

# Jahresbericht 2005



KLINIK WYSSHÖLZLI  
Marie Sollberger-Stiftung



**Fachklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen**

Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee, Telefon 062 956 23 56, Fax 062 956 23 59, PC 49-141-1  
E-Mail: [info@wysshoelzli.ch](mailto:info@wysshoelzli.ch), Homepage: [www.wysshoelzli.ch](http://www.wysshoelzli.ch)

## Stiftungsrat

Präsidentin	Bettina Steinlin-Plattner, Fürsprecherin, Bern
Vizepräsident	Robert Sutter, Architekt, Grossrat, Niederbipp Christoph Fankhauser, Fürsprecher und Notar, Herzogenbuchsee Dr. med. Jürg Müller, Arzt, Herzogenbuchsee Toni Schweizer, Buchhalter, Lommiswil Anna-Barbara Sterchi, dipl. Ernährungsberaterin SVDE, Ittigen

## Rechnungsrevisoren

Renato Cattin, dipl. Buchhalter/Controller, Bettlach  
Werner Erzer, Buchhalter mit Fachausweis, Biberist

## Klinikleitung

Elisabeth Schmidt, Gesamtleitung  
  
Dr. med. Martina Scheibel, Leitende Ärztin  
Anita Rütli, Leitung Hauswirtschaft/Hotellerie  
Manfred Ziegler, Verwaltungsleitung

## Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

<b>Behandlung</b>	Dr. med. Martina Scheibel, Leitende Ärztin
Psychiatrie/ Psychotherapie	Dr. med. Andrea Hügli Dr. med. Martina Scheibel
Hausärztlicher Dienst	Dr. med. Markus Frey Dr. med. Ursula Grob
Psychologie/ Psychotherapie/ Psychodiagnostik	Christine Frauchiger (bis 30. September 2005) Emma Graf Denise Heimberg Marcela Jegerlehner Karin Kronenberg Claudine Krouzel (ab 1. Dezember 2005) Esther Perrenoud Dorothee Piek Karin Wüthrich Claudine Züllig, PG Psychologin (bis 31. August 2005) Sonja Nydegger, PG Psychologin
Sozialarbeit	Daniela Estermann Franziska Gerhard Verena Weber Nicole Roth, in Ausbildung Claudia Krenn, in Ausbildung
Pflegedienst	Marlise Egloff (bis 31. März 2006) Monika Fuhrer Monika Glutz

	Beatrice Greber Daniela Jäggi Renate Kläy (bis 30. April 2006) Gabriele Momoh Marianne Pulfer Christine Schneider Jacqueline Tracia Monika Weber Ruth Waser (ab 1. Mai 2006) Beate Zimmermann (ab 1. August 2005)
Kunsttherapie	Nicole Blanc (bis 30. April 2006) Susanne Guler (ab 15. April 2006) Christine Steiner
Musiktherapie	Therese Adam
Entspannungstherapie	Astrid Geisselhardt
Maltherapie	Nicole Blanc (bis 30. April 2006) Susanne Guler (ab 15. April 2006)
Schwimmen	Monika Berger Isabelle Salamoni (bis 31. März 2006) Sandra Weibel (ab 1. April 2006)
Gymnastik/ Sporttherapie	Christa Breitenberger Christine Hirter
<b>Hotellerie</b>	Anita Rütli, Leitung Hauswirtschaft/Hotellerie
Hauswirtschaft	Silvia Kellerhals Natalie Kilchhofer (ab 1. Januar 2006) Christine Kneubühler Evelyne Schuwey (ab 15. Dezember 2005) Sandra Hänni, Ausbildungsabschluss Sommer 2005 Lea Wagner, in Ausbildung (ab 1. August 2005)
Küche	Monika Zuber, Leitung Annette Gebhard, Leitung (ab 15. April 2006) Elisabeth Bürki Monika Müller Cäcilia Schori Marianne Siegenthaler
Garten	Gerhard Burkhalter, Leitung Ursula Burkhalter Karin Weyermann
Hauswart	Gerhard Burkhalter
<b>Verwaltung</b>	Manfred Ziegler, Verwaltungsleitung
Verwaltung/Buchhaltung	Manfred Ziegler
Sekretariat	Katharina Herzig Rita Schärer Beata Ruckstuhl

Total Stellen: 31,55

## Bericht der Trägerschaft

Im Berichtsjahr traf sich der Stiftungsrat zu 5 Sitzungen. Das Jahr verlief ruhig; die Traktandenliste beinhaltete vorwiegend laufende Geschäfte, wie die Genehmigung von Rechnung und Budget, verschiedene bauliche Unterhaltsarbeiten und diverse Weiterbildungen von Mitarbeiterinnen. Immer wieder beschäftigt hat uns auch die Rückforderung des Bundesamtes für Sozialversicherung – das BSV verlangte umfangreiche Unterlagen, um zu prüfen, ob ein Härtefall vorliegt.

Im Herbst widmete der Stiftungsrat eine Sitzung vorwiegend einer Standortbestimmung unter dem Thema: Retraite – 2 Jahre danach. Es wurde eine gute Bilanz gezogen: Die Sitzungen im kleinen Gremium sind effizienter geworden und die vorgängigen schriftlichen Berichte aus dem Betrieb ermöglichen einen besseren Einblick in den operativen Bereich. Aber auch so bleibt das grosse Informationsgefälle zwischen den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern des Stiftungsrates und der vollamtlichen Klinikleitung bestehen, ein Problem, mit welchem unsere Stiftung nicht allein dasteht. Wir haben deshalb beschlossen, in jede Sitzung einen Themenblock, z.B. das Vorstellen einer bestimmten Therapie, zu integrieren und zur Verstärkung der Sachkompetenz ein weiteres Mitglied für den Stiftungsrat zu suchen. Ferner wurden zusätzliche Kontakte zwischen der Präsidentin und der Klinikleiterin institutionalisiert. Das Erstellen eines Funktionendiagramms dient dazu, die Verantwortlichkeiten zwischen strategischer und operativer Leitung zu klären; ferner soll mit Hilfe eines externen Beraters und unter Einbezug des Stiftungsrates eine längerfristige Strategie für die Entwicklung der Klinik in den nächsten Jahren erarbeitet werden.

Eines wird deutlich: Ein ruhiges Jahr bedeutet nicht ein Jahr ohne Arbeit, wohl aber ein Jahr, im welchem nicht nur reagiert werden muss,



sondern auch etwas Raum bleibt für längerfristige Überlegungen.

Der Leitung und den Mitarbeitenden danke ich im Namen des Stiftungsrates auch dieses Jahr wieder für ihren grossen und kompetenten Einsatz. Die gute Auslastung der Klinik bringt die Mitarbeitenden manchmal an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit und es ist nicht selbstverständlich, dass sie diese Arbeit dennoch immer mit spürbarer Begeisterung verrichten.

Die Zusammenarbeit im Stiftungsrat war auch dieses Jahr kollegial und engagiert, wofür ich meinen Kolleginnen und Kollegen herzlich danke.

Bettina Steinlin-Plattner  
Präsidentin des Stiftungsrates

Das Berichtsjahr kann als ein Jahr der Konsolidierung bezeichnet werden. Viele Neuerungen des Vorjahres haben sich gesetzt und konnten weiter entwickelt werden. Das heisst aber nicht, dass wir eine ruhige Zeit hatten. Der Wysshölzli-Alltag ist reich an Begebenheiten innerhalb und ausserhalb der Klinik. Wir sind ständig in Bewegung und bemühen uns, unseren Patientinnen die bestmögliche Behandlung angedeihen zu lassen. Dies bedeutet ständige Auseinandersetzung, Wachsamkeit und ein hohes Mass an Professionalität.

### Belegung

Mit 97,04 % war die Bettenauslastung wiederum sehr hoch. Davon waren 45,29 % Bernerinnen, 54,05 % Ausserkantonale und 0,66 % aus dem Ausland. Der Anteil an Bernerinnen ist gegenüber den letzten Jahren stark angestiegen und hat die im Leistungsvertrag mit dem Kanton Bern vorgesehenen Behandlungstage stark überschritten. In der Vergangenheit behandelten wir bisher jeweils nur rund einen Drittel Bernerinnen, und zwei Drittel kamen aus der übrigen Schweiz. Die im letzten und auch im angelaufenen Jahr sich abzeichnende Veränderung können wir uns im Moment noch nicht erklären. Wir sind bestrebt, immer eine gute Bettenbelegung zu haben, nehmen die Patientinnen nach Anmeldung und manchmal auch nach Dringlichkeit auf und möchten nicht Bernerinnen zurückstellen, damit die angestrebte Quote stimmt. Zum Glück konnte dies in der guten Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern problemlos geregelt werden.

Wir führten 114 Abklärungsgespräche durch. Davon sind 86 Patientinnen eingetreten. Insgesamt hatten wir 107 Eintritte und 100 Austritte. Davon beendeten 64 Patientinnen die

Behandlung regulär, 15 traten meist mangels Therapiemotivation vorzeitig aus und 19 mussten ausgeschlossen werden, mehrheitlich weil sie im Haus Alkohol oder nicht verordnete Medikamente konsumierten oder weil sie illegale harte Drogen einnahmen.

Rückfälle gehören zu einer Suchtbehandlung. Wir arbeiten mit dem Rückfall, und unser Rückfallkonzept sieht den Umgang und die Auseinandersetzung mit dem Rückfall vor. Sobald jedoch jemand im Haus konsumiert, eskaliert meistens die Situation, andere Patientinnen werden hineingezogen, und für die Betroffene lässt sich die therapieschädigende Spirale nicht mehr aufhalten. Deshalb macht es durchaus Sinn, diesen Kreislauf zu durchbrechen, indem die Patientin austritt, ein Timeout macht, sich eventuell zum Entzug in eine Akutklinik begibt und sich wieder meldet, wenn sie zur Weiterbehandlung bereit ist. Patientinnen, die während der Behandlung Drogen konsumieren, müssen wir ausschliessen, weil wir diese Problematik in unserem



offenen Rahmen nicht auffangen können. Eine mindestens 3-monatige Drogenabstinenz ist Voraussetzung für eine Wiederaufnahme.

Durch diese unvorhergesehenen und meist kurzfristigen Austritte müssen wir auch bei Vollbelegung und mit einer Warteliste immer wieder mit leeren Betten rechnen.

## Behandlung

### Projekt Haldenhaus



Im April 2005 konnten wir unser neues Haus an der Haldenstrasse eröffnen. Das Haus liegt in unmittelbarer Nachbarschaft und bietet Platz für 5 Patientinnen mit Essstörungen. Das Konzept beinhaltet, dass die Patientinnen nebst Einzelpsychotherapie, Gesprächsgruppe, Kunsttherapie, Kochgruppe, Entspannungs- und Bewegungstherapie, sportlichen und anderen Aktivitäten lernen, ihren Alltag besser zu bewältigen. Sie bereiten zweimal in der Woche mit therapeutischer Begleitung ihr Abendessen selbst zu, gestalten einmal wöchentlich einen gemeinsamen Freizeitabend und sind verantwortlich für die Reinigung und Pflege ihres Hauses. In ihrem Alltag werden sie abwechselnd von einer Pflegefach-



frau oder einer Arbeitsagogen begleitet. Es war geplant, dass die betroffenen Frauen in der letzten Phase ihrer stationären Behandlung ins Haldenhaus umziehen und so optimal auf den Austritt vorbereitet werden können. Die Realität hat nun aber gezeigt, dass wir wegen Platzbedarf oftmals Patientinnen schon früher im Haldenhaus unterbringen müssen. Bedingung für den Übertritt sind ein BMI von mindestens 15 und ein stabiler körperlicher und psychischer Zustand. Dieser Umstand führte dazu, dass die Patientinnen im Haldenhaus intensiver betreut werden müssen, als ursprünglich vorgesehen.

### Neuropsychologische Abklärungen

In der Literatur wird bei 75 % der Patientinnen und Patienten in Suchtinstitutionen von kognitiven Defiziten ausgegangen, wobei Frauen besonders anfällig sind. Viele unserer Patientinnen fallen im Alltag auf, indem sie z.B. Auffassungs- oder Gedächtnisprobleme haben oder, bei massiven Störungen, sogar desorientiert sind. Wir führen deshalb 6 Wochen nach Eintritt mit allen suchtmittelabhängigen Patientinnen der Substanzgruppen sowie mit den Essstörungspatientinnen, welche ebenfalls eine Substanzabhängigkeit aufweisen, neuropsychologische Testuntersuchungen durch. Es werden Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentration und Exekutivfunktionen sowie bei



Bedarf, Sprache und Motorik abgeklärt. Dadurch kann die Therapie den Fähigkeiten der Patientin angepasst und der Verlauf sichtbar gemacht werden. Daraus ergeben sich Hinweise für die Wiedereingliederung, und es können fundierte Grundlagen für Aussagen in ärztlichen Berichten zuhanden der Versicherer zur Verfügung gestellt werden. Mit zunehmender Dauer der Abstinenz kann von einer Verbesserung der kognitiven Funktionen ausgegangen werden.

Eine Psychologin hat sich entsprechend fortgebildet und führt die Abklärungen durch. Für die Auswertungen sind wir mit der neuropsychologischen Abteilung des Inselspitals vernetzt. Wir planen, den Bereich der Neuropsychologie sowie der Psychodiagnostik mehr auszubauen, denn die daraus gewonnenen Erkenntnisse gewinnen für eine fach- und personengerechte Behandlung zunehmend an Bedeutung.

## Qualitätssicherung

Im Juni wurden die externen Audits zur Routineüberprüfung durchgeführt. Unser Qualitätsmanagementsystem bewährt sich und wir sind laufend dabei, unsere Arbeitsabläufe zu überprüfen und zu verbessern. So kann ein

greifendes QMS schlussendlich dazu beitragen, die Arbeit zu erleichtern. Im Moment wird ein Konzept zur Arbeitssicherheit erstellt, was wiederum in alle Bereiche eingreift.

## Personal

Fluktuation vom 1. Juni 2005  
bis 30. Mai 2006

### Psychologie

Emma Graf nahm nach einem Mutterschaftsurlaub ihre Tätigkeit am 1. Oktober 2005 wieder auf.

Karin Wüthrich trat am 1. Dezember 2005 ihren zweiten Mutterschaftsurlaub an. Ihre Stellvertretung übernahm Claudine Krouzel, welche vorher ein Jahr eine Postgraduiertenstelle in unserer Klinik innehatte.

Catherine Wüthrich trat am 1. Februar 2006 eine Postgraduiertenstelle an.

### Sozialarbeit

Nicole Roth und Claudia Krenn machten je ein halbjähriges Praktikum

### Kunsttherapie

Nicole Blanc beendete ihre Tätigkeit am 30. April 2006. An ihre Stelle trat Susanne Guler.

### Pflegedienst

Marlise Egloff (31. März 2006) und Renate Kläy (30. April 2006) traten aus. Beate Zimmermann arbeitet seit 1. August 2005 bei uns und Ruth Waser seit 1. Mai 2006.

### Schwimmen

Die Schwimmstunden von Isabelle Salamoni wurden ab 1. April 2006 von Sandra Weibel übernommen.

### Hauswirtschaft / Agogik

Nachdem 3 Mitarbeiterinnen uns letztes Jahr schon während oder nach der Probezeit wieder verliessen, arbeitet nun Nathalie Kilchhofer seit 1. Januar 2006 als Hauswirtschafterin und Arbeitsagogin bei uns.

Monika Zuber, Leiterin Küche, trat Ende Juni 2006 ihren Mutterschaftsurlaub an. Sie wird voraussichtlich ab Dezember 2006 mit einem reduzierten Pensum von 40% wieder für uns tätig sein. Als Leiterin Küche arbeitet Annette Gebhard seit Mitte April 2006 bei uns.

Sandra Hänni schloss ihre Lehre als Hauswirtschafterin im Sommer 2005 erfolgreich ab. Wegen personellen Engpässen können wir sie bis 30. November 2006 befristet anstellen.

Lea Wagner trat am 1. August 2005 ihr zweites Lehrjahr als Hauswirtschafterin in unserem Betrieb an.

Marianne Siegenthaler war seit Oktober 2005 krankheitshalber abwesend und kann nun wieder reduziert eingesetzt werden.

Mit einem Personalbestand von über 50 Voll- und Teilzeit-Beschäftigten ist es üblich, dass in allen Bereichen eine Fluktuation stattfindet. Einige Mitarbeiterinnen konnten indessen das 5-jährige Dienstjubiläum feiern: Theres Adam (Musiktherapie), Ursula Burkhalter (Garten), Monika Zuber (Küche), Daniela Estermann (Sozialarbeit), Marcela Jegerlehner (Psychologie), Monika Müller (Küche), Dorothee Piek (Psychologie). Herzliche Gratulation! Viele Mitarbeiterinnen arbeiten bereits zwischen 5 und 10 Jahren im Wysshölzli. Angesichts der anspruchsvollen und oft auch belastenden Arbeit bewerte ich dies als eine erfreuliche Tatsache. Ich danke allen ganz herzlich, die während kürzerer oder längerer Zeit ihre Arbeitskraft und ihr fachliches Können zur Verfügung stellen. Die Förderung jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters und ein guter Teamgeist ist uns ein Anliegen und wirkt sich auf die Qualität der Behandlung aus.

## Wer in der Zukunft lesen will, muss in der Vergangenheit blättern

Dieses Zitat von André Malraux habe ich kürzlich gelesen. Ich finde, dass es sehr gut zu einem Jahresbericht passt. Wir schauen auf ein vergangenes Jahr zurück, halten inne,

reflektieren, lernen aus Erfahrungen, planen Neues und halten Ausschau auf die nächste Zeit. Im Fachjargon würde man dies Management Review und Strategieentwicklung nennen. Martina Scheibel hat in ihrer Diplomarbeit zum Medical Manager den Aufbau eines Strategieentwicklungsprozesses für die Klinik Wysshölzli beschrieben. Ein Teil ist der Geschichte gewidmet. Im Jubiläumsjahr 1992 wurde diese in einer schönen Festschrift dargestellt. Seither hat sich wieder sehr viel verändert. Wir feiern zwar zurzeit kein Jubiläum, möchten aber trotzdem etwas in der Vergangenheit blättern und die Entwicklung der letzten 14 Jahre in diesem Bericht festhalten. Danach wird es uns möglich sein, den Strategieentwicklungsprozess in Gang zu setzen.

Ich danke all jenen, die in der Vergangenheit an der Wysshölzli-Geschichte beteiligt waren, denen, die dazu beitrugen, dass wir dort stehen, wo wir jetzt sind und denen, die mithelfen, diesen Entwicklungsprozess weiter zu führen.

Elisabeth Schmidt  
Gesamtleiterin



Marie Sollberger  
Die Gründerin der Heilstätte



**70er und 80er Jahre des 19. Jahrhunderts** Die Trunksucht hat in unserem Lande grauenhafte Ausmasse angenommen. Der billige Kartoffelschnaps ruiniert ganze Gemeinden. Lucien Rochat und Arnold Bovet beginnen das Werk des Blauen Kreuzes. Marie Sollberger ist Gründerin des Blau-Kreuz-Vereins Herzogenbuchsee.

**1882** Marie Sollberger, einzig Überlebende ihrer Familie, gründet, 46 Jahre alt, auf dem Anwesen ihrer Eltern die Heilstätte Wysshölzli mit vorerst nur einer Patientin. Mitarbeiterin ist ihre Freundin, Fr. Elise Schmid. Sie werden mit Nähen und in Haus und Garten beschäftigt. Im Mittelpunkt des Tages steht eine Lehrstunde aus der Bibel.

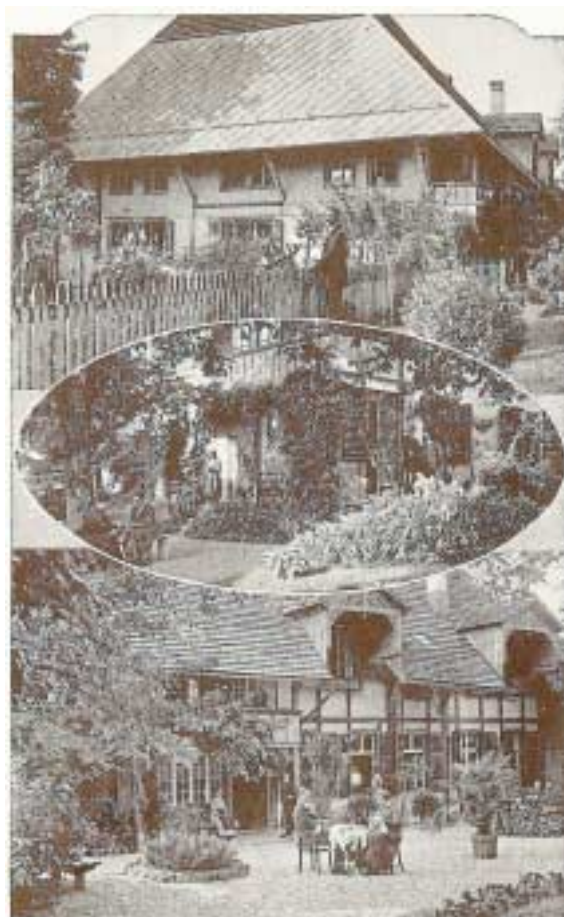
Das Asyl, wie die Heilstätte damals genannt wurde, ist bald einmal zu klein geworden. In den ersten Jahren dieses Jahrhunderts wird ein zweckmässiges Nebengebäude gebaut, das heutige Waldrandhaus.

**1917** 25 Jahre Heilstätte. Ungefähr 500 Frauen sind durch sie gegangen. Im November stirbt Marie Sollberger. Fr. Schmid führt vorläufig das Heim weiter, später Herr Rüegg.

**1918** Gründung der Genossenschaft Wysshölzli. Durch Anteilscheine wird das Geld für die Übernahme der Liegenschaft beschafft. Der Staat Bern übernimmt einen Anteilschein und delegiert einen Vertreter in den Vorstand.

**1925** Das Berner Diakonissenhaus entsendet Sr. Lydia Grunder als Leiterin, Sr. Mina Rosenbach für Verwaltung und Nähstube.

**1928/31** Die Bauauffälligkeit des alten Bauernhauses macht einen Neubau nötig. Die Vorarbeiten beginnen trotz Wirtschaftskrise und Arbeitslosigkeit.



**1932** Der Neubau ist erstellt. Er liegt 200 Schritte nördlich des alten Hauses, angelehnt an den Wald, mit prächtiger Front gegen Süden, und bietet Raum für 30 Frauen. Die Nähstube verfügt über die nötige Einrichtung für grössere Aufträge, der grosse Garten liefert Gemüse, der Schweinstall das Fleisch.

**1936** Die Statuten müssen dem grösseren Betrieb und dem revidierten OR angepasst werden. Ein Teil der Bauschulden konnte bereits abbezahlt werden. Verantwortlich ist nun die Verwaltungskommission. Die in Herzogenbuchsee und Umgebung wohnenden Mitglieder bilden den Betriebsausschuss.

**1939** Der Krieg bricht aus. Die Ölheizung wird auf Kohle umgebaut.

**1942** Mitten in Krieg und Teuerung feiert das Wysshölzli sein 50jähriges Bestehen. Die Frequenz ist sehr gut.

**1948** Sr. Lydia Grunder und Sr. Mina Rosenbach treten nach 24jähriger Tätigkeit zurück.

**1949** Das Berner Diakonissenhaus entsendet Sr. Hanna Rüdts als Oberschwester, Sr. Lilly Müller für die Verwaltung Sr. Klara Wind für den Haushalt.

**1952** 60 Jahre sind seit der Gründung verflossen, Fr. Elise Schmid, die Mitbegründerin der Heilstätte, stirbt mit 90 Jahren.

**1953** Die medikamentöse Behandlung mit Antabus und Apomorphin bewegt die Gemüter auch im Wysshölzli. Sie wirkt sich ungünstig auf die Belegung aus.

**1955** Die Frequenz bessert sich wieder. Die Erfahrung zeigt, dass die medikamentöse Behandlung die Heilstättenkur keineswegs überflüssig macht. Das alte Bauernhaus wird abgebrochen.

**1956** Neubau des Ökonomiegebäudes.

Wieder ist Stellenwechsel. Das Mutterhaus Chrischona entsendet als Leiterin Sr. Berti Müller.

**1957/61** Die Belegung der Heilstätte ist erneut ungenügend; dies beeinflusst das finanzielle Ergebnis ungünstig. Das grosse Defizit von mehr als Fr. 11 000.– macht 1961 einen Basar nötig, der ein voller Erfolg wird.

**1963/64** Die Einrichtung des fliessenden kalten und warmen Wassers in sämtlichen Patientinnenzimmern wird beschlossen.

**1965** Die Heilstätte feiert ihr 75jähriges Bestehen. Dr. Max Beck wird Präsident der Verwaltungskommission. Die Küche wird saniert und modernisiert.

**1968** Das Konzept der Jahreskur gerät mehr und mehr ins Wanken. Vorzeitige Kurabbrüche mehren sich. Die strenge Hausordnung wird etwas gelockert.

**1969** Der Ruf nach Umstrukturierung der Heilstätte wird immer deutlicher. Erstmals überlegt man sich, ob ein Behandlungsteam die Leitung übernehmen soll. Die Wohnung im Ökonomiegebäude wird für 37 000 Franken erneuert und mit einer Ölheizung ausgerüstet.

**1971** Wechsel in der Leitung. Frau Elisabeth Cordes-Gasser, Sozialarbeiterin, wird als neue Leiterin angestellt. Mit ihr zieht ein neuer Wind in das Wysshölzli ein, getragen vom Gedankengut der humanistischen Psychologie. Die Hausordnung erfährt längst fällige Liberalisierungen und Neuerungen, die die Eigenverantwortung der Patientin fördern sollen. Damit wird eine neue Epoche eingeleitet.

**1972** neue Therapieformen, wie Gruppentherapien, Musiktherapie, Malthherapie, werden eingeführt und entsprechendes Personal engagiert. Die Patientinnen erhalten ein eigenes Forum. Die Hausgemeinschaft (Patientin-

nen und Therapeuten) trifft sich wöchentlich im Plenum. Ein interdisziplinäres Mitarbeiterteam formiert sich. Die Kurdauer wird flexibler gestaltet und auf 6–12 Monate angesetzt. Rückfälle werden «eingerechnet» und therapeutisch aufgearbeitet.

**1973** Ein zweiter Sozialarbeiter wird als stellvertretender Leiter angestellt. Das Haus ist gut belegt. Nach den vielen Neuerungen tritt erst einmal eine Konsolidierungsphase ein. Die neue Dynamik und die Umstrukturierungen kosteten viel persönliches Engagement und Kräfte. Frau Cordes erkrankt, und Fritz Trösch, der frühere Leiter der Heilstätte Kirchlindach, springt für sie vorübergehend ein.

**1974** Das Haus ist alt geworden, und eine gesamthafte Sanierung drängt sich auf. Eine Baukommission wird ins Leben gerufen, um die Planungsarbeiten an die Hand zu nehmen. Ein dritter Sozialarbeiter wird angestellt. Die Idee einer therapeutischen Gemeinschaft und ein partnerschaftliches Verhältnis zu den Patientinnen gewinnt immer mehr an Boden. Kontakte zum Dorf werden durch Aktionen angestrebt und gefördert. Als interkantonale Heilstätte wird die Finanzbeschaffung zunehmend schwieriger.

**1975** Als erste bauliche Massnahme wird die Fassade renoviert. In der Küche werden die alten Kochkessel durch neuzeitliche Geräte ersetzt. Ebenfalls wird die Öltankanlage erneuert und erweitert. Eine rückläufige Belegung beunruhigt die Verantwortlichen der Heilstätte. Eine Umfrage bei den Zuweisern soll über die Hintergründe Aufschluss geben.

**1976** Frau Cordes stirbt am 27. Juni nach schwerer Krankheit und hinterlässt eine grosse Lücke. – Neu werden die Psychodiagnostik und die Team-Supervision eingeführt. Der psychiatrische Dienst wird ausgebaut. Die Finanzierung der Heilstätte wird zunehmend problematischer, weil die Kantone nicht mehr bereit sind, Defizitbeiträge zu leisten. Das

Waldrandhaus dient noch als Notwohnung für 1 bis 2 Patientinnen nach der Kur.

**1977** Das Soziologische Institut der Universität Zürich wird beauftragt, eine Evaluationsstudie über den Therapieerfolg durchzuführen. Das Mitarbeiterteam erfährt verschiedene Personalwechsel und Frau Rosmarie Stalder übernimmt als neue Leiterin nebst anderen leitenden Aufgaben die Vertretung der Heilstätte nach aussen. Intern bilden die drei Sozialarbeiterinnen mit dem Psychiater zusammen das Leitungsteam. Das Umbauprojekt wird mit einer ersten Kostenzusammenstellung (KV1) beim Kanton eingereicht.

**1978** Anstelle der bisherigen Maltherapie wird neu die Ergotherapie aufgebaut. Für den psychiatrischen Dienst kann ein Vertrag mit der Sozialpsychiatrischen Klinik Bern abgeschlossen werden, welche uns seither einen Oberarzt (Dr. L.S. Liem) zu 40% zur Verfügung stellt. Das Angebot an Kurbetten für suchtkranke Frauen hat in der Schweiz stark zugenommen und sorgt für neue Belegungsschwankungen. Ein zweiter, überarbeiteter Kostenvorschlag (KV2) wird dem Kanton eingereicht.

**1980** Der Regierungsrat des Kantons Bern gewährt einen Projektierungskredit in der Höhe von 91 000 Franken. Der Kostenvorschlag wird ein drittes Mal überarbeitet und neu eingereicht (KV3). Erneuter Personalwechsel im Mitarbeiterteam.

Das Forschungsprojekt schliesst mit einem eher ernüchternden Bericht ab.

Es wird eine Konzeptkommission gegründet, welche unter der Leitung von Hansjürg Ryser, Adjunkt der Fürsorgedirektion des Kantons Bern, in den folgenden zwei Jahren ein Betriebskonzept erarbeitet. U. a. befasst man sich sehr stark mit der Frage: Soll die Heilstätte inskünftig gemischt-geschlechtlich geführt werden? Die Meinungen gehen auseinander. Der Kanton als Subventionsträger hofft, damit Belegungsschwankungen besser auffangen zu

können. Aus therapeutischer Sicht drängt sich eine solche Massnahme nicht auf; im Gegenteil fängt man auch an, die Vorteile einer Frauenheilstätte zu erkennen.

**1981** Die finanziellen Sorgen um die Deckung des Defizites spitzen sich zu. Die Bettenbelegung schwankt von Jahr zu Jahr und nimmt im Jahre 1981 wieder ab.

Nicht wenige sehen das Weiterbestehen der Heilstätte ernsthaft in Frage gestellt. Die Mitarbeiter planen, mit einer erst einmal intern geführten Wohngruppe eine Lücke im Behandlungsangebot für Frauen nach der Kur zu schliessen.

Die Heilstätte wird beim Bundesamt für Sozialversicherung vorstellig und stellt ein Gesuch für Bau- und Betriebsbeiträge der Invalidenversicherung.

Der Kanton wünscht den Einbezug der beiden Nebengebäude (Waldrandhaus und Ökonomiegebäude) in das Baugeschäft, was eine weitere Planung erfordert. Der Regierungsrat bewilligt einen Spezialkredit für Sofortmassnahmen, um grössere Bauschäden zu verhindern.

**1982** In der unteren Wohnung des Waldrandhauses richtet sich vorübergehend die «Spielgruppe Hasumuus» ein.

**1983** Die Fürsorgedirektion des Kantons Bern führt die beiden bernischen Heilstätten Kirchlindach und Wysshölzli einen Niedrigtarif ein, welcher für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern die finanziellen Schwellen abbauen soll. Gleichzeitig müssen neu ausserkantonale Patientinnen kostendeckende Tarife bezahlen. Mit den Kantonen Basel-Stadt, Baseland und Zug können ebenfalls Tarifabkommen erzielt werden. Eine existentielle Erleichterung bringt vor allem auch die Anerkennung der Institution beim Bundesamt für Sozialversicherungen. Das Fortbestehen der Heilstätte ist wieder gesichert.

Die Heizzentrale wird im Sinne von Sofortmassnahmen erneuert, nachdem der eine Kes-

sel «ausgestiegen» ist. Die neue Heizung wird mit Gas betrieben, ebenso die neue Warmwasseraufbereitung.

Die Planung der beiden Nebengebäude ist abgeschlossen. Dem Kanton kann ein Gesamtkostenvoranschlag (GKV) unterbreitet werden, welcher alle drei Heilstättengebäude umfasst.

Nach dem Weggang von Rosmarie Stalder im März werden die Leitungsaufgaben neu verteilt. Die bisher intern praktizierte Teamleitung wird nun auch nach aussen hin proklamiert. Dr. Sing Liem trägt weiterhin die ärztliche Leitung, Hans Wyssmann wird neu administrativer Leiter, Urs Siegfried bleibt zuständig für das Bauwesen und vertritt die Heilstätte in der Öffentlichkeit, während Elisabeth Schmidt als «Innenministerin» zuständig ist für das Personal, die sozialtherapeutische Leitung und Koordination sowie die interne Heimorganisation. – Die vielen Umstrukturierungen der letzten Jahre erfordern eine interne Reorganisation. Für jede Stelle wird ein Pflichtenheft ausgearbeitet. Die neue Kurordnung verschafft der Patientin einen besseren Überblick über die Kurregeln, und ein Kurvertrag regelt das Verhältnis zwischen der Heilstätte und der Patientin.

**1984** Nach langer geduldiger Planung kommt unser Bauprojekt in der November-Session endlich vor den Grossen Rat und wird oppositionslos gutgeheissen. Bei einem verbindlichen Kostendach von 3,4 Millionen Franken bewilligt der Berner Grosse Rat einen Staatsbeitrag von 1 Million Franken.

**1985** Eine neue zusammengesetzte Baukommission arbeitet fleissig an der Detailplanung. Offensichtlich sind noch nicht alle Hürden genommen. Das Baubewilligungsverfahren zieht sich in die Länge und sorgt für eine weitere Bauverzögerung. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe beider bernischen Heilstätten Kirchlindach und Wysshölzli überprüft ihre Therapiekonzepte.

Um die finanziellen Mittel für die Möblierung

zusammenzubringen wird eine grosse Spendenkampagne ausgelöst.

**1986** Endlich ist es so weit. Nach Ostern kann mit dem Umbau- und Sanierungsarbeiten beim Ökonomiegebäude, beim Waldrandhaus und im Dachgeschoss des Hauptgebäudes begonnen werden.

Am 1. Oktober wird gezügelt: Der Heilstättenbetrieb kann während der grösseren Umbauarbeiten im Hauptgebäude in das leer stehende Schulheim in Aarwangen verlegt werden, eine für alle Beteiligten ideale Lösung.

20. Dezember: Das Waldrandhaus ist inzwischen fertig gestellt und die neue Wohngruppe kann mit 4 Bewohnerinnen einziehen.

Eine gemeinsame Planungsgruppe arbeitet für die beiden bernischen Heilstätten Kirchlin-dach und Wysshölzli (KIWY) ein differenziertes Kurangebot aus. Im Wysshölzli reift dabei der Entschluss, Frauenheilstätte zu bleiben. Mittelfristig ist vorgesehen, eine gemischtgeschlechtliche Kurkur anzugliedern. Die Genossenschaft Wysshölzli schliesst mit dem VPOD Bern einen Gesamtarbeitsvertrag ab.

**1987** Während in Herzogenbuchsee die Bauarbeiten im Hauptgebäude voll im Gange sind, wird der Heilstättenbetrieb in Aarwangen weitergeführt.

Das Heim hat nebst viel Schönerem (viel Platz und Umschwung, eigenes Schwimmbassin) auch einen Nachteil; es ist für unsere Verhältnisse zu gross, was den Kontakt zwischen Patientinnen und Mitarbeitern erschwert. Nach einem umtriebsreichen Jahr freuen sich vor allem die Mitarbeiter auf die Rückkehr.



Hauptgebäude



Ökonomiegebäude



Waldrandhaus



Schulheim  
Aarwangen



Hauptgebäude  
(Eingang)

Am 1. Dezember ist es dann soweit. Die Bauarbeiten sind gerade noch rechtzeitig fertig geworden. Die Räume sind neu eingerichtet, die Betten frisch angezogen. Das Wasser fliesst, das Licht geht und die Heizung funktioniert auch.

Überall riecht es noch nach frischer Farbe und Teppichleim. – Es dauert eine Weile, bis die Patientinnen ihre Schlupfwinkel gefunden haben und das Haus wieder belebt ist.

**1988** Am 27. Mai feiert das Wysshölzli mit 100 geladenen Gästen die Einweihung. Das Wysshölzli erhält ein Signet und eine neue Bezeichnung: Wysshölzli, Therapie- und

Rehabilitationszentrum für suchtkranke Frauen. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Elisabeth Schmidt, Gerda Mastronardi, Dr. Sing Liem und Benno Huber (Plus Fachstelle Langenthal) beschäftigt sich mit der Neustrukturierung des Betriebes. Dr. Max Beck tritt nach 23jähriger Tätigkeit als Präsident der Verwaltungskommission der Genossenschaft Wysshölzli zurück. Nachfolgerin wird Rosamaria Glauser.

**1989** Das erste Betriebsjahr in den renovierten Liegenschaften zeichnet sich durch eine gute Belegung aus. Es wird intensiv am «neuen Therapiekonzept» gearbeitet.

**1990** Das neue Therapie- und Behandlungskonzept und die neue Organisationsstruktur werden von der Verwaltungskommission genehmigt. Am 1. März beginnt das redimensionierte Leitungsteam mit klarer Aufgabenteilung seine Arbeit.

Ärztliche Leitung: Dr. Andreas Wyler. Therapeutische Leitung: Elisabeth Schmidt. Verwaltungsleitung: Manfred Ziegler. Am 6. Juni tritt die erste 8er-Patientinnengruppe ein, gemäss dem neuen gruppentherapeutischen Behandlungskonzept.

**1991** erstes Jahr, welches voll nach dem neuen gruppentherapeutischen Konzept gearbeitet wird. Ab 1. Juli kann auch die 75% Stelle des ärztlichen Leiters erstmals besetzt werden.

**1992** Jubiläumsjahr: Das neuformierte Leitungsteam erarbeitet die neuen Leitungsstrukturen und überarbeitet das Betriebskonzept. Das Therapie- und Behandlungskonzept wird evaluiert. Vom 17. bis 23. August wird das 100jährige Jubiläum gefeiert.  
(Ende Jubiläumsschrift)

**1992** Das gruppentherapeutische Konzept erweist sich anfangs als grosser Erfolg, ist aber bei Therapieabbruch einer Patientin während der Behandlung zu unflexibel und

muss mit der Zeit auch wieder gelockert werden. Auch scheinen die Eintrittshürden für Frauen mit Suchterkrankungen zu hoch zu sein. Nur ein kleiner Teil der Behandlung wird von der Krankenkasse bezahlt. Teilweise ist es für die Frauen mit sehr viel Scham besetzt, die Finanzierung der Behandlung beim Sozialamt ihrer Gemeinde zu beantragen. Dies wirkt sich ebenfalls immer wieder auf die Belegungszahlen aus. Das Wysshölzli kämpft weiterhin ums Überleben und muss auch dem Kanton gegenüber immer wieder beweisen, dass es eine frauenspezifische Institution braucht.

**1993** Frau Dr. med. Ursula Stirnemann übernimmt die ärztlich-therapeutische Leitung. Erstmals arbeitet eine Ärztin während 4 Tagen im Therapiezentrum.

**1995** wird der Vertrag mit der Sozialpsychiatrischen Klinik Bern aufgelöst und die ärztliche Leitung wird vom Wysshölzli direkt angestellt. Elisabeth Schmidt als Gesamtleiterin, Ursula Stirnemann als leitende Ärztin und Manfred Ziegler als Verwaltungsleiter bilden gemeinsam das Leitungsteam.

**1998** Die Patientinnen werden nicht mehr gruppenweise, sondern individuell aufgenommen. Dadurch erhofft man sich einen wirtschaftlichen Vorteil. Das Therapiekonzept wird entsprechend angepasst. Frau Dr. med. Martina Scheibel wird neue leitende Ärztin. Der Hauswirtschaftsbereich wird professionalisiert. Die drei Bereichsleitungen Behandlung (Martina Scheibel), Verwaltung (Manfred Ziegler) und Hotellerie (Anita Rütli) sowie die Gesamtleitung (Elisabeth Schmidt) bilden von nun an das Leitungsgremium.

**1999** Das Wysshölzli wird als Spezialklinik mit Beiträgen der öffentlichen Hand auf die Spitalliste des Kantons Bern aufgenommen. Mit santésuisse (Verband der Krankenversicherer) wird ein neuer Vertrag ausgehandelt. Die Behandlungen werden nun gemäss KVG über

die Grundversicherung und die Wohnsitzkanton finanziert. Um den Spitalstatus auch im Namen zu verdeutlichen, heisst das Wysshölzli von nun an Klinik Wysshölzli.

Ab November wird neu ein Behandlungsprogramm für Frauen mit Essstörungen angeboten. Damit können Frauen, die sowohl eine Abhängigkeitserkrankung wie eine Essstörung haben, gezielter behandelt werden.

Rosmarie Glauser tritt als Präsidentin der Verwaltungskommission zurück und wird von Bettina Steinlin-Plattner abgelöst.

**2000–2001** Die Angebotserweiterung auf Frauen mit Essstörungen bewährt sich.

Inzwischen ist die Nachfrage so gross, dass eine eigene Gruppe für diese Frauen gebildet werden kann und die Klinik konstant 6–10 Patientinnen mit Essstörungen in Behandlung hat. Um den komplexeren Krankheits- und Störungsbilder der Patientinnen gerecht zu werden, finden stetige Verbesserungsprozesse statt. Dies zeigt sich auch in den sehr guten Belegungszahlen in diesen Jahren.

**2002** Die Rechtsform der Genossenschaft erweist sich nicht mehr als zeitgemäss und zu träge für die Anforderungen einer Klinik. Die Genossenschaft Wysshölzli wird am 31. Oktober aufgelöst, und es wird die Klinik Wysshölzli, Marie Sollberger-Stiftung gegründet. Damit ist der Name der Gründerin in der Trägerschaft verankert und nach aussen sichtbar. Der neue Stiftungsrat setzt sich vorerst aus 5 Mitgliedern der früheren Verwaltungskommission zusammen. Präsidentin ist Bettina Steinlin-Plattner.

Ein Einfamilienhaus in der Nachbarschaft der Klinik wird gekauft, um die Büroknappheit beim Personal zu entschärfen und durch eine Bettenerweiterung die langen Wartezeiten für Patientinnen bis zum Klinikeintritt zu verkürzen.

**2003** März: die Erweiterung auf 33 Patientinnenbetten kann «kostenneutral» für den Kanton Bern durchgeführt werden.

Am 20. November findet eine kleine interne Jubiläumsfeier mit dem Stiftungsrat, dem Personal, den Patientinnen und einigen geladenen Gästen statt zum 111-jährigen Bestehen der Klinik Wysshölzli.

**2004** Januar: Der Leistungsvertrag mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern tritt in Kraft.

Juli: Die Klinik Wysshölzli erhält die Zertifizierung nach ISO 9001:2000 und QuaTheDa. Ein weiteres Einfamilienhaus in der Nachbarschaft der Klinik Wysshölzli wird dazugekauft. Es ist eine weitere Bettenerweiterung für Frauen mit Essstörungen geplant, da für diese Frauen die längsten Wartezeiten bis zum Klinikeintritt bestehen.

**2005** April: Die Bettenzahl der Klinik Wysshölzli kann auf 37 erweitert werden (wiederum «kostenneutral» für den Kanton Bern). Im neuen Haus wird ein Spezialprogramm für Essstörungspatientinnen angeboten, welches den Frauen in einem intensiven Betreuungskonzept ein Training zur Alltagsbewältigung ermöglicht.

Die Belegungszahlen sind weiterhin sehr gut. Die Bettenauslastung betrug in den letzten 5 Jahren immer über 95%. Die Wartezeiten bis zum Eintritt sind jedoch deutlich kürzer geworden. Hat die Klinik Wysshölzli nun einen kritischen Punkt erreicht? Ein Strategieentwicklungsprozess soll in Gang gesetzt werden.



Im Januar 2004 nahm das Monitoring-Netzwerk der Suchtberatung und -therapie in der Schweiz (act-info) im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich seine Arbeit auf und ersetzte damit die Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz (SAKRAM/CIRSA).

Im Jahr 2005 haben wir die Daten getrennt nach den Diagnosen Substanzabhängigkeit und Essstörungspatientinnen auswerten lassen. Insbesondere wird in dieser Interpretation

der Daten auf die psychische wie auch physische Gesundheit der Patientinnen eingegangen, das Austrittsgewicht im Vergleich zum Eintrittsgewicht und ob sich die Manipulationen der Gewichtsreduktion verändert haben. Zum Schluss finden Sie dann wie gewohnt die gestellten Austrittsdiagnosen aufgelistet.

Im Jahr 2005 behandelten wir 62 Frauen mit Substanzabhängigkeit und 45 Frauen, die in ihrem Fragebogen als Hauptproblem Essstörungen angaben.

## Diagnose oder Hauptproblem (2005)\*

	Häufigkeit	%	valide %	kumulierte %
Substanz	62	57.9	57.9	57.9
Essstörung	45	42.1	42.1	100.0
Total	107	100.0	100.0	

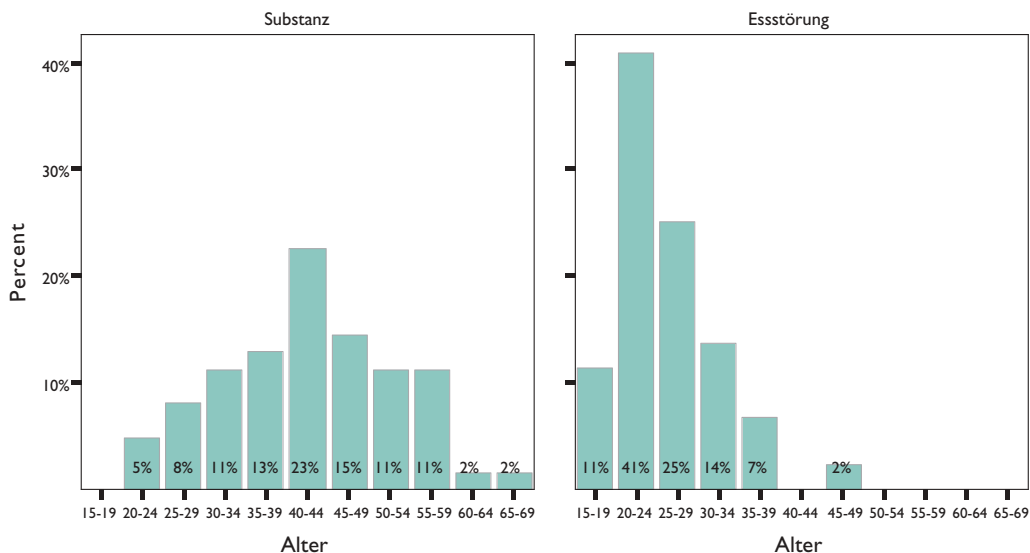
Bemerkung:

\*Wenn die Diagnose nicht bekannt ist (noch kein Austrittsfragebogen) wird das Hauptproblem berücksichtigt.

Aus dem Schaubild wird ersichtlich, wie vermutlich erwartet, dass die Frauen mit Essstörungen deutlich jünger sind, als die Frauen mit Substanzabhängigkeit. Trotzdem kommt es auch vor, dass Frauen über 30 Jahre und älter

noch unter Essstörungen leiden, was wohl nicht allen bekannt ist, da manche immer noch denken dies sei eine Erkrankung von jungen Mädchen.

## Eintrittsalter (2005)



## Physische (Körperliche) Gesundheit

Zum Thema physische Gesundheit spielt für die Interpretation der Daten ebenfalls das durchschnittliche Alter der Patientinnen eine Rolle. Das Durchschnittsalter bei den Essstörungen liegt bei 26 Jahren und bei den Frauen mit Substanzabhängigkeit bei 43 Jahren. Um so mehr muss es erschrecken, wenn man davon ausgeht, dass bei diesen jungen Frauen bereits körperliche Beschwerden in diesem Ausmass vorliegen und nur 40% keine

Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung angeben. Insbesondere zeigt sich der hohe Prozentsatz der schlechten Zähne und der Blutbildveränderungen, wie auch bei der Rubrik «verschiedene andere körperliche Erkrankung». Diese Tabelle ist nicht auf Essstörungspatientinnen ausgerichtet, da die Tabelle ursprünglich für substanzabhängige Klientinnen erstellt wurde. So findet man hier z. B. die Erkrankung der Osteoporose nicht, die bereits bei vielen jungen Frauen diagnostiziert wird.

### körperliche Erkrankungen (in Zusammenhang mit dem Suchtproblem) im Leben (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
Şzek010	Leberzirrhose	5	8.3%	0	.0%	5	4.9%
	Fettleber	4	6.7%	0	.0%	4	3.9%
	Hepatitis B	1	1.7%	1	2.4%	2	2.0%
	Hepatitis C	4	6.7%	1	2.4%	5	4.9%
	andere Hepatitis	2	3.3%	1	2.4%	3	2.9%
	Ösophagusvarizen	1	1.7%	1	2.4%	2	2.0%
	Gastritis	5	8.3%	2	4.8%	7	6.9%
	Pankreatitis	2	3.3%	0	.0%	2	2.0%
	Tuberkulose	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	Kardiomyopathie	1	1.7%	0	.0%	1	1.0%
	Endokarditis	1	1.7%	0	.0%	1	1.0%
	Herzinsuffizienz	0	.0%	1	2.4%	1	1.0%
	Nierenversagen	1	1.7%	0	.0%	1	1.0%
	AIDS	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	Kleinhirntaxie	1	1.7%	1	2.4%	2	2.0%
	zerebrale Anfälle	5	8.3%	4	9.5%	9	8.8%
	Polyneuropathie	2	3.3%	2	4.8%	4	3.9%
	Abszesse	3	5.0%	0	.0%	3	2.9%
	Hauterkrankungen	4	6.7%	4	9.5%	8	7.8%
	schlechter Zustand der Zähne	2	3.3%	11	26.2%	13	12.7%
	Blutbildveränderungen	2	3.3%	9	21.4%	11	10.8%
	anderes	7	11.7%	20	47.6%	27	26.5%
	keine	35	58.3%	17	40.5%	52	51.0%

Bemerkung: die Kategorien schliessen sich nicht gegenseitig aus (Mehrfachantworten möglich)

### körperliche Erkrankungen (nicht in Zus. mit dem Suchtproblem) in den 30T vor Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
qzek030	nein	34	55.7%	33	82.5%	67	66.3%
	ja	27	44.3%	7	17.5%	34	33.7%
	Total	61	100.0%	40	100.0%	101	100.0%

## Psychische (geistige) Gesundheit im Vergleich 30 Tage vor Eintritt und 30 Tage vor Austritt

Vergleicht man die Zahlen, sieht man doch eine deutliche Verbesserung der psychischen

Gesundheit bei beiden Frauengruppen. Da Mehrfachnennungen möglich sind, sollte man auf die Anzahl der Nennungen achten und nicht auf die Prozentzahlen hinter den Problemen.

### psychische Probleme im Leben/in den 30T vor Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
Szep010	schwere Depressionen	44	71.0%	23	53.5%	67	63.8%
	schwere Angst- und Spannungszustände	38	61.3%	18	41.9%	56	53.3%
	kognitive Probleme	23	37.1%	18	41.9%	41	39.0%
	Halluzinationen	9	14.5%	3	7.0%	12	11.4%
	Schwierigkeiten mit Gewaltkontrolle	7	11.3%	4	9.3%	11	10.5%
	mit Medik. behandelte psychische Probl.	37	59.7%	23	53.5%	60	57.1%
	ernsthafte Selbstmordgedanken	41	66.1%	25	58.1%	66	62.9%
	Selbstmordversuche	33	53.2%	7	16.3%	40	38.1%
	andere(s) psychische(s) Problem(e)	12	19.4%	10	23.3%	22	21.0%
	keine	4	6.5%	4	9.3%	8	7.6%
Szep015	schwere Depressionen	21	35.0%	12	27.9%	33	32.0%
	schwere Angst- und Spannungszustände	21	35.0%	17	39.5%	38	36.9%
	kognitive Probleme	16	26.7%	17	39.5%	33	32.0%
	Halluzinationen	1	1.7%	0	.0%	1	1.0%
	Schwierigkeiten mit Gewaltkontrolle	2	3.3%	1	2.3%	3	2.9%
	mit Medik. behandelte psychische Probl.	28	46.7%	14	32.6%	42	40.8%
	ernsthafte Selbstmordgedanken	12	20.0%	5	11.6%	17	16.5%
	Selbstmordversuche	1	1.7%	1	2.3%	2	1.9%
	andere(s) psychische(s) Problem(e)	10	16.7%	3	7.0%	13	12.6%
	keine	12	20.0%	12	27.9%	24	23.3%

Bemerkung: die Kategorien schliessen sich nicht gegenseitig aus (Mehrfachantworten möglich)

### psychische Probleme in den 30T vor Austritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
Szap010	schwere Depressionen	9	22.5%	9	20.9%	18	21.7%
	schwere Angst- und Spannungszustände	16	40.0%	13	30.2%	29	34.9%
	kognitive Probleme	9	22.5%	5	11.6%	14	16.9%
	Halluzinationen	1	2.5%	3	7.0%	4	4.8%
	Schwierigkeiten mit Gewaltkontrolle	1	2.5%	1	2.3%	2	2.4%
	mit Medik. behandelte psychische Probl.	17	42.5%	22	51.2%	39	47.0%
	ernsthafte Selbstmordgedanken	3	7.5%	4	9.3%	7	8.4%
	Selbstmordversuche	0	0%	0	0%	0	0%
	keine	13	32.5%	13	30.2%	26	31.3%

Bemerkung: die Kategorien schliessen sich nicht gegenseitig aus (Mehrfachantworten möglich)

ICD-10, Kapitel F – Hauptdiagnose (2005)

	Substanz	Essstörung	TOTAL
10.20 Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent	33	5	38
10.21 Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung	1	0	1
10.23 Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven Substanzen	1	0	1
11.26 Opiatabhängigkeitssyndrom, mit episodischem Substanzgebrauch	1	0	1
12.1 Schädlicher Gebrauch von Cannabis	1	0	1
13.20 Abhängigkeitssyndrom durch Sedativa oder Hypnotika, derzeit abstinent	4	0	4
13.21 Abhängigkeitssyndrom durch Sedativa oder Hypnotika, derzeit abstinent, aber in beschützender Umgebung	1	0	1
19.20 Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent	6	2	8
19.21 Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung	0	1	1
21.0 Schizotype Störung	0	1	1
25.1 Schizodepressive Störung	0	1	1
25.2 Gemischte schizoaffektive Störung	0	1	1
33.10 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	0	1	1
33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, mit psychotischem Symptomen	1	0	1
50.0 Anorexia nervosa	0	23	23
50.2 Bulimia nervosa	0	11	11
50.8 Sonstige Essstörungen	0	1	1
50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung	0	2	2
60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus	1	1	2
Total	50	50	100



Waldrandhaus

ICD-10, Kapitel F – erste Nebendiagnose (2005)

	Substanz	Essstörung	TOTAL
10.10 Schädlicher Gebrauch von Alkohol	1	1	2
10.20 Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert	3	3	6
11.20 Opiatabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert	0	1	1
12.10 Schädlicher Gebrauch von Cannabis	3	1	4
13.00 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika ohne Komplikationen	1	0	1
13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika	1	0	1
13.20 Abhängigkeitssyndrom von Sedativa oder Hypnotika gegenwärtig abstinert	5	0	5
13.21 Abhängigkeitssyndrom von Sedativa oder Hypnotika gegenwärtig abstinert, aber in beschützender Umgebung	1	0	1
14.1 Schädlicher Gebrauch von Kokain	1	0	1
14.20 Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert	1	0	1
15.20 Abhängigkeitssyndrom durch sonstige Stimulantien, gegenwärtig abstinert	1	0	1
19.20 Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinert	2	0	2
20.00 Paranoide Schizophrenie, kontinuierlich	1	0	1
20.05 Paranoide Schizophrenie, vollständige Remission	1	0	1
32.00 Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom	0	4	4
32.10 Mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom	2	5	7
33.00 Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig leichte Episode	6	0	6
33.10 Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode	2	3	5
33.40 Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig remittiert	7	6	13
42.2 Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen gemischt	0	4	4
43.10 Posttraumatische Belastungsstörung	1	1	2
45.32 Somatoforme Störung des unteren Gastrointestinaltraktes	0	1	1
50.00 Anorexia nervosa	0	1	1
50.20 Bulimia nervosa	0	2	2
50.30 Atypische Bulimia nervosa	0	2	2
50.40 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	0	1	1
50.80 Sonstige Essstörungen	0	2	2
55.10 Missbrauch von Laxantien (Abführmitteln)	0	1	1
60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus	0	1	1
60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung	1	0	1
61.0 Kombinierte Persönlichkeitsstörung	1	1	2
62.0 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung	1	0	1
Total	43	41	84

	Substanz	Essstörung	TOTAL
10.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol	0	1	1
10.20 Alkoholabhängigkeitssyndrom derzeit abstinent	1	0	1
10.60 Amnestisches Syndrom durch Alkohol	1	0	1
12.1 Schädlicher Gebrauch von Cannabis	0	1	1
19.20 Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch gegenwärtig abstinent	0	1	1
31.6 Bipolare affektive Störung	1	0	1
32.1 Mittelgradige depressive Episode	1	1	2
33.0 Rezidivierende depressive Episode, leichten Ausmasses	2	1	3
33.1 Rezidivierende depressive Episode, mittelgradigen Ausmasses	0	1	1
33.4 Rezidivierende depressive Episode, aktuelle remittiert	2	1	3
40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	1	0	1
41.0 Panikstörung	0	1	1
50.00 Anorexia nervosa	0	1	1
50.20 Bulimia nervosa	0	4	4
60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung	0	1	1
60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus	3	2	5
60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus	3	2	5
60.5 Anankastische Persönlichkeitsstörung	0	1	1
60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung	3	0	3
61.0 Kombinierte Persönlichkeitsstörung	2	2	4
62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	2	1	3
68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	1	0	0
90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	2	1	3
Total	25	23	48

### Gewichtsm Manipulationen bei Eintritt und bei Austritt

Auch zum Thema Gewichtsm Manipulationen geben die Frauen Erfreuliches an, so berichten nur 2 Patientinnen 30 Tage vor Eintritt über keine Gewichtsm Manipulationen und vor Austritt sind es immerhin 20, die von sich sagen, sie würden das Gewicht nicht mehr manipulieren. Das Vermeiden von hochkalorischen Speisen hat sich deutlich reduziert und ebenfalls das selbstinduzierte Erbrechen. Was sich nur leicht reduziert hat, ist der Verzicht auf

übertriebene körperliche Aktivität. Dies entspricht unserem Erleben im klinischen Alltag. Den Patientinnen fällt es sehr schwer ihre übertriebene körperliche Aktivität auf ein «normales Mass» zu reduzieren.

Folgende Tabellen betreffen nur die KlientInnen, welche die Essstörungen als Hauptproblem oder weiteres Problem beim Eintritt angegeben haben oder die KlientInnen, die beim Austritt Essstörungen als Problem angegeben haben.

### hauptsächliche Form der Essstörung beim Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
qzeu010	Magersucht (Anorexia nervosa)	1	25.0%	20	50.0%	21	47.7%
	Bulimie (Bulimia nervosa)	1	25.0%	14	35.0%	15	34.1%
	Essattacken bei sonst. psych. Stör.	1	25.0%	0	0%	1	2.3%
	andere	1	25.0%	6	15.0%	7	15.9%
	Total	1	100.0%	40	100.0%	44	100.0%

### weitere Formen von Essstörungen im Leben (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
qzeu030	nein	3	60.0%	19	54.3%	22	55.0%
	ja	2	40.0%	16	45.7%	18	45.0%
	Total	5	100.0%	35	100.0%	40	100.0%

### vorwiegende Gewichtsmanipulationen in den 30T vor Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
\$zeu070	Verm. von hochkal. Speisen/Hungern	2	50.0%	27	69.2%	29	67.4%
	Einnahme von Abführmitteln	0	.0%	7	17.9%	7	16.3%
	übertriebene körperliche Aktivität	0	.0%	15	38.5%	15	34.9%
	selbstinduziertes Erbrechen	1	25.0%	21	53.8%	22	51.2%
	Einnahme von Diuretika	0	.0%	2	5.1%	2	4.7%
	Einnahme anderer Medikamente	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	anderes	0	.0%	2	5.1%	2	4.7%
	keine Gewichtsmanipulation	2	50.0%	2	5.1%	4	9.3%

Bemerkung: die Kategorien schliessen sich nicht gegenseitig aus (zwei Antworten möglich)

### hauptsächliche Form der Essstörung beim Austritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
qzau010	Magersucht (Anorexia nervosa)	0	0%	23	50.0%	23	47.9%
	Bulimie (Bulimia nervosa)	1	50.0%	17	37.0%	18	37.5%
	Essattacken bei sonst. psych. Stör.	0	0%	0	0%	0	0%
	andere	1	50.0%	6	13.0%	7	14.6%
	Total	2	100.0%	46	100.0%	48	100.0%

### vorwiegende Gewichtsmanipulationen in den 30T vor Austritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
\$zau070	Verm. von hochkal. Speisen/Hungern	0	0%	16	38.1%	16	36.4%
	Einnahme von Abführmitteln	0	0%	2	4.8%	2	4.5%
	übertriebene körperliche Aktivität	0	0%	10	23.8%	10	22.7%
	selbstinduziertes Erbrechen	0	0%	10	23.8%	10	22.7%
	Einnahme von Diuretika	0	0%	0	0%	0	0%
	Einnahme anderer Medikamente	0	0%	0	0%	0	0%
	anderes	0	0%	0	0%	0	0%
	keine Gewichtsmanipulation	2	100.0%	21	50.0%	23	52.3%

Bemerkung: die Kategorien schliessen sich nicht gegenseitig aus (zwei Antworten möglich)

## Body Mass Index

Hier wird der Body Mass Index bei Eintritt mit dem Body Mass Index bei Austritt verglichen. Bei Eintritt sind 44% der Patientinnen stark untergewichtig, das heisst sie haben einen BMI unter 16. Damit sich dies ein Laie vorstellen kann: dies würde bei einer Frau von 1.66 m ein Gewicht von ca. 44 kg bedeuten. Die

Frauen, die wir in unserer Klinik noch aufnehmen, treten häufig mit noch bedeutend geringerem Gewicht ein z.B. BMI 12. Bei der angegebenen Grösse wäre dies ein Gewicht von 33 kg. Diese Zahl konnte bei Austritt auf 14% der Patientinnen gesenkt werden und die meisten Frauen bewegen sich im Bereich vom Normalgewicht bzw. nur noch leichtem Untergewicht.

### Body Mass Index beim Eintritt (2005)

qzeu050 BMI	Mittelwert	STDABW	Perzentil 25	Median	Perzentil 75	n
Substanz	24.97	5.48	21.98	23.08	26.13	60
Essstörung	17.91	4.44	14.95	16.69	20.55	45
TOTAL	21.95	6.14	17.69	21.94	24.91	105

### vorwiegende Gewichtsmanipulationen in den 30T vor Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
@zeu050	sehr starkes Untergewicht (<16)	0	0%	20	44.4%	20	19.0%
	moderates Untergewicht (>=16 BMI <17)	1	1.7%	3	6.7%	4	3.8%
	leichtes Untergewicht (>=16 BMI <18.5)	3	5.0%	4	8.9%	7	6.7%
	Normalgewicht (>=18.5 BMI <18.5)	34	56.7%	14	31.1%	48	45.7%
	Übergewicht (>=25 BMI <30)	12	20.0%	3	6.7%	15	14.3%
	starkes Übergewicht (BMI >=30)	10	16.7%	1	2.2%	11	10.5%
	Total	60	100.0%	45	100.0%	105	100.0%

### Body Mass Index beim Eintritt (2005)

qzau040 BMI	Mittelwert	STDABW	Perzentil 25	Median	Perzentil 75	n
Substanz	24.70	4.85	21.97	23.12	25.91	49
Essstörung	20.00	5.01	17.69	18.49	21.50	50
TOTAL	22.33	5.45	18.44	21.67	24.03	99

### vorwiegende Gewichtsmanipulationen in den 30T vor Eintritt (2005)

		Substanz		Essstörung		TOTAL	
@zeu050	sehr starkes Untergewicht (<16)	1	2.0%	7	14.0%	8	8.1%
	moderates Untergewicht (>=16 BMI <17)	0	0%	2	4.0%	2	2.0%
	leichtes Untergewicht (>=16 BMI <18.5)	0	0%	16	32.0%	16	16.2%
	Normalgewicht (>=18.5 BMI <18.5)	31	63.3%	21	42.0%	52	52.5%
	Übergewicht (>=25 BMI <30)	9	18.4%	2	4.0%	11	11.1%
	starkes Übergewicht (BMI >=30)	8	16.3%	2	4.0%	10	10.1%

Bemerkung: BMI= Gewicht in kg/(Grösse in m x Grösse in m)

Dr. med. Martina Scheibel, Leitende Ärztin  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

## Patientinnen-Statistik 2005 (von 107 neu eingetretenen Patientinnen)

<b>Zivilstand</b>	ledig	61	(57,0%)
	verheiratet	26	(24,3%)
	getrennt	5	(4,7%)
	geschieden	14	(13,1%)
	verwitwet	1	(0,9%)
		<u>107</u>	<u>(100%)</u>

<b>Alter</b>	18–20jährig	5	(4,7%)
	21–30jährig	38	(35,5%)
	31–40jährig	23	(21,5%)
	41–50jährig	23	(21,5%)
	51–60jährig	16	(14,9%)
	über 61 jährige	2	(1,9%)
	<u>107</u>	<u>(100%)</u>	

<b>Berufsposition</b>	Hilfsarbeiterin/angelernt	2	(1,9%)
	Arbeiterin/einf. Angest.	34	(31,8%)
	mittlere Angestellte	2	(1,9%)
	leitende Angestellte	1	(0,9%)
	selbständig	3	(2,8%)
	nicht erwerbstätig	58	(54,2%)
	Studentin/Schülerin	7	(6,5%)
	<u>107</u>	<u>(100%)</u>	

<b>Abhängigkeitstypus</b>	Alkohol	15	(14,0%)
	Alkohol und andere Substanzen	38	(35,5%)
	Medikamente	2	(1,9%)
	Medikamente und andere Substanzen	4	(3,7%)
	illegale Drogen und andere Substanzen	6	(5,6%)
	andere Substanzen	2	(1,9%)
	Essstörung	23	(21,5%)
	Essstörung und Substanzabhängigkeit	17	(15,9%)
Total	<u>107</u>	<u>(100%)</u>	

### **WohnpartnerIn vor dem Eintritt**

Ehe-/fester PartnerIn	22	(20,5%)
Kinder	2	(1,9%)
Familienangehörige	19	(17,8%)
Andere	43	(40,2%)
Keine WohnpartnerIn	21	(19,6%)
Total	<u>107</u>	<u>(100%)</u>

### **Hauptsächliche zuweisende Instanz**

Arzt	33	(30,9%)
Klinik / Spital / andere stationäre Institutionen	19	(17,8%)
Beratungsstelle/Sozialdienst	9	(8,4%)
ArbeitgeberIn	2	(1,9%)
Behörde / Justiz	1	(0,9%)
Ehepartner / Lebenspartner	4	(3,7%)
Familienmitglieder / Bekannte / Freundinnen und Freunde	12	(11,2%)
Eigeninitiative	27	(25,2%)
Total	<u>107</u>	<u>(100%)</u>

### **Art des Behandlungsabschlusses**

Regulärer Abschluss	64	(64,0%)
Behandlungsabbruch	15	(15,0%)
Behandlungsausschluss	19	(19,0%)
Verlegung	2	(2,0%)
Total Austritte (Mehrfachnennung)	<u>100</u>	<u>(100%)</u>

### **Aufenthaltsdauer der ausgetretenen Patientinnen**

bis 1 Monat	14	(14,0%)
2–3 Monate	25	(25,0%)
4–6 Monate	41	(41,0%)
7–9 Monate	11	(11,0%)
10–11 Monate	9	(9,0%)
Total	<u>100</u>	<u>(100%)</u>

## Pflegetage-Statistik 2005

<b>Patientinnenbestand</b> am 1. Januar 2005	30	
Eintritte 2005	107	
Austritte 2005		100
Anzahl der Patientinnen am 31. Dezember 2005		<u>37</u>
	<u>137</u>	<u>137</u>

<b>Anzahl Pflegetage</b>	<u>2005</u>	<u>2004</u>
	12 737	11 761

<b>Durchschnittliche Belegung pro Tag</b>	34,9 Pat.	32,2 Pat.
	= 97,1%	= 97,4%

## Pflegetage-Statistik nach Wohnkantonen

	Patientinnen	Pflegetage	%
Aargau	17	1 499	11,77
Basel-Land	11	991	7,78
Basel-Stadt	4	240	1,88
Bern	58	5 769	45,29
Freiburg	2	203	1,59
Graubünden	1	252	1,98
Jura	1	25	0,20
Luzern	13	966	7,58
Nidwalden	1	186	1,46
Schwyz	2	179	1,41
Solothurn	18	1 632	12,81
St. Gallen	2	58	0,46
Thurgau	2	154	1,21
Ticino	1	32	0,25
Zug	1	305	2,39
Zürich	2	162	1,27
Ausland	1	84	0,66
Total	<u>137</u>	<u>12 737</u>	<u>100,00</u>

## Erfolgsrechnung 2005

	<u>Rechnung 2005</u>	<u>Rechnung 2004</u>
Besoldungen	2 571 390.35	2 257 266.30
Sozialleistungen	367 692.55	322 920.35
Arzthonorare	165 336.50	106 499.40
Personalnebenaufwand	58 718.85	67 544.00
Medizinischer Bedarf	238 544.20	162 534.40
Lebensmittel und Getränke	145 796.40	118 555.25
Hauswirtschaft	47 476.25	22 385.95
Mobilien und Immobilien	73 180.60	88 079.05
Unterhalt und Reparaturen		
Aufwand für Anlagenutzung	243 123.35	308 713.55
Energie und Wasser	67 498.40	51 290.00
Miet- und Kapitalzinsen	23 074.45	12 767.40
Büro und Verwaltung	115 101.85	102 386.15
Entsorgung	12 108.30	11 823.35
Übriger Sachaufwand	45 698.70	56 419.50
	<hr/>	<hr/>
<b>Total Aufwand</b>	<b>4 174 740.75</b>	<b>3 689 184.65</b>
	<hr/>	<hr/>
Erträge Pflorgetaxen stationär	4 108 864.00	3 587 105.00
Erträge ambulante Dienste	204 401.90	129 527.10
Erträge aus medizinischen Nebenleistungen	3 744.35	4 650.18
Erträge aus Leistungen für Patientinnen	24 721.75	21 918.80
Miet- und Kapitalzinsertrag	14 649.20	14 765.65
Erträge aus Garten	6 077.00	6 356.00
Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte	35 279.30	33 899.30
	<hr/>	<hr/>
<b>Total Ertrag</b>	<b>4 397 737.50</b>	<b>3 798 222.03</b>
	<hr/>	<hr/>
<b>Erfolg</b>	<b>222 996.75</b>	<b>109 037.38</b>

## Bilanz 2005

<b>Aktiven</b>	<b>31. Dez. 2005</b>	<b>31. Dez. 2004</b>
Kasse	7 972.45	13 263.05
Postcheck	33 722.41	30 436.38
Kontokorrent	484 183.58	0.00
Wertschriften	24 324.25	24 184.60
Patientinnen-Debitoren	856 854.54	758 712.65
Transitorische Aktiven	102 591.30	1 034 903.30
Immobilien	847 000.00	872 000.00
Anlagekosten netto	375 938.40	401 737.40
Mobilien	172 841.75	130 193.50

<b>Total</b>	<b>2 905 428.68</b>	<b>3 265 430.88</b>
--------------	---------------------	---------------------

### Passiven

Kontokorrent	0.00	425 682.55
Baudarlehen	154 000.00	164 000.00
Darlehen Kirchgemeinde H'buchsee	25 000.00	25 000.00
Transitorische Passiven	262 555.25	351 139.25
Eigenkapital	1 179 695.94	1 236 426.54
Bauinvestitionsreserve	448 232.30	448 232.30
Betriebsreserve	92 972.48	0.00
Spenden	14 030.40	16 522.15
Patientinnenkasse	9 364.55	9 331.85
Weihnachts-/Geschenkkasse	7 529.10	7 529.10
Kapital Marie-Sollberger-Fonds	80 666.15	80 666.15
Kapital Stiftungs-Fonds	312 229.36	312 229.36
Kapital Ferienlager-Fonds	35 249.80	35 249.80
Einrichtungs- und Bau-Fonds	60 906.60	44 384.45
Überdeckung	222 996.75	109 037.38

<b>Total</b>	<b>2 905 428.68</b>	<b>3 265 430.88</b>
--------------	---------------------	---------------------



## Spenden 2005

<b>Spenden</b>	Einwohnergemeinden	Fr.	1 250.00
	Kirchgemeinden	Fr.	9 710.40
	Blaukreuzvereine	Fr.	50.00
	übrige Gönner	Fr.	<u>3 020.00</u>
		Fr.	<u>14 030.40</u>

Allen Spenderinnen und Spendern 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



KLINIK WYSSHÖLZLI  
Marie Sollberger-Stiftung

**Fachklinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen**

Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee, Telefon 062 956 23 56, Fax 062 956 23 59, PC 49-141-1

E-Mail: [info@wysshoezli.ch](mailto:info@wysshoezli.ch), Homepage: [www.wysshoezli.ch](http://www.wysshoezli.ch)