

**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

Abteilung für wissenschaftliche
Auswertung

**DOLDER
BERATUNGEN GmbH**

Peter Dolder
Chrottegässli 58
3065 Bolligen

Erfolgskontrolle des Staatsbeitrags an die Psychiatrie- stützpunkte des Kantons Bern

Bern, 5. April 2002

Inhaltsverzeichnis

Teil I	Zusammenfassung	3
Partie I	Résumé	7
Teil II	Gegenstand, Auftrag und Vorgehen	11
1	Gesetzlicher Rahmen der Erfolgskontrollen	11
2	Die Psychiatriestützpunkte im Kanton Bern	11
3	Die Erfolgskontrolle	12
3.1	Umfang der Erfolgskontrolle	12
3.2	Schwierigkeiten und Einschränkungen für die Untersuchung	13
3.3	Grundlagen und Vorgehen	13
Teil III	Die Erhebungsergebnisse	15
1	Organisationsmodell und Wirkungsmodell	15
1.1	Das Organisationsmodell	15
1.2	Die Steuerungsinstrumente	16
1.3	Das Wirkungsmodell	16
2	Der Vollzug	18
2.1	Die Haltung der GEF	18
2.2	Die Haltung der Stützpunkte	19
3	Das Leistungsangebot der Stützpunkte	20
3.1	Das Leistungsangebot im Überblick	20
3.2	Die Kernangebote	21
3.3	Weitere eigene Angebote und besondere Kooperationen	23
3.4	Die Dienstleistungen für Behörden	25
3.5	Ausbildung	25
3.6	Förderung der Niederlassung von PsychiaterInnen	25
3.7	Wünschbare Angebotserweiterungen	26
4	Erbrachte Leistungen und Inanspruchnahme der Angebote	27
4.1	Leistungen 1996/97	27
4.2	Leistungsentwicklung 1996 bis 2001	31
4.3	Die Beanspruchung psychiatrischer Leistungen in den Regionen	32
4.4	Aufwanddatenvergleiche	35
5	Ressourcen und Staatsbeitrag der Stützpunkte	40
5.1	Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag aller Stützpunkte	40
5.2	Finanzielle Eckwerte der vier Stützpunkte im Jahr 2000	40
5.3	Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Stützpunkten	41
5.4	Stellenpläne	43
5.5	Infrastrukturen	44
6	Die Stützpunkte im Umfeld	44
6.1	Integration ins Sitzspital	44
6.2	Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken	45
6.3	Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten	47
6.4	Zusammenarbeit mit den Justiz- und Sozialbehörden	48
7	Psychiatriereform	49

Teil IV	Beantwortung der Fragestellungen	50
1	Die Fragestellungen	50
2	Die Fragestellungen zu Ebene Vollzug	50
3	Die Fragestellungen zur Ebene Wirkungen	52
4	Fragestellungen zur Ebene Effizienz	55
5	Fragestellungen zur Ebene Vorteilhaftigkeit	56
Teil V	Folgerungen und Empfehlungen	57
1	Optimierungen	57
2	Präzisere Steuerungsmöglichkeiten der versorgungsverantwortlichen Behörden	58
3	Verbesserte betriebliche Führungs- und Steuerungsinstrumente	58
4	Optimierte inhaltliche und mengenmässige Abstimmung der Angebote der psychiatrischen Versorger	58
5	Verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen	59
6	Optimierte Zusammenarbeit im Sinn eines durchgängigen Case Management	59
Anhänge		60

Teil I / Zusammenfassung

Eine Zusammenfassung aller gesammelten Informationen ist nicht möglich. Wir konzentrieren uns darum auf die Zusammenfassung der Antworten zu den Fragestellungen der Auftraggeberin. Die Kurzform kann naturgemäss nicht alle Differenzierungen aufnehmen.

Die Steuerungsinstrumente

Die Steuerungsinstrumente der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) sind die Spitalplanung, die Aufgabenübertragungen und die Finanzierung der Stützpunkte.

Die Grundsätze der Spitalplanung für die psychiatrische Versorgung sind sehr offen formuliert. Das gleiche gilt für die daraus abgeleiteten Aufgabenübertragungen. Die planerische Steuerung durch die GEF erfolgt darum weitgehend reaktiv und Einzelfallbezogen. Die Stützpunkte haben in planerischer Hinsicht einen hohen Spielraum in der Gestaltung ihres Leistungsangebots.

Die finanzielle Steuerung ist ressourcenorientiert und nimmt keinen Bezug zu den Leistungen der Stützpunkte. Mit der Festlegung der Ressourcen wird der oben erwähnte Spielraum der Stützpunkte entscheidend begrenzt. Diese Begrenzung wirkt jedoch nur quantitativ und nicht qualitativ. Mit der Plafonierung der Staatsbeiträge wurde die ressourcenorientierte Steuerung durch finanzpolitische Kriterien übersteuert.

Insgesamt müssen die Steuerungsmöglichkeiten der GEF als wenig wirksam bezeichnet werden. Sie verfügt mit den gegebenen Steuerungsinstrumenten über einen geringen Handlungsspielraum. Er beschränkt sich im wesentlichen auf die Festlegung der Mittel der Stützpunkte (ohne flankierende Einwirkung auf Leistungsangebot und Leistungsumfang) sowie auf die Genehmigung oder Ablehnung eingereicherter Anträge der Trägerschaften. In Bezug auf die Durchsetzung übergeordneter Prioritätensetzungen und die Koordination von Angeboten und Anbietern sind die gegebenen Steuerungsinstrumente nicht wirksam. Durch die Integration in die Akutspitäler verfügt die GEF zudem über keinen direkten Zugriff zu den Stützpunkten.

Unzweckmässig scheint die Aufteilung der planerischen und der finanziellen Steuerung auf zwei verschiedene Organisationseinheiten der GEF.

Die Stützpunkte

Die Leistungsangebote der Stützpunkte

Obwohl alle Stützpunkte die Kerndienstleistungen Notfall, Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisonsdienst, Tagesklinik und Angebote der Sozialarbeit führen, unterscheiden sich die Leistungsangebote der Stützpunkte insgesamt deutlich.

Offensichtlich ist, dass alle Stützpunkte Prioritäten in ihrem Leistungsangebot setzen. Die Prioritätensetzungen bewegen sich durchwegs im Rahmen der Spitalplanung und die angebotenen Leistungen finden durchwegs Nachfrage.

Trotz finanzieller Restriktionen ist es den Stützpunkten gelungen, ihre Leistungen in den Jahren 1996 bis 2000 zu steigern.

Notfallversorgung

Soweit die berechtigten Zuweiser – also namentlich die niedergelassenen PsychiaterInnen und Hausärzte sowie die Justizbehörden – die Stützpunkte als Vorabklärungsstelle nicht umgehen, übernehmen die Stützpunkte mit ihrem Notfalldienst eine umfassende Triagefunktion. Die existierende Lösung wurde von allen Befragten als adäquat bezeichnet.

Effizienz der Leistungen

Da sich die Leistungsangebote der Stützpunkte unterscheiden und da aussagekräftige und vergleichbare Kosten- und Leistungsrechnungen fehlen, können keine detaillierten Aussagen gemacht werden.

Eine Vergleichsmöglichkeit auf Stufe der Leistungen bieten die Fallzahlen. Der Aufwand pro Fall variiert von Stützpunkt zu Stützpunkt erheblich. Allerdings sind die Fallzahlen keine echten Vergleichsgrößen, da darin die unterschiedlichsten Leistungseinheiten (stationäre Patienten, Patienten der Tageskliniken, ambulante Patienten, weitere) enthalten sind. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kostenstrukturen dieser Leistungen sind die unterschiedlichen Aufwandgrößen pro Fall plausibel.

Mit Hilfe eines Näherungsverfahrens wurden Aufwandvergleiche in Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisondienst und Tagesklinik vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen für die ambulanten Leistungen insgesamt vergleichbare Aufwandstrukturen für die einzelnen Leistungen. In den Tageskliniken ergeben sich dagegen stark unterschiedliche Kostenstrukturen. Massgebend hierfür dürften vorwiegend die unterschiedlichen Personaldotationen- und Strukturen sein, die auf unterschiedliche Leistungspaletten hinweisen. Wir empfehlen, diese Unterschiede im Rahmen der Personaldotationsstudie näher zu untersuchen.

Der Kostendeckungsgrad

Der Kostendeckungsgrad variiert zwischen 36.4% bis 60.6%. Diese Unterschiede dürfen nicht als Ausdruck unterschiedlicher Effizienz gewertet werden, sondern sie sind zuerst eine Folge der unterschiedlichen Leistungsstrukturen der Stützpunkte, mit denen auch unterschiedliche Ertragsstrukturen verbunden sind.

Höhe der Beiträge an die Stützpunkte

Die Beiträge an die Stützpunkte Biel, Burgdorf, Interlaken, Langenthal und Thun schwankten in den Jahren 1998 bis 2000 zwischen 8.56 Mio. Franken und 8.7 Mio. Franken und waren damit stabil.

Die Versorgung der Regionen

Die Beanspruchung der Stützpunkte durch die Einwohnerschaft der Versorgungsgebiete ist in zweifacher Hinsicht unterschiedlich:

- Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der Versorgungsräume schwankt die Inanspruchnahme erheblich. In Burgdorf nehmen 0.52% der EinwohnerInnen der Region die Dienste des Stützpunktes in Anspruch, in Interlaken sind es mit 1.17% mehr als doppelt so viele.
- Die Beanspruchung der Stützpunktleistungen ist auch innerhalb der Spitalregion sehr unterschiedlich. In allen Spitalregionen liegt die Inanspruchnahme der Leistungen des Stützpunktes im Sitzbezirk des Stützpunktes um ein Mehrfaches höher als in den übrigen Spitalbezirken der Spitalregion.

Obwohl mit den Stützpunkten die regionale Versorgung der Bevölkerung erheblich verbessert wurde, konzentriert sich ihre Wirkung auf die Siedlungsräume um die regionalen Zentren.

Die hohen Unterschiede in der Inanspruchnahme der Stützpunktleistungen weisen darauf hin, dass die Stützpunkte mit ihrer heutigen Struktur trotz der Vollausslastung ihrer Angebote nicht alle Bedürfnisse der Einwohnerschaft abdecken können.

Die einzelnen Regionen verfügen nicht über gleiche Ressourcen. Die Aufwendungen für die Stützpunkte pro Kopf der zu versorgenden Bevölkerung variieren in den einzelnen Regionen von rund 20 Franken bis zu rund 50 Franken. Diese Ungleichverteilung entspricht den unterschiedlichen Leistungen und auch der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Stützpunktleistungen.

Die Niederlassung von PsychiaterInnen in den Spitalregionen wurde durch die Ansiedlung der Stützpunkte gefördert. Entgegen den ursprünglichen Befürchtungen der freipraktizierenden PsychiaterInnen haben sich die Stützpunkte als fördernde Ergänzung und nicht als Konkurrenz erwiesen.

Das Umfeld der Stützpunkte

Das Verhältnis zu den Kliniken

Die Kliniken sind durch die Stützpunkte von der Wahrnehmung ambulanter und teilstationärer Aufgaben entbunden und können sich damit auf die Wahrnehmung der ihnen im Rahmen der Spitalplanung übertragenen Aufgaben konzentrieren.

Eine Entlastung bieten die Stützpunkte auch mit ihrer Triagefunktion im Notfallbereich. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten funktionieren die Stützpunkte damit als vorgeschaltete Institutionen vor den Kliniken. Diese Funktion können sie jedoch dort nicht wahrnehmen, wo die Zuweiser Direkteinweisungen in die Kliniken vornehmen.

Die Aufgabenteilung zwischen Kliniken und Stützpunkten entspricht den (sehr offen gehaltenen) Vorgaben der Spitalplanung. Die Angebote sind ergänzend und frei von Doppelspurigkeiten. Sie decken jedoch die Erwartungen und Anforderungen der Kliniken teilweise nicht ab, da die Prioritätensetzungen der Stützpunkte neben den Kliniken auch auf andere Kundengruppen ausgerichtet werden müssen, die in der Prioritätensetzung unterschiedlich gewichtet werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Stützpunkten ist verbesserungsbedürftig. Der Wechsel der Institution bedeutet auch einen Wechsel der Verantwortlichkeit für die Patientinnen und Patienten. Ein Case Management findet nicht statt. Die Gesamtverantwortung für die Versorgung ist keiner der beteiligten Parteien zugewiesen und wird dementsprechend auch nicht wahrgenommen.

Die Vernetzung der Stützpunkte mit weiteren Partnern

Die Vernetzung der Stützpunkte ist vielfältig. Sie umfasst über alle Stützpunkte gesehen namentlich die folgenden Leistungsbezüge:

- Psychiatrischer Notfalldienst für alle Anspruchsgruppen
- Konsiliar- und Liaisondienste für die Akutspitäler und – in unterschiedlichem Ausmass – weitere Institutionen des näheren Versorgungsgebietes
- Supervisionen, Spezialsprechstunden und Beratung für ausgewählte Institutionen
- Abklärungen und Gutachten zuhanden der Justizbehörden und Unterstützung der Regierungsstatthalter bei Massnahmen des fürsorgerischen Freiheitsentzugs
- Mitwirkung bei der Schaffung zusätzlicher Angebote (geschütztes Wohnen, berufliche Wiedereingliederung, Fürsorgeheime, Suchtbereich)
- Integrierter Notfalldienst mit niedergelassenen PsychiaterInnen (mit Ausnahme von Thun, wo er wegen der fehlenden Bereitschaft der Niedergelassenen nicht realisiert werden konnte und wo der Pikettdienst nachts und an Wochenenden auf die Tätigkeit am Spital beschränkt bleibt)

Gesamtbeurteilung

Die Stützpunkte bieten eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung. Wir begründen diese Ansicht mit den folgenden übergeordneten Leistungen, welche die Stützpunkte erbringen und die Bestandteil der gesamten psychiatrischen Versorgung bilden:

- Dezentrale sozialpsychiatrische Versorgung mit niederschwelligem Zugang
- Reintegration psychisch Kranker und Behinderter
- Entlastung der Kliniken auf ihr Kerngeschäft
- Entlastung der praktizierenden ÄrztInnen durch Notfallversorgung und Konsilien
- Entlastung der Behörden durch Abklärung, Betreuung und Koordination
- Unterstützung verwandter Institutionen durch Beratung, Supervision und Konsilien

Ein Wegfallen dieser Leistungen würde Versorgungslücken verursachen, die insgesamt kaum tragbar wären. Mindestens teilweise müssten für diese Leistungen alternative Leistungsträger gesucht werden. Neben den vermutlich hohen Transferkosten ist zu erwarten, dass innerhalb der Regionen keine anderen Leistungsträger gefunden werden könnten, die alle Leistungen abdecken. Neben Synergieverlusten müsste mit zusätzlichen Koordinationskosten und Schnittstellenverlusten gerechnet werden.

In der Gesamtsicht kann damit der Staatsbeitrag als vorteilhaft bezeichnet werden. Dies gilt auch in einer gesamtwirtschaftlichen Sicht. Der Verzicht auf den Staatsbeitrag (hier gleichgesetzt mit dem Verzicht auf die Führung von Stützpunkten) würde erhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten nach sich ziehen, die vermutlich um einiges höher liegen dürften als die eingesparten Staatsbeiträge.

Optimierungspotential

Die Psychiatrie und auch die Stützpunkte stehen vor hohen Herausforderungen. Die Ansprüche an die Versorgungsleistungen wachsen, während die Ressourcen begrenzt bleiben. Die Untersuchung hat namentlich in den folgenden Bereichen Optimierungsmöglichkeiten gezeigt:

- Optimierte inhaltliche und mengenmässige Abstimmung der Angebote der psychiatrischen Versorger
- Verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen
- Optimierte Zusammenarbeit im Sinn eines durchgängigen Case Management
- Präzisere Steuerungsmöglichkeiten der versorgungsverantwortlichen Behörden
- Verbesserte betriebliche Führungs- und Steuerungsinstrumente

Die Optimierungen können schrittweise vollzogen werden. Mit der Einführung von NEF GEF werden gute Voraussetzungen für kontinuierliche Optimierungsprozesse geschaffen. Die Möglichkeiten sind in Teil V des Berichtes diskutiert.

Partie I / Résumé

Cette première partie propose au lecteur un condensé des informations recueillies en réponse aux questions posées pour le présent contrôle de résultats.

Instruments de pilotage

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) dispose des instruments de pilotage suivants: planification hospitalière, contrats de délégation de tâches et financement des centres psychiatriques.

Les principes relatifs à la psychiatrie inscrits dans la planification hospitalière sont formulés de manière très générale, tout comme les contrats de délégation de tâches conclus sur cette base. Le pilotage exercé par la SAP dans ce domaine est plus ponctuel que systématique et constitue pour l'essentiel un processus réactif. Les centres psychiatriques bénéficient donc d'une autonomie relativement grande dans l'organisation de leur offre de prestations.

Au niveau du *financement*, la situation est différente puisque le pilotage est axé sur les ressources, et non sur les prestations. La liberté d'action dont jouissent les centres en matière de planification est fortement restreinte par le cadre financier imposé. Toutefois, cette limitation n'a d'influence que sur la quantité, et non sur la qualité des prestations. Il convient de préciser que le plafonnement des subventions cantonales, qui obéit à des critères de politique financière, a fait passer au second plan le pilotage par les ressources.

Dans l'ensemble, ces moyens de pilotage sont peu efficaces et offrent une marge de manœuvre étroite, puisque la SAP ne peut agir qu'en déterminant les ressources allouées aux centres (sans influencer sur la nature ou sur l'étendue des prestations) et en acceptant ou en refusant les demandes présentées par les organes responsables. Force est de constater que les instruments existants ne permettent pas de définir des priorités et de les appliquer, ni de coordonner les offres entre les prestataires. De plus, la SAP ne peut pas intervenir directement, puisque les centres dépendent des hôpitaux de soins aigus dans lesquels ils sont implantés.

Enfin, l'attribution des compétences en matière de planification et de financement à deux unités d'organisation différentes au sein de la SAP ne favorise pas un pilotage efficace.

Caractéristiques des centres psychiatriques

Eventail de prestations

Bien qu'ils aient en commun d'assurer les prestations de base que sont la prise en charge des urgences, les consultations ambulatoires, le service de liaison et les consiliums, la fonction d'hôpital de jour et le travail social, l'offre des centres psychiatriques varie beaucoup d'un établissement à l'autre.

En effet, les institutions fixent chacune leurs priorités quant aux prestations qu'elles entendent assurer. Ce faisant, elles respectent néanmoins le cadre fixé par la planification hospitalière et nous constatons que ces prestations répondent à une véritable demande.

En dépit des restrictions financières imposées, les centres sont parvenus à accroître leurs prestations entre 1996 et 2000.

Prise en charge des urgences

Les centres psychiatriques assument grâce à leur service d'urgence une mission de triage très importante, pour autant que les personnes habilitées à leur adresser des patients – psychiatres indépendants, médecins traitants et autorités judiciaires – ne les court-circuitent pas en consultant directement une clinique psychiatrique. Toutes les personnes interrogées dans le cadre de la présente étude ont déclaré être satisfaites de cette solution.

Efficacité des prestations

Vu la diversité des offres et l'absence de relevés fiables des coûts et des prestations se prêtant à des comparaisons, il est impossible de répondre en détail à la question de l'efficacité des prestations.

Le critère du nombre de cas traités peut néanmoins être utilisé pour comparer les prestations des centres. Notre analyse fait apparaître de grandes différences au niveau des charges par cas, ce qui est peu surprenant vu que la comparaison inclut toutes les unités de prestations (traitements hospitaliers, hôpital de jour, prestations ambulatoires, etc.). Si l'on tient compte du fait que les coûts varient en fonction du type de prestations, les écarts constatés au niveau des charges par cas sont plausibles.

Nous avons ensuite procédé par approximation à une comparaison des coûts par domaine pour les secteurs suivants: prestations ambulatoires, service de liaison et consiliums, hôpital de jour. Dans le premier cas, les coûts sont comparables entre les différentes prestations. Pour les hôpitaux de jour en revanche, les coûts varient fortement, résultat que pourraient expliquer les différences entre les établissements au niveau des effectifs et des structures. Nous recommandons par conséquent de poursuivre l'analyse dans le cadre de l'étude sur la dotation en personnel.

Taux de couverture des coûts

Le taux de couverture des coûts varie entre 36,4 et 60,6 pour cent, fourchette qui ne reflète pas le degré d'efficacité, mais avant tout la diversité des prestations des centres et les différences de recettes qui en résultent.

Montant de la subvention

Les subventions versées aux centres de Berthoud, de Bienne, d'Interlaken, de Langenthal et de Thoun sont restées stables entre 1998 et 2000, oscillant entre 8,56 et 8,7 millions de francs.

Couverture des besoins dans les régions

L'analyse de la demande, soit du pourcentage de la population qui fait appel aux prestations des centres, révèle des variations à deux niveaux:

- Premièrement, entre les régions. A Berthoud, la demande correspond à 0,52 pour cent de la population de la zone d'assistance, alors qu'elle atteint 1,17 pour cent, soit plus du double, à Interlaken.
- Deuxièmement, au sein même d'une région. La demande est nettement plus élevée dans le district d'implantation du centre que dans les autres districts hospitaliers de la zone couverte par l'institution, et ce constat vaut pour toutes les régions.

Ces variations importantes par rapport au pourcentage de la population qui recourt aux prestations des centres indiquent qu'en dépit de leur taux d'occupation élevé, ces institutions ne permettent pas de couvrir tous les besoins de la population.

La mise en place des centres psychiatriques a certes permis d'améliorer grandement la couverture des besoins de la population à l'échelle régionale. Toutefois, la présente étude montre que ce sont surtout les habitants du périmètre d'implantation des centres qui bénéficient de leurs prestations.

De plus, les différentes régions ne bénéficient pas de moyens équivalents. Les dépenses par habitant de la zone de desserte varient en effet entre 20 francs et 50 francs. Cette répartition inégale des ressources se retrouve dans les différences au niveau de l'offre et de la demande de prestations.

Contrairement aux craintes exprimées par les praticiens privés, les centres se sont bien intégrés dans le réseau de prestations existant sans engendrer de concurrence. Ils ont même favorisé l'établissement de psychiatres indépendants dans les régions.

Position par rapport aux autres institutions

Cliniques psychiatriques

En déchargeant les cliniques psychiatriques des tâches ambulatoires et semi-hospitalières, les centres leur ont permis de se recentrer sur la mission que leur attribue la planification hospitalière.

Les centres soulagent également les cliniques au niveau de la prise en charge des urgences. Dans la mesure de leurs possibilités, ceux-ci assument en effet une fonction de triage importante et servent de premier interlocuteur avant une éventuelle admission en clinique. Naturellement, ce système ne fonctionne que si tous les acteurs jouent le jeu et que les médecins ne procèdent pas directement à une hospitalisation en clinique.

La répartition des tâches entre les cliniques et les centres psychiatriques correspond aux prescriptions (encore une fois très générales) de la planification hospitalière. Ces offres sont complémentaires et aucune prestation n'est fournie à double. Malgré tout, les prestations des centres ne répondent pas entièrement aux attentes des cliniques, du fait que leurs priorités ne sont pas toujours les mêmes et qu'ils ont aussi d'autres clients à satisfaire.

Dans l'ensemble, la collaboration entre les cliniques et les centres psychiatriques mérite d'être améliorée. Actuellement, le patient qui change d'institution (centre-clinique) change également d'interlocuteur. En d'autres termes, il n'y a pas de suivi systématique des cas. Chaque partenaire étant responsable d'un bout de la chaîne seulement, personne n'assume la responsabilité complète du patient, du début à la fin de la prise en charge.

Autres partenaires

Les centres psychiatriques fournissent un grand nombre de prestations en faveur de tiers*:

- Service d'urgences psychiatriques ouvert à tous
- Service de liaison et consiliums pour les hôpitaux de soins aigus et, dans certains centres, pour d'autres institutions des environs
- Supervisions, consultations spéciales et conseils pour des institutions déterminées
- Examens et expertises à l'intention des autorités judiciaires et soutien aux préfectures dans les cas de privation de liberté à des fins d'assistance
- Participation à la mise en place de nouvelles structures ou prestations (logement protégé, réinsertion professionnelle, institution sociale, aide aux personnes dépendantes)
- Service d'urgence intégré grâce à la participation des psychiatres indépendants (à l'exception de Thouné, où ce système n'a pas pu être mis en place faute de bonne volonté de la part des médecins; dans cette région, le service de piquet la nuit et le week-end est limité aux prestations fournies dans l'enceinte de l'hôpital)

*Tous les centres ne fournissent pas l'ensemble de ces prestations.

Appréciation générale

Les centres psychiatriques participent efficacement à la couverture des besoins, du fait qu'ils assurent toute une série de prestations nécessaires au système de soins psychiatriques:

- service de psychiatrie sociale décentralisé et facile d'accès;
- réinsertion des malades psychiques et des handicapés;
- activité prépondérante dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier, ce qui permet aux cliniques de se concentrer sur leur mission principale;
- prise en charge des urgences et consiliums permettant de décharger les praticiens privés;
- examens, encadrement et coordination pour le compte des autorités;
- consultations, supervisions et consiliums en faveur d'autres institutions.

La suppression de ces prestations créerait des lacunes trop importantes dans le réseau de soins psychiatriques, qu'il faudrait combler en mettant en place d'autres solutions décentralisées pour remplacer, au moins en partie, les centres psychiatriques. Tout indique qu'il serait très difficile de trouver d'autres prestataires à même de fournir dans les régions toutes les prestations énumérées ci-dessus, sans oublier le coût élevé d'un tel transfert. La disparition des centres serait donc synonyme de perte de synergies et de points de contact, et conduirait à une augmentation des frais de coordination.

Dans l'ensemble, la rentabilité de la subvention cantonale est par conséquent admise, y compris du point de vue économique. Renoncer à cette subvention (ce qui équivaldrait à fermer les centres) aurait des répercussions économiques majeures, très vraisemblablement supérieures aux économies réalisées.

Améliorations possibles

Les exigences ne cessent de croître alors que les ressources se font toujours plus rares. Comme toutes les institutions psychiatriques, les centres régionaux vont au devant de grands défis. Nous recommandons donc d'explorer le potentiel d'amélioration relevé par l'étude dans les domaines suivants:

- harmoniser les prestations des institutions psychiatriques (nature et étendue)
- développer la coordination au niveau de la gestion stratégique des établissements
- optimiser la collaboration en instaurant un système de suivi systématique des cas
- affiner les moyens de pilotage des autorités compétentes
- perfectionner les instruments de gestion d'entreprise et de pilotage

Ces changements peuvent bien entendu se faire par étapes. A cet égard, l'introduction de la nouvelle gestion publique au sein de la SAP devrait créer un terrain favorable à un processus d'amélioration constant (voir partie V pour plus de détails).

Teil II / Gegenstand, Auftrag und Vorgehen

1. Gesetzlicher Rahmen der Erfolgskontrollen

Das Staatsbeitragsgesetz des Kantons Bern sieht vor, dass die Direktionen des Regierungsrates die von Ihnen ausgerichteten Staatsbeiträge periodisch evaluieren.

Mit Erfolgskontrollen sollen die Wirkungen von Staatsbeiträgen untersucht werden. Sie sollen Entscheidungsgrundlagen liefern, um die Staatsbeiträge effektiver und effizienter auszugestalten und die angestrebten Wirkungen zu erhöhen. Erfolgskontrollen sollen einen möglichst zielgerichteten Einsatz der knappen Mittel für Staatsbeiträge sicherstellen.

Der Regierungsrat hat in Art. 8 der Staatsbeitragsverordnung konkretisiert, wie ein Staatsbeitrag beurteilt werden kann. Staatsbeiträge sind erfolgreich, wenn insbesondere

- eine hohe Wirkung in der beabsichtigten Richtung ausgelöst wird (Effektivität);
- die Wirkung mit möglichst geringen Kosten erzielt wird (Effizienz);
- ein gesetztes Ziel mit entsprechenden Sollwerten erreicht wird (Zielerreichung);
- insgesamt die Kosten und Nachteile durch entsprechende Vorteile gerechtfertigt werden (Vorteilhaftigkeit).

Rahmen, Zielsetzungen und Ablauf der Erfolgskontrollen von Staatsbeiträgen ERKOS sind in der Broschüre des Organisationsamtes der kantonalen Finanzdirektion von August 1998 umschrieben.

2. Die Psychiatriestützpunkte im Kanton Bern

Die öffentliche psychiatrische Versorgung im Kanton Bern wurde bis gegen Ende der 70-er Jahre durch die drei staatlichen Kliniken PUK Waldau (heute Universitäre psychiatrische Dienste UPD), PK Münsingen (heute Psychiatriezentrum Münsingen PZM) und CP Bellelay (heute Services Psychiatriques du Jura Bernois, Bienne, Seeland SPJBB) sowie die psychiatrischen Einrichtungen am Inselspital sichergestellt. Das auf die stationäre Betreuung ausgerichtete Angebot wurde im Lauf der Jahre vermehrt durch teilstationäre und ambulante Dienstleistungen ergänzt. Diese ergänzenden Angebote konnten jedoch den Bedarf nach dezentralen ambulanten und teilstationären psychiatrischen Leistungen nicht decken.

Mit der Spitalplanung 1978 wurde die Möglichkeit zur Schaffung von Psychiatriestützpunkten geschaffen. Die Spitalplanung, welche vorsieht, den Kanton in Psychiatrieregionen einzuteilen, formuliert in Ziffer 250 für die Stützpunkte namentlich die folgenden Vorgaben:

- In jeder Psychiatrieregion sind in einem Akutspital psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, welche die psychiatrische Versorgung derjenigen PatientInnen wahrnehmen, die nicht der Leistungen einer psychiatrischen Klinik bedürfen.
- Primär ist diese Versorgung durch ambulante Angebote sicherzustellen. Ergänzend und bedarfsorientiert können teilstationäre und stationäre Angebote geschaffen werden.
- Die Stützpunkte sind in die Organisation des Spitals integriert und mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet. Mit ihrer Leitung sind soweit wie möglich praktizierende PsychiaterInnen zu betrauen.
- In den Psychiatrieregionen können bei Bedarf zusätzliche Angebote wie Beratungsstellen, Wohnheime, geschützte Werkstätten, Rehabilitationszentren und Fürsorgeheime geschaffen werden.
- Die Stützpunkte arbeiten eng mit den niedergelassenen PsychiaterInnen, den zusätzlichen Einrichtungen und den staatlichen Kliniken zusammen. Die sozialpsychiatrischen Einrichtungen stehen den praktizierenden ÄrztInnen zur Verfügung (Konsiliardienste).

- Die Niederlassung von PsychiaterInnen in unterversorgten Gebieten und die Pflege psychisch Kranker in geeigneten Familien werden gefördert.

Diese Grundsätze aus dem Jahr 1978 sind heute unverändert gültig. Ergänzt wurden sie mit einem Sektorisierungsartikel, der die organisatorische Bindung relativiert und ermöglicht, die stationären, teilstationären und ambulanten Angebote einer Versorgungsregion unter einheitliche Leitung und Verantwortung zu stellen.

Die Führung der Stützpunkte wurde den Regionalspitälern als staatliche Aufgabe im Rahmen von Aufgabenübertragungsverträgen übertragen.¹

3. Die Erfolgskontrolle

3.1 Umfang der Erfolgskontrolle

Im Kanton Bern werden zur Zeit die folgenden Stützpunkte an öffentlich-subventionierten Akutspitälern betrieben:

- Psychiatrischer Dienst Interlaken unter der Trägerschaft des Regionalspitals Interlaken
- Psychiatrische Dienste Thun unter der Trägerschaft der Spitalgruppe Berner Oberland A²
- Psychiatriezentrum Langenthal unter der Trägerschaft des Spitals Region Oberaargau
- Psychiatrischer Dienst Burgdorf unter der Trägerschaft des Regionalspitals Emmental RSE

Bis Ende 2000 betrieb das Psychiatriezentrum des Regionalspitals Biel in Biel und Tavannes subventionierte Psychiatristützpunkte. Diese wurden per 1.1.2001 in den staatlichen "Service Psychiatrique du Jura Bernois – Bienne Seeland (SPJBB)" integriert, sind also nicht mehr Bezüger von Staatsbeiträgen und liegen damit ausserhalb des Untersuchungsbereiches. Sie werden nur noch ausschnittsweise und in einer Vergangenheitsbetrachtung einbezogen.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Stützpunkt am Wildermethspital ist seit dem 1.1.2000 in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der UPD integriert. Er wird aus diesem Grund und auch wegen seiner spezialisierten Aufgabenstellung ganz aus der Analyse ausgeschlossen.

Das gleiche gilt für die ambulanten und teilstationären Angebote in der Psychiatrieregion Bern. Die Psychiatrische Poliklinik nimmt als Teil des Inselspitals spezielle Versorgungsaufgaben wahr, die ambulanten und teilstationären Angebote in der Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste erhalten keine Staatsbeiträge, da sie einer kantonalen Einrichtung angehören.

Die Untersuchung darf sich nicht auf die Stützpunkte an sich beschränken. Die Evaluation setzt auch eine Analyse der Positionierung, der Aufgaben, Leistungen und Wirkungen der Stützpunkte im psychiatrischen Versorgungsnetz voraus. Sie umfasst auch die Situierung im planerischen Konzept der GEF, Fragen der Systemsteuerung und wirtschaftliche Fragen.

¹ Die ungedeckten Kosten aus staatlichen Aufgaben gemäss Spitalgesetz werden den Trägerschaften zu 100% durch den Kanton vergütet. Bis Ende 2001 wurden diese Ausgaben des Kantons der Lastenverteilung zugeführt, wodurch auch die Gemeinden an der Kostentragung partizipierten. Mit dem neuen Finanzausgleich entfällt die Lastenverteilung und damit die Partizipation der Gemeinden.

² Am 1.1.2002 geht die Spitalgruppe Berner Oberland A in die Spital Thun-Simmental AG über. Organisatorisch wird der Stützpunkt zum Annex.

3.2 Schwierigkeiten und Einschränkungen für die Untersuchung

Besondere Anforderungen ergeben sich aus den unterschiedlichen Schnittstellen der Stützpunkte zu den übrigen Anbietern in der Behandlungskette, welche sich durch die heterogene Ausrichtung der Stützpunkte ergeben. Die Ausgestaltung dieser Schnittstellen hat Einfluss auf den Wirkungsgrad der Stützpunkte innerhalb des Gesamtangebotes.

Nicht unerhebliche Einschränkungen liegen im Bereich der Leistungsstatistiken der Psychiatriestützpunkte vor. Bis zum Jahr 1997 erfolgte die Erhebung der Leistungsdaten im Rahmen der Statistik der H+ Die Spitäler der Schweiz. Die gesammelten Daten vermitteln einen guten Einblick in die Leistungen der Stützpunkte und die Merkmale der Patientinnen und Patienten. Die Daten wurden regelmässig durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) ausgewertet.

Die Einführung der Bundesstatistik verunmöglichte eine lückenlose Weiterführung dieser Leistungsstatistik, dies namentlich aus den folgenden Gründen:

- Die Bundesregelung kennt nur ein Obligatorium für die Statistik des stationären Bereiches. Die Führung einer Statistik für ambulante Leistungen ist freiwillig.
- Dementsprechend ist die Statistik für diese Leistungen als Zusatzmodul zur obligatorischen Statistik konzipiert. Die Spitalträgerschaften müssen diese Zusatzmodule zusätzlich einkaufen und installieren.
- Der Import der Psychiatriedaten in die medizinische Statistik der Akutspitäler verursachte teilweise Probleme, die scheinbar mit vernünftigem Aufwand nicht gelöst werden konnten.

Obwohl die Stützpunkte die Leistungsdaten weiterhin erfasst haben, konnten diese mehrheitlich nicht in die EDV übertragen und ausgewertet werden. Dieser Einbruch in die statistischen Grundlagen wird von den betroffenen Stützpunkten als erheblicher Mangel bezeichnet, da damit wichtige Entscheid- und Führungsgrundlagen fehlen.

Damit sind Leistungsdaten für die Jahre ab 1998 nur ausschnittsweise und für die verschiedenen Stützpunkte in unterschiedlicher Form greifbar. Die Leistungsentwicklung 1996 bis 2000 kann damit nur punktuell und für jeden Stützpunkt unterschiedlich dargestellt werden. Die detaillierte Leistungsanalyse für den Untersuchungszeitraum 1996 bis 2000 stützt sich auf die Daten der Jahre 1996/97, wobei als Basis der Mittelwert beider Jahre gewählt wurde.

Eine weitere Einschränkung der Analysemöglichkeiten ergibt sich aus dem uneinheitlichen Stand und den unterschiedlichen Gliederungen der Kostenstellenrechnungen der Stützpunkte, welche ein verlässliches Benchmarking nicht zulassen.

Wenig aussagekräftig ist schliesslich die Beurteilung der Zielkonformität der Arbeit der Stützpunkte, da die Zielsetzungen von Spitalplanung 1978 und Psychiatriereform 1977 sehr offen formuliert sind.

3.3 Grundlagen und Vorgehen

3.3.1 Fragenkatalog und Evaluationsplan

- Basis bildet die Staatsbeitragsgesetzgebung und die bereits erwähnte Broschüre ERKOS der Finanzdirektion. Auf dieser Grundlage hat die Abteilung für wissenschaftliche Auswertung der GEF als Auftraggeberin einen Fragenkatalog zusammengestellt. Dieser wird in Teil IV des Berichtes dargestellt und beantwortet.
- Anhand des Fragenkatalogs der GEF wurde ein detaillierter Evaluationsplan erarbeitet, der die Fragestellungen konkretisiert und diesen geeignete Indikatoren zuweist. Der Evaluationsplan bildete die Grundlage für die nachfolgend erwähnten Befragungen und quantitativen Auswertungen.

3.3.2 Materielle Grundlagen

- Qualitative Grundlagen wurden im Rahmen von Gesprächen mit allen Stützpunkten und den wichtigsten Schnittstellenpartnern gesammelt. In diesen Gesprächen wurden namentlich Fragen zum Leistungsangebot, zur Leistungsbeurteilung, zur Situierung und zur Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungskette, zur Integration der Stützpunkte in die Akutspitäler, zum übergeordneten Führungs- und Steuerungsmodell sowie zum planerischen und finanziellen Vollzug gesammelt. Ein Verzeichnis der geführten Gespräche findet sich in Anhang 5.
- In quantitativer Hinsicht beruht der Bericht auf einer Auswertung der folgenden Datengrundlagen:
 - Patientenstatistik (Leistungsstatistik) der Psychiatriestützpunkte für die Jahre 1996 und 1997, herausgegeben von der Dienststelle Psychiatrie der GEF;
 - Jahresberichte der Stützpunkte 1996 bis 2000;
 - Ausgewählte Leistungsdaten der Stützpunkte für die Jahre 1998 bis 2000;
 - Patientenstatistik der psychiatrischen Kliniken;
 - Subventionsabrechnungen der Stützpunkte der Jahre 1996 bis 2000;
 - Stellenpläne der Stützpunkte 1996 bis 2000 gemäss Budgetbewilligung der GEF;
 - Statistik der Dienststelle Psychiatrie der GEF zu den Ausgaben, Erträgen und Staatsbeiträgen der öffentlich-subventionierten psychiatrischen Einrichtungen im Kanton Bern (Zeitreihe 1986 bis 2000);
- Grundlage des Berichtes bilden weiter die massgeblichen gesetzlichen und planerischen Grundlagen (Spitalgesetz und Spitaldekret; Spitalplanung).
- Der Berichtsentwurf wurde mit der Auftraggeberin besprochen und in einzelnen Elementen ergänzt oder überarbeitet.
- Diese Berichtsfassung wurde den Stützpunkten zur Vernehmlassung unterbreitet. Die Vernehmlassungsergebnisse wurden, soweit sie materielle Berichtigungen und Präzisierungen betrafen, in die nun vorliegende Schlussfassung des Berichtes aufgenommen.

3.3.3 Bericht

Die gesammelten materiellen Grundlagen liegen in einer ausgewerteten Form im vorliegenden Bericht vor. Die Gesprächsergebnisse sind sehr umfangreich ausgefallen. Daher war es nicht möglich, alle gesammelten Informationen in allen Schattierungen in den Bericht zu verarbeiten. Für die Selektion der aufgenommenen Informationen war der Fragenkatalog der Auftraggeberin massgebend.

Der Bericht fasst die Ergebnisse in die drei folgenden Teile:

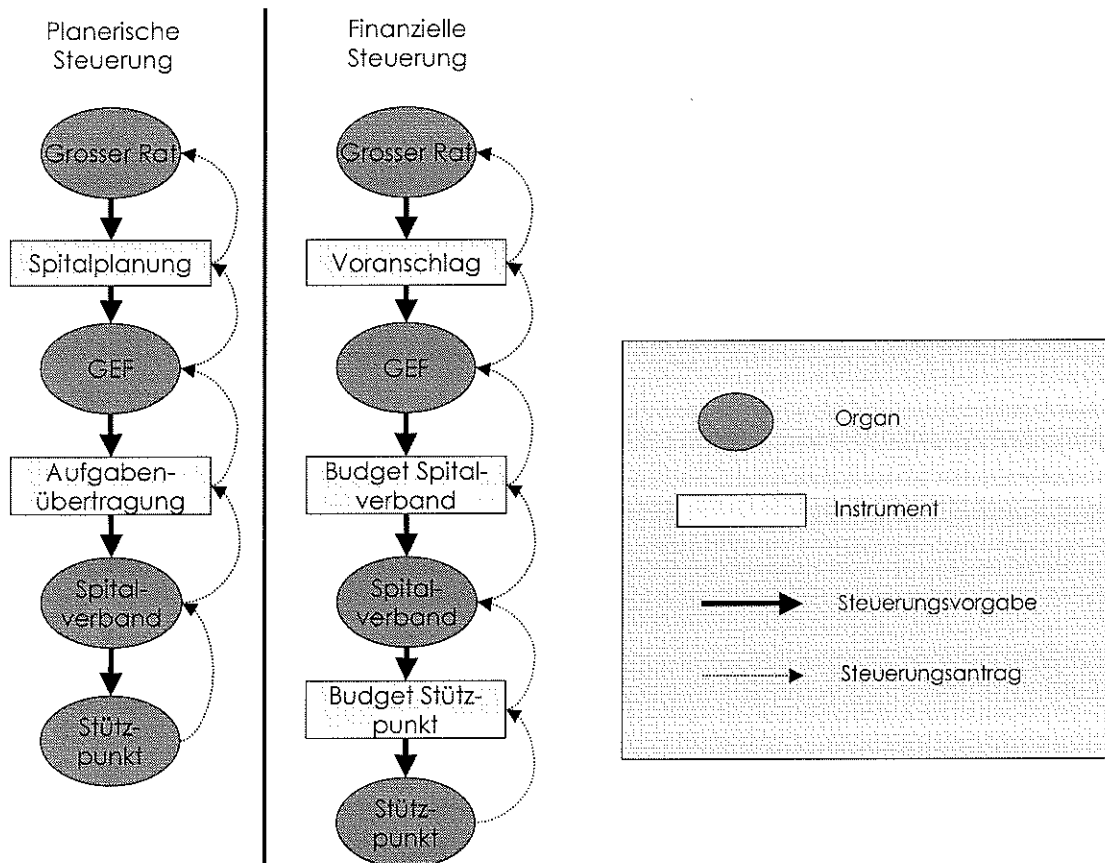
- Darstellung der Erhebungsergebnisse (Teil III)
- Beantwortung der Fragestellungen (Teil IV)
- Folgerungen und Empfehlungen (Teil V).

Teil III / Die Erhebungsergebnisse

1. Organisationsmodell und Wirkungsmodell

1.1 Das Organisationsmodell

Grafisch lässt sich das Organisationsmodell wie folgt zusammenfassen:



Das Organisationsmodell kann wie folgt charakterisiert werden:

- Planerische und finanzielle Steuerung erfolgen getrennt;
- Die Planung ist längerfristig und aufgabenorientiert angelegt;
- Die Finanzierung wird jährlich neu geregelt und erfolgt ressourcenorientiert;
- Planerische Steuerungsinstrumente sind die Spitalplanung und die Aufgabenübertragungen;
- Finanzielle Steuerungsmittel sind der Staatsvoranschlag und die jährlichen Budgets der Spitalverbände (Spitalgruppen) und der Stützpunkte;
- Der Zugang der GEF zu den Stützpunkten ist indirekt. Formelle Ansprechpartner der GEF sind die Spitalverbände als Träger der Stützpunkte.

1.2 Die Steuerungsinstrumente

1.2.1 Die Spitalplanung

Die Spitalplanung des Kantons Bern regelt in Ziffer 250 die Grundsätze für die psychiatrische Versorgung im Kanton Bern und bildet die Grundlage für die Führung von Psychiatriestützpunkten. Die Vorgaben der Spitalplanung haben wir in Teil I / Ziffer 2 zusammengefasst dargestellt.

Die Grundsätze der Spitalplanung sind sehr offen gehalten und gewähren den Stützpunkten grundsätzlich einen hohen Spielraum bei der Gestaltung ihres Leistungsangebotes. Diese Offenheit bezieht sich namentlich auf die folgenden Ebenen:

- Gestaltung der konkreten Dienstleistungsangebote;
- Ausprägung der Dienstleistungsangebote;
- Ausmass und Form der Zusammenarbeit mit verwandten Institutionen;
- Konkrete Abgrenzung gegenüber den psychiatrischen Kliniken.

Der Spielraum wird allerdings eingeschränkt durch die finanziellen Vorgaben, die Infrastrukturen und die Unterstützung durch die Trägerschaften.

1.2.2 Die Aufgabenübertragungen

Durch die Aufgabenübertragungen werden die in der Spitalplanung vorgesehenen Aufgaben an die Spitalträgerschaften überbunden. Die Aufgabenübertragungen nehmen die Offenheit der Grundsätze der Spitalplanung mit. Sie beinhalten keine weiteren qualitativen oder quantitativen Präzisierungen der Aufgabenstellung. Der in der Spitalplanung angelegte Spielraum der Stützpunkte bleibt damit erhalten.

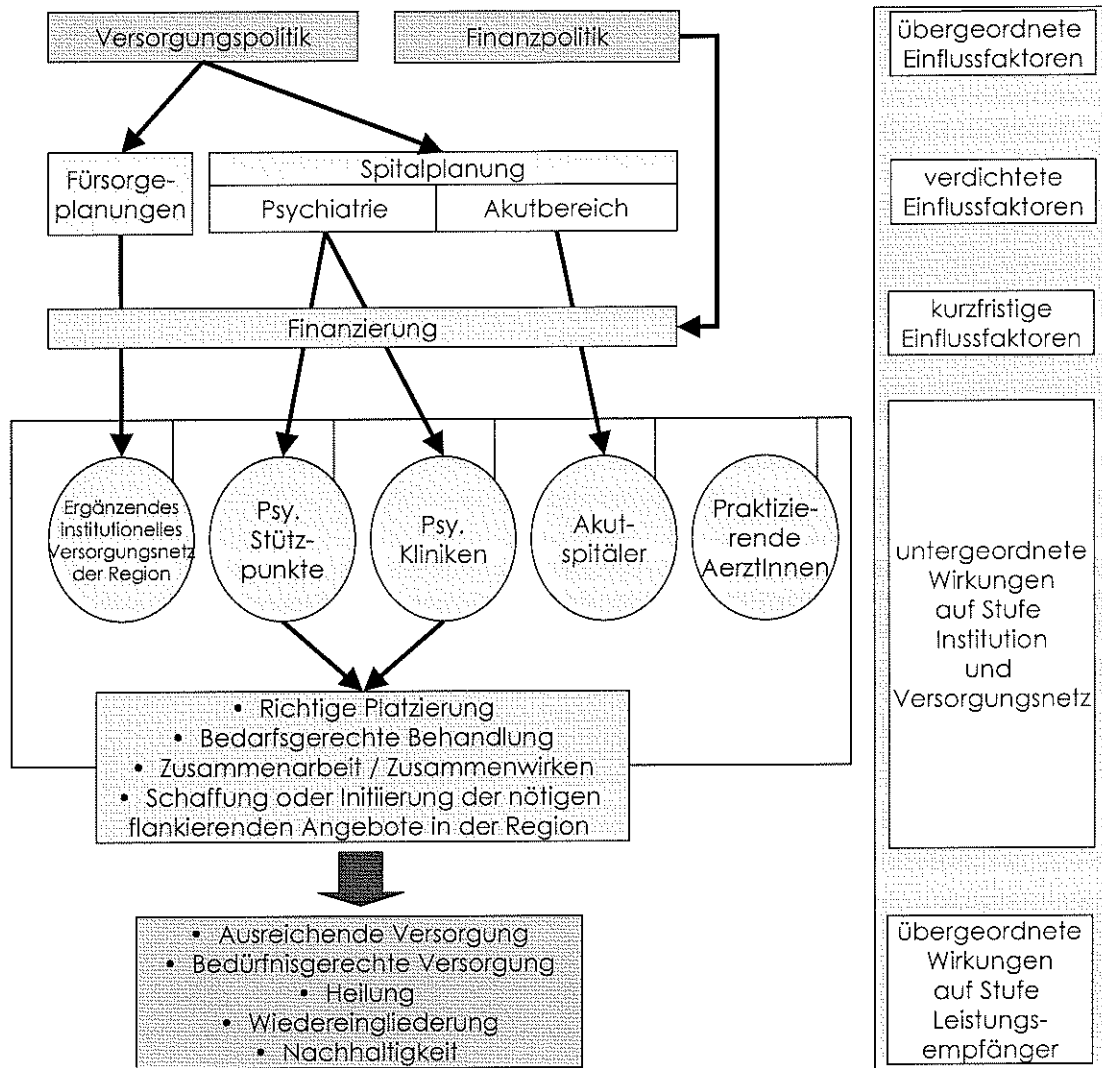
1.2.3 Budget und Voranschlag

Das primäre finanzielle Steuerungsinstrument ist das jährliche Budget der Stützpunkte. Die Festlegung des Budgets erfolgt ressourcenorientiert. Gemäss Spitalgesetzgebung legt die GEF das Budget aufgrund von Stellenplan und Sachmittelbedarf fest. Die erbrachten oder geforderten Leistungen haben keinen erkennbaren Einfluss auf die bewilligten Budgetmittel.

Das Budget bildet Bestandteil des Voranschlags. Durch die kritische Lage im kantonalen Finanzhaushalt hat der Voranschlag zunehmend Vorrang gewonnen. Während der Betrachtungsperiode 1996 bis 2001 richtete sich die Budgetfestlegung der Stützpunkte nach dem Grundsatz der Kostenneutralität. Unabhängig von den generellen und lokalen Entwicklungen galt es das Niveau des Staatsbeitrags der Vorjahre einzuhalten. Budgeterhöhungen konnten damit nur in dem Mass erzielt werden, wie die Stützpunkte ihre Erträge steigern konnten. In der Betrachtungsperiode erfolgte somit die Steuerung der Stützpunkte praktisch ausschliesslich aus finanzpolitischer Sicht.

1.3 Das Wirkungsmodell

Anhand des Organisationsmodells und der Grundsätze der Spitalplanung lässt sich das folgende intendierte Wirkungsmodell für die psychiatrische Versorgung durch die Stützpunkte ableiten:



- Die gesamtgesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen prägen die Versorgungs- und die Finanzpolitik als übergeordnete Einflussfaktoren.
- Diese Einflussfaktoren verdichten sich in den Grundsätzen für die psychiatrische Versorgung der Spitalplanung. Da eine vernetzte Versorgung postuliert wird, sind auch die Fürsorgeplanungen und die Planungsvorgaben für den Akutbereich von Bedeutung.
- Als kurzfristiger Einflussfaktor wirkt schliesslich die Finanzierung, die nachhaltig durch die Finanzpolitik mit geprägt wird.
- Als direkte Wirkung wird eine vernetzte Versorgung aller Versorgungsträger erwartet. Die aufgeführten Unterziele entsprechen den Vorgaben von Ziffer 250 der Spitalplanung.
- Das Oberziel bildet die Wirkung für den Leistungsempfänger. Die zitierten Wirkungen entsprechen den Formulierungen in Ziffer 1 der Spitalplanung.

Das dargestellte Wirkungsmodell ist aus einer kantonalen Optik formuliert. Selbstverständlich bestehen zahlreiche weitere und massgebende Einflussfaktoren, die ausserhalb des kantonalen Einflusses stehen und die nicht aufgeführt sind.

Auch ohne Berücksichtigung dieser weiteren Einflussfaktoren ist das Wirkungsmodell komplex. Wir illustrieren dies mit den folgenden vier Erfordernissen:

- Das Modell erfordert eine sachgerechte Koordination der Versorgungspolitiken auf Stufe der politischen Behörden (Grosser Rat; Regierung).

- Das Modell fordert auch eine Abstimmung von Versorgungspolitik und Finanzpolitik. Ohne diese Abstimmung wird das Wirkungsmodell durch die Finanzpolitik übersteuert.
- Das Modell fordert eine enge Kooperation zwischen zahlreichen Leistungserbringern. Die Koordinationsaufgabe ist keinem der Partner zugewiesen, keiner der Partner verfügt über entsprechende Kompetenzen. Die Kooperation ist als freiwillige Vernetzung gleichgestellter Partner angelegt.
- Im Wirkungsmodell sind mit den praktizierenden ÄrztInnen auch Partner eingebunden, die ausserhalb des staatlichen Steuerungsbereiches liegen. Ihr Mitwirken beruht auf Freiwilligkeit.

2. Der Vollzug

2.1 Die Haltung der GEF

2.1.1 Planerischer Vollzug

Die Konkretisierung und Umsetzung der Grundsätze der Spitalplanung für die psychiatrische Versorgung wurde weitgehend den Stützpunkten bzw. ihren Trägerschaften überlassen. Die GEF hat keine aktive Rolle wahrgenommen, sondern weitgehend reaktiv anhand der Anträge der Trägerschaften gesteuert. Ausnahmen bilden die Integration der ambulanten, teilstationären und stationären Strukturen beim Umbau der Psychiatrie im Raum Bern mit der Schaffung der Universitären psychiatrischen Dienste UPD sowie bei der Schaffung des Service psychiatrique du Jura bernois – Bienne Seeland SPJBB, welche beide auf Initiative der GEF realisiert wurden.

In planerischer Hinsicht hat die GEF keinen direkten Zugang zu den Stützpunkten. Dieser erfolgt immer über die Spitalträgerschaften (Aufgabenübertragungen; Projektanträge). Der Zugang zu den Stützpunkten ist abhängig von deren Unterstützung und Integration durch die Spitalträgerschaft (vgl. auch Teil III, Ziffer 6.1).

Die Psychiatriereform musste 1998 aus Kapazitätsgründen sistiert werden (vgl. Teil III / Ziffer 7).

2.1.2 Finanzieller Vollzug

Die gesetzlichen Grundlagen sehen eine finanzielle Steuerung in der Form einer Ressourcensteuerung vor. Seit einigen Jahren wird diese Vorgabe durch die Plafonierung der Staatsbeiträge übersteuert. Diese Deckelung bildet zur Zeit das einzige Steuerungskriterium.

Die finanziellen Strukturen der Stützpunkte sind unterschiedlich. Die Stützpunkte führen in unterschiedlichem Ausmass drittfINANZIerte Angebote (BSV, Fürsorgegelder, DrittfINANZierungen durch Vertragspartner), was die Transparenz sowohl auf der Leistungs- wie auch auf der Finanzierungseite erschwert. Hier wird eine Klärung angestrebt.

Für die Zukunft sieht die GEF die Einführung einer leistungsbezogenen integrierten Steuerung vor (vgl. Teil III / Ziffer 7).

2.1.3 Organisation des Vollzugs

In der internen Organisation der GEF sind die planerische und die finanzielle Steuerung der Stützpunkte – entgegen dem Konzept der Steuerungsämter – in getrennten Organisationseinheiten untergebracht. Der planerische Vollzug obliegt der Dienststelle Psychiatrie des Generalsekretariates, der finanzielle Vollzug der Abteilung Steuerung des Spitalamtes. Die Steuerung der Kliniken obliegt dagegen für beide Bereiche der Dienststelle Psychiatrie.

Die Trennung von planerischem und finanziellem Vollzug verstärkt die Distanz der GEF zu den Stützpunkten zusätzlich.

2.2 Die Haltung der Stützpunkte

2.2.1 Planerischer Vollzug

Alle Stützpunkte beurteilen die bestehende Psychiatrieplanung als zeitgemäss und im gesamtschweizerischen Kontext als vorbildlich.

Der Umsetzung des Konzeptes sind allerdings durch die fehlenden Finanzen Grenzen gesetzt:

- Dies betrifft zuerst die Ressourcen, die in den letzten Jahren plafoniert waren und Weiterentwicklungen ausschlossen, soweit sie nicht durch Ertragssteigerungen finanziert werden konnten. In diesen Fällen wurden sie durch die GEF ohne planerische Schranken akzeptiert.
- Betroffen sind aber strukturelle Ergänzungen durch neue Angebote. Drei der vier Stützpunkte haben bei der GEF Gesuche um die Schaffung stationärer Einrichtungen bzw. um deren Erweiterung eingereicht. Mit der bevorstehenden Eröffnung der Kriseninterventionsstation in Niederbipp konnte lediglich einem der Gesuche entsprochen werden.

Die mit der Sistierung der Psychiatriereform verbundene Reduktion der planerischen Steuerung auf Einzelvorhaben wie beispielsweise die Kriseninterventionsstation Niederbipp wird durch die Stützpunkte bedauert. Seitens der Stützpunkte wird eine übergeordnete planerische Steuerung durch die GEF und eine vertiefte Koordination der Angebote und Strukturen vermisst.

Alle Stützpunkte legen grosses Gewicht darauf, dass die enge Verknüpfung mit dem Akutspital erhalten bleibt (vgl. auch Teil III / Ziffer 6.1).

2.2.2 Finanzieller Vollzug

Die Stützpunkte werden seit einigen Jahren ausschliesslich über die Defizitvorgabe gesteuert. Weitere Kriterien für die Beitragsbemessung sind für die Stützpunkte nicht ersichtlich. Diese Praxis ist unbefriedigend und zeigt unerwünschte Effekte. Wir geben die genannten unerwünschten Auswirkungen nachfolgend wieder:

- Die Leistungen müssen vermehrt nach Ertragsgesichtspunkten ausgerichtet werden. Dies widerspricht dem Anliegen der Sozialpsychiatrie nach bedarfsgerechter Versorgung aller und insbesondere auch der wirtschaftlich schwachen Bevölkerungsgruppen.
- Eine Gleichbehandlung der Stützpunkte bzw. eine Annäherung der unterschiedlichen Strukturen ist nicht realisierbar.
- Die internen Strukturen werden präjudiziert. Beispielsweise ist es wirtschaftlich interessanter einen Psychiater anzustellen als einen Psychologen, da die Tarife für Mediziner höher angesetzt sind als für nichtmedizinische Therapeuten.
- Der Leistungsdruck steigt und gefährdet teilweise interne und externe Kommunikationsstrukturen, die für eine integrierte Behandlung und für die Zusammenarbeit mit den Schnittstellenpartnern wichtig sind.

Hinsichtlich des finanziellen Vollzugs äussern die Stützpunkte die folgenden Bedürfnisse:

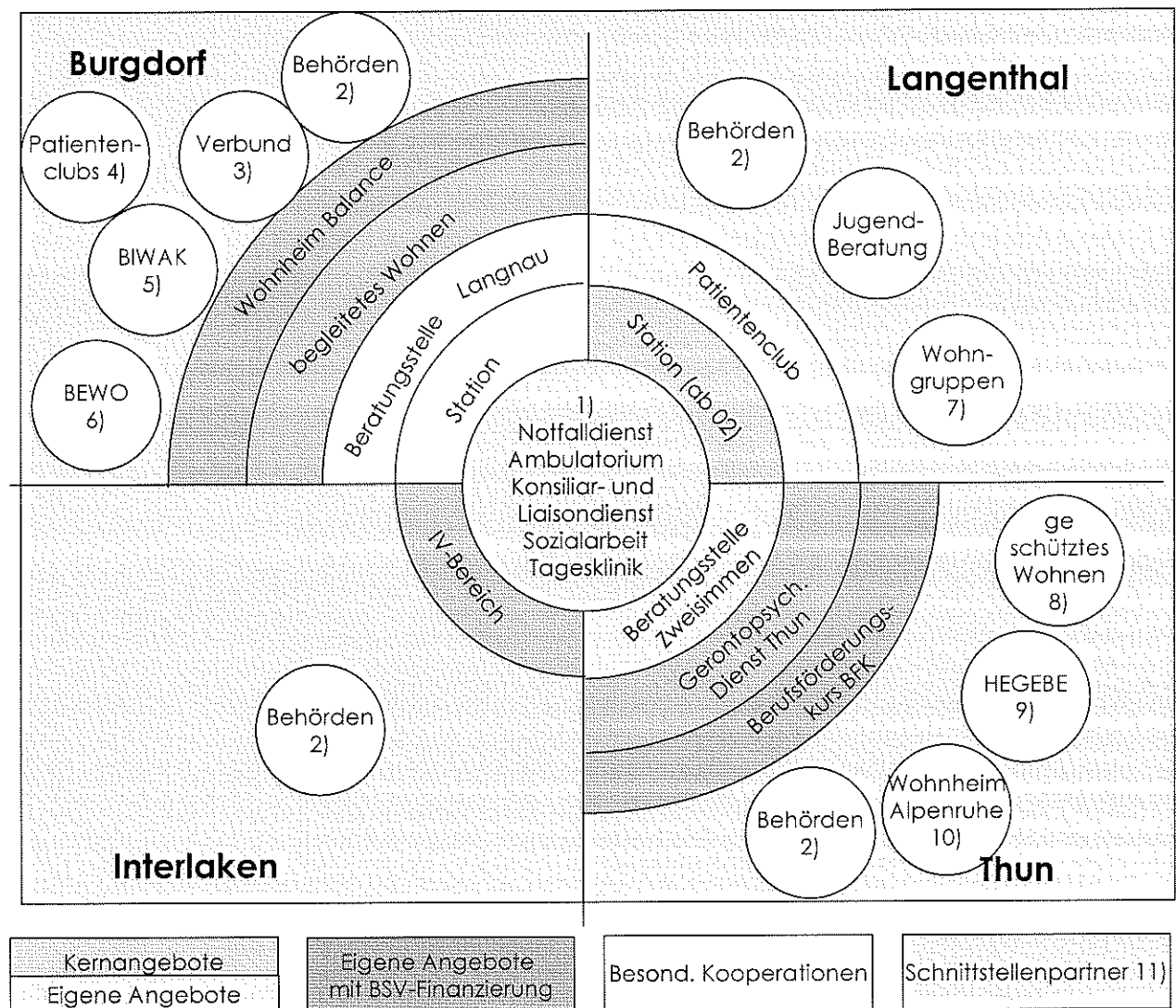
- Die finanzielle Steuerung muss (wieder) aus versorgungspolitischer Sicht erfolgen. Die Oekonomisierung darf nicht dazu führen, dass rentable Angebote gegenüber benötigten Angeboten bevorzugt werden. Dieses Anliegen gewinnt an Gewicht angesichts der drohenden Rationierung der Versorgungsleistungen.

- Schaffung verbesserter Führungs- und Steuerungsinstrumente durch die Einführung vergleichbarer Kosten- und Leistungsrechnungssysteme und die Wiederbelebung der ambulanten Psychiatriestatistik;
- Annäherung der Finanzierung an leistungsorientierte Kriterien.
- Kosten- und Stellenplananalysen der einzelnen Stützpunkte und ihrer Leistungsangebote.
- Prüfung einer Finanzierungslösung auf der Basis von Pro-Kopf-Beiträgen.

3. Das Leistungsangebot der Stützpunkte

3.1 Das Leistungsangebot im Überblick

Die Angebote der Stützpunkte wurden im Lauf der Jahre kontinuierlich ausgebaut. Entsprechend dem sehr offen formulierten Leistungsauftrag zeigen sie heute sowohl einen unterschiedlichen Umfang wie auch unterschiedliche Ausprägungen. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über das Leistungsangebot.



- 1) Kernaufgaben der Stützpunkte.
- 2) Regierungsstatthalter, Amtsgerichte, Vormundschafts- und Fürsorgebehörden.
- 3) Verbund der Institutionen für geistig Behinderte Emmental.
- 4) Patientenclubs Burgdorf und Langnau.
- 5) BIWAK: Behandlungszentrum für heroingestützte Therapie

- 6) BEWO Oberburg: Unterstützung des Kaders und monatliche Team-Supervision
- 7) Betreute Wohngruppen und Notschlafstelle für psychisch Behinderte
- 8) Verein zur Eingliederung psychisch Behinderter VEPB.
- 9) HEGEBE: Heroingestützte Behandlungsstelle. Durch den Stützpunkt massgeblich mit initiiert. Heute unter eigener Trägerschaft.
- 10) Durch den Stützpunkt massgeblich mit initiiert.
- 11) Kliniken, niedergelassene Psychiater und niedergelassene Hausärzte.

Die Unterschiede sind Ausdruck der historischen Entwicklung der Stützpunkte, der gegebenen Umfeldfaktoren und der Prioritätensetzungen durch die Stützpunktleitungen. Namentlich folgende Faktoren wirken prägend:

- Institutionelles Umfeld und Nähe zu einer psychiatrischen Klinik
- Dichte der regionalen Versorgung durch niedergelassene Psychiater
- Wirtschaftsstruktur / wirtschaftliche Situation
- Psychiatrische Vision und Initiative der Stützpunktleitungen
- Unterstützung durch die Trägerschaften sowie Wertschätzung und Entwicklungsdynamik

Die unterschiedliche Entwicklung der Stützpunkte entspricht der planerischen Offenheit der Vorgaben. Sie bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgung in den einzelnen Regionen und dürfte auch Auswirkungen in der Wirksamkeit haben. Diese Aspekte werden in Teil IV des Berichtes vertieft ausgeleuchtet.

Die Unterschiedlichkeit der Strukturen erschwert auch eine konzentrierte Reaktion der Psychiatrie auf neue Herausforderungen. Sie wird in den gegebenen finanziellen Engpässen auch die von allen Beteiligten gewünschte Psychiatriereform erschweren. Auf diese Aspekte gehen wir in Teil V des Berichtes näher ein.

3.2 Die Kernangebote

Auch ohne konkrete und bindende planerische Vorgabe besteht hinsichtlich der Kernangebote ein offensichtlicher Konsens unter den Stützpunkten. Alle bieten Notfalldienst, Konsiliar- und Liaisondienst, Ambulatorium und Tagesklinik an. Ein Konsens besteht ebenso darin, dass sich alle Stützpunkte explizit als sozialpsychiatrische Einrichtungen verstehen. An allen Stützpunkten ist die Sozialarbeit verankert, sei dies als integriertes Angebot oder als eigene Organisationseinheit (Sozialdienst).

Die Ausgestaltung der Kernangebote unterscheidet sich dagegen zwischen den einzelnen Stützpunkten, was auch auf unterschiedliche Differenzierungen des Begriffs der Sozialpsychiatrie schliessen lässt. Wir stellen die Ausprägungen im folgenden vor.

Die Angebote wenden sich grundsätzlich an Erwachsene sowie an gerontopsychiatrische Klientinnen und Klienten. Als einziger Stützpunkt führt Thun den gerontopsychiatrischen Dienst als eigene Einheit im Organigramm.

3.2.1 Notfalldienst

Alle Stützpunkte bieten einen Notfalldienst rund um die Uhr an. Drei der vier Stützpunkte bieten diesen in der Form eines integrierten Notfalldienstes gemeinsam mit allen oder Teilen der niedergelassenen PsychiaterInnen an; diese sind in das Notfallkonzept der Stützpunkte integriert und werden durch diese koordiniert.

In Thun wird der psychiatrische Notfalldienst ausschliesslich von den Ärztinnen und Ärzten des Stützpunktes wahrgenommen. Die niedergelassenen PsychiaterInnen partizipieren hier am allgemeinen Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte. Ein Antrag der niedergelassenen Psy-

chiaterInnen auf die Schaffung eines eigenen psychiatrischen Notfalldienstes wurde vom Bezirksärzteverein abgelehnt, dies offensichtlich aus den beiden folgenden Gründen:

- Die Hausärzte sind mit dem psychiatrischen Notfalldienst des Stützpunktes gut versorgt;
- Mit der Schaffung eines eigenen Notfalldienstes der niedergelassenen PsychiaterInnen hätte der allgemeine Notfalldienst der niedergelassenen ÄrztInnen personelle oder finanzielle (Ersatzabgaben) Ressourcen verloren.

Seitens des Stützpunktes wurde der Versuch unternommen, einen integrierten psychiatrischen Notfalldienstes von Stützpunkt und niedergelassenen PsychiaterInnen zu schaffen. Die niedergelassenen PsychiaterInnen waren zu einer Zusammenarbeit in diesem Notfalldienst nicht bereit.

Die Notfallversorgung erfolgt in der Regel in der Notfallpforte des Spital. Burgdorf arbeitet im Notfalldienst streng nach dem Prinzip der Subsidiarität. Notfälle werden nur nach einer Erstbegutachtung durch eine Fachperson und ausschliesslich am Spital aufgenommen. Die drei anderen Stützpunkte bieten den Notfalldienst in unterschiedlichem Ausmass bei Bedarf auch vor Ort an (Hausbesuche), wobei hier Langenthal die intensivste Praxis zu haben scheint und Thun sich auf Hausbesuche bei bereits bekannten PatientInnen und in indizierten Ausnahmefällen beschränkt.

3.2.2 Konsiliar- und Liaisondienst

Alle Stützpunkte bieten einen Konsiliar- und Liaisondienst an. Die Leistungen des Konsiliar- und Liaisondienstes stehen sowohl den Akutspitälern des Versorgungsgebietes, den niedergelassenen ÄrztInnen wie auch den Langzeiteinrichtungen und Fürsorgeheimen offen.

Seitens der Akutspitäler wird der Konsiliar- und Liaisondienst insbesondere vom Spital in Anspruch genommen. Dies ist nicht überraschend, da diese die Mehrheit der Akutpatienten der Spitalregion versorgen, die Distanzen minimal sind und direkte persönliche Beziehungen (neben informellen Bezügen auch via Ärztekollegium) bestehen.

Die beiden Stützpunkte Thun und Burgdorf betreiben zudem Beratungsstellen an den Spitälern Zweisimmen bzw. Langnau, die zwei (Zweisimmen) bzw. einen (Langnau) Halbtage pro Woche geöffnet sind. Diese sind auch mit konsiliarischen Aufgaben betraut.

Die konsiliarische Praxis für Langzeiteinrichtungen und Fürsorgeeinrichtungen ist unterschiedlich. Während die konsiliarische Beratung in Interlaken ausschliesslich im Ambulatorium stattfindet, bieten die anderen Stützpunkte in unterschiedlichem Ausmass auch konsiliarische Leistungen in den benachbarten Einrichtungen an. Die Konsilien für niedergelassene ÄrztInnen finden durchwegs ausschliesslich in den Ambulatorien statt.

3.2.3 Ambulatorium

Alle Stützpunkte verfügen über Ambulatorien, welche Triage, Krisenintervention, therapeutische und betreuerische Angebote führen. Während Triage und Krisenintervention durchwegs vergleichbar sind, sind in den therapeutischen Angeboten Unterschiede festzustellen. Diese erklären sich zum einen durch die unterschiedliche Verfügbarkeit lokaler Alternativen (niedergelassene PsychiaterInnen), zum anderen sind sie Ausdruck des unterschiedlichen Angebotes und des unterschiedlichen Verständnisses der sozialpsychiatrischen Versorgung:

- Die Arbeit des Ambulatoriums in Burgdorf konzentriert sich auf Triage und Krisenintervention. Für länger dauernde Therapien werden die Klientinnen und Klienten an die niedergelassenen PsychiaterInnen überwiesen. Innerhalb des Ambulatoriums können sie nicht angeboten werden, da ein erheblicher Teil des beschränkten Stellenplanes für die Station eingesetzt werden muss und das Ambulatorium damit mit Triage und Krisenintervention voll ausgelastet ist.
Die Mehrzahl der Fachärzte des Stützpunktes sind im Rahmen einer teilzeitlichen Praxistätigkeit auch therapeutisch tätig.

- Das Thuner Ambulatorium bietet auch kurz- und längerfristige Therapien an, dies insbesondere für Patientinnen und Patienten, die einer integrierten Behandlung (Psychotherapie, Medikation und soziale Integration) bedürfen.
- Interlaken verfügt über deutlich weniger niedergelassene PsychiaterInnen als Thun und Burgdorf. Dadurch nimmt der Stützpunkt eine wichtige Stellung in der therapeutischen Versorgung der Bevölkerung ein. Dementsprechend ist das Angebot des Stützpunktes Interlaken an Kurz- und Langzeittherapien deutlich höher als in den beiden vorgenannten Stützpunkten.
- Auch in Langenthal ist die Zahl der Niedergelassenen begrenzt, auch hier nimmt das Ambulatorium eine wichtige Stellung in der therapeutischen Versorgung der Bevölkerung ein. Als Ergänzung und Spezialität werden die nonverbalen Therapien bezeichnet.

3.2.4 Sozialarbeit

An allen vier Stützpunkten ist die Sozialarbeit verankert in der Form eines integrierten Angebotes oder einer eigenen Organisationseinheit, dem Sozialdienst. Die sozialarbeiterischen Aufgaben konzentrieren sich auf die Unterstützung der Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensumfeld und gegenüber den Behörden. Die Sozialarbeit bildet einen wichtigen Bestandteil der integrierten sozialpsychiatrischen Betreuung und der Reintegration von Patientinnen und Patienten.

3.2.5 Tagesklinik

Alle vier Stützpunkte führen eine Tagesklinik. Zielsetzungen und Konzepte sind vergleichbar. Unmittelbares Ziel der Tageskliniken ist, die Klientinnen und Klienten beim Wiederfinden einer Tagesstruktur zu unterstützen und die Bewältigung von Alltagssituationen auf den Ebenen Wohnen, Arbeiten und Sozialbereich üben zu können. Begleitend werden Therapien angeboten, die Sozialdienste unterstützen bei der Klärung persönlicher Fragestellungen und der Reintegration. Längerfristiges Ziel ist das Erreichen einer möglichst unabhängigen Lebensführung.

Diesen Zielsetzungen entsprechend sind die Aufenthalte in den Tageskliniken auf Monate bis zu einem Jahr angesetzt. In den Stützpunkten Thun und Burgdorf ist der Besuch des vollen Wochenprogramms der Tagesklinik obligatorisch.

3.3 Weitere eigene Angebote und besondere Kooperationen

Neben den Kerndienstleistungen führen die Stützpunkte ein breites und diversifiziertes Angebot weiterer Leistungen. Die wichtigsten sind in der Folge dargestellt. Verschiedene Angebote des Stützpunktes in den Bereichen Vernetzung und Gemeinwesenarbeit sprengen den Rahmen der Erfolgskontrolle und können darum nicht explizit aufgenommen werden. Dies soll die Bedeutung dieser Angebote keineswegs schmälern.

3.3.1 Burgdorf

Zusätzlich zu den ambulanten und teilstationären Kernangeboten führt der Stützpunkt Burgdorf eine psychiatrische Station. Planerisch sind 11 Betten vorgesehen, aufgrund der hohen Nachfrage werden heute 13 Betten betrieben. Eine Aufstockung der Station konnte nicht realisiert werden.³

³ Der Stützpunkt hat 1996 einen Vorstoss zur Aufstockung der stationären Kapazitäten gemacht. Das Gesuch um Aufstockung der Station von 11 auf 20 Betten unter Übertragung stationärer Kapazitäten vom PZM scheiterte an der einvernehmlichen Bettenübertragung vom PZM nach Burgdorf.

Seit 1988 wird in Oberburg das Wohnheim Balance (ehemals Wohnheim Schlössli) betrieben mit dem Ziel der Reintegration psychisch Behinderter. Das Wohnheim wurde gemeinsam mit der BEWO Oberburg realisiert. Es steht unter der Trägerschaft des Regionalspitals Emmental RSE. Anstellungen und Rechnung laufen über den Stützpunkt. Der Betrieb wird durch das BSV massgeblich finanziert. Entsprechend den Auflagen des BSV steht das Wohnheim unter nichtärztlicher Leitung. Mittelfristig soll eine Ausgliederung realisiert werden.

Für den Verbund der Institutionen für geistig Behinderte Region Emmental-Oberaargau ist ein am Stützpunkt angestellter 50%-Oberarzt tätig, der durch den Verbund finanziert wird. Der Verbund umfasst 5 Institutionen, denen im Rahmen der vertraglichen Regelung Beratung, Supervision und Spezialsprechstunden angeboten werden.

Die Freizeitclubs Burgdorf und Langnau wurden durch den Stützpunkt initiiert und unterstützt. Die beiden Freizeitclubs werden vorwiegend von Freiwilligen geführt.

In der heroingestützten Behandlungsstelle Burgdorf (BIWAK) wird eine 50%-Oberarztstelle durch den Stützpunkt geführt (finanziert durch den Trägerverein), womit die ärztliche Verantwortung des BIWAK im Stützpunkt Burgdorf liegt. Gleichzeitig sitzt der Chefarzt als Mitglied im Vorstand des Trägervereins.

3.3.2 Interlaken

Die Kernangebote des Stützpunktes werden durch den Betrieb einer Tagesstätte für psychisch Behinderte ergänzt. Die Tagesstätte ist örtlich mit der Tagesklinik zum sogenannten Tageszentrum zusammengefasst.

Organisatorisch bildet die Tagesstätte Bestandteil des Stützpunktes und ist auch in die Stützpunktrechnung integriert, wird allerdings durch das BSV mit finanziert. Entsprechend den Auflagen des BSV steht die Tagesstätte unter nichtärztlicher Leitung.

3.3.3 Langenthal

Als wichtiger Partner wird die Jugend-, Eltern- und Drogenberatung bezeichnet. Die MitarbeiterInnen des Stützpunktes wirken an dieser Beratungsstelle mit.

Ab Januar 2002 betreibt der Stützpunkt am Spital Niederbipp eine Kriseninterventionsstation mit 16 Betten. Die notwendigen Betriebs- und Baukredite wurden vom Regierungsrat im Februar 2001 bewilligt. Die Gründe für diesen betrieblichen Ausbau sind im RRB 0507 vom 7. Februar 2001 eingehend dokumentiert.

Mit der Klinik SGM findet keine Zusammenarbeit statt.

3.3.4 Thun

Thun bietet einen Berufsförderungskurs (BFK) mit 8 Plätzen an. Im Rahmen der beruflichen Reintegration werden im BFK berufliche Massnahmen gemäss der IV-Gesetzgebung (berufliche Eignungsabklärungen, Vermittlung von Praktika) durchgeführt. Der BFK deckt mit seinem Leistungsangebot praktisch den ganzen Kanton ab. Rund 50% der Betreuten stammen von ausserhalb der Spitalregion Thun. Der BFK kann dank der BSV-Beiträge selbsttragend geführt werden.

Im Rahmen der beruflichen Reintegration wurde ferner der Thuner Sozial-Oskar geschaffen, der Unternehmen mit einem besonderen Engagement in der Wiedereingliederung psychisch Behinderter verliehen wird.

Der Stützpunkt war massgeblich an der Schaffung der Thuner Heroinabgabestelle beteiligt. MitarbeiterInnen des Stützpunktes übernahmen das psychiatrische Coaching des Personals

der Heroinabgabestelle. In der Zwischenzeit ist die Trägerschaft an einen Verein übergegangen und die Stelle ist ärztlich dem integrierten Drogendienst der UPD unterstellt. Der stellvertretende Chefarzt des Stützpunktes nimmt die Supervision wahr, der Chefarzt ist Vorstandsmitglied des Trägervereins.

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem „Verein zur Eingliederung psychisch Behinderter“ (VEPB), der neben Wohngemeinschaften auch ein vom Stützpunkt initiiertes Projekt „Gemeinsames Wohnen Thun“ (GWT) stellt. Auch im Werkstättenbereich (Zusammenarbeit mit dem SPAZ) bestehen enge Kontakte. Eine weitere enge Zusammenarbeit (Supervision und Konsilien) besteht mit der Stiftung „Alpenruhe“ Saanen, an deren Gründung der Stützpunkt massgeblich beteiligt war.

3.4 Die Dienstleistungen für Behörden

Alle Stützpunkte erbringen Dienstleistungen für die Justiz- und Sozialbehörden. Zuhanden der Amtsgerichte werden Expertisen erstellt, Kriseninterventionen (namentlich bei Paaren) vorgenommen sowie ambulante Massnahmen für Delinquente durchgeführt. Für die Regierungsstatthalter übernehmen die Stützpunkte die Triage und – sofern angezeigt – die Einweisung von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen des fürsorglichen Freiheitsentzugs FFE zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden müssen. Vormundschafts- und Fürsorgebehörden werden durch Abklärungen entlastet. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten der Stützpunkte durch die SozialarbeiterInnen der Stützpunkte entlastet die regionalen Sozialdienste der Gemeinden.

3.5 Ausbildung

In der Ausbildung sind die Stützpunkte namentlich in der fachärztlichen Weiterbildung tätig. Die vier Stützpunkte verfügen insgesamt über rund 12 Assistenzarzt-Stellen und unterstützen die in der Psychiatrie wichtige Nachwuchsförderung.

Ferner bieten die Stützpunkte Praktikumsstellen für Pflegeberufe, Sozialarbeit, MedizinstudentInnen, PsychologiestudentInnen und Ergotherapie. Da sich hierzu die Angaben der Stützpunkte und die Stellenplanbudgets der GEF nicht decken verzichten wir auf eine Quantifizierung. Der Stützpunkt Thun verfügt auch über eine jeweils befristete Rotations-Weiterbildungsstelle für klinische PsychologInnen.

3.6 Förderung der Niederlassung von PsychiaterInnen

Die Spitalplanung weist den Stützpunkten die Aufgabe zu, die Niederlassung praktizierender Psychiater in unterversorgten Gebieten zu fördern.

Mit der Schaffung der Stützpunkte wurde die psychiatrische Versorgung regionalisiert. In der Wahrnehmung der Stützpunkte wurde dadurch auch die Attraktivität der Standortgemeinden der Stützpunkte für die Niederlassung von PsychiaterInnen erhöht. Sowohl Langenthal wie auch Burgdorf, Thun und Interlaken stellen eine Erhöhung der niedergelassenen PsychiaterInnen seit ihrer Eröffnung fest, dies in absteigendem Mass in der Reihenfolge der Nennungen. Oft sind es ehemalige OberärztInnen der Stützpunkte, die sich in dessen Sitzgemeinde niederlassen.

Einige Praxen werden allerdings teilweise als Teilzeitpraxen und dies mit teilweise sehr geringen Pensen geführt. Die Praxen in Langenthal werden von ausserkantonalen PatientInnen stark beansprucht.

Trotz dieser festgestellten Zunahme konnte das spitalplanerische Ziel einer ausgeglicheneren Versorgung nicht erreicht werden. Wie alle SpezialärztInnen orientieren sich auch die PsychiaterInnen bei der Wahl ihres Standortes an dessen Zentrumscharakter. Aus diesem Grund er-

staunt es nicht, dass die Zunahme im Betrachtungszeitraum in Interlaken am geringsten ausfiel.

Die heutige geografische Dichte umschreiben wir in der folgenden Tabelle:

Stützpunkt	Niedergelassene in der Spitalregion absolut	Niedergelassene im Sitz-Spitalbezirk absolut	Niedergelassene in der Spitalregion pro 100'000 Einwohner	Niedergelassene im Sitz-Spitalbezirk pro 100'000 Einwohner
Burgdorf	13	7 1)	11.65	14.59
Interlaken	5	4	8.93	13.61
Langenthal	9	8	12.15	21.42
Thun	17	13 2)	10.77	16.97

1) Drei der sechs nicht im Sitzbezirk niedergelassenen PsychiaterInnen sind in den Stadt-Bern orientierten Gemeinden Moosseedorf, Urtenen und Worb beheimatet.

2) Drei der vier nicht im Sitzbezirk niedergelassenen PsychiaterInnen sind im regionalen Subzentrum Spiez tätig.

Im Vergleich dazu weist der Spitalbezirk Bern eine ungleich viel höhere Dichte auf: Hier sind 72.7 niedergelassene PsychiaterInnen pro 100'000 Einwohner tätig. Die Bedeutung des Zentrumscharakters für die Niederlassung spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Dichten der vier Stützpunkt-Sitz-Spitalbezirke. Die Spitzenposition Langenthals dürfte sich dabei weniger durch die Urbanität der Stadt Langenthal als vielmehr durch die relative Distanz zu anderen Zentren erklären.

3.7 Wünschbare Angebotserweiterungen

Die Stützpunkte wurden auch hinsichtlich der wünschbaren Entwicklung Ihres Angebots (Zeithorizont 2006) befragt.

Neben der Anpassung der Stellenpläne (und für Interlaken auch der Infrastrukturen) an die bestehenden Aufgaben bilden sich in den Ausbauwünschen die vier folgenden Grundanliegen ab:

- Angleichung der Angebotsstrukturen der Stützpunkte.
- Schaffung geeigneter Strukturen für die Bewältigung der Herausforderungen in der Gerontopsychiatrie. Hier gehen die Vorstellungen von der Einrichtung ambulanter gerontopsychiatrischer Dienste über die Schaffung einer gerontopsychiatrischen Tagesstruktur bis hin zum Aufbau einer gerontopsychiatrischen Station.
- Ergänzung der Stützpunkte mit ausreichend grossen Kriseninterventionsstationen.
- Ergänzung der komplementären Einrichtungen im Wohn- und Arbeitsbereich.

Daneben äussern die vier Stützpunkte auch spezifische Erweiterungsanliegen:

Interlaken	• Einrichtung einer heroingestützten Behandlungsstelle HEGEBE.
Burgdorf	• Ausdehnung des Leistungsangebots des Ambulatoriums durch Erhöhung der Personaldotation • Ausweitung der stationären Angebote auf eine wirtschaftlich sinnvolle Grösse der Station (16 bis 20 Betten) • Vermehrte Möglichkeit der Pflege zur beratenden Tätigkeit in der Spitex und in den Altersinstitutionen • Schaffung eines niederschweligen Beschäftigungsangebotes.
Langenthal	• Schaffung eines sehr niederschweligen Angebotes als Anlaufstelle für psychisch labile oder kranke Menschen. • Schaffung einer ambulanten Krisenequipe, welche Interventionen vor Ort und Therapien zuhause anbieten kann.

Thun	• Gute Möglichkeiten für die psychiatrische Abklärung zusätzlich zum sozial-psychiatrischen Auftrag • Räumliche Erweiterung und bauliche Sanierung der Tagesklinik
------	---

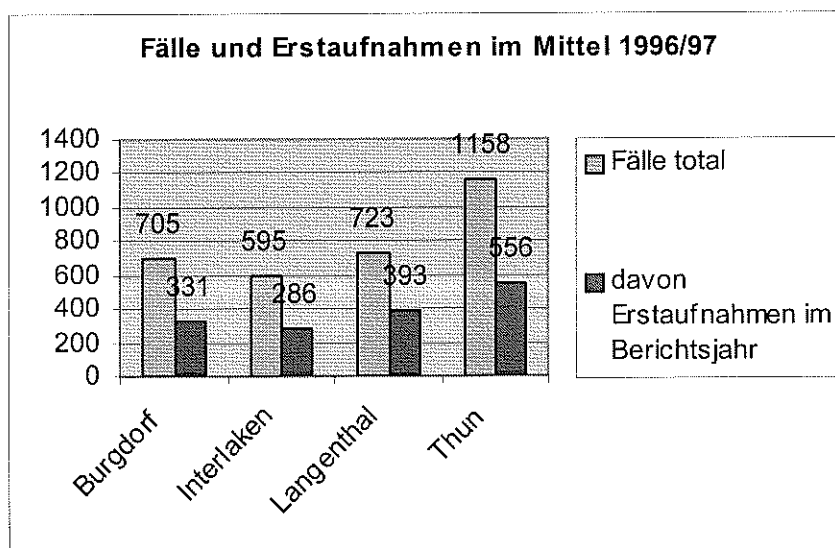
4. Erbrachte Leistungen und Inanspruchnahme der Angebote

4.1 Leistungen 1996/97

Eine vollständige Leistungs- und Patientenstatistik liegt für den Betrachtungszeitraum nur für die Jahre 1996/97 vor. Wir stellen das quantitative Leistungsangebot darum anhand ausgewählter Grafiken dieser beiden Jahre vor. Ein detaillierter Kennzahlensatz für diese beiden Jahre findet sich in Anhang 3 des Berichtes.

4.1.1 Fälle und Erstaufnahmen

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Gesamtheit der Fälle und Erstaufnahmen, die in den vier Stützpunkten im Mittel der Jahre 1996/97 betreut wurden.

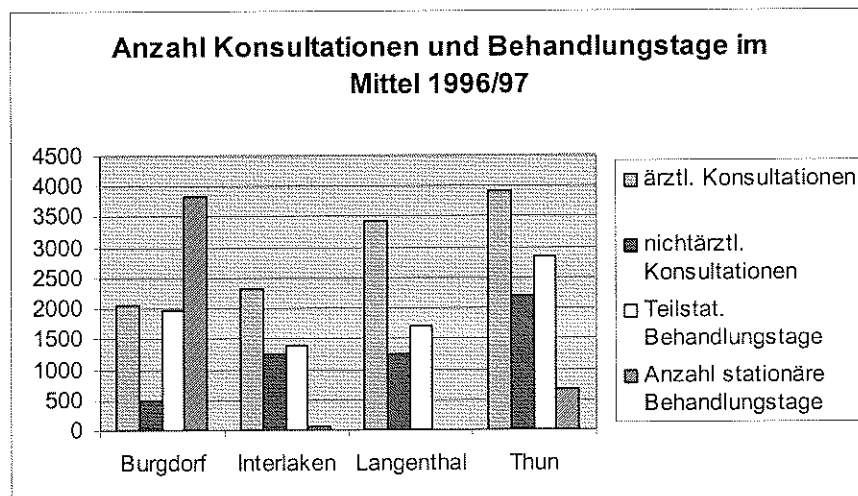


Burgdorf und Thun, die über ähnliche Ressourcen (vgl. Teil III, Ziffer 5.2) verfügen, weisen unter sich ebenso unterschiedliche Fallzahlen auf wie Interlaken und Langenthal, die ebenfalls vergleichbare Ressourcen aufweisen. Aus diesen Unterschieden lässt sich nicht auf unterschiedliche Leistungsfähigkeit oder Auslastung der Stützpunkte schliessen. Sie sind zuerst Ausdruck des unterschiedlichen Leistungsangebotes, wie es in Kapitel 3 eingehend dargestellt wurde und wie es auch in der folgenden Grafik zum Ausdruck kommt.

Eine Interpretation der Auswirkungen der unterschiedlichen Leistungsstrukturen der Stützpunkte nehmen wir im Verbund mit den weiteren Erhebungsergebnissen in Teil IV des Berichtes vor.

4.1.2 Konsultationen und Behandlungstage

Die Grafik illustriert die unterschiedliche Ausrichtung der Leistungsangebote.



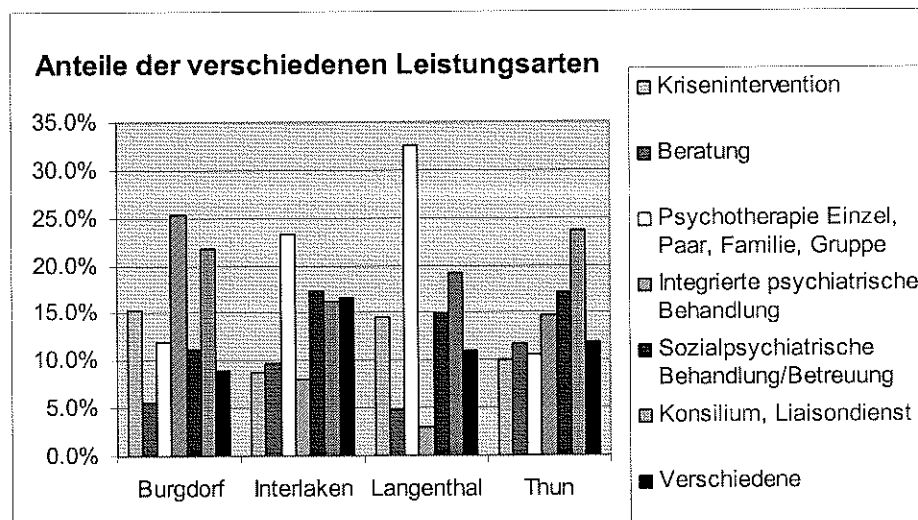
Die psychiatrische Station hat grosses Gewicht im Leistungsangebot des Stützpunktes Burgdorf. Interlaken, Thun und Langenthal zeigen ein ähnliches Leistungsprofil, wobei die ärztlichen Aktivitäten in Langenthal prozentual ausgeprägter sind als in Thun und Interlaken. In der Grafik nicht enthalten sind die teilstationären Leistungen von Interlaken im BSV-Tageszentrum (rund 4'000 Aufenthaltstage im Jahr 1996) sowie von Thun im Berufsförderungskurs BFK (1'240 Präsenztage im Jahr 1996).

Die an den verfügbaren Mitteln bemessen vergleichsweise tieferen Fallzahlen in Burgdorf und Interlaken sind durch den vergleichsweise hohen Anteil an stationärer bzw. teilstationärer Betreuung bedingt. Diese Betreuungsformen binden mehr Ressourcen als die in Langenthal und Thun ausgeprägtere ambulante Versorgung.

Ohne detaillierte Kosten- und Leistungsrechnung ist eine vertiefte Analyse der unterschiedlichen Leistungsstrukturen der vier Stützpunkte leider nicht möglich.

4.1.3 Anteile der verschiedenen Leistungsarten

Die folgende Grafik gibt einen Einblick in die Ausrichtung der therapeutischen und betreuerischen Arbeit der Stützpunkte.



Bei der Interpretation der Grafik ist zu berücksichtigen, dass die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Leistungsarten teilweise weich sind und einigen Interpretationsspielraum zulassen. Die Aussagekraft der Grafik wird damit aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt, da die Interpretation in der Zuordnung der Leistungen auf die einzelnen Leistungsarten implizite auch das Selbstverständnis der Stützpunkte abbildet.

Das Bild ist differenziert. Auffallend sind die hohen Psychotherapeutischen Anteile in Langenthal und Interlaken, während Burgdorf ein ausgeprägtes Schwergewicht in der integrierten psychiatrischen Behandlung zeigt. Thun zeigt insgesamt die ausgewogenste Verteilung seiner Leistungen unter den verschiedenen Leistungsarten sowie den höchsten Anteil des Konsiliar- und Liaisondienstes.

4.1.4 Bedeutung der Zuweiser

Die Zuweiserstruktur ist in der folgenden Tabelle abgebildet. Die Tabelle wurde aufgenommen, weil sie einen Einblick in die Bedeutung und Funktion der Stützpunkte im Versorgungsnetz bietet:

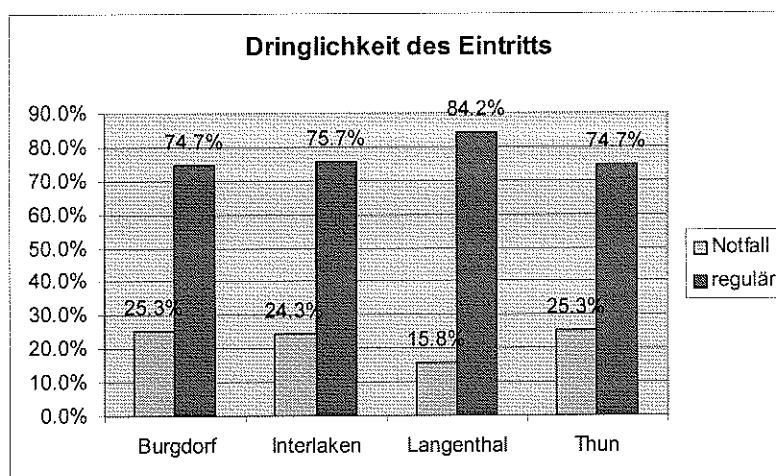
Zuweisende Stelle	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Selbsteinweisung / Einweisung durch Laien	10.4%	29.4%	25.1%	19.0%
Zuweisung durch niedergelassenen Arzt	27.9%	20.8%	23.7%	14.8%
Zuweisung durch niedergelassenen Psychiater	5.8%	1.7%	0.9%	2.8%
Zuweisung durch Therapeuten	0.5%	0.1%	0.7%	0.6%
Zuweisung durch Akutspital	30.9%	28.6%	31.3%	35.2%
Interne Zuweisung (Überweisung)	12.6%	3.9%	4.7%	8.6%
Zuweisung durch psychiatrische Klinik	2.7%	4.1%	4.7%	8.5%
Zuweisung durch Beratungsstelle	1.8%	3.9%	2.7%	1.9%
Zuweisung durch Behörden	2.2%	2.4%	2.8%	4.7%
Verschiedene	5.3%	4.9%	3.4%	3.8%

Die Tabelle zeigt, dass der höchste Anteil der Einweisungen über das Akutspital erfolgt. Sie belegt damit die Bedeutung der Ansiedlung der Stützpunkte an den Akutspitalern.

- Die Selbsteinweisungen bilden fast durchwegs die zweitgrösste Gruppe der Einweiser. Ausnahme bildet hier Burgdorf, welches im Notfallbereich streng nach dem Prinzip der Subsidiarität arbeitet.
- Einen hohen Stellenwert haben die Einweisungen durch praktizierende Ärztinnen und Ärzte. Diese liegt in Burgdorf, welches im Notfallbereich konsequent die Subsidiarität beachtet, am höchsten.
Bei der Interpretation der Zuweiserstruktur muss beachtet werden, dass auch die meisten Zuweisungen in das Akutspital über die praktizierenden ÄrztInnen erfolgen. So gesehen bilden diese die wichtigste Zuweisergruppe.
- Die internen Überweisungen liegen in Burgdorf am höchsten. Dies erstaunt nicht, da mit der Station zusätzliche interne Überweisungen entstehen.
- Die psychiatrischen Kliniken wiesen einen Teil ihrer PatientInnen nach abgeschlossener stationärer Behandlung den Stützpunkten zur Nachbetreuung zu. Thun als geografisch nächster Stützpunkt zu einer psychiatrischen Klinik weist den deutlich höchsten Anteil solcher Zuweisungen auf.

4.1.5 Dringlichkeit der Eintritte

Der Anteil der Notfalleintritte lag im Mittel der Jahre 1996/97 bei 25%; für den Ausreisser Langenthal mit lediglich knapp 16 % haben wir keine Erklärung gefunden.



Insgesamt zeigt die Grafik, dass die Stützpunkte bei der psychiatrischen Notfallversorgung mitwirken. Gemäss den Aussagen der Stützpunktleitungen hat die Zahl der Notfälle in den letzten Jahren zugenommen. Für Thun ist dies auch statistisch belegt. Die Zahl der Notfalleintritte hat hier von 207 im Jahr 1996 auf 574 im Jahr 2001 zugenommen. Damit übernehmen die Stützpunkte auch eine Entlastungsfunktion für die niedergelassenen ÄrztInnen und die psychiatrischen Kliniken.⁴

4.1.6 Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss

Auch diese Tabelle erlaubt einen Einblick in die Bedeutung und Funktion der Stützpunkte in der Behandlungskette.

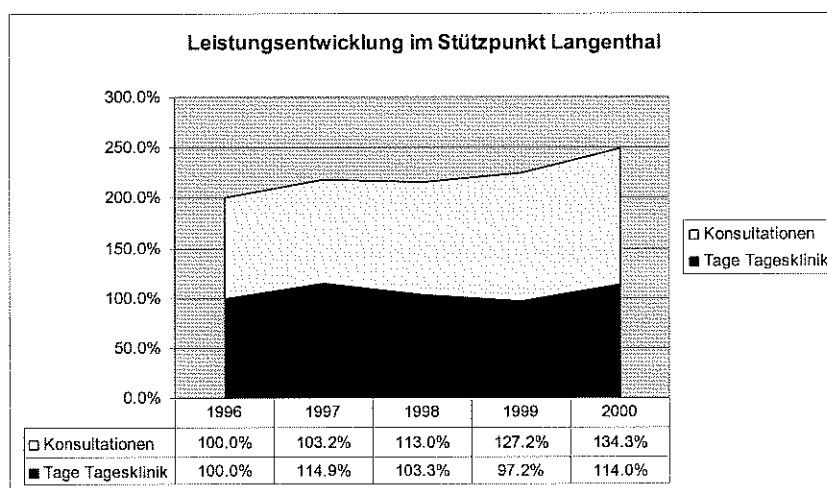
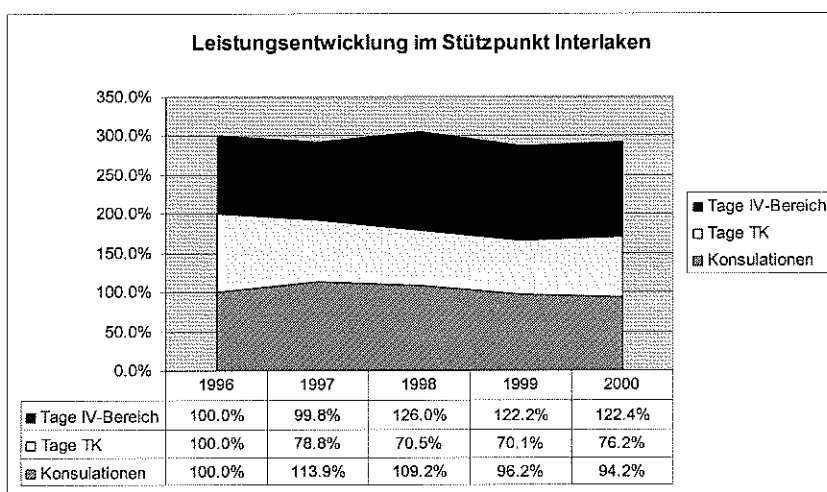
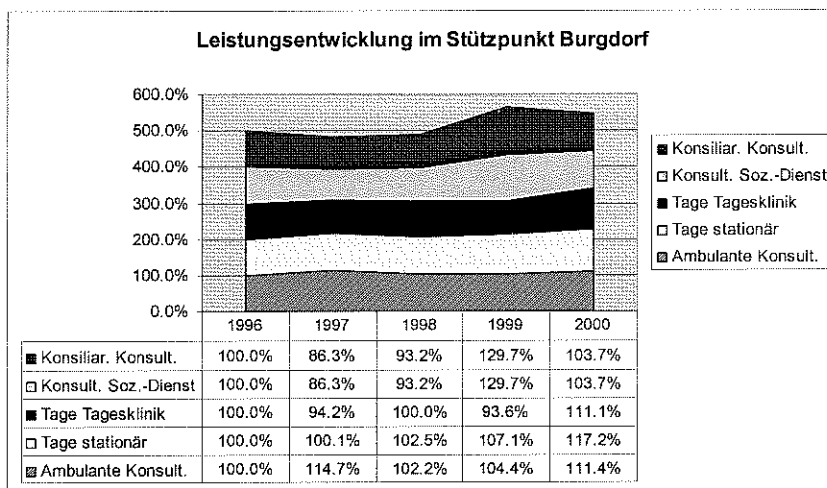
Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
an Laien	0.5%	1.7%	1.2%	1.4%
an niedergelassene Ärzte	31.8%	26.4%	23.3%	30.5%
an niedergelassene Psychiater	17.8%	5.9%	5.4%	11.7%
an Therapeuten	3.0%	0.6%	1.3%	1.8%
an ein Akutspital	15.1%	10.5%	22.9%	9.7%
Interne Überweisung	10.7%	7.2%	5.9%	10.7%
an eine psychiatrische Klinik	6.2%	12.3%	6.6%	13.7%
an eine Beratungsstelle	3.6%	4.5%	4.1%	2.7%
an Behörden	2.1%	2.1%	1.3%	3.6%
Verschiedene	7.4%	12.7%	8.3%	5.6%
Keine	1.6%	16.0%	19.7%	8.5%

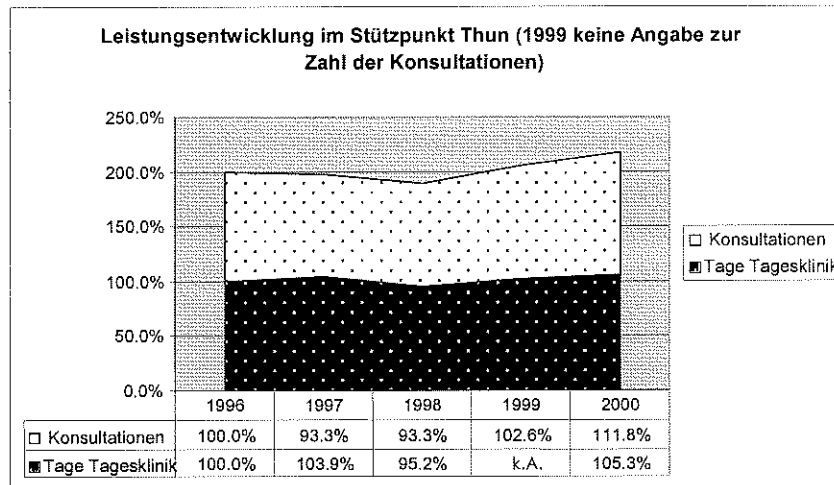
In allen Stützpunkten steht an erster Stelle die Weitervermittlung an die Hausärzte. Im übrigen zeigt die Praxis der Stützpunkte keine Regelmässigkeit. Wir vermuten, dass sich die Weitervermittlung der KlientInnen nach Behandlungsabschluss insbesondere auch nach den gegebenen regionalen Möglichkeiten und Beziehungsnetzen richtet.

⁴ Nach telefonischen Auskünften von PZM und UPD treten trotz dieser Entlastungsfunktion zwischen 80% bis 90% der KlinikpatientInnen als Notfälle ein.

4.2 Leistungsentwicklung 1996 bis 2001

In Teil II, Ziffer 3.2 haben wir aufgezeigt, dass die ambulante Psychiatriestatistik mit dem Übergang zur Bundesstatistik einen Einbruch erlitten hat. Da die Stützpunkte nicht mit aufwendigen Sonderauswertungen belastet werden sollten, haben wir für die Analyse der Leistungsentwicklung während der Betrachtungsperiode auf bestehende Daten der Jahresberichte zurückgegriffen. Diese wird darum anhand einzelner Kenndaten gezeigt, die sich wiederum für die einzelnen Stützpunkte unterscheiden. Die Daten sind in Anhang 4 des Berichtes vollständig dokumentiert. Wir geben sie hier ausschnittsweise in der Form von Grafiken wieder.





Der Stützpunkt Thun hat seine ambulanten Leistungen auch im Jahr 1999 erhoben. Die für die Datenauswertung zuständige H+ Die Spitäler der Schweiz hat die Originaldaten verloren. Dadurch fehlen diese Daten. In der Grafik wurde eine lineare Entwicklung 1998 bis 2000 dargestellt.

Trotz der finanzpolitisch bedingten Begrenzung der Staatsbeiträge ist es den Stützpunkten gelungen, ihre Leistungen von 1996 bis 2000 zum Teil erheblich zu steigern. Diese Entwicklung ist Ausdruck eines hohen Engagements der Leitungen und der MitarbeiterInnen der Stützpunkte. Sie zeigt aber auch die anhaltend hohe Nachfrage nach den deren Leistungen.

Einen Leistungseinbruch weist der Stützpunkt Interlaken im Bereich der Tagesklinik auf. Die geringere Belegung der Tagesklinik schlägt sich auch in einem leichten Rückgang der Konsultationen nieder. Die Ursachen für diesen Rückgang können nicht eindeutig ermittelt werden. Wir sehen vor allem zwei Faktoren, die mitentscheidend sein dürften:

- Die Infrastrukturen der Tagesklinik genügen den räumlichen Anforderungen nicht und entsprechen auch nicht den heutigen Standards.⁵
- Die Zurückhaltung der Privatklinik Meiringen PM bei Überweisungen in die Tagesklinik des Stützpunktes.

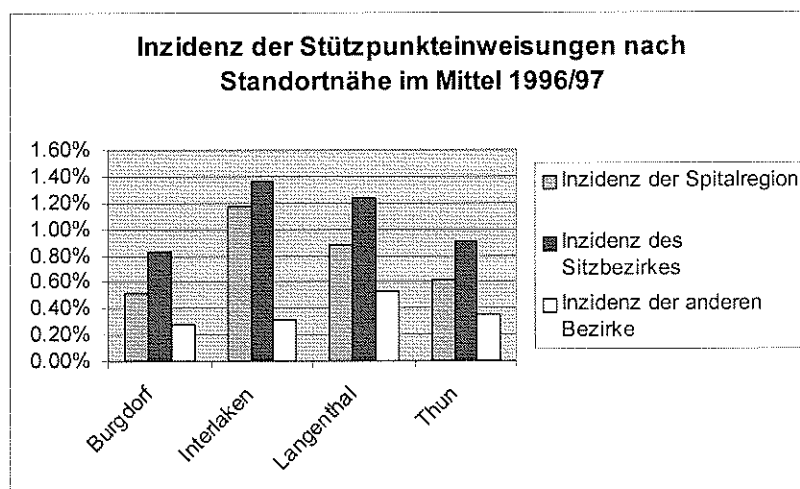
Mit Ausnahme der Tagesklinik Interlaken sind alle Angebote der vier betrachteten Stützpunkte voll ausgelastet.

4.3 Die Beanspruchung psychiatrischer Leistungen in den Regionen

Um die Beanspruchung der Stützpunkte durch die EinwohnerInnen der Regionen zu prüfen haben wir das Verhältnis der am Stützpunkt behandelten PatientInnen mit Herkunft aus dem Versorgungsgebiet zur gesamten Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes untersucht. Dieses Verhältnis bezeichnen wir nachfolgend als Inzidenz. Hierbei handelt es sich nicht um eine bedarfsorientierte Inzidenzmessung, sondern um die Messung der behandelten Inzidenz. Diese spiegelt auch die begrenzten Kapazitäten der einzelnen Stützpunkte.

⁵ Nach Angaben der Stützpunktleitung haben sich verschiedene KlientInnen über die gegebene Situation beschwert. In einigen Fällen fand auch eine durch die schlechten Interlakener Infrastrukturen begründete Abwanderung nach Thun statt.

Die Ergebnisse zur behandelten Inzidenz fielen erstaunlich aus. Wir haben darum auch die Einweisungen in die psychiatrischen Kliniken⁶ untersucht und dargestellt.



Zur Interpretation der Ergebnisse können auch die Einwohnerzahlen dienlich sein. Sie finden sich in der folgenden Tabelle:

	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Einwohner Spitalregion	111547	44786	74072	157916
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes	47981	36726	37351	76598
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion	63566	8060	36721	81318

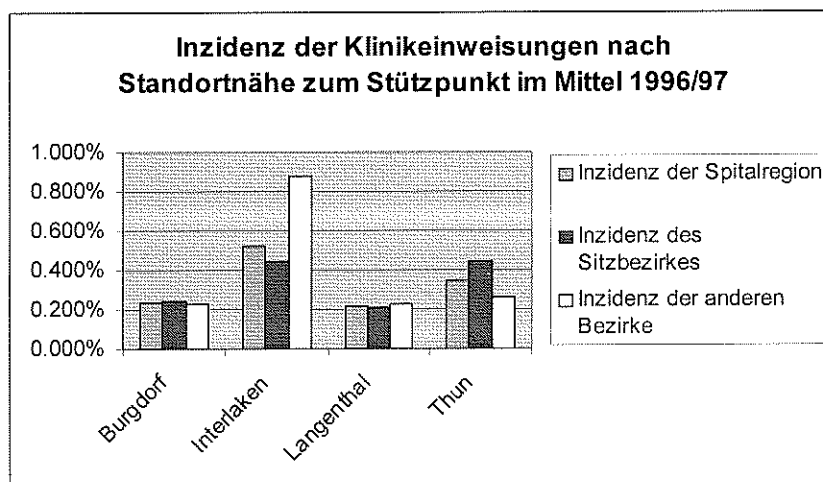
Die Beanspruchung der Stützpunkte durch die Einwohnerschaft der Versorgungsgebiete ist in zweifacher Hinsicht sehr unterschiedlich:

- Bezogen auf die jeweils gesamte Spitalregion schwankt die Inzidenz erheblich. In Burgdorf nehmen 0.52% der EinwohnerInnen der Region die Dienste des Stützpunktes in Anspruch, in Interlaken sind es mit 1.17% mehr als doppelt so viele.
Für diese Unterschiede - die im übrigen nicht durch Mehr- oder Minderbeanspruchung der psychiatrischen Kliniken kompensiert werden - haben wir keine schlüssige Erklärung. Hier steht nur die Beobachtung im Raum, dass praktisch alle Angebote aller Stützpunkte ausgelastet sind. Wie weit dies auf eine Unterversorgung der Regionen mit tiefen behandelten Inzidenzen hinweist oder wieweit hierfür unterschiedliche Bedürfnisse der Einwohnergruppen oder der Verfügbarkeitseffekt massgebend sind, können wir im Rahmen der Erfolgskontrolle nicht untersuchen.
- Die Beanspruchung der Stützpunktleistungen ist auch innerhalb der Spitalregion sehr unterschiedlich. In allen Spitalregionen liegt die Inanspruchnahme der Leistungen des Stützpunktes im Sitzbezirk des Stützpunktes deutlich höher als in den übrigen Spitalbezirken der Spitalregion. In Langenthal mit der ausgeglichensten Verteilung beträgt das Verhältnis der Inzidenz des Sitzbezirkes zu derjenigen der übrigen Bezirke 2,4 : 1, in Interlaken mit der grössten Konzentration auf den Sitzbezirk gar 4,2 : 1.
Diese ungleiche Verteilung der Inanspruchnahme innerhalb der Spitalregion zeigt, dass die Reichweite der Stützpunkte begrenzt ist und dass sie in der Peripherie nur eine beschränkte Wirkung zeigen, wobei diese periphere Wirkung mit zunehmender Distanz zum nächsten Versorgungszentrum zunimmt.
In diesem Phänomen bildet sich auch die Zuweiserstruktur und das Zuweiserverhalten ab (vgl. Ziffer 4.1.4). Eine erhöhte Wirkung in Randgebieten müsste wohl über den verstärkten Einbezug peripherer Zuweiser und, in Anbetracht der ausgelasteten Strukturen, über eine

⁶ Auch hier entsteht eine analoge Unschärfe wie oben erwähnt, allerdings nicht auf Stufe Spitalregion, sondern auf Stufe Kanton. Sie führt darum auch hier nicht zu massgebenden Verzerrungen.

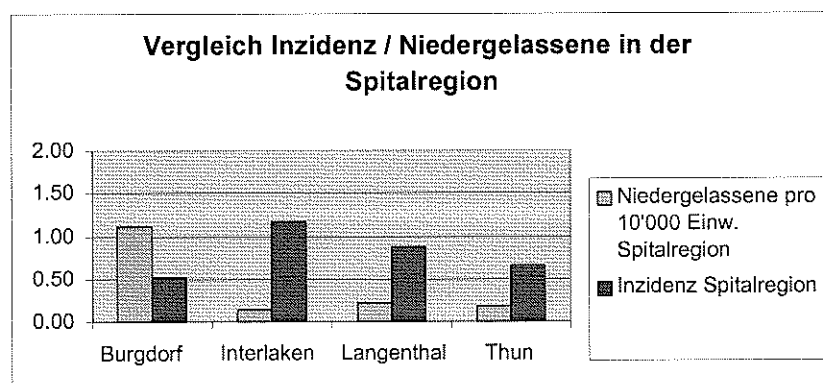
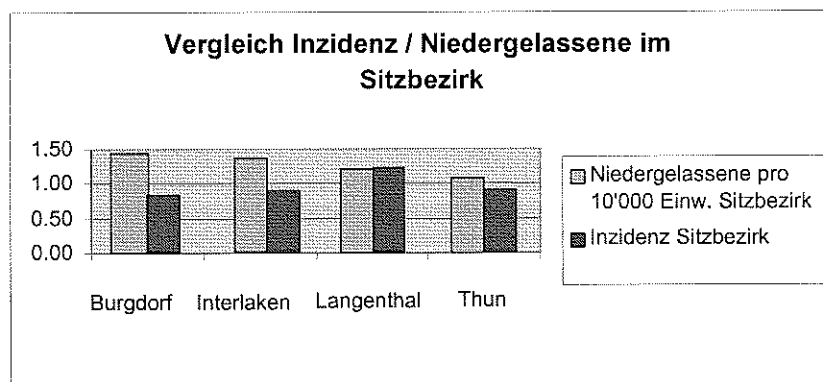
Erhöhung der Ressourcen oder eine Konzentration der Aufgabenbereiche gesucht werden.

Wir haben auch untersucht, ob sich die tiefere Inzidenz der Stützpunkteinweisungen der peripheren Spitalbezirke in vermehrten Klinikeinweisungen niederschlägt.



Die Ergebnisse zeigen keine Regelmässigkeit. In Burgdorf und Langenthal ist die Inzidenz der Klinikeinweisungen innerhalb der Spitalregion gleichmässig verteilt, während sie in Thun für den Sitzbezirk höher und nur in Interlaken tiefer liegt. Daraus folgt, dass Stützpunkt- und Klinikleistungen nicht substituierenden Charakter haben, was im übrigen auch nicht der planerischen Konzeption entsprechen würde.

Schliesslich haben wir auch untersucht, ob sich die unterschiedlichen Inzidenzen durch die unterschiedliche Dichte an niedergelassenen PsychiaterInnen erklären lässt. Wir weisen die Resultate für den Sitzbezirk des Stützpunktes und für die Spitalregion getrennt aus:



Beide Grafiken zeigen eine gegenläufige Bewegung der beiden Grössen: Je höher die Dichte an niedergelassenen PsychiaterInnen liegt, umso tiefer fällt die Inzidenz der Stützpunkteinweisungen aus. Diese Wechselwirkung deutet auf eine Komplementarität der Stützpunkte und der niedergelassenen PsychiaterInnen in der Versorgung mit ambulanten Leistungen hin.

4.4 Aufwanddatenvergleiche

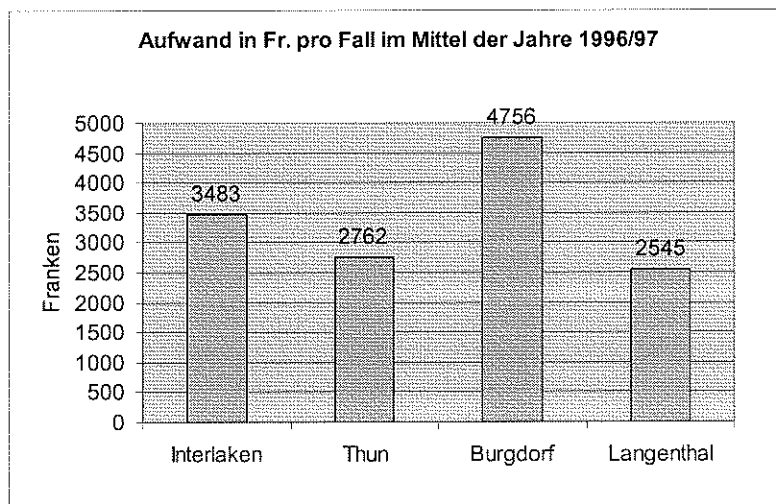
Die weiter oben erwähnten Probleme um die Kostenrechnung (unterschiedliche Behandlung der internen Umlagekosten sowie unterschiedliche Praxis der Sitzspitäler in der Verrechnung gesamtbetrieblicher Umlagekosten), die unterschiedliche Belastung mit Liegenschaftskosten (Mietobjekte versus selbstgenutztes Eigentum) sowie die durch die Umstellung auf die BFS-Statistik entstandenen Auswertungslücken in der Leistungsstatistik erschweren Aufwandvergleiche erheblich.

Wir beschränken uns darum im Bericht auf die folgenden Vergleiche, welche im Licht der einleitenden Bemerkungen zu relativieren sind:

- Aufwand pro Fall
- Vergleich der direkten Personalkosten pro Leistungseinheit in Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisondienst und Tagesklinik
- Aufwand pro Einwohner des Versorgungsgebietes

4.4.1 Aufwand pro Fall

In der untenstehenden Grafik ist der mittlere Aufwand pro Fall im Mittel der Jahre 1996/97 aufgezeigt.



Die Unterschiede sind beträchtlich. In Burgdorf, das den höchsten Wert zeigt, liegen die mittleren Fallkosten um mehr als 85% höher als in Langenthal mit dem tiefsten Wert.

Diese Unterschiede dürfen nicht als Ausdruck unterschiedlicher Effizienz gewertet werden, sondern die Leistungsstruktur muss mit berücksichtigt werden. In dieser Sichtweise ist es plausibel, dass Burgdorf durch die stationäre Betreuung wesentlich höhere mittlere Fallkosten aufweisen muss. Für Interlaken, welches mit Tagesklinik und IV-Bereich einen wesentlich höheren Anteil an teilstationären Leistungen aufweist als Thun und Langenthal dürfen höhere Fallkosten erwartet werden als für die beiden letzteren, welche ihrerseits nicht nur vergleichbare Leistungsstrukturen, sondern auch vergleichbare Fallkosten zeigen.

4.4.2 Vergleich der direkten Personalkosten pro Leistungseinheit in Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisondienst und Tagesklinik

Die Probleme um die Kosten- und Leistungsrechnung verunmöglichen direkte Kostenvergleiche der verschiedenen Leistungen. Um dennoch Indizien über die Kostenstrukturen in den einzelnen Stützpunkten zu gewinnen haben wir versucht, in einem einfachen Näherungsverfahren einen Bench-Mark über die direkten Personalkosten pro Leistung (Fall, Konsultation bzw. Tag) zu erstellen. Dieser beruht auf den Leistungs- und Aufwandzahlen des Jahres 2001 (Interlaken: 2000), deren Profil von den ansonsten beigezogenen Leistungszahlen der Jahre 1996/97 abweichen können.

Der Bench-Mark beschränkt sich auf die Kerndienstleistungen Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisondienst sowie Tagesklinik. Diese Angebote werden in allen Stützpunkten geführt und sie sind inhaltlich auch vergleichbar im Gegensatz zur weiteren Leistungspalette, die sich deutlich unterscheidet.

Die Methodik des Näherungsverfahrens ist nachfolgend umschrieben:

- Als Vergleichsbasis im Kostenbereich werden lediglich die Personalkosten beigezogen. Sach- und Kapitalkosten werden nicht mit berücksichtigt. Damit entfallen Verzerrungen durch infrastrukturelle Vor- und Nachteile.
- Die Ermittlung der Personalkosten erfolgt über eine Zuweisung der im Stellenplan enthaltenen Stellen nach Stellenprozenten auf die verschiedenen Angebotssegmente des Stützpunktes. Diese Zuteilung orientiert sich an den Leistungen, die die Mitarbeitenden in den einzelnen Angebotssegmenten erbringen. Dabei werden nur die direkt mit der Patientenbetreuung verbundenen Leistungen (Therapie, Betreuung, Abklärungen, Behördenkontakte, Berichtswesen, Patientenadministration und vergleichbare Leistungen) sowie die Aufwendungen für die Ausbildung (Begleitung der AssistentInnen) berücksichtigt. Querschnittleistungen wie Führung, Rechnungswesen, Fort- und Weiterbildung und vergleichbare Leistungen sind ausgeschlossen.
- Die Personalkosten in den einzelnen Angebotssegmenten werden mit Hilfe der dort anfallenden Stellenprozente über das Jahres-Bruttogehalt der MitarbeiterInnen gemäss Lohnausweis berechnet.
- Als Vergleichsbasis werden die folgenden Daten beigezogen: Anzahl Fälle und Anzahl Konsultationen je im Ambulatorium und im Konsiliar- und Liaisondienst; Anzahl Fälle und Anzahl Aufenthaltstage in der Tagesklinik.

Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dokumentiert. Bei der Interpretation der Daten sind die folgenden Einschränkungen zu beachten:

- Die Aufwanddaten umfassen lediglich die direkt leistungsbezogenen Personalkosten. Es wird kein Vollkostenvergleich vorgenommen.
- Die Erhebung beruht auf einem Näherungsverfahren, das in der Kostenzuweisung auf die Leistungsarten nicht auf gesicherten Daten, sondern auf plausiblen Einschätzungen beruht. Dadurch entstehen Unschärfen.

Wir beurteilen die Auswertungsergebnisse im Licht der oben erwähnten Einschränkungen wie folgt:

Ambulatorium

Die Erhebung ergibt die folgenden Zahlen:

Vergleich der direkten Personalkosten im Ambulatorium	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Kosten / Fall Ambulatorium	584.80	-	950.98	622.66
Kosten / Konsultation Ambulatorium	131.93	-	111.27	114.99
Anzahl Fälle Ambulatorium	430	600	723	1'198
Anzahl Konsultationen Ambulatorium	1'906	3'402	6'179	6'487

Die direkten Personalkosten pro Konsultation liegen in den Stützpunkten zwischen Fr. 111.- bis Fr. 132.-. Die Unschärfe der Näherungsrechnung lässt die Aussage zu, dass die Leistungen im Ambulatorium in vergleichbarer Kostengünstigkeit erbracht werden.

Erhebliche Unterschiede ergeben sich in den Kosten pro Fall. Burgdorf und Thun zeigen hier vergleichbare Werte. Langenthal liegt um mehr als 50% über diesen Werten. In dieser Zahl spiegelt sich wiederum die bereits erwähnte hohe therapeutische Durchdringung am Stützpunkt Langenthal.

Konsiliar- und Liaisondienst

Im Bereich des Konsiliar- und Liaisondienstes zeigen die direkten Personalkosten der Stützpunkte erhebliche Abweichungen:

Vergleich der direkten Personalkosten im Konsiliar- und Liaisondienst	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Kosten / Fall Konsiliar- und Liaisondienst	259.33	-	413.25	491.77
Kosten / Konsultation Konsiliar- und Liaisondienst	159.95	-	372.84	193.13
Anzahl Fälle Konsiliar- und Liaisondienst	169	0	203	593
Anzahl Konsultationen Konsiliar- und Liaisondienst	274	0	225	1'510

Während Burgdorf mit Fr. 160.- und Thun mit Fr. 193.- pro Konsultation zwar Abweichungen zeigen, sich aber doch in ähnlicher Höhe bewegen, liegt Langenthal mit Fr. 372.- deutlich darüber. Dieser Abweichung sind die tiefsten direkten Personalkosten von Langenthal im Ambulatorium gegenüberzustellen. Wir kommen im nächsten Untertitel darauf zurück.

Generell liegen die Kosten der Konsultationen im Konsiliar- und Liaisondienst höher als im Ambulatorium. Dies ist auf die unterschiedlichen Personalstrukturen zurückzuführen. Die Aufgaben des Konsiliar- und Liaisondienstes werden fast ausschliesslich vom ärztlichen Personal wahrgenommen, während im Ambulatorium auch PsychologInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und vereinzelt auch Pflegende mitwirken.

Thun weist im Mittel rund 2.5 Konsultationen pro konsiliarischen Fall auf, während Langenthal ein Mittel von 1.1 Konsultationen pro Fall aufweist. Wir werten diese Unterschiede als Ausdruck unterschiedlicher Integration und Zusammenarbeit zwischen Stützpunkt und Akutspital. Burgdorf weist ein Mittel von 1.6 Konsultationen pro Fall auf. Dieser Wert kann den beiden anderen Stützpunkten nicht ohne weiteres gegenübergestellt werden, da Burgdorf mit der Station andere Zusammenarbeitspotentiale aufweist.

Mittelwerte aus Ambulatorium und Konsiliar- und Liaisondienst

Interlaken hat nur Angaben zu Ambulatorium und Konsiliar- und Liaisondienst insgesamt eingereicht. Darum haben wir auch diese Vergleichsebene eingeführt und dadurch weitere Erkenntnisse gewonnen.

Vergleich der mittleren direkten Personalkosten in Ambulatorium und Konsiliar- und Liaisondienst	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Mittlere direkte Personalkosten pro Konsultation Ambi und K&L	135.45	122.25	120.46	129.75
Anteil der Konsultationen K&L am Total der Konsultationen Ambi und K&L	12.6%	-	3.5%	18.9%

Die Mittelwerte für die Kosten pro ambulante Konsultation in Ambulatorium und Konsiliar- und Liaisondienst liegen zwischen Fr. 121.- bis Fr. 135.-. Die Streubreite ist damit erstaunlich gering. Die höheren Durchschnittskosten von Burgdorf und Thun erklären sich durch den höheren Anteil der teureren Konsultationen im Konsiliar- und Liaisondienst. Bei Burgdorf schlagen sich höchsten Kosten im Ambulatorium auch auf den Mittelwert von Ambulatorium und Konsiliar- und Liaisondienst nieder.

Die Auswertung relativiert auch die „Spitzenposition“ von Langenthal im Konsiliar- und Liaisondienst. Dieser stehen die günstigsten Leistungen im Ambulatorium gegenüber, was eine entsprechende Gewichtung bei der Aufteilung der Stellenprozente auf die beiden Leistungsebenen vermuten lässt. Im Gesamtbild werden diese Differenzen aufgehoben. Insgesamt ist die Aussage zulässig, dass die Stützpunkte insgesamt im ambulanten Bereich vergleichbare Aufwandswerte zeigen.

Tagesklinik

Anders als die ambulanten Kerndienstleistungen zeigen die direkten Personalkosten in den Tageskliniken keine Vergleichbarkeit.

Vergleich der direkten Personalkosten in der Tagesklinik	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Kosten / Fall Tagesklinik	10'721.82	6'335.29	10'525.17	7'125.74
Kosten / Aufenthaltstag Tagesklinik	180.75	128.20	194.07	128.60
Anzahl Fälle Tagesklinik	33	24	30	51
Anzahl Aufenthaltstage Tagesklinik	1'958	1'186	1'627	2'826

Hier sind zwei Gruppen zu unterscheiden, nämlich Thun und Interlaken mit Tageskosten von Fr. 120.- sowie Burgdorf und Langenthal mit Tageskosten von Fr. 180.- bzw. Fr. 194.-. Für Langenthal hat die tiefe Auslastung im Jahr 2001 einen Einfluss auf die Tageskosten gehabt.

Auf der Suche nach weiteren Erklärungsmustern haben wir die Stellenpläne der Tageskliniken gegenübergestellt:

Funktionen	Anteil der Funktionen am Stellenplan Tagesklinik			
	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
AerztInnen total	13.2%	22.2%	12.8%	25.3%
- davon ChefärztInnen	0.0%	0.0%	1.2%	5.4%
- davon OberärztInnen	13.2%	14.8%	0.0%	10.1%
- davon AssistenzärztInnen 1)	0.0%	7.4%	11.6%	9.7%
PsychologInnen / TherapeutInnen 2)	30.5%	3.7%	28.3%	18.6%
Pflegepersonal 3)	48.3%	74.1%	53.9%	34.7%
Sozialarbeiter	7.9%	0.0%	0.0%	1.9%
Koordination / Sekretariat	0.0%	0.0%	5.0%	19.5%
Stellenprozent total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Stellenprozent / Aufenthaltstag	0.19	0.23	0.22	0.16
Franken / Stellenprozent	937.27	563.14	871.53	787.29

1) Eine 10%-Praktikantenstelle in Interlaken wurde als Assistenz aufgenommen

2) Die Leitung der TK Langenthal nimmt eine Psychologin wahr

3) Interlaken weist Betreuungspersonal auf; dieses wurde als Pflegepersonal aufgenommen

Das Gesamtbild ist schwierig zu interpretieren. Auffallend sind die deutlich höheren Anteile des therapeutischen Personals in Burgdorf und Langenthal, wobei dieser Unterschied durch tiefere Anteile an ärztlichem Personal relativiert wird. Immerhin zeigen die Abweichungen, dass die Angebotskonzepte der Tageskliniken abweichen.

Der Personaleinsatz variiert von 0.16 bis 0.23 Stellenprozente pro Aufenthaltstag. Es besteht keine klare Relation zwischen Kosten pro Aufenthaltstag und Personalintensität.

Die Kosten pro Stellenprozent zeigen erhebliche Abweichungen. Sie schwanken zwischen Fr. 563.- in Interlaken bis Fr. 937.- in Burgdorf. Neben der Personalstruktur dürften auch Faktoren wie Lohn- und Anstellungspolitik sowie die Altersstruktur der Mitarbeitenden diese Unterschiede mit verursachen.

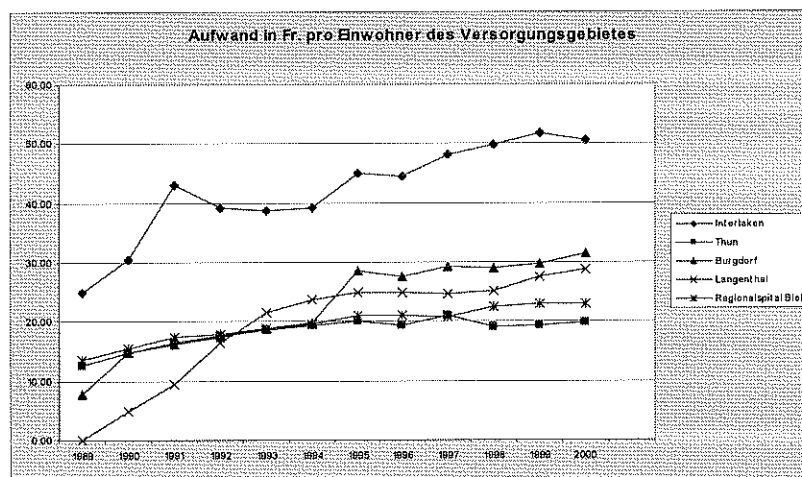
Schlüssige Aussagen sind auf diesem Weg nicht zu erreichen. Wir empfehlen, diese Frage im Rahmen der Personaldotationsstudie vertieft anzugehen.

Gesamtbetrachtung

Die Ergebnisse für die ambulanten Leistungen zeigen insgesamt vergleichbare Aufwandstrukturen für die einzelnen Leistungen. In den Tageskliniken ergeben sich dagegen zwei deutlich abweichende Gruppen, für die wir anhand der verfügbaren Informationen keine schlüssige Erklärung gefunden haben.

4.4.3 Aufwand pro Einwohner des Versorgungsgebietes

Die Entwicklung des Aufwandes pro Einwohner des Versorgungsgebietes zeigt für die Jahre 1989 bis 2000 das folgende Bild:

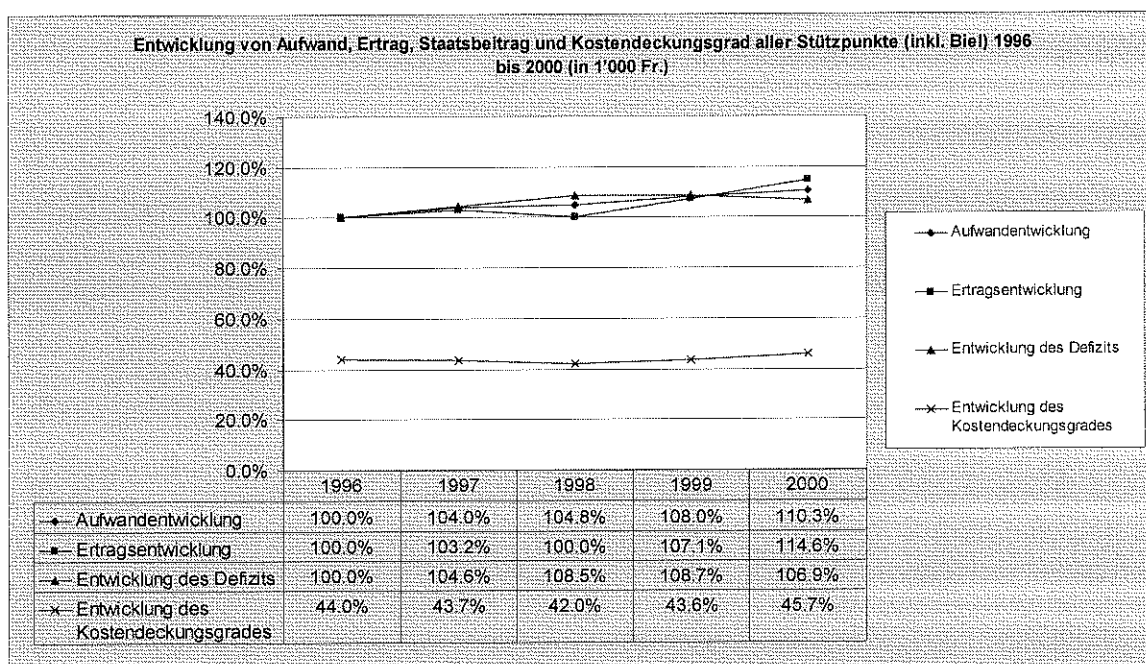


- Thun weist sowohl eine vergleichsweise tiefe Inzidenz wie auch einen vergleichsweise tiefen Anteil an teilstationären Leistungen aus. Dementsprechend sind auch die Ausgaben pro Einwohner des Versorgungsgebiets am tiefsten.
- Langenthal ist von der Leistungsstruktur her mit Thun vergleichbar, hat aber eine deutlich höhere Inzidenz. Damit liegen auch die Pro-Kopf-Aufwendungen höher.
- Erstaunlich ist der trotz des Betriebs der kostenintensiven psychiatrischen Station nur geringfügig höhere pro-Kopf-Aufwand in Burgdorf. Dieses Phänomen erklärt sich vorab durch die tiefste Inzidenz aller vier Stützpunktregionen. Diese wiederum ist Ausdruck der im Quervergleich zu den anderen Stützpunkten sehr geringen Zahl der Konsultationen im Stützpunkt bzw. der engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen PsychiaterInnen.

5. Ressourcen und Staatsbeitrag der Stützpunkte

5.1 Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag aller Stützpunkte

Die Lage im kantonalen Finanzhaushalt hat die Entwicklung von Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag während der Betrachtungsperiode 1996 bis 2001 massgeblich geprägt. Die Deckung der Staatsbeiträge im Beobachtungszeitraum liess Aufwandsteigerungen nur in dem Ausmass zu, als die Stützpunkte ihre Erträge steigern konnten. Im Überblick ergibt sich folgendes Bild:

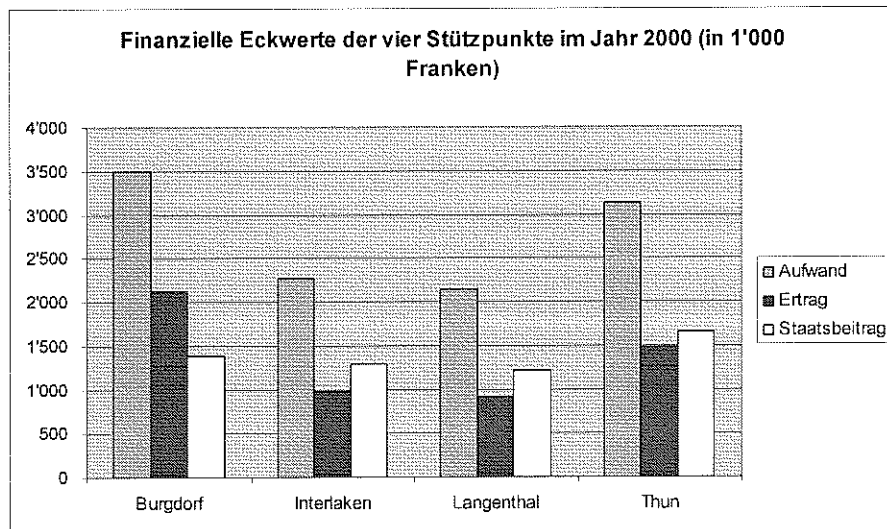


Detaillierte Angaben über den Verlauf von Aufwand, Ertrag und Kostendeckungsgrad in den Jahren 1989 bis 2000 finden sich in Anhang 1 des Berichtes. Wir beschränken uns auf die Darstellung ausgewählter Werte für die Berichtsperiode 1996 bis 2000:

- Der Staatsbeitrag an alle Stützpunkte (inklusive Biel) unterliegt in der Berichtsperiode 1996 bis 2000 zwar Schwankungen, wurde aber im Mittel der Jahre unter Berücksichtigung der Teuerung praktisch gehalten und betrug im Jahr 2000 rund 8.5 Mio. Franken gegenüber rund 8 Mio. Franken im Jahr 1996. Gemessen am Total des Staatsbeitrags für die gesamte psychiatrische Versorgung von rund 87.4 Mio. Franken belief sich der Anteil der Stützpunkte auf 9.8 Prozent.
- Der Aufwand aller erwähnten Stützpunkte zeigt dagegen eine leichte Steigerung. Im Jahr 1996 belief er sich auf rund 14.3 Mio. Franken gegenüber 15.8 Mio. Franken im Jahr 2000.
- Dementsprechend ausgeprägter ist die Ertragsentwicklung. Der Ertrag der Stützpunkte stieg von rund 6.3 Mio. Franken im Jahr 1996 auf rund 7.2 Mio. Franken im Jahr 2000. Der Kostendeckungsgrad stieg damit von 44% im Jahr 1996 auf knapp 46% im Jahr 2000.

5.2 Finanzielle Eckwerte der vier Stützpunkte im Jahr 2000

Die folgende Grafik zeigt Aufwand, Ertrag und Staatsbeitrag der vier Stützpunkte gemäss der Abrechnung im Jahr 2000.



Die beiden Stützpunkte Burgdorf und Thun verfügen über ähnlich hohe Ressourcen. Langenthal und Interlaken liegen deutlich tiefer, aber unter sich auf vergleichbarer Höhe.

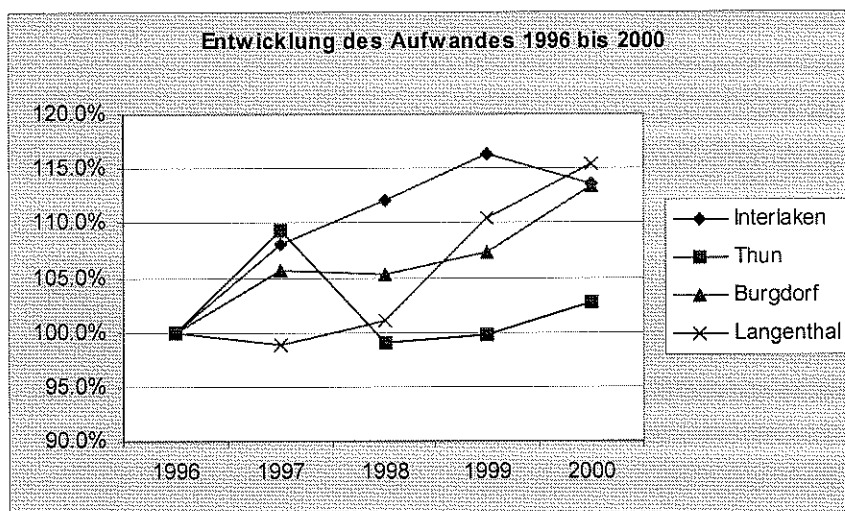
Die Ertragsstrukturen der Stützpunkte zeigen deutliche Unterschiede, die sich auch in den unterschiedlichen Kostendeckungsgraden niederschlagen:

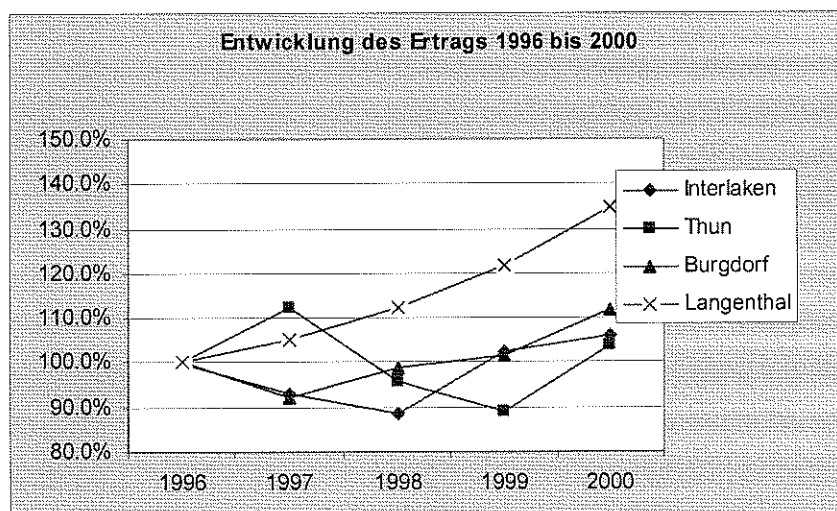
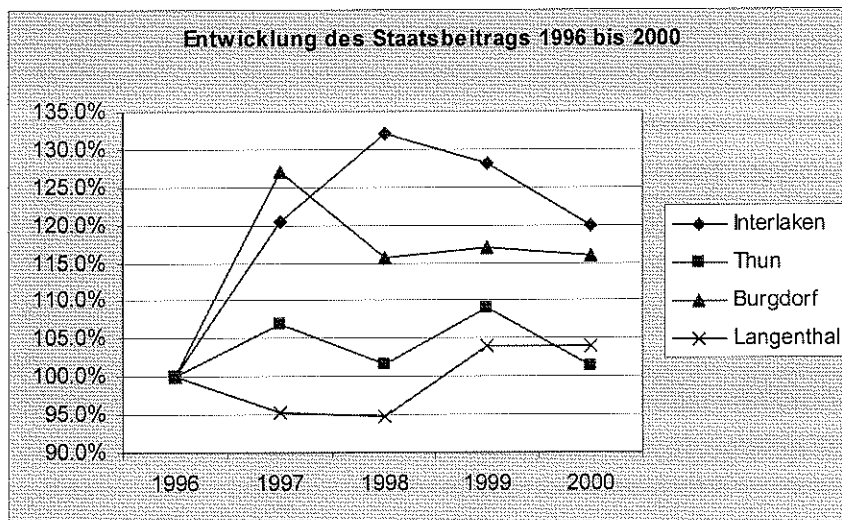
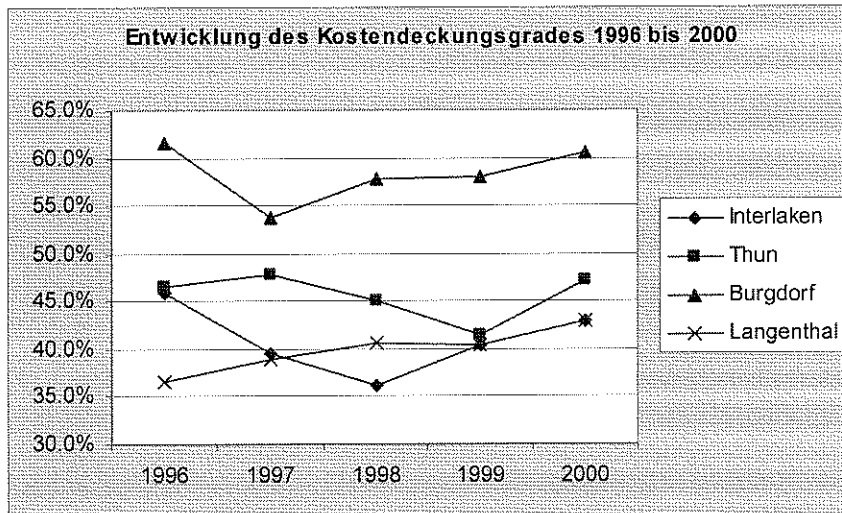
- Burgdorf: Kostendeckungsgrad 2000 = 60.6 %
- Interlaken: Kostendeckungsgrad 2000 = 42.9 %
- Langenthal: Kostendeckungsgrad 2000 = 42.9 %
- Thun: Kostendeckungsgrad 2000 = 47.2 %

Ein Erklärungsansatz für diese Unterschiede findet sich in der folgenden Ziffer.

5.3 Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Stützpunkten

Die finanzielle Entwicklung verläuft in den einzelnen Stützpunkten unterschiedlich, wie die folgenden Grafiken zum Verlauf von Aufwand, Ertrag, Staatsbeitrag und Kostendeckungsgrad zeigen:





Die unterschiedliche Entwicklung wie auch die unterschiedliche Höhe der Kostendeckungsgrade sind im wesentlichen durch die unterschiedlichen Voraussetzungen der Stützpunkte bedingt. Dazu rechnen wir namentlich die folgenden Faktoren:

- Die Stützpunkte verfügen über eine unterschiedliche Leistungsstruktur. Diese Leistungen unterliegen unterschiedlichen Vergütungssystemen der Versicherer. Die Ausgestaltung der Leistungspalette hat einen erheblichen Einfluss auf die Ertragsmöglichkeiten.

Deutlich ablesbar ist die Auswirkung der unterschiedlichen Vergütungssysteme in der Grafik zum Verlauf der Kostendeckungsgrade. In Burgdorf, wo die einzige stationäre Einrichtung betrieben wird, liegt der Kostendeckungsgrad deutlich höher als in den übrigen Stützpunkten. Dies ist Ausdruck der günstigeren Vergütungsstrukturen im stationären Bereich gegenüber dem ambulanten und teilstationären Bereich.

Die Vergütungen der Versicherer und Dritter richten sich im ambulanten Bereich auch nach der Qualifikation des Leistungserbringers. Ärztliche Dienstleistungen werden besser abgegolten als Dienstleistungen von PsychologInnen und SozialarbeiterInnen. Der Kostendeckungsgrad ist damit auch Ausdruck der Personalstruktur des Stützpunktes, welche sich wiederum nach Angebotskonzept und Leistungspalette richtet.

- Die Stützpunkte führen teilweise Angebote, die durch das BSV massgeblich mit finanziert werden. Diese Finanzierungsströme haben ebenfalls einen Einfluss auf die finanzielle Struktur.
- Die Stützpunkte beziehen Supportleistungen der Akutspitäler und sie nutzen gemeinsame Infrastrukturen mit. Die Ausgestaltung der Kostenumlagen variiert zwischen den einzelnen Spitalgruppen, was wiederum Einflüsse auf die Kostenstruktur hat.
- Schliesslich verfügen die Stützpunkte über unterschiedliche Infrastrukturen, was ebenfalls einen Einfluss auf ihr wirtschaftliches Potential hat.

5.4 Soll-Stellenpläne

In den von der GEF bewilligten Soll-Stellenplänen spiegeln sich die unterschiedlichen Leistungsangebote der vier Stützpunkte⁷. Die Tabellen ergeben einen Überblick über die absoluten Werte und die Verteilung auf die Berufsgruppen.

Stellenpläne gemäss Budget 2001	Langenthal	Interlaken	Thun	Burgdorf
Aerzte und Assistenzärzte	6.9	4.4	9.2	4.7
Psychologen und Therapeuten 1)	2.9	4.6	4.4	1.0
Sozialarbeiter	0.8	1.4	1.5	3.0
Pflegepersonal	2.3	3.0	4.4	13.0
Verwaltung	1.8	1.3	4.0	1.1
Hausdienst	0.0	0.0	0.0	0.3

Anteile der Berufsgruppen am Stellenplan im Jahr 2001	Langenthal	Interlaken	Thun	Burgdorf
Aerzte und Assistenzärzte	46.9%	29.9%	39.1%	20.3%
Psychologen und Therapeuten 1)	19.7%	31.3%	18.7%	4.3%
Sozialarbeiter	5.4%	9.5%	6.2%	13.0%
Pflegepersonal	15.6%	20.4%	18.7%	56.3%
Verwaltung	12.2%	8.8%	17.0%	4.8%
Hausdienst	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%

1) Thun: Berufsförderungskurs BFK; Burgdorf: Stelle Ergo-/Aktivierungstherapie

In Burgdorf fällt der durch die Station bedingte hohe Anteil an Pflegepersonal auf. Die personelle Gliederung in Langenthal, Interlaken und Thun ist ähnlich, namentlich hinsichtlich des Totals von ärztlichem Dienst, Psychologen und Therapeuten. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden dass dieses Total in Thun auch die Mitarbeitenden des Berufsförderungskurses BFK mit einschliesst.

⁷ Die effektiven Stellenpläne können von den Soll-Stellenplänen gemäss dem von der GEF bewilligten Budget abweichen.

Eine Erweiterung der Stellenpläne war in der Beobachtungsperiode nur durch Ertragssteigerungen möglich. Da die Ertragslage in Abhängigkeit zur Struktur des Leistungsangebotes steht, verfügen die Stützpunkte über unterschiedliche Voraussetzungen, zusätzliche Stellen zu schaffen.

5.5 Infrastrukturen

Die Stützpunkte verfügen über unterschiedliche bauliche Infrastrukturen. Aufgrund der Gespräche scheinen diese mit Ausnahme von Interlaken den Anforderungen zu genügen.

Die infrastrukturelle Situation in Interlaken ist dagegen unbefriedigend. Die Räume des Ambulatoriums sind knapp bemessen und für die therapeutische Arbeit wenig geeignet. Das Tageszentrum (Tagesklinik und IV-Bereich) ist in einem Abbruchobjekt untergebracht, das weder von den Räumlichkeiten noch vom baulichen Standard her genügt.

Ein seit Jahren bearbeitetes und bis zum Wettbewerbsprojekt gediehenes Neubauvorhaben wurde vor kurzem von der Trägerschaft des Spitals Interlaken abgebrochen. Als Ersatz sollen andere Bauten des Spitalverbandes für den Stützpunkt umgebaut werden. Diese Lösung wird von der Stützpunktleitung aufgrund der Distanz zum Akutspital als ungeeignet für die Integration von Stützpunkt und Spital und die persönliche Zusammenarbeit beurteilt (siehe hierzu auch Ziffer 6.1).

6. Die Stützpunkte im Umfeld

6.1 Integration ins Sitzspital

Alle Stützpunkte beurteilen den Standort am Akutspital als entscheidenden Faktor für eine wirksame und bevölkerungsnahe Sozialpsychiatrie:

- Durch die Verankerung am Akutspital ist das Angebot niederschwellig;
- Eine integrierte somatische und psychiatrische Abklärung wird ermöglicht; den Patientinnen und Patienten kann damit eine umfassende Betreuung geboten werden;
- Aus der Kombination von somatischem und psychiatrischem Notfall entstehen betriebswirtschaftliche Vorteile in der Form von Synergien, die eine Konzentration der Ressourcen der Stützpunkte auf ihre Kernaufgaben erlauben.
- Die Stützpunkte sind durch die Supportdienste (Hausdienst, Personal- und Rechnungswesen, technischer Dienst, weitere) der Akutspitäler entlastet. Auch hier entstehen Synergien.

Die Gewichtung der Synergien variiert mit dem Ausmass der Integration in das Sitzspital. Wir beschreiben diese auf den folgenden Ebenen:

6.1.1 Integration in die Trägerschaft

Die Integration in die Trägerschaft verlief in den einzelnen Stützpunkten unterschiedlich, da diese Aufgabe von den Trägerschaften nicht gesucht, sondern planerisch vom Kanton vorgeschrieben wurde. Die Herausbildung der Spitalgruppen brachte durchwegs eine Reorganisation der Führungsgremien mit sich. Dies hat auch Auswirkungen auf die Einbindung der Stützpunkte; die Stützpunktleitung ist nur noch in Burgdorf in der Spitalleitung vertreten. Die Auswirkungen dieser Reformen werden unterschiedlich eingeschätzt:

- In Burgdorf und Langenthal wird die Integration als hoch bezeichnet.
- In Thun ist der Stützpunkt nur als Annex in die neu gebildete Spital Thun-Simmental AG aufgenommen worden. Eine Desintegration und Herauslösung aus dem Akutspital wird befürchtet.

- Die Integration in die Trägerschaft wird in Interlaken als ungenügend bezeichnet. Beispielformhaft wird dies mit den gegebenen Infrastrukturen und dem Rückzug des Neubauvorhabens durch die Trägerschaft belegt.

6.1.2 Integration im medizinisch-pflegerischen Bereich

Die Zusammenarbeit in der alltäglichen Praxis wird von drei der vier Stützpunkte als gut bis sehr gut bezeichnet. Die Dienstleistungen der Stützpunkte zuhanden des Akutspitals werden in Anspruch genommen und die Psychiatrie als gleichgewichtige Ergänzung des somatischen Angebotes anerkannt.

Interlaken bezeichnet die Zusammenarbeit als wechselhaft, die Verankerung des Verständnis für die Psychiatrie im Akutspital bildet eine beständige Kommunikationsaufgabe. Sie wird am wirksamsten gelöst durch die Schaffung persönlicher Bezüge zwischen den Internisten und den MitarbeiterInnen der Stützpunkte. Hier wirken die beidseitigen Personalmutationen erschwerend.

6.1.3 Integration in die Verwaltung

Die Integration in die Verwaltung wird unterschiedlich beurteilt. In Burgdorf besteht eine enge Zusammenarbeit, der Stützpunkt wird durch die Verwaltung wirksam unterstützt.

Die drei anderen Stützpunkte zeigen Probleme bei der Schaffung guter betrieblicher Führungsinstrumente auf. In erster Linie steht hier die Kosten- und Leistungsrechnung, welche nicht in der erforderlichen Form im Rechnungswesen des Spitals verankert ist. Das gleiche gilt für die Umstellung der Psychiatriestatistik auf die Bundeslösung, welche nicht oder nur ungenügend in die Informatiklösungen der Spitäler aufgenommen ist.

Zur Problemlösung wird angeregt, einen gemeinsamen Controller aller Stützpunkte anzustellen, welcher die Vermittlungs- und Koordinationsaufgaben wahrnimmt.

6.2 Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken

6.2.1 Die Sicht der Stützpunkte

Notfallaufnahme

Der Wille zur Zusammenarbeit ist in der Notfallaufnahme in der Erwachsenenpsychiatrie gut. Die Kliniken bemühen sich, ihrer Aufnahmepflicht nachzukommen. Grenzen setzen zeitweise die sehr hohe Auslastung der Kliniken und die damit verbundenen Kapazitätsprobleme, welche zu vermehrten Einweisungen mit fürsorglichem Freiheitsentzug FFE zwingen.

In der Gerontopsychiatrie bestanden Aufnahme Probleme, dies auch, weil zu wenig Kapazitäten in den nachgelagerten Institutionen bestehen. Zwei der Stützpunkte beurteilen die Aufnahme Probleme in der Gerontopsychiatrie als weitgehend verbessert, zwei andere führen sie als aktuelles Problem an.

Der Stützpunkt Langenthal betreibt bewusst eine zurückhaltende Praxis bei der Einweisung von PatientInnen in das PZM, weil dieses als zu weit entfernt eingestuft wird.

Zusammenarbeit während des Klinikaufenthaltes

Während des Aufenthaltes von PatientInnen in der Klinik findet in der Regel keine Zusammenarbeit und kein Informationstransfer zwischen Klinik und Stützpunkt statt.

Nachbetreuung durch den Stützpunkt

Hier bestehen unterschiedliche Einschätzungen. Burgdorf vermerkt selbstkritisch, dass es aufgrund seiner ausgelasteten Kapazitäten zu wenig Nachbetreuungsleistungen in Ambulatori-

um und Tagesklinik anbieten kann. Interlaken und Langenthal verweisen beide darauf, dass ihre Leistungsangebote in der Nachbetreuung von den Kliniken zuwenig nachgefragt werden und wünschen eine bessere Integration. Thun beurteilt die Zusammenarbeit mit dem PZM hinsichtlich der Nachbetreuung als gut.

Fachliche Kooperation, Fort- und Weiterbildung

Hier finden keine Aktivitäten zwischen den Schnittstellenpartnern statt. Das bestehende breite Spektrum an alternativen Gefässen deckt diese Bedürfnisse ausreichend ab.

Aufgabenteilung

Die in der Spitalplanung angelegte Aufgabenteilung ist weitgehend gewährleistet. Ausnahme bilden die teilstationären und ambulanten Strukturen des PZM.

Generelle Bemerkungen

Mehrheitlich wird die Bedeutung persönlicher Bezüge für eine gute Zusammenarbeit betont. Diese müssen durch die hohe Personalfuktuation beider Seiten immer wieder neu geschaffen werden.

6.2.2 Die Sicht der Kliniken

Notfallaufnahme

Die notfallmässigen Einweisungen erfolgen im PZM zu rund einem Viertel durch die Stützpunkte. Dieser Anteil variiert allerdings mit der Distanz zum Stützpunkt.

Das Einweisungsverfahren verläuft seitens der Stützpunkte in der Regel problemlos, die Einweisungen sind indiziert, die Dokumentation ist gut. Probleme bietet dagegen die Überlastung des PZM, welche immer wieder zur Suche nach alternativen Einweisungsmöglichkeiten zwingt. Der Anteil der Einweisungen aus dem Stützpunkt ist in der PM vergleichbar. Die Überweisungen sind indiziert. Die Zusammenarbeit der Internisten und der Stützpunktpsychiater bei der Vornahme der Einweisung wird als ungenügend beurteilt.

Die Überlastungsprobleme sind in Meiringen weniger ausgeprägt, PatientInnen aus dem Versorgungsgebiet können praktisch immer, manchmal in kurzfristigen Zusatzbetten, aufgenommen werden können.

Zusammenarbeit während des Klinikaufenthaltes

Das PZM kommt zur gleichen Einschätzung wie die Stützpunkte. Mit dem Eintritt ins PZM wird der Patient zu dessen Patienten, nach der Entlassung zum Patienten der nachsorgenden Stelle. Eine Verbindung findet nicht statt. Die ärztliche Zusammenarbeit reduziert sich im wesentlichen auf den Eintritts- und den Austrittsbericht.

Aus Sicht des PZM muss diese Situation zwingend verbessert werden. Ursache des Nebeneinander ist nicht fehlender Wille, sondern fehlende Kapazitäten. Erschwerend sind auch die personellen Mutationen sowie die internen Verlegungen innerhalb des PZM. Als ungünstig wird auch die ungleiche organisatorische Ansiedlung (Staat / Spitalverbände) beurteilt. Mit der Benennung von Delegierten als Ansprechpartner für die einzelnen Stützpunkte konnte die Situation leicht verbessert werden.

Die Schnittstellen mit dem Stützpunkt konzentrieren sich auch in der PM auf Eintritt und Entlassung. Durch die kleineren Strukturen ist jedoch die Kommunikation im Bedarfsfall leichter herzustellen.

Nachbetreuung durch den Stützpunkt

Die Nachbetreuungsmöglichkeiten durch den Stützpunkt werden bei Entlassungen systematisch geprüft. Aus Sicht der PZM bietet hier Thun das breiteste Angebot und kann fast alle Patienten aufnehmen, die das PZM zur Nachbetreuung überweist.

Burgdorf ist im ärztlichen Bereich meistens überlastet. Dagegen funktioniert die Zusammenarbeit auf der Ebene der Sozialdienste sehr gut.

Kritisch wird die Zusammenarbeit mit Langenthal beurteilt. Das Angebot wird als zu wenig niederschwellig bezeichnet, die Kommunikation als ungenügend. Eine Zusammenarbeit mit

dem Sozialdienst ist nur für Patienten möglich, die am Ambulatorium oder in der Tagesklinik aufgenommen werden. Die Tagesklinik ist in der Regel ausgelastet.

Die PM prüft nach ihren Angaben die Nachbetreuungsmöglichkeiten des Stützpunktes bei der Entlassung von Patienten systematisch. Bezüglich der Tagesklinik wünscht die PM zeitlich flexiblere Angebote, da sie von einem vermeintlichen Vollzeit-Obligatorium ausgeht, das faktisch nicht gegeben ist. Aus diesem Verständnis heraus werden nur zurückhaltende Überweisungen in die Tagesklinik gemacht.

Bei den Überweisungen in das Ambulatorium konzentriert sich die PM auf chronische PatientInnen, da hier die Stärken des Stützpunktes Interlaken gesehen werden.

Die Aufnahmemöglichkeiten des Stützpunktes beurteilt die PM als begrenzt und überweist PatientInnen entsprechend zurückhaltend.

Aufgabenteilung

Das PZM begründet seine ambulanten Angebote mit der Notwendigkeit einer gestuften Entlassung für bestimmte Patientengruppen. Ein offenes Ambulatorium wird nur für die Einwohnerschaft der Amtsbezirke Konolfingen, Schwarzenburg, Belp und die Region Münsingen geführt.

Generelle Bemerkungen

Kritisch vermerkt wird seitens des PZM, dass die Stützpunkte über kein feststellbares Konzept für die Gerontopsychiatrie verfügen.

Einer Lösung der Überlastungsproblematik durch die Schaffung dezentraler Kriseninterventionsstationen steht das PZM kritisch gegenüber, da diese auf andere Patientengruppen ausgerichtet sind. Sie bieten ein niederschwelligeres Angebot und können den Anforderungen der Aufnahmepflicht nicht genügen.

Entwicklungsbedarf sieht das PZM im Ausbau der vor- und nachgelagerten Strukturen, namentlich im Ausbau der Sozialdienste und der Tageskliniken sowie in der Verbesserung des Angebotes in den Bereichen geschütztes Wohnen und geschützte Arbeitsplätze.

Sowohl das PZM wie die PM betonen die Bedeutung persönlicher Beziehungen für eine gute Zusammenarbeit. Der heutige Umgang mit personellen Mutationen entspricht diesem Postulat nicht.

6.3 Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten

6.3.1 Die Sicht der Stützpunkte

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen ÄrztInnen wird generell als gut beurteilt. Sie erstreckt insbesondere sich auf die folgenden Positionen.

- Abklärung und Triage im psychiatrischen Notfall;
- Konsiliarische Angebote für die praktizierenden ÄrztInnen
- Integration der niedergelassenen PsychiaterInnen in den Notfalldienst
- Weiterbildungsangebote
- Integration der StützpunktärztInnen in die ärztlichen Bezirksvereine.

Nicht realisiert ist die Forderung der Spitalplanung, die Einrichtungen des Stützpunktes den niedergelassenen PsychiaterInnen zur Verfügung zu stellen. Es wurden allerdings auch keine entsprechenden Begehren angemeldet.

6.3.2 Die Sicht der niedergelassenen Ärzte

Stellvertretend und exemplarisch haben wir Gespräche mit 3 VertreterInnen von 2 Bezirksärzterevereinen geführt.

Als wichtigste Schnittstelle zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und dem Stützpunkt wird der Notfalldienst bezeichnet. Dieser funktioniert immer zuverlässig und zeitgerecht. Der Stützpunkt übernimmt nicht nur die Abklärung, sondern bei Bedarf auch die Einweisung der PatientInnen. Der Hausarzt wird rasch über Anamnese, Diagnose und Massnahme informiert, bei einer Betreuung durch den Stützpunkt auch über den Austrittsbericht.

Während der Betreuung der PatientInnen durch den Stützpunkt finden Kontakte nur dann statt, wenn somatische Beschwerden vermutet und zur Abklärung angemeldet werden. Für die Hausärzte wären periodische und kurz gefasste Rückmeldungen über den Betreuungsverlauf am Stützpunkt dienlich.

Hinsichtlich der Konsilien bestehen gute Erfahrungen. Hier bietet der Stützpunkt inhaltlich und zeitlich das flexibelste Angebot.

Insgesamt wird das Angebot der Stützpunkte als gut, durch einen der Befragten sogar als unverzichtbar bezeichnet. Die Stützpunkte bieten eine merkbare Entlastung. Sie sind erreichbar und präsent. Verbesserungswünsche werden zu den folgenden Punkten vermerkt:

- Bessere Information über personelle Mutationen an den Stützpunkten. Für die Hausärzte ist es wichtig, ihre Zusammenarbeitspartner zu kennen.
- Einrichtung einer Kriseninterventionsstation als Vorstufe zur Klinikeinweisung.
- Von den Stützpunktleistungen profitieren insbesondere die lokalen praktizierenden ÄrztInnen. In peripheren Gebieten dürften zusätzliche Versorgungsbedürfnisse bestehen.

6.4 Zusammenarbeit mit den Justiz- und Sozialbehörden

Die Stützpunkte erbringen Dienstleistungen zuhanden der Justiz- und Sozialbehörden. Eine wichtige Ansprechbehörde sind die Regierungsstatthalter. Wir haben exemplarisch ein Gespräch mit dem Regierungsstatthalter des Amtsbezirkes Biel geführt und geben dessen wichtigste Ergebnisse in geraffter Form wieder.

Die hauptsächliche Schnittstelle des Regierungsstatthalters mit dem Stützpunkt liegt in unfreiwilligen Einweisungen aufgrund des fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE).⁸ In der Regel erfolgen die Einweisungen durch den Stützpunkt, in anderen Fällen wird der Regierungsstatthalter durch Behörden (Vormundschaftsämter, Fürsorgeämter) oder Ärzte einbezogen um eine Hospitalisierung abzuklären.

Aufnahme und Abklärung durch den Stützpunkt sind jederzeit sichergestellt. Die nötigen Informationen werden dem Regierungsstatthalter umgehend mitgeteilt. Für Patienten, die ambulant durch den Stützpunkt betreut werden oder die ihm zur Nachsorge überwiesen werden, bestehen kontinuierliche Kontakte.

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit dem Stützpunkt als sehr gut beschrieben. Aus Sicht des Regierungsstatthalters ist die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst des Stützpunktes und den Sozialdiensten beim Übergang der Zuständigkeiten ungenügend. Keiner der beiden Partner nimmt die Brückenfunktion wahr.

⁸ Ein FFE wird in jenen Fällen verordnet, in denen Selbst- oder Fremdgefährdung im Verzug ist. Eine unfreiwillige Einweisung bis zu sechs Wochen Dauer kann durch jeden Arzt unter angeordnet werden. Der Regierungsstatthalter ist unverzüglich zu informieren. Bei längeren Aufenthalten stellt der Regierungsstatthalter nach Anhörung des Klienten eine ordentliche Verfügung aus.

7. Psychiatriereform

Seit 1992 bereitete die GEF gemeinsam mit den psychiatrischen Versorgern eine Psychiatriereform vor. Diese musste im Jahr 1998 aus Kapazitätsgründen zurückgestellt werden.

Im Lauf der Arbeiten wurden drei zentrale Grundsätze für die Psychiatriereform erarbeitet, die auch heute noch aktuell sind:

- Sektorisierung heisst, dass eine einzige Trägerschaft verantwortlich ist für die gesamte öffentliche Psychiatrieversorgung einer definierten Versorgungsregion. Angesprochen ist die Organisation und die Ansiedlung der Verantwortlichkeit, nicht aber die räumliche Positionierung der Angebote. Zielsetzung ist die Zusammenfassung der vollständigen Behandlungskette unter einer Gesamtverantwortung und die Verbesserung des Case Management. Bereits realisierte Sektorisierungsmodelle bilden die UPD in Bern sowie der SPJBB in Bellelay, dieser allerdings nur für die französischsprachigen Bevölkerungsteile.
- Mit der Regionalisierung ist die räumliche Verlagerung der stationären Kapazitäten der Grosskliniken in die Regionen angesprochen.
- Mit der Entstaatlichung soll den Psychiatriekliniken vermehrte unternehmerische Autonomie und Verantwortung zugewiesen werden. Vorarbeiten hierzu wurden im Rahmen der Pilotversuche NEF 2000 mit der Führung der Kliniken über Leistungsaufträge geleistet.

Die Psychiatriereform wird voraussichtlich in Teilschritten weiter bearbeitet werden. Als nächster Schritt steht die Überführung der gesamten Psychiatrie in NEF GEF an. Dies bedeutet die Führung von Kliniken und Stützpunkten über Leistungsaufträge und leistungsbezogene Finanzierungssysteme.

Die Befragungspartner haben sich auch zu den Konzepten der Sektorisierung, der Regionalisierung und der Entstaatlichung geäussert. Wir beschränken uns auf eine generelle Zusammenfassung, da weder die Gespräche noch der Bericht genügend Raum bieten, um diese umfangreiche Fragestellung in einer differenzierten Form zu bearbeiten.

- Die Sektorisierung wird von allen Befragten begrüsst, allerdings auch als anspruchsvoll bezeichnet. Sie setzt insbesondere voraus, dass das institutionsbezogene Denken aufgelöst und ein gemeinsames Verständnis der Gesamtaufgabe der Psychiatrie geschaffen werden kann, damit die Gesamtheit der Aufgaben einer gesamtverantwortlichen Stelle übertragen werden kann.
- Die Regionalisierung wird als Postulat gutgeheissen, die Realisierung mehrheitlich als schwierig bezeichnet. Ihr stehen zum einen die gegebenen Infrastrukturen entgegen, andererseits dürfen die regionalen Einheiten eine kritische Grösse nicht unterschreiten, um eine Vollversorgung gewährleisten zu können. Bei der Regionalisierung soll die Verankerung der Stützpunkte an den Akutspitälern erhalten bleiben.
- Anstelle der Entstaatlichung wurde die Führung nach den Grundsätzen von NEF GEF diskutiert. Die Führung mit Leistungsaufträgen und die Neuformulierung der Finanzierungssysteme findet grundsätzliche Zustimmung.
- Die Mehrheit der Befragten geht dahingehend einig, dass die Ziele unter dem Postulat der Kostenneutralität nicht erreicht werden können. Diese Einschränkung wird durch die heute bestehenden Versorgungslücken und die Befürchtung begründet, dass kleinere Strukturen weniger kostengünstig arbeiten können.

Teil IV / Beantwortung der Fragestellungen

1. Die Fragestellungen

Die Abteilung für wissenschaftliche Auswertung hat die zu untersuchenden Fragestellungen auf den Ebenen Vollzug, Wirkung, Struktur, Leistungen, Effizienz und Vorteilhaftigkeit in ihrem Papier vom 27. März 2001 formuliert. Diese Fragestellungen sind im Einzelnen einer Untersuchung in unterschiedlichem Ausmass zugänglich.

Als anspruchsvoll erwiesen sich insbesondere die Fragen zur Effizienz der Stützpunkte. Hier kommt die Problematik zum Tragen, dass aussagekräftige Aufwandvergleiche nur möglich sind, wenn Kosten und Leistungen in differenzierter Weise miteinander in Bezug gesetzt werden können. Die zwar erhobenen, aber aufgrund von technischen Problemen nicht ausgewerteten Leistungsstatistiken und die uneinheitlichen Kostenrechnungen erlauben dies nicht. Die Beantwortung dieser Fragestellungen beruht damit auf Plausibilitäten.

2. Fragestellungen zur Ebene Vollzug

Die Fragestellungen der Auftraggeberin umfassen die folgenden Punkte:

2.1 Ist die Steuerung der Psychiatriestützpunkte durch die GEF zweckmässig und bedarfsgerecht?
--

Die planerische Steuerung erfolgt weitgehend reaktiv und im Einzelfall. Die Stützpunkte haben in planerischer Hinsicht einen hohen Spielraum in der Gestaltung ihres Leistungsangebots. Dies ist namentlich die Folge der sehr offen formulierten Spitalplanung und der daraus abgeleiteten Aufgabenübertragungen sowie des Fehlens eines direkten Zugriffs auf die Stützpunkte.

Die finanzielle Steuerung ist ressourcenorientiert und nimmt keinen Bezug zu den Leistungen der Stützpunkte. Mit der Festlegung der Ressourcen wird der oben erwähnte Spielraum der Stützpunkte entscheidend begrenzt. Diese Begrenzung wirkt jedoch nur quantitativ und nicht qualitativ.

Insgesamt kann die Steuerung der GEF nur insofern als bedarfsgerecht bezeichnet werden, als die realisierten Angebote einer Nachfrage entsprechen. In Bezug auf die Durchsetzung übergeordneter Prioritätensetzungen und die Koordination von Angeboten und Anbietern sind die gegebenen Steuerungsinstrumente nicht wirksam.

In Bezug auf das Erreichen der Wirkungsziele ist die Steuerung durch die GEF nicht zweckmässig. Das Erreichen der Wirkungsziele setzt ein gutes Zusammenwirken der Versorgungspartner voraus. Keiner der beteiligten Partner ist für die Koordination verantwortlich bezeichnet und mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet worden. Auch die GEF verfügt nicht über ausreichend griffige Steuerungsinstrumente, um diese Rolle stellvertretend wahrzunehmen.

Ebenfalls als unzweckmässig ist die Aufteilung der planerischen und der finanziellen Steuerung auf zwei verschiedene Organisationseinheiten der GEF zu bezeichnen.

2.2 Welche Beiträge hat der Kanton Bern in den Jahren 1998-1999 geleistet, welche Beiträge sind budgetiert worden für 2000 und 2001?

Die Beiträge sind in Anhang I detailliert dokumentiert. Sie schwanken in den fraglichen Jahren zwischen 8.56 Mio. Franken und 8.7 Mio. Franken und sind damit stabil.

2.3 Nach welchen Kriterien erfolgt die Zuteilung der Staatsbeiträge auf die einzelnen Stützpunkte? Sind das sinnvolle Kriterien?

Gemäss Gesetzgebung erfolgt die Zuteilung der Staatsbeiträge ressourcenorientiert. Eine ressourcenorientierte finanzielle Steuerung zeigt aus versorgungspolitischer Sicht Schwächen, da sie Leistungen und Angebote nur in indirekter und diffuser Weise steuern kann. In den letzten Jahren wurde diese Steuerung durch finanzpolitische Prämissen übersteuert. Einziges Steuerungskriterium bildete die Plafonierung des Staatsbeitrags. Die Verzerrungen, die durch dieses einzige Finanzierungskriterium bewirkt werden können, haben wir in Teil III, Ziffer 5.3 näher dargestellt. Bemerkenswert ist, dass trotz der plafonierten Staatsbeiträge eine wenn auch beschränkte, aber positive Leistungs- und Angebotsentwicklung der Stützpunkte möglich war. In längerfristiger Betrachtung wird die Plafonierung mit vermehrter Prioritätensetzung verbunden sein.

2.4 Wie sieht dabei der Handlungsspielraum der GEF aus?

Die GEF verfügt mit den gegebenen Steuerungsinstrumenten über einen geringen Handlungsspielraum. Er beschränkt sich im wesentlichen auf die Festlegung der Mittel der Stützpunkte (ohne flankierende Einwirkung auf Leistungsangebot und Leistungsumfang) sowie auf die Genehmigung oder Ablehnung eingereicherter Anträge der Trägerschaften.

2.5 Zeigen sich aus der Sicht der Stützpunkte oder der GEF Probleme beim Vollzug?

Die grundsätzlichen Probleme aus Sicht der GEF sind unter den obigen vier Ziffern bereits erwähnt. Hinsichtlich der finanziellen Steuerung stellen sich für die Stützpunkte die gleichen Probleme. Die gegebene finanzielle Plafonierung erschwert eine Weiterentwicklung der Stützpunkte nachhaltig. Obwohl sie in planerischer Hinsicht über grosse Spielräume verfügen, vermissen die Stützpunkte aus dieser Situation heraus die übergeordnete und koordinierende Führung durch die GEF.

2.6 Könnte der Vollzug verbessert werden?

Ja. Ein verbesserter Vollzug setzt griffigere Steuerungsinstrumente voraus. Diese Entwicklung ist mit NEF GEF angelegt. Auf die Möglichkeiten zur Verbesserung des Vollzugs gehen wir in Teil V / Folgerungen und Empfehlungen näher ein.

3. Fragestellungen zur Ebene Wirkungen

3.1 Erreichen der Zielsetzung der Spitalplanung und der Psychiatriereform 1977

3.1.1 Setzen die Stützpunkte mit ihrem Leistungsangebot die richtigen Prioritäten?

Die Frage ist anspruchsvoll formuliert. Sie schlüssig zu beantworten würde eine umfassende Analyse des Bedarfs der bernischen Bevölkerung nach psychiatrischen Leistungen sowie des Leistungsangebotes aller Leistungsträger voraussetzen.

Offensichtlich ist, dass alle Stützpunkte Prioritäten in ihrem Leistungsangebot setzen. Wir haben diese Prioritäten und ihre Unterschiedlichkeit in Teil III des Berichtes eingehend beschrieben und fassen sie in den folgenden Ziffern 3.1.6 und 3.1.7 zusammen. Die Prioritätensetzungen sind aus planerischer Sicht insofern richtig, als sie sich durchwegs im Rahmen der Spitalplanung bewegen. Inhaltlich können sie insofern als „richtig“ bezeichnet werden, als die angebotenen Leistungen durchwegs Nachfrage finden und mit einer Ausnahme voll ausgelastet sind.

Daraus wird klar, dass die planerischen Konzepte und Vorgaben sehr offen formuliert sind und hinsichtlich der gewünschten Versorgungswirkungen auf die Bevölkerung unpräzise bleiben. Diese Offenheit erlaubt es, auf regional unterschiedliche Bedürfnisse und Versorgungsnetze angemessen zu reagieren. Umgekehrt fehlt mit der gegebenen Offenheit die Messlatte, um die „Richtigkeit“ der Prioritätensetzung beurteilen zu können. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen wird die psychiatriepolitische Diskussion die Vorstellungen zu einer adäquaten psychiatrischen Versorgung präzisieren müssen. Wir beleuchten diesen Aspekt vertieft in Teil V des Berichtes.

Auch ohne präzise planerische Vorgaben zeigen die Erhebungsergebnisse eindrücklich, dass sich die Versorgungswirkungen in den Einzugsgebieten der verschiedenen Stützpunkte unterscheiden und dass den Stützpunkten auch unterschiedliche Mittel pro Einwohner des Versorgungsgebietes zur Verfügung stehen. Insgesamt können die Stützpunkte mit ihrer heutigen Struktur trotz der Vollaustattung ihrer Angebote nicht alle Bedürfnisse der Einwohnerschaft abdecken. Wie weit diese Bedürfnisse auch als Bedarf zu werten sind, ist ebenfalls Sache der psychiatriepolitischen Diskussion. Diese wird im Rahmen der Psychiatriereform zu führen sein.

3.1.2 Wird die Versorgung insbesondere in den Randregionen verbessert?

Im Bericht haben wir gezeigt, dass die Stützpunkte die Versorgung der Bevölkerung in den Spitalregionen erheblich verbessert haben, dies nicht nur durch ihre eigenen Leistungen, sondern auch durch die Anreizwirkung auf die Niederlassung von PsychiaterInnen in ihren Standortgemeinden.

Versteht man als Randregionen alle Regionen ausserhalb der Stadt Bern, kann die Frage bejaht werden. Bei einer kleinräumigeren Interpretation des Begriffs der Randregion muss sie dagegen verneint werden: Die Wirkung der Stützpunkte konzentriert sich sowohl mit ihren eigenen Leistungen wie auch hinsichtlich der Förderung der Niederlassung von PsychiaterInnen auf den Sitzbezirk ihres Stammspitals. Die Versorgungswirkung für die Einwohnerschaft der übrigen Spitalbezirke der Spitalregion ist durchwegs sehr viel kleiner.

3.1.3 Ist eine Entlastung der Kliniken auf ihr Kerngeschäft erfolgt?

UPD und SPJBB bieten in ihrem direkten Einzugsgebiet sektorisierte Versorgung an, das PZM nimmt in der näheren Umgebung (Aaretal) ebenfalls ambulante und teilstationäre Aufgaben wahr. In diesen Gebieten können die Stützpunkte folglich keine Entlastung bieten.

In den übrigen Regionen sind die Kliniken durch die Stützpunkte von ambulanten und teilstationären Aufgaben entbunden und können sich damit auf die Wahrnehmung der ihnen im Rahmen der Spitalplanung übertragenen Aufgaben konzentrieren. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Stützpunkte eine andere Versorgungsaufgabe wahrnehmen und eine andere Klientel mit anderen Therapie- und Betreuungsbedürfnissen versorgen als die psychiatrischen Kliniken. Ihre Angebote sind nicht alternativ, sondern subsidiär zu denjenigen der Kliniken. Dies gilt auch für die psychiatrische Station in Burgdorf, die weder der Aufnahmepflicht unterliegt noch über eine geschlossene Aufnahmestation verfügt. Immerhin ist festzuhalten, dass die Stützpunkte einen erheblichen Teil früherer Langzeitpatientinnen und -Patienten der Kliniken übernehmen.

3.1.4 Wurde die Niederlassung von PsychiaterInnen in unterversorgten Gebieten gefördert?

Seit der Einrichtung der Stützpunkte hat sich die Zahl der niedergelassenen PsychiaterInnen in den Spitalregionen und insbesondere in den Sitz-Spitalbezirken der Stützpunkte erhöht. Entgegen den ursprünglichen Befürchtungen der freipraktizierenden PsychiaterInnen haben sich die Stützpunkte als fördernde Ergänzung und nicht als Konkurrenz erwiesen.

Das spitalplanerische Ziel einer ausgeglicheneren Versorgung wurde dagegen nicht erreicht. In den Spitalbezirken Burgdorf, Interlaken, Langenthal und Thun sind zwischen 13.6 bis 21.4 niedergelassene PsychiaterInnen pro 100'000 Einwohner tätig. Im Spitalbezirk Bern beläuft sich die Zahl der niedergelassenen PsychiaterInnen auf 72.7 pro 100'000 Einwohner.

3.1.5 Welches Wirkungsmodell mit Wirkungen, erwünschten und unerwünschten Nebenwirkungen kann aus dem vorliegenden Material (gesetzliche Grundlagen etc.) abgeleitet werden?

Das Wirkungsmodell haben wir in Teil III, Ziffer 1.3 dargestellt. Wir verzichten auf eine Wiederholung und verweisen auf diese Ausführungen. Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen bilden Bestandteil des Gesamtberichtes und können hier nicht sinnvoll zusammengefasst werden.

3.1.6 Welche Leistungen erbrachten die Stützpunkte in den Jahren 1996 bis 2000?

Die Leistungsangebote haben wir in Teil III, Kapitel 3, die erbrachten Leistungen ebenfalls in Teil III, Kapitel 4 eingehend diskutiert.

Zusammenfassend kann die folgende Beurteilung vorgenommen werden:

- Die Leistungsangebote der einzelnen Stützpunkte sind unterschiedlich, ebenso die Ausprägung der Leistungen und das Selbstverständnis der Stützpunkte.
- Die Leistungen finden durchwegs eine entsprechende Nachfrage; die Angebote der Stützpunkte sind ausgelastet.
- Trotz finanzieller Restriktionen ist es den Stützpunkten gelungen, ihre Leistungen in den Jahren 1996 bis 2000 zu steigern.

3.1.7 Wurde eine Gleichstellung der Versorgung in den verschiedenen Regionen erreicht (Ressourcen und Leistungen pro EinwohnerIn)?

Es wurde keine Gleichstellung der Ressourcen erreicht. Die Aufwendungen für die Stützpunkte pro Kopf der zu versorgenden Bevölkerung variieren in den einzelnen Regionen von rund 20 Franken bis zu rund 50 Franken.

Auch hinsichtlich der Leistungen wurde keine Gleichstellung erreicht. Dies ist nicht nur Ausdruck der unterschiedlichen Ressourcen pro Kopf, die verfügbar sind, sondern auch der unterschiedlichen Prioritätensetzungen und Angebotsstrukturen der Stützpunkte.

Die Anteile der Einwohnerschaft der verschiedenen Versorgungsgebiete, die Leistungen in ihren Stützpunkten nachfragen bzw. beziehen, variieren von Region zu Region erheblich. Dies ist insbesondere die Folge einer unterschiedlichen Gewichtung zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Der Mittelbedarf für den Betrieb der Station zwingt den Stützpunkt Burgdorf, anders als die anderen Stützpunkte im Ambulatorium auf die Durchführung eigentlicher Therapien zu verzichten und diese Aufgabe den niedergelassenen PsychiaterInnen zu übertragen.

3.1.8 Wurde die angestrebte Vernetzung realisiert?

Die Vernetzung der Stützpunkte ist vielfältig. Sie umfasst über alle Stützpunkte gesehen namentlich die folgenden Leistungsbezüge:

- Psychiatrischer Notfalldienst für alle Anspruchsgruppen
- Konsiliar- und Liaisondienste für die Akutspitäler und – in unterschiedlichem Ausmass – die weiteren Gesundheits- und Fürsorgeinstitutionen des näheren Versorgungsgebietes
- Supervisionen, Spezialsprechstunden und Beratung für ausgewählte Fürsorgeinstitutionen
- Abklärungen und gutachterliche Tätigkeit zuhanden der Justizbehörden und Unterstützung der Regierungsstatthalter bei Massnahmen des fürsorgerischen Freiheitsentzugs
- Mitwirkung bei der Schaffung zusätzlicher Angebote (geschütztes Wohnen, berufliche Wiedereingliederung, Fürsorgeheime, Suchtbereich)
- Die Vernetzung mit niedergelassenen PsychiaterInnen konnte mit Ausnahme von Thun im Rahmen des integrierten Notfalldienstes realisiert werden.

Insgesamt ist damit die angestrebte Vernetzung realisiert. Für die einzelnen Stützpunkte gelten Relativierungen; das Ausmass der Vernetzung ist hier unterschiedlich (vgl. Teil III / Ziffer 3)

3.1.9 Ist die Arbeitsteilung mit den Psychiatriekliniken sinnvoll und im Einklang mit den gesetzlichen Zielsetzungen?

Die Aufgabenteilung zwischen Kliniken und Stützpunkten entspricht den (sehr offen gehaltenen) Vorgaben der Spitalplanung. Die Angebote sind ergänzend und weitgehend frei von Doppelspurigkeiten. So gesehen ist die Aufgabenteilung sinnvoll und im Einklang mit den gesetzlichen Zielsetzungen.

Dagegen ist die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Stützpunkten aus Sicht beider Partner verbesserungsbedürftig. Der Wechsel der Institution bedeutet auch einen Wechsel der Verantwortlichkeit für die Patientinnen und Patienten. Die Brückenfunktion wird durch keine der beiden Parteien genügend wahrgenommen. Die Gesamtverantwortung für die Versorgung bleibt geteilt.

Als wichtigste Handlungsachse für die Verbesserung der Zusammenarbeit wird die systematische Pflege persönlicher Beziehungen genannt.

3.1.10 Funktionieren die Stützpunkte als vorgeschaltete Institutionen vor den Kliniken?

Die Stützpunkte bieten eine umfassende Triagefunktion an. Ihre Einweisungen in die Kliniken werden durchwegs als berechtigt beurteilt. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten funktionieren die Stützpunkte damit als vorgeschaltete Institutionen vor den Kliniken. Diese Funktion können sie

jedoch dort nicht wahrnehmen, wo die Zuweiser Direkteinweisungen in die Kliniken vornehmen.

3.1.11 Welche Rolle übernehmen die Stützpunkte bei der psychiatrischen Notfallversorgung? Ist dies eine adäquate Lösung?

Soweit die berechtigten Zuweiser – also namentlich die niedergelassenen PsychiaterInnen und Hausärzte sowie die Justizbehörden - die Stützpunkte als Vorabklärungsstelle nicht umgehen, übernehmen die Stützpunkte mit ihrem Notfalldienst eine umfassende Triagefunktion. Die existierende Lösung wurde von allen Befragten als adäquat bezeichnet.

3.2 Kongruenz mit den Vorstellungen der GEF zu einer neuen Psychiatrieplanung

Stehen Struktur und Arbeit der Stützpunkte im Einklang mit den Konzepten der Sektorisierung, der Dezentralisierung (Regionalisierung) und des New Public Management?

Struktur und Arbeit der Stützpunkte richten sich nach den gegebenen planerischen und gesetzlichen Grundlagen. Sie entsprechen darum den oben erwähnten Konzepten in ihrer heutigen Form nicht.

Seitens der Stützpunkte bestehen sowohl Interesse wie Bereitschaft zu einer Psychiatriereform nach diesen Grundsätzen. Die Haltung der Stützpunkte entspricht somit diesen Konzepten. Auf der Sachebene bestehen damit gute Voraussetzungen zur Integration der Psychiatrie in eine sektorisierte Versorgung.

Die Einführung der neuen Konzepte ist zwingend mit einer neuen Aufgaben-, Kompetenzen- und Funktionenverteilung unter den heutigen Verantwortlichen der Stützpunkte und der Kliniken verbunden. Es dürfte sich als anspruchsvoll erweisen, in der Regelung dieser Fragen konsensuelle und tragfähige Lösungen zu erarbeiten.

4. Fragestellungen zur Ebene Effizienz

**4.1 Wie kann das Verhältnis von erbrachten Leistungen und Aufwand der Stützpunkte beschrieben werden?
Gibt es dabei relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Stützpunkten?**

Da sich die Leistungsangebote der Stützpunkte unterscheiden und da aussagekräftige und vergleichbare Kosten- und Leistungsrechnungen fehlen, können keine detaillierten Aussagen gemacht werden.

Eine Vergleichsmöglichkeit auf Stufe der Leistungen bieten die Fallzahlen. Der Aufwand pro Fall variiert von Stützpunkt zu Stützpunkt erheblich. Allerdings sind die Fallzahlen keine echten Vergleichsgrößen, da darin die unterschiedlichsten Leistungseinheiten (stationäre Patienten, Patienten der Tageskliniken, ambulante Patienten, weitere) enthalten sind. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kostenstrukturen dieser Leistungen sind die unterschiedlichen Aufwandgrößen pro Fall plausibel.

Mit Hilfe eines Näherungsverfahrens wurden Aufwandvergleiche in Ambulatorium, Konsiliar- und Liaisondienst und Tagesklinik vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen für die ambulanten Leistungen insgesamt vergleichbare Aufwandstrukturen für die einzelnen Leistungen.

In den Tageskliniken ergeben sich dagegen stark unterschiedliche Kostenstrukturen. Massgebend hierfür dürften vorwiegend die unterschiedlichen Personaldotationen und Personalstrukturen sein, die auf unterschiedliche Leistungspaletten hinweisen. Wir empfehlen, diese Unterschiede im Rahmen der Personaldotationsstudie näher zu untersuchen.

4.2 Ist der Kostendeckungsgrad bei den einzelnen Stützpunkten gleich hoch? Falls nein, warum nicht?

Der Kostendeckungsgrad variiert zwischen 36.4% bis 60.6%. Diese Unterschiede sind nicht Ausdruck unterschiedlicher Effizienz, sondern Folge der unterschiedlichen Leistungsstrukturen der Stützpunkte, mit denen auch unterschiedliche Ertragsstrukturen verbunden sind. Diese Elemente sind in Teil III, Ziffer 5.3 eingehend dokumentiert.

5. Fragestellungen zur Ebene Vorteilhaftigkeit

5.1 Ist das Modell der Stützpunkte eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung?

Die Stützpunkte bieten eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung. Wir begründen diese Ansicht mit den folgenden übergeordneten Leistungen, welche die Stützpunkte erbringen und die Bestandteil der gesamten psychiatrischen Versorgung bilden:

- Dezentrale sozialpsychiatrische Versorgung der Bevölkerung mit niederschwelligem Zugang
- Reintegration psychisch Kranker und Behinderter
- Entlastung der Kliniken auf ihr Kerngeschäft
- Entlastung der praktizierenden ÄrztInnen durch Notfallversorgung und Konsilien
- Entlastung der Behörden durch Abklärung, Betreuung und Koordination
- Unterstützung verwandter Institutionen durch Beratung, Supervision, Spezialsprechstunden und Konsilien

5.2 Was wären die Folgen einer Streichung dieses Angebotes?

Die oben genannten Leistungen würden wegfallen und damit Versorgungslücken verursachen, die insgesamt kaum tragbar wären. Mindestens teilweise müssten für diese Leistungen alternative dezentrale Leistungsträger gesucht werden.

Neben den vermutlich hohen Transferkosten ist zu erwarten, dass diese Leistungen innerhalb der Regionen nicht durch einen einzigen Leistungsanbieter abgedeckt werden könnten. Neben Synergieverlusten müsste auch mit zusätzlichen Koordinationskosten und – als Folge der zusätzlichen Schnittstellen – mit Einbrüchen in der Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität gerechnet werden.

5.3 Ist der Staatsbeitrag insgesamt als vorteilhaft zu bezeichnen?

Auch ohne die Möglichkeit, detaillierte Aussagen zu Effizienz und Effektivität machen zu können, kann der Staatsbeitrag insgesamt als vorteilhaft bezeichnet werden. Begründet wird diese Beurteilung durch die Erwägungen in den beiden obigen Antworten.

Ergänzt wird sie durch eine gesamtwirtschaftliche Sicht. Der Verzicht auf den Staatsbeitrag (hier gleichgesetzt mit dem Verzicht auf die Führung von Stützpunkten) würde erhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten nach sich ziehen, die vermutlich um einiges höher liegen dürften als die eingesparten Staatsbeiträge.

Teil V / Folgerungen und Empfehlungen

1. Optimierungen

In der Gesamtbetrachtung haben wir in Teil IV den Schluss gezogen, dass die Psychiatriestützpunkte eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung darstellen, ohne die erhebliche Versorgungslücken entstehen würden. Dieser analytischen Folgerung kann sich der subjektive Eindruck anschliessen, dass sowohl in den Stützpunkten wie auch in den psychiatrischen Kliniken engagierte Arbeit geleistet wird und dass die Belastungsgrenzen erreicht, zeitweise wohl auch überschritten sind.

Die in diesem Kapitel formulierten Folgerungen und Empfehlungen sind nicht als Kritik, sondern als Vorschläge für Optimierungen zu verstehen. Diese sind wohl zwingend, da die Herausforderungen an alle psychiatrischen Einrichtungen gross sind. Einige davon wurden im Rahmen der Befragungen angeschnitten:

- Herausforderung Gerontopsychiatrie
- Konstante Kapazitätsprobleme der Kliniken
- Zunehmende Schwere der Fälle in den Kliniken
- Zunahme der Patientenzahlen in allen psychiatrischen Einrichtungen
- Zunahme der stützungsbedürftigen Personen mit Betreuungsbedarf in intermediären Strukturen

Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie kann ergänzt werden mit dem Hinweis auf die wünschbaren Entwicklungen, welche die Stützpunkte und die Kliniken formuliert haben und die im Bericht dokumentiert sind. Die Rahmenbedingungen für grossräumige Entwicklungen, hier vorab die wohl weiterhin anhaltende kritische Lage der Kantonsfinanzen und der Kostendruck der Versicherer, sind schlecht. Das Zusammenspiel dieser Faktoren ergibt einerseits einen Optimierungsdruck und ruft andererseits nach einem schrittweisen Vorgehen.

Im Lauf der Untersuchung haben sich namentlich in den folgenden Bereichen Optimierungsmöglichkeiten gezeigt:

- Präzisere Steuerungsmöglichkeiten der versorgungsverantwortlichen Behörden
- Verbesserte betriebliche Führungs- und Steuerungsinstrumente
- Optimierte inhaltliche und mengenmässige Abstimmung der Angebote der psychiatrischen Versorger
- Verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen
- Optimierte Zusammenarbeit im Sinn eines durchgängigen Case Management

Mit der Einführung von NEF GEF werden gute Voraussetzungen geschaffen für eine pragmatische und schrittweise Umsetzung dieser Optimierungen. Eine umfassende Psychiatriereform ist nicht Voraussetzung für deren Bearbeitung; die Optimierungsprozesse können dagegen gute Voraussetzungen für eine spätere Psychiatriereform schaffen. Wir versuchen, dies nachfolgend zu skizzieren.

2. Präzisere Steuerungsmöglichkeiten der versorgungsverantwortlichen Behörden

Die heutigen Steuerungsmöglichkeiten der GEF sind in Bezug auf die Durchsetzung übergeordneter Prioritätensetzungen und die Koordination von Angeboten und Anbietern nicht wirksam. Sie müssen verbessert werden.

Dazu sind keine umfassenden Reformen erforderlich. NEF GEF bietet die Chance einer präziseren Steuerung, ohne die gegebenen gesetzlichen und planerischen Grundlagen einer Revision unterziehen zu müssen. Die Arbeiten zu NEF GEF sind bereits in Angriff genommen, die Auswirkungen können damit rasch greifen.

Im Rahmen der Leistungsverträge können die geforderten Leistungen inhaltlich umschrieben und quantifiziert werden. Die leistungsbezogene Finanzierung unterstützt die Lenkungsfunction der Leistungsverträge.

Der heutige Mangel des nur indirekten Kontakts der GEF zu den Stützpunkten könnte durch ein zweistufiges Vertragssystem behoben werden, ohne die Stützpunkte aus ihrer Einbindung in das Akutspital herauszulösen:

- Im Rahmen des Leistungsvertrages mit dem Kanton verpflichtet sich die Spitalträgerschaft, einen Stützpunkt zu führen und diesem die erforderlichen Dienstleistungen und Infrastrukturen (entgeltlich) zur Verfügung zu stellen. Der Leistungsvertrag sichert dem Spital umgekehrt die Verfügbarkeit der nötigen Leistungen des Stützpunktes zu. Er ermächtigt die GEF, den Leistungsvertrag mit dem Stützpunkt innerhalb dieses Rahmenvertrages direkt abzuschliessen.
- Der Leistungsvertrag für den psychiatrischen Dienst wird zwischen der GEF und dem Stützpunkt direkt abgeschlossen. Er kann auf die Gesamtheit der Schnittstellenpartner im Versorgungsnetz abgestimmt werden. Durch die eigene vertragliche Grundlage gewinnt der Stützpunkt mehr betriebliche Autonomie und Selbstverantwortung.

Dieses zweistufige Vertragsmodell erlaubt, die Koordinationsmöglichkeiten mit den Leistungsverträgen der weiteren Schnittstellenpartner (Kliniken, Fürsorgeheime, weitere) zu verbessern, ohne die bestehenden Organisationsstrukturen aufzuheben.

3. Verbesserte betriebliche Führungs- und Steuerungsinstrumente

Die Führung mit Leistungsverträgen und einer leistungsbezogenen Finanzierung setzt voraus, dass die Leistungen definiert und messbar sind und dass die Aufwendungen den Leistungen zugeordnet werden können. Diese Voraussetzungen sind über die Einführung einheitlicher und verbindlicher Kosten- und Leistungsrechnungssysteme zu schaffen.

Die Verfügbarkeit guter betrieblicher Führungs- und Steuerungssysteme entspricht unabhängig von der Einführung von NEF GEF einem Anliegen der Stützpunkte. Die mit dem Modellvorschlag verbundene höhere betriebliche Autonomie der Stützpunkte verstärkt ihre Bedeutung.

4. Optimierte inhaltliche und mengenmässige Abstimmung der Angebote der psychiatrischen Versorger

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Abstimmung der Angebote von Stützpunkten und Kliniken inhaltlich und/oder mengenmässig optimiert werden kann. Alle psychiatrischen Versorger haben Bedarf nach zusätzlichen Angeboten angemeldet, wodurch die Notwendigkeit einer gemeinsamen Prioritätensetzung und einer Optimierung der Angebotssegmente erhöht wird.

Das Anliegen ist anspruchsvoll. Nach unserer Wahrnehmung fehlt eine gemeinsame Vision der psychiatrischen Gesamtversorgung und der dafür notwendigen Versorgungsangebote im Kanton Bern. Ohne diese Vision ist die Abstimmung der Angebote schwierig. Ebenso schwierig dürfte es sein, diese Vision am grünen Tisch zu erarbeiten. Eine Annäherung auf pragmatischen Weg scheint erfolgreicher.

Durch die Steuerung mit Leistungsverträgen werden die geforderten Leistungen transparent, vergleichbar und verhandelbar. Wir regen darum an, die in den Leistungsverträgen vorgesehenen Leistungssegmente nicht nur bilateral zwischen GEF und Institution zu verhandeln, sondern diese in den Grundzügen insgesamt mit allen Schnittstellenpartnern abzustimmen.

Ob sich die Erwartung erfüllt, dadurch nicht nur eine optimierte Abstimmung der Angebote zu erreichen sondern auch einer gemeinsamen Sicht näher zu kommen, muss offen bleiben.

5. Verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen

Die verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen wird durch die institutionsübergreifende Abstimmung der Angebote erreicht. Eine weitergehende Koordination ist unter den gegebenen Organisationsstrukturen kaum möglich. Sie kann – da allerdings bis hin zur Integration im Rahmen der Sektorisierung – erst im Rahmen der Psychiatriereform realisiert werden.

6. Optimierte Zusammenarbeit im Sinn eines durchgängigen Case Management

Ohne grosse Reform kann die Gesamtverantwortung für die Versorgung und damit auch die mit Kompetenzen verbundene Verantwortung für das Case Management keiner Institution zugewiesen werden.

Das Case Management kann in den heutigen Strukturen nur auf Kooperationsbasis realisiert werden. Mit der Schaffung von Stützpunktverantwortlichen im PZM wurden erste Schritte in diese Richtung eingeleitet. Diese Entwicklung kann intensiviert werden, was aber in begrenztem Ausmass zusätzliche Ressourcen voraussetzt.

Anhänge

Anhang 1: Finanzkennzahlen der Stützpunkte

Anhang 2: Stellenpläne der Stützpunkte

Anhang 3: Kennzahlen der Stützpunkte im Mittel der Jahre 1996/97

Anhang 3 a: alle Stützpunkte im Vergleich

Anhang 3 b: Stützpunkt Burgdorf

Anhang 3 c: Stützpunkt Interlaken

Anhang 3 d: Stützpunkt Langenthal

Anhang 3 e: Stützpunkt Thun

Anhang 4: Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten 1996 bis 2000

Anhang 5: Übersicht über die geführten Gespräche

Anhang 6: Stellungnahmen der Stützpunkte zum Erfolgskontrollbericht

Anhang 1: Finanzkennzahlen der Stützpunkte

Quelle: AWA GEF

AUFWAND PSYCHIATRIESTUETZPUNKTE (in 1000 Fr.)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interlaken	1'113	1'368	1'925	1'756	1'730	1'755	2'012	1'993	2'152	2'233	2'317	2'264
Thun	1'971	2'313	2'586	2'778	2'948	3'053	3'179	3'056	3'342	3'024	3'048	3'137
Burgdorf	870	1'648	1'806	1'954	2'117	2'220	3'180	3'086	3'259	3'250	3'314	3'499
Langenthal	0	358	703	1'217	1'600	1'762	1'842	1'851	1'829	1'872	2'045	2'135
Regionalspital Biel	2'783	3'172	3'586	3'710	3'914	4'053	4'342	4'325	4'297	4'614	4'729	4'745

ERTRAG PSYCHIATRIESTUETZPUNKTE (in 1000 Fr.)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interlaken	272	352	369	468	524	450	557	914	852	808	936	971
Thun	670	807	1'006	1'133	1'268	1'137	1'508	1'423	1'595	1'365	1'265	1'480
Burgdorf	257	287	393	461	802	635	1'603	1'898	1'750	1'877	1'925	2'121
Langenthal	0	17	115	224	441	551	588	678	712	760	825	915
Regionalspital Biel	711	639	749	944	1'012	1'106	1'334	1'384	1'589	1'487	1'791	1'729

DEFIZIT PSYCHIATRIESTUETZPUNKTE (in 1000 Fr.)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interlaken	841	1'016	1'556	1'288	1'206	1'305	1'456	1'079	1'300	1'425	1'381	1'293
Thun	1'301	1'506	1'580	1'645	1'680	1'916	1'671	1'633	1'747	1'659	1'783	1'657
Burgdorf	613	1'361	1'413	1'493	1'315	1'585	1'577	1'188	1'509	1'373	1'389	1'378
Langenthal	0	341	588	993	1'159	1'211	1'254	1'173	1'117	1'112	1'220	1'220
Regionalspital Biel	2'072	2'533	2'837	2'766	2'902	2'947	3'009	2'941	2'708	3'127	2'938	3'016

Anhang 1: Finanzkennzahlen der Stützpunkte

Quelle: AWA GEF

KOSTENDECKUNGSGRAD PSYCHIATRIESTÜTZPUNKTE (in 1000 Fr.)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Interlaken	24.4%	25.7%	19.2%	26.7%	30.3%	25.6%	27.7%	45.8%	39.6%	36.2%	40.4%	42.9%
Thun	34.0%	34.9%	38.9%	40.8%	43.0%	37.2%	47.4%	46.6%	47.7%	45.1%	41.5%	47.2%
Burgdorf	29.5%	17.4%	21.8%	23.6%	37.9%	28.6%	50.4%	61.5%	53.7%	57.8%	58.1%	60.6%
Langenthal	-	4.7%	16.4%	18.4%	27.6%	31.3%	31.9%	36.6%	38.9%	40.6%	40.3%	42.9%
Regionalspital Biel	25.5%	20.1%	20.9%	25.4%	25.9%	27.3%	30.7%	32.0%	37.0%	32.2%	37.9%	36.4%

ENTWICKLUNG VON AUFWAND, ERTRAG, DEFIZIT UND KOSTENDECKUNGSGRAD DER STÜTZPUNKTE

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Aufwandentwicklung	100.0%	131.5%	157.4%	169.4%	182.7%	190.6%	216.1%	212.4%	220.9%	222.5%	229.4%	234.2%
Ertragsentwicklung	100.0%	110.1%	137.8%	169.1%	211.9%	203.1%	292.6%	329.7%	340.2%	329.7%	353.0%	377.8%
Entwicklung des Defizits	100.0%	140.0%	165.2%	169.6%	171.2%	185.7%	185.8%	166.0%	173.6%	180.2%	180.5%	177.4%
Entwicklung des KDG	28.4%	23.7%	24.8%	28.3%	32.9%	30.2%	38.4%	44.0%	43.7%	42.0%	43.6%	45.7%

AUFWAND, ERTRAG UND DEFIZIT GESAMTPSYCHIATRIE

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Aufwand Psychiatrie Total	149'812	169'578	186'297	186'643	190'339	194'104	195'513	188'749	189'652	188'113	196'855	205'278
Ertrag Psychiatrie total	70'180	72'703	81'988	89'245	98'778	98'034	101'714	102'370	103'068	109'948	110'652	117'619
Defizit Psychiatrie Total	79'632	96'875	104'309	97'398	91'561	96'070	93'799	86'379	86'584	78'165	86'203	87'659
KDG Psychiatrie total	46.8%	42.9%	44.0%	47.8%	51.9%	50.5%	52.0%	54.2%	54.3%	58.4%	56.2%	57.3%

ANTEIL DER STÜTZPUNKTE AN DER GESAMTPSYCHIATRIE

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Anteil am Gesamtaufwand	4.5%	5.2%	5.7%	6.1%	6.5%	6.6%	7.4%	7.6%	7.8%	8.0%	7.8%	7.7%
Anteil am Gesamtertrag	2.7%	2.9%	3.2%	3.6%	4.1%	4.0%	5.5%	6.2%	6.3%	5.7%	6.1%	6.1%
Anteil am Gesamtdefizit	6.1%	7.0%	7.6%	8.4%	9.0%	9.3%	9.6%	9.3%	9.7%	11.1%	10.1%	9.8%

Anhang 2: Stellenpläne der Stützpunkte

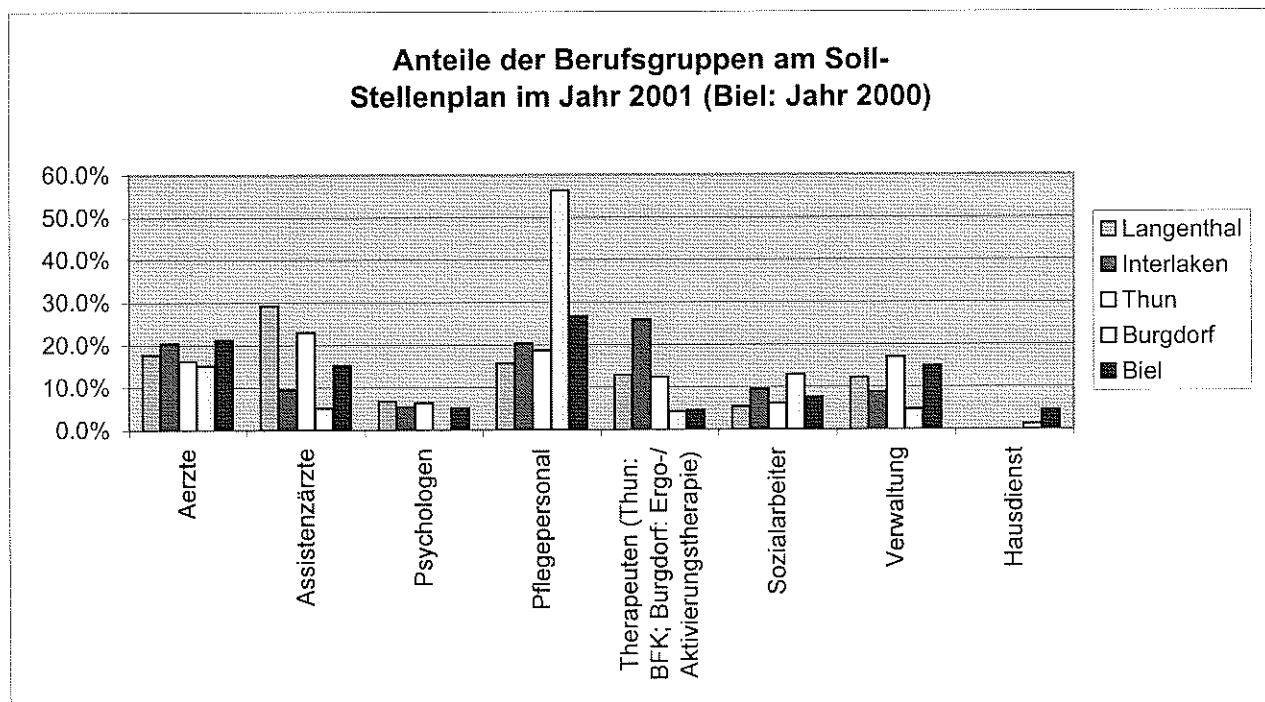
Quelle: Budgets GEF

Soll-Stellenpläne gemäss Budget 2001 (Biel Budget 2000)

	Langenthal	Interlaken	Thun	Burgdorf	Biel
Ärzte	2.6	3.0	3.8	3.5	7.0
Assistenzärzte	4.3	1.4	5.4	1.2	5.0
Psychologen	1.0	0.8	1.5	0.0	1.7
Pflegepersonal	2.3	3.0	4.4	13.0	8.8
Therapeuten (Thun: BFK; Burgdorf: Ergo-/Aktivierungstherapie)	1.9	3.8	2.9	1.0	1.5
Sozialarbeiter	0.8	1.4	1.5	3.0	2.5
Verwaltung	1.8	1.3	4.0	1.1	4.9
Hausdienst	0.0	0.0	0.0	0.3	1.5
Total	14.7	14.7	23.5	23.1	32.9
Durchschnittskosten pro Stelle im Mittel der Bet	112'571	119'093	113'348	110'942	120'760

Anteile der Berufsgruppen am Soll-Stellenplan im Jahr 2001 (Biel: im Jahr 2000)

	Langenthal	Interlaken	Thun	Burgdorf	Biel
Ärzte	17.7%	20.4%	16.2%	15.2%	21.3%
Assistenzärzte	29.3%	9.5%	23.0%	5.2%	15.2%
Psychologen	6.8%	5.4%	6.4%	0.0%	5.2%
Pflegepersonal	15.6%	20.4%	18.7%	56.3%	26.7%
Therapeuten (Thun: BFK; Burgdorf: Ergo-/Aktivierungstherapie)	12.9%	25.9%	12.3%	4.3%	4.6%
Sozialarbeiter	5.4%	9.5%	6.2%	13.0%	7.6%
Verwaltung	12.2%	8.8%	17.0%	4.8%	14.9%
Hausdienst	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	4.6%



Anhang 3a: Kennzahlen aller Stützpunkte im Vergleich

Kennzahlen der Stützpunkte 1996/97

Fallzahlen	Mittel der Jahre 1996/97				prozentuale Anteile			
	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Patientenbestand am 1. Januar	133	130	196	243				
Eintritte im Berichtsjahr	572	466	528	916	81.2%	78.2%	73.0%	79.1%
davon <i>Erstaufnahmen</i> im Berichtsjahr	331	286	393	556	57.8%	61.4%	74.5%	60.7%
Fälle total	705	595	723	1158				

Freiwilligkeit des Eintritts								
freiwillig	484	453	504	857	96.0%	97.8%	95.9%	93.7%
unfreiwillig	18	9	21	46	3.5%	1.9%	4.0%	5.0%
unbekannt	3	1	1	12	0.5%	0.2%	0.1%	1.3%
total	504	463	525	915				

Dringlichkeit der Aufnahme								
Notfall	127	113	83	231	25.3%	24.3%	15.8%	25.3%
regulär	375	350	443	684	74.7%	75.7%	84.2%	74.7%
total	502	463	526	915				

Zuweisende Stelle								
Selbsteinweisung und Laien	58	135	133	174	10.4%	29.4%	25.1%	19.0%
praktizierender Arzt	155	96	125	136	27.9%	20.8%	23.7%	14.8%
praktizierender Psychiater	32	8	5	26	5.8%	1.7%	0.9%	2.8%
nichtärztlicher Psychotherapeut	3	1	4	6	0.5%	0.1%	0.7%	0.6%
Somatisches Spital	172	131	165	322	30.9%	28.6%	31.3%	35.2%
Ueberweisung in der selben Institution	70	18	25	79	12.6%	3.9%	4.7%	8.6%
Psychiatrieklinik	15	19	25	78	2.7%	4.1%	4.7%	8.5%
Beratungsstelle, soziale Institution	10	18	14	18	1.8%	3.9%	2.7%	1.9%
Behörden	12	11	15	43	2.2%	2.4%	2.8%	4.7%
Verschiedene	30	23	18	35	5.3%	4.9%	3.4%	3.8%
Total	556	459	527	913				

Anhang 3a: Kennzahlen aller Stützpunkte im Vergleich

Kennzahlen der Stützpunkte 1996/97

Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss	Mittel der Jahre 1996/97				prozentuale Anteile			
	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Thun
Bezugsperson, andere Laien	3	8	6	13	0.5%	1.7%	1.2%	1.4%
praktizierender Arzt	156	118	110	277	31.8%	26.4%	23.3%	30.5%
praktizierender Psychiater	87	27	26	106	17.8%	5.9%	5.4%	11.7%
nichtärztlicher Psychotherapeut	15	3	6	16	3.0%	0.6%	1.3%	1.8%
Somatisches Spital	74	47	108	88	15.1%	10.5%	22.9%	9.7%
Ueberweisung in der selben Institution	53	32	28	97	10.7%	7.2%	5.9%	10.7%
Psychiatrieklinik	31	55	31	124	6.2%	12.3%	6.6%	13.7%
Beratungsstelle, soziale Institution	18	20	20	25	3.6%	4.5%	4.1%	2.7%
Behörden	11	10	6	33	2.1%	2.1%	1.3%	3.6%
Verschiedene	36	57	39	51	7.4%	12.7%	8.3%	5.6%
Keine	8	72	93	78	1.6%	16.0%	19.7%	8.5%
Total	489	446	472	907				

Konsultationen und Behandlungstage									
ärztliche Konsultationen Fälle	465	470	686	1030					
ärztliche Konsultationen Leistungen	2058	2309	3422	3925					
ärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	4.7	5.0	5.0	3.8					
nichtärztliche Konsultationen Fälle	61	114	134	283					
nichtärztliche Konsultationen Leistungen	494	1260	1255	2197					
nichtärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	6.5	15.3	9.4	7.8					
teilstationär betreute Fälle	32	62	27	30					
Anzahl teilstationäre Behandlungstage	1963	5150	1707	2837					
Anzahl teilstationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	61.5	83.1	63.5	96.5					
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Fälle	8	49	1	0					
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Leistungen	45	520	5	0					
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik/Fall im Mittel	3.5	10.6	2.3	0.0					
stationär betreute Fälle	161	6	2	82					
Anzahl stationäre Behandlungstage	3830	51	13	654					
Anzahl stationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	24.0	10.0	6.3	8.0					

Leistungserbringende Berufsgruppe									
Arzt / Aerztin	-	464	-	-	-	-	58.9%	-	-
Psychologin	-	176	-	-	-	-	22.3%	-	-
SozialarbeiterIn	-	54	-	-	-	-	6.8%	-	-
EingetherapeutIn	-	45	-	-	-	-	5.7%	-	-
Psychiatrieschwester/pfleger	-	50	-	-	-	-	6.3%	-	-

Anhang 3a: Kennzahlen aller Stützpunkte im Vergleich

Kennzahlen der Stützpunkte 1996/97

	Mittel der Jahre 1996/97				prozentuale Anteile			
	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Tiun	Burgdorf	Interlaken	Langenthal	Tiun
Behandlungsdauer pro Fall								
Mittelwert	215	195	271	208				
Median	21	36	71	24				

Art der Behandlung	105	52	104	117	15.2%	8.8%	14.5%	10.1%
Krisenintervention	39	57	34	136	5.6%	9.8%	4.8%	11.8%
Beratung	82	136	233	122	11.9%	23.3%	32.6%	10.6%
Psychotherapie Einzel, Paar, Familie, Gruppe	174	47	22	170	25.3%	8.0%	3.0%	14.8%
Integrierte psychiatrische Behandlung	77	102	106	198	11.2%	17.4%	14.8%	17.2%
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	150	95	138	272	21.8%	16.2%	19.2%	23.6%
Konsilium, Laisondienst	61	97	79	137	8.9%	16.6%	11.0%	11.9%
Verschiedene	687	584	715	1151				
Total								

Herkunft und Inzidenz für die Stützpunkteleistungen	111547	44786	74072	157916	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Einwohner Spitalregion	47981	36726	37351	76598	43.0%	82.0%	50.4%	48.5%
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes	63566	8060	36721	81318	57.0%	18.0%	49.6%	51.5%
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion	575	526	654	978	86.1%	88.3%	90.4%	84.5%
Fälle aus der Spitalregion	399	500	462	695	59.8%	84.0%	63.8%	60.0%
davon Fälle aus dem Spitalbezirk des Sitzes	176	26	192	284	26.3%	4.3%	26.6%	24.5%
davon Fälle aus den weiteren Spitalbezirk der Spitalregion	93	70	70	180	13.9%	11.7%	9.6%	15.5%
Fälle ausserhalb der Spitalregion	667	595	723	1158				
Inzidenz der Spitalregion	0.52%	1.17%	0.88%	0.62%				
Inzidenz des Spitalbezirks des Sitzes	0.83%	1.36%	1.24%	0.91%				
Inzidenz der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion	0.28%	0.32%	0.52%	0.35%				

Anhang 3b: Kennzahlen des Stützpunktes Burdorf

Kennzahlen Stützpunkt Burdorf

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------	---------------------	------	------	------

Fallzahlen

Patientenbestand am 1. Januar	113	152	132.5		-	-	-
Eintritte im Berichtsjahr	504	640	572	81.2%	-	-	-
davon <i>Erstaufnahmen im Berichtsjahr</i>	310	351	330.5	57.8%	-	-	-
Fälle total	617	792	704.5		-	-	-

Freiwilligkeit des Eintritts

freiwillig	420	548	484	96.0%	-	-	-
unfreiwillig	16	19	17.5	3.5%	-	-	-
unbekannt	4	1	2.5	0.5%	-	-	-
total	440	568	504		-	-	-

Dringlichkeit der Aufnahme

Notfall	126	128	127	25.3%	-	-	-
regulär	309	440	374.5	74.7%	-	-	-
total	435	568	501.5		-	-	-

Zuweisende Stelle

Selbsteinweisung und Laien	43	73	58	10.4%	-	-	-
praktizierender Arzt	140	170	155	27.9%	-	-	-
praktizierender Psychiater	23	41	32	5.8%	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	2	3	2.5	0.5%	-	-	-
Somatisches Spital	172	171	171.5	30.9%	-	-	-
Ueberweisung in der selben Institution	40	100	70	12.6%	-	-	-
Psychiatrieklinik	19	11	15	2.7%	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	5	15	10	1.8%	-	-	-
Behörden	13	11	12	2.2%	-	-	-
Verschiedene	35	24	29.5	5.3%	-	-	-
Total	492	619	555.5		-	-	-

Anhang 3b: Kennzahlen des Stützpunktes Burgdorf

Kennzahlen Stützpunkt Burgdorf

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss

Bezugsperson, andere Laien	0	5	2.5	0.5%	-	-	-
praktizierender Arzt	158	153	155.5	31.8%	-	-	-
praktizierender Psychiater	82	92	87	17.8%	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	10	19	14.5	3.0%	-	-	-
Somatisches Spital	65	83	74	15.1%	-	-	-
Ueberweisung in der selben Institution	33	72	52.5	10.7%	-	-	-
Psychiatrieklinik	29	32	30.5	6.2%	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	11	24	17.5	3.6%	-	-	-
Behörden	13	8	10.5	2.1%	-	-	-
Verschiedene	33	39	36	7.4%	-	-	-
Keine	7	9	8	1.6%	-	-	-
Total	441	536	488.5		-	-	-

Konsultationen und Behandlungstage

ärztliche Konsultationen Fälle	349	581	465		-	-	-
ärztliche Konsultationen Leistungen	2012	2104	2058		-	-	-
ärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	5.8	3.6	4.7		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Fälle	9	113	61		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Leistungen	42	945	494		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	4.7	8.4	6.5		-	-	-
teilstationär betreute Fälle	28	36	32		36	37	34
Anzahl teilstationäre Behandlungstage	1754	2171	1963		1898	1776	2109
Anzahl teilstationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	62.6	60.3	61.5		30.7	15.4	23.1
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Fälle	15.0	1.0	8		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Leistungen	89.0	1.0	45		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik/Fall im Mittel	5.9	1.0	3.5		-	-	-
stationär betreute Fälle	151	170	160.5		151	176	218
Anzahl stationäre Behandlungstage	3842	3818	3830		3907	4083	4468
Anzahl stationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	25.4	22.5	24.0		25.9	23.2	20.5

Leistungserbringende Berufsgruppe

Arzt / Aerztin	-	-	-	-	-	-	-
Psychologin	-	-	-	-	-	-	-
Sozialarbeiterin	-	-	-	-	-	-	-
Ergotherapeutin	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrieschwester/pfleger	-	-	-	-	-	-	-

Anhang 3b: Kennzahlen des Stützpunktes Burgdorf

Kennzahlen Stützpunkt Burgdorf

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Behandlungsdauer pro Fall

Mittelwert	215	214	214.5		-	-	-
Median	22	20	21		-	-	-

Art der Behandlung

Krisenintervention	95	114	104.5	15.2%	-	-	-
Beratung	40	37	38.5	5.6%	-	-	-
Psychotherapie Einzel, Paar, Familie, Gruppe	62	102	82	11.9%	-	-	-
Integrierte psychiatrische Behandlung	148	200	174	25.3%	-	-	-
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	64	90	77	11.2%	-	-	-
Konsilium, Liaisondienst	146	154	150	21.8%	182	198	172
Verschiedene	51	71	61	8.9%	-	-	-
Total	606	768	687		-	-	-

Herkunft und Inzidenz für die Stützpunktleistungen

Einwohner Spitalregion			111547		-	-	-
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes			47981	43.0%	-	-	-
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			63566	57.0%	-	-	-
Fälle aus der Spitalregion	499	650	574.5	86.1%	-	-	-
davon Fälle aus dem Spitalbezirk des Sitzes	349	449	399	59.8%	-	-	-
davon Fälle aus den weiteren Spitalbezirk der Spitalregion	150	201	175.5	26.3%	-	-	-
Fälle ausserhalb der Spitalregion	43	142	92.5	13.9%	-	-	-
Fälle total	542	792	667		-	-	-
Inzidenz der Spitalregion			0.52%		-	-	-
Inzidenz des Spitalbezirks des Sitzes			0.83%		-	-	-
Inzidenz der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			0.28%		-	-	-

Stationäre Fälle in staatlichen psychiatrischen Kliniken

	1996	1997	1998	1999	2000	Mittel	Anteil %
UPD	61	43	29	25	30	37.6	14.6%
PZM	158	172	206	222	234	198.4	77.0%
SP/JBB	1	0	0	1	3	1	0.4%
PM (im Rahmen des Leistungsauftrages der GEF)	16	21	25	15	27	20.8	8.1%
Total	236	236	260	263	294	257.8	
Inzidenz Spitalregion für Einweisung in staatl. Psy. Kliniken	0.21%	0.21%	0.23%	0.24%	0.26%	0.23%	

Quellen:

Patientenstatistik der Dienststelle Psychiatrie 1997
Statistik der GEF zur psychiatrischen Behandlungsinzidenz und -prävalenz in öffentlichen Kliniken des Kantons Bern in den Jahren 1996 bis 2000
Jahresberichte der Sitzspitäler und zusätzliche Datenangaben der Stützpunkte für die Jahre 1998 bis 2000

Anhang 3c: Kennzahlen des Stützpunktes Interlaken

Kennzahlen Stützpunkt Interlaken

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	-----------------------------	------------------------	------	------	------

Fallzahlen

Patientenbestand am 1. Januar	131	128	129.5		-	145	-
Eintritte im Berichtsjahr	484	447	465.5	78.2%	-	476	-
<i>davon Erstaufnahmen im Berichtsjahr</i>	308	264	286	61.4%	-	-	-
Fälle total	615	575	595		-	621	624

Freiwilligkeit des Eintritts

freiwillig	475	430	452.5	97.8%	-	613	-
unfreiwillig	6	12	9	1.9%	-	14	-
unbekannt	0	2	1	0.2%	-	2	-
total	481	444	462.5		-	-	-

Dringlichkeit der Aufnahme

Notfall	126	99	112.5	24.3%			
regulär	355	345	350	75.7%			
total	481	444	462.5				

Zuweisende Stelle

Selbsteinweisung und Laien	148	122	135	29.4%	-	112	130
praktizierender Arzt	94	97	95.5	20.8%	-	87	128
praktizierender Psychiater	9	7	8	1.7%	-		
nichtärztlicher Psychotherapeut	0	1	0.5	0.1%	in "Verschiedene" enthalten		
Somatisches Spital	141	121	131	28.6%	-	144	150
Ueberweisung in der selben Institution	17	19	18	3.9%	in "Verschiedene" enthalten		
Psychiatrieklinik	20	18	19	4.1%	-	18	14
Beratungsstelle, soziale Institution	18	18	18	3.9%	in "Verschiedene" enthalten		
Behörden	9	13	11	2.4%	in "Verschiedene" enthalten		
Verschiedene	19	26	22.5	4.9%	-	115	61
Total	475	442	458.5		-	476	483

Anhang 3c: Kennzahlen des Stützpunktes Interlaken

Kennzahlen Stützpunkt Interlaken

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss							
Bezugsperson, andere Laien	8	7	7.5	1.7%	-	-	-
praktizierender Arzt	118	117	117.5	26.4%	-	-	-
praktizierender Psychiater	36	17	26.5	5.9%	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	1	4	2.5	0.6%	-	-	-
Somatisches Spital	47	47	47	10.5%	-	-	-
Ueberweisung in der selben Institution	36	28	32	7.2%	-	-	-
Psychiatrieklinik	56	54	55	12.3%	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	17	23	20	4.5%	-	-	-
Behörden	11	8	9.5	2.1%	-	-	-
Verschiedene	68	45	56.5	12.7%	-	-	-
Keine	80	63	71.5	16.0%	-	-	-
Total	478	413	445.5		-	-	-

Konsultationen und Behandlungstage							
ärztliche Konsultationen Fälle	432	507	469.5		-	-	-
ärztliche Konsultationen Leistungen	2322	2295	2309		-	1799	1700
ärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	5.4	4.5	5.0		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Fälle	55	173	114		-	1673	1702
nichtärztliche Konsultationen Leistungen	1289	1230	1260		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	23.4	7.1	15.3		-	-	-
teilstationär betreute Fälle	61	63	62		-	-	-
Anzahl teilstationäre Behandlungstage	5225	5074	5150		-	5905	6011
Anzahl teilstationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	85.7	80.5	83.1		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Fälle	50.0	48.0	49		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Leistungen	471.0	568.0	520		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik/Fall im Mittel	9.4	11.8	10.6		-	-	-
stationär betreute Fälle	8	3	5.5		-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage	67	35	51		-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	8.4	11.7	10.0		-	-	-

Leistungserbringende Berufsgruppe							
Arzt / Aerztin	494	433	463.5	58.9%	-	-	-
Psychologin	163	188	175.5	22.3%	-	-	-
Sozialarbeiterin	65	42	53.5	6.8%	-	-	-
Ergotherapeutin	47	42	44.5	5.7%	-	-	-
Psychiatrieschwester/pfleger	58	41	49.5	6.3%	-	-	-

Anhang 3c: Kennzahlen des Stützpunktes Interlaken

Kennzahlen Stützpunkt Interlaken

Mittel der
Jahre
1996/97

prozentuale
Anteile

1998

1999

2000

Behandlungsdauer pro Fall

Mittelwert	184	206	195	-	-	-
Median	35	37	36	-	-	-

Art der Behandlung

Krisenintervention	54	49	51.5	8.8%	-	-
Beratung	67	47	57	9.8%	-	-
Psychotherapie Einzel, Paar, Familie, Gruppe	143	129	136	23.3%	-	-
Integrierte psychiatrische Behandlung	40	53	46.5	8.0%	-	-
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	95	108	101.5	17.4%	-	-
Konsilium, Laisondienst	95	94	94.5	16.2%	-	131
Verschiedene	104	90	97	16.6%	-	-
Total	598	570	584	-	-	-

Herkunft und Inzidenz für die Stützpunktleistungen

Einwohner Spitalregion			44786		-	-
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes			36726	82.0%	-	-
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			8060	18.0%	-	-
Fälle aus der Spitalregion	546	505	525.5	88.3%	-	522
davon Fälle aus dem Spitalbezirk des Sitzes	518	482	500	84.0%	-	498
davon Fälle aus den weiteren Spitalbezirk der Spitalregion	28	23	25.5	4.3%	-	24
Fälle ausserhalb der Spitalregion	69	70	69.5	11.7%	-	57
Fälle total	615	575	595	-	-	579
Inzidenz der Spitalregion			1.17%		-	-
Inzidenz des Spitalbezirks des Sitzes			1.36%		-	-
Inzidenz der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			0.32%		-	-

Stationäre Fälle in staatlichen psychiatrischen Kliniken

UPD	1996	1997	1998	1999	2000	Mittel	Anteil %
PZM	14	14	8	4	18	11.6	5.0%
SPJBB	23	20	14	14	13	16.8	7.2%
PM (im Rahmen des Leistungsauftrages der GEF)	0	0	0	1	0	0.2	0.1%
Total	212	161	196	206	248	204.6	87.7%
Inzidenz Spitalregion für Einweisung in staatl. Psy. Kliniken	249	195	218	225	279	233.2	
	0.56%	0.44%	0.49%	0.50%	0.62%	0.52%	

Quellen:

Patientenstatistik der Dienststelle Psychiatrie 1997
Statistik der GEF zur psychiatrischen Behandlungsinzidenz und -prävalenz in öffentlichen Kliniken des Kantons Bern in den Jahren 1996 bis 2000
Jahresberichte der Stützpunkt und zusätzliche Datenangaben der Stützpunkte für die Jahre 1998 bis 2000

Anhang 3d: Kennzahlen des Stützpunktes Langenthal

Kennzahlen Stützpunkt Langenthal

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Fallzahlen

Patientenbestand am 1. Januar	174	217	195.5		-	-	336
Eintritte im Berichtsjahr	570	485	527.5	73.0%	-	-	478
davon Erstaufnahmen im Berichtsjahr	437	349	393	74.5%	-	-	436
Fälle total	744	702	723		-	-	814

Freiwilligkeit des Eintritts

freiwillig	543	464	503.5	95.9%	-	-	-
unfreiwillig	23	19	21	4.0%	-	-	-
unbekannt	1	0	0.5	0.1%	-	-	-
total	567	483	525		-	-	-

Dringlichkeit der Aufnahme

Notfall	82	84	83	15.8%	-	-	170
regulär	487	399	443	84.2%	-	-	308
total	569	483	526		-	-	478

Zuweisende Stelle

Selbsteinweisung und Laien	142	123	132.5	25.1%	-	-	-
praktizierender Arzt	143	107	125	23.7%	-	-	-
praktizierender Psychiater	4	5	4.5	0.9%	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	6	1	3.5	0.7%	-	-	-
Somatisches Spital	172	158	165	31.3%	-	-	-
Ueberweisung in der selben Institution	28	22	25	4.7%	-	-	-
Psychiatrieklinik	26	24	25	4.7%	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	16	12	14	2.7%	-	-	-
Behörden	13	16	14.5	2.8%	-	-	-
Verschiedene	19	17	18	3.4%	-	-	-
Total	569	485	527		-	-	-

Anhang 3d: Kennzahlen des Stützpunktes Langenthal

Kennzahlen Stützpunkt Langenthal

Mittel der
Jahre
1996/97

prozentuale
Anteile

1996 1997 1998 1999 2000

Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss

Bezugsperson, andere Laien	6	5	5.5	1.2%	-	-	-	-
praktizierender Arzt	122	98	110	23.3%	-	-	-	-
praktizierender Psychiater	19	32	25.5	5.4%	-	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	3	9	6	1.3%	-	-	-	-
Somatisches Spital	119	97	108	22.9%	-	-	-	-
Überweisung in der selben Institution	28	28	28	5.9%	-	-	-	-
Psychiatrieklinik	30	32	31	6.6%	-	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	27	12	19.5	4.1%	-	-	-	-
Behörden	7	5	6	1.3%	-	-	-	-
Verschiedene	32	46	39	8.3%	-	-	-	-
Keine	91	95	93	19.7%	-	-	-	-
Total	484	459	471.5		-	-	-	-

Konsultationen und Behandlungstage

ärztliche Konsultationen Fälle	704	668	686		-	-	-	-
ärztliche Konsultationen Leistungen	3519	3324	3422		-	-	-	3821
ärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	5.0	5.0	5.0		-	-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Fälle	145	122	133.5		-	-	-	2122
nichtärztliche Konsultationen Leistungen	1323	1186	1255		-	-	-	-
nichtärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	9.1	9.7	9.4		-	-	-	-
teilstationär betreute Fälle	28	26	27		-	-	-	35
Anzahl teilstationäre Behandlungstage	1580	1833	1707		-	-	-	1887
Anzahl teilstationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	56.4	70.5	63.5		-	-	-	53.9
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Fälle	2.0	0.0	1		-	-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Leistungen	9.0	0.0	5		-	-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik/Fall im Mittel	4.5	0.0	2.3		-	-	-	-
stationär betreute Fälle	2	2	2		-	-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage	22	3	12.5		-	-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	11.0	1.5	6.3		-	-	-	-

Leistungserbringende Berufsgruppe

Arzt / Aerztin	-	-	-		-	-	-	-
Psychologin	-	-	-		-	-	-	-
Sozialarbeiterin	-	-	-		-	-	-	-
Ergotherapeutin	-	-	-		-	-	-	-
Psychiatrieschwester/pfleger	-	-	-		-	-	-	-

Anhang 3d: Kennzahlen des Stützpunktes Langenthal

Kennzahlen Stützpunkt Langenthal

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Behandlungsdauer pro Fall

Mittelwert		271	271		-	-	-
Median		71	71		-	-	-

Art der Behandlung

Krisenintervention	113	95	104	14.5%	-	-	-
Beratung	37	31	34	4.8%	-	-	-
Psychotherapie Einzel, Paar, Familie, Gruppe	239	227	233	32.6%	-	-	-
Integrierte psychiatrische Behandlung	17	26	21.5	3.0%	-	-	-
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	104	108	106	14.8%	-	-	-
Konsilium, Liaisonsdienst	147	128	137.5	19.2%	-	-	282
Verschiedene	79	79	79	11.0%	-	-	-
Total	736	694	715		-	-	-

Herkunft und Inzidenz für die Stützpunktleistungen

Einwohner Spitalregion			74072		-	-	-
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes			37351	50.4%	-	-	-
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			36721	49.6%	-	-	-
Fälle aus der Spitalregion	681	626	653.5	90.4%	-	-	-
davon Fälle aus dem Spitalbezirk des Sitzes	472	451	461.5	63.8%	-	-	-
davon Fälle aus den weiteren Spitalbezirk der Spitalregion	209	175	192	26.6%	-	-	-
Fälle ausserhalb der Spitalregion	63	76	69.5	9.6%	-	-	-
Fälle total	744	702	723		-	-	-
Inzidenz der Spitalregion			0.88%		-	-	-
Inzidenz des Spitalbezirks des Sitzes			1.24%		-	-	-
Inzidenz der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			0.52%		-	-	-

Stationäre Fälle in staatlichen psychiatrischen Kliniken

	1996	1997	1998	1999	2000	Mittel	Anteil %
UPD	21	12	12	15	12	14.4	9.5%
PZM	147	98	115	122	115	119.4	78.9%
SPJBB	1	1	2	5	2	2.2	1.5%
PM (im Rahmen des Leistungsauftrages der GEF)	15	13	18	13	18	15.4	10.2%
Total	184	124	147	155	147	151.4	
Inzidenz Spitalregion für Einweisung in staatl. Psy. Kliniken	0.25%	0.17%	0.20%	0.21%	0.20%	0.20%	

Quellen:

Patientenstatistik der Dienststelle Psychiatrie 1997
Statistik der GEF zur psychiatrischen Behandlungsinzidenz und -prävalenz in öffentlichen Kliniken des Kantons Bern in den Jahren 1996 bis 2000
Jahresberichte der Sitzspitäler und zusätzliche Datenangaben der Stützpunkte für die Jahre 1998 bis 2000

Anhang 3e: Kennzahlen des Stützpunktes Thun

Kennzahlen Stützpunkt Thun

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Fallzahlen

Patientenbestand am 1. Januar	232	253	242.5		240	300	293
Eintritte im Berichtsjahr	915	916	915.5	79.1%	1092	1206	1366
davon Erstaufnahmen im Berichtsjahr	572	540	556	60.7%	-	-	762
Fälle total	1147	1169	1158		1332	1506	1659

Freiwilligkeit des Eintritts

freiwillig	858	856	857	93.7%	1050	-	1257
unfreiwillig	35	56	45.5	5.0%	42	-	109
unbekannt	22	2	12	1.3%	-	-	-
total	915	914	914.5		1092	-	1366

Dringlichkeit der Aufnahme

Notfall	197	265	231	25.3%	261	-	479
regulär	718	649	683.5	74.7%	831	-	887
total	915	914	914.5		1092	-	1366

Zuweisende Stelle

Selbsteinweisung und Laien	166	181	173.5	19.0%	in "Verschiedene" enthalten		
praktizierender Arzt	135	136	135.5	14.8%	152	-	280
praktizierender Psychiater	33	18	25.5	2.8%	29	-	48
nichtärztlicher Psychotherapeut	3	8	5.5	0.6%	in "Verschiedene" enthalten		
Somatisches Spital	313	330	321.5	35.2%	420	-	475
Ueberweisung in der selben Institution	71	86	78.5	8.6%	in "Verschiedene" enthalten		
Psychiatrieklinik	89	66	77.5	8.5%	119	-	145
Beratungsstelle, soziale Institution	30	5	17.5	1.9%	in "Verschiedene" enthalten		
Behörden	38	48	43	4.7%	in "Verschiedene" enthalten		
Verschiedene	35	35	35	3.8%	372	-	418
Total	913	913	913		1092	-	1366

Anhang 3e: Kennzahlen des Stützpunktes Thun

Kennzahlen Stützpunkt Thun

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Weitervermittlung nach Behandlungsabschluss

Bezugsperson, andere Laien	15	11	13	1.4%	-	-	-
praktizierender Arzt	278	275	276.5	30.5%	-	-	-
praktizierender Psychiater	104	108	106	11.7%	-	-	-
nichtärztlicher Psychotherapeut	17	15	16	1.8%	-	-	-
Somatisches Spital	92	84	88	9.7%	-	-	-
Überweisung in der selben Institution	92	102	97	10.7%	-	-	-
Psychiatrieklinik	105	143	124	13.7%	-	-	-
Beratungsstelle, soziale Institution	24	25	24.5	2.7%	-	-	-
Behörden	36	30	33	3.6%	-	-	-
Verschiedene	53	49	51	5.6%	-	-	-
Keine	74	81	77.5	8.5%	-	-	-
Total	890	923	906.5		-	-	-

Konsultationen und Behandlungstage

ärztliche Konsultationen Fälle	1016	1043	1029.5		-	-	-
ärztliche Konsultationen Leistungen	4130	3719	3925		-	-	-
ärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	4.1	3.6	3.8		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Fälle	264	301	282.5		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen Leistungen	2242	2151	2197		-	-	-
nichtärztliche Konsultationen/Fall im Mittel	8.5	7.1	7.8		-	-	-
teilstationär betreute Fälle	34	26	30		-	-	-
Anzahl teilstationäre Behandlungstage	2783	2891	2837		2649	2851	2931
Anzahl teilstationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	81.9	111.2	96.5		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Fälle	0.0	0.0	0		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik Leistungen	0.0	0.0	0		-	-	-
Zusätzliche Arztkonsultationen zur Tagesklinik/Fall im Mittel	0.0	0.0	0.0		-	-	-
stationär betreute Fälle	73	91	82		-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage	609	698	653.5		-	-	-
Anzahl stationäre Behandlungstage pro Fall im Mittel	8.3	7.7	8.0		-	-	-

Leistungserbringende Berufsgruppe

Arzt / Ärztin	-	-	-	-	-	-	-
Psychologin	-	-	-	-	-	-	-
SozialarbeiterIn	-	-	-	-	-	-	-
ErgotherapeutIn	-	-	-	-	-	-	-
PsychiaterSchwester/pfleger	-	-	-	-	-	-	-

Anhang 3e: Kennzahlen des Stützpunktes Thun

Kennzahlen Stützpunkt Thun

	1996	1997	Mittel der Jahre 1996/97	prozentuale Anteile	1998	1999	2000
--	------	------	--------------------------------	------------------------	------	------	------

Behandlungsdauer pro Fall

Mittelwert	211	205	208		-	-	-
Median	26	22	24		-	-	-

Art der Behandlung

Krisenintervention	86	147	116.5	10.1%	-	-	-
Beratung	131	141	136	11.8%	-	-	-
Psychotherapie Einzel, Paar, Familie, Gruppe	136	108	122	10.6%	-	-	-
Integrierte psychiatrische Behandlung	180	160	170	14.8%	-	-	-
Sozialpsychiatrische Behandlung/Betreuung	188	208	198	17.2%	-	-	-
Konsilium, Liaisondienst	280	263	271.5	23.6%	343	350	465
Verschiedene	142	132	137	11.9%	-	-	-
Total	1143	1159	1151		-	-	-

Herkunft und Inzidenz für die Stützpunktleistungen

Einwohner Spitalregion			157916		-	-	-
davon Einwohner Spitalbezirk des Sitzes			76598	48.5%	-	-	-
davon Einwohner der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			81318	51.5%	-	-	-
Fälle aus der Spitalregion	970	986	978	84.5%	1165	-	1476
davon Fälle aus dem Spitalbezirk des Sitzes	673	716	694.5	60.0%	858	-	1048
davon Fälle aus den weiteren Spitalbezirk der Spitalregion	297	270	283.5	24.5%	307	-	428
Fälle ausserhalb der Spitalregion	177	183	180	15.5%	167	-	183
Fälle total	1147	1169	1158		1332	-	1659
Inzidenz der Spitalregion			0.62%		-	-	-
Inzidenz des Spitalbezirks des Sitzes			0.91%		-	-	-
Inzidenz der weiteren Spitalbezirke der Spitalregion			0.35%		-	-	-

Stationäre Fälle in staatlichen psychiatrischen Kliniken

	1996	1997	1998	1999	2000	Mittel	Anteil %
UPD	53	24	20	32	46	35	6.3%
PZM	323	333	403	460	435	390.8	70.6%
SPJBB	0	0	2	5	0	1.4	0.3%
PM (im Rahmen des Leistungsauftrages der GEF)	93	122	162	124	129	126	22.8%
Total	469	479	587	621	610	553.2	
Inzidenz Spitalregion für Einweisung in staat. Psy. Kliniken	0.30%	0.30%	0.37%	0.39%	0.39%	0.35%	

Quellen:

Patientenstatistik der Dienststelle Psychiatrie 1997

Statistik der GEF zur psychiatrischen Behandlungsinzidenz und -prävalenz in öffentlichen Kliniken des Kantons Bern in den Jahren 1996 bis 2000

Jahresberichte der Sitzspitäler und zusätzliche Datenangaben der Stützpunkte für die Jahre 1998 bis 2000

Anhang 4: Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten 1996 bis 2000

Die Übertragung der Psychiatriestatistik von der H+-Statistik auf die Bundesstatistik erwies sich als schwierig und konnte in der Mehrzahl der Spitäler nicht oder nur unvollständig erfasst und/oder ausgewertet werden. Aus diesem Grund liegen die Zahlen der Leistungsstatistik ab 1998 nicht mehr vollständig und auch nicht in einer vergleichbaren Weise wie in den Vorjahren vor.

Damit ist es nicht möglich, die Leistungsentwicklung für die Jahre 1996 bis 2000 für alle gewünschten Leistungsgrößen aufzuzeigen.

Einen Hinweis auf die Entwicklungstendenz geben diejenigen Leistungszahlen, die in den Jahresberichten der Psychiatriefestützpunkte ausgewiesen werden. Diese sind unterschiedlich gegliedert und haben einen unterschiedlichen Umfang. Sie sind nachfolgend in der Form aufgeführt, die mit vertretbarem Aufwand verfügbar gemacht werden konnte.

Stützpunkt Burgdorf

Leistungen

	1996	1997	1998	1999	2000
Ambulante Patienten	278	290	327	383	429
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	104.3%	117.6%	137.8%	154.3%
Ambulante Konsultationen	1505	1726	1538	1571	1677
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	114.7%	102.2%	104.4%	111.4%
Stationäre Patienten	155	169	151	176	218
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	109.0%	97.4%	113.5%	140.6%
Betreuungstage stationär	3813	3818	3907	4083	4468
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	100.1%	102.5%	107.1%	117.2%
Tagesklinik-Patienten	32	35	36	37	34
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	109.4%	112.5%	115.6%	106.3%
Betreuungstage Tagesklinik	1898	1787	1898	1776	2109
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	94.2%	100.0%	93.6%	111.1%
Soz.dienst-Patienten	130	176	144	145	146
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	135.4%	110.8%	111.5%	112.3%
Soz.dienst-Konsultationen	219	189	204	284	227
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	86.3%	93.2%	129.7%	103.7%
Konsilien Patienten total	151	162	182	198	172
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	107.3%	120.5%	131.1%	113.9%
Konsiliarische Konsultationen	219	189	204	284	227
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	86.3%	93.2%	129.7%	103.7%

Quelle: Jahresberichte Regionalspital Burgdorf / Regionalspital Emmental

Stützpunkt Interlaken

Leistungen

	1996	1997	1998	1999	2000
Behandelte Patienten	615	574	643	621	624
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	93.3%	104.6%	101.0%	101.5%
Notfälle	131	103	67	63	64
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	78.6%	51.1%	48.1%	48.9%
Konsultationen	3611	4112	3945	3472	3402
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	113.9%	109.2%	96.2%	94.2%
Patienten im Tageszentrum	61	62	61	54	56
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	101.6%	100.0%	88.5%	91.8%
Patiententage in der Tagesklinik	1556	1226	1097	1090	1186
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	78.8%	70.5%	70.1%	76.2%
Patiententage im IV-Bereich	3941	3933	4967	4815	4825
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	99.8%	126.0%	122.2%	122.4%

Quelle: Jahresberichte Stützpunkt Interlaken

Anhang 4: Entwicklung ausgewählter Leistungsdaten 1996 bis 2000

Stützpunkt Langenthal

1996 1997 1998 1999 2000

Leistungen

Ambulante Patienten	624	608	660	711	779
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	97.4%	105.8%	113.9%	124.8%
Patienten Tagesklinik	31	32	33	33	35
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	103.2%	106.5%	106.5%	112.9%
Tageskliniktage	1655	1901	1709	1608	1887
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	114.9%	103.3%	97.2%	114.0%
Konsultationen total	4201	4334	4746	5345	5643
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	103.2%	113.0%	127.2%	134.3%

Quelle: Jahresberichte RS Langenthal / sro

Stützpunkt Thun

1996 1997 1998 1999 2000

Fallzahlen

Patientenbestand am 1. Januar	232	253	240	300	293
Eintritte im Berichtsjahr	915	916	1092	1206	1366
Fälle total	1147	1169	1332	1506	1659
Entwicklung der Fallzahlen total bei 1996 = 100%	100.0%	101.9%	116.1%	131.3%	144.6%

Freiwilligkeit des Eintritts

freiwillig	858	856	1050	-	1257
unfreiwillig	35	56	42	-	109
unbekannt	22	2	-	-	-
total	915	914	1092	-	1366
Entwicklung der unfreiwilligen Eintritte am Total der Eintritte	4.1%	6.5%	4.0%	-	8.7%

Dringlichkeit der Aufnahme

Notfall	197	265	261	-	479
regulär	718	649	831	-	887
total	915	914	1092	-	1366
Entwicklung der Notfälle am Total der Aufnahmen	21.5%	29.0%	23.9%	-	35.1%

Leistungen

Ambulante Konsultationen insgesamt	6290	5870	5870	-	7034
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	93.3%	93.3%	-	111.8%
Behandlungstage Tagesklinik	2783	2891	2649	2851	2931
Entwicklung wenn 1996 = 100%	100.0%	103.9%	95.2%	102.4%	105.3%

Quelle: Jahresberichte Stützpunkt Thun

Anhang 5

Uebersicht über die geführten Gespräche

29. Oktober 2001	Psychiatrischer Dienst Burgdorf Dr. Jürg Zühke, Chefarzt, Dr. Frank Fallier, Oberarzt Tagesklinik, Hans Moser, Sozialarbeiter, Peter Hermann, Oberpfleger Stützpunkt und Stv. PDL RSE, Hans Brechbühl, Leiter FRW RSE
2. November 2001	Psychiatrische Dienste Thun Dr. W. Saameli, Chefarzt; Dr. F. Caduff, stv. Chefarzt, Leiter Konsiliar- und Liaisondienst; Dr. Th Roost, Oberarzt, Leiter Ambulatorium; Frau Dr. F. Wenger, Oberärztin, Leiterin Gerontopsychiatrie; Frau Dr. B. Baumann, Tagesklinik; Hr. F. Portmann, Kursleiter Berufsförderungskurs BFK
5. November 2001	Psychiatriezentrum Langenthal Dr. K. Bachmann, Leiter; Hr. Oggier, leitender Psychologe Ambulatorium; Hr. Michel, leitender Sozialarbeiter und Leiter Tagesklinik
7. November 2001	Psychiatrischer Dienst Interlaken Dr. U. Corrodi, Chefarzt; Dr. R. Zobawa, Leiter Tagesklinik; Hr. H.R. Mühlematter, Sozialdienst; Frau Pfäffli, leitende Psychologin
8. November 2001	Psychiatriezentrum Münsingen Prof. J.P. Pauchard, Direktor, Dr. Renz, Medizinische Direktion, Dr. Karypidis, Oberarzt und Delegierter für den Stützpunkt Thun, Frau Jung, Sozialarbeiterin
22. November 2001	Johann Binder, Vorsteher der Abteilung für wissenschaftliche Auswertung und Leiter Dienststelle Psychiatrie GEF
26. November 2001	Services psychiatriques du Jura bernois – Bienne Seeland Dr. Ph. Perrenoud, Direktor ; Hr. Löffel, Direktionsassistent
28. November 2001	Thomas Straubhaar, stv. Vorsteher Spitalamt GEF
3. Dezember 2001	Bezirksärzteverein Thun Frau Dr. Kreutz, Dr. M. Frank
6. Dezember 2001	Regierungsstatthalter Garbani, Biel
12. Dezember 2001	Privatklinik Meiringen
13. Dezember 2001	Bezirksärzteverein Ob- und Nidwalden, Dr. Ch. Ott
6. Februar 2002	Besprechung des Berichtsentwurfs mit der Auftraggeberin

Anhang 6

Stellungnahmen der Stützpunkte zum Erfolgskontrollbericht

Psychiatrischer Dienst Burgdorf

Psychiatrischer Dienst Interlaken

Psychiatriezentrum Langenthal

Psychiatrische Dienste Thun

Psychiatrischer Dienst Region Emmental
 Telefon Sekretariat 034 421 27 00
 Telefax Sekretariat 034 421 27 03
 E-Mail sekretariat.psychiatrie@rs-e.ch



Chefarzt: Dr. med. Jürg B. Zühlke
 E-Mail juerg.zuehlke@rs-e.ch

	DIREKTOR	RESSORT GES	RESSORT FUE
	GS	DB	FINANZEN
	REG	PERS	AWA/DP
20. JUNI 2002			
		IK/DIENSTE	STAB FUE
	ALBA	KAPA	KAZA
	RA	SOA	SPA

Frau Dr. phil. Nicole Bachmann
 GEF Generalsekretariat
 Rathausgasse 1
 3011 Bern

Burgdorf, 18.06.2002
 Unser Zeichen: Zü/fa

Erfolgskontrolle der psychiatrischen Stützpunkte des Kantons Bern

Sehr geehrte Frau Bachmann

Besten Dank für die Zusendung des Entwurfes der „Erfolgskontrolle des Staatsbeitrages an die Psychiatriestützpunkte des Kantons Bern“. Sie bitten mich um eine kurze Stellungnahme zu Inhalt und Schlussfolgerungen der Studie.

Anbei liste ich kurz die nicht korrekt wiedergegebenen Einzelaussagen und Kennzahlen auf und möchte mich in der Folge, wie von Ihnen verlangt, zu Inhalt und Schlussfolgerungen der Studie äussern.

Insgesamt besticht die Arbeit durch Ausgewogenheit, umfassende Abklärung und mehrheitlich korrekte und differenzierte Wiedergabe (zumindest was die Daten und Aussagen aus Burgdorf anbelangen). Hierbei sei zu bedenken, dass eine Vereinheitlichung von Zielsetzungen und Erfolgskontrollen der entsprechenden Institutionen bisher nicht getätigt wurde, womit in keiner der Institutionen entsprechende Vergleichsinstrumente für ein Bench-Mark zur Verfügung stehen und die vorliegende Arbeit aus meiner Sicht der längst fällige erste Schritt in die richtige Richtung darstellt. Somit erstaunen die enormen Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit von Leistungsausweis, Kennzahlen wie Erfolgskriterien in keiner Weise, was im Bericht zu recht wiederholt und zum Teil äusserst differenziert gewürdigt wird.

Ich möchte mich zu Teil I bis III der Studie nicht weiter äussern und verweise auf die beigelegten Korrekturen und Klärungen aus Burgdorfer Sicht. Inhaltlich stimme ich im Wesentlichen mit den Grundaussagen der Studie überein, bin jedoch zutiefst betroffen über die Heterogenität der Ressourcenverteilung.

In Teil IV (Beantwortung der Fragestellungen) sind aus meiner Sicht die Schlussfolgerungen insgesamt korrekt, wobei ich bei Frage 3.1 (Frage nach richtiger Prioritätensetzung) nochmals auf die grossen Unterschiede der zugeteilten Mittel pro Einwohner des Versorgungsgebietes hinweisen möchte und hierbei anmerken, dass wenn die entsprechenden Mittel in den Kernbereichen „Ambulanz, Tagesklinik und Konsiliardienst“ aus den entsprechenden Kostenstellenrechnungen miteinander verglichen werden, die Unterschiedlichkeit noch

Regionalspital Emmental AG

3400 Burgdorf
 Oberburgstrasse 54

Telefon 034 421 21 21
 Telefax 034 421 21 99

info@rs-e.ch
www.rs-e.ch

3550 Langnau
 Dorfbergstrasse 10

Telefon 034 409 22 22
 Telefax 034 409 23 23

frappanter ausfallen wird. Dies setzt vor allem in Burgdorf der bedarfsgerechten Prioritätensetzung unüberwindliche Grenzen.

Auch möchte ich bezüglich der Frage nach Versorgung in den Randregionen (Frage 3.1.2) zu bedenken geben, dass die Leistungen nach „pro Kopf Aufwand“ in den Regionen berechnet wurden, womit das subsidiäre regionale Leistungsangebot (Beratungen, Supervisionen, Balint-Gruppen, Vernetzung mit den Hausärzten etc.) nicht berücksichtigt werden konnte, obwohl gerade dieses ein wichtiges und effizientes Instrument in ländlichen, psychiatrisch unterversorgten Gebieten darstellt. Zusammenfassend wurde in Frage 3.1.7 (Gleichstellung der Versorgung) in der Studie nochmals darauf hingewiesen, dass krasse Unterschiede pro Kopf der zu versorgenden Bevölkerung vorhanden sind, weshalb ich nochmals mit Nachdruck einen Vergleich derselben nur in den vergleichbaren Kerngeschäften Ambulanz, Konsiliardienst und Tagesklinik fordere.

Die im Teil V gemachten Folgerungen und Empfehlungen sind aus meiner Sicht nachvollziehbar und notwendig. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass die verstärkte Koordination in der strategischen Führung der Institutionen (Punkt 5) sowie die optimierte Zusammenarbeit im Sinne eines durchgängigen Case-Managements (Punkt 6) mit den vorliegenden Organisationsstrukturen illusorisch bleiben wird und sich die Energie dringlich zuerst auf möglichst realisierbare Projekte konzentrieren sollte. Aus Burgdorfer Sicht fehlen hierbei jedoch kurzfristige Umverteilungsstrategien (z.B. in bezug auf Grösse der zu versorgenden Bevölkerung, oder Ausmass der ambulanten Leistungen welche auf das Versorgungsgebiet gerichtet vom Kanton „bestellt“ werden) um der frappanten Ungerechtigkeiten der Ressourcenzuteilung innert nützlicher Frist entgegenzusteuern. Auch fehlt meines Erachtens der Hinweis auf das Potential des laufenden Personaldotationsprojektes in der Psychiatrie (PeP), welches zur Zeit unter Führung der GEF in Bearbeitung ist und ab Ende 2002 präsentiert werden kann. Nur mittels klarer Kriterien, die beschränkten Mittel bedarfsgerecht in die Regionen zu sprechen, kann das leistungsorientierte Steuerungspotential von NEF/GEF überhaupt erst zum Tragen kommen. Hierfür wird sich das PeP, welches sich nach den bewährten Grundlagen der „Psych-PV“ (Psychiatrie Personalverordnung aus Deutschland) richtet, nach dessen Realisierung bestens eignen. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine Angleichung der Strukturen nicht zum Nulltarif realisierbar ist und wie jede Neuorientierung oder Umstrukturierung mit Kosten verbunden sein wird.

In diesem Sinne danke ich Ihnen für Ihre Bemühungen und die Möglichkeit sich zu diesem Bericht als Leistungserbringer zu äussern.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Jürg B. Zühlke
Chefarzt Psychiatrischer Dienst

Beilagen

Korrekturen und Erklärungen

Kopie Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates v. 6. Jan. 1988



Spital Interlaken

Weissenastrasse 27

CH-3800 Unterseen

Tel. 033 826 25 00

Fax 033 826 23 00

Frau
Dr. phil. Nicole Bachmann
GEF Generalsekretariat
Rathausgasse 1
3011 Bern

Unterseen, 25. November 2002 UC/ek erfolgskontroll_gef_bachmann2

Erfolgskontrolle der psychiatrischen Stützpunkte des Kantons Bern, Bericht vom 05. April 2002

Sehr geehrte Frau Dr. Bachmann

Besten Dank für den vertraulichen Entwurf "Erfolgskontrolle des Staatsbeitrages an die Psychiatriestützpunkte des Kantons Bern" vom 05. April 2002. Ich finde den Bericht insgesamt wohlwollend und anerkennend und aus meiner Sicht ohne Einschränkung korrekt und zutreffend. Einzelne Unstimmigkeiten haben Sie aufgrund meiner Stellungnahme vom 18. Juni 2002 bereits berichtigt.

Ohne mich auf einzelne Abschnitte zu beziehen, kann ich zusammenfassend folgenden Resultaten der Untersuchung vollumfänglich beipflichten:

- Wenig Unterstützung der psychiatrischen Dienste durch die "Mutterspitäler".
- Mangelnde Gesamtschau der psychiatrischen Versorgung durch die GEF.
- Finanzsteuerung der psychiatrischen Dienste statt bedarfsorientierter Planung.
- Keine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Diensten und Kliniken.
- Parallelität in den Versorgungswegen zwischen Kliniken, Hausärzten und Diensten, wie das bereits im Bericht Suter + Suter (M. Bächli) 1994 festgestellt worden war.
- Blockierte Entwicklung im Bereich der Gerontopsychiatrie, welche mit den bestehenden Stellen nicht bedarfsgerecht wahrgenommen werden kann.

Ergänzend kann ich aus meiner Sicht folgendes anfügen und vertiefen:

■ Wenig Unterstützung der psychiatrischen Dienste durch die "Mutterspitäler"

Trotz aller Bemühungen um Anpassung und Integration bleibt der Psychiatrische Dienst im Spitalbereich häufig ein Fremdkörper, dem wenig Verständnis für die besonderen Belange der Psychiatrie entgegengebracht wird.

Psychiatrischer Dienst

Leitung

Spitalweg 3

Tel. 033 826 23 21/22

Fax 033 826 23 30

■ **Mangelnde Gesamtschau der Psychiatrischen Versorgung durch die GEF**

Die Entwicklung der Psychiatrie im Kanton beschränkte sich in den letzten Jahren auf Einzelprojekte, die keiner Gesamtschau verpflichtet waren. Zwar gelten bis heute die Grundsätze des GRB von 1977, doch gelang es nicht, sie in Richtung einer vernetzten, sektoriserten Versorgung weiterzuentwickeln, so dass beispielsweise die einzelnen Psychiatrischen Dienste ohne verbindlich geklärte Zusammenarbeit mit den stationären Institutionen gewissermassen in der Luft hängen gelassen blieben. In den letzten Jahren sind sie wie auch alle anderen psychiatrischen Institutionen mit zunehmenden Mehraufgaben konfrontiert worden, so dass es gelegentlich nicht mehr möglich war, mit den vorhandenen Ressourcen allen Anforderungen gerecht zu werden. Dies scheint auch staatspolitisch bedenklich, da desintegrative, gesellschaftliche Tendenzen auch in unserer Region zunehmen. Hier ist aus meiner Sicht Handlungsbedarf vorhanden, um die "Auftragslage" zu klären.

■ **Finanzsteuerung der psychiatrischen Dienste statt bedarfsorientierte Planung**

Dieses Thema steht in innerem Zusammenhang mit dem vorhergehenden Abschnitt, war es doch aufgrund der begrenzten Ressourcen in den letzten Jahren nicht mehr möglich, ein bedarfsgerechtes Angebot weiterzuentwickeln. Dabei ist die Zahl der Psychiatrie-Betten im Kanton Bern im interkantonalen und auch internationalen Vergleich eher hoch, so dass Zweifel aufkommen, ob die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Kanton tatsächlich adäquat verteilt sind. In einem regional zuständigen psychiatrischen Dienst wären wir auch hier auf klare planerische Grundlagen und Entscheidungen dringend angewiesen.

■ **Keine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Diensten und Kliniken**

Unter diesem Mangel leiden wir im Psychiatrischen Dienst Interlaken am meisten, da die regional zuständige Psychiatrische Klinik aufgrund des mit dem Kanton abgeschlossenen Vertrages wenig interessiert ist, unsere Tagesklinik oder unsere rehabilitativen Einrichtungen (Werkstätten, Wohnheim) in ihr "Fall-Management" einzubeziehen. Es kann darum nicht erstaunen, dass unsere Tagesklinik mit erheblichen Belegungsschwierigkeiten zu kämpfen hat. Hier führt meines Erachtens kein Weg an einer sektorisierten Versorgungsstruktur vorbei, welche zu einer durch alle betroffenen Instanzen gemeinsam wahrgenommenen Versorgung führen müsste. Nachdem im Spital-/Amtsbezirk Bern mit den UPD

schon vor Jahren eine sektorisierte Versorgung aufgebaut werden konnte, gelang dies in den Regionen bisher nicht. Entsprechende Vorschläge beispielsweise im Sinne einer gemeinsamen Trägerschaft durch die Privatklinik Meiringen und das damalige Regionalspital Interlaken oder aber im Sinne einer gemeinsamen Trägerschaft durch die zwei beteiligten damaligen Regionalspitäler Thun und Interlaken wurden durch den Kanton abgeblockt. Beim ersten Vorschlag wäre angeblich "alles beim Alten" geblieben, der zweite Vorschlag lag offenbar "nicht im Interesse der Kliniken".

■ **Parallelität in den Versorgungswegen zwischen Kliniken, Hausärzten und Diensten, wie das bereits im Bericht Suter + Suter (M. Bächli) 1994 festgestellt worden war**

Dazu ist das Wesentliche oben bereits gesagt worden. Das Problem wurde mit anderen Worten bereits vor Jahren erkannt und benannt, doch gelang es nicht, entsprechende Lösungen zu finden. Dies wäre aber für die Weiterentwicklung der regionalen psychiatrischen Versorgung dringend notwendig.

■ **Blockierte Entwicklung im Bereich der Gerontopsychiatrie, welche mit den bestehenden Stellen nicht bedarfsgerecht wahrgenommen werden kann**

In diesem Bereich müssen dringend Lösungen gefunden werden, da die Nachfrage nach gerontopsychiatrischen Leistungen auch in einem regionalen psychiatrischen Dienst gross ist. Es wäre darum absolut notwendig, nicht nur in der Region Bern sondern auch in den peripher gelegenen, ländlichen Regionen entsprechende Angebote aufzubauen.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Angaben zu dienen und bedanke mich höflich für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Spital Interlaken

Dr. med. Ueli Corrodi, Chefarzt

Kopie an:

– Herr Peter Dolder, Vennerweg 6, 3006 Bern

– Herr Johann Binder, GEF, Dienststelle Psychiatrie, Rathausgasse 1, 3011 Bern

Erfolgskontrolle der Psychiatriestützpunkte des Kantons Bern

Entwurf von Dolder Beratungen GmbH vom 5. April 2002

Stellungnahme zum Bericht

Der Bericht ist über Erwarten gut gelungen, erfasst und kommentiert meines Erachtens die Arbeit der Stützpunkte erstaunlich gut, zieht richtige und wichtige Folgerungen und dient mir als Stützpunktleiter auch zur kritischen Wahrnehmung der eigenen Arbeit und Organisation. Dem Verfasser gebührt meines Erachtens Lob und Respekt. Ich persönlich danke für das Feedback und stelle einmal mehr mit Bedauern fest, dass die für die operative und strategische Führung der Stützpunkte wichtigen Statistikzahlen seit 1998 nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies notabene bei nach wie vor ausgefüllten Statistikbögen.

Steuerungsmöglichkeit und Prioritätensetzung im Leistungsangebot

Im Bericht wird treffend festgehalten, dass die planerischen Konzepte und Vorgaben sehr offen formuliert sind und hinsichtlich der gewünschten Versorgungswirkungen auf die Bevölkerung unpräzise bleiben. Betreffend der Steuerungselemente wird ebenfalls mehrfach auf NEF GEF hingewiesen. Ohne diese Möglichkeit schmälern zu wollen, erachte ich den Vorschlag des Berichtsverfassers, ein 2-stufiges Vertragssystem einzuführen für die Möglichkeit einer adäquaten psychiatrischen Versorgung, wesentlicher:

Eine adäquate, bedarfsgerechte Versorgung erreichen wir nicht durch gleichmässige Verteilung der Ressourcen, unbesehen der übrigen Leistungsanbieter. Wesentlich adäquatere Verteilungen können erzielt werden, wenn die Leistungsvereinbarung zwischen dem Stützpunkt und der GEF direkt erfolgt. Die Dienststelle Psychiatrie der GEF verfügt über mehr Sachkenntnis als die Spitalträgerschaft. Damit will die Integration in die Spitalträgerschaft und in die entsprechenden Strukturen keineswegs geschmälert werden, diese erachte ich als wichtig.

Gemeinsame Vision der psychiatrischen Gesamtversorgung

Der Berichtsverfasser vermisst die erwähnte Vision. Ob die Vision in der GEF fehlt oder ob sie nicht formuliert wird aus finanzpolitischen Überlegungen, ist mir nicht bekannt. Immerhin hat die GEF praktikable Richtlinien für eine fortschrittliche Psychiatrieversorgung formuliert, nämlich die psychiatrische Versorgung soll qualitativ gut sein, gemeindenah erfolgen, nach dem Sektorprinzip mit einheitlicher Führung und Verantwortlichkeit und der Autonomiegrad der Betreiber soll erhöht werden.

Wenn diese Richtlinien nicht Lippenbekenntnisse bleiben sollen, dann ist die Richtung klar: Ausbau der regionalen gemeindenahen Zentren zu eigenverantwortlichen Sektoren und keinesfalls Vergrösserung der gemeindefernen, zentralen psychiatrischen Institutionen. Der Zeitpunkt ist günstig, der Bedarf an psychiatrischer Behandlungsmöglichkeit nimmt europaweit, auch im Kanton Bern seit Jahren in 2-stelligen Prozentzahlen zu und kann schlicht nicht mehr mit den bestehenden Ressourcen menschenwürdig und volkswirtschaftlich sinnvoll abgedeckt werden. Wenn die Beratungen aus psychiatrischen Gründen stetig zunehmen, dann hat dies einerseits mit den Anforderungen an den Arbeitsplätzen zu tun, aber auch damit, dass die

schwächsten Mitglieder der Gesellschaft, die leider auch die leisesten sind, nicht mehr gefördert und nicht mehr wieder integriert werden.

Führung der Institutionen

Wie im Bericht beschrieben, sind zur Zeit die bei jedem einzelnen Patienten erhobenen Statistikelemente seit Jahren mangels einer geeigneten Software nicht auswertbar. Der vorliegende Bericht zeigt einmal mehr, wie wichtig diese statistischen Auswertungen wären und ich denke, es ist nicht im Sinne des Steuerzahlers, dass hier jede Institution eine eigene Software beschafft. Ähnliches gilt für die Kostenstellen-Erfassung, die ebenfalls in jedem Stützpunkt über die Buchhaltung des Trägerspitals unterschiedlich gehandhabt wird. Hier erwarte ich eine Initiative der GEF.

Sektor Oberaargau / Langenthal

Situation: wie auch aus den Daten im Bericht hervorgeht, hat der Stützpunkt Langenthal in den letzten Jahren die grösste Leistungssteigerung erbracht.

Um die Belegungszahlen in der Tagesklinik zu verbessern und damit eine Kostenoptimierung in der Tagesklinik zu erzielen, wurden deren Plätze bei gleichbleibenden personellen Ressourcen per 1. April 2002 erweitert und auf Grund der grossen Nachfrage auch belegt. Die Konsilien in den somatischen Spitälern und die Konsultationen im Ambulatorium nehmen von Jahr zu Jahr zu. Dabei handelt es sich bei ca. 40% der Eintritte um Notfälle und beim Rest der Zuweisungen um dringende Behandlungsübernahmen. Weiterweisungen sind nur in Ausnahmefällen möglich. Für den Führungsverantwortlichen wird es zunehmend schwieriger, die Arbeitsbelastung der MitarbeiterInnen so zu halten, dass diese nicht ausbrennen, kündigen oder allenfalls sogar aus dem Fach Psychiatrie ausscheiden. Jede Personalmutation ist einerseits betriebswirtschaftlich negativ, andererseits aber auch für die Beziehungskontinuität mit Patienten und Zusammenarbeitspartnern negativ. Die Zitrone ist endgültig ausgepresst.

Im Jahre 2001 wurde der Oberaargau als Pilotregion für die sektorielle psychiatrische Versorgung bezeichnet und am 21. Januar 2002 wurde die erste Station, die Kriseninterventionsstation im Spital Niederbipp, mit 16 Betten in Betrieb genommen. Seit der 3. Betriebswoche ist die Station voll belegt und es muss durchgehend eine Warteliste geführt werden. Da es sich bei PatientInnen, die warten können, nicht um hoch akute Notfälle handelt, laufen wir Gefahr, eine sogenannte Patientenselektion zu machen. Dies ist über die gesamte Psychiatrieversorgung gesehen nicht qualitätsverbessernd, weshalb die Eröffnung einer 2. Station dringlich ist.

Wie bereits vorerwähnt, wird auch der Kanton Bern nicht um Kapazitätserweiterung in der Psychiatrie herum kommen und ich wiederhole: diese Kapazitätserweiterungen sollen in den Regionen gemeindenah erfolgen, wo ein tatsächliches Case Management im Sinne der Beziehungskonstanz zum Patienten und der Methodenkonstanz realisierbar ist.

Mit der Eröffnung der Station ist es nicht nur gelungen, Patienten gemeindenah in ihren natürlichen Beziehungen zu behandeln, sondern es gelingt auch, Patienten mit FFE bei offener Stationstüre zu behandeln und so deren Selbstheilungskräfte zu fördern.

Unter dem massiven Zuweisungsdruck laufen wir in den Stützpunkten Gefahr, die sog. 'lauten' Patienten besser wahrzunehmen als die sozial schwächeren und häufig kränkeren Patienten, so dass diese plötzlich irgendwo ausgegliedert und berentet 'verschwinden'. Diese Entwicklung wird zudem unterstützt, dass es sich bei den vorgenannten Patienten um solche handelt, die definitiv nicht 'rentieren', weil sie häufig Sitzungen verpassen und so zu einer Einnahmeneinbusse führen. Ich bin überzeugt, dass der Berichtsverfasser den Finger auf den richtigen Punkt legt, wenn er davon spricht, dass die rein finanzpolitische Steuerung der Stützpunkte mittlerweile 'übersteuert'

sei. Genauso bin ich überzeugt, dass so höchstens betriebswirtschaftlich, sicher aber nicht volkswirtschaftlich Geld gespart wird.

Meines Erachtens ist die Ressourcen-Zuteilung pro Kopf der Bevölkerung zu prüfen. Dabei sollten auch die Berentungen aus psychiatrischen Gründen berücksichtigt werden. Dies könnte die wenig 'rentable' Rehabilitationsarbeit in den Stützpunkten (schlechte Krankenkassen-Honorierung) fördern, weil sie bei volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise nicht nur menschlich, sondern auch finanziell Sinn macht. (nur bei Sektorversorgung schlüssig)

In einer Gesellschaft, in der die Leistungsanforderungen stetig zunehmen, gleichzeitig eine Entsolidarisierung und Vereinzelung stattfindet, werden seelische Erkrankungen laufend zunehmen und es wird an den politischen EntscheidungsträgerInnen liegen, zu entscheiden, wie sie mit diesen Menschen umzugehen gewillt sind.

4900 Langenthal, 21. Juni 2002

Dr. med. K. Bachmann
Chefarzt Psychiatrie
SRO
Spital Region Oberaargau

DIREKTOR	RESSORT GES	RESSORT FUE
GS	DB	FINANZEN
REG	PERS	AWA/DP
12. SEP. 2002 - 80		
	IK/DIENSTE	STAB FUE
ALBA	KAPA	KAZA
RA	SOA	SPA

Gesundheits- und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern
Abteilung für wissenschaftliche
Auswertung
z.Hd. Frau Dr. phil. Nicole Bachmann
Rathausgasse 1
3011 Bern

Thun, 9. September 2002/Saa/fz

Stellungnahme zur Erfolgskontrolle des Staatsbeitrages an die Psychiatriestützpunkte des Kantons Bern

Sehr geehrte Frau Bachmann

Besten Dank für die Zustellung des Berichtes über die von Herrn Peter Dolder durchgeführte Erfolgskontrolle. Mit meinen Kadermitgliedern bin ich von der dichten und differenzierten Information positiv beeindruckt. Sehr zu schätzen weiss ich auch, dass Sie in insgesamt 27 Fällen auf unsere Korrektur- und Ergänzungsvorschläge eingegangen sind, womit meine ursprüngliche Stellungnahme vom 24.06.02 drastisch auf die nachfolgenden Bemerkungen reduziert wird:

Zusammenfassend möchte ich vorausschicken, dass der Bericht die Bestätigung für eine recht erfolgreiche Umsetzung der grossrätlichen Grundsätze zur psychiatrischen Versorgung vom 15.11.77 ergibt, auch wenn diese in den verschiedenen Regionen auf sehr unterschiedliche Art geschehen ist. Für die zukünftige Planung ergibt sich die Empfehlung, einerseits überzeugt am Dezentralisierungskonzept festzuhalten und andererseits der gerechten Verteilung der Ressourcen gemäss der zu versorgenden Bevölkerungszahl ausreichend Beachtung zu schenken. Bei der vorliegenden Erfolgskontrolle fehlt eine diesbezügliche Vergleichsmöglichkeit mit der Zentrumsregion Bern, womit die Vermutung unwiderlegt im Raum stehen bleibt, dass unabhängig von den Forschungsstationen immer noch überproportional viele Mittel dem Zentrum zugute kommen. Nun zu detaillierteren Kommentaren in der Reihenfolge der zitierten Abschnitte:

- 1.2.3** Zu den Steuerungsinstrumenten, speziell Budget und Voranschlag möchte ich Zweifel anbringen, ob die praktisch ausschliesslich finanzpolitische Steuerung der Stützpunkte und der Verzicht auf eine "Wertediskussion" angebracht ist. Dies könnte nämlich heissen, dass zuerst Rentables (aber nicht unbedingt solidarisch Notwendiges) gemacht werden muss, damit genügend Geld vorhanden ist, um das effektiv Notwendende machen zu können. Meines Erachtens müsste der Staat den normativen Standard für die zu erbringenden Leistungen festlegen und für die gemeinwirtschaftlichen Kosten aufkommen, die privat nicht finanzierbar sind. Falls diese Mittel zuerst durch die Beteiligung am einträglichen Gesundheitsmarkt beschafft werden müssen, trägt dies unweigerlich zur Mengenausweitung und damit zur gesamten Steigerung der Gesundheitskosten bei.
- 3.1** Beim Leistungsangebot der Stützpunkte sind **Supervisionen** in externen Institutionen (z.B. für geistig Behinderte in der Eingliederungsstätte Gwatt, psychisch Behinderte im Sozialpsychiatrischen Arbeitszentrum SPAZ in Thun und in Heimen sowie bei der Spitex zu Gunsten von älteren psychisch Kranken) geradezu von paradigmatischem Charakter für die Funktion eines **Stützpunktes**, nämlich die anderen Dienste in ihrer Aufgabe zu Gunsten psychisch kranker Menschen zu **stützen**. Es ist deshalb schade, dass dies in der Übersichtstabelle 3.1 und im Abschnitt 3.3.4 über Thun nicht aufgeführt wird.
- 3.3.4** Es ist ebenfalls bedauerlich, dass es im Rahmen dieser ERKOS nicht möglich war, innovative Einrichtungen im **arbeitsrehabilitativen** Bereich zu erfassen. Neben der auf Initiative des Berufsförderungskurses des Psychiatrie-Stützpunktes Thun gegründeten Sozialfirma TRANSfair mit geschützten Arbeitsplätzen für psychisch Beeinträchtigte sei auf das erfolgreiche Projekt "Trainingsstellen für psychisch Beeinträchtigte im Spital Thun" hingewiesen, das SozialarbeiterInnen des Thuner Stützpunktes als Modellfall für nicht BSV-subventionierte Betriebe seit 15 Jahren durchführen und damit einen Anreiz für die freie Wirtschaft schaffen, selber beschützende Arbeitsplätze zu betreiben.
- 5.5** Bezüglich Infrastrukturen könnte der Eindruck entstehen, diese liessen mit Ausnahme von Interlaken auch für die Zukunft keine Wünsche offen. Dabei bedarf die an sich optimal gelegene Tagesklinik in Thun dringend der räumlichen Erweiterung und baulichen Sanierung, ohne dass deswegen ein Standortwechsel in Betracht gezogen werden müsste. Bei dieser Gelegenheit wäre auch festzuhalten, dass es seit der Einführung der Fallkostenpauschale zunehmend schwieriger wird, psychiatrische Kriseninterventionen auf somatischen Stationen des Allgemeinspitals durchzuführen, wie das früher in Thun gang und gäbe war. Deshalb ist auch in Thun die Eröffnung einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation im regionalen Spitalzentrum als Infrastrukturverbesserung beantragt und in ihrer Notwendigkeit unbestreitbar.
- 6.1.1 Trägerschaft:** In Thun ist der Psychiatriestützpunkt trotz der Formulierung in den noch gültigen Psychiatrie-Versorgungsgrundsätzen vom 15.11.77, die Stützpunkte

seien in die Organisation der Allgemeinspitäler einzugliedern, nicht in die neue Trägerschaft der Spital Thun-Simmmental AG aufgenommen worden, sondern in der bisherigen Trägerschaft Gemeindeverband Regionalspital Thun geblieben. Dabei entspricht der Gemeindeverband nur dem ursprünglichen Spitalbezirk und deckt sich noch viel weniger mit der Psychiatrieregion II als das immerhin recht grossflächige Einzugsgebiet der Spital Thun-Simmmental AG. Im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes ist wieder eine einheitliche Einordnung der Psychiatriestützpunkte in die regionalen Spitalzentren des Kantons zu erwarten.

- 6.2.2** Die von der PZM als zwingend erachtete Verbesserung der **Zusammenarbeit während des Klinikaufenthaltes** eines Stützpunktpatienten hätte durch eine meinerseits schon vor 15 Jahren geäusserte Erwartung, dass die grosse Klinik eine interne Sektorisierung gemäss Versorgungsgebieten durchführen würde, eher realisiert werden können. Für einen Stützpunkt zuständige konstante fachliche Bezugspersonen in der Klinik würden das Zusammenarbeitspotential mit dem Stützpunktteam erhöhen.

Aufgabenteilung: Aus der Sicht eines bestehenden Stützpunktes ist die Führung ambulanter Angebote durch das PZM erst dann sinnvoll, wenn sie sich für ein bestimmtes Einzugsgebiet verpflichtet, die ambulanten Behandlungen (auch notfallmässig) zu übernehmen. Die ambulante Nachbehandlung durch das PZM von Patienten, die aus dem Einzugsgebiet eines funktionierenden Stützpunktes kommen, erachten wir nicht als sinnvoll, da damit Kapazitäten der Klinik gebunden werden, die man sonst (z.B. hinsichtlich Aufnahmekapazität) vermisst. Die Nachbehandlung erfolgt unseres Erachtens besser unter Einbezug des Umfeldes, in das der Patient wieder eingegliedert werden soll.

Generelle Bemerkungen:

Die kritische Bemerkung seitens des PZM, dass die Stützpunkte über kein feststellbares Konzept über die Gerontopsychiatrie verfügen, kann nicht in dieser pauschalen Art stehen gelassen werden, zumal im Jahr 2001 in einer renommierten Fachzeitschrift (Psychiatrische Praxis 28, Seiten 201-203) sogar eine Fachpublikation aus Thun mit dem Titel "Dezentrale Gerontopsychiatrie: Erfahrungen und Auswertungen beim Aufbau einer Gedächtnissprechstunde an einem Regionalspital" von Erlinger Ulrich, Kämpf Christian vorliegt, die durchaus auf einem seit Jahren etablierten Konzept beruht. Dass die Schnittstelle für geriatrische Fälle an der Medizinischen Klinik im Spital Thun zur Fachklinik Geriatrie des PZM manchmal zu falschen Erwartungen Anlass gibt, hat weniger mit der spezifischen Schnittstelle zum Psychiatrie-Stützpunkt und deren Gerontopsychiatrischen Dienst zu tun als allgemein mit der geriatrischen Verantwortlichkeit eines Allgemeinspitals.

Teil IV

- 3.1.3** Es trifft aus Thuner Sicht nicht zu, dass die Stützpunkte in der näheren Umgebung dem PZM keine Entlastung bieten. Solange der SPD Münsingen nicht verpflichtet

ist, Patienten aus engerem Einzugsgebiet (Aaretal) ambulant zu übernehmen, erfolgt in Notfallsituationen Entlastung durch die andern Stützpunkte.

Abschliessend sei trotz den relativierenden obigen Kommentaren festgehalten, dass gesamthaft gesehen die Zusammenarbeit mit den andern psychiatrischen Institutionen und den somatischen Fachdisziplinen sowie den Zuweisern durchaus als gut bezeichnet werden kann. Insbesondere gilt dies aus unserer Sicht auch bezüglich der Behörden wie Regierungsstatthalterämter und Gemeinden.

Darum hoffe ich, dass die gemeindenähe Psychiatrie, wie sie durch das sozialpsychiatrische Programm der Psychiatriegrundsätze in die Wege geleitet wurde, auch in Zukunft die Berner Psychiatrie prägen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. W. Saameli
Chefarzt