

**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

Abteilung für wissenschaftliche
Auswertung



Erfolgskontrolle des Staatsbeitrags an die therapeutische Wohngemeinschaft Soteria Bern

Bern, 30. April 2002

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG DER ERFOLGSKONTROLLE.....	i
RESUME DU CONTROLE DES RESULTATS	vii
Verzeichnis der Abkürzungen.....	xiii
1 Gegenstand der Erfolgskontrolle	1
1.1 Einleitung.....	1
1.2 Die Soteria Bern.....	1
1.3 Gesetzliche Grundlagen	2
1.4 Zielsystem	3
1.5 Wirkungsmodell.....	3
2 Zielsetzung und Vorgehensweise	5
2.1 Zielsetzungen der Erfolgskontrolle.....	5
2.2 Fragestellungen	5
2.3 Intensität der Erfolgskontrolle und Vorgehensweise	6
3 Vollzugskontrolle.....	7
3.1 Entwicklung des Staatsbeitrags 1997-2000	7
3.2 Der Vollzug des Staatsbeitrags aus der Sicht der GEF	7
3.3 Der Vollzug des Staatsbeitrags aus der Sicht der Soteria	8
3.4 Organisatorische Struktur und Vernetzung mit den UPD.....	8
4 Wirkung	11
4.1 Räumlichkeiten	11
4.2 Schizophrenieauffassung und Behandlungskonzept.....	11
4.3 Medikamentöse Behandlung.....	12
4.4 Zielgruppe der Soteria.....	12
4.5 Personal.....	13
4.6 Dienstplan	14
4.7 Leistungskatalog	15
4.8 Zuweiser.....	17
4.9 Aufnahmeverfahren und Behandlungsphasen	18
4.10 Austritte aus der Soteria	19
4.11 Anzahl Patienten und Pflegetage	19
4.12 Wirkungen auf die Patienten und Patientinnen.....	20
5 Effizienz.....	23
5.1 Anzahl Patienten und Patientinnen und Bettenbelegung	23
5.2 Betriebsrechnung im Jahr 2000	24
5.3 Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Austritt.....	26

5.4	Aufenthaltsdauer im Jahr 2000	27
5.5	Betreuungsverhältnis im Jahr 2000.....	28
6	Expertenurteile	29
6.1	Interview mit dem Bereichsleiter „Psychiatrie“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich	29
6.2	Expertenurteile im neu erschienenen Buch „Wie wirkt Soteria“	30
7	Vorteilhaftigkeit.....	31
8	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	33
8.1	Schlussfolgerungen zum Vollzug	33
8.2	Schlussfolgerungen zur Wirkung.....	34
8.3	Schlussfolgerungen zur Effizienz	35
8.4	Schlussfolgerungen zur Vorteilhaftigkeit	36
9	Literatur.....	39
10	Anhang.....	I
10.1	Tabellenverzeichnis	I
10.2	Abbildungsverzeichnis.....	I
10.3	Vertrag zwischen dem Staate Bern und dem Verein Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern	II
10.4	Vertrag zwischen der Soteria und der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern.....	III
10.5	Leistungskatalog der Soteria.....	IV
10.6	Stellungnahme der Soteria zur Erfolgskontrolle.....	V

KURZFASSUNG DER ERFOLGSKONTROLLE

1 Gegenstand der Untersuchung und Vorgehensweise

Die Erfolgskontrolle GEF0S008 untersucht den Staatsbeitrag an die „Soteria Bern“, eine milieuthera-
peutische Institution zur Behandlung akuter Psychosen. Eine Besonderheit der milieuthera-
peutischen Behandlung in der Soteria ist der Versuch, junge Menschen in einer akuten Psychose im Rahmen einer
therapeutischen Wohngemeinschaft mit möglichst wenig Medikamenten und im ständigen Kontakt mit
Angehörigen zu begleiten. Die Soteria ist rechtlich als Spital zu qualifizieren und bietet 8
Behandlungsplätze.

Eine *Psychose* ist eine psychische Erkrankung mit grundlegender Veränderung des Erlebens und des
Aussenbezuges einer Person. Die Schizophrenie ist die häufigste psychotische Krankheit und zeichnet
sich durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkstörungen, Affektstörungen und
psychomotorische Störungen aus.

Das Soteria-Konzept stammt ursprünglich aus den USA, wo in den 70er-Jahren ein alternatives Be-
handlungsangebot zu der unruhigen, unpersönlichen, diskontinuierlichen Behandlung in den tradi-
tionellen Kliniken gesucht wurde. Der Berner Psychiatrieprofessor L. Ciompi startete 1984 die Soteria
Bern in einem Haus mit Garten im Berner Länggassquartier. Diese Lage abseits der psychiatrischen
Kliniken eignet sich sehr gut für die für die Soteria typische Behandlungsatmosphäre in einem
möglichst normalen, kleinräumigen und ruhigen Umfeld.

Unter einer Erfolgskontrolle gemäss Staatsbeitragsgesetz versteht man die Überprüfung

1. der Wirkung (Effektivität),
 2. des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (Effizienz),
 3. der Erreichung der Sollwerte (Zielerreichung) und
 4. der Vorteile im Vergleich zu Kosten und Nachteilen (Vorteilhaftigkeit)
- des Staatsbeitrags.

Aufgrund der geringen Höhe des Staatsbeitrags an die Soteria wurde eine Grobuntersuchung mit den
Schwerpunkten Effektivität und Effizienz des Staatsbeitrags durchgeführt. Folgendes Vorgehen wurde
gewählt:

1. Interview mit dem Vollzugsverantwortlichen des Spitalamtes und dem Leiter der Dienststelle
Psychiatrie der GEF.
2. Besuch in der Soteria und Interview mit der Soterialeitung;
3. Auswertung der Sekundärdaten des Spitalamtes der GEF und der Soteria;

4. Interviews in anderen Institutionen (Forschungsabteilung D1 der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD, Verein Angehörige von Schizophreniekranken VASK);
5. Interview eines ausserkantonalen Experten, des Bereichsleiters Psychiatrie der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Als Datenquellen werden berücksichtigt:

- Kennzahlen des Spitalamtes der GEF: Budgetaufstellungen, Jahresrechnungen, Revisionsberichte zur Soteria
- Jahresberichte und interne Statistiken der Soteria
- Publierte Wirksamkeitsstudien zur Soteria
- Betriebsbuchhaltung der Universitären Psychiatrischen Dienste (Abteilung D1)
- Weitere schriftliche Dokumente (Briefwechsel, Aktennotizen, etc.)

2 Ergebnisse

2.1 Zum Vollzug

Da die Soteria rechtlich als Spital gilt, wird der Staatsbeitrag an die Soteria durch das Spitalamt der GEF gesteuert. Im Jahr 2000 betrug der Gesamtaufwand der Soteria Fr. 1'061'883.- und der Gesamtertrag Fr. 615'184.-. Daraus resultierte ein Staatsbeitrag von Fr. 446'699.-. In den Jahren 1997 bis 2000 blieb der Staatsbeitrag stabil.

Die jährlichen Budgetvorschläge werden daraufhin geprüft, ob sie sich im Rahmen der vorjährigen Jahresabrechnungen bewegen. Nach Ansicht des zuständigen Revisors der GEF sind in dem Bereich Controlling des Staatsbeitrags an die Soteria keine Probleme auszumachen. Ein eigentliches Anreizsystem wird aber durch die heutige Vollzugspraktik nicht geschaffen - der Kanton deckt mit dem Staatsbeitrag das Defizit der Soteria.

Die personelle Verflechtung der Soteria mit den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) ist historisch gewachsen und wurde vertraglich am 4. Juli 1994 festgehalten. Sowohl der Projektleiter der Soteria als auch die delegierte Oberärztin nehmen gleichzeitig auch Funktionen in den UPD wahr. Die Stellenprozente des delegierten Oberarztes / der delegierten Oberärztin der UPD sind seit 1994 von 30% auf 50% angewachsen.

Aufgrund der bisherigen vertraglichen Abmachungen werden die Leistungen der delegierten Oberärztin (50 Stellenprozente) der Soteria nicht verrechnet. Insofern ist die Kostenwahrheit nicht gewährleistet. Auch gewisse administrative Leistungen erbringen die UPD unentgeltlich.

2.2 Zur Wirkung

Sowohl in der amerikanischen Soteria als auch in der Soteria Bern wurden Untersuchungen durchgeführt, die allesamt zum Schluss kamen, dass die Soteria eine vergleichbare Wirkung in der Behandlung von akut psychotischen Menschen erreicht wie konventionelle Kliniken (Rückfallhäufigkeit, Psychopathologie, Wohn- und Arbeitssituation). Dies wird mit einer deutlich geringeren Dosierung der Neuroleptika erreicht. Die Behandlungsdauer ist aber meist länger als in den konventionellen Kliniken. Trotz gewisser methodischer Mängel der Studien kann die Wirkung der Soteria als erwiesen betrachtet werden¹.

Das *Behandlungskonzept* der Soteria beruht auf einem modernen bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis der Schizophrenie. Die wichtigsten Unterschiede zur Behandlung in konventionellen Kliniken sind:

- die relativ zurückhaltende Medikation mit Neuroleptika,
- die 1:1-Akutpsychosenbegleitung im sogenannten „weichen Zimmer“²,
- die Zusammensetzung des Betreuungsteams aus verschiedenen (auch nicht-psychiatrischen) Berufsgruppen,
- die 49-Stunden-Schichten der Betreuerinnen und Betreuer,
- der Verzicht auf psychotherapeutische Einzelgespräche und
- die intensive Angehörigenarbeit.

Durch die Anwesenheit von jeweils 2 Mitarbeitern während 49 Stunden ist eine intensive persönliche Betreuung der Patienten und Patientinnen möglich. Den Vorteilen einer kontinuierlichen Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während zwei vollen Tagen stehen aber die Nachteile der anschliessend langen Abwesenheit gegenüber. Zudem ist die Präsenz von zwei Mitarbeitern auch während der Nacht personalintensiv. Der Pikettdienst für eine der beiden anwesenden Personen dauert pro Nacht 6 Stunden. Eine ununterbrochene Präsenz von 49 Stunden in der Soteria stellt sehr hohe Anforderungen an die Betreuer und Betreuerinnen.

Die *Kontinuität* von der Akutbetreuung bis zur Wiedereingliederung und die intensive *Angehörigenarbeit* stellen weitere charakteristische Merkmale der Behandlung in der Soteria dar. Durch die Professionalisierung in den letzten Jahren (Bezugspersonenarbeit, Familientherapie, stärkere ärztliche Prä-

¹ Die Existenz von publizierten Wirksamkeitsstudien verdient eine besondere Beachtung, da es bei der Durchführung von Erfolgskontrollen in der GEF eine grosse Ausnahme darstellt, dass auf solche Studien zurückgegriffen werden kann. Diese wissenschaftlichen Erfolgsbeurteilungen der Soteria fördern die Transparenz und sind ein nicht zu unterschätzendes Qualitätsmerkmal der Institution.

² Beim „weichen Zimmer“ handelt es sich um einen freundlichen, reizarm eingerichteten Raum, der speziell für die Begleitung von akut psychotischen Patienten und Patientinnen eingerichtet wurde.

senz, differenzierterer Umgang mit Neuroleptika) hat sich die Soteria weiter von der amerikanischen Soteria entfernt und der konventionellen Psychiatrie angenähert. Die *zurückhaltende Medikation* bleibt trotzdem nach wie vor umstritten. Möglicherweise führt aber gerade die zurückhaltende Medikation bei der speziellen (eher medikamentenkritischen) Zielgruppe der Soteria zu einer besseren Compliance, einer regelmässigeren Einnahme der Neuroleptika und dadurch zu einer besseren Rückfallprophylaxe.

Zielgruppe der Soteria sind 16 bis 40-jährige Menschen, die sich in einer akuten psychotischen Krise befinden. Die Soteria bietet insgesamt 8 Plätze an, davon ist ein Platz für die Akutpsychosenbegleitung reserviert. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 33 Patientinnen und Patienten behandelt (Austritte + Bestand am 31. Dezember).

Der wichtigste institutionelle *Zuweiser* in den letzten beiden Jahren waren die UPD mit 26% aller Zuweisungen. Auffallend hoch ist der Anteil an Selbsteinweisungen (36%).

Der *Behandlungsablauf* verläuft in drei Phasen: Die Akutpsychosenbegleitung im „weichen Zimmer“ erfolgt in Einzelbetreuung und dient der Beruhigung der oft unruhigen und ängstlichen Patienten und Patientinnen. In der Stabilisierungsphase sind Integration in die Wohngemeinschaft und Mithilfe im Haushalt die therapeutischen Ziele. Die Rehabilitationsphase dient der Vorbereitung auf die Zeit nach dem Soteria-Aufenthalt. Nach Angaben des Leiters der Soteria konnten im Jahr 2000 von den 27 ausgetretenen Patientinnen und Patienten etwa die Hälfte nach Hause oder in ein privates Setting entlassen werden. Die restlichen Patientinnen und Patienten traten in eine sozialpsychiatrische Institution oder eine betreute Wohngemeinschaft ein oder mussten in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Die Suche nach einer Anschlusslösung an die Soteria ist nach Angaben des Leiters der Soteria recht schwierig. Das habe aber nicht mit mangelnder Vernetzung der Soteria zu tun, sondern mit dem mangelnden Angebot im Kanton Bern.

2.3 Zur Effizienz

In Absprache mit Vertretern der Soteria wurde die Forschungsstation D1 der UPD als Vergleichsinstitution bestimmt. Die Abteilung D1 betreut wie die Soteria junge, ersterkrankte psychotische Menschen bis zur Wiedereingliederung. Die Soteria bietet im Unterschied zur Abteilung D1 für jeweils einen Patienten eine Intensivbetreuung an. Weitere Unterschiede sind die Einbettung der Abteilung D1 in die Klinik, die möglicherweise schwerer kranken Patienten und Patientinnen und die höhere Medikation. Die Abteilung D1 verfügt mit 12 Betten über 50% mehr Betten als die Soteria.

Der *Aufwand pro Pflegetag* ist in der Soteria um 10% tiefer als auf der Abteilung D1 (Fr. 509.- versus Fr. 568.-). Weniger aussagekräftig ist der Aufwand pro Austritt, da verschiedene Faktoren die Aufenthaltszeiten in den psychiatrischen Institutionen beeinflussen. Der Aufwand pro Austritt ist in der Soteria um 14% höher als auf der Abteilung D1 (Fr. 39'329.- versus Fr. 34'545.-).

Während in der Soteria ein vergleichsweise hoher Anteil des Aufwandes durch das relativ grosse Stellenetat bedingt ist, machen auf der Abteilung D1 die internen Verrechnungen, Umlagen und Querschnittskosten der UPD beinahe die Hälfte des Aufwandes aus.

Ein Vergleich des Ertrags der beiden Institutionen und des jeweiligen Staatsbeitrags ist weniger aussagekräftig als ein Vergleich des Aufwandes, da beide Institutionen die gleichen Tarife pro Pflege-tag berechnen, die Soteria aber aufgrund des hohen Anteils an ausserkantonalen Patienten und Patientinnen den höheren Ertrag und den tieferen Staatsbeitrag pro Austritt und Pflege-tag aufweist. Im Jahr 2000 betrug der Ertrag pro Pflege-tag in der Soteria Fr. 295.- und der Staatsbeitrag pro Pflege-tag Fr. 214.-. Der Ertrag pro Austritt betrug Fr. 22'785.- und der Staatsbeitrag pro Austritt Fr. 16'544.-. Die Tarife für ausserkantonale Patienten und Patientinnen waren im Jahr 2000 nicht ganz kostendeckend. Der Kostendeckungsgrad der Soteria im Jahr 2000 lag bei 58%.

Die Bettenbelegung betrug im Jahr 2000 nur 71%. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass für die Intensivbetreuung im „weichen Zimmer“ ein Bett reserviert wird, aber selten (87 Tage im Jahr 2000) belegt wird. Verantwortliche der Soteria bestätigen, dass die Bedeutung der Intensivbetreuung im „weichen Zimmer“ in den letzten Jahren abgenommen hat (Hoffmann, 2001). Unter diesen Umständen stellt sich die Frage, ob die Reservierung des „weichen Zimmers“ für die Akutbegleitung noch sinnvoll ist. Auch das hohe Stellenetat wird mit der Intensivbetreuung im „weichen Zimmer“ begründet, da während diesen Phasen ein Mitarbeiter die Einzelbetreuung im „weichen Zimmer“ übernimmt und daher in der Soteria immer 2 Personen gleichzeitig Dienst haben müssen. Da die Bettenzahl der Soteria insgesamt eher klein ist, führen diese Doppelpräsenzen (insbesondere nachts) zu hohen Betreuungsverhältnissen (10,4 Stellen pro durchschnittlich 5,7 belegte Betten).

2.4 Zur Zielerreichung

Auf eine Beurteilung der Zielerreichung des Staatsbeitrages an die Soteria wurde verzichtet, da weder quantitative noch qualitative Zielvorgaben bestehen.

2.5 Zur Vorteilhaftigkeit

Die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags an die Soteria ist gegeben. Die Soteria stellt für Patienten und Patientinnen, die mit möglichst wenig Medikamenten behandelt werden möchten, eine Bereicherung des therapeutischen Angebotes dar. Die milieutherapeutische Begleitung der Soteria erfolgt in einem möglichst kleinräumigen und ruhigen Umfeld, wie es eine Abteilung einer konventionellen psychiatrischen Klinik nicht bieten könnte. Mit der Behandlung in der Soteria werden bei vergleichbarer Effizienz gleich gute Wirkungen erzielt wie in konventionellen Kliniken.

Nicht empirisch geprüft, aber glaubwürdig berichtet aufgrund von kasuistischen Beobachtungen sind besonders günstige Effekte der Soteria-Behandlung in Bereichen des subjektiven Erlebens der Patien-

ten und Patientinnen, der Zusammenarbeit mit den Angehörigen und der sozialen Stigmatisierung der Patienten und Patientinnen.

3 Empfehlungen

3.1 Vollzug

- Um eine bessere Kostentransparenz zu schaffen, sollte die Soteria den UPD ab 1. Januar 2003 die ärztlichen Leistungen der delegierten Oberärztin vergüten (für den Kanton kostenneutral).
- Spätestens bei Inkrafttreten des Spitalversorgungsgesetzes sollte - in Abstimmung mit der Entwicklung bei den übrigen psychiatrischen Diensten und Kliniken - ein leistungsbezogenes Abgeltungssystem eingeführt werden.
- Die personelle Verflechtung der Soteria mit den UPD würde von Seiten der Soteria gerne gelockert. Die Vorteile dieser personellen Verflechtung (administrative Vereinfachungen, bessere Vernetzung der Soteria mit anderen Institutionen) wiegen aber stärker als die Nachteile (geringere Autonomie der Soteria), daher sollte an der aktuellen organisatorischen Struktur nichts geändert werden.
- Eine Integration der Soteria in die UPD ist nicht zu empfehlen, da sie nur mittels grösseren konzeptuellen Änderungen in der Soteria geleistet werden könnte.

3.2 Wirkung

Keine Empfehlungen.

3.3 Effizienz

- Die Soteria sollte bis Ende 2002 Konzeptänderungen vornehmen, die erlauben, die aufgezeigten Sparpotentiale zu nutzen und damit den Aufwand pro Pflegetag zu verringern. Die Ergebnisse sind im Budget 2003 umzusetzen.

3.4 Vorteilhaftigkeit

Keine Empfehlungen.

RESUME DU CONTROLE DES RESULTATS

1 Objet et méthode

Le contrôle de résultats SAP0S008 porte sur la subvention cantonale allouée à la communauté thérapeutique "Soteria" de Berne, vouée au traitement des psychoses aiguës. L'approche proposée par cette institution est particulière, car elle tente de soigner les patients souffrant de psychose aiguë avec le moins de médicaments possibles dans un groupe d'habitation thérapeutique, en maintenant un contact permanent avec les proches. Du point de vue juridique, la Soteria, qui offre 8 places de traitement, est assimilée à un hôpital.

Une *psychose* est un trouble mental entraînant des altérations profondes de la personnalité et du sens de la réalité. Parmi les maladies psychotiques, la schizophrénie est la plus fréquente. Elle se caractérise par des idées délirantes, des hallucinations, des troubles de la pensée ainsi que des troubles affectifs et psychomoteurs.

La démarche adoptée par la Soteria est née aux Etats-Unis dans les années 70 et se voulait une solution de rechange au mode de traitement agressif, impersonnel et discontinu offert par les cliniques traditionnelles. La Soteria de Berne a été fondée en 1984 par le prof. L. Ciompi, psychiatre bernois, dans une maison ouvrant sur un jardin située dans le quartier de la Länggasse. Cet emplacement à l'écart des cliniques psychiatriques correspond très bien à l'atmosphère de traitement privilégiée par la Soteria, soit un cadre restreint, tranquille et aussi normal que possible.

Au sens de la loi sur les subventions cantonales, le contrôle de résultats vise à vérifier

1. les effets (efficacité),
2. le rapport coût-utilité (efficience),
3. la réalisation de l'objectif et
4. la rentabilité de la subvention cantonale.

Compte tenu du montant relativement peu élevé des fonds alloués à la Soteria, il a été décidé de procéder à une analyse sommaire centrée sur l'efficacité et l'efficience. La méthode suivante a été choisie:

1. Entretien avec les personnes chargées de l'exécution à l'Office des hôpitaux (ODH) et le responsable du service de coordination pour la psychiatrie de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP)
2. Visite de l'institution et rencontre avec la direction
3. Exploitation des données secondaires de l'ODH et de la Soteria

4. Rendez-vous avec d'autres institutions (division de recherche D1 des Services psychiatriques universitaires, [SPU]; association des familles de malades atteints de schizophrénie [AFS])
5. Entretien avec un expert extracantonal (responsable du service pour la psychiatrie de la Direction de la santé publique du canton de Zurich)

Les sources de données suivantes ont été retenues:

- chiffres d'exploitation de l'ODH: budgets, comptes annuels et rapports de révision concernant la Soteria,
- rapports annuels et statistiques internes de l'institution,
- études d'efficacité publiées sur la Soteria,
- comptabilité analytique d'exploitation des SPU (division D1),
- autres documents écrits (correspondance, comptes rendus, etc.).

2 Résultats

2.1 Exécution

Vu que la Soteria est considérée comme un hôpital au plan juridique, le pilotage de la subvention accordée à cette institution est assuré par l'ODH. En 2000, la Soteria a enregistré des charges de 1 061 883 francs et des recettes de 615 184 francs, ce qui portait la subvention cantonale à 446 699 francs. Le montant annuel des fonds alloués à la Soteria est resté stable depuis 1997.

Les propositions de budget présentées chaque année font l'objet d'un contrôle pour vérifier si elles ne s'écartent pas des chiffres enregistrés à la clôture des comptes des exercices précédents. De l'avis du réviseur compétent de la SAP, le controlling de la subvention cantonale allouée à la Soteria ne pose aucun problème particulier. La pratique actuelle de couverture du déficit par le canton n'incite cependant pas à rationaliser la gestion.

La Soteria et les SPU ont toujours eu des liens étroits au niveau du personnel, rapports qui ont été entérinés par contrat le 4 juillet 1994. En effet, tant le chef de projet de la Soteria que la cheffe de clinique déléguée assument également des fonctions au sein des SPU. Le poste de chef(fe) de clinique délégué(e) des SPU a passé de 30 à 50 pour cent en 1994.

En vertu des dispositions contractuelles, les prestations fournies par la cheffe de clinique déléguée (poste à 50%) ne sont pas facturées à la Soteria, ce qui fausse la transparence des coûts. Certaines prestations administratives sont également fournies gratuitement par les SPU.

2.2 Efficacité

Les études qui ont été conduites auprès des établissements américains de la Soteria et de l'institution bernoise ont montré qu'ils atteignent des résultats comparables à ceux obtenus par les cliniques conventionnelles dans le traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques aigus (taux de rechute, psychopathologie, situation du point de vue du logement et de l'occupation). S'ils travaillent avec une dose nettement moins forte de neuroleptiques, la durée de traitement est généralement plus longue. En dépit des quelques défauts méthodologiques relevés dans les études susmentionnées, l'efficacité des traitements dispensés par la Soteria est donc considérée comme avérée³.

Son *approche thérapeutique* se fonde sur une perception bio-psychosociale moderne de la schizophrénie. Les principales différences avec le traitement conventionnel sont les suivantes:

- usage modéré des neuroleptiques,
- accompagnement individuel dans la "chambre d'accueil"⁴ en cas de psychose aiguë,
- équipe thérapeutique pluridisciplinaire (dont certains membres ne viennent pas de la psychiatrie),
- travail par tranches de 49 heures,
- pas d'entretien psychothérapeutique individuel,
- contacts réguliers avec les proches.

La présence de deux collaborateurs pendant 49 heures sans interruption permet une prise en charge intensive et individualisée des patients. Cette continuité sur deux jours pleins est toutefois nuancée par l'absence relativement longue qui suit. La nuit, deux collaborateurs sont également présents, ce qui requiert beaucoup de personnel. Le service de piquet dure 6 heures pour chacune des deux personnes sur place la nuit. La présence ininterrompue pendant 49 heures exigée par la Soteria demande un engagement très important aux collaborateurs qui assurent l'encadrement.

La *continuité* de la prise en charge, de la phase aiguë à la réinsertion, ainsi que le *travail intensif avec les proches* sont deux particularités du traitement à la Soteria. La professionnalisation intervenue ces dernières années (travail avec les personnes de référence, thérapie familiale, prise en charge médicale renforcée, utilisation différenciée des neuroleptiques) a toutefois éloigné la Soteria du modèle américain tout en la rapprochant de la psychiatrie conventionnelle. En dépit de cette évolution, le choix de réduire au minimum la *médication* reste controversé. Cet usage prudent des médicaments appliqué aux patients de la Soteria (qui exigeraient généralement une médication) pourrait pourtant être à

³ L'existence d'études d'efficacité mérite d'être signalée, car il est rare de pouvoir s'appuyer sur de telles publications lors des contrôles de résultats effectués par la SAP. Ces considérations scientifiques sur le succès de la Soteria favorisent la transparence et sont un gage de qualité.

⁴ Il s'agit d'une chambre accueillante et apaisante spécialement aménagée pour la prise en charge de patients souffrant de psychose aiguë.

l'origine de la meilleure compliance et de la prise régulière des neuroleptiques soit, en fin de compte, d'une prévention plus efficace des rechutes.

Les personnes âgées de 16 à 40 ans en état de crise psychotique aiguë composent le *groupe cible* de la Soteria, qui offre au total 8 places de traitement, dont une réservée à la prise en charge de cas de psychose aiguë. En 2000, l'institution a accueilli 33 patients (nombre de sorties + occupation au 31 décembre).

Ces dernières années, les patients ont été adressés en majorité par les SPU (26%), mais la plupart des admissions sont *volontaires* (36%), ce qui est particulier à l'institution.

Le traitement des psychoses aiguës à la Soteria se déroule en *trois phases*: la prise en charge dans la chambre d'accueil est individuelle et sert à calmer la personne, souvent agitée et anxieuse. Suit une phase de stabilisation, qui vise l'intégration dans la communauté d'habitation et la participation aux tâches ménagères. Enfin, la phase de réadaptation doit permettre de préparer la personne à sa sortie de l'institution. Selon les indications données par le directeur de la Soteria, sur les 27 patients qui ont quitté la communauté thérapeutique en 2000, près de la moitié ont pu rentrer chez eux ou dans un cadre de vie privé. Les autres ont été transférés dans une institution psychosociale ou un groupe d'habitation avec encadrement ou ont été admis dans une clinique psychiatrique. Le directeur souligne qu'il est très difficile de trouver une solution de relais après le séjour à la Soteria, non pas faute de relations suffisantes, mais en raison du manque d'offres dans le canton de Berne.

2.3 *Efficiencie*

D'entente avec les représentants de la Soteria, l'unité de recherche D1 des SPU a été choisie comme institution de comparaison dans le cadre du présent contrôle de résultats. Comme la Soteria, la division D1 accueille jusqu'à leur réinsertion des patients jeunes souffrant (pour la première fois) de troubles psychotiques. Elle n'offre cependant pas la prise en charge intensive de la Soteria. De plus, la division, qui est intégrée dans la clinique, recourt à une médication importante et reçoit, selon elle, des cas plus graves. Enfin, ses capacités (12 lits) sont de 50 pour cent supérieures à celles de la Soteria.

Les *charges par journée de soins* sont de 10 pour cent moins élevées à la Soteria (509 francs) qu'à la division D1 (568 francs). Le critère des charges par sortie est moins pertinent, car plusieurs facteurs peuvent influencer le temps de séjour dans les institutions psychiatriques. A la Soteria, elles sont supérieures de 14 pour cent à celles enregistrées aux SPU (respectivement 39 329 francs et 34 545 francs).

Alors que la Soteria affiche des coûts comparativement élevés liés à son effectif relativement important, près de la moitié des charges à la division D1 sont dues à des facturations internes, des coûts indirects et des coûts transversaux des SPU.

Une comparaison entre les recettes et les subventions perçues par les deux institutions est moins concluante que l'examen des charges, car l'une et l'autre appliquent les mêmes tarifs par journée de séjour. La Soteria obtient toutefois des rentrées plus élevées et, partant, une subvention cantonale plus faible (par sortie et par journée de soins) en raison du grand nombre de patients extracantonaux qu'elle accueille. En 2000, elle a ainsi enregistré des recettes de 295 francs et une subvention cantonale de 214 francs par journée de soins. Les recettes par sortie s'élevaient à 22 785 francs et la subvention cantonale correspondante à 16 544 francs. Les tarifs facturés aux patients extracantonaux ne couvraient pas entièrement les frais en 2000 (degré de couverture de 58%).

En 2000, le taux d'occupation n'atteignait que 71 pour cent à la Soteria. Ce chiffre peu élevé s'explique notamment par le fait qu'une place de traitement intensif est réservée en permanence dans la chambre d'accueil, mais rarement occupée (87 jours seulement en 2000). Les responsables de l'institution confirment du reste une diminution du nombre de traitements intensifs ces dernières années (Hoffmann, 2001). Dans ces circonstances, il convient de s'interroger sur le maintien de cette place pour les cas aigus. D'autant plus que le plan des postes élevé tient également au traitement intensif dans la chambre d'accueil; lorsque celle-ci est occupée, un collaborateur se consacre en effet entièrement à la prise en charge du patient ou de la patiente. La Soteria prévoit donc toujours la présence d'au minimum deux personnes. Le nombre de lits de l'institution étant relativement faible, cette exigence aboutit, surtout la nuit, à un rapport d'encadrement élevé (10,4 postes pour 5,7 lits occupés en moyenne).

2.4 Réalisation de l'objectif

En l'absence de consignes qualitatives ou quantitatives, il n'a pas été possible de répondre à la question de la réalisation de l'objectif.

2.5 Profitabilité

La profitabilité de la subvention cantonale allouée à la Soteria est prouvée, car cette dernière enrichit l'éventail des offres thérapeutiques disponibles en proposant aux patients qui le souhaitent un traitement avec une médication minimale. La prise en charge assurée par la Soteria a lieu dans un cadre restreint et tranquille, conditions qu'il est impossible de trouver dans une clinique psychiatrique classique. D'une efficacité comparable, les traitements dispensés par la Soteria ont des effets aussi probants que ceux atteints par les cliniques conventionnelles.

Bien qu'il ne soit pas analysé empiriquement, l'impact particulièrement positif du traitement à la Soteria sur le vécu subjectif du patient, la collaboration avec les proches et la stigmatisation sociale sont rapportés de manière crédible par des observations casuistiques.

3 Recommandations

3.1 Exécution

- Afin de garantir une meilleure transparence des coûts, la Soteria devrait à compter du 1^{er} janvier 2003 rétribuer aux SPU les prestations médicales fournies par la cheffe de clinique déléguée (opération neutre pour le canton).
- A l'entrée en vigueur de la loi sur les soins hospitaliers, il faudrait introduire, comme pour les autres services et cliniques psychiatriques, un système de rétribution axé sur les prestations.
- La Soteria serait favorable à un assouplissement des liens avec les SPU au niveau du personnel. Etant donné que les avantages de cette organisation (simplification au plan administratif, meilleure connexion de la Soteria avec les autres institutions) l'emportent sur les inconvénients (autonomie plus faible), la structure actuelle ne devrait pas être modifiée.
- Une intégration de la Soteria dans les SPU n'est pas recommandée, car elle ne pourrait se faire qu'au prix de compromis trop importants dans l'approche thérapeutique privilégiée par l'institution.

3.2 Efficacité

Aucune recommandation

3.3 Efficience

- La Soteria devrait modifier son programme d'exploitation d'ici fin 2002 pour utiliser le potentiel d'économies observé et réduire ainsi les charges par journée de soins. Les résultats devront être visibles dans le budget 2003.

3.4 Profitabilité

Aucune recommandation

Verzeichnis der Abkürzungen

AKP	Allgemeine Krankenpflege
AWA	Abteilung für wissenschaftliche Auswertung
BEREBE	Besoldungsrevision des Kantons Bern
DP	Dienststelle Psychiatrie
FSP	Föderation Schweizer Psychologen
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
GRB	Grossratsbeschluss
IGS	Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie
NEF	Neue Verwaltungsführung
RRB	Regierungsratsbeschluss
SPA	Spitalamt
SPK	Sozialpsychiatrische Universitätsklinik
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste
VASK	Verein Angehörige von Schizophreniekranken

1 Gegenstand der Erfolgskontrolle

1.1 Einleitung

Die Erfolgskontrolle GEF0S008 untersucht den Staatsbeitrag an die „Soteria Bern“, eine milieutherapeutische Institution zur Behandlung akuter Psychosen. Eine *Psychose* ist eine psychische Erkrankung mit grundlegendem Wandel des Erlebens und des Aussenbezuges einer Person. Die schizophrenen Krankheitsbilder bilden die wichtigste Untergruppe der Psychosen und zeichnen sich durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, Affektstörungen und psychomotorische Störungen aus. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe eines Lebens an Schizophrenie zu erkranken liegt etwa bei 1%. Die meisten Schizophrenien beginnen zwischen der Pubertät und dem dreissigsten Lebensjahr. Obschon sich die Behandlung der schizophrenen Erkrankungen wesentlich verbessert hat, haben über die Hälfte der Patienten und Patientinnen eine ungünstige Prognose mit Rückfällen oder chronischem Verlauf und erheblicher Störung der sozialen Integration. Die Schizophrenie verursacht bei Betroffenen und Angehörigen über Jahre grosses Leiden und führt langfristig bei 10% der Patientinnen und Patienten zum Suizid (Hahlweg & Dose, 1998). Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser Krankheit sind enorm, die Schizophrenie gilt als das kostenintensivste psychiatrische Krankheitsbild (Salize & Rössler, 1998).

Eine Besonderheit der milieutherapeutischen Behandlung in der Soteria ist der Versuch, junge Menschen in einer akuten Psychose im Rahmen einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit möglichst wenig Medikamenten und im ständigen Kontakt mit Angehörigen zu begleiten. Im Vorwort zum aktuellsten Buch über die Soteria beschreiben die Herausgeber die Auseinandersetzungen um das Betreuungskonzept der Soteria wie folgt (Ciompi, Hoffmann & Broccard, 2001):

„Zu den Befürwortern von Soteria gehören in erster Linie Therapeuten, die aufgrund ihres Menschen- und Schizophrenieverständnisses an die Möglichkeit glauben, psychotisch verwirrte Menschen auch ‚ganz anders‘, nämlich ‚ganzheitlicher‘, ‚menschlicher‘ oder ‚psycho-sozialer‘ als fast nur mit Medikamenten zu behandeln. Schärfste Gegner des Soteria-Modells sind in der Regel Psychiater, welche die schizophrene Psychose fast ausschliesslich als genetisch bedingte Hirnfunktionsstörung auffassen, die anders als vorwiegend medikamentös zu behandeln eine reine Zeitvergeudung wäre.“

1.2 Die Soteria Bern

Ursprung der Soteria-Idee: Die erste Soteria wurde in den 70er-Jahren in den USA vom Psychiater Loren Mosher aus Unzufriedenheit mit der damaligen Psychiatrieversorgung gegründet. Seither ist der Name „Soteria“ zum Inbegriff einer möglichst neuroleptikafreien, vorwiegend psycho-, sozio-, und milieutherapeutischen Behandlung geworden. Obwohl die erste Soteria in den 80er-Jahren wieder ge-

schlossen wurde, fand die Idee international Anerkennung und Nachahmung. Die Soteria Bern ist das wohl bekannteste derzeit existierende Projekt.

Gründung der Soteria Bern: Professor L. Ciompi konzipierte 1983 zusammen mit einer Arbeitsgruppe der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern (SPK⁵) die Soteria Bern. Ein Trägerverein wurde gegründet, die Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie (IGS) Bern. 1984 startete die Soteria in einem Haus im Berner Länggassquartier.

1.3 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen des Staatsbeitrags an die Soteria sind im *Spitalgesetz vom 2. Dezember 1973* (Art. 26, Art. 27, Art. 28, Art. 32, Art. 37, Art. 51 und Art. 54) festgehalten:

- Der Staat führt eine psychiatrische Universitätsklinik und weitere psychiatrische Spitäler.
- Der Staat sorgt dafür, dass die der Spitalplanung entsprechenden Spitäler, Heilstätten und sonstigen Einrichtungen für besondere medizinische Aufgaben zur Verfügung stehen.
- Der Regierungsrat kann im Rahmen der Spitalplanung die Durchführung von Aufgaben, die dem Staat obliegen, vertraglich privaten Körperschaften und Stiftungen übertragen.

Den *Grundsätzen für die psychiatrische Versorgung im Kanton Bern (gemäss Spitalplanung 1978)* vom 15. November 1977 können zudem folgende Grundlagen entnommen werden:

- In den Psychiatrieregionen können je nach Bedarf weitere Einrichtungen geschaffen werden, wie Beratungsstellen, Wohnheime, geschützte Werkstätten, Rehabilitationszentren und Fürsorgeheime.
- Die in Akutspitälern eingegliederten Stützpunkte der psychiatrischen Versorgung arbeiten eng mit den zusätzlichen Einrichtungen der jeweiligen Psychiatrieregion zusammen.

In dem *RRB 4712A vom 19. Dezember 1984* wird dem Verein IGS für eine Versuchsperiode von 1985-1989 die Führung der therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria übertragen.

In dem *GRB 1608 vom 19. September 1990* wird

- der Vertrag zwischen dem Kanton Bern und dem Verein IGS vom 24. April 1990 (siehe Anhang) genehmigt,
- dem Verein IGS eine staatliche Aufgabe zum Betrieb der therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria in Bern übertragen und
- ein jährlicher Staatsbeitrag an die ungedeckten Kosten bei der Behandlung und Betreuung von Berner Patienten in der therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria gewährt.

In der Spitalliste des Kantons Bern wird die Soteria Bern als psychiatrische Klinik mit Beiträgen der öffentlichen Hand aufgeführt.

⁵ Heute: Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD.

1.4 Zielsystem

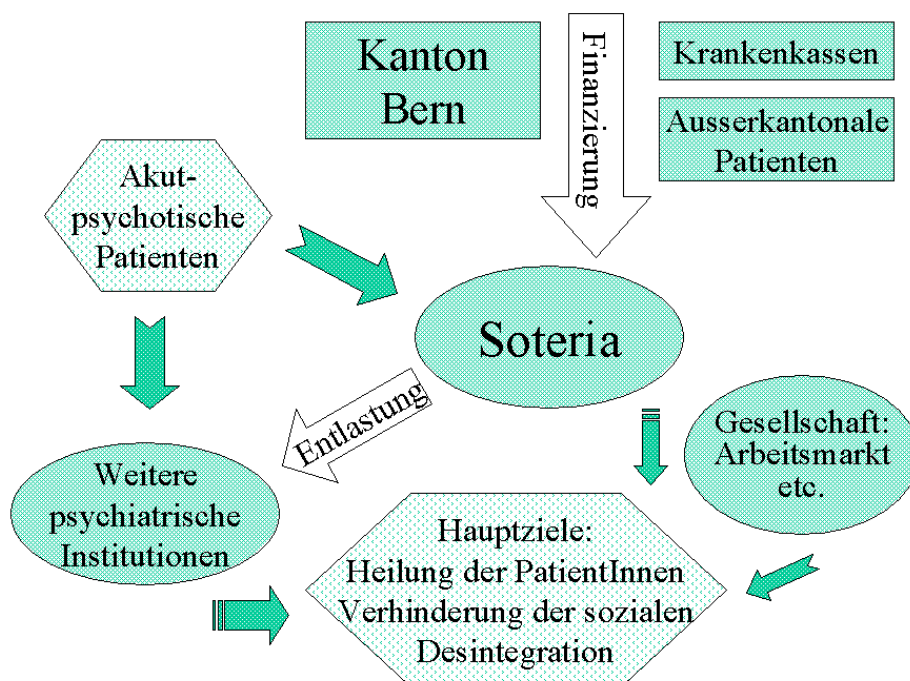
Aus den gesetzlichen Grundlagen und den Grundsätzen für die psychiatrische Versorgung im Kanton Bern lässt sich folgendes Zielsystem ableiten:

- Das *Oberziel* des Staatsbeitrags an die Soteria Bern ist das Sicherstellen einer angemessenen, wirksamen und effizienten Psychiatrieversorgung im Kanton Bern.
- *Hauptziele* sind erstens die Behandlung und Betreuung von jüngeren Patienten aus dem Kanton Bern mit akuten Schizophrenien oder schizophrenie-ähnlichen Krankheiten. Zweitens soll die soziale Desintegration überwunden bzw. verhindert werden und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erfolgen.
- Als *Nebenziel* kann die Erweiterung des Spektrums an therapeutischen Angeboten im Kanton Bern gelten.

1.5 Wirkungsmodell

In einem einfachen Wirkungsmodell (Abbildung 1) sind der Kontext der Soteria (Finanzierung, weitere psychiatrische Institutionen) sowie die Hauptziele des Staatsbeitrags an die Soteria schematisch dargestellt.

Abbildung 1: Wirkungsmodell des Staatsbeitrags an die Soteria



2 Zielsetzung und Vorgehensweise

2.1 Zielsetzungen der Erfolgskontrolle

Unter einer Erfolgskontrolle gemäss Staatsbeitragsgesetz versteht man die Überprüfung

1. der Wirkung (Effektivität),
2. des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (Effizienz),
3. der Erreichung der Sollwerte (Zielerreichung) und
4. der Vorteile im Vergleich zu Kosten und Nachteilen (Vorteilhaftigkeit)

des Staatsbeitrags.

Im Zentrum der Erfolgskontrolle Soteria steht die Frage, ob die Soteria eine notwendige Ergänzung zur bestehenden Psychiatrieversorgung des Kantons Bern darstellt. Neben der Vollzugsanalyse des Staatsbeitrags in der GEF ist die Überprüfung der Wirkung der Schwerpunkt des Berichtes. Für die Analyse der Effizienz werden im Sinne eines Benchmarks die Kennzahlen einer vergleichbaren Abteilung der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) herangezogen. Die Beurteilung der Erreichung von Sollwerten entfällt, da weder quantitative noch qualitative Zielvorgaben bestehen.

2.2 Fragestellungen

Aus den bisher dargestellten Überlegungen zum Gegenstand und den Zielsetzungen des Staatsbeitrags können folgende Fragestellungen abgeleitet werden, welche sich den Themen Vollzug, Wirkung, Effizienz und Vorteilhaftigkeit zuordnen lassen.

Zum Vollzug:

1. Wie wird der Staatsbeitrag durch die GEF gesteuert? Gibt es Vollzugslücken?
2. Schafft das heutige Finanzierungssystem geeignete Anreize im Hinblick auf die angestrebten Zielsetzungen des Staatsbeitrags?
3. Wie ist die organisatorische Struktur der Soteria und die Vernetzung mit anderen Institutionen (beispielsweise den UPD)?
4. Ist die Kostenwahrheit in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (beispielsweise den UPD) gewährleistet?

Zur Wirkung:

A) Direkte Wirkungen - Leistungsangebot der Soteria:

5. Wie erfolgt die Zuweisung ? Wie ist das Aufnahmeprozedere?
6. Welche Leistungen wurden in den letzten Jahren erbracht? Unterscheidet die Soteria sich von anderen Institutionen, die Patienten mit akuten Psychosen betreuen?

7. Unterscheidet sich die Patientengruppe der Soteria im Schweregrad der Krankheit von Patientengruppen in anderen Institutionen?

B) Wirkungen auf die Patienten und Patientinnen:

8. Ist die Wirkung der Soteriabetreuung auf die Patienten nachgewiesen?

Zur Effizienz:

9. Vergleich des Aufwands, des Ertrags und des Staatsbeitrags (pro Pflege tag / pro Austritt) mit den Kennzahlen der Forschungsstation D1 der UPD.

10. Besteht ein Sparpotenzial (Aufenthaltsdauer, Belegungszahlen, Personaletat)?

Zur Vorteilhaftigkeit:

11. Kann dieser Staatsbeitrag an die Soteria insgesamt als vorteilhaft bezeichnet werden (Überwiegen des Nutzens über die Kosten)?

2.3 Intensität der Erfolgskontrolle und Vorgehensweise

Für die Erfolgskontrolle der Staatsbeiträge im Kanton Bern werden zwei Vertiefungsgrade unterschieden, die Grobuntersuchung und die Detailuntersuchung. Aufgrund der geringen Höhe des Staatsbeitrags an die Soteria wurde eine Grobuntersuchung durchgeführt. Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

6. Interview mit dem Vollzugsverantwortlichen des Spitalamtes und dem Leiter der Dienststelle Psychiatrie der GEF.
7. Besuch in der Soteria und Interview mit der Soterialeitung;
8. Auswertung der Sekundärdaten des Spitalamtes der GEF und der Soteria;
9. Interviews in anderen Institutionen (Forschungsabteilung D1 der UPD, Verein Angehörige von Schizophreniekranken VASK);
10. Interview mit einem ausserkantonalen Experten, dem Bereichsleiter Psychiatrie der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Als Datenquellen werden berücksichtigt:

- Kennzahlen des Spitalamtes der GEF: Budgetaufstellungen, Jahresrechnungen, Revisionsberichte zur Soteria;
- Jahresberichte und interne Statistiken der Soteria;
- Publierte Wirksamkeitsstudien zur Soteria⁶;
- Betriebsbuchhaltung der Universitären Psychiatrischen Dienste (Abteilung D1).

⁶ Die Existenz von publizierten Wirksamkeitsstudien verdient eine besondere Beachtung, da es bei der Durchführung von Erfolgskontrollen in der GEF eine grosse Ausnahme darstellt, dass auf solche Studien zurückgegriffen werden kann.

3 Vollzugskontrolle

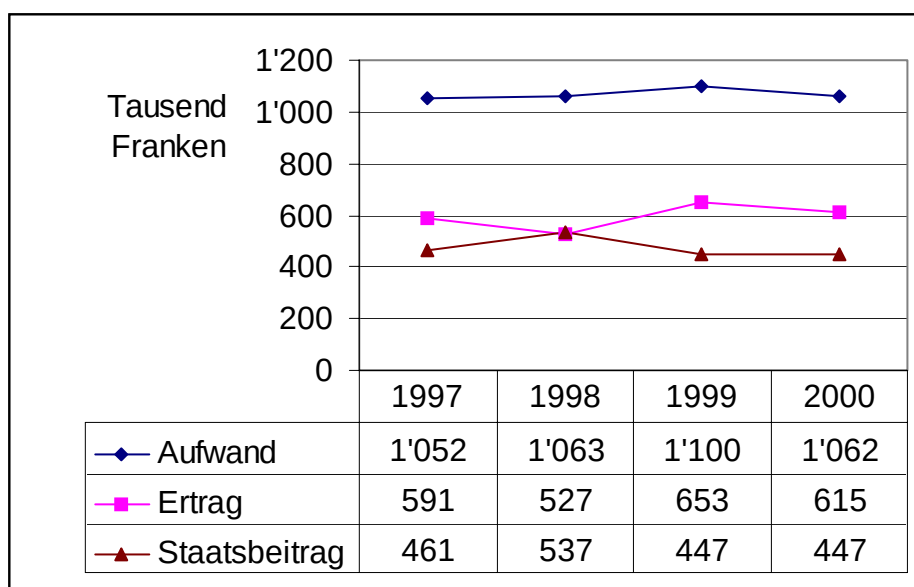
In diesem Kapitel wird einerseits der Vollzug des Staatsbeitrags dargestellt. Andererseits wird auf die organisatorische Struktur der Soteria und die Zusammenarbeit mit den UPD eingegangen. Insbesondere interessiert die Kostentransparenz in der Zusammenarbeit mit den UPD.

3.1 Entwicklung des Staatsbeitrags 1997-2000

Der Kanton Bern unterstützte in der Versuchsphase von 1984-1989 die Soteria mit jährlich maximal Fr 90'000.-⁷ und übernahm ab 1990 die ungedeckten Betriebskosten für Berner Patienten.

Die Betriebsrechnungen der Jahre 1997 bis 2000 sind in Abbildung 2 dargestellt, der Staatsbeitrag an die Soteria blieb in diesen Jahren stabil.

Abbildung 2: Entwicklung des Staatsbeitrags an die Soteria (1997-2000, in Tausend Franken)



3.2 Der Vollzug des Staatsbeitrags aus der Sicht der GEF

Die therapeutische Wohngemeinschaft Soteria ist für den Kanton Bern bezüglich der Finanzierung eine psychiatrische Klinik und wird auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt. Die Finanzverantwortung für die Soteria hat das Spitalamt der GEF. Ein Interview mit dem zuständigen Revisor im Spitalamt ergab kurz zusammengefasst folgende Ergebnisse:

- Die jährlichen Budgetvorschläge wurden daraufhin geprüft, ob sie sich im Rahmen der vorjährigen Jahresabrechnungen bewegen. Für die Plausibilisierung würden Teuerung und ein allfälliger Leistungsausbau berücksichtigt.

⁷ Während der ersten Betriebsjahre erhielt die Soteria zudem Subventionen vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

- Die Steuerung der Soteriabeiträge erfolge über den Betriebsaufwand. Wenn der budgetierte Aufwand überschritten werde, müsse die Trägerschaft der Soteria den Fehlbetrag übernehmen, was bis heute noch nie vorgekommen sei. Ein eigentliches Anreizsystem gebe es aber nicht.
- Die Gehaltseinstufung des Soteriapersonals erfolge nach den kantonalen Richtlinien BEREBE (Besoldungsrevision des Kantons Bern).
- Die Schwankungen in der Auslastung der Soteria seien mit den Schwankungen in ähnlichen Institutionen vergleichbar.
- Insgesamt seien keine Vollzugslücken auszumachen.

Als Anregung wurde die Idee geäußert, die Finanzverantwortung für die Soteria (und die übrigen subventionierten psychiatrischen Betriebe des Spitalamtes) längerfristig der Dienststelle Psychiatrie zu übergeben.

Auch der Leiter der Dienststelle Psychiatrie der GEF stellt fest, dass die (finanzielle) Steuerung der Soteria isoliert von der Planung und Steuerung der übrigen psychiatrischen Institutionen stattfindet. Mit der Einführung von NEF (Neue Verwaltungsführung) in der GEF sollte dieser Mangel behoben werden.

3.3 Der Vollzug des Staatsbeitrags aus der Sicht der Soteria

Der Leiter der Soteria nimmt die alljährliche Kontrolle der Budgetvorgaben und der Jahresrechnung als Routineablauf wahr. Die Zusammenarbeit mit der GEF sei auf finanzielle Aspekte reduziert und tangiere keine therapeutischen Belange. Denkbar wäre aus der Sicht des Soterialeiters eine engere Zusammenarbeit mit der GEF (beispielsweise alle zwei Jahre eine Qualitätskontrolle), ähnlich der Zusammenarbeit im Rahmen dieser Erfolgskontrolle.

3.4 Organisatorische Struktur und Vernetzung mit den UPD

Nach dem Vertrag zwischen der Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie (IGS) und der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik (SPK) Bern⁸ vom 4. Juli 1994 erfolgt die medizinisch-psychiatrische Betreuung in der Soteria in Zusammenarbeit mit der SPK. Das Behandlungskonzept wird durch einen Projektleiter im Einvernehmen mit dem Vorstand der IGS und der medizinischen Direktion der SPK bestimmt.

Dem *Projektleiter* obliegt die medizinisch-konzeptuelle Leitung der Soteria. Er führt die fachlich-psychiatrische Oberaufsicht über die Tätigkeit der von den UPD delegierten Oberärztin. Von 1984 bis 1998 war Prof. L. Ciompi Projektleiter der Soteria, seit 1998 ist PD Dr. H. Hoffmann mit dieser Aufgabe beauftragt.

⁸ Heute: Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD.

Die *delegierte Oberärztin der UPD* wird gemeinsam von der Direktion der UPD und dem Projektleiter der Soteria bestimmt. Sie trägt die direkte medizinisch-psychiatrische Verantwortung für die Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen. Nach Vertrag ist ein durchschnittliches Arbeitspensum von 30% vorgesehen. Auf Initiative der UPD wurden die 30 Oberarzt-Stellenprozente Mitte 90er-Jahre in 10 Oberarzt-Stellenprozente und 40 Assistenzarzt-Stellenprozente umgewandelt. Diese Hierarchie mit den drei Stufen Projektleiter als leitender Arzt, Oberarzt und Assistenzarzt hat sich nach Meinung des Leiters der Soteria nicht immer als günstig erwiesen. Seit August 2001 sind die Stellenprozente des Oberarztes und des Assistenzarztes wieder kostenneutral zusammengelegt worden: Eine stellvertretende Oberärztin arbeitet nun zu 50% in der Soteria. Insgesamt kommt es nach Meinung des Soterialeiters zu einer Steigerung der ärztlichen Präsenz. Trotz diesen Veränderungen wird aber daran festgehalten, dass das Soteria-Milieu ein nicht das einer psychiatrischen Klinik sein soll.

Der *Soterialeiter* führt die Soteria operativ.

Die personelle Verflechtung mit den UPD ist historisch gewachsen. *Die Kostentransparenz bezüglich der ärztlichen Leistungen* ist nicht gegeben, da diese Leistungen der Soteria bis anhin nicht in Rechnung gestellt worden sind. Der Leiter der Soteria schätzt die entsprechenden Kosten auf ca. Fr. 70'000.- pro Jahr. Er würde sich wünschen, dass die ärztlichen Stellenprozente dem Stellenplan der Soteria zugeteilt würden und die Soteria bei der Auswahl der Ärztinnen und Ärzte mitentscheiden könnte. Denkbar wäre für ihn, dass ein niedergelassener Arzt längerfristig die ärztliche Aufgabe in der Soteria übernehmen könnte, was neben der Möglichkeit, den Arzt / die Ärztin unabhängig von den UPD auszuwählen, auch therapeutische Vorteile bringen könnte.

Der befragte Assistenzarzt der Soteria sieht in der personellen Verknüpfung mit den UPD mehr Vorteile als Nachteile: Neben etlichen administrativen Vereinfachungen ergebe sich zudem eine bessere Vernetzung der Soteria mit dem psychiatrischen Versorgungssystem des Kantons Bern.

Auch bezüglich der *administrativen Aufgaben* besteht nicht volle Kostentransparenz. Die UPD erledigen für die Soteria die Rechnungsstellung. Nach Ansicht des Projektleiters könnte die Soteria den UPD die Rechnungsstellung vergüten oder ohne grossen Aufwand selber übernehmen. Wenn dadurch die Soteria mit den Krankenkassen eigene Tarifverhandlungen durchführen müsste, wäre der Nutzen einer separaten Rechnungsstellung aber gering.

Bereits 1994 wurde in den Verhandlungen zwischen der GEF und der IGS im Rahmen der Schaffung der „Universitären Psychiatrischen Dienste UPD“ *eine Integration der Soteria in die ab 1996 neu organisierten UPD* diskutiert. Als Argumente für eine Eingliederung wurden genannt (Aktennotiz vom 1.3.1994, Gespräch zwischen der GEF und der Soteria):

- Die Pilotphase des Soteria-Projektes sei 1990 abgeschlossen worden.
- Die Spezialisierung der Soteria auf akute Psychosen spreche für eine Überführung der Soteria in das Akutversorgungsangebot der UPD.

- Durch eine Eingliederung in die UPD könne eine bessere Auslastung und eine bessere Abstimmung mit anderen ebenfalls auf Schizophrenie spezialisierten Stationen der UPD erreicht werden.

Seit Abschluss des Vertrages zwischen der IGS und der SPK im Oktober 1994 wurde die Frage nach Integration der Soteria in die UPD bis heute nicht wieder thematisiert.

Die Vertreter der Soteria sprachen sich anlässlich der Erfolgskontrolle gegen eine Integration aus:

- Ein Bekenntnis zur Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung spreche gegen eine Integration der Soteria in den Betrieb der UPD.
- In den UPD seien aktuell die Voraussetzungen für eine klinikinterne Soteria nicht gegeben. Erfahrungen in Deutschland hätten gezeigt, dass das Soteria-Konzept innerhalb einer Klinik nur umsetzbar sei, wenn es innerhalb der Klinikleitung grosse Unterstützung erfährt. Im Vergleich zu den üblichen Stationen müssten einer klinikinternen Soteria Ausnahmeregelungen zugestanden werden.
- Im Konzept der Soteria sei ein multiprofessionelles Team mit Mitarbeitern aus nicht-psychiatrischen Berufsgruppen vorgesehen.
- Die Hierarchie im Team der Soteria sei flacher als in Kliniken üblich und die Identifikation der Mitarbeiter grösser. Eine Integration in eine Klinik würde die Teamkultur der Soteria bedrohen.
- Das spezielle Arbeitszeitmodell (49-Stunden-Präsenz) sei in einer Klinik nicht realisierbar.
- Eine unabhängige Trägerschaft wie die IGS sei vermutlich billiger als eine konventionelle psychiatrische Klinik.

Kroll (1998) berichtet von der Umsetzung des Soteriakonzeptes auf einer psychiatrischen Akutstation in Gütersloh. Es hat sich gezeigt, dass die Soteria-Wirkfaktoren (mindestens teilweise) umgesetzt werden konnten und dies mit positiven Veränderungen der Akutstation verbunden war. Bei der engen Krisenbegleitung und dem Reizschutz⁹ seien aber Abstriche nicht zu umgehen gewesen.

Den Vorteilen einer autonomen Soteria (Flexibilität, mehr Raum für Innovationen als in einer Grossinstitution) steht nach Kroll, Machleidt, Debus und Stigler (2001) die Gefahr der Isolation und mangelnden Einbindung in das Netz psychiatrischer Hilfen gegenüber.

⁹ „Reizschutz“ bezeichnet ein geschütztes therapeutisches Milieu, in dem die Patienten und Patientinnen von beunruhigenden Reizen abgeschirmt werden. Reizabschirmung und Spannungsminderung sind nach Ansicht von Soteriaverantwortlichen (Hoffmann, 2001) wichtige therapeutische Faktoren in der Betreuung von akut psychotischen Menschen.

4 Wirkung

Die Wirkungen des Staatsbeitrags an die Soteria können auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität, sowie auf der Ebene der Ergebnisqualität betrachtet werden¹⁰.

- a) Die direkten Wirkungen des Staatsbeitrags zeigen sich in den von der Soteria erbrachten Leistungen. Zur Strukturqualität gehören beispielsweise die Räumlichkeiten, die Qualifizierung des Personals, das Konzept und das Leistungsangebot der Soteria. Die Darstellung des Ablaufes von der Zuweisung der Patienten und Patientinnen über die Betreuungsplanung, die unterschiedlichen Betreuungsphasen bis hin zum Austritt aus der Soteria gibt Hinweise auf die Prozessqualität der untersuchten Institution.
- b) Die therapeutischen Wirkungen der Soteria auf die Patienten und Patientinnen, die Ergebnisqualität, können mit Hilfe von Wirksamkeitsstudien, die im Laufe der letzten Jahre in der Soteria durchgeführt wurden, beurteilt werden.

4.1 Räumlichkeiten

Die Soteria befindet sich in einem Haus mit Garten im Länggassquartier der Stadt Bern. In den Einbettzimmern hat es Platz für maximal 8 Bewohner und Bewohnerinnen. Zu den Räumlichkeiten gehören ein Wohnzimmer, ein Esszimmer, ein Teamraum, ein Arztbüro, ein kleines Atelier, eine kleine Werkstatt und eine Küche.

4.2 Schizophrenieauffassung und Behandlungskonzept

Nach Ansicht von Vertretern der Soteria werden in der konventionellen Psychiatrie die lebensgeschichtlichen, sozialen und situativen Einflüsse auf den Krankheitsausbruch und -verlauf zuwenig berücksichtigt. Auch auf das subjektive Erleben der Patienten und Patientinnen werde zuwenig eingegangen. Im gewohnten Krankenhausmilieu seien die Umgebungsbedingungen nicht ideal: Eine aufgeregte und von Zwangsmassnahmen geprägte Behandlungsatmosphäre, zu grosse und unwohnliche Räumlichkeiten, ein häufiger Wechsel von Personal und Mitpatienten sowie ein diskontinuierlicher, autoritärer oder uneinfühlsamer Umgang mit den Kranken laufen dem therapeutischen Grundsatz der

¹⁰ Diese Differenzierung des Qualitätsbegriffs wurde Anfangs der 80er Jahre in den USA geprägt und hat sich auch im deutschen Sprachraum weitgehend durchgesetzt. Zur **Strukturqualität** gehören die organisationsbezogenen Rahmenbedingungen und die Ausstattung, über die eine Einrichtung bei der Erbringung ihrer Leistungen verfügt (z.B. Personalvolumina; Aus- und Weiterbildungsstand der Mitarbeiter; Konzepte, nach denen gearbeitet wird; bauliche und technische Ausstattung etc.). Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Aktivitäten, die geeignet sind, ein bestimmtes Ziel der Leistung zu erreichen. Hier geht es also vor allem um die Art und Weise der Leistungserbringung sowie um angemessene Beteiligungen der Adressaten (z.B. Zieltransparenz; Dienstplangestaltung, Teambesprechungen, Partizipation der Patienten und Patientinnen, Interaktionsgestaltung etc.). Bei der **Ergebnisqualität** steht das Thema der Zielerreichung und der Wirkung der Massnahme im Vordergrund. Dabei werden Kriterien und Indikatoren für den Erfolg eines Hilfeangebots herangezogen, die Auskunft darüber geben sollen, ob sich der Ressourceneinsatz gelohnt hat.

Spannungsminderung entgegen. Die Soteria versucht daher, eine alternative Behandlungsart zu bieten (Ciompi, 2001):

- Ein kleines, möglichst „normales“ und reizgeschütztes therapeutisches Milieu;
- Kontinuierliche Begleitung durch die psychotische Krise durch wenige Bezugspersonen;
- Konzeptuelle und personelle Kontinuität von der Akutbegleitung bis zur Wiedereingliederung;
- Ständige enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen;
- Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen auf der Wohn- und Arbeitsachse;
- Verwendung von Neuroleptika nur bei anders nicht abzuwendender Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei fehlenden Anzeichen von Besserung nach 4-5 Wochen.

4.3 Medikamentöse Behandlung

In den letzten Jahren ist die Haltung des Soteriapersonals gegenüber der medikamentösen Behandlung differenzierter geworden. Die neuen atypischen Neuroleptika verursachen weniger Nebenwirkungen und werden daher schneller und öfter verschrieben als es in der Soteria früher üblich war. Im Jahr 1999 haben von 29 Bewohnern und Bewohnerinnen nur 5 (17%) keinerlei Neuroleptika erhalten, zehn Jahre vorher waren es 39% (Ciompi et al., 1991). Die Medikation ist nach Ansicht des Oberarztes der Station D1 aber immer noch deutlich zurückhaltender als beispielsweise auf der Forschungsstation D1 der UPD. Diese Zurückhaltung bei der medikamentösen Behandlung wird von verschiedenen Experten kritisiert: Eine sofortige Medikation mit Neuroleptika in einer genügend hohen Dosierung sei nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen indiziert, um eine Chronifizierung der Krankheitssymptome zu verhindern und die soziale Reintegration möglichst schnell gewährleisten zu können (siehe beispielsweise Hahlweg und Dose, 1998). Auch in der Soteria anerkennt man die Bedeutung einer möglichst frühen Intervention. Es wird aber vertreten, dass das therapeutische Milieu in der Soteria eine neuroleptikaartige Wirkung hat und deshalb unter Umständen mit einer Neuroleptika-Behandlung zugewartet oder diese in einer geringeren Dosierung durchgeführt werden kann.

Entscheidend wichtig für den Verlauf der Krankheit Schizophrenie ist gemäss verschiedener Experten die Compliance („Bereitschaft zur Zusammenarbeit“) der Patienten und Patientinnen – insbesondere bezüglich der regelmässigen Einnahme der Medikamente. Möglicherweise ist die Medikation in der Soteria zwar einerseits zurückhaltend, andererseits führt sie aber zu einer besseren Compliance der speziellen (medikamentenkritischen) Patientengruppe der Soteria und daher schlussendlich zur regelmässigeren Medikamenteneinnahme und besseren Rückfallprophylaxe.

4.4 Zielgruppe der Soteria

In die Soteria werden 16 bis 40-jährige Menschen aufgenommen, die sich in einer akuten psychotischen Krise befinden. Dabei kann es sich um eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder

um psychotische Erlebnisse im Rahmen einer Adoleszenz- oder anderen Entwicklungskrise handeln (siehe Kapitel 1.1). Ausschlusskriterien für eine Aufnahme in der Soteria sind der Konsum von harten Drogen (Doppeldiagnosen), hohe Selbst- und Fremdgefährdung sowie ausgeprägt manische Störungsbilder. Aufgrund der Aufnahmekriterien und des Spezialangebotes der Soteria wird verschiedentlich vermutet, dass es in der Soteria zu einer Selektion von weniger problematischen Patienten mit geringerem Betreuungsaufwand und möglicherweise besserer Prognose kommt (siehe beispielsweise Kroll, 1998). Vertreter der Soteria weisen diese Vermutung zurück. Zwar komme es zu einer gewissen Selektion, aber gerade Patienten mit geringer Selbst- und Fremdgefährdung hätten oft die schlechtere Verlaufsprognose. Zudem würden in der Soteria zunehmend junge, Cannabis konsumierende Patienten betreut, die nur geringe psychotische Symptome zeigen, aber eine anspruchsvolle Betreuung erfordern. Die Frage, ob sich die Patienten und Patientinnen der Soteria von Patienten und Patientinnen in ähnlichen Institutionen bezüglich Schweregrad der Erkrankung und benötigter Betreuungsintensivität unterscheiden, lässt sich ohne wissenschaftliche Untersuchungen nicht abschliessend beantworten.

4.5 Personal

Gemäss Konzept sollte sich das Betreuungspersonal „zwecks Vermeidung von psychiatriespezifischen Vorurteilen“ (Ciompi, 2001) zur einen Hälfte aus Psychiatrieschwestern und -pflegern und zur anderen Hälfte aus Personen ohne bisherige Berufserfahrung in der Psychiatrie zusammensetzen (was beispielsweise auch Psychologen und Psychologinnen einschliessen kann). Nach Angaben des Leiters der Soteria kam es in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Professionalisierung. Wie die Auflistung der verschiedenen Berufsgruppen in Tabelle 1 zeigt, haben beinahe alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychologische oder therapeutische Aus- oder Weiterbildungen besucht.

Das therapeutische Team umfasste zudem im Jahr 2000 einen Oberarzt (10%) und einen Assistenzarzt (40%). Seit Mitte 2001 hat eine stellvertretende Oberärztin (50%) die ärztlichen Aufgaben in der Soteria übernommen.

Tabelle 1: Soteriapersonal – Ausbildung und Beschäftigungsgrad

Funktion	Ausbildung	Beschäftigungsgrad
Leiter der Soteria	Analytischer Psychologe lic. phil. I.	Je 100%
Betreuungspersonen	Psychiatrieschwester	
	Psychiatrieschwester	
	Psychiatrieschwester	
	Krankenschwester AKP / Maltherapeutin	
	Psychologe FSP	
	Psychologe FSP	
	Schreiner / Arbeitsagoge	
	Sekundarlehrerin	
Arzt/Ärztin		50%
Verwaltung		25%
Praktikanten		65%
Total		1040%

4.6 Dienstplan

Die 8 Betreuerinnen und Betreuer sowie der Leiter (70% administrative und 30% Betreuungsaufgaben) der Soteria sind je zu zweit in überlappendem Turnus ununterbrochen während 49 Stunden in der Soteria anwesend (Abbildung 3). In der ersten Nacht sind 6 Stunden Pikettdienst vorgesehen. Jeweils von 8 bis 9 Uhr morgens ist Übergaberapport. Pro Schicht ergeben sich insgesamt 45.8 anrechenbare Arbeitsstunden (43 Stunden plus 2.8 Stunden Zeitgutschrift). Für die 6 Pikettstunden werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Nacht mit 40 Franken entlohnt. Im Rahmen der Erfolgskontrolle konnte nicht endgültig geklärt werden, inwieweit die spezielle Arbeitsregelung in der Soteria mit dem Arbeitsgesetz vereinbar ist. Die Soteria ist für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben verantwortlich und sollte die juristische Überprüfung ihrer Arbeitsregelung vornehmen.

Abbildung 3: Arbeitsdienste in der Soteria

Tag 1	Tag 2		Tag 3	
8-24 Uhr: 16 Arbeitsstunden	24-6 Uhr: Pikett	6-9 Uhr: 27 Arbeitsstunden		
Arbeitsbeginn MitarbeiterIn 2:		8-24 Uhr: 16 Arbeitsstunden	24-6 Uhr: Pikett	etc.

Hintergrund des Dienstplanes

Die 49-Stunden-Präsenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen soll den Patienten und Patientinnen eine Betreuungskontinuität ermöglichen, die über eine 8-Stunden-Präsenz pro Tag in einer psychiatrischen Klinik hinausgeht. Zudem führe die lange Dienstzeit dazu, dass sich jede/r MitarbeiterIn wirklich auf das Haus und die Bewohner und Bewohnerinnen einlassen müsse.

Kritik an den 49-Stunden-Schichten

Neben der Kritik aufgrund der grossen Belastung für das Personal wird von Kroll (1998) der Nutzen der Betreuungskontinuität über 49 Stunden bezweifelt. Diese sei möglicherweise für die Akutbegleitung von Vorteil, habe aber in der Wiedereingliederungsphase den Nachteil, dass eine Kontinuität über mehrere Tage gerade nicht möglich sei. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen seien sehr intensiv für 2 Tage in der Soteria und anschliessend eine Woche weg. Der anlässlich der Erfolgskontrolle befragte Assistenzarzt der Soteria schätzt die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit den langen Diensten nur als mittelmässig ein: Vielleicht die Hälfte der Patienten und Patientinnen würde zwar die lange Anwesenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Soteria begrüßen, die restlichen Patienten und Patientinnen seien eher unzufrieden über die lange Abwesenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zwischen den Diensten.

Burnoutgefahr und Fluktuation

Nach Aussagen des Leiters der Soteria sei nach 49 Stunden die emotionale Erschöpfung zwar gross, die lange anschliessende Erholungszeit wiege diese Belastung aber auf. Die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Dienstplan sei hoch. Zu Burnoutphänomenen sei es hauptsächlich in der Gründungszeit der Soteria Bern gekommen. Heute würde durch den Teamzusammenhalt und die Mitarbeiterpflege dem Burnout vorgebeugt. Jeden Monat gebe es in der Soteria Supervisionen und zusätzliche Interventionen. Die Fluktuation in der Soteria sei nach dem Weggang von Prof. Ciompi gross gewesen, seit einem Jahr habe es aber keinen Personalwechsel mehr gegeben.

4.7 Leistungskatalog

Die Hauptleistungen der Soteria sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Ein detaillierter Leistungskatalog wurde vom Team der Soteria anlässlich dieser Erfolgskontrolle zusammengestellt (siehe Anhang). Hauptleistungen wie die Akutpsychosenbegleitung im „weichen Zimmer“¹¹, die therapeutischen Leistungen und die Angehörigenarbeit werden im Folgenden kurz kommentiert.

¹¹ Beim „weichen Zimmer“ handelt es sich um einen freundlichen, reizarm eingerichteten Raum, der speziell für die Begleitung von akut psychotischen Patienten und Patientinnen eingerichtet wurde.

Tabelle 2: Hauptleistungen der Soteria

Akutpsychosenbegleitung (im „weichen Zimmer“)
Milieutherapie und andere Therapien
Bezugspersonenarbeit
somatisch-medizinische Leistungen
Angehörigenarbeit
Abklärungen und Eintritte
Nachbetreuung
Ausbildung von Praktikanten und Schülern der Pflegeberufsschule
Unterhalt von Haus, Einrichtung, technischen Geräten und Garten

Akutpsychosenbegleitung (im „weichen Zimmer“)

Das „weiche Zimmer“ wurde speziell für die Begleitung von akut psychotischen Patienten und Patientinnen eingerichtet. In einer Einzelbetreuung wird mittels Gesprächen oder auch schweigendem Zusammensein versucht, Vertrauen zu schaffen und die Patienten und Patientinnen zu beruhigen und zu schützen. Weitere Elemente sind einfache Atem- oder Bewegungsübungen, leichte Massagen, Spiele oder Spaziergänge im Garten. Die Einzelbetreuung wird oft auch in der Nacht weitergeführt und kann für einen einzelnen Mitarbeiter bis zu 36 Stunden dauern.

Angehörigenarbeit

Die Angehörigen der Bewohner und Bewohnerinnen werden von Anfang an in die therapeutische Arbeit einbezogen. Nach der Phase der Akutpsychosenbegleitung werden die Angehörigen zu ersten Familiengesprächen eingeladen. Zudem findet einmal pro Monat ausserhalb des Soteria-Hauses ein Angehörigenabend statt. Da viele Bewohner und Bewohnerinnen unter 20 Jahre alt sind und oft noch stark an die Eltern gebunden sind, ist diese intensive Angehörigenarbeit besonders wichtig.

Die Präsidentin des VASK Bern (Verein Angehöriger von Schizophreniekranken) bestätigte in einem Interview die intensive Zusammenarbeit der Soteria mit den Angehörigen der Bewohner und Bewohnerinnen. In der konventionellen Psychiatrie würde der Angehörigenarbeit teilweise zu geringe Bedeutung beigemessen. Die Soteria unterscheide sich von anderen Institutionen und Abteilungen der konventionellen Psychiatrie hauptsächlich darin, dass die Betreuer und Betreuerinnen mehr Zeit sowohl für die Patienten und Patientinnen, als auch für die Angehörigen haben. Die Soteria sei ein Kontrapunkt zur „Drehtürpsychiatrie“ in gewissen Institutionen.

Psychotherapie

In der Soteria wird bewusst auf psychotherapeutische Einzelgespräche im verzichtet. Nach Ansicht des Leiters der Soteria fand in den letzten Jahren eine Veränderung der Behandlung in der Soteria in

Richtung zunehmender Professionalität statt. Beispielsweise wird heute vermehrt familientherapeutisch gearbeitet.

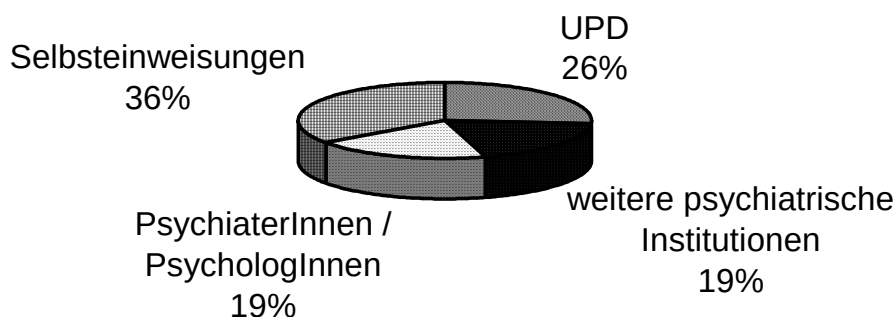
Milieutherapie

Die Milieutherapie stellt das zentrale Angebot der Soteria dar. Bezüglich den erbrachten milieutherapeutischen Leistungen betonte der Leiter der Soteria im Interview, dass nicht nur die quantitativen Leistungen, sondern auch die Qualität der Leistungen berücksichtigt werden müssen. „Leistungen“ wie respektvolles Zuhören oder Aufmerksamkeit prägen die Grundhaltung in der Soteria und seien für die Milieutherapie von entscheidender Bedeutung. Gerade in diesen nicht quantifizierbaren Aspekten unterscheide sich die Soteria von Abteilungen der konventionellen psychiatrischen Kliniken.

4.8 Zuweiser

Der wichtigste institutionelle Zuweiser in den Jahren 1999 und 2000 sind die UPD (insbesondere die Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie) mit 26% aller Zuweisungen (Abbildung 4). Die weiteren zuweisenden Institutionen wie das Psychiatriezentrum Münsingen, die psychiatrischen Stützpunkte, andere psychiatrische Stellen und die Sozialdienste machen 19% der Zuweisungen aus. Freischaffende Psychiater und Psychologen wiesen weitere 19% der Soteriapatienten zu. Auffallend ist der hohe Anteil von Selbsteinweisungen (zusammen mit Angehörigen): er macht über einen Drittel der Eintritte aus.

Abbildung 4: Zuweisungen in den Jahren 1999 und 2000



Eine detailliertere Aufstellung der einzelnen Zuweiser in den Jahren 1999 und 2000 findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Zuweisungen, die zu einem Eintritt in die Soteria geführt haben

	1999	2000
UPD Waldau	4	4
UPD KIZ	5	2
PZM	0	3
Stützpunkte	2	0
andere psychiatrische Stellen	1	2
Sozialdienste	2	1
Psychiater / Psychologen	2	9
Selbst / Angehörige	6	3
Ehemalige Patienten	7	4
Total	29	28

Insgesamt werden pro Jahr rund 55 Abklärungsgespräche in den Räumlichkeiten der Soteria und 30 telefonische Abklärungsgespräche geführt. Dazu kommen etwa 50 telefonische Anfragen, die weder zu einem Abklärungsgespräch, noch zu näherer telefonischer Abklärung führen.

Ungefähr jedes dritte Abklärungsgespräch führt also zu einem Eintritt.

4.9 Aufnahmeverfahren und Behandlungsphasen

Die Soteria bietet einerseits intensive Akutbegleitung (im „weichen Zimmer“ - in der Regel ein Platz) und andererseits Stabilisierungs- und Wiedereingliederungsplätze. Daraus resultieren zwei verschiedene Aufnahmeverfahren: Für die Akutbegleitung gibt es ein Notaufnahmeverfahren in Zusammenarbeit mit den für die Soteria zuständigen Ärzten oder dem Tagesarzt der UPD. Im zweiten Aufnahmeverfahren kommen Interessierte zu einem Abklärungsgespräch in die Soteria. Diese Bewohner und Bewohnerinnen sind auch psychotisch, brauchen aber nicht die intensive Einzelbetreuung im „weichen Zimmer“.

Der Behandlungsablauf verläuft in drei Phasen:

1. Akutbegleitungsphase: Es wird eine 1:1 Begleitung geboten. Die therapeutischen Ziele sind Beruhigung, Angstlinderung, Vertrauen schaffen, auf Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen eingehen, Tag-Nacht-Regulierung u.a. Die Akutbegleitungsphase dauert je nach Befindlichkeit und Medikamenteneinsatz zwischen 2 bis 6 Wochen.
2. Stabilisierungsphase: Die therapeutischen Ziele in dieser Phase sind Integration in die Wohngemeinschaft, Anforderungen des Haushaltes erfüllen (Kochen, Tagesrythmus einhalten, Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten), erste Ausrichtung nach aussen.

3. **Rehabilitationsphase:** In diesem Abschnitt wird die Zeit nach der Soteria vorbereitet. Um Lücken zwischen dem Soteriaaufenthalt und einer Nachbetreuung beispielsweise durch einen niedergelassenen Psychiater zu schliessen, kann es in den ersten zwei Monaten nach Austritt zu weiteren Nachbetreuungskontakten kommen. Zudem wird allen ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohnern offeriert, weiterhin im telefonischen Kontakt zu bleiben oder auf Besuch zu kommen. Nach Ansicht der Soteriavertreter ist dieses Nachbetreuungsangebot deutlich besser als in der Klinikpsychiatrie.

Die Behandlung wird wöchentlich evaluiert und neue Behandlungsziele werden schriftlich festgehalten. Längerfristige Ziele werden an Standortgesprächen festgesetzt.

4.10 Austritte aus der Soteria

Eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt ist häufig nicht möglich; dieses Problem betrifft nicht nur die Soteria, sondern die ganze stationäre und teilstationäre Psychiatrieversorgung im Kanton Bern. Einige Bewohner und Bewohnerinnen können zwar an den alten Arbeitsplatz oder in die Lehre zurückkehren, für die meisten Bewohner und Bewohnerinnen muss aber ein geschützter Arbeitsplatz oder eine nachfolgende therapeutische Institution gesucht werden.

Nach Angaben des Leiters der Soteria konnten im Jahr 2000 von den 27 ausgetretenen Patienten und Patientinnen etwa die Hälfte nach Hause oder in ein anderes privates Setting entlassen werden. 6 Personen traten in eine sozialpsychiatrische Institution ein. 3 Bewohner konnten in eine betreute Wohngemeinschaft vermittelt werden. Bei 3 Bewohnern kam es zu einer Zwangseinweisung in die Klinik. Eine Person hat den Soteriaaufenthalt vorzeitig abgebrochen.

4.11 Anzahl Patienten und Pfl egetage

In den letzten vier Jahren wurden in der Soteria jährlich zwischen 33 und 42 Patienten und Patientinnen betreut (Tabelle 4). Die Anzahl Pfl egetage schwankte zwischen 2055 und 2439 Tagen. Die Bettenzahl blieb bei 8 Betten konstant.

Tabelle 4: Anzahl Patienten und Anzahl Pfl egetage in der Soteria (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000
Anzahl Pfl egetage	2417	2055	2439	2086
Anzahl Bewohner ¹²	35	42	35	33
Bettenzahl	8	8	8	8

¹² Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen = Anzahl Austritte + Bestand am 31. Dezember.

4.12 Wirkungen auf die Patienten und Patientinnen

Die Arbeit in der Soteria Bern wurde von Anfang an durch ein Forschungsteam der SPK begleitet. Insgesamt wurden bisher zwei Studien veröffentlicht. In der ersten Studie (Ciompi, Dauwalder, Maier & Aebi, 1991) wurde von den bis 1990 in der Soteria aufgenommenen Patienten und Patientinnen der unmittelbare Behandlungserfolg ermittelt. In knapp zwei Dritteln der behandelten Patienten und Patientinnen zeigte sich ein guter bzw. eher guter Behandlungserfolg auf den Dimensionen „psychopathologischer Zustand“, „Wohnsituation“ und „Arbeitssituation“. 39% der Patienten und Patientinnen erhielten während dem gesamten Aufenthalt in der Soteria nie Neuroleptika.

In einer zweiten Studie (Ciompi, Kupper, Aebi, Dauwalder, Hubschmid, Trütsch & Rutishauser, 1993), einer kontrollierten, prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre, wurden 22 Soteriapatienten und -patientinnen mit einer paarweise parallelisierten, konventionell behandelten Kontrollgruppe aus vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken verglichen. Es zeigte sich zwei Jahre nach der Klinikentlassung kein signifikanter¹³ Unterschied im Behandlungserfolg: Zwischen 55% bis 60% der in der Soteria behandelten Patienten und Patientinnen zeigten keine oder nur leichte schizophrene Störungen, lebten in einer normalen Wohnsituation und konnten einer normalen Arbeit oder Schule nachgehen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Psychopathologie, Wohnsituation und Arbeitssituation nach 2 Jahren bei Index- und Kontrollprobanden

	Soteria (n=22)	Kontrollgruppe (n=22)
Keine bis leichte schizophrene Störungen	12	13
Normale Wohnsituation (allein oder mit anderen)	13	8
Normale Arbeit oder Schule	12	14

77% der Patienten und Patientinnen waren in diesen zwei Jahren seit Behandlungsende wieder rückfällig geworden und mussten stationär oder ambulant behandelt werden. Auch in der Rückfallhäufigkeit zeigte sich kein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe (82% Rückfälle). Der Zustand der Patienten und Patientinnen in der Soteria (wie auch in den konventionellen Kliniken) hat sich demnach verbessert, obwohl der Neuroleptikakonsum um mehr als die Hälfte geringer war als bei den Kontrollpatienten. Weiter konnte gezeigt werden, dass sich das Milieu in der Soteria signifikant von jenen der vier Klinikstationen unterscheidet bezüglich engagierteren, spontaneren und stärker praxisbezogenen Beziehungen zwischen den Betreuern und den Patienten.

¹³ Einschränkung muss erwähnt werden, dass aufgrund der kleinen Fallzahlen Unterschiede recht deutlich ausfallen müssten, um auch signifikant zu werden.

Ähnlich den Untersuchungen in der Soteria Bern zeigen auch die Untersuchungen in den Soteria-Projekten in den USA, dass die Soteria bezüglich Psychopathologie, psychosozialem Funktionsniveau und Rückfällen im Vergleich zur Behandlung in einer Klinik ebenbürtige Erfolge vorweisen können (Hoffmann, 2001). Das Behandlungskonzept der Soteria scheint es demnach zu ermöglichen, Neuroleptika in deutlich geringeren Dosen einzusetzen – dafür war die Behandlungsdauer in den untersuchten Soteria-Projekten wesentlich länger als in den staatlichen Kliniken.

5 Effizienz

Die finanziellen Kennzahlen der Soteria Bern sollen mit einer Institution verglichen werden, die bezüglich Zielgruppe und Funktion der Soteria möglichst ähnlich ist. In Absprache mit Vertretern der Soteria wurde die *Forschungsstation D1 der UPD* als Vergleichsstation bestimmt. Wie in der Soteria richtet sich die Abteilung D1 an ersterkrankte psychotische Menschen. Es wird ein integrativer Behandlungsansatz mit medikamentöser Behandlung, Sozio-, Milieu- und Psychotherapie vertreten. Weitere Ähnlichkeiten sind der systemische Ansatz, die hauptsächlich junge Patientenpopulation und der Versuch, Akutbetreuung und Rehabilitation auf der selben Abteilung anzubieten.

Im Gegensatz zur Soteria, wo akut psychotische Patienten in der ersten Krankheitsphase im „weichen Zimmer“ betreut werden, werden diese in den UPD auf einer Akutabteilung betreut und anschliessend auf die Station D1 verwiesen.

Der Oberarzt der Abteilung D1 gibt als wichtigste Unterschiede zur Soteria die Einbettung in die Klinik, das professionellere therapeutische Angebot und die konsequentere medikamentöse Behandlung an. Die Patienten der Abteilung D1 würden ohne Ausnahme medikamentös behandelt und meist mit höherer Dosierung als in der Soteria. Zudem vermutet der Oberarzt, dass aufgrund der Patientenselektion in der Soteria die Patienten und Patientinnen der Abteilung D1 schwerer krank sind als in der Soteria. Ein weiterer Unterschied sei die Unterbringung der Patienten und Patientinnen in Dreierzimmern, während in der Soteria Einzelzimmer angeboten würden.

5.1 Anzahl Patienten und Patientinnen und Bettenbelegung

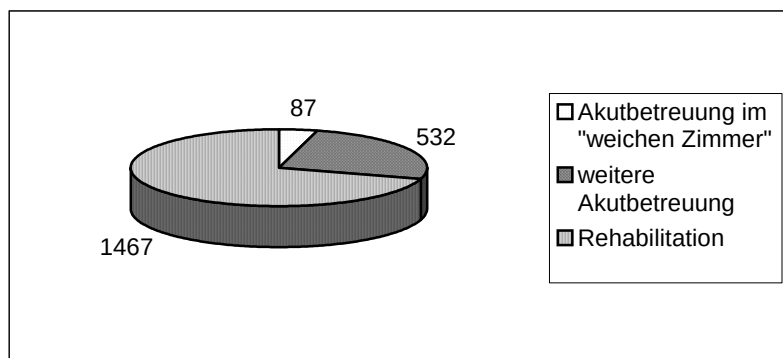
Bei einem Bettenbestand von 8 Betten resultierte für die Soteria in den letzten 4 Jahren eine jährliche Bettenbelegung von zwischen 70% und 83% (Tabelle 6). Von den 8 Soteriabetten ist ein Bett für die Intensivbetreuung „reserviert“ („weiches Zimmer“). Im Jahresbericht von 1997 wird die Bettenbelegung wohl aus diesem Grund ausgehend von einem Bettenbestand von 7 Betten berechnet. Für das Jahr 1997 wird dann eine Bettenbelegung von beinahe 95% angegeben. Dazu wird vermerkt, eine solch hohe Belegung dürfe „keinesfalls als Massstab für kommende Jahre aufgefasst werden“. Die räumlichen Verhältnisse seien eng geworden und die hohe Belegung sei von vielen Bewohnern und Bewohnerinnen als belastend erlebt worden (Jahresbericht IGS, 1997).

Tabelle 6: Bettenbelegung der Soteria in den Jahren 1997 bis 2000

	1997	1998	1999	2000
Anzahl Pflage tage	2417	2055	2439	2086
Durchschnittliche Bettenbelegung	83%	70%	84%	71%

Das weiche Zimmer war im Jahr 2000 nur 87 Tage belegt (Abbildung 5, Behandlungsphasen gemäss Definitionen der Soteria). Hoffmann (2001) bestätigt, dass die Bedeutung der Akutbegleitung und des weichen Zimmers in der Soteria zurückgegangen ist.

Abbildung 5: Anzahl Aufenthaltstage nach Behandlungsphase im Jahr 2000



Die Station D1 verfügt über 50% mehr Betten als die Soteria und hatte im Jahr 2000 doppelt so viele Patienten und Patientinnen (Tabelle 7). Die 3467 Pflage tage der Station D1 entsprechen einer Bettenbelegung von 79%. Mit 2086 Pflage tagen beträgt die Bettenbelegung der Soteria nur 71%. Dieser Vergleich der Bettenbelegung wird aber dadurch erschwert, dass auf der Station D1 die Möglichkeit besteht, ein zusätzliches Patientenbett in einem offenen Einzelzimmer zur Reizabschirmung zu führen.

Tabelle 7: Anzahl Patienten und Bettenbelegung im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1)

	Soteria	D1
Anzahl Betten	8	12
Anzahl Patienten (Austritte und Bestand per 31. Dez. 2000)	33	67
Anzahl Pflage tage	2086	3467
Bettenbelegung	71%	79%

5.2 Betriebsrechnung im Jahr 2000

Die Soteria und die Forschungsstation D1 unterscheiden sich in den Lohn- und direkten Sachkosten nicht wesentlich voneinander (Tabelle 8). Da im Direktvergleich die Vollkosten einer Institution berücksichtigt werden müssen, kommen bei der Station D1 aber noch interne Verrechnungen, Umlagen und Querschnittskosten aus dem Gesamtbetrieb der UPD dazu. Interne Verrechnungen beziehen sich auf quantifizierbare Leistungen wie Anzahl Mahlzeiten der Küche oder Reinigungsarbeiten. Die Umlagen richten sich nach dem Kostenstellenplan des H+ und beinhalten Anteile an die Infrastrukturkosten der einzelnen UPD-Bereiche. Querschnittskosten beinhalten Leistungen anderer Ämter an die UPD

wie beispielsweise Mietkosten oder die Persiska-Lohnabrechnungen. Der Gesamtaufwand der Station D1 wird durch diese drei Kostenpunkte beinahe verdoppelt.

Tabelle 8: Betriebsrechnungen der Soteria und der Abteilung D1 (Jahr 2000, in Franken)

	Soteria	D1
Besoldung und Sozialleistungen ¹⁴	894'248.-	919'405.- ¹⁵
Direkte Sachkosten	167'636.-	98'956.-
Interne Verrechnungen		237'763.-
Belastung Umlagen		402'179.-
Querschnittskosten		310'780.-
Total Aufwand	1'061'883.-	1'969'083.-
Erträge Tagestaxen	603'127.-	747'559.-
Übrige Erträge	12'057.-	65'895.-
Total Erträge	615'184.-	813'454.-
Staatsbeitrag	466'699.-	1'155'629.-
Kostendeckungsgrad	0.58	0.41
Aufwand pro Pflegetag	509.-	568.-
Ertrag pro Pflegetag	295.-	235.-
Staatsbeitrag pro Pflegetag	214.-	333.-

Die Erträge der Soteria und der Forschungsstation D1 setzen sich grösstenteils aus den Erträgen durch die Tagestaxen zusammen. Die Tarife der Soteria richten sich nach den Tarifen der UPD, sind also mit den Tarifen der Abteilung D1 identisch. Für Patienten und Patientinnen aus dem Kanton Bern betragen die aktuellen Tarife Fr. 208.- in den ersten 90 Hospitalisationstagen und Fr. 160.- in den zweiten 90 Hospitalisationstagen. Für ausserkantonale Patienten werden Fr. 492.- und Fr. 410.- berechnet. Mit durchschnittlichen Kosten von Fr. 509.- pro Pflegetag im Jahr 2000 ist dieser Tarif für ausserkantonale Patienten nicht ganz kostendeckend.

Der Staatsbeitrag an die Soteria beträgt knapp eine halbe Million Franken, der Staatsbeitrag an die Abteilung D1 ist mehr als doppelt so hoch. Im Jahr 2000 wurde in der Soteria ein Kostendeckungsgrad von 58% erreicht, auf der Station D1 lag er bei 41%.

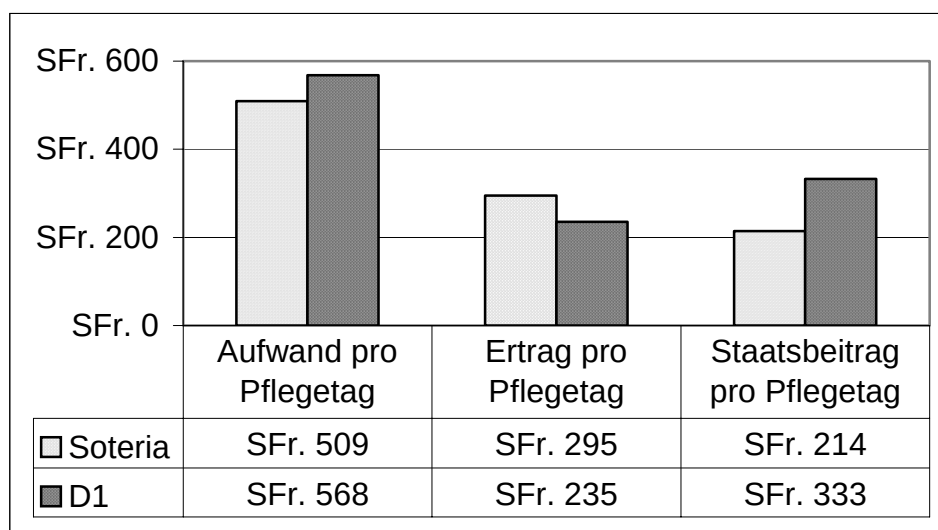
Der Aufwand *pro Pflegetag* lag in der Soteria im Jahr 2000 durchschnittlich Fr. 59.- tiefer als auf der Station D1. Pro Pflegetag wurden in der Soteria im Jahr 2000 Fr. 60.- mehr eingenommen als auf der

¹⁴ Ohne Personalkosten der Oberärztinnen und Oberärzte.

Station D1. Dies hängt damit zusammen, dass in der Soteria im Jahr 2000 36% der Pflage tage von ausserkantonalen Patienten und Patientinnen bezahlt wurden, während es auf der Abteilung D1 nur 7% der Pflage tage waren.

Pro Pflage tag beträgt der Staatsbeitrag an die Soteria Fr. 214.-, der Staatsbeitrag an die Abteilung D1 beträgt Fr. 333.-. Sowohl beim Ertrag, beim Staatsbeitrag und auch beim Kostendeckungsgrad erschwert der unterschiedlich hohe Anteil an ausserkantonalen Patienten und Patientinnen den Vergleich der beiden Institutionen. Am aussagekräftigsten ist deshalb der Vergleich des Aufwandes, dieser ist wie oben ausgeführt pro Pflage tag in der Soteria um 10% tiefer als auf der Abteilung D1 (Abbildung 6).

Abbildung 6: Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Pflage tag in Franken im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1).



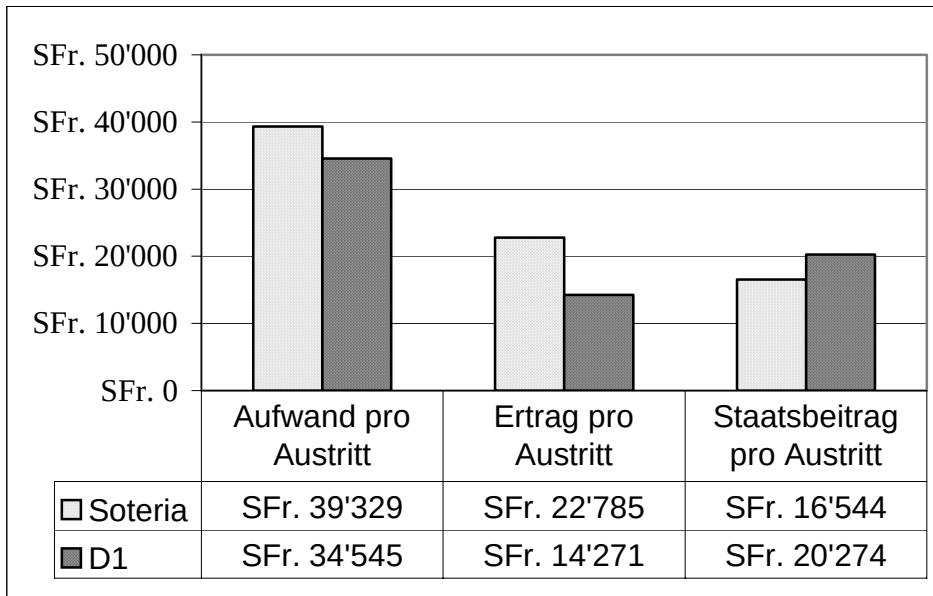
5.3 Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Austritt

Der Aufwand pro Austritt ist in der Soteria um Fr. 4'784.- (14%) höher als auf der Abteilung D1 (Abbildung 7). Aufgrund der deutlich höheren Erträge pro Fall in der Soteria resultiert trotzdem ein leicht höherer Staatsbeitrag pro Austritt auf der Abteilung D1 als in der Soteria.

Der höhere Aufwand pro Austritt bei gleichzeitig tieferem Aufwand pro Pflage tag erklärt sich durch die längeren Aufenthaltszeiten in der Soteria. Da die Aufenthaltszeiten in psychiatrischen Institutionen durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, ist der Aufwand pro Austritt kein geeigneter Indikator für einen Effizienzvergleich zwischen zwei Institutionen.

¹⁵ Im Gegensatz zur Soteria nur Besoldung des Betreuungspersonals. Die Personalkosten der Küche, des Putzpersonals etc. sind in den internen Verrechnungen enthalten.

Abbildung 7: Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Austritt in Franken im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1)



5.4 Aufenthaltsdauer im Jahr 2000

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Soteria betrug im Jahr 2000 63 Tage (Tabelle 9). Sie konnte im Vergleich zu den Aufenthaltszeiten vor 10 Jahren deutlich gesenkt werden¹⁶. In den letzten vier Jahren schwankte sie zwischen 50 und 70 Tagen.

Die Aufenthaltsdauer wird neben dem Betreuungskonzept und dem Nachbetreuungsangebot auch vom Schweregrad der Krankheit der Patienten und Patientinnen beeinflusst. Wie bereits ausgeführt wurde, ist ein Vergleich des Schweregrades der psychischen Störungen in den beiden Institutionen schwierig und wird unterschiedlich eingeschätzt. Die Betreuungskonzepte der Soteria und der Forschungsstation D1 sind sich insofern ähnlich, als beide Institutionen erkrankte Psychotiker und Psychotikerinnen sowohl während der Akut- als auch während der Rehabilitationsphase betreuen. Der Anteil der Akutpflegetage (unter 90 Aufenthaltstage) ist in der Soteria nur geringfügig tiefer als auf der Station D1. Nach Angaben des Oberarztes der Station D1 sind auch die Anschlusslösungen nach dem Klinikaufenthalt mit denjenigen der Soteria vergleichbar.

¹⁶ In der Studie von Ciompi et al. (1993) waren die Aufenthaltszeiten mit durchschnittlich 185 Tagen hauptverantwortlich für die gut doppelt so hohen stationären Behandlungskosten der Soteria im Vergleich zu den Kontrollinstitutionen.

Tabelle 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Verhältnis Akut- zu Langzeitpflege im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1)

	Soteria		D1	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		63.2		51.7 ¹⁷
Akutflegetage	1313	(66%)	2436	(69%)
Langzeit- und chron. Pflage tage	680	(34%)	1112	(31%)

5.5 *Betreuungsverhältnis im Jahr 2000*

Die Soteria und die Forschungsstation D1 verfügen beide über ungefähr gleich hohe Stellenetats (Tabelle 10). Dabei muss aber wieder berücksichtigt werden, dass das Pflegepersonal in der Soteria Leistungen erbringt (Küche, Reinigung etc.), die in den UPD von Angestellten erbracht werden, die nicht im Stellenetat aufgeführt werden. Von einem „Betreuungsverhältnis“ im engeren Sinne kann daher nicht gesprochen werden. Ein direkter Vergleich des Betreuungsverhältnisses ist nicht möglich. Trotzdem scheint ein Verhältnis von 10,4 Stellen pro durchschnittlich 5,7 belegte Betten eher hoch.

Tabelle 10: Betreuungsverhältnis im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1)

	Soteria	D1
Anzahl Stellen (inkl. Praktikanten)	10.4	11.2
Effektive Bettennutzung	5,7	9,5
Anzahl Stellen pro effektive Bettennutzung	1,8	1.2 (Direkter Vergleich nicht möglich)

¹⁷ Da die Patientinnen und Patienten der Abteilung D1 vorgängig auf einer Akutstation der UPD behandelt wurden, lassen sich die Aufenthaltszeiten der Soteria und der Abteilung D1 nicht direkt vergleichen.

6 Expertenurteile

6.1 Interview mit dem Bereichsleiter „Psychiatrie“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Für ein Expertenurteil wurde eine ausserkantonale Fachperson gesucht, die nicht in die Psychiatriever-sorgung des Kantons Bern eingebunden ist. Der Bereichsleiter „Psychiatrie“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat sich bereit erklärt, in einem Interview die Bedeutsamkeit der Soteria einzu-schätzen:

Die wesentlichen Unterschiede zwischen der regulären Psychiatrie und der Soteria:

In der Soteria ist die Betreuung persönlicher und die Stigmatisierung der Patienten kleiner. Ein weite-rer Unterschied ist sicher die medikamentenkritische Haltung der Soteria. Ein grosser Vorteil der Sote-ria besteht darin, dass sie für speziell medikamentenkritische Patienten ein Alternativangebot zur tra-ditionellen Psychiatrie bieten kann.

Gibt es in Zürich Angebote wie die Soteria? Würden Sie solche Angebote begrüssen?

Ein solches Angebot würde zwar geschätzt, aber nicht neu gestartet. Es gibt in Zürich sozialpsychiatri-sche Angebote, die aber nicht mit der Soteria vergleichbar sind. Eine Spezialstation für psychotische Ersterkrankte existiert, hat aber Belegungsprobleme.

Das Betreuungsverhältnis in der Soteria:

Das Betreuungsverhältnis könnte verbessert werden, wenn die Soteria mehr Plätze anbieten würde. Auf die Anwesenheit von jeweils zwei Betreuern kann wohl nicht verzichtet werden.

Die Professionalität der Mitarbeiter:

Die teilweise der Soteria vorgeworfene „mangelnde Professionalität der Mitarbeiter“ ist wahrschein-lich heute kein Grund zur Kritik mehr. Durch die Anstellung von qualifizierterem Personal könnte die Professionalität problemlos noch zusätzlich verbessert werden.

Die medikamentöse Behandlung:

Einerseits gilt ein Zusammenhang zwischen ausreichender Medikation mit Neuroleptika und besserem Krankheitsverlauf als gesichert. Andererseits könnte es sein, dass in der Soteria eine spezielle (medika-mentenkritische) Patientengruppe betreut wird, für die dieser allgemeine Befund gerade nicht gilt. Ent-scheidend für den Verlauf der Krankheit ist die Compliance der Patienten, und diese ist bei den Sote-riapatienten möglicherweise in der Soteria grösser als in den traditionellen Kliniken.

Die Kosten-Nutzen-Relation der Soteria:

Die Kosten-Nutzen-Relation der Soteria scheint nicht schlecht zu sein. Die Kosten pro Pflergetag sind nicht sehr hoch. Die Aufenthaltszeit ist in der Soteria aber deutlich zu hoch. Die Patienten sollten früher in gut betreute Tagesstrukturen entlassen werden. Solche Tagesstrukturen müssten aber z.T. noch geschaffen werden. Eine Möglichkeit wäre die Ausgliederung der Rehabilitationsphase in ein anderes Soteria-Gebäude in der Nachbarschaft. Dazu müssten aber genügend akut psychotische Patienten vorhanden sein um die Belegung der Soteria immer noch zu gewährleisten.

Wichtig für eine bessere Kosten-Nutzen-Relation wäre die Vergrößerung der Bettenzahl der Soteria durch weitere Liegenschaften oder durch die Unterbringung der Patienten in Doppelzimmer.

6.2 Expertenurteile im neu erschienenen Buch „Wie wirkt Soteria“

Im dem neu erschienen Buch von Ciompi et al. (2001) über die Soteria wurden vier internationale Experten um eine Stellungnahme zum Soteria-Modell gebeten. Die wichtigsten Punkte sind kurz zusammengefasst:

- Die Studien, welche gleiche Wirksamkeit der Soteria wie in konventionellen Behandlungen von akuten Psychosen gefunden haben, entsprechen den heutigen methodischen Anforderungen nicht. Die Wirksamkeit der Soteria kann daher nur als „gut gegründete Hypothese“, nicht aber als gesichertes Wissen betrachtet werden.
- Für eine bestimmte Patientengruppe scheint es dem Anschein nach möglich zu sein, ein ruhiges und sicheres Behandlungsmilieu zu gewährleisten, so dass auf einen erheblichen Teil von Psychopharmaka verzichtet werden kann, wodurch die Patienten mit weniger unerwünschten Nebenwirkungen belastet werden.
- Die Bedeutung der modernen atypischen Neuroleptika darf aber nicht unterschätzt werden. Die Soteriaverantwortlichen dürfen die Forschungsergebnisse, welche von einer besseren Prognose bei der Frühbehandlung mit Antipsychotika sprechen nicht zugunsten des Soteria-Modells ignorieren.
- Es stellt sich bei knapper werdenden Ressourcen die gesundheitsökonomische Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation der Soteria.
- Eine klarere Abgrenzung der Soteria von dem „ideologischen Ballast“ der Antipsychiatrie-Bewegung wäre vorteilhaft.
- Die Soteria gilt in weiten Kreisen der Öffentlichkeit als ein Symbol für eine „menschlichere“ und therapeutisch engagiertere Psychiatrie. Sie hat der konventionellen Psychiatrie wichtige Impulse geliefert, die an vielen Orten auch aufgenommen und in die Behandlungskonzepte integriert worden sind.

7 Vorteilhaftigkeit

Bei der Frage nach der Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags an die Soteria geht es um ein Abwägen des Nutzens (den Vorteilen) der Soteria gegenüber den Kosten (den Nachteilen). Der Unterschied zur Effizienzanalyse besteht darin, dass die Soteria im Vergleich mit anderen Institutionen als effizient bezeichnet werden kann, wenn sie mit gleichen Kosten eine höhere Wirkung erzielt. Damit ist die Frage aber noch offen, ob diese Wirkung die Kosten rechtfertigt.

Die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags an die Soteria ist gegeben. Die Soteria bietet ein milieutherapeutisches Spezialangebot an, das dem Bedürfnis von etlichen psychotischen Menschen entspricht. Die Betreuung in der Soteria erfolgt in einem möglichst normalen, entspannenden und kleinräumigen Umfeld wie es eine Abteilung in einer konventionellen psychiatrischen Klinik nicht bieten könnte. Die praktizierte Niedrigdosierung der Neuroleptika ist in einer stark biologisch ausgerichteten Psychiatrie zwar umstritten, verdient aber gerade aufgrund der Bedeutung für die Vielfalt des Angebots die Unterstützung. Auch wenn die modernen Neuroleptika zu weniger gravierenden Nebenwirkungen (bspw. Bewegungsstörungen, Krämpfe) führen als die traditionellen Neuroleptika, bleiben immer noch unangenehme Nebenwirkungen für die Patienten und Patientinnen bestehen.

Mit der Behandlung in der Soteria werden trotz tieferer Neuroleptikadosierung gleich gute Wirkungen erzielt wie in konventionellen Kliniken. Nicht empirisch geprüft, aber glaubwürdig berichtet aufgrund von kasuistischen Beobachtungen sind auch besonders günstige Effekte der Soteria-Behandlung in Bereichen des subjektiven Erlebens der Patienten und Patientinnen, der Zusammenarbeit mit den Angehörigen und der sozialen Stigmatisierung der Patienten und Patientinnen.

Die Soteria ist ein international beachtetes Projekt, wie der 1997 in Bern durchgeführte Kongress gezeigt hat: Weit über 200 Teilnehmer und Teilnehmerinnen folgten der Einladung der Soteria Bern, darunter viele Interessierte aus Deutschland und Österreich. Wenn die Soteria nicht existieren würde, müssten die Soteriapatienten und -patientinnen auf Akutstationen der psychiatrischen Kliniken untergebracht werden. Eine Alternative dazu bietet die Forschungsstation D1 mit z.T. ähnlichem Betreuungskonzept wie die Soteria. Gemäss epidemiologischen Studien müssten im Einzugsgebiet der UPD (ca. 350'000 Einwohner) genügend ersterkrankte psychotische Menschen leben, um sowohl die Forschungsstation D1 als auch die Soteria auszulasten: Pro Jahr rechnet man mit einem bis fünf neuerkrankten Schizophrenen auf 10'000 Einwohner (Hahlweg & Dose, 1998; Möller, Laux & Deister, 1996) – im Einzugsgebiet der UPD erkrankten demnach pro Jahr 35 bis 175 Menschen erstmals an einer Schizophrenie.

8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

8.1 Schlussfolgerungen zum Vollzug

1. Wie wird der Staatsbeitrag durch die GEF gesteuert? Gibt es Vollzugslücken?

Da die Soteria rechtlich gesehen als Spital gilt, wird der Staatsbeitrag durch das Spitalamt gesteuert. Die jährlichen Budgetvorschläge werden daraufhin geprüft, ob sie sich im Rahmen der vorjährigen Jahresabrechnungen bewegen. Nach Ansicht des zuständigen Revisors der GEF sind in dem Bereich Controlling des Staatsbeitrags an die Soteria keine Probleme auszumachen.

Der Leiter der Dienststelle Psychiatrie der GEF stellt fest, dass die (finanzielle) Steuerung der Soteria isoliert von der Planung und Steuerung der übrigen psychiatrischen Institutionen stattfindet. Mit der Einführung von NEF (Neue Verwaltungsführung) in der GEF sollte dieser Mangel behoben werden.

2. Schafft das heutige Finanzierungssystem geeignete Anreize im Hinblick auf die angestrebten Zielsetzungen des Staatsbeitrags?

Nein, ein eigentliches Anreizsystem ist nicht vorhanden, der Kanton deckt mit dem Staatsbeitrag das Defizit der Soteria.

3. Wie ist die organisatorische Struktur der Soteria und die Vernetzung mit anderen Institutionen (beispielsweise den UPD)?

Sowohl der Projektleiter der Soteria als auch die delegierte Oberärztin nehmen gleichzeitig auch Funktionen in den UPD wahr. Auch mit anderen Institutionen ist die Vernetzung der Soteria gewährleistet.

Eine Integration der Soteria in die UPD wurde bereits 1994 in den Verhandlungen zwischen der GEF und der IGS diskutiert. Die Vertreter der Soteria sprechen sich klar dagegen aus, da das Konzept der Soteria in der Klinik nur begrenzt umsetzbar sei und die aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie einer Zentralisierung der psychiatrischen Angebote entgegenlaufen. Erfahrungen mit der Umsetzung der Soteria-Idee in einer psychiatrischen Klinik in Deutschland zeigen, dass eine solche Umsetzung möglich ist, aber mit deutlichen Konzeptänderungen verbunden ist.

4. Ist die Kostenwahrheit in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (beispielsweise den UPD) gewährleistet?

Nein, die Kostenwahrheit ist nicht gewährleistet. Die Leistungen der delegierten Oberärztin der UPD werden der Soteria nicht verrechnet. Auch gewisse administrative Leistungen erledigen die UPD unentgeltlich.

Empfehlungen

- Um eine bessere Kostentransparenz zu schaffen, sollte die Soteria den UPD ab 1. Januar 2003 die ärztlichen Leistungen der delegierten Oberärztin vergüten (für den Kanton kostenneutral).
- Spätestens bei Inkrafttreten des Spitalversorgungsgesetzes sollte - in Abstimmung mit der Entwicklung bei den übrigen psychiatrischen Diensten und Kliniken - ein leistungsbezogenes Abgeltungssystem eingeführt werden.
- Die personelle Verflechtung der Soteria mit den UPD würde von Seiten der Soteria gerne gelockert. Die Vorteile dieser personellen Verflechtung (administrative Vereinfachungen, bessere Vernetzung der Soteria mit anderen Institutionen) wiegen aber stärker als die Nachteile (geringere Autonomie der Soteria), daher sollte an der aktuellen organisatorischen Struktur nichts geändert werden.
- Eine Integration der Soteria in die UPD ist nicht zu empfehlen, da sie nur mittels grösseren konzeptuellen Änderungen in der Soteria geleistet werden könnte. Die aktuelle organisatorische Struktur der Soteria (unabhängige Trägerschaft und zugleich enge Anbindung an die UPD) sollte beibehalten werden.

8.2 Schlussfolgerungen zur Wirkung

5. Wie erfolgt die Zuweisung? Wie ist das Aufnahmeprozedere?

Der wichtigste institutionelle Zuweiser in den letzten beiden Jahren waren die UPD mit 26% aller Zuweisungen. Auffallend hoch ist der Anteil an Selbsteinweisungen (36%). Das Aufnahmeverfahren und die Behandlungsplanung werden professionell durchgeführt.

6. Welche Leistungen wurden in den letzten Jahren erbracht? Unterscheidet die Soteria sich von anderen Institutionen, die Patienten und Patientinnen mit akuten Psychosen betreuen?

Die Soteria bietet 8 Behandlungsplätze für akut psychotische Patienten und Patientinnen an. Die Hauptleistungen der Soteria sind die Akutpsychosenbegleitung (im „weichen Zimmer“), Milieuthérapie, Bezugspersonenarbeit, somatisch-medizinische Leistungen, Angehörigenarbeit, Abklärungen und Eintritte, Nachbetreuung, Teamarbeit, Rapporte und Supervision, Dokumentation, Finanzen und Administration, Ausbildung von Praktikanten und Schülern der Pflegeberufsschule, Forschung, sowie Unterhalt von Haus, Einrichtung, technischen Geräten und Garten. Die wichtigsten Unterschiede zu anderen Institutionen, die Patienten und Patientinnen mit akuten Psychosen betreuen, sind die örtliche und konzeptuelle Unabhängigkeit von einer Klinik, das kleine, übersichtliche und ruhige therapeutische Milieu, die personelle Konstanz in der Milieuthérapie über 49 Stunden, die 1:1-Akutpsychosenbegleitung im „weichen Zimmer“, die Zusammensetzung des Betreuungsteams aus verschiedenen

(auch nicht-psychiatrischen) Berufsgruppen, die relativ zurückhaltende Medikation mit Neuroleptika, der Verzicht auf psychotherapeutische Einzelgespräche und die intensive Angehörigenarbeit.

Einzelne Konzeptpunkte wie die zurückhaltende Medikation, der Verzicht auf psychotherapeutische Einzelgespräche und die 49-Stunden-Schichten sind umstritten: So stehen beispielsweise den Vorteilen einer kontinuierlichen Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während zwei vollen Tagen die Nachteile der anschliessend langen Abwesenheit gegenüber. Zudem stellt ein solcher Arbeitsplan sehr hohe Anforderungen an die Betreuer und Betreuerinnen.

7. Unterscheidet sich die Patientengruppe der Soteria im Schweregrad der Krankheit von Patientengruppen in anderen Institutionen?

Durch die Ausschlusskriterien bei der Aufnahme (Konsum von harten Drogen, hohe Selbst- und Fremdgefährdung sowie manische Störungsbilder) kommt es gezwungenermassen zu einer Selektion der Soteriapatienten und -patientinnen. Ob diese Selektion zu einer Patientengruppe mit geringerem Betreuungsaufwand und besserer Prognose führt, ist umstritten und kann im Rahmen dieser Erfolgskontrolle nicht beantwortet werden.

8. Ist die Wirkung der Soteriabetreuung auf die Patienten und Patientinnen nachgewiesen?

Sowohl in der amerikanischen Soteria als auch in der Soteria Bern wurden Untersuchungen durchgeführt, die allesamt zum Schluss kamen, dass die Soteria eine vergleichbare Wirkung in der Behandlung von akut psychotischen Menschen erreicht wie konventionelle Kliniken (Rückfallhäufigkeit, Psychopathologie, Wohn- und Arbeitssituation). Dies wird mit einer deutlich geringeren Dosierung der Neuroleptika erreicht. Die Behandlungsdauer ist aber meist länger als in den konventionellen Kliniken. Trotz gewisser methodischer Mängel der Studien kann die Wirkung der Soteria deshalb als erwiesen betrachtet werden.

Empfehlungen

Keine.

8.3 Schlussfolgerungen zur Effizienz

9. Vergleich des Aufwands, des Ertrags und des Staatsbeitrags (pro Pflege-tag / pro Austritt) mit den Kennzahlen der Forschungsstation D1 der UPD.

Aufgrund des höheren Anteils an ausserkantonalen Patienten (mit höheren Tagestaxen) in der Soteria eignen sich der Ertrag und entsprechend der Staatsbeitrag nicht für einen objektiven Vergleich. Aussagekräftiger ist ein Vergleich des Aufwands:

Im Jahr 2000 war der Aufwand pro Pflege-tag in der Soteria mit Fr. 509.- um 10% tiefer als auf der Abteilung D1 (Fr. 568.-).

Der Indikator „Aufwand pro Austritt“ ist in der Psychiatrie umstritten, da verschiedene Faktoren die Aufenthaltszeiten in den psychiatrischen Institution beeinflussen. Der Aufwand pro Austritt war in der Soteria im Jahr 2000 um 14% höher als auf der Abteilung D1 (Fr. 39'329.- versus Fr. 34'545.-).

Für Patienten und Patientinnen aus dem Kanton Bern betragen die aktuellen Tarife Fr. 208.- in den ersten 90 Hospitalisationstagen und Fr. 160.- in den zweiten 90 Hospitalisationstagen. Für ausserkantonale Patienten werden Fr. 492.- und Fr. 410.- berechnet. Mit durchschnittlichen Kosten von Fr. 509.- pro Pflege-tag im Jahr 2000 ist dieser Tarif für ausserkantonale Patienten nicht ganz kostendeckend.

10. Besteht ein Sparpotenzial (Aufenthaltsdauer, Belegungszahlen, Personaletat)?

Ein noch nicht genau bezifferbares Sparpotenzial ist in folgenden Bereichen auszumachen:

- Die Bettenbelegung der Soteria schwankte in den Jahren 1997 bis 2000 zwischen 70% und 84%. Diese vergleichsweise tiefe Auslastung ist u.a. darauf zurückzuführen, dass eines der 8 Betten für die Akutbetreuung im „weichen Zimmer“ reserviert ist, aber nur sehr selten benutzt wird (im Jahr 2000 während 87 Tagen).
- Das „Betreuungsverhältnis“ ist mit 10,4 Stellen pro durchschnittlich 5,7 belegte Betten recht hoch. Es wird damit begründet, dass in der Soteria rund um die Uhr zwei BetreuerInnen anwesend sein müssen, insbesondere wenn eine Betreuerin durch eine Akutpsychosenbegleitung absorbiert ist. Wie oben gezeigt werden konnte, wurde im Jahr 2000 eine solche Akutpsychosenbegleitung aber nur noch selten geleistet. Da die Bettenzahl der Soteria insgesamt eher klein ist, führen die Doppelpräsenzen (insbesondere nachts) zu hohen Betreuungsverhältnissen.
- Die 49-Stunden-Schichten der MitarbeiterInnen sind auch aus Wirksamkeitsüberlegungen umstritten: Die Belastung für die MitarbeiterInnen ist hoch und die langen Abwesenheiten zwischen den 49-Stunden-Schichten beeinträchtigen die Kontinuität der Betreuung über mehrere Tage.

Empfehlungen

- Die Soteria sollte bis Ende 2002 Konzeptänderungen vornehmen, die erlauben, die aufgezeigten Sparpotentiale zu nutzen und damit den Aufwand pro Pflege-tag zu verringern. Die Ergebnisse sind im Budget 2003 umzusetzen.

8.4 Schlussfolgerungen zur Vorteilhaftigkeit

11. Kann dieser Staatsbeitrag an die Soteria insgesamt als vorteilhaft bezeichnet werden (Überwiegen des Nutzens über die Kosten)?

Ja, die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags an die Soteria ist gegeben. Die Soteria stellt für Patienten und Patientinnen, die mit möglichst wenig Medikamenten behandelt werden möchten, eine Bereiche-

rung des therapeutischen Angebotes dar. Die milieutherapeutische Begleitung der Soteria erfolgt in einem möglichst kleinräumigen und ruhigen Umfeld, wie es eine Abteilung einer konventionellen psychiatrischen Klinik nicht bieten könnte. Mit der Behandlung in der Soteria werden bei vergleichbarer Effizienz gleich gute Wirkungen erzielt wie in konventionellen Kliniken.

Nicht empirisch geprüft, aber glaubwürdig berichtet aufgrund von kasuistischen Beobachtungen, sind zudem günstige Effekte der Soteria-Behandlung in Bereichen des subjektiven Erlebens der Patienten und Patientinnen, der Zusammenarbeit mit den Angehörigen und der sozialen Stigmatisierung der Patienten und Patientinnen.

9 Literatur

- Broccard, M. (2001). Praxis der Milieuthherapie und Psychosenbegleitung. In L. Ciompi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet* (S.103-133). Bern: Hans Huber.
- Ciompi, L. (2001). Soteria Bern: Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypothesen. In L. Ciompi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet* (S.43-68). Bern: Hans Huber.
- Ciompi, L., Dauwalder, H.P., Maier, C., & Aebi, E. (1991). Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrung. *Nervenarzt*, 62, 428-435.
- Ciompi, L., Hoffmann, H., & Broccard, M. (2001). Vorwort. In L. Ciompi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet* (Seiten 9-12). Bern: Hans Huber.
- Ciompi, L., Kupper, Z., Aebi, E., Dauwalder, H.P., Hubschmid, T., Trütsch, K., & Rutishauser, C. (1993). Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Nervenarzt*, 64, 440-450.
- Hahlweg, K., & Dose, M. (1998). *Schizophrenie*. Bern: Huber.
- Hoffmann, H. (2001). Empirische Untersuchungen zur Soteria in den USA und Europa – Eine kritische Würdigung. In L. Ciompi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet* (S.69-102). Bern: Hans Huber.
- Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Jahresberichte 1996 – 2000.
- Kroll, B. (1998). *Mit Soteria auf Reformkurs*. Gütersloh: Jakob van Hoddiss.
- Kroll, B., Machleidt, W., Debus, S., & Stigler, M. (2001). In L. Ciompi, H. Hoffmann & M. Broccard (Hrsg.), *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet* (S.181-205). Bern: Hans Huber.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (1996). *Psychiatrie*. Stuttgart: Hippokrates.
- Salize, H.J., & Rössler, W. (1998). Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie. Berlin: Springer.

10 Anhang

10.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soteriapersonal – Ausbildung und Beschäftigungsgrad	14
Tabelle 2: Hauptleistungen der Soteria	16
Tabelle 3: Zuweisungen, die zu einem Eintritt in die Soteria geführt haben.....	18
Tabelle 4: Anzahl Patienten und Anzahl Pflage tage in der Soteria (1997-2000)	19
Tabelle 5: Psychopathologie, Wohnsituation und Arbeitssituation nach 2 Jahren bei Index- und Kontrollprobanden	20
Tabelle 6: Bettenbelegung der Soteria in den Jahren 1997 bis 2000	23
Tabelle 7: Anzahl Patienten und Bettenbelegung im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1) ...	24
Tabelle 8: Betriebsrechnungen der Soteria und der Abteilung D1 (Jahr 2000, in Franken).....	25
Tabelle 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Verhältnis Akut- zu Langzeitpflege im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1).....	28
Tabelle 10: Betreuungsverhältnis im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1).....	28

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell des Staatsbeitrags an die Soteria	3
Abbildung 2: Entwicklung des Staatsbeitrags an die Soteria (1997-2000, in Tausend Franken).....	7
Abbildung 3: Arbeitsdienste in der Soteria.....	14
Abbildung 4: Zuweisungen in den Jahren 1999 und 2000.....	17
Abbildung 5: Anzahl Aufenthaltstage nach Behandlungsphase im Jahr 2000	24
Abbildung 6: Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Pflage tag in Franken im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1).	26
Abbildung 7: Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Austritt in Franken im Jahr 2000 (Soteria und Forschungsstation D1).....	27

**10.3 Vertrag zwischen dem Staate Bern und dem Verein Interessengemeinschaft
Sozialpsychiatrie Bern**

**10.4 Vertrag zwischen der Soteria und der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik
Bern**

10.5 Leistungskatalog der Soteria

10.6 Stellungnahme der Soteria zur Erfolgskontrolle

**10.3 Vertrag zwischen dem Staate Bern und dem Verein Interessengemeinschaft
Sozialpsychiatrie Bern**

V E R T R A G

zwischen dem

Staate Bern

und dem

Verein Interessengemeinschaft
Sozialpsychiatrie Bern

betreffend die Uebertragung staatlicher Aufgaben gemäss Artikel 27 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 28 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 2. Dezember 1973 über Spitäler und Schulen für Spitalberufe (Spitalgesetz).

I. ALLGEMEINES

1. Der Verein Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern (fortan IGS) ist bereit, die folgende staatliche Aufgabe gemäss Spitalgesetzgebung und Spitalplanung des Kantons Bern wahrzunehmen:

Behandlung und Betreuung von jüngeren Patienten mit akuten Schizophrenien oder schizophrenie-ähnlichen Krankheiten und Wohnsitz im Kanton Bern, bzw. für die ein bernisches Gemeinwesen fürsorgepflichtig ist. Die IGS betreibt zu diesem Zweck in Bern die therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria". Diese Wohngemeinschaft ist ergänzend zu den bestehenden öffentlichen Institutionen Bestandteil der Psychiatrieversorgung des Psychiatrieregion III, umfassend zurzeit die Spitalbezirke Belp, Bern, Jegenstorf, Laupen und Schwarzenburg.

2. Die therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria" verfügt über 8 Betten für Patientinnen und Patienten.

Ohne Vertragsänderung können mit Zustimmung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion auch allfällige ambulante Behandlungs- und Betreuungsangebote betrieben werden.

3. Die IGS, bzw. die therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria" kann die Patienten in eigener Verantwortung aufnehmen. Die Aufnahme von Patienten aus dem Kanton Bern richtet sich nach den betrieblichen Möglichkeiten. Die IGS verpflichtet sich indessen, auf Wunsch der Gesundheits- und Fürsorgedirektion soweit Patienten aus dem Kanton Bern aufzunehmen, als die Gesamtbettenzahl nach Ziffer 2 dies zulässt.
4. Die IGS verpflichtet sich, für die fachgemässe Behandlung und Betreuung der Patienten zu sorgen und den Betrieb wirtschaftlich zu führen.
5. Dauernde Aenderungen im Angebot an Betten sind bewilligungspflichtig. Wesentliche Aenderungen des Vertragsgegenstandes, namentlich Veränderungen des Gesamtbettenbestandes erfordern eine Vertragsanpassung.

II. TARIFE UND STAATSBEITRAEGE

6. Die Tarife sind nach vergleichbaren Regelungen in staatlichen psychiatrischen Kliniken festzusetzen.
7. Der Staat leistet der IGS im Sinne von Artikel 51 Absatz 2 des Spitalgesetzes einen Beitrag zur Deckung der aus der Erfüllung des vorliegenden Vertrages entstehenden Kosten, soweit sie nicht von den Patienten, ihren Versicherern oder Dritten gedeckt werden. Der Staatsbeitrag errechnet sich auf der Grundlage der Jahresrechnung und der ausgewiesenen verrechenbaren Pflegeetage.
8. Für die Bemessung des Staatsbeitrages gelten die einschlägigen Bestimmungen des Spitaldekretes vom 5. Februar 1975. Nähere Abrechnungsmodalitäten werden im Einvernehmen mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion festgelegt.
9. An betriebsnotwendige Bauten und Einrichtungen, deren Eigentümer die IGS ist, leistet der Staat Beiträge nach Massgabe von Artikel 42 Absatz 2 des Spitalgesetzes. Mietkosten für betriebsnotwendige Bauten und Einrichtungen werden dagegen dem Staatsbeitrag gemäss Ziffer 7 vorstehend angerechnet.
10. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann die nötigen Unterlagen zur Festlegung des Staatsbeitrages sowie statistische Angaben i.S. von Artikel 16 des Spitalgesetzes bei der IGS verlangen.

III. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

11. Der Verein IGS räumt dem Staate Bern auf Verlangen zwei Sitze im Vorstand ein.

12. Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann jeweils auf Jahresende unter Einhaltung einer einjährigen Kündigungsfrist gekündigt werden.
13. Dieser Vertrag tritt mit dem Abschluss in Kraft. Vorbehalten bleibt die Genehmigung durch den Grossen Rat. Er gilt ab Rechnungsjahr 1990.

Bern, den 24.4 1990

Verein Interessengemeinschaft
Sozialpsychiatrie Bern

Der Präsident:

Ein Mitglied des Vorstandes:

Bern, den

Im Namen des Regierungsrates des
Kantons Bern

Der Präsident:

Der Staatsschreiber:

VORTRAG DER GESUNDHEITSDIREKTION DES KANTONS BERN

an den Regierungsrat

zuhanden des Grossen Rates

Therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria", Bern;
Uebertragung einer staatlichen Aufgabe (Vertragsabschluss und
-genehmigung); Staatsbeiträge

1. ZUSAMMENFASSUNG

Zur Behandlung und Betreuung von jüngeren Patienten mit akuten Schizophrenien oder schizophrenie-ähnlichen Krankheiten des Kantons Bern soll dem Verein "Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern" (fortan IGS) vertraglich eine staatliche Aufgabe gemäss Spitalgesetz Artikel 28 übertragen werden. Der Staat verpflichtet sich damit, für Berner Patienten anteilmässig die ungedeckten Betriebskosten zu übernehmen.

2. BESCHRIEB DES GESCHAEFTS

2.1 Trägerschaft

Der Verein IGS mit Sitz in Bern wurde 1983 gegründet. Er bezweckt sozialpsychiatrische Einrichtungen zu gründen und zu unterstützen, welche psychisch Kranken und psychisch Behinderten eine möglichst selbständige Lebensweise erhalten sollen. Er ist heute Träger verschiedener sozialpsychiatrischer Projekte, namentlich Wohngemeinschaften, im Raume Bern und Umgebung. Die therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria" wird seit dem 1.5. 1984 betrieben. Der Verein ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

Nachdem dem Verein IGS mit Regierungsratsbeschluss Nr. 4712A vom 19. Dezember 1984 für eine Versuchsperiode von 1985 - 1989 die Führung der therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria verbunden mit der Entrichtung von jährlichen Defizitbeiträgen übertragen wurde, stellt die IGS nunmehr das Gesuch um Weiterführung dieses Projektes und (definitive) Uebernahme einer Defizitgarantie.

2.2 Tätigkeit und Konzept

Die therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria" wird in Bern als Einrichtung zur Behandlung und Betreuung von jüngeren Patienten mit akut schizophrenen Störungen betrieben. Sie untersteht damit der Spitalgesetzgebung.

Die Wohngemeinschaft befindet sich im Haus der Gottfried und Julia Bangerter-Stiftung an der Bühlstrasse 9A. Der Stiftungsrat hat am 4. Juli 1988 beschlossen, dass sie dieses Haus bis 1993 der IGS weiterhin unentgeltlich zur Verfügung stellt.

Das Behandlungskonzept geht von der Erkenntnis aus, dass Schizophrenie besonders verletzbare Menschen sind, welche Belastungen aller Art ungewöhnlich schlecht ertragen. Als therapeutische Konsequenz wird ein möglichst reizgeschütztes, ruhiges und familienähnliches Behandlungsmilieu geboten, welches erlaubt, auf die umstrittene medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika weitgehend zu verzichten. Nach einem (weiterentwickelten) amerikanischen Muster werden die Patienten anstatt in einer grossen Klinik in einer kleinen Wohngemeinschaft und mit entsprechend geschultem Personal behandelt und betreut.

Akute Schizophrenien sind meist hochgradig angstvolle, erregte und verwirrte, manchmal lebensgefährliche Zustände, die anfänglich eine, einem Herzinfarkt oder einer andern schweren akuten körperlichen Erkrankung vergleichbare, Intensivbetreuung erfordern. Während der akutesten Phase ist eine 1:1-Betreuung in einem reizabgeschirmten, sog. "weichen" Zimmer erforderlich. Unnötige Belastungen, namentlich häufige Wechsel von Personal und Mitpatienten werden sorgfältig vermieden. Grosses Gewicht wird auch auf den Einbezug von Angehörigen und nahen Bezugspersonen sowie eine längerfristige soziale und berufliche Wiedereingliederung gelegt.

Im Interesse einer möglichst wirksamen Betreuung und raschen Wiedereingliederung werden vorrangig Patienten mit erstmaligen Störungen aufgenommen. Zuweisende Stellen sind die Notfallabteilungen der Psychiatrischen Universitätspoliklinik und der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau, die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik und private Psychiater.

2.3 Erfahrungen und Bedarf

Seit Eröffnung der "Soteria" 1984 konnten über 50 hauptsächlich aus Bern und Umgebung stammende Patienten auf diese Weise behandelt werden. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug (inkl. einer gleitenden Wiedereingliederung) 4 - 6 Monate, die ambulante Nachbetreuung (meist in Zusammenarbeit mit externen Betreuern) mindestens 2 Jahre. Durchschnittlich waren 5 - 6 der insgesamt 8 verfügbaren Betten (darunter eine Reserve für akute Rückfälle) besetzt.

Die im Aufgabenübertragungsvertrag von 1984 von der IGS verlangte Auswertung der Erfahrungen mit der Wohngemeinschaft "Soteria" durch die Abteilung Lehre und Forschung der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik (SPK) hat die nachfolgenden Behandlungsergebnisse ergeben. Berücksichtigt sind dabei die Psychopathologie beim Austritt und die Qualität der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung:

Behandlungsergebnisse

	<u>Patienten</u>
- gut	15 (37%)
- eher gut	12 (29%)
- eher schlecht	3 (7%)
- schlecht	<u>11 (27%)</u>
Total auswertbar bis Sept. 1988	41

Ernste Zwischenfälle sind bisher trotz der oft sehr schwierigen Patienten und der offen geführten Wohngemeinschaft weder mit der Nachbarschaft noch sonstwie eingetreten. Nur für eine kleine Minderheit der aufgenommenen Patienten erwies sich das Behandlungskonzept als nicht geeignet. Das Projekt wird im In- und Ausland viel beachtet und hat Nachahmer gefunden. Auch traditionelle Kliniken haben Elemente des Behandlungskonzeptes übernommen (Verkleinerung des Behandlungsmilieus, Reizabschirmung, weniger Wechsel von Personal und Mitpatienten).

Inbezug auf den Bedarf ist festzustellen, dass freiwerdende Plätze meist sofort wieder besetzt werden können. Fluktuationen in der Belegung sind hauptsächlich von der wechselnden Nachfrage abhängig. Daneben muss eine sorgfältige Patientenauswahl getroffen werden: Wegen der nötigen intensiven, personalaufwendigen Pflege können höchstens 1 - 2 Patienten im akuten Stadium gleichzeitig betreut werden. Nebst diesen Patienten, soll eine möglichst entspannte, familiäre Atmosphäre herrschen.

Die gemachten Erfahrungen rechtfertigen eine Fortführung des Projektes und auch die weitere Unterstützung durch die öffentliche Hand.

2.4 Uebertragung einer staatlichen Aufgabe

Gestützt auf das Spitalgesetz vom 2. Dezember 1973, Artikel 27 Absatz 1 und Artikel 28, ist die vertragliche Uebertragung einer staatlichen Aufgabe Voraussetzung für Bau- und Betriebsbeiträge an private Trägerschaften.

Wie bei praktisch allen psychiatrischen Institutionen, sind die Leistungen der Patientenversicherungen (Krankenkassen) für Patienten, die bloss für den Aufenthalt in allgemeinen Abteilungen versichert sind, auch bei der therapeutischen Wohngemeinschaft "Soteria" nicht kostendeckend. Soll deren Angebot nicht ausschliesslich Begüterten vorbehalten bleiben, ist eine Defizitbeteiligung durch die öffentliche Hand notwendig.

Die kantonale Gesundheitsdirektion hat deshalb mit dem Verein IGS einen Vertrag ausgearbeitet, welcher nun durch den Regierungsrat abzuschliessen ist (vgl. Beilage). Dieser Vertrag löst den für die Versuchsperiode abgeschlossenen Vertrag vom 19.12.1984 ab.

Gemäss Artikel 28 des Spitalgesetzes vom 2. Dezember 1973 fällt der Abschluss von Aufgabenübertragungsverträgen primär in die Zuständigkeit des Regierungsrates unter Beachtung der Verfassungsvorschriften über die Aufgabenbefugnisse des Grossen Rates und über das Finanzreferendum. Da sich die Finanzkompetenz bei wiederkehrenden Ausgaben nach den in einem Jahr anfallenden Kosten richtet (Finanzhaushaltverordnung vom 26. Oktober 1988 Artikel 43 Absatz 4), muss im vorliegenden Falle der abzuschliessende Vertrag vom Grossen Rat genehmigt werden. Für die Bemessung der jährlichen Betriebsbeiträge ist nach Artikel 54 Absatz 1 des Spitalgesetzes die Gesundheitsdirektion zuständig (Kompetenzdelegation durch Gesetzesänderung vom 10. November 1988).

3. FINANZIELLE UND PERSONELLE KONSEQUENZEN

3.1 Betriebskosten

		Rechnung 1988	Budget 1989	Budget 1990
Pflegetage		2'040	2'153	2'050
Durchschn. Belegung		5.6	5.9	5.6
Durchschn. Aufwand/Tag Fr.		333.-	348.-	414.-
Personalaufwand 1)	Fr.	538'000.-	593'000.-	667'000.-
Uebrigter Aufwand	Fr.	<u>141'000.-</u>	<u>157'000.-</u>	<u>158'000.-</u>
Gesamtaufwand	Fr.	<u>679'000.-</u>	<u>750'000.-</u>	<u>825'000.-</u>
Ertrag Taggelder	Fr.	253'000.-	243'000.-	273'000.-
Uebrigter Ertrag	Fr.	<u>172'000.-</u>	<u>117'000.-</u>	<u>119'000.-</u>
Gesamtertrag	Fr.	<u>425'000.-</u>	<u>360'000.-</u>	<u>392'000.-</u>
Aufwandüberschuss	Fr.	254'000.-	390'000.-	433'000.-
BSV-Beitrag 2)	Fr.	<u>200'000.-</u>	<u>100'000.-</u>	<u>100'000.-</u>
Restdefizit	Fr.	<u>54'000.-</u>	<u>290'000.-</u>	<u>333'000.-</u>
Beiträge Staat 3)	Fr.	0.-	90'000.-	333'000.-

1) ohne Stellen für Zeitkompensation

2) Bisher leistete das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) eine Subvention an das Projekt. Diese könnte aber teilweise reduziert oder gar aufgehoben werden, da das BSV gem. Bundesgesetz über die IV, Artikel 73 (Ausschnitt: ...Ausgeschlossen sind Anstalten und Werkstätten, die der stationären Durchführung von medizinischen Massnahmen dienen) alle Subventionen überprüfen und neu einstufen will.

3) Beiträge Staat 1985 Fr. 81'000.-
1986 Fr. 82'000.-
1987 Fr. 16'000.-

Die Staatsbeiträge an die IGS für den Betrieb der "Soteria" waren während der Versuchsphase (1985-1989) auf jährlich Fr. 90'000.- beschränkt. Die Mittel zur Deckung der verbleibenden Defizite konnten jeweils von der Trägerschaft selber beigebracht werden. Inskünftig ist dies nicht mehr möglich. Die Defizite müssen nunmehr vollumfänglich durch Staatsbeiträge gedeckt werden. Das Defizitwachstum zwischen 1989 und 1990 ist in erster Linie bedingt durch den wahrscheinlichen Wegfall eines Teils der BSV-Subventionen (s.o.) und eine ab 1989 nötig gewordene Stellenerhöhung von 8 auf 9.

Die Taggelder belaufen sich ab 1.1.1990 auf Fr. 154.- (Krankenkassen-Patienten), Fr. 175.- (Selbstzahler) und Fr. 380.- (Ausserkantonale).

Aussagekräftige Kostenvergleiche mit anderen psychiatrischen Institutionen sind angesichts der Besonderheit der "Soteria" nicht möglich.

3.2 Staatsbeiträge

Wie beispielsweise bei der Privaten Nervenklinik Meiringen, sollen die Betriebsbeiträge des Kantons Bern ausschliesslich auf den ungedeckten Kostenanteil für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern beschränkt bleiben. Allerdings ist - angesichts der grossen Nachfrage nach Therapieangeboten einerseits, den hohen Kostenbeiträgen für Ausserkantonale andererseits - damit zu rechnen, dass im Falle einer Aufgabenübertragung die meisten Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern stammen werden.

Aufgrund des eingereichten Budgets würde deshalb der Staatsbeitrag pro 1990 voraussichtlich praktisch das gesamte Betriebsdefizit von rund Fr. 346'000.- (unter Berücksichtigung des noch offenen, oben erwähnten BSV-Beitrages, ohne zusätzliche Stellen für Zeitgutschrift) abdecken.

3.3 Stellenplan

Total werden 9 Stellen benötigt (ohne Stellen für Zeitkompensation). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über verschiedene Ausbildungen, mehrheitlich Psychiatrieschwestern und -pfleger.

4. RECHTSGRUNDLAGEN

Spitalgesetz vom 2. Dezember 1973, Artikel 27, Artikel 28, Artikel 32, Artikel 37, Artikel 51, Artikel 54.

5. STELLUNGNAHMEN

Die Spital- und Heimkommission hat an ihrer Sitzung vom 25.4.1990 dem Geschäft zugestimmt.

6. ANTRAG

Wir ersuchen Sie, dem beiliegenden Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Bern, den **30. April 1990**

DER GESUNDHEITSDIREKTOR:

Dr. Kurt Meyer

Geht zum Mitbericht an die Finanzdirektion

Beilagen:

- Beschlussesentwurf Vertragsabschluss
- Vertrag Staat/Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern
- Beschlussesentwurf Vertragsgenehmigung

Beschlussesentwurf

Therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria", Bern;
Uebertragung einer staatlichen Aufgabe (Vertragsgenehmigung);

Der zwischen dem Staate Bern und dem Verein Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern abgeschlossene Vertrag vom 24.4.1990 bzw. vom betreffend Uebertragung einer staatlichen Aufgabe wird, gestützt auf Artikel 28 Absatz 3 des Spitalgesetzes vom 2. Dezember 1973 in Verbindung mit Artikel 43 Absatz 4 der Finanzhaushaltverordnung vom 26. Oktober 1988, genehmigt.

An den Grossen Rat

Bern, den 30. April 1990

DER GESUNDHEITS- UND
FUERSORGEDIREKTOR:

Dr. Kurt Meyer,

Beschlussesentwurf

Therapeutische Wohngemeinschaft "Soteria", Bern;
Uebertragung einer staatlichen Aufgabe (Vertragsgenehmigung);

Der zwischen dem Staate Bern und dem Verein Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern abgeschlossene Vertrag vom 24.4.1990 bzw. vom betreffend Uebertragung einer staatlichen Aufgabe wird, gestützt auf Artikel 28 Absatz 3 des Spitalgesetzes vom 2. Dezember 1973 in Verbindung mit Artikel 43 Absatz 4 der Finanzhaushaltsverordnung vom 26. Oktober 1988, genehmigt.

An den Grossen Rat

Bern, den 30. April 1990

DER GESUNDHEITS- UND
FUERSORGEDIREKTOR:

Dr. Kurt Meyer

Ev 26.4.90

3.2 Staatsbeiträge

Wie beispielsweise bei der Privaten Nervenklinik Meiringen, sollen die Betriebsbeiträge des Kantons Bern ausschliesslich auf den ungedeckten Kostenanteil für Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern beschränkt bleiben. Allerdings ist - angesichts der grossen Nachfrage nach Therapieangeboten einerseits, den hohen Kostenbeiträgen für Ausserkantonale andererseits - damit zu rechnen, dass im Falle einer Aufgabenübertragung die meisten Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Bern stammen werden.

Aufgrund des eingereichten Budgets würde deshalb der Staatsbeitrag pro 1990 voraussichtlich praktisch das gesamte Betriebsdefizit von rund Fr. 346'000.- (unter Berücksichtigung des noch offenen, oben erwähnten BSV-Beitrages, ohne zusätzliche Stellen für Zeitgutschrift) abdecken.

3.3 Stellenplan

Total werden 9 Stellen benötigt (ohne Stellen für Zeitkompensation). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über verschiedene Ausbildungen, mehrheitlich Psychiatrieschwestern und -pfleger.

4. RECHTSGRUNDLAGEN

Spitalgesetz vom 2. Dezember 1973, Artikel 27, Artikel 28, Artikel 32, Artikel 37, Artikel 51, Artikel 54.

5. STELLUNGNAHMEN

Die Spital- und Heimkommission hat an ihrer Sitzung vom 25.4.1990 dem Geschäft zugestimmt.

6. ANTRAG

Wir ersuchen Sie, dem beiliegenden Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Bern, den **30. April 1990**

DER GESUNDHEITSDIREKTOR:
L. 11.4.90

Dr. Kurt Meyer

Geht zum Mitbericht an die Finanzdirektion

E. 26.4.90

Beilagen:

- Beschlussesentwurf Vertragsabschluss
- Vertrag Staat/Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern
- Beschlussesentwurf Vertragsgenehmigung

**10.4 Vertrag zwischen der Soteria und der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik
Bern**



Vertrag

Zwischen der Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern (IGS)
Murtenstrasse 21
3010 Bern

und der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern (SPK)
Laupenstr. 49
3010 Bern

betreffend der Regelung der medizinischen-konzeptuellen Leitung der
"Therapeutischen Wohngemeinschaft SOTERIA" in Bern.

1. Die therapeutische "Wohngemeinschaft SOTERIA" ist eine von der IGS getragene Spezialeinrichtung zur Behandlung und Wiedereingliederung von jungen Menschen, die an psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Die medizinisch-psychiatrische Betreuung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern (SPK). Das Behandlungskonzept wird durch einen/eine ProjektleiterIn im Einvernehmen mit dem Vorstand der IGS und der medizinischen Direktion der SPK festgelegt. Der/die ProjektleiterIn wird gemeinsam vom Vorstand der IGS und der medizinischen Direktion der SPK bestimmt.
2. Arbeitsbereich und Zusammenarbeit
 - 2.1 Die medizinisch-psychiatrische Betreuung der therapeutischen "Wohngemeinschaft SOTERIA" erfolgt teilzeitig (durchschnittlich 30%) durch einen Oberarzt/eine Oberärztin der SPK unter der Oberaufsicht des/r Projektleiters/in. Der/Die delegierte Oberarzt/ärztin wird gemeinsam von der Direktion SPK und dem/r Projektleiter/in bestimmt.
 - 2.2 Die Aufgaben des/r Projektleiters/in und des/r von der SPK delegierten Oberarztes/aerztin werden durch je ein Pflichtenheft geregelt. Das Pflichtenheft der/s Projektleiters/in ist ein integrierter Bestandteil dieses Vertrages.
 - 2.3 Die medizinisch-konzeptuelle Leitung ist dem Vorstand der IGS administrativ unterstellt und diesem rechenschaftspflichtig.
3. Administrative Bestimmungen
 - 3.1. Die medizinisch-konzeptuelle Leitung ist verpflichtet, sich an den finanziellen Rahmen der "Therapeutischen Wohngemeinschaft SOTERIA" zu halten.
 - 3.2. Die aus der medizinisch-konzeptuellen Leitung resultierenden Dienstleistungen der SPK gegenüber der IGS werden nicht verrechnet.



4. Dieser Vertrag tritt mit der Genehmigung durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion in Kraft und dauert bis zum Jahresende des darauf folgenden Jahres. Danach beträgt die ordentliche Kündigungsfrist zwölf Monate.

Bern, den 4. Juli 1994

Die Vertragsparteien:

INTERESSENGEMEINSCHAFT SOZIALPSYCHIATRIE BERN (IGS)

Dr.med.H.Hoffmann
Präsident

Chr. Thoma
Geschäftsführer

SOZIALPSYCHIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK BERN (SPK)

Prof.Dr.med.L.Ciompi
Direktor

Beilage: Pflichtenheft ProjektleiterIn

Genehmigt durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern:

Bern, den 4. Oktober 1994/Rt

DER ~~GESUNDEITS-~~ UND FÜRSORGEDIREKTOR:

Hermann Fehr, Regierungsrat



Murtenstr. 21
3010 Bern
Tel: 632 88 99

Beilage Vertrag IGS/SPK: "Therapeutische Wohngemeinschaft
Soteria Bern"

Pflichtenheft

ProjektleiterIn
"Therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria Bern"

-
1. Der/m ProjektleiterIn obliegt die medizinisch-konzeptuelle Leitung der "Therapeutischen Wohngemeinschaft SOTERIA". Er/Sie führt die fachlich-psychiatrische Oberaufsicht über die Tätigkeit der/s von der SPK delegierten Oberarztes/ärztin und des Betreuungsteams.
 2. Er/Sie organisiert und koordiniert die fachliche Zusammenarbeit zwischen der Projektleitung, der/m delegierten Oberarzt/ärztin und dem Betreuungsteam der "Therapeutischen Wohngemeinschaft SOTERIA".
 3. Er/Sie nimmt periodisch an den wöchentlichen Koordinations-sitzungen des Betreuungsteams teil und unterhält die Verbindung zwischen dem Betreuungsteam, der Direktion der SPK und der IGS auf übergeordneter Ebene.
 4. Er/Sie ist ermächtigt und zeichnet in eigener Verantwortung in fachlich-konzeptuellen Belangen. Bei Öffentlichkeitsarbeit und Spendenaufrufen hat sie/er sich an das diesbezügliche IGS-Reglement zu halten.

3010 Bern, 4. Juli 1994/th



Murtenstr. 21

3010 Bern

Tel: 632 88 99

Beilage Vertrag IGS/SPK: "Therapeutische Wohngemeinschaft
Soteria Bern"

Pflichtenheft

delegierte/r Oberarzt/aerztin der SPK

1. Der/Die Oberarzt/ärztin trägt die direkte medizinische Verantwortung für die Betreuung der Bewohner/innen der "Therapeutischen Wohngemeinschaft SOTERIA" unter der Oberaufsicht des/der Projektleiters/in und im Rahmen des vorgegebenen medizinisch-therapeutischen Konzeptes.
2. Der/Die Oberarzt/ärztin ist zuständig für Eintritte und Austritte der Bewohner/innen.
3. Der/Die Oberarzt/ärztin ist zuständig für die medizinisch-psychiatrische Abklärung, Betreuung und Behandlung der Bewohner/innen.
4. Der/Die Oberarzt/ärztin nimmt regelmässig an den wöchentlichen Koordinationssitzungen des Betreuungsteams teil und arbeitet bei der Gestaltung der individuellen globalen Behandlungsprogramme mit. Er/Sie ist dabei zuständig für alle medizinisch-psychiatrischen Belange.
5. Bei Bedarf nimmt er/sie an den periodischen Teamsupervisionen teil.
6. Er/Sie ist zusammen mit dem/der Wohngemeinschaftsleiter/in zuständig für die Formulierung von Vorschlägen betreffend Anstellung und Entlassung von Betreuer/innen zuhanden des Vorstandes der IGS. Die Entscheidung hierüber obliegt dem Vorstand der IGS.

3010 Bern, 4. Juli 1994/th

10.5 Leistungskatalog der Soteria

Leistungen der Soteria Bern

In der offenen Therapeutischen Wohngemeinschaft *Soteria Bern* mit Platz für maximal acht BewohnerInnen im Alter zwischen 16 und 40 Jahren werden Menschen aufgenommen, die sich in einer akuten psychotischen Krise befinden. Dabei kann es sich um eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder um psychotische Erlebnisse im Rahmen einer Adoleszenten- oder anderen Entwicklungskrise handeln. Den Schwierigkeiten und Ängsten, die ein Mensch während einer psychischen Krise erlebt, wird durch eine speziell gestaltete psycho- und milieutherapeutische Behandlung in beruhigender und mitmenschlich tragender Atmosphäre Rechnung getragen.

In der *Soteria Bern* sind rund um die Uhr zwei BetreuerInnen im Haus. Neben ihrem Fachwissen bieten sie eine auf Verständnis, Achtung und Individualität beruhende milieutherapeutische Begleitung an. Die MitbewohnerInnen, die BetreuerInnen und die alltäglichen Tätigkeiten im Haushalt stellen das unmittelbare therapeutische Milieu dar. Die Anforderungen des Alltags und der Gruppe stärken den Bezug zur Realität und sind gleichzeitig Übungsfeld, um neue Erfahrungen auszuprobieren und sich den belastenden Herausforderungen in der Zeit nach der akuten Krise zu stellen. Im klar strukturierten, aber nicht überladenen Tagesablauf bleibt viel Raum für Auseinandersetzungen und Gespräche. Vor dem Austritt aus der Wohngemeinschaft werden die Betroffenen bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung unterstützt.

Die ärztliche Betreuung wird durch die UPD Bern Direktion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie gewährleistet. Die Medikamente werden individuell abgestimmt und niedrig dosiert.

Milieutherapie und andere Therapien

- Schaffen und Gewährleisten einer entspannten, stützenden und natürlichen Atmosphäre
- Verantwortung für die Grundhaltung, die auf Respekt, Verstehen, Wertschätzung und Echtheit beruht.
- Gewährleisten der Sicherheit der BewohnerInnen
- Anbieten von menschlich tragenden und kontinuierlichen Beziehungen zu den BewohnerInnen
- Führen von therapeutischen Gesprächen (informell und terminiert)
- Erkennen der Befindlichkeit der einzelnen BewohnerInnen und adäquates Reagieren darauf (inkl. Erkennen von Gewaltbereitschaft gegen sich selbst und andere)
- Betreuung und Begleitung im Wohngemeinschaftsalltag
- Strukturieren des Tagesablaufs in der Wohngemeinschaft, Organisieren und Koordinieren der Aktivitäten und des Alltags der einzelnen BewohnerInnen und der Gruppe der BewohnerInnen (Tages-, Wochen- und Monatsplan)
- Anleiten in alltäglichen Tätigkeiten wie Kochen, Putzen, Gartenarbeit usw.
- Durchführen von Gruppenaktivitäten
- Durchführen von Maltherapie und Anleiten zu Kreativem Gestalten
- Durchführen einfacher Arbeitstrainings (u.a. durch einfache Auftragsarbeiten)
- Angebot externer Beschäftigungsmöglichkeit (ein Platz, vier bis sechs Stunden pro Woche)
- Aktivieren der BewohnerInnen (Sport, Freizeitgestaltung, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen usw.)
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Akutpsychosenbegleitung

- 1:1-Betreuung von hoch akut psychotischen BewohnerInnen (bei Bedarf 24 Stunden pro Tag)

Bezugspersonenarbeit

- Anbieten einer vertieften und stützenden Beziehung
- Erarbeiten von Zielen für die Zeit während und nach dem Aufenthalt, Unterstützung beim Erreichen der Ziele
- Regelmässige umfassende Abklärung der Befindlichkeit der BewohnerInnen
- Durchführen von Standortgesprächen nach Bedarf, immer nach 3-monatigem Aufenthalt oder bei sich ändernden Therapiezielen
- Durchführen der Rückfallprophylaxe
- Unterstützung bei der Regelung von Finanzfragen, bei Sozialdienstkontakten und IV-Abklärungen
- Abklärungen und Gespräche mit weiterbehandelnden Einrichtungen und Personen

Somatisch-medizinische Leistungen

- Abgabe, Bestellung und Verwaltung der Medikamente und des Pflegematerials
- Durchführung von Blutentnahmen und Urinproben
- Pflege bei einfachen somatischen Krankheiten und Verletzungen
- Durchführen von Massagen, Anleitung zu Entspannungsübungen
- Sicherstellen einer gesunden Ernährung und angemessenen Hygiene der BewohnerInnen

Angehörigenarbeit

- Aufnahme und kontinuierliche Pflege des Kontakts zu den Angehörigen und nahen Bezugspersonen der BewohnerInnen
- Durchführung von Familiengesprächen
- Durchführung des monatlichen Angehörigenabends

Abklärungen und Eintritte

- Abklärungen über Indikation bei telefonischen Anfragen
- Teilnahme an Abklärungsgesprächen (insbesondere auch bei Notfalleintritten)
- Koordination des Ablaufs bei Notfalleintritten

Nachbetreuung

- Durchführen von Nachbetreuungsgeprächen
- Abklärungen und stützende Interventionen nach dem Austritt
- Beratung und Krisenintervention bei ehemaligen BewohnerInnen

Teamarbeit, Rapporte und Supervision

- Teilnahme am täglichen Übergaberapport und an der wöchentlichen Gesamtteamsitzung
- Leitung (im Turnus) der Gesamtteamsitzung
- Teilnahme an Fallsupervision (Besprechung einzelner BewohnerInnen), an Supervision der Angehörigenarbeit und an Gesamtteamsupervision (Besprechung der Dynamik der Zusammenarbeit, bei Bedarf)
- Teilnahme an Teammorgen, Retraiten und anderen Anlässen
- Teilnahme an internen und externen Weiterbildungen
- Übernehmen von Ressortverantwortung
- Einführung neuer MitarbeiterInnen und SchülerInnen/PraktikantInnen

Dokumentation

- Dokumentation des Verlaufs der Behandlung (inkl. Familiengespräche) für die Krankengeschichte
- Verfassen von Übertrittsberichten an nachbetreuende Einrichtungen
- Führen und Redigieren des Protokolls von Sitzungen und Retraiten
- Ausarbeiten interner Merkblätter und Grundsatzpapiere

Finanzen und Administration

- Verwalten der Haushaltskasse
- Verwalten des Taschengeldes der BewohnerInnen
- Erledigen der Eintritts- und Austrittsformalitäten
- Kontakte zu den UPD Bern und anderen Institutionen
- Erledigen allgemeiner Büroarbeiten

Ausbildung von PraktikantInnen und SchülerInnen der Pflegeberufsschule

- Anleitung und Begleitung der PflegeschülerInnen während des Praktikums
- Durchführen der Zwischen- und Abschlussqualifikation der SchülerInnen
- Durchführen und Abnehmen von Examen von SchülerInnen
- Dokumentation der Praktikumsbegleitung
- Sicherstellen des Kontaktes zur Schule, Teilnahme an Anlässen der Schule
- Durchführen von Informationsveranstaltungen über die *Soteria Bern*

Forschung

- Tägliches Erfassen der Befindlichkeit der BewohnerInnen (Rating in zehn psychopathologischen Bereichen)
- Teilnahme an Schulung und Weiterbildung im Rating
- Teilnahme an Forschungsinterviews mit BewohnerInnen

Unterhalt von Haus, Einrichtung, technischen Geräten und Garten

- Unterhalt und Pflege der Räumlichkeiten und Einrichtung
- Gestalten der Räumlichkeiten (inkl. Anschaffungen)
- Fachgerechte Durchführung einfacher Renovationsarbeiten
- Unterhalt und Pflege des Gartens
- Wartung und Pflege der technischen Geräte

Leistungen des Leiters / der Leiterin

zusätzlich zu den Leistungen der BetreuerInnen:

Milieutherapie und Akutpsychosenbegleitung

- Leitung und Koordination der den BetreuerInnen übertragenen Aufgaben
- Verantwortung und Entscheidungskompetenz in fachlicher Hinsicht für die Behandlung der BewohnerInnen unter Anerkennung der medizinisch-psychiatrischen Verantwortung des/der Oberarztes/-ärztin.
- Verantwortung für die Umsetzung der im Konzept beschriebenen Behandlungsgrundsätze und Sicherstellung der Qualität
- Mitverantwortung für die Konzeptentwicklung

Angehörigenarbeit

- Leitung des monatlichen Angehörigenabends

Abklärungen und Eintritte

- Durchführen von Indikationsgesprächen
- Abklärungen im Zusammenhang mit Eintritten bei Krankenkassen, kantonalen Stellen und ZuweiserInnen
- Einholen von Kostengutsprachen bei den Krankenkassen

Teamarbeit, Rapporte und Supervision

- Anstellung neuer MitarbeiterInnen (gemeinsam mit dem Leitenden Arzt / der Leitenden Ärztin)
- Anstellung von Aushilfen und PraktikantInnen
- Einführung neuer MitarbeiterInnen und SchülerInnen/PraktikantInnen
- Unterstützung und Beratung der BetreuerInnen, Förderung und individuelle Supervision
- Koordination der individuellen und der Teamweiterbildung
- Führen der MitarbeiterInnengespräche
- Entscheid über den individuellen Gehaltsanstieg

Dokumentation

- Verantwortung für die Ausarbeitung interner Merkblätter und Grundsatzpapiere
- Erstellen und Bearbeiten von Statistiken und Tabellen über BewohnerInnen, Belegung, Einnahmen usw.

Finanzen und Administration

- Verantwortung und Entscheidungskompetenz in administrativer Hinsicht für die Behandlung der BewohnerInnen
- Sicherstellen der administrativen Abläufe innerhalb der *Soteria Bern* und in Verbindung zur Geschäftsstelle des Trägervereins
- Mitverantwortung für die Erstellung des Budgets
- Verantwortung für die Einhaltung der Budgetvorgaben

Schule für Pflegeberufe

- Sicherstellen des Kontaktes zur Schule, Teilnahme an Anlässen der Schule
- Durchführen von Informationsveranstaltungen über die *Soteria Bern*

Forschung

- Sicherstellen der Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung der UPD
- Mitarbeit im aktuellen Forschungsprojekt
- Durchführung von Forschungsinterviews

Mitarbeit im Trägerverein IGS und Vertretung gegen aussen

- Mitarbeit in den Gremien der IGS (LeiterInnenkonferenz, Vorstand), Verantwortung für die Umsetzung der Beschlüsse und Vertretung der Interessen der MitarbeiterInnen
- Vertretung gegenüber Behörden, den UPD und anderen Stellen, Teilnahme an relevanten Veranstaltungen und Einsitz in Fachgremien (u.a. Stiftungsversammlung *Pro Mente Sana*)

Leistungen des Arztes / der Ärztin

Milieu-therapie und Akutpsychosenbegleitung

- Beratung der BetreuerInnen

Somatisch-medizinische Leistungen

- Indikationsstellung für Medikationen
- Körperliche Untersuchungen
- Indikationsstellung und Abklärungen für Zusatzuntersuchungen wie MRI, CT, EKG, Labor, Ausfüllen der entsprechenden Formulare und Verfassen von Überweisungsschreiben für konsiliarische Untersuchungen durch Ärzte/Ärztinnen anderer Fachrichtungen
- Interpretation von Laborresultaten

Angehörigenarbeit

- Teilnahme an Familiengesprächen
- Durchführung von Familientherapiegesprächen
- Beratung von Angehörigen

Abklärungen und Eintritte

- Indikationsgespräche
- Abklärungen im Zusammenhang mit Eintritten bei Krankenkassen, kantonalen Stellen und ZuweiserInnen
- Eintrittsgespräche und Erheben des Psychostatus

Leistungen während des Aufenthalts

- Erheben der Anamnese (bei BewohnerInnen und Angehörigen)
- Begleitende Gespräche während der Hospitalisation
- Teilnahme an Standortgesprächen nach 3-monatigem Aufenthalt oder bei sich ändernden Therapiezielen
- Studium der Einweisungsschreiben und früherer Akten
- Einholen von Akten aus anderen Kliniken
- Abklärungen mit zuweisenden Stellen
- Abklärungen mit Behörden, Arbeitgebern usw.
- Ausfüllen von Krankenkassenformularen

Austritt und Nachbetreuung

- Austrittsgespräche
- Abklärungen mit weiterbehandelnden Stellen und Ärzten/Ärztinnen
- Nachbetreuungsgespräche
- Ausstellen von Rezepten

Teamarbeit, Rapporte und Supervision

- Teilnahme am Übergaberapport zur Klärung von Behandlungsfragen und zur Mitteilung von Beobachtungen
- Teilnahme an der wöchentlichen Gesamtteamsitzung mit Diskussion des weiteren Behandlungsprozedere
- Teilnahme an der Fallsupervision und an der Gesamtteamsupervision (bei Bedarf)
- Vorstellen von PatientInnen und Diskussion des Prozedere mit Oberarzt/-ärztin bzw. Leitendem Arzt / Leitender Ärztin
- Vorstellen von PatientInnen im Rahmen der Ausbildung (Fallvorstellungen)

Dokumentation und Berichte

- Verfassen von Anamnese und Psychostatus für die Krankengeschichte
- Führen der Krankengeschichte, Schreiben des Verlaufs, Einordnen von Unterlagen und Befunden
- Verfassen von Austrittsberichten an einweisende und weiterbehandelnde Ärzte und Ärztinnen
- Verfassen von Berichten an Behörden (Militär, Statthalter usw.)
- Verfassen von Berichten an Krankenkassen für Kostengutsprachen
- Verfassen von Berichten an die IV für Renten oder Wiedereingliederungsmassnahmen
- Verfassen von Überweisungsschreiben an andere Institutionen oder Kliniken
- Erstellen von Arztzeugnissen für Arbeitgeber usw.

Leistungen der Geschäftsstelle des Trägervereins IGS Bern

Personalsachbearbeitung

- Verwalten der Personaldossiers
- Erstellen von Arbeitsverträgen
- Administrative Bearbeitung von Urlaubs- und Weiterbildungsgesuchen
- Abschliessen von Versicherungen im Personalbereich (Korrespondenz, Abrechnungen)
- Bearbeiten von Stelleninseraten, administrative Unterstützung während des Bewerbungsverfahrens
- Erbringen von Dienstleistungen für die MitarbeiterInnen (TST, Mobility)

Lohnwesen

- Erstellen der Lohnabrechnungen (monatlich)
- Auszahlung von Wochenend- und Nachtzulagen (vierteljährlich)
- Erstellen von Lohnausweisen (jährlich)
- Administrative Vorbereitung und Bearbeitung der Gehaltsaufstiege (jährlich)

Buchhaltung

- Führung des Finanz- und Rechnungswesens, kontieren, buchen usw.
- Kontrolle und Verbuchen der Haushaltskasse *Soteria Bern* (wöchentlich)
- Kontrolle und termingerechte Zahlung der Rechnungen (laufend)
- Verwalten der Soteria-Fonds
- Vorbereiten und Erstellen des Budgets (in Zusammenarbeit mit LeiterIn)
- Sicherung der Liquidität
- Kontrolle betreffend Budgetüberschreitungen (in Zusammenarbeit mit LeiterIn)
- Abschluss der FIBU gemäss Anforderungen der GEF inkl. Statistiken
- Anteilsmässige Weiterverrechnung der Geschäftsstellenkosten an die *Soteria Bern*

Liegenschaftsverwaltung

- Verantwortung für den Unterhalt der Liegenschaft Bühlstrasse 19 A

Statistiken und Diverses

- Erstellen der Pflagetagestatistik nach Art und Dauer des Aufenthaltes in der *Soteria Bern*
- Kontrolle der extern erstellten Rechnungen pro BewohnerIn, Abklärung von Differenzen
- Administrative Unterstützung der *Soteria Bern*
- Kontakte zu Behörden

Leistungen des Leitenden Arztes / der Leitenden Ärztin

Therapie und Konzept

- Medizinisch-psychiatrische Oberverantwortung für die Behandlung der BewohnerInnen
- Konzeptuelle Oberverantwortung

Zusammenarbeit, Rapporte und Supervision

- Periodische Teilnahme an der wöchentlichen Gesamteamsitzung
- Teilnahme an der Gesamteamsupervision (bei Bedarf)
- Durchführung von Supervision und Beratungen für BetreuerInnen und Ärzte/Ärztinnen
- Teilnahme an periodischen Retraiten
- Anstellung neuer MitarbeiterInnen (gemeinsam mit dem/der LeiterIn)

Weiterbildung

- Mitverantwortung für Weiterbildung (intern und extern)

Dazu kommen die Leistungen der LeiterInnenkonferenz des Trägervereins *IGS Bern* und des Vorstandes der *IGS Bern*.

Die **LeiterInnenkonferenz** trägt die Verantwortung für die operative Leitung der Geschäfte des Vereins. Sie ist zugleich Aufsichtsgremium über die Bereiche der *IGS Bern*.

Der **Vorstand** der *IGS Bern* trägt die Verantwortung für die strategischen Entscheide und ist Oberaufsichtsgremium über alle Bereiche der *IGS Bern*. Er genehmigt die Budgets der Bereiche und wählt die LeiterInnen der Bereiche.

10.6 Stellungnahme der Soteria zur Erfolgskontrolle

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie
Abteilung Sektorisierte Gemeindepsychiatrie
Leiter: PD Dr. med. H. Hoffmann

Laupenstrasse 49, Postfach 52, CH-3000 Bern 10
Telefon 031/387 61 11, Telefax 031/382 90 20
hoffmann@spk.unibe.ch



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Abteilung für wissenschaftliche Auswertung
Herrn lic. phil. Beat Stübi
Rathausgasse 1
3011 Bern

Bern, 21. Mai 2002 Ho/lü

Stellungnahme zum Berichtsentwurf zur Erfolgskontrolle des Staatsbeitrages an Soteria Bern

Sehr geehrter Herr Stübi

Mit grossem Interesse habe ich Ihren Bericht gelesen. Für die Ausführlichkeit und Sorgfalt, mit der Sie diesen Bericht abgefasst haben, möchte ich Ihnen ganz herzlich danken. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind stimmig und nachvollziehbar. Besonders gefreut hat uns natürlich, dass Sie die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrages an die Soteria Bern vorbehaltlos als gegeben beurteilen. Die angesprochenen problematischen Punkte sind uns sehr wohl bewusst, und wir haben deshalb bereits im vergangenen Jahr begonnen, Verbesserungen in dieser Richtung einzuleiten. Gerne sind wir bereit mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zusammenzuarbeiten, um bis Ende dieses Jahres konkret diese Empfehlungen umzusetzen oder die entsprechenden Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Ich möchte Ihnen auch danken, dass Sie uns Gelegenheit bieten, zu Ihrem Bericht Stellung zu nehmen. Die im Folgenden ausgeführten Kommentare erfolgen in einem konstruktiven Sinne ohne die Qualität des vorliegenden Berichtes in irgend einer Form in Frage stellen zu wollen.

Bezüglich Kostentransparenz der ärztlichen Leistungen (*Seite 11*) kann festgestellt werden, dass bereits für das laufende Jahr das Budget der Soteria Bern inklusive Lohnkosten für eine 50%ige stv. Oberarztstelle von der GEF genehmigt wurde, sodass eine der von

Ihnen gemachten Empfehlungen für das Jahr 2003 (*Seite 35*) bereits 2002 vollzogen werden kann. In Ihrem Bericht blieb bisher unberücksichtigt, dass der Projekt- und ärztlicher Leiter der Soteria Bern mittlerweile ca. 10% seiner Arbeitszeit der Soteria widmet (s.a. *Tab. 1, Seite 17*).

Der auf *Seite 11* erwähnte Wunsch des Soteria-Teams mit einem niedergelassenen Arzt längerfristig zusammenzuarbeiten, wäre im Sinne der Unabhängigkeit und der Kontinuität sicher überlegenswert. Wie Sie aber später richtig bewerten, ist es neben dem Ausbildungsaspekt sehr wichtig, dass die Ärztin oder der Arzt eingebunden ist in den Notfalldienst der UPD an der Murtenstrasse, da dies, wie Sie später darstellen, die wichtigste Zuweisungsquelle für die Soteria darstellt. Diese kann nota bene noch weiter verbessert und ausgebaut werden, vor allem wenn - wie neuerdings vereinbart - der Notfalldienst der Psychiatrischen Poliklinik an der Inselnotfallpforte und der Kriseninterventionsdienst der UPD wieder gemeinsam betrieben werden. Beim *Aufnahmeverfahren* auf *Seite 21* wird deutlich, dass gerade bei Notaufnahmen die enge Zusammenarbeit zur UPD für die Soteria Bern von grossem Vorteil ist, da diese durch den Notfallarzt an der Murtenstrasse erfolgen können. Diese Vernetzung wäre nicht gegeben, wenn Soteria durch einen niedergelassenen Arzt betreut würde.

Erlauben Sie uns einen ergänzenden Kommentar zur Feststellung auf *Seite 12*, "dass das Soteria-Konzept innerhalb einer Klinik nur umsetzbar sei, wenn es innerhalb der Klinikleitung grosse Unterstützung erfährt". Ein Soteria-Konzept wie es heute in der Soteria Bern praktiziert wird, wird auch in der Klinik Zwiefalten (Schwäbische Alb) in einem der Soteria Bern sehr ähnlichem Gebäude auf dem Klinikgelände umgesetzt. In Zwiefalten ist Soteria Bestandteil einer Klinik. Sie geniesst aber diverse Ausnahmeregelungen im Vergleich zu den üblichen Stationen. Dies ist eben nur möglich, weil das Soteria-Konzept innerhalb der dortigen Klinikleitung grosse Unterstützung erfährt und von dieser und den anderen Mitarbeitenden als Prestigeobjekt verstanden wird, welches dazu beiträgt, dass der Ruf der Klinik über die Grenzen des Einzugsgebietes dadurch deutlich verbessert wird. Soteria ist in Zwiefalten in kürzester Zeit zum Aushängeschild für die Klinik und deren eher fortschrittliche Haltung geworden. In Bern sind in der Tat aktuell die Voraussetzungen für eine klinikinterne Soteria analog Zwiefalten nicht gegeben. Eine solche Lösung wäre aus meiner Sicht erst wieder dann zu diskutieren, wenn die UPD zum Schluss käme, die Station D1 aufzulösen. Das D1 wird im Bericht immer wieder als Forschungsstation benannt. Unter der oberärztlichen Leitung von Dr. Merlo wurde dort auch sehr interessante Forschung betrieben. Durch dessen vorzeitigen Weggang wurden die Ergebnisse leider jedoch bisher nicht publiziert. Auf *Seite 33* schreiben Sie, dass die Station D1 mit z.T. ähnli-

chem Betreuungskonzept wie die Soteria eine Alternative zur Soteria biete. Hier müsste das Präsens durch das Imperfekt ersetzt werden. Das D1 bietet aus unserer Sicht heute keine Alternative mehr zur Soteria dar. Mit dem Weggang von Dr. Merlo entspricht das Betreuungskonzept nicht mehr dem ursprünglichen; zudem wird die Station D1 im Rahmen der Umsetzung des Sparauftrages von der DKP mit der Doppeldiagnosen/Psychotherapiestation zusammengelegt, was das Profil der Station weiter verändern wird. Diese Entwicklung beobachten wir mit Besorgnis. Bei der Frage, ob es genügend erst-erkrankte psychotische Patienten in der Region Bern für beide Einrichtungen habe, sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: Einerseits ist der Fokus von Soteria Bern schwerpunktmässig auf Ersterkrankte jedoch nicht ausschliesslich, Soteria Bern nimmt auch akutpsychotische Patienten in späteren Krankheitsepisoden auf oder auch solche, bei denen die akutpsychotische Phase bereits abgeklungen ist.

Auf *Seite 24* halten Sie fest, dass die Behandlungsdauer in Soteria Bern wesentlich länger sei als in den staatlichen Kliniken. Dies trifft für die Vergangenheit zu, nicht aber für die Gegenwart. Es wird auf *Seite 25* richtigerweise erwähnt, dass Patientinnen und Patienten bevor sie auf die Station D1 kommen, auf einer Akutstation behandelt werden, was in der Regel bei der Soteria Bern nicht der Fall ist. Beim Vergleich der Aufenthaltszeiten sollte diese vorangehende Zeit auf einer Akutstation zu der Aufenthaltsdauer auf dem D1 dazugaddiert werden, dann ist die Aufenthaltsdauer in Soteria Bern im Vergleich zum Klinikaufenthalt vermutlich gar nicht länger (s. *Tab.9, Seite 30*). Ein weiteres Problem kommt bei der Verwendung des Durchschnittes der Aufenthaltsdauer hinzu. Ein einzelner, sehr langer Aufenthalt (statistisch gesehen ein sogenannter Ausreisser) kann den Durchschnitt stark beeinflussen. Es stellt sich die Frage, ob hier eine Normalverteilung vorliegt und ob nicht besser der Median als Messgrösse verwendet werden sollte. Auch sei nochmals auf den Zusammenhang hingewiesen, dass eine hochdosierte Neuroleptikatherapie Klinikaufenthalte verkürzt, d.h., will man die Aufenthaltsdauer in der Soteria Bern weiter verkürzen, muss man sich überlegen, ob dies dann nicht eine Erhöhung der Neuroleptikadosen zur Folge hat, was ja eine Konzeptänderung in eine nicht erwünschte Richtung wäre.

Dass der Effizienzvergleich mit der Station D1 praktisch in allen Punkten - und z.T. eklatant - zum Vorteil der Soteria Bern ausgefallen ist, bestätigt uns in unserer Arbeitsweise. Er wäre noch deutlicher ausgefallen, wenn die folgenden Punkte Berücksichtigung in Ihrem Bericht gefunden hätten:

Der Vermutung des Oberarztes der Station D1 (*Seite 25*), dass die Patienten auf dem D1 schwerer krank seien, würde ich klar widersprechen, denn je akuter und

heftiger das Auftreten der Symptomatik, desto besser in der Regel die Prognose. Auch spiegelt diese Aussage die Perspektive des Klinikarztes wider, die davon ausgeht, dass akut erregte Patienten einer geschlossenen Akutstation bedürfen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass gerade das beruhigende, reizarme Milieu in Verbindung mit einer individuellen Begleitung im Gegensatz zu einer überfüllten, unruhigen Station therapeutisch wirksamer ist.

Ich hätte es besser gefunden, wenn in *Tab. 6* auf *Seite 25* zusätzlich der Durchschnitt der vier Jahre (= 77%) angegeben würde und diese Durchschnittszahl für die weiteren Berechnungen verwendet worden wäre, als das eher zufällige Ergebnis des Jahres 2000. Dies würde natürlich voraussetzen, dass man beim D1 ebenfalls einen Durchschnitt der letzten 4 Jahren anwenden würde.

Bei *Tab. 7* auf *Seite 26* sei nochmals darauf hingewiesen, dass Soteria Bern eigentlich nicht 8 Betten hat, sondern 7 plus das Weiche Zimmer. Dies ist sehr limitierend für die Bettenbelegung. Ist dieses mit einem akutpsychotischen Phase 1-Patienten belegt (wie dies in diesem Jahr bisher mehrheitlich der Fall war) kann ein anderes freies Bett nicht mit einem weiteren Phase 1-Patienten belegt werden, da die Akutbegleitung nur im Weichen Zimmer möglich ist. Umgekehrt sollte das Weiche Zimmer möglichst immer für akut psychotische Neueintritt vorbehalten bleiben. Zudem sei erinnert, dass unseres Wissens die Station D1 über ein 13. Bett (sog. Notbett) verfügt, was möglicherweise zu einer besseren Bettenbelegung geführt hat.

In *Tabelle 8* auf *Seite 27* fliessen wie in Fussnote 12 angegeben, die Personalkosten der Ärzte nicht ein. Dies verzerrt den Vergleich zugunsten der Station D1. In der Soteria Bern belaufen die Personalkosten der Ärzte auf ca. CHF 70'000, auf dem D1 jedoch ca. CHF 200'000, da es neben einer 50%igen OA-Stelle noch eine 100%ige AA-Stelle gibt. Entsprechend steigt der Aufwand unterschiedlich, was zur Folge hat, dass der Kostendeckungsgrad in Soteria Bern auf 54% sinkt und auf dem D1 auf 38%. Der Aufwand pro Pfl egetag beträgt dementsprechend CHF 543 resp. CHF 626 und der Staatsbeitrag pro Pfl egetag CHF 248 und CHF 391. In Ihrer Berechnung war der Staatsbeitrag pro Pfl egetag bereits im D1 um respektable 56% höher als in der Soteria Bern, jetzt sogar um 58%!

Der Aufwand in Soteria Bern ist nun um 15% tiefer als auf dem D1 anstatt vorher 12 (und nicht 10, wie auf *Seite 28* festgehalten). Dass die gute Ertragslage der Soteria Bern auf dem deutlich höheren Anteil von ausserkantonalen Patienten beruht, darf der Soteria Bern nicht zum Nachteil gereichen. Dies ist ja gerade ein wichtiger Indikator für das gute Renommée der Soteria Bern über die Kantons Grenzen hinweg.

Würde man den Aufwand pro Pfl egetag nicht mit der Bettenbelegung vom Jahr 2000 sondern dem Durchschnitt der letzten 4 Jahre, wäre auch der Tarif für die ausserkantonalen Patienten ziemlich kostendeckend. Bessere Tarife für ausserkantonale Patienten und Patientinnen müssten neu zwischen dem Kantonalverband Bernischer Krankenversicherer und den Psychiatrischen Kliniken und Institutionen ausgehandelt werden (Gesamtvertrag). Die Soteria Bern kann nicht von sich alleine aus den Tarif anheben (Vertragsbruch).

Beim Abschnitt *Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag pro Austritt (Seite 28)* sei darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Austritte pro Jahr einerseits abhängig ist von der Bettenzahl, als auch von der Aufenthaltsdauer. Korrekterhalber wäre hier die Gesamthospitalisationsdauer zu verwenden, die sich auf dem D1 vermutlich stärker erhöhen dürfte als in der Soteria, da dort mehr Patienten vorgängig auf einer Akutstation hospitalisiert waren, bevor sei auf das D1 verlegt werden. Der Unterschied dürfte dann nur noch sehr gering sein. Wie Sie richtigerweise erwähnen, ist der Aufwand pro Austritt kein geeigneter Indikator für einen Effizienzvergleich. Es stellt sich somit die Frage, warum Sie diesen Vergleich dennoch durchführen.

Der Vergleich des Betreuungsverhältnisses in *Tabelle 10* auf *Seite 30* hinkt unserer Meinung nach in mehrfacher Hinsicht. Einerseits wendet die Leiterin von ihrem 100%igen Arbeitspensum lediglich 30% für die Betreuung auf, d.h. 70% sind Administration. Mit anderen Worten, die Anzahl der Stellen ist mindestens um 0,7 Stellen zu reduzieren. Rechnet man noch die Arztstellen dazu, verringert sich der Unterschied nochmals um 1 Stelle. Bei der effektiven Bettenbenutzung geht man wiederum von der Zahl im Jahr 2000 aus und nicht vom Schnitt der letzten 4 Jahre, der bei 77% liegt. Wenn man alle diese Punkte berücksichtigt, würde das Betreuungsverhältnis in der Soteria Bern auf 1,6 fallen und das des D1 auf 1.3 steigen. Auch wird nicht berücksichtigt, dass die Betreuerinnen und Betreuer Einkaufen, Kochen, Putzen, Unterhalt des Hauses und Gartens sowie gewisse administrative Aufgaben übernehmen, welches im D1 durch speziell dafür beim DDB angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erledigt wird. Nimmt man nun die Differenz von 0,3 Stellen bei 8 zu 77% belegten Betten macht das 1,9 Stellen für Einkaufen, Kochen, Putzen und Unterhalt der gesamten Soteria. Ich glaube, dass dies nicht überbissen ist. Selbstverständlich ist es auch uns klar, dass unter dem ökonomischen Aspekt eine Station mit 12 Betten mit vergleichsweise geringerem Personalaufwand geführt werden kann als mit 8 Betten, das Behandlungsmilieu verschlechtert sich leider

auch entsprechend. Aus genannten Gründen können wir Ihnen nicht beipflichten, dass das Betreuungsverhältnis in Soteria Bern eher hoch sei.

Zur *Kritik an den 49-Stunden-Schichten* auf Seite 18 möchte ich wie folgt Stellung beziehen: Die Stossrichtung der zukünftigen Behandlung in der Soteria Bern geht klar wieder in Richtung vermehrter Akutbehandlung und damit verbunden einer stärkeren Belegung des Weichen Zimmers (s. a. Seite 26). Gerade in der Phase des Dabeiseins und Begleitens (Phase 1) ist die Kontinuität über 48 Stunden für die Betroffenen wichtig und das Betreuungsmodell dem traditionellen in der Klinik überlegen, da es in dieser kritischen Phase weniger zu einem Beziehungsabbruch kommt. Ein wichtiger, nicht erwähnter Aspekt und Vorteil dieses Einsatzes ist, dass die Betreuerinnen und Betreuer während ihres zweitägigen Zusammenlebens mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ein ganz anderes Mass an Verantwortung bereit sind zu übernehmen, als wenn sie lediglich 8,24 Stunden tätig wären. Ein weiterer positiver, nicht erwähnter Aspekt ist die deutliche Reduktion der täglichen Übergaberapportzeiten. Kritik von den Mitarbeitenden an diesem Arbeitsmodell ist bisher nie laut geworden.

Die von einem der Experten auf Seite 31 hervorgehobene mangelnde Professionalität der MitarbeiterInnen in der Soteria Bern war zu keinem Zeitpunkt ihres Bestehens gegeben. Die Durchmischung psychiatrieeunerfahrenen MitarbeiterInnen sehe ich auch in anderen Bereichen, wie z.B. den Tagesstätten und der beruflichen Wiedereingliederung als einen grossen Vorteil. Ist doch die Herangehensweise eine sehr viel "normalere". Auch hier gibt es Studien von der Gruppe um Mosher, die dies eindrücklich belegen. Ich bin mir bewusst, dass Berufsgruppenverbände dies aus guten Gründen anders sehen.

Auf Seite 32 wird *unter dem Aspekt der Verbesserung der Kosten-Nutzen-Relation* die Schaffung von vereinzelt Doppelzimmern angeregt. Dies wäre unter milieutherapeutischen Gesichtspunkten mit einer erheblichen Qualitätseinbusse verbunden und würde unter den Bewohnerinnen und Bewohnern zu Spannung und Rivalitäten führen, wer nun in ein Doppelzimmer müsse und wer in ein Einzelzimmer könne. Dieses Problem ist uns bestens bekannt vom Wohnheim Chalet Margarita in Kehrsatz, was neben der Mehrzahl der Einzelzimmer noch zwei Doppelzimmer hat. Wer hier neu eintritt, muss zunächst ins Doppelzimmer und darf dann wechseln in ein Einzelzimmer. In der Soteria Bern geht ein solches Vorgehen jedoch nicht, denn, wer hier neu eintritt, ist akut psychotisch, bedarf des Weichen Zimmers, erst danach müsste er in ein Zweierzimmer und könnte dann im weiteren Verlauf in ein Einzelzimmer wechseln.

Bei den vier internationalen Experten (Seite 32) stehen drei bekanntermassen der Soteria Bern kritisch gegenüber. Unter den wichtigsten Punkten würde ich gerne noch eine Aus-

sage von Herrn Priebe erwähnen: "Die blosse Existenz von Soteria hat über viele Jahre die Diskussion um die beste Form der Psychosebehandlung in kontroverse, aber insgesamt fruchtbare Weise in Gang gehalten. Zuweilen hat Soteria auch als nützlicher Gegenpol zur Dominanz der von der Pharmaindustrie vertretenen Interessen gedient".

Zu den *Empfehlungen* möchte ich neben dem bisher Erwähnten auf drei Punkte nochmals näher eintreten. 1.) Bezüglich Aufenthaltszeiten können wir Ihnen mitteilen, dass wir bereits 2001 von uns erfolgreich Anstrengungen unternommen haben, die Aufenthaltszeiten weiter zu verkürzen. Wie aus der Literatur ersichtlich, liesse sich eine weitere Verkürzung nur mit gleichzeitiger Erhöhung der Medikamentendosis erzielen, was der Grundidee der Soteria Bern zuwiderlaufen würde. Eine grundlegende Konzeptänderung in diesem Punkt dürfen Sie von uns jedoch nicht erwarten 2.) Die hohen Fallkosten aufgrund der relativ langen Aufenthaltszeiten. Unter Berücksichtigung meiner vorgängig gemachten Kommentare dürften sich die Kosten im Vergleich zum D1 nochmals deutlich senken, so dass ein Aufenthalt in der Soteria Bern deutlich kostengünstiger sein sollte, als ein vergleichbarer in der Klinik. 3.) Den Punkt der mangelnden Kontinuität in der Betreuung erlebe ich als eine nicht zutreffende Interpretation des Sachverhaltes. Gerade auf den Klinikstationen ist durch mindestens dreimal täglich wechselnde Betreuer die Kontinuität nicht gewährleistet. Gerade in der Akutbetreuung hat sich der 48 Stundenrhythmus in Soteria Bern sehr bewährt und fördert die Übernahme von Verantwortung bei den Mitarbeitenden. Wir prüfen allerdings zur Zeit, ob z.B. 25 Stundeneinsätze oder nächtliche Rufbereitschaft statt Präsenzdienst die genannten Nachteile besser auffangen können.

Abschliessend möchte ich Ihnen nochmals herzlich danken für diesen ausführlichen und qualitativ ausgezeichneten Bericht, der uns unterstützt, unsere Arbeit in der Soteria Bern weiter zu optimieren.

Mit freundlichen Grüßen

~~PD Dr.~~ med. H. Hoffmann

Projekt- und ärztlicher Leiter Soteria Bern

Präsident Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern