahre im Wysshölzli arbeitete und mit ihrer Persönlichkeit, ihrer Fach-

kompetenz und ihrem handwerklichem Geschick unserer Ergotherapie einen besonderen Stempel aufdrückte.

Die vielen Kündigungen haben uns stark beschäftigt. Neben ganz verschiedenen persönlichen Gründen der einzelnen Mitarbeiterinnen sind sie auch ein Zeichen des Wandels, welcher zurzeit im Wysshölzli in Gang ist. Die schwerwiegenderen Störungs- und Krankheitsbilder bei unseren Patientinnen verändern auch die Arbeit der Mitarbeitenden. Für viele war dies der Anlass, einen vielleicht schon länger gehegten Wunsch nach beruflicher Veränderung jetzt umzusetzen. Es heisst für alle, Abschied nehmen von Vertrautem. Die Verbleibenden müssen sich auf neue Mitarbeiterinnen einstellen, das Team muss neu gebildet werden. Neben dem Bedauern über den Weggang von erfahrenen Mitarbeiterinnen birgt diese nicht immer einfache Situation aber auch die Chance, mit neuen, unverbrauchten Kräften die neuen Herausforderungen anzugehen. Wir sind sehr froh, dass das Team in diesem Prozess von Klaus Rohrer, Supervisor, begleitet wird.

Die Tätigkeit im Wysshölzli stellt an die ganze Belegschaft hohe Anforderungen an ihre Professionalität. Ich weiss, dass die MitarbeiterInnen diese mitbringen und motiviert sind. Eine funktionierende Infrastruktur und engagiertes, professionelles Handeln in einem guten Betriebsklima bilden die Grundpfeiler für eine qualitativ hochstehende Arbeit. Ich danke allen, die ihre Kräfte dafür einsetzen.

Elisabeth Schmidt
Gesamtleiterin

Ärztlich-Therapeutische Leitung

Neuerungen im Therapieangebot:

Spezielles Programm für Patientinnen mit Essstörungen (Anorexie und Bulimie)

Mit grossem Einsatz versuchte das therapeutische Team, das Angebot für Frauen mit Essstörungen ins Leben zu rufen. So können wir seit September 1999 diesen Patientinnen ein Therapieprogramm nach integrativen psychotherapeutischen Methoden anbieten.

Vor allem unsere Psychologinnen haben sich über das vorhandene Angebot in der Schweiz kundig gemacht. Sie besuchten Fortbildungen und Vorträge oder haben Fachfrauen ins Wysshölzli eingeladen. Die Schwierigkeit bestand darin, bei gleichbleibendem sehr eng bemessenem Stellenplan ein neues Angebot in das bisherige gut laufende Therapieprogramm zu integrieren. Nach vielen Konzeptsitzungen und «rauchenden Köpfen» gelang es uns, im September 1999 mit den ersten Frauen im Rahmen einer störungsspezifischen Gesprächsgruppe zu starten. Fast gleichzeitig konnten wir durch das Engagement unserer Diätköchin auch mit einer Beratung bei der Ernährung beginnen.

Wir stützen uns stark auf verhaltenstherapeutische und systemische Konzepte in der Behandlung dieser Patientinnen. Zu Beginn der Behandlung wird ein Therapievertrag mit oder ohne Gewichtszunahme sowie ein minimales und ein maximales Gewicht vereinbart. Die Patientin führt täglich Essprotokolle, welche ein wichtiges Arbeitsmittel für die Therapeutin sind und das einzige Kontrollelement für die Nahrungsaufnahme darstellen (ausser den vereinbarten Gewichtskontrollen). Die Patientin verpflichtet sich in den Gruppengesprächen wie auch in der Einzeltherapie, sich mit ihrem auffälligen Essverhalten auseinanderzusetzen.

Eine spannende Dynamik zeigte sich unter den Mitpatientinnen, welche noch nicht gewohnt waren, mit diesem Störungsbild umzugehen oder gar nicht wussten, was das Krankheitsbild einer Essstörung beinhaltet. So begannen wir, diese Frauen im Rahmen von psychoedukativen Gruppen über das Wesen einer Essstörung aufzuklären, wobei einige erkannten, dass sie selbst ebenfalls daran erkrankt sind oder Töchter und Bekannte hatten, welche daran erkrankt waren. Eindrücklich erschien vielen Frauen auch die

Parallelen zu ihrer eigenen Abhängigkeitserkrankung. Fast einer «Patientinnenrebellion» kam es gleich, als wir zum Schutz der Frauen mit Essstörungen alle öffentlich zugänglichen Waagen im Haus entsorgten. Dies zeigte uns wiederum, welchen grossen Stellenwert das Körpergewicht für Frauen auch ohne Essstörungen hat.

Inzwischen ist unser Programm ein gut integriertes Therapieangebot unserer Klinik, so dass wir von September bis Dezember 1999 im Schnitt immer 5–6 Patientinnen mit der Doppeldiagnose Essstörung und Substanzabhängigkeit hospitalisiert hatten.

Nach kleineren baulichen Veränderungen und der Anstellung einer Psychiatrieschwester können wir ab Mai 2000 eine Kochgruppe für die Frauen mit Essstörungen anbieten.

Die Suchtfachstellen, Sozialdienste und Psychiatrischen Kliniken wurden über unsere Therapieprogrammerweiterung informiert, in einem nächsten Schritt werden wir niedergelassene Ärzte darüber orientieren.

Einführung der Psychoedukativen Gruppe

Die Psychoedukation (Psyche = Seele, Seelenleben; Edukation = Erziehung, Unterricht) wurde vor allem bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bekannt. Hier versuchte man Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen Wissen über die Erkrankung zu vermitteln und was sie selbst dagegen tun konnten.

Da die Patientinnen in unserer Klinik an komplexen Störungsbildern leiden wie z.B. depressive Erkrankungen, Angststörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, in Kombination mit einer Abhängigkeitserkrankung, und die Unwissenheit über diese Erkrankungen auffiel, wollten wir ihnen eine sachgerechte Information und Wissen über diese Erkrankungen vermitteln. Ein Grundsatz unserer Klinik besteht in der Transparenz unseres therapeutischen Vorgehens. Die Patientin sollte ausreichend über ihr Störungsbild aufgeklärt werden. Häufig besteht der erste Schritt zur Veränderung darin, die eigene Erkrankung zu erkennen und zu akzeptieren. Das Thema wird enttabuisiert, und es entlastet emotional, wenn man/frau weiss «ich bin nicht die Einzige». (Dies zeigte sich sehr deutlich beim Einführen des Programms für Essstörungen.) Mythen oder inadäquate Konzepte über psychische Störungen werden korrigiert. Einsichten

in die persönlichen Bedingungen für das Problem werden möglich. Emotionen wie Scham, Ohnmachtsgefühle oder sogar Schuldgefühle können abgebaut werden. Durch diese Form der Aufklärung, werden realistische Hoffnungen auf Veränderbarkeit geweckt, und es können unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Es ist uns ein Anliegen die Patientinnen-Therapeutinnen-Beziehung in Richtung «mündige Patientin» zu beeinflussen, und die Frauen zur Übernahme von Selbstverantwortung und aktiven Veränderungsschritten zu motivieren. Dies fördert erfahrungsgemäss auch die Compliance für therapeutische Interventionen.

Folgende Themen werden in der psychoedukativen Gruppe bearbeitet:

- Warum ist Depression eine Krankheit?
- Was sind Angsterkrankungen, und wie können sie bewältigt werden?
- Was ist eine Essstörung?
- Schlafstörungen und «Schlafhygiene»
- Wie ist eine Abhängigkeitserkrankung medizinisch definiert?
- Was sind körperliche Folgeschäden von Substanzkonsum (z.B. Alkohol, Medikamente)?
- Rückfall in die Abhängigkeitserkrankung, wie kann ein Rückfall bewältigt werden?
- Psychotherapie: Was ist das, und welche Richtungen gibt es?

Dr. med. Martina Scheibel
Psychiaterin
Ärztlich-Therapeutische Leiterin

Hauswirtschaftliche Betriebsleitung

Seit September 1999 bin ich im Wysshölzli die neue Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin. Ich leite die gesamte Hauswirtschaft (Hausdienst, Küche, Garten) inkl. der Agogik.

Die Agogik ist ein fester Bestandteil unseres Therapieprogrammes. Jede Patientin arbeitet pro Woche ca. 10 Stunden. Wir bieten Einsatzmöglichkeiten im Haushalt (Etagen, Speisesaal, Lingerie), in der Küche, im Garten oder im Webatelier. Die Agogik hat zum Ziel, dass sich die Patientinnen nebst dem therapeutischen Teil auch praktisch oder beruflich wieder stabilisieren können. In der Agogik steht nicht das Therapeutische im Vordergrund, sondern bei uns sollen die Patientinnen einen Arbeitsplatz antreffen, der möglichst realitätsnahe ist, so dass die Frauen nach einem Austritt den eventuellen Wiedereinstieg in den Alltag besser bewältigen können. Die Patientinnen werden ihren Fähigkeiten und Grundkenntnissen entsprechend an den jeweiligen Plätzen eingesetzt.

Meistens ist die erste Aufgabe der Agogik, die Frauen wieder in feste Strukturen einzugliedern, d.h. erste Ziele sind oft Pünktlichkeit, Ausdauer und Zuverlässigkeit, aber auch wieder Selbstvertrauen, Selbstwert und Freude in der eigenen Arbeit zu finden. Erst wenn diese Ziele erreicht sind, ist es sinnvoll, weitere Ziele zu verfolgen. Andererseits haben wir auch oft Patientinnen, welche sich in die Arbeit flüchten und die Zeit für die Auseinandersetzung mit sich fast nicht aushalten. Hier gilt es dann, die Patientinnen zu «bremsen».

Die Aufgaben als Hauswirtschaftliche Betriebsleiterin umfassen jedoch noch mehr als den Teil der Agogik. Zurzeit ist es wichtig, die Arbeitsabläufe möglichst zu optimieren, damit wir effizient und wirtschaftlich arbeiten können. Es ist wichtig, dass wir auch unseren Patientinnen effizientes und sinnvolles Arbeiten weitervermitteln können. Zum andern sind wir als Klinik auch verpflichtet und motiviert, gut zu wirtschaften und da kann die Hauswirtschaft einen wichtigen Teil dazu beitragen. Ganz nach dem Motto: «Hauswirtschaft ist unsichtbar aber lebensnotwendig.»

Anita Rütli
Leiterin Hauswirtschaft/Hotellerie

Psychische Störungen und Sucht

Aus dem Referat von Dr. med. Ursula Stirnemann, Ärztlich-Therapeutische Leiterin bis am 31.08.1999, gehalten an der Generalversammlung vom 29.04.1999.

Langsam bin ich am mich Loslösen vom WYSSHÖLZLI, wo ich seit gut 5 Jahren arbeite. Ohne es ganz bewusst zu wollen, blicke ich zurück: je nachdem sind 5 Jahre und 9 Monate eine lange oder eine kurze Zeit, während welcher viele Diskussionen hier im Hause und ganz allgemein in der Suchttherapie statt fanden: über die Aufenthaltsdauer in stationären Therapieeinrichtungen, ob solche überhaupt notwendig sind, ob halbstationäre oder ambulante Therapien ausreichend sind, über die Therapiemethoden und -richtungen, über Regeln und Kontrollen und vieles andere mehr. Die sogenannte Doppel- oder Dualdiagnose oder Komorbidität (gleichzeitiges Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung und ein oder mehrerer psychischen Störungen), wurde vermehrt in die Überlegungen einbezogen und scheint mir ein besonders fruchtbarer Gesichtspunkt zu sein. Er bedeutet etwas vereinfacht gesagt, dass die Sucht nicht unabhängig von den anderen Störungen behandelt werden kann.

Wie sieht es damit im WYSSHÖLZLI aus? Um mich dem Thema zu nähern, habe ich in 87 Krankengeschichten die Abklärungsprotokolle und Austrittsberichte seit Januar 1998 bis 21.4.99 durchgesehen. Die Abklärungsgespräche, d.h. alles Erstgespräche, sind Blitzlichtaufnahmen, die aber wegen der Besonderheit der Abklärungssituation – die meisten Frauen wollen ja einen Therapieplatz und beantworten deshalb die Fragen offen – ein ziemlich gültiges Bild ergeben.

In einem ersten Schritt habe ich Daten in bezug auf die am häufigsten genannten Gründe, weshalb ein Suchtmittel konsumiert wird, zusammengetragen. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie basiert auf den spontanen Aussagen beim Erstkontakt. Mehrfachnennungen sind möglich.

Beruhigen, Abschalten, Gedanken abstellen, Gegenwart verdrängen, Zudecken, Vergessen 37 von 87 42,5%

Unzufrieden, Alleinesein, keine Aufgabe, Überforderung, Schutz vor Verletzung, Spannung, Kränkung, Selbsthass 27 von 87 31%

<i>besserer Selbstwert, gelöster, mehr Mut, weniger Hemmungen, besser funktionieren</i>	23 von 87	26%
<i>bei Problemen und Konflikten</i>	17 von 87	19%
<i>Schlafstörungen</i>	16 von 87	18%
<i>Verschiedene Ängste (v.a. Versagensängste, Ängste sich unter Menschen zu begeben)</i>	15 von 87	17%
<i>Depressionen</i>	10 von 87	11,5%
<i>Gewohnheit</i>	3 von 87	3,4%
<i>weiss nicht</i>	3 von 87	3,4%
<i>Geniessen</i>	1 von 87	

Da die Suchtmittel Einfluss auf das psychische Befinden haben, lassen sich die genannten Gründe für die Einnahme reduzieren auf das wohlbekanntes Gewinnen von Lustgefühlen und Vermeiden von Unlustgefühlen. Dazu gehört natürlich auch das Beseitigen von körperlichen Entzugszeichen, die sehr unangenehm sind. Die geäußerten Gründe hängen eng mit den Lebensgeschichten, den erlernten Bewältigungsmechanismen und den zugrundeliegenden Krankheitsbildern, resp. Persönlichkeitsstrukturen zusammen.

In einem zweiten Schritt habe ich die *psychiatrischen Diagnosen* zusammengestellt, die gleichzeitig mit der Suchtkrankheit vorliegen.

<i>abhängige Persönlichkeitsstruktur</i>	25 von 87	28.7%
<i>aus dem depressiven Formenkreis</i>	23 von 87	26.4%
<i>Angsterkrankung</i>	23 von 87	26.4%
<i>Borderline Symptomatik</i>	18 von 87	20.7%
<i>kränkbare Persönlichkeitsstruktur</i>	4 von 87	4.6%
<i>aus dem schizophrenen Formenkreis</i>	1 von 87	

Es handelt sich hier um verschiedene Ausprägungsgrade, aber immer um Diagnosen mit Krankheitswert. Mehrfachnennungen sind

möglich. Aber nicht jede der 87 Patientinnen wies genügend Kriterien für eine zusätzliche psychiatrische Diagnose auf.

Zur abhängigen Persönlichkeitsstruktur: die Patientinnen erleben sich als hilflos und entscheidungsschwach. Sie brauchen die Hilfe anderer oder überlassen ihnen die Entscheidung. Eigene Bedürfnisse werden denen der Mitmenschen untergeordnet. Häufig findet sich grosse Furcht vor dem Alleinesein und Verlassenwerden.

Es gibt *Depressionen* wegen Substanzmissbrauchs und Depressionen, die einer Abhängigkeit zugrunde liegen. Das gleiche gilt für die *Angsterkrankungen*.

Einige Worte zur *Borderline Symptomatik*: diese Störung liegt in den verschiedensten Ausprägungen vor. Borderline heisst Grenzlinie. Dieser Begriff wird häufig missbraucht, oft als Sammelbegriff für unklare Fälle. Zu den *charakteristischen* Symptomen gehören: Labilität in Beziehungen (die oft sehr intensiv sein können), Gefühlen und Empfinden, schwere Störungen im Selbstwert und Selbstbild, chronisches Gefühl der inneren Leere, emotionale Krisen, suizidale und selbstschädigende Handlungen (wie Schneiden, Brennen), viele Ängste (auch sogenannte frei flottierende, d.h. ohne bestimmte Ursache), psychotische Reaktionen, Spaltung in gut und böse mit Idealisierung und Entwertung v.a. der Mitmenschen. Die Borderline Symptomatik ist, wenn deutlich ausgeprägt, für die Betroffenen eine schwere Erkrankung, öfters mit Sucht (auch mit Essstörungen) kombiniert. Sie bedingt häufige Klinikaufenthalte. Es kann zu Selbstmordhandlungen kommen. Die Grundlage entsteht meist in der Kindheit. Traumatische Erlebnisse, besonders Gewalt und Missbrauch jeder Art, können auch im Verlauf des späteren Lebens die Symptomatik auslösen. In den letzten Jahren finden sich mehr Patientinnen mit Borderlinestruktur im WYSSHÖLZLI als früher. Ihre Behandlung stellt an die Betreuenden grosse fachliche Ansprüche, besonders die psychische, impulsive Labilität wie auch die Selbstverletzungen und die Suizidalität.

In einem dritten Schritt habe ich zusammengestellt, wie viele Patientinnen in ihrer Kindheit *körperliche und/oder sexuelle Gewalt* erlebt haben.

<i>Gewalt erlebt</i>	36 von 87	41.4%
<i>sexuelle Gewalt</i>	28 von 87	32.2%
<i>körperliche Gewalt</i>	22 von 87	25.3%

14 Patientinnen erlebten körperliche und sexuelle Gewalt, 22 erlebten die eine oder andere Form von Gewalt

Es gibt aber auch, hier nicht mitgezählt, Missbrauchserlebnisse, ohne körperliche oder sexuelle Gewalt, die ein Kind stark verletzen und in seiner psychischen Entwicklung gefährden können: z.B. nicht altersgerechte Übernahme von Verantwortung für jüngere Geschwister, Übernahme von Mutter- oder Vaterrolle, Suchtmittelbeschaffung für süchtige Eltern, Zuteilung einer Sündenbockrolle in der Familie u.a.m.

In einem vierten Schritt habe ich die Anzahl Patientinnen *mit erlebter Gewalt in jeder Diagnosegruppe* ermittelt (nicht jedes Gewalt-erleben bedingte eine bei uns erfasste psychiatrische Diagnose).

<i>bei Depressionen</i>	4 von 23	17.4%
<i>bei Angsterkrankungen</i>	6 von 23	26.1%
<i>bei abhängiger Persönlichkeitsstruktur</i>	10 von 25	40%
<i>bei Borderline Symptomatik</i>	13 von 18	72.2%
<i>bei kränkbarer Persönlichkeitsstruktur</i>	0 von 4	

Ich bin mir bewusst, dass diese Zahlen klein und die zugrunde liegenden Daten nicht standardisiert erhoben worden sind. Zudem wurden Mehrfachnennungen gemacht. Es besteht kein Anspruch auf Wissenschaftlichkeit. Es sind aber Daten und Fakten aus z.T. sehr leidvollen Lebensgeschichten der Frauen, die wegen ihrer Abhängigkeitserkrankung zu einer stationären Therapie ins Wysshölzli eintraten.

Ein paar Stichworte zur Bedeutung von Doppeldiagnosen

Es liegt auf der Hand, dass in den Fällen, bei welchen neben der Sucht eine andere psychische Störung vorliegt, die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit erschwert ist. Häufig wird ja das Suchtmittel als Medikament zur Linderung von Krankheitssymptomen verwendet. Spätestens bei auffällig schwierigen Verläufen in der Therapie oder unerklärlichen Zustandsschwankungen muss an das Vorliegen einer Doppeldiagnose gedacht werden.

Ein wichtiger Pfeiler in der Suchttherapie ist das Verbessern der Autonomie oder Selbständigkeit. Im Widerspruch dazu stehen z.B die regressiven Wünsche (Wünsche nach kindlichen Entwicklungsstufen) der depressiven und angsterkrankten Patientinnen. Werden diese nicht erkannt und besprochen, können sich diese Patientinnen vom Aufdecken und der Auseinandersetzung mit unangenehmen Tatsachen überfordert fühlen. Für die Mitarbeiterinnen ergibt sich daraus, dass vorerst bei jeder Patientin an eine Doppeldiagnose gedacht werden muss und die Suchttherapie flexibel zu handhaben ist. Es muss unterstützend *und* konfrontativ gearbeitet werden können. Starres Behandeln nach den üblichen suchttherapeutischen Kriterien wird den Betroffenen nicht gerecht. Umgekehrt lässt sich auch eine Sucht kaum effizient behandeln, wenn nur auf die psychische Störung eingegangen wird. Eine weitere Schwierigkeit bei Doppeldiagnosepatientinnen ist, dass diese unangenehme Gefühle wie Ungeduld, Langeweile, Versagensgefühle, Frustration, Ärger und grosse Strenge bei den Behandelnden auslösen können. Deshalb muss hier mit grosser Vorsicht und Sorgfalt gearbeitet werden.

Doppeldiagnosen im WYSSHÖLZLI

Im Gegensatz zu früheren Jahren hat die Anzahl der Patientinnen mit Doppeldiagnosen zugenommen. Wie absolut diese Zunahme ist, kann ich nicht belegen, sie hängt wohl auch stark mit der Sensibilisierung für das Problem zusammen. Die unkomplizierten Alkoholikerinnen und Medikamentenabhängigen sind seltener geworden. Damit wurde die therapeutische Arbeit viel komplexer und anspruchsvoller. Die Zielsetzungen in der Therapie müssen den Krankheitsbildern angepasst werden. Das Ziel einer Behandlung kann durchaus das Verhindern einer Verschlechterung sein und nicht unbedingt eine Zustandsverbesserung. Rückfälle gehören dazu, genauso wie Krisen mit Suizidalität und Depression. Ungeheuer wichtig ist eine stabile therapeutische Beziehung, in der die evtl. ausgelösten, oben erwähnten unangenehmen Gefühle richtig eingeordnet werden. Wir sind überzeugt, dass es wichtig ist, beide Krankheitsbilder als gleichwertige zu behandeln, damit überhaupt eine Stabilisierung eintreten kann. Das Gewichten von Doppeldiagnosen hat wesentliche Erklärungen und Ergänzungen für die Suchttherapie im WYSSHÖLZLI gebracht.

Betriebsrechnung 1999

	Betriebsrechnung 1999		Budget 1999	
	Aufwand	Ertrag	Aufwand	Ertrag
Besoldungen und Sozialleistungen	1 680 690.30		1 730 000	
Medizinischer Bedarf	46 491.-		60 000	
Lebensmittelaufwand	73 760.75		88 000	
Haushaltaufwand	21 256.75		18 000	
Therapie- und Freizeitaufwand	6 634.65		8 000	
Mobilien und Immobilien	74 807.53		82 000	
Aufwand Energie und Wasser	40 641.55		44 000	
Miet- und Kapitalzinsenaufwand	14 314.98		25 000	
Büro- und Verwaltungsspesen	72 256.92		90 000	
Material, Ergotherapie und Garten	20 003.38		22 000	
Übriger Betriebsaufwand	15 989.80		15 000	
Pflegtaxen		1 268 083.-		1 705 000
Erlöse ambulante Dienste		6 964.95		0
Erlöse aus Ergotherapie/Garten		10 606.30		25 000
Erlöse aus Leistungen für Patientinnen		8 414.60		18 000
Miet- und Kapitalzinssertrag		16 281.90		10 000
Erlöse aus Leistungen an Personal und Dritte		37 174.10		35 000
Übrige Nebenerlöse		508.40		1 000
Zu subventionierendes Defizit 1999	2 066 847.61	1 348 033.25	2 182 000	1 794 000
Kosten pro Pflege tag	2 066 847.61	2 066 847.61	2 182 000	2 182 000
		222.25		388 000

Eingangs- und Schlussbilanz 1999

Aktiven	<u>01. 01. 99</u>	<u>31. 12. 99</u>
Kasse	8 066.30	5 080.25
Postcheck	1 567.70	38 834.39
Kontokorrent	—,—	240 188.—
Wertschriften	21 341.25	21 870.35
Patientinnen-Debitoren	1 115 085.90	422 809.65
Transitorische Aktiven	10 258.40	9 820.40
Immobilien	96 016.20	88 016.20
Anlagekosten netto	399 037.50	384 237.50
Mobilien	25 682.15	15 359.50
Verlustvortrag 1997	208 927.30	—,—
Verlustvortrag 1998	863 905.66	313 905.66
Verlustvortrag 1999	—,—	718 814.36
	<u>2 749 888.36</u>	<u>2 258 936.26</u>

Passiven

Kontokorrent	597 146.—	—,—
Kreditoren	3 761.70	5 551.70
Vorauszahlungen Defizitbeiträge	359 886.75	377 233.75
Konsortialdarlehen	224 000.—	214 000.—
Darlehen Kirchgemeinde H'buchsee	25 000.—	25 000.—
Transitorische Passiven	88 531.30	34 897.50
Genossenschaftskapital	54 600.—	54 600.—
Spenden	23 723.25	27 490.20
Patientinnenkasse	8 810.45	6 427.90
Weihnachts-Geschenkkasse	8 661.95	9 320.90
Kapital Marie-Sollberger-Fonds	80 229.45	80 229.45
Kapital Genossenschafts-Fonds	236 752.21	257 229.36
Kapital Ferienlager-Fonds	29 506.95	29 806.95
Eigenkapital	958 102.05	1 086 409.65
Einrichtungs- und Bau-Fonds	51 176.30	50 738.90
	<u>2 749 888.36</u>	<u>2 258 936.26</u>

Pflegetage-Statistik 1999

Patientinnenbestand am 1. Januar 1999	13	
Eintritte 1999	78	
Austritte 1999		70
Anzahl der Patientinnen am 31. Dezember 1999		<u>.21</u>
	<u>91</u>	<u>91</u>

Anzahl Pflegetage	<u>1999</u>	<u>(1998)</u>
	7026	(8851)

Durchschnittliche Belegung pro Tag	20 Pat. (24 Pat.) = 65% (= 81%)
---	------------------------------------

Pflegetage-Statistik nach Wohnkantonen

	Patientinnen	Pflegetage	%
Aargau	6	390	5,6
Basel-Land	8	529	7,5
Basel-Stadt	4	462	6,6
Bern	34	2 577	36,7
Graubünden	1	84	1,2
Luzern	8	618	8,8
Obwalden	1	129	1,8
Solothurn	15	1 028	14,6
Schaffhausen	1	59	0,8
St. Gallen	5	638	9,1
Zug	1	252	3,6
Zürich	3	260	3,7
Total	<u>87</u>	<u>7 026</u>	<u>100,0</u>

Patientinnen-Statistik 1999

(von 78 neu eingetretenen Patientinnen)

Zivilstand	ledig	27	(34,6%)
	verheiratet	18	(23,1%)
	getrennt	9	(11,5%)
	geschieden	22	(28,2%)
	verwitwet	2	(2,6%)
		<u>78</u>	<u>(100%)</u>

Alter	20–29jährig	11	(24,1%)
	30–39jährig	22	(28,2%)
	40–49jährig	24	(30,8%)
	50–59jährig	16	(20,5%)
	über 60jährige	5	(6,4%)
		<u>78</u>	<u>(100%)</u>

Durchschnittsalter 43,5 Jahre
(jüngste Pat. 20 J. /
älteste Pat. 69 J.)

Berufsposition	Hilfsarbeiterin/Angelernt	15	(19,2%)
	Arbeiterin/einf. Angest.	19	(24,4%)
	Mittlere Angestellte	23	(29,5%)
	Leitende Angestellte	10	(12,8%)
	Selbständig	2	(2,6%)
	Hausfrau	6	(7,7%)
	Keine Angaben	3	(3,8%)
		<u>78</u>	<u>(100%)</u>

Abhängigkeitstypus	Alkohol	39	(50,0%)
	Alkohol/Medikamente	32	(41,0%)
	Alkohol/Drogen	1	(1,3%)
	Polytoxikomanie (Alkohol/Medikamente/Drogen)	4	(5,1%)
	Medikamente	1	(1,3%)
	Drogen/Medikamente	1	(1,3%)
		<u>78</u>	<u>(100%)</u>

WohnpartnerIn vor dem Eintritt

Ehe-/fester PartnerIn	31	(39,7%)
Kinder	17	(21,8%)
Familienangehörige	4	(5,1%)
Andere	2	(2,6%)
Keine WohnpartnerIn	37	(47,4%)
	<u>91</u>	<u>(116,6%)</u>

ZuweiserInnen (am Eintritt beteiligte Instanzen)

Ehepartner	9	(11,5%)
Familienmitglieder	16	(20,5%)
Beratungsstelle/Sozialdienst	22	(28,2%)
ArbeitgeberIn	2	(2,6%)
Behörde	2	(2,6%)
Vormundschaft	3	(3,8%)
Justiz	6	(7,7%)
Arzt	54	(69,2%)
Klinik	20	(25,6%)
ohne Beteiligung Dritter	12	(15,4%)
	<u>146</u>	<u>(187,1%)</u>

Art des Behandlungsabschlusses

Behandlungsende	42	(60,0%)
Behandlungsabbruch	12	(17,1%)
Behandlungsausschluss	12	(17,1%)
Verlegung	4	(5,8%)
	<u>70</u>	<u>(100%)</u>

Aufenthaltsdauer der ausgetretenen Patientinnen

bis 1 Monat	17	(24,3%)
2–3 Monate	35	(50,0%)
4–6 Monate	10	(14,3%)
7–9 Monate	4	(5,7%)
über 9 Monate	4	(5,7%)
	<u>70</u>	<u>(100%)</u>

Beiträge und Spenden 1999

Bundes- und Kantonsbeiträge an die Defizite 1997, 1998 und 1999

Bund	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)	Fr. 14 615.—
Kantone	Basel-Land	Fr. 39 727.90
	Basel-Stadt	Fr. —.—
	Bern	Fr. 350 000.—
Total		<u>Fr. 404 342.90</u>

Dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern sowie den zuständigen Stellen der Kantone Basel-Land und Basel-Stadt danken wir herzlich für das uns entgegengebrachte Wohlwollen und Vertrauen.

Spenden	Einwohnergemeinden	Fr. 5 130.—
	Kirchgemeinden	Fr. 16 240.20
	Blaukreuzvereine	Fr. 490.—
	übrige Gönner	Fr. 5 630.—
		<u>Fr. 27 490.20</u>

Allen SpenderInnen danken wir herzlich für ihre wichtige Unterstützung. Ihre Zuwendungen ermöglichen uns, Aufgaben zu erfüllen und Hilfe zu leisten, wo die übrige Finanzierung nicht ausreicht.

Manfred Ziegler
Verwaltungsleiter



Suchtfachklinik für Frauen

Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee, Telefon 062 956 23 56, Fax 062 956 23 59, PC 49-141-1
E-Mail: info@wysshoelzli.ch, Homepage: www.wysshoelzli.ch