



Murg-Stiftung

Externer Psychiatrischer Dienst Sirmach

Geschützte Werkstätten Littenheid

Wohnheim Littenheid

Jahresbericht 2008



Stiftungszweck

Zweck der Murg-Stiftung sind die Einrichtung und der Betrieb geeigneter Arbeitsstätten, um den psychisch Behinderten eine ihrer Individualität entsprechende Tätigkeit und Verdienstmöglichkeit zu bieten, sowie die Schaffung weiterer Einrichtungen wie Beratungsstellen, Wohnheime usw. Ambulatorium und Beratungsstelle des Externen Psychiatrischen Dienstes Sirnach sind der Murg-Stiftung angeschlossen.

Stiftungsrat

Dr. med. Markus Binswanger, Littenheid
Humbert Entress, Präsident, Aadorf
Myrta Klarer, Sirnach
Dr. med. Ulrich Paul Rotach, Hüttwilen
Hans Schwyn, Vizepräsident, Littenheid

Jahresbericht 2008



Liebe Leserinnen und Leser

Jahresberichte sind Anlass zu Rückblick und Ausblick, zur kritischen Standortbestimmung, zu Abschied auch und Dank.

Sie finden in diesem Heft Beiträge unserer Mitarbeiter und auch von Klienten in Wohnheim und Geschützter Werkstätte, die sich den Themen Mitsprache und Mitbestimmung, Selbst- und Fremdbestimmung, Schutz und Freiraum widmen. Die breite Palette der schriftlichen Beiträge widerspiegelt den lebhaften Diskurs, der zu diesen Themen durchaus auch im Alltag geführt wird. Wir sehen es als unsere Aufgabe, den Dialog auch dann weiterzuführen, wenn Widersprüche und Unvereinbarkeiten den grundsätzlichen Konsens begleiten.

Die Fachbeiträge aus dem Externen Psychiatrischen Dienst befassen sich mit Menschen, die durch Krisen überfordert sind, aber auch mit der Problematik der häuslichen Gewalt. Hier sind Unterstützung und Beratung wichtig, aber auch der Mut, sich diese Hilfe zu suchen.

Zwei Todesfälle haben uns im vergangenen Jahr sehr zu schaffen gemacht: Ein Klient des Wohnheims hat uns für immer verlassen. Er wählte einen Weg, der uns sehr traurig stimmt. Und am 11. Oktober 2008 ist nach langer, schwerer Krankheit Dr. med. Ulrich Paul Rotach-Hefti gestorben. Er war Mitglied unseres Stiftungsrates und hat uns über viele Jahre in unserer Arbeit begleitet und tatkräftig unterstützt. Wir behalten ihn sehr dankbar in bester Erinnerung.

Eine wertvolle Erfahrung war für uns die Veranstaltung «Eingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen in den Arbeitsmarkt», die wir mit Stefan Risi von der IV-Stelle Thurgau für Arbeitgeber der Region durchführen durften. Die sehr praxisbezogene Orientierung war für alle Beteiligten spannend.

Wir blicken dankbar auf ein gutes Jahr zurück:

- Die Auslastung von Wohnheim und Geschützter Werkstätte war erneut sehr gut.
- Die Mutationen bei den Klienten zeigen, dass unsere Institutionen nicht einfach ein Ort des Verharrens sind, sondern dass Entwicklungen und Veränderungen einen zentralen Platz einnehmen.
- Die Partnerschaft mit der Clenia Littenheid AG kommt uns sehr zugute. Die Zusammenarbeit ist unkompliziert und wir dürfen von zahlreichen Dienstleistungen für unsere Institution und unsere Klienten Gebrauch machen.
- Ein Dank geht auch an die Handwerker der Klinik Littenheid, die uns immer wieder tatkräftig unterstützen und Verbesserungen in Wohnheim und Werkstätte umsetzen.
- Dankbar sind wir auch für die vielen Produktionsaufträge, die wir für Gewerbe und Industrie in der geschützten Werkstätte erfüllen dürfen. Für eine interessante Tagesstruktur unserer Klienten sind diese Aufträge unverzichtbar – wir hoffen, dass die sehr angenehme Zusammenarbeit auch in den derzeit wirtschaftlich schwierigeren Zeiten gepflegt werden kann.
- Der Dank des Stiftungsrates richtet sich in allererster Linie an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich den täglichen Herausforderungen mit Kompetenz und Engagement stellen. Ihr grosser Einsatz ist gerade in Zeiten, in denen der Wandel das Beständigste zu sein scheint, wertvoll und unverzichtbar.

Humbert Entress, Präsident

Jahresbericht des Wohnheims und der Geschützten Werkstätten

Urs Zürcher, Gesamtleiter Wohnheim und Werkstätten

2



Kleine und grössere Veränderungen – Aufbruch in den Geschützten Werkstätten

Auch 2008 durften wir auf eine hohe Konstanz bei unseren Mitarbeitern zählen. Nur gerade drei Vakanzen mussten neu besetzt werden. Dies hat die Entwicklung im Wohnheim und in den Geschützten Werkstätten positiv beeinflusst. Einen Aufbruch durften wir im Bereich der Geschützten Werkstätten erleben. Die neue Werkstattdirektorin und ihre Mitarbeiter haben es verstanden, die Arbeitsplätze unserer Klienten noch attraktiver zu gestalten. Dies gelang vor allem, indem vermehrt Gewicht auf die Umgangsformen unter allen Werkstattbesuchern gelegt und die Transparenz in den Produktionsabläufen verbessert wurde. Eine klarere Aufgabenteilung an die Klienten hat ebenfalls zur Verbesserung beigetragen. Ein Meilenstein war die Integration der Patientenwerkstatt der Klinik in die Murg-Stiftung. Dies war für alle eine besondere Herausforderung, unterscheiden sich doch die Bedürfnisse der Patienten der Klinik deutlich von denen der «routinierten» IV-Klienten.

Erste Schritte mit dem Kanton

2008 war das erste Jahr unter der vollen Zuständigkeit des Kantons (bisher BSV). Die gute Partnerschaft mit den Verantwortlichen des Kantons Thurgau haben wir sehr positiv erlebt, sie stehen uns mit Rat und Tat zur Seite.

Leider hat sich aber der administrative Aufwand spürbar vergrössert. Die Erhebung der Betreuungsintensität und Betreuungszeit unserer Klienten ist aufwändig. Die Erfassung aller Daten im speziell dafür eingerichteten EDV-Tool des Kantons erfordert ebenfalls Zeit. Diese Mehrarbeit stösst bei uns jedoch auf Verständnis, da wir davon auch einen gewissen Nutzen haben.

Äusserst aufwändig wird es jedoch, wenn die Klienten von Wohnheim und Werkstätten aus verschiedenen Kantonen kommen. Wohl bildet die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen IVSE eine gemeinsame Basis, darüber hinaus aber hat jeder Kanton seine eigene Vorgehensweise und seine eigenen Ansprüche. Dies verlangt von uns sehr viel Aufwand, ohne dass sich ein direkter Nutzen ergibt. Besonders schwierig ist der Eintritt von Klienten aus anderen Kantonen. Bis alle Formalitäten erledigt sind, vergehen zuweilen zwei bis drei Wochen. Öfters warten die betroffenen Klienten in einem ungünstigen Umfeld, in dem eigentlich ein rascher Wohnheimeintritt angezeigt wäre.

Es ist zu hoffen, dass sich diese unbefriedigende Situation

bald zum Besseren wendet, damit alle wieder etwas entlastet werden und sich die Eintritte von ausserkantonalen Klienten einfacher gestalten.

Gelebte Qualität

Seit Oktober 2002 arbeiten wir nach einem integrierten Qualitätsmanagement. Am 7. Januar 2009 fand die erfolgreiche Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2008 und BSV 2000 statt.

Nebst den dokumentierten und gelebten Abläufen (Prozesse) ist es uns ein Anliegen, regelmässig Klienten und Mitarbeiter zu ihrer Zufriedenheit zu befragen. 2008 konnten sich unsere Mitarbeiter erneut mittels einer strukturierten Befragung zu den Arbeitsbedingungen in unserer Institution äussern. Wohl zeigte die Befragung einige Verbesserungsmöglichkeiten, das Gesamtergebnis war aber äusserst positiv.

Ein ähnliches Bild ergab die erstmalig durchgeführte Befragung der Klienten am Arbeitsplatz (Werkstatt, Einzelarbeitsplätze). Auch hier konnten im anschliessenden Gespräch einige spürbare Verbesserungen in die Wege geleitet werden.

Dank

Viele Menschen tragen zum guten Gelingen in Wohnheim und den Geschützten Werkstätten bei. Schlüsselpersonen sind aber ohne Zweifel unsere Mitarbeiter. Die Mehrheit von ihnen betreut schon seit vielen Jahren mit hohem fachlichem und persönlichem Engagement unsere Klienten. Auch die Klienten leisten tagtäglich einen wichtigen Beitrag zu einem harmonischen Zusammenleben und -arbeiten, sie nehmen ihre Verantwortung wahr.

Beide Personengruppen, Personal und Klienten, verdienen hohe Anerkennung und Dank für ihre erbrachten Leistungen.

Unserem Stiftungsrat, den Verantwortlichen des Kantons, den Firmen, die uns ihre Produktionsaufträge anvertrauen, und vielen anderen danken wir ganz herzlich für die Unterstützung. Wir hoffen, dass es uns auch künftig gelingt, gemeinsam unsere Aufgaben im besten Sinne der Sache zu erfüllen. ■

Selbstbestimmung und Sexualität

Gabriella Capassi, Bereichsleiterin Wohnheim



Durch die Genderbrille: Behinderung und Geschlecht

Der Zusammenhang zwischen Behinderung und Geschlecht wurde lange nicht thematisiert. Behinderte Menschen waren die Behinderten, für die stellvertretend oftmals der Behinderte angeführt wurde. Behinderte Frauen machten um 1980 erstmals darauf aufmerksam, dass das Geschlecht bei behinderten Menschen eine wichtige Rolle spielt. Die Lebenssituation für Frauen wurde als doppelte Diskriminierung – diskriminiert als Frau und als Mensch mit einer Beeinträchtigung – gekennzeichnet.

Doppeltes Handicap

Seit dieser Zeit hat sich sowohl in der Denkweise über das Geschlecht als auch über die Behinderung viel verändert. Beide werden nicht mehr allein medizinisch-biologisch betrachtet, sondern als Verbindung, die im Alltag, im Austausch mit anderen Menschen und Institutionen ständig neu definiert wird. Zwischen Frauen mit einer Behinderung und Frauen ohne Behinderung wird ein Unterschied gemacht, sie werden von der Gesellschaft unterschiedlich betrachtet.

Für die Identität des Menschen spielt das Geschlecht eine wichtige Rolle. Liegt eine Beeinträchtigung vor, wird das Merkmal behindert so dominant, dass das Geschlecht oftmals kaum beachtet wird. Diese Feststellung, die in verschiedenen Sachbüchern publiziert wurde, deckt sich mit meinen eigenen Erfahrungen aus der Beratung behinderter Frauen und Männer.

Dass das Geschlecht unsere Wahrnehmung beeinflusst, verdeutlicht die folgende Gegenüberstellung stereotyper Zuschreibungen. Dabei sind die Zuschreibungen von weiblich und behindert nahezu deckungsgleich, männlich und behindert schliessen sich geradezu aus.

Ich beschäftige mich schon mehrere Jahre mit der Thematik Sexualität und Behinderung und sehe die Veränderungen in unserer Gesellschaft, welche heute Menschen mit Behinderungen ein Recht auf selbstbestimmte Sexualität zuspricht.

Menschen mit einer Beeinträchtigung werden auch als Kunden entdeckt; es gibt Sexworkshops für Betroffene, Singlepartys, Sexualbegleitung, Foren im Internet und einiges mehr.

Mein Fokus richtet sich vor allem auf Menschen, die ihr Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich ihrer langjährigen psychischen Beeinträchtigung und ihrer Sexualität nicht so ein-

fordern können, wie es bei Frauen und Männern mit körperlichem Handicap möglich ist. Sie können oft ihre Bedürfnisse nicht alleine einfordern, manche können sie nicht einmal für sich erkennen. Ihre Möglichkeiten sind teilweise oder gänzlich abhängig von den Bedingungen, in denen sie leben, und den Personen, die sie betreuen.

Die Grundhaltung unserer Institution ist diesbezüglich sehr fortschrittlich. Unsere Klienten haben die Möglichkeit, ihre Anliegen mit einer Fachperson zu besprechen und doch sehen auch wir, wie schwierig es ist, ihren Ansprüchen gerecht zu werden.

Wie viel Privatsphäre ist wirklich möglich in einem Wohnheim? Wo wird, unabhängig von der eigenen Meinung und von Konzepten, weggeschaut oder eingeeengt?

Meine Mutter wollte nicht, dass ich ein Kind bekomme

Unsere Gesellschaft ist gespalten, wenn es um das Recht auf ein Kind bei Frauen und Männern mit einer Beeinträchtigung geht. Ganz typisch dafür ist, dass eine 30-jährige Frau häufig darauf angesprochen wird, dass es doch jetzt Zeit wäre für ein Kind. Einer 35-jährigen Frau mit einer Beeinträchtigung wird dagegen häufig gesagt: «Jetzt noch nicht, später oder noch besser, Sie haben gar keine Kinder.»

Das Thema wird gerne umgangen, es fällt einem schwer, darüber zu sprechen. Es gibt bis heute noch keine gute allgemeingültige Lösung. Kinderwunsch und Behinderung bleibt ein Grenzbereich von den gesellschaftlichen und persönlichen Erwartungen her. In meinen Beratungen muss ich auch erkennen, dass ich immer wieder an die Grenzen der Realität stosse. Oft erlebe ich die Ratsuchenden voll unstillbarer Bedürfnisse, die zumindest teilweise unerfüllbar bleiben. Viele Kontaktanzeigen enden erfolglos, weil der Leser erfährt, dass der Mensch beeinträchtigt ist.

Die Tabuisierung des Themas Kinderwunsch gegenüber den Betroffenen macht es für sie äusserst schwer, sich überhaupt mit einer potenziellen Elternschaft auseinanderzusetzen.

Was nicht sein darf, wird nicht besprochen. Sie erhalten demzufolge keine Möglichkeit, das «Für und Wider» eigener Kinder abzuwägen und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Es fehlt an Bildern, wie ein Leben für sie mit einem Kind aussehen kann. «Ich will ein Kind» steht oft für viele nicht gelebte Wünsche, häufig für romantische Vorstellungen. «Ich will ein Kind» steht auch für die Hoffnung, in die Gesellschaft integriert zu sein, einfach «normal» zu sein. ■

Selbstbestimmung im Alltag

Carla Ogger, Betreuerin Wohngruppe Sonnegg

4



Selbstbestimmung bedeutet, nach freiem Willen über sein Tun entscheiden zu können. Häufig wird Selbstbestimmung auch mit Entscheidungsfreiheit, Autonomie, Entscheidungsautonomie oder Ungebundenheit, Unabhängigkeit umschrieben.

Die Klienten treten freiwillig bei uns ein, ihre Selbstbestimmung beginnt somit schon vor dem Eintritt. Sie akzeptieren das Wohnheimkonzept mit den Aufnahmekriterien und Anforderungen. Sie entscheiden, dass sie bei uns persönliche Ziele erreichen möchten, in welchem zeitlichen Rahmen sie sich entwickeln wollen und können und welcher Arzt sie dabei begleitet. Die Zusammensetzung der Klientengruppe können sie nicht beeinflussen.

Damit unsere Klienten eine stabile Tagesstruktur einhalten können, entscheiden sie selbst, ob sie ganztags oder halbtags in der Geschützten Werkstätte arbeiten. Dazu verfügen sie über die Möglichkeit, zusätzlich in einem geschützten Rahmen im Haushalt tätig zu sein.

Bei den Gruppenaktivitäten können die Klienten verschiedene Inhalte und Ergebnisse der Gruppen mitbestimmen und miterarbeiten. In der Ernährungsgruppe werden die Menüs für Mittag- und Abendessen für eine Woche festgelegt. Dabei richten wir uns nach unserem bestehenden Ernährungskonzept. Bei der Gestaltung der Freizeitaktivitäten der Wohn-

gruppe bringen die Klienten Vorschläge ein und treffen gemeinsam mit dem Team die Entscheide. Durch die Budgetvorgabe ist nicht immer jeder Wunsch zu erfüllen. Die übrige Freizeit verbringen die Klienten nach eigenem Gutdünken innerhalb oder ausserhalb der Wohngruppe. An der wöchentlichen Hausversammlung können verschiedene Bereiche des Zusammenlebens besprochen werden.

Im Alltag gibt es sehr viele kleine Situationen, bei denen die Klienten, selbstverständlich wie jedermann, selber entscheiden. ■

Die Klienten entscheiden, dass sie bei uns persönliche Ziele erreichen möchten, in welchem zeitlichen Rahmen sie sich entwickeln wollen und können und welcher Arzt sie dabei begleitet.

Betreuungsaufgaben bezüglich Selbstbestimmung

Monica Schmid, Betreuerin Wohngruppe Sonnegg



Selbstbestimmung heisst, Entscheidungen treffen. Bei der Einschätzung von «richtig» und «falsch» können sich die Standpunkte der Betreuer deutlich unterscheiden und schaffen somit keine Sicherheit und Zuverlässigkeit in Bezug auf die

Dienstleistungen unsererseits.

Dieser offene Massstab lässt individuellen Interpretationen einen weiten Spielraum. Umso mehr, je weiter sich die Betreuung von klar umrissenen Bereichen wie Grundpflege, Haushaltsführung und Sicherheit entfernt.

Unsere tägliche Arbeit mit den individuellen Ansprüchen der Klienten und der jeweiligen Situation wird durch komplexere Instrumente wie Qualitätsmanagement, Pflegediagnosen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und dem daraus resultierenden Tagesablauf strukturiert. Der Klient muss dabei in Absprache mit der Betreuungsperson die «richtige» Entscheidung treffen. Diese Entscheidung liegt im Spannungsfeld des Konzepts und seiner individuellen Interpretation.

Das Selbstbestimmungsrecht stösst häufig durch geringe Belastbarkeit des Klienten, vorhandene und gewünschte Fähigkeiten umzusetzen und zu erlernen, an seine Grenzen.

Der geringste Sachzwang und der grösste individuelle Spielraum ergeben sich dabei offensichtlich im Bereich der Beschäftigung und Lebensführung: Bewegung, Freizeitaktivität, soziales Leben, Kreativität, Kommunikation usw.

Lebenspraktische Fertigkeiten, die wesentlich die Selbstständigkeit bestimmen, sind nicht automatisch Resultat einer bedarfsorientierten Pflege. Um sie aufzubauen benötigt es ausserdem:

- Bildung von Bewegungsgefühl und Mobilität.
 - Aufbau einer vertrauten Umgebung, an der die Klienten interessiert sind, weil sie sich in ihrer Welt (Wohngruppe) auskennen.
 - Soziale Beziehungen, die ihr Interesse am Zuhören wecken.
 - Übung und Anleitung von lebenspraktischen Fähigkeiten und eine Wohngruppe, welche die Klienten mitgestalten können. Sonst fehlt die Gelegenheit, gelernte lebenspraktische Routine anzuwenden und dauerhaft zu üben.
- Übernehmen die Betreuer vermehrt Aufgaben der Klienten, z. B. in der Haushaltsführung, werden Abhängigkeiten geschaffen. Die Hilfe und Anleitung zur selbstständigen Lebensführung bedeutet zwar einen Mehraufwand, der sich oft erst in der Zukunft auszahlt, der aber das Selbstvertrauen der Klienten erheblich stärkt. ■

Selbstbestimmung fördert Selbstvertrauen.

Die Hilfe und Anleitung zur selbstständigen Lebensführung bedeutet zwar einen Mehraufwand, der sich oft erst in der Zukunft auszahlt, der aber das Selbstvertrauen der Klienten erheblich stärkt.

Schweigepflicht und Datenschutz

Joelle Angst und Dusanka Moravac, Betreuerinnen Wohngruppe Erle

6



«Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und Bewegungsfreiheit.»

(Art. 10, Bundesverfassung vom 18. April 1999)

Schweigepflicht

Die persönliche Integrität und Selbstbestimmung des Klienten wird durch die Schweigepflicht der Betreuer gewahrt, die keiner anderen Person (auch nicht den Angehörigen) ohne Zustimmung des Klienten Auskunft geben dürfen. Alle Informationen, die ein Klient den Betreuern im Rahmen der Betreuung gibt, sind für diese streng vertraulich. Dritte haben keinen Rechtsanspruch darauf, dass ihnen Auskunft gegeben wird – so dürfen wir ohne Zustimmung des Klienten seinen Arbeitgeber weder über seine Erkrankung noch über Diagnose und Behandlung informieren.

Eine Ausnahme bildet die Weitergabe von Informationen zum Zweck der Leistungsabrechnung. Ausserdem gilt die Schweigepflicht auch nicht gegenüber dem gesetzlichen Vertreter eines Klienten. Von der Schweigepflicht gegenüber der zuständigen Behörde ausgenommen sind meldepflichtige Krankheiten wie seuchenartige Erkrankungen und Geschlechtskrankheiten (wenn diese vom Gesetz explizit genannt sind, die Meldepflicht gilt beispielsweise nicht für eine HIV-Infektion). Wann darf oder muss dennoch Auskunft gegeben werden? Wenn:

- das ausdrückliche Einverständnis des Betroffenen vorliegt. Entbindung aller beteiligten Betreuer namentlich von der Schweigepflicht.
- eine gesetzliche Auskunftspflicht besteht, z. B. gegenüber den Sozialleistungsträgern oder gemäss Infektionsschutzgesetz. Beispiel: Krankenhäuser müssen der gesetzlichen Krankenkasse bestimmte personenbezogene Daten eines Patienten mitteilen (§ 301 SGB V). Gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bestehen weitergehende Offenbarungspflichten.

Alle Informationen, die ein Klient den Betreuern im Rahmen der Betreuung gibt, sind für diese streng vertraulich.

- ein rechtfertigender Notstand gemäss § 34 StGB vorliegt. Wenn ein höherwertiges Rechtsgut konkret gefährdet ist, ist der Bruch der Schweigepflicht nicht rechtswidrig. Eine Offenbarung des anvertrauten Geheimnisses ist nur zulässig, wenn eine Güterabwägung ergibt, dass der Bruch des Geheimnisses angemessen und geeignet ist, die drohende Gefahr abzuwenden UND das zu schützende Rechtsgut das beeinträchtigte Rechtsgut (Vertrauensbruch) wesentlich überwiegt.

Beispiel: Wenn eine Sozialarbeiterin in der Presse öffentlich kritisiert wird, kann ein Bruch der Schweigepflicht gerechtfertigt sein. Die Güterabwägung muss zu dem Ergebnis führen, dass der Schutz des öffentlichen Ansehens der Behörde und der Sozialarbeiterin einen Vertrauensbruch rechtfertigt. Dies gilt vor allem dann, wenn die Behauptungen falsch sind. Die Sozialarbeiterin darf aber nur die Daten offenbaren, die das öffentliche Ansehen wieder herstellen (Angemessenheitsgebot).

- eine schwerwiegende Straftat geplant wird, die nach § 138 StGB anzeigepflichtig ist. In diesem Fall besteht eine Offenbarungspflicht (Ausnahmen siehe § 139 StGB).

Beispiel: Wenn der Arzt während der Behandlung eines Patienten Erkenntnisse über eine zukünftige Gefährdung anderer Personen erhält, weil der Patient z. B. einen Mord ankündigt, muss er diese Erkenntnis weitergeben.

Datenschutz

Die im Rahmen der Dokumentationspflicht erstellte Krankengeschichte muss sorgfältig verwahrt werden und Daten müssen vor unbefugtem Zugriff geschützt werden, sodass ein Missbrauch durch Dritte ausgeschlossen ist. Dem Klienten muss das Team jedoch Auskünfte und Einsicht in die Klientendokumentation geben, wenn er es verlangt.

Historisches

Bereits der Eid des Hippokrates enthält die Selbstverpflichtung: «Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch ausserhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.»

Im antiken Rom hängte man bei Zusammenkünften eine Rose an die Decke und erinnerte damit die Anwesenden an

die Pflicht zur Verschwiegenheit. Die in heutigen Beichtstühlen geschnitzte Rose dient dem gleichen Zweck: «sub rosa dictum» – unter der Rose gesagt, das muss geheim bleiben.

Recht auf Datenschutz = Recht auf den Schutz der Persönlichkeit.

Die Praxis

Im Alltag sind wir ständig in einer Grauzone (Anrufe von Familien, Behörden, Ärzten, anderen Bezugspersonen). Wir müssen uns von einer Minute zur anderen im Klaren sein, ob wir Informationen geben können oder nicht. Wir brauchen immer eine schriftliche Entbindung durch den Klienten, die bei Bevormundung auch vom Vormund unterzeichnet ist.

Wir gehen jährlich mit der Klientengruppe in die Ferien. Hier herrscht eine lockere Atmosphäre, die Klienten sind gut gelaunt und wir diskutieren über verschiedene Themen in der Gruppe (Freizeit, gesellschaftliche Normen, Beziehungen, eigene Erlebnisse, Wohlbefinden, Hobbys...). Die Klienten knüpfen Kontakte zu anderen Feriengästen und sind offen für Neues.

Ein Klient hat mit einem Hotelgast über Verschiedenes diskutiert, hat Persönliches von sich aus mitgeteilt und ausgetauscht. Am folgenden Tag war ich in der Lobby und habe auf meine Arbeitskollegin gewartet. Da kam der Gast, mit dem sich ein Klient unterhalten hatte, und fragte mich, wie es dem Bewohner gehe, er habe ihn heute noch nicht gesehen und mache sich Gedanken um ihn. Ich war überrascht von der Frage, habe mit dem Gast gesprochen und ihn informiert, dass ich ihm aus Datenschutzgründen keine Auskünfte geben darf. Der Gast hatte dafür grosses Verständnis und wir haben über dieses Thema im Allgemeinen diskutiert.

Der Datenschutz hat nicht nur in der Pflege einen hohen Stellenwert, sondern auch bei vielen anderen Berufsgruppen wie Geistliche, Rechtsanwälte, Verteidiger, Notare, nach Obligationenrecht zur Verschwiegenheit verpflichtete Revisoren, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen sowie für deren Hilfspersonen. Das sind z. B. Krankenpfleger, Arztgehilfen sowie Ergo- und Physiotherapeuten. In der heutigen Zeit, in der die meisten Institutionen mit Computer arbeiten, kommen noch mehr Bereiche, bei denen der Datenschutz eine Rolle spielt, dazu. Die elektronischen Daten werden genauso geschützt wie die schriftlichen oder die mündlichen.

Vor allem durch die weltweite Vernetzung, insbesondere durch das Internet, nehmen die Gefahren hinsichtlich des Schutzes personenbezogener Daten laufend zu («Das Inter-

net vergisst nicht.»). Die Verlagerung von IT-Aufgaben in Regionen, in denen deutsche und europäische Gesetze nicht durchsetzbar sind und ausländische Regierungen Zugang zu nicht für sie bestimmte Daten suchen, macht den Datenschutz praktisch oft wirkungslos. Datenschützer müssen sich deshalb zunehmend nicht nur mit den grundlegenden Fragen des technischen Datenschutzes, sondern besonders mit der effektiven Durchsetzbarkeit von Datenschutz auseinandersetzen, wenn sie Erfolg haben wollen. ■

Interview mit einer Klientin

Interview von Joelle Angst, Betreuerin, mit Frau B.

Hallo Frau B. Wir erstellen einen Bericht für das Jahresheft der Murg-Stiftung zum Thema Datenschutz und Schweigepflicht. Ein Interview soll dabei die Realität aufzeigen. Haben Sie Interesse, sich zu dieser Thematik zu äussern? Ihre persönlichen Daten werden aus Datenschutzgründen verschwiegen.

Welche Bedeutung hat das Thema Datenschutz und Schweigepflicht für Sie?

Einmal in meinem Leben habe ich richtig erfahren, was Schweigepflicht bedeutet. Bei meinem ersten Klinikaufenthalt hatte ich meinen Eltern nicht gesagt, wo ich bin und wo ich mich aufhalte. Meine Eltern sind verzweifelt an verschiedene Stellen (Hausarzt, Lehrfirma) gelangt, aber sie wurden immer wieder abgewiesen mit der Begründung, es gebe eine Schweigepflicht. Und mir hat es das «Leben» gerettet.

Was heisst das jedoch für die Eltern?! Für sie ist es dann eine verzweifelte Suche. Aber die Schweigepflicht wurde nicht gebrochen.

Haben Sie positive oder auch negative Erfahrungen bezüglich Schweigepflicht/Datenschutz gemacht, seit Sie in unserer Gruppe sind?

Ja, ich wollte gerne eine Büroarbeitsstelle hier in der Erle. Mein Wunsch ist jedoch wegen dem Datenschutz abgelehnt worden. Ich verstehe, dass jeder Klient dem Datenschutz untersteht und ich selber Klientin bin und das Recht habe, dass meine Daten auch geheim bleiben.

8 Kennen Sie Ihre Rechte in der Murg-Stiftung respektive den Beschwerdeweg bei allfälligen Beschwerden?

Ich habe jetzt ein IV-Formular ausgefüllt für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Ich bin gespannt, welche Wege ich gehen muss, dass das angenommen wird. Ich gehe sonst auch «eine Etage höher». Man sollte jedoch jemanden, der auf das spezialisiert ist, einbeziehen oder selber die Rechte kennen.

Wir haben einmal im Monat einen Beschwerdepool, wo wir unsere Anliegen und Beschwerden anbringen können. Dies wird protokolliert und vom Pflage team bearbeitet. Wir erhalten auf unsere Beschwerde eine Rückmeldung, was gemacht wird. Stösst sie jedoch auf Ablehnung, können wir zu der Wohngruppenleitung gehen.

Wie viel Selbstbestimmung haben Sie in unserer Wohngruppe und in welchen Bereichen?

Wir Klienten haben auch Rechte, die wir einbringen können. Wir dürfen z. B. Menuvorschläge machen, unsere Freizeit gestalten und Zimmer nach eigenen Bedürfnissen einrichten. Wir haben einen geregelten Arbeitstag und unsere ganz persönliche Freizeit können wir selber bestimmen.

Erleben Sie Einschränkungen und wie gehen Sie damit um?

Ich habe schon Einschränkungen im Leben. Man wird als Borderline immer angeschaut wegen der Schnittverletzungen und Verhaltensweisen. Daher ist es sehr wichtig, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier habe ich gelernt, meine Ressourcen zu nutzen. Durch die verschiedenen Handicaps jedes Mitbewohners haben wir einen toleranten Umgang miteinander. Destruktives Verhalten wird nicht akzeptiert. Das finde ich auch gut. Die WG ist ein tolles Übungsfeld zum Lernen!

Können wir dieses Interview in den Bericht integrieren?

Ja.

Freiräume der Klienten

Der Begriff Freiraum gründet für einen Menschen prinzipiell in der Möglichkeit, seine Identität zu leben und zu entwickeln. Der Freiraum soll sowohl den Rahmen der eigenen Kreativität aufzeigen, als auch anregen, über die Grenzen des Freiraums zu reflektieren. Freiräume an sich haben klare Bedingungen und stehen in Bezug zueinander.

Durch die Rahmenbedingungen Regel, Individualität und Aktivität wird Menschen das Bewusstsein für Freiraum gegeben, was zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung und Veränderung der Freiräume führen kann. Die Interaktion von Individuen kann zu einer Beeinflussung ihrer Freiräume führen, da sich durch die Interaktion auch die Individualität oder der Interaktionspartner verändern kann.

Regel: Sie legt fest, welche Denkprozesse und Tätigkeiten speziell in jedem Freiraum zulässig sind. Ohne die Definition der Regeln (Grenzen) wäre die Bestimmung des Freiraums nicht möglich und seine Existenz nicht sichtbar.

Individualität: Jeder Freiraum wird durch die Individualität des Menschen geprägt und verändert. Der individuelle Freiraum entsteht aus dem Zusammenwirken der drei Rahmenbedingungen. Die Einzigartigkeit des Menschen spiegelt sich auch in seinen Freiräumen wider. Daraus folgt, dass kein Freiraum identisch sein kann.

Aktivität: Die Aktivität des Freiraums kann geistiger und materieller Natur sein. Sie zeigt an, welche Verortung das Individuum als Freiraum wahrnehmen oder besetzen soll.

Freiräume lassen sich in geistige und körperliche Freiräume gliedern. Diese sind hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zu unterscheiden. Während psychische Freiräume die Unendlichkeit der eigenen Vorstellungskraft zulassen, unterliegt der physische Freiraum den Gesetzmässigkeiten der Umwelt und des Körpers.

Was beide jedoch gemein haben, ist das begrenzte Leistungsvermögen des menschlichen Körpers. Obwohl es zunächst so scheint, als sei der geistige Freiraum körperlos, so bildet schlussendlich doch die begrenzte biologische Kapazität unseres Gehirns die natürliche Grenze dieses gedanklichen Konstruktes.

In der Wohngruppe Erle legen wir grossen Wert darauf, dass sich die Klienten ihrer Freiräume bewusst sind. In der täglichen Arbeit können wir dies einfließen lassen und die Klienten darin fördern, ihre Gedanken umzusetzen. Dies kann sich in der Zimmergestaltung zeigen, beim Kochen und in anderen Bereichen, die wir im Alltag antreffen. ■

Selbst- und Fremdbestimmung in der Werkstatt

Christine Amstutz, Leiterin Geschützte Werkstätten



Sein Leben selbst zu bestimmen, ist im Alltag gar nicht so einfach. Dies ist auch für unsere Klienten in unserer Geschützten Werkstätte der Murg-Stiftung eine grosse Anforderung. Viele haben bereits einen langen Weg hinter sich, auf dem sie zum Teil nicht selber bestimmen konnten oder wollten. Oft haben sie den Mut nicht, selber zu bestimmen und Entscheide zu treffen. Sie haben Angst, die Verantwortung für ihren Entscheid zu übernehmen. Schon oft habe ich gehört: «Sagen sie mir, was ich tun soll!» oder «Es ist mir egal!»

In unserer Institution werden vor allem Kundenaufträge erledigt. Wir sind auf sie angewiesen und sie bestimmen die Ausführung und den Liefertermin. Diese Vorgaben führen immer wieder zu Diskussionen unter den Klienten. «Es wäre doch viel besser, wenn ...!» oder «Weshalb eilt es schon wieder?».

Wo kann der Klient mitbestimmen?

Er ist freiwillig in die Geschützte Werkstätte der Murg-Stiftung eingetreten und hat mit der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages den Regeln unserer Institution zugestimmt. Da die Geschützte Werkstätte sehr kundenorientiert arbeitet, sind bereits viele Vorgaben gegeben. Der Klient wie auch das Personal sind ausführende Personen.

Wie sieht aber der Werkstattalltag nun wirklich aus? Kann jeder Klient selber bestimmen, was er heute arbeiten will und was nicht? Egal, ob der Auftrag am nächsten Tag ausgeliefert werden muss?

Unsere Klienten werden von Anfang an in die Auftragsabwicklung miteinbezogen. Sie wissen, auf wann die einzelnen Aufträge terminiert sind. Dadurch haben sie die Möglichkeit, Zusammenhänge zu erkennen und so Entscheidungen zu treffen. Sie übernehmen Verantwortung, indem sie mit-helfen, den Auftrag termingerecht auszuliefern. Einzelne Arbeitsschritte werden vorgängig von den Gruppenleitern ausprobiert und wenn nötig mit sogenannten Lehren vereinfacht. Das Ziel ist, dass möglichst viele Klienten die Arbeiten ausführen können, unabhängig von ihrer Behinderung oder Befindlichkeit.

Wir arbeiten sehr stark nach dem Normalitätsprinzip. Wie in jedem Betrieb gibt es Arbeiten, die beliebter sind und andere, die weniger beliebt sind. Die Gruppenleiter haben eine grosse Vorbildfunktion. Je grösser die Selbstverständ-

lichkeit ist, dass jeder jede Arbeit macht, desto normaler sieht unser Werkstattalltag aus. Wichtig ist auch, dass die Klienten den Verwendungszweck der Arbeit sowie den Kunden kennen. Auch wenn unsere Arbeit nur ein Bruchteil eines grossen und wichtigen Erzeugnisses ist, haben wir einen Beitrag geleistet. Machen wir unsere Arbeit nicht gut, kann das Gelingen davon abhängen. Diese Bedeutung unserer Arbeit weiterzugeben, ist ein Bestandteil der pädagogischen Arbeit in der Geschützten Werkstätte. Dieses Bewusstsein stärkt die Motivation unserer Klienten. Sie haben die Möglichkeit, einen persönlichen Beitrag zum Gelingen eines Auftrages beizusteuern.

In diesem Zusammenhang kommt mir eine Situation in den Sinn, die ich vor Jahren in einer Institution für schwerstbehinderte Menschen erleben durfte: Ein völlig gelähmter Klient hatte ein Werkzeug im Mund, mit dem er auf mühsamste Weise an einem Apparat ein kleines und unscheinbares Teilchen montierte. Auf die Frage, was er mache, antwortete er voller Stolz und Begeisterung: «Ich arbeite für Siemens.»

Die Frage, ob unsere Klienten nun selber bestimmen können, was sie heute arbeiten wollen oder nicht, ist immer noch nicht beantwortet. Das Vermitteln der Wichtigkeit einer Arbeit führt automatisch dazu, dass die Leute ihren Beitrag leisten wollen. Sie übernehmen Verantwortung, indem sie sich an jeder Arbeit beteiligen. Also kann die Frage gar nicht bestimmt mit ja oder nein beantwortet werden!

Ein wichtiger Bestandteil unserer täglichen Arbeit besteht darin, unsere Klientinnen und Klienten zu unterstützen, ihre Selbstbestimmung wahrzunehmen, denn dies führt automatisch zu mehr Selbstverantwortung. ■

Statistik Wohnheim und Werkstätten

10

Klientinnen und Klienten im Wohnheim (Stichtag 31.12.08)

Alter	Männer	Frauen	Total
15-19	0	1	1
20-24	1	2	3
25-29	5	1	6
30-34	1	0	1
35-39	3	1	4
40-44	0	0	0
45-49	4	2	6
50-54	4	0	4
55-59	1	2	3
60-64	0	0	0
Total	19	9	28

Belegung im Wohnheim

	Tage
2004	9'415
2005	9'846
2006	10'136
2007	10'695
2008	9'964

Nach Kantonen (Stichtag 31.12.08)

	Klienten
Glarus	1
Schwyz	9
St. Gallen	2
Thurgau	10
Zürich	2
Zug	3
Fürstentum Lichtenstein	1
Total	28

Mutationen Klientinnen und Klienten Wohnheim

	Eintritte	Austritte
Frauen	5	5
Männer	3	4
Total	8	9

Mutationen Klientinnen und Klienten

	Eintritte	Austritte
Frauen	7	6
Männer	5	3
Total	12	9

Geleistete Arbeitsstunden in den Geschützten Werkstätten und bei den Einzelarbeitsplätzen

	Plätze	Stunden 2008	Stunden 2007	Stunden 2006
Total	30	34'041	35'114	33'973

Aufträge von externen Unternehmen ermöglichen uns die Aufrechterhaltung unserer Werkstätten und die Sicherstellung einer Tagesstruktur für unsere Klientinnen und Klienten. Wir danken folgenden Firmen für ihre Aufträge:

Druckerei Fair-Druck, Sirnach; Gmür-Grafik, Bazenheim; Hauri AG, Bischofszell; Heimstätte Wil, Wil; Hunter Douglas, Wängi; Jagdschutzverein Thurgau, Frauenfeld; Johnson Diversey, Münchwilen; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid; Rosskopf Hans, Rickenbach; Schloss Herdern, Herdern; SLRG, Rickenbach; Sonderegger AG, Wil; Theater JETZT, Sirnach; Traxler AG, Bichelsee; Valida, St. Gallen; Virtuelle Werkstatt Ostschweiz (VWO)

Spenden 2008

Im Jahr 2008 wurde die Murg-Stiftung von folgenden Personen, Behörden und Institutionen unterstützt:

Elo und Jürg Baumberger, Sirnach; Brunner & Schär Treuhand AG, Aadorf; Ed. Vetter AG, Lommis; Evang. Kirchenpflege, Sirnach; Fenster Schär AG, Wil; Dr. Hans Geigenmüller, Buswil; Dr. Urs Germann, Wil; Elsy Gerschwiler, Wil; Karl Hasler-Stiefel, Münchwilen; Johnson Diversey, Münchwilen; Oliver Kühn, Sirnach; Urs Leutenegger, Zuzwil; Heinrich Schmid-Klaus, Zug; Marie Strüby-Langenegger, Ibach; Benno Zoller, Henau.

Den Spendern danken wir herzlich für ihre Unterstützung.

Jahresbericht des Externen Psychiatrischen Dienstes Sirnach

Dr. med. Christine Nussbaumer, Leitende Ärztin

12



Es gibt Menschen, die sich in einer Krisensituation direkt bei unserer Notfallsprechstunde melden, andere nicht. Letztere haben vielleicht von einer nahestehenden Person Hilfe erhalten oder – was gar nicht so selten ist – sie schämen sich, in den EPD zu

kommen, weil sie der Meinung sind, mit ihren Problemen alleine zurechtzukommen zu müssen. Menschen mit lauten Krisen (ich nenne sie so) werden in ihrer Umgebung wahrgenommen, die Chance auf Hilfe steigt. Menschen mit leisen Krisen bemerkt man leider nicht. Die Ohnmacht einer Krise kann teilweise ohne fachliche Unterstützung bewältigt werden. Manchmal entgleitet die Kontrolle und die Krise mündet in eine Depression und/oder Suizidalität. Weil die Depression an sich eine leise Krankheit ist, erstaunt nicht weiter, dass sie zu wenig diagnostiziert und behandelt wird. Diese unbefriedigende Tatsache soll fortan durch das vom Kanton Thurgau initiierte «Bündnis gegen Depression» verändert werden. Dieses hoffnungsvolle Projekt wurde bereits in den Kantonen Zug und Bern durchgeführt. Die Krankheit Depression erhält so die Chance, zu einem öffentlichen Thema zu werden.

Die aktuelle Wirtschaftskrise wird in den Medien seltsamerweise mit einem Patienten verglichen, der schwer krank ist und der Heilung bedarf. Tatsächlich gibt es auch Parallelen zu psychischen Krisen, welche viele unserer PatientInnen durchmachen. Eine Krise kann ansteckend sein wie eine Infektion: Am Anfang zeigte sich eine Finanzkrise, diese steckte andere Sektoren und Länder an, sodass daraus eine globale Wirtschaftskrise entstand. So kann eine psychische Krise bei mangelhaften Ressourcen auch andere Familienmitglieder «anstecken». Wenn eine solche Familie keine Unterstützung erhält, kann daraus eine «Multi-Problem-Familie» entstehen. Unsere Sozialarbeiterin Rosmary Capt beschäftigt sich in ihrem Artikel mit diesem Thema.

Oft erkennt man erst im Nachhinein die Frühwarnzeichen einer kommenden Wirtschafts- oder psychischen Krise. Das Auftreten einer Depression oder Psychose kann auch als Krise bezeichnet werden. Darum ist es uns bei der Behandlung wichtig, dass die PatientInnen ihre Prodromalsymptome – also die Frühwarnzeichen einer depressiven oder psychoti-

schen Episode – selbst erkennen lernen, um sich folglich besser schützen zu können. Impulsivität und Tätlichkeiten sind oft auch Zeichen einer Krise, bei der die Frühwarnzeichen nicht beachtet wurden. Oft braucht es in solchen Situationen Eingriffe von aussen, um Gewaltspiralen zu stoppen. Unser Sozialarbeiter Daniel Moll berichtet in seinem Artikel über die neuen Schutzmassnahmen für Opfer von häuslicher Gewalt im Kanton Thurgau.

Menschen in Krisen werden von ihren Gefühlen und Gedanken überflutet. Dies kann eine Indikation für eine «Mentalisierungsbasierte Psychotherapie» sein. Eine Einführung über diese Behandlung gibt Ihnen unsere Psychologin Katharina Allenspach.

Personelles

Frau Susan Linder, MPA, hat uns auf Ende September 2008 verlassen. Frau Nicole Raschle hat deshalb ihre Stelle von 20 % auf 40 % aufgestockt.

Die Sozialarbeiterin Frau Gaby Krohn hat per 31. Juli 2008 gekündigt. Ihre Nachfolgerin heisst Frau Rosmary Capt. Sie hat ihre Stelle Mitte September 2008 angetreten.

Seit 1. Januar 2009 arbeitet der Psychologe Herr Lorenz Kunz für 20 % in der Kinder- und Jugendsprechstunde im EPD. Er löst Frau Andrea Seiringer ab.

Jahresstatistik

Die Anzahl der betreuten PatientInnen hat v. a. im Ambulatorium abgenommen (von 531 auf 432). Ebenso reduzierten

sich die Neu- und Wiederanmeldungen im Ambulatorium (von 256 auf 198). Diese Reduktion zeigte sich v. a. in den Sommermonaten. Zusätzlich fiel uns auf, dass einige PatientInnen, die in die Psychiatrische

Klinik eingewiesen wurden, aus eigenem Willen sehr rasch wieder austraten, sodass wir sie statistisch nicht als Wiedereintritt verwerteten. Die Anzahl der Konsultationen und Konsultationsstunden im Ambulatorium sank ein wenig im Vergleich zu 2007. Hingegen stellte sich ein Rückgang der Konsultationsstunden bei der Beratungsstelle ein, weil Frau Krohn unbezahlten Urlaub bezog und ihre Stelle nicht nahtlos besetzt werden konnte. Eine deutliche Abnahme zeigt sich bei den Hausbesuchen (von 22 auf 3). Bei den restlichen Statistikzahlen ergaben sich im Vergleich zur Statistik von 2007 praktisch keine Änderungen. ■

Menschen mit lauten Krisen werden in ihrer Umgebung wahrgenommen, die Chance auf Hilfe steigt. Menschen mit leisen Krisen bemerkt man leider nicht.

Mentalisierungsbasierte Psychotherapie – ein integrativer psychodynamischer Ansatz

lic. phil. Katharina Allenspach, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Die Erfahrung, als Kind im Rahmen einer sicheren und Halt gebenden Beziehung ausreichend gut verstanden zu werden, ist Grundlage für die spätere Fähigkeit, sich selbst und andere zu verstehen und spielt als allgemeiner Wirkfaktor auch in Psychotherapien eine wichtige Rolle.

In der mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) wird diese Fähigkeit gezielt gefördert. Entwickelt wurde sie von den englischen Psychoanalytikern Bateman und Fonagy für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Als psychodynamische niederfrequente Psychotherapie-Technik, welche psychoanalytische, bindungstheoretische und neurobiologische Erkenntnisse integriert, eignet sie sich auch für andere Patientengruppen mit strukturellen Schwierigkeiten oder für Menschen in Krisensituationen. Im Mittelpunkt steht die Förderung der Fähigkeit, «sich selbst von aussen und die andern von innen zu sehen und insbesondere Missverstehen zu verstehen.» (Schultz-Venrath, 2008).

Mentalisieren als Grundlage für Einfühlung, Selbstregulation und Abgrenzungsfähigkeit

Mentalisieren heisst, das Innenleben – mental states – von sich und anderen erkennen und sinnvoll verbinden zu können mit dem, was aussen sichtbar ist. Es ist ein prozesshaftes, unterschwellig ablaufendes Verständnis für eigene und fremde psychische Vorgänge (Gefühle, Gedanken, Wünsche und Absichten) und dafür, wie diese inneren Vorgänge mit äusserem Verhalten zusammenhängen. Mentalisieren ermöglicht, zwischen Innen und Aussen zu unterscheiden und so z. B. die Grenzen zwischen Phantasie und Realität sicher zu erkennen. Damit verbunden ist ein Gefühl eines einheitlichen, grundsätzlich verstehbaren und handlungsfähigen Selbst, ebenso die Fähigkeit zur Affektregulation.

Arten und Konsequenzen gestörter Mentalisierungsfähigkeit

Bei gestörter Mentalisierungsfähigkeit bzw. bei deren Zusammenbruch in der Krise oder in emotional besonders involvierenden Beziehungssituationen greift die Person auf unreifere Arten zurück, psychische und äussere Realität wahrzunehmen und zu verknüpfen. Bateman und Fonagy unterscheiden drei Modi regressiver Verarbeitung, welche normalen Vorstufen der Mentalisierung in der kindlichen Entwicklung entsprechen.

Im Äquivalenzmodus wird die innere Realität der äusseren gleichgesetzt. Eigene Gedanken und Gefühle bekommen dann den Charakter von Fakten, sodass Gefühle und Gedanken tatsächlich überwältigenden Charakter annehmen, wehtun, vernichten können. Sie können nicht relativiert und reguliert werden. Ein Beispiel dafür ist überwältigendes Schamerleben, welches das Gefühl der Integrität und Kohärenz der Person in deren Erleben tatsächlich zu vernichten droht.

Im Als-ob-Modus dagegen werden innere und äussere Realität zu sehr entkoppelt. Gedanken und Gefühle stimmen nicht überein, es kommt zu dissoziativen Zuständen oder zu intellektualisierendem, vom eigenen Erleben weitgehend abgekoppelten und deshalb «leer» wirkendem Sprechen.

Als dritten Modus unzureichender Mentalisierung beschreiben Bateman und Fonagy den teleologischen Modus. Hier versucht die Person, durch zielgerichtete Manipulation der äusseren Realität bei anderen Menschen Verhalten zu provozieren, welches zur inneren Verfassung passt, also etwa beruhigende oder entlastende Reaktionen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des eigenen inneren Gleichgewichts. In diesem Modus meint die Person, dass nur körperlich real Beobachtbares wirklich etwas ändern kann an ihrer inneren Verfassung.

Auch bei verhältnismässig gesunden und potenziell mentalisierungsfähigen Menschen sind die beschriebenen Modi Bestandteil des psychischen Lebens und haben keineswegs nur pathologischen Charakter. Wer entflieht nicht gerne träumend ab und zu in eine phantasiebestimmte und vom Alltag abgekoppelte Welt? Und wem ist es nicht schon gerade in nahen Beziehungen passiert, dass sich innere Involviertheit nicht relativieren und regulieren liess und mächtige Faktizität erhielt. Zum Beispiel in der Verliebtheit.

Bezüglich psychischer Erkrankung ist aber wesentlich, ob es einem Menschen bei Bedarf gelingt, sich aus eigener Kraft wieder auf die Bühne des reiferen Mentalisierens zu begeben, um von dort aus Anforderungen von Innen- und Aussenwelt zu bewältigen.

Markierte Spiegelung unterstützt die Mentalisierungsfähigkeit

Wie arbeitet nun die MBT, um das flexible und relativierende «Spielen mit der Realität», wie die Autoren reifes Mentalisieren auch nennen, zu unterstützen? Die Autoren zitieren den englischen Psychoanalytiker und Kinderarzt Winnicott, der 1974 Folgendes geschrieben hatte:

14 «Psychotherapie bedeutet nicht, kluge und geschickte Deutung zu geben; im Grossen und Ganzen stellt sie einen langfristigen Prozess dar, in welchem dem Patienten zurückgegeben wird, was er selbst einbringt. Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist.» (zit. nach Schultz-Venrath, 2008).

Eine wichtige Rolle kommt also einer angemessenen Spiegelfunktion des Therapeuten zu, vergleichbar mit einer genügend feinfühligem primären Bezugsperson, welche das Ausdrucksverhalten des Kindes adäquat wahrnehmen und beantworten kann, also weder selbst überschwemmt ist von den Affekten des Kindes (in den Äquivalenzmodus gerät) noch völlig unempfindlich bleibt für die Innenwelt des Kindes (Als-ob-Modus). Die Bindungsforschung spricht von «markierter Spiegelung», wo der Affekt des andern aufgenommen, verarbeitet und in modulierter Form zurückgemeldet wird. Zum Beispiel ist es förderlich für das Kind, wenn seine als massiv bedrohlich erlebte Angst von der Bezugsperson zwar als vorhanden anerkannt, gleichzeitig aber auch signalisiert wird, dass diese bewältigbar ist. Dies geschieht etwa durch beruhigendes oder ironisierendes Ausdrucksverhalten. Ob dies gelingt, hängt auch davon ab, inwiefern die Bezugsperson selbst über eine sichere Mentalisierungsfähigkeit verfügt.

Interessiertes Erforschen psychischer Vorgänge in sicherer Atmosphäre

In der MBT nehmen Psychotherapeuten eine interessierte Haltung des noch nicht Wissens ein. Sie sind neugierig, sind Modell darin, besser verstehen zu wollen, wie bestimmte Gefühle und Handlungen entstanden sind, wie es auch noch sein könnte, was eventuell Motive dahinter sind. Sie sprechen auch über persönliche Erfahrungen, lenken die Aufmerksamkeit eher auf die aktuelle Situation, nicht so sehr auf die Vergangenheit. Besonderes Interesse gilt inneren Vorgängen des Patienten, seinen Gefühlen, Wünschen und Vorstellungen.

Dabei gilt der Grundsatz, dass es vor allem wichtig ist, den Patienten zu verstehen, nicht, für ihn zu handeln oder Verantwortung für ihn zu übernehmen. Die therapeutische Beziehung sollte ausreichend sicher und nicht zu spannungsvoll erlebt werden, da sich zu stark involvierende Beziehungen und damit einhergehende Spannungszustände hemmend auf die Mentalisierungsfähigkeit auswirken können.

Greift ein Patient auf regressivere Formen des Verstehens zurück, ist es wichtig, dass der Therapeut versucht, seinerseits eine mentalisierende Haltung aufrecht zu erhalten, was bei der Heftigkeit von auftauchenden Affekten oder der Rigi-

dität von Überzeugungen seitens Patienten realistischerweise nicht durchgehend gelingt. Hier sind selbstreflexive Fähigkeiten von therapeutischer Seite gefragt, um eigene antimentalisierende Haltungen zu erkennen und zu überwinden

Hilfreich dabei sind MBT-Techniken des «Stop & Stand» – anhalten und stehen bleiben. Dazu gehört etwa, eine aus dem Äquivalenzmodus heraus betrachtete, vermeintlich eindeutige Situation vertieft zu explorieren, sich nicht zu scheuen, auch unangenehme Gefühle zu benennen und Grenzen aufzuzeigen.

Literatur:

Bateman, A.; Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A Practical Guide*. Oxford University Press.

Fonagy, P. et al (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta.

Schultz-Venrath, U. (2008). *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Mentalisations-Based Treatment – MBT) eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen?* In: Dreyer, K-A.; Schmidt, M.F. (Hrsg). *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie*. Klett-Cotta. ■

Multi-Problem-Familien mit psychosozialen Belastungen

Rosemary Capt, dipl. Sozialarbeiterin FH



Seit nun bald fünf Monaten arbeite ich als dipl. Sozialarbeiterin im EPD Team. Die Beratungen für Klienten in Schwierigkeiten verlangen individuell ausgestaltete Hilfestellungen. Auffällig viele Klienten (mit steigender Tendenz), die mit innerfamiliären Konfliktsituationen in den unterschiedlichsten Bereichen konfrontiert sind, werden im Sozialdienst beraten. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen Multi-Problem-Familien scheint als Reflexion und als Einblick in die Arbeit der Sozialberatung für diesen Jahresbericht geeignet.

Gesellschaftliche Veränderungen und ökonomische Wandlungsprozesse führen zu erschwerenden Verhältnissen vieler Familien. Die allgemeinen Merkmale von Multi-Problem-Familien sind Problemlagen in nahezu allen relevanten Bereichen des täglichen Lebens. Themen wie Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Armut, physische und psychische Erkrankungen, Überforderungen im Sozialversicherungsdschungel und erschwerende Faktoren kultureller und sprachlicher Herkunft führen zu grossen Belastungen.

Der Begriff Multi-Problem-Familie ist ein Label, keine Diagnose und damit weder klinisch noch soziologisch scharf abgegrenzt. Gemeint sind Familien, die den unteren sozialen Schichten unserer Gesellschaft zuzurechnen sind. Geringe Bildung und begrenzte materielle Ressourcen gehen einher mit mangelnden sozialkommunikativen Copingressourcen. Studien zeigen zudem in diesem Zusammenhang auf, dass mit sinkendem Sozialstatus die Schwere psychischer Erkrankungen zunimmt (vgl. Soziale Deprivation und Familiendynamik, Vandenhoeck & Ruprecht, 1979).

Multi-Problem-Familien werden wie folgt definiert:

- Mehr als ein Familienmitglied hat Probleme (z. B. psychisch, medizinisch, erzieherisch)
- «Chaotische Familien» (z. B. Gewalt, Missbrauch, Drogenabhängigkeit, wechselnde Partner)
- Soziale Benachteiligung (z. B. Armut, Isolation, Arbeitslosigkeit, Diskriminierung)
- Ablehnung von Therapieangeboten («unmotiviert»)
- Multiples Helfersyndrom (Multi-Institutionen-Familien)
- Andauernde Beziehung zwischen Helfern und «Hilflosen», Druck von Aussenstellen

Was bedeutet dies für Konsultationen?

Häufig sind die Familien bereits über Jahre von einander sich ablösenden oder gleichzeitig tätigen Sozialarbeitenden und

Therapeuten begleitet. Eine Grundhaltung «Da sein, aber nicht ununterbrochen zur Verfügung stehen» ist im Coaching von Multi-Problem-Familien förderlich. Empowerment ist eines der Instrumente aus der Sozialen Arbeit in der Beratung von Klienten aus Multi-Problem-Familien. Dieses Modell unterstützt die «Hilfe zur Selbsthilfe». Eine partizipative Form der Zusammenarbeit, ein möglichst dichter informativer Austausch und die dadurch entstehende Förderung der Befähigung von Familienmitgliedern verhilft Klienten, für ihre multiplen Probleme selbst konstruktive Lösungen zu finden.

Der Einbezug von mehreren Familienmitgliedern in die Beratung oder Therapie ist meist hilfreich. Zahlreiche Therapieangebote existieren, wie zum Beispiel die Mehrfamilien-Therapie, die Familien aus ihrer Isolation befreien und Instrumente zur Selbstreflexion und zu Loslösungen aus vielerlei Abhängigkeiten zur Verfügung stellen. Als Beispiel kann das Marlborough-Modell (GB) erwähnt werden. Eine Multi-Familien-Tagesklinik setzt in ihrer Arbeit auf «naturalistische» Settings mit «Live»-Problemen. Betroffene werden nicht in Kliniken eingewiesen, sie werden dreimal im Jahr in ein 12-Wochen-Programm einbezogen. Vier bis sechs Familien werden in einer Gruppe zusammengefasst. Die Multi-Familien-Therapie schafft verschiedene Kontexte, innerhalb derer verschiedene Subgruppen gebildet werden. Die Therapie wird massgeschneidert. Kollegen der verschiedensten therapeutischen Richtungen sind im Center tätig, aber der systemische Ansatz ist übergreifend. Die Familien lernen schnell und werden Experten in der Beratung für die jeweils anderen Familien, sogar zu Coaches füreinander. Es entsteht ein Netzwerk für die bislang isolierten Familien. Erfahrene «graduierte» Eltern und Kinder nehmen «neuen» Familien deren Ängste und werden darüber hinaus zu «Botschaftern» des Modells.

Die Ziele einer Therapie und/oder Beratung sind wie folgt: Isolation überwinden, Stigmatisierungen abbauen, Solidarisierung fördern, zu neuen Sichtweisen anregen, das «Von-einander-Lernen», sich «gespiegelt» sehen, gegenseitige Unterstützung, von «hilflos» zu «hilfreich» und letztendlich Hoffnungen wecken. Interventionen geschehen auf den Ebenen «Familie», «Individuum», «Freunde/Schule» und über «soziale Netzwerke».

Eine grundlegende Lösung aller Probleme einer Multi-Problem-Familie kann in der Sozialberatung nicht angestrebt werden, wohl aber eine Begleitung und dadurch eine Erleichterung von massiver Lebenslast. Die Restrukturierung des Alltags soll in der Beratung angestrebt werden, zur besser gelingenden Bewältigung der Alltagsaufgaben und Stabilisierung von Tagesabläufen. ■

Häusliche Gewalt und «Wegweisung, Rückkehr- und Kontaktverbot»

Daniel Moll, dipl. Sozialarbeiter FH

16



Als häusliche Gewalt werden Tötlichkeiten psychischer, physischer, sexueller oder ökonomischer Natur bezeichnet, welche innerhalb der Ehe oder Partnerschaft begangen werden. Zu 90 bis 95 % sind Frauen Opfer von häuslicher Gewalt, oft sind auch Kinder involviert.

Nachfolgend Beispiele für häusliche Gewalt, welche direkt gegen das Strafgesetzbuch verstossen:

- Schlagen
- Einsperren
- Beschimpfen, bedrohen, mit Waffen drohen, Waffen einsetzen
- Sexuell belästigen, vergewaltigen

Unter häusliche Gewalt fallen aber bereits böswillige Handlungen wie:

- Vernachlässigen
- Geld vorenthalten
- Schikanieren
- Unverhältnismässiges Kontrollieren
- Einen Menschen isolieren, ihm Kontakte vorenthalten

Aufgrund der bisher einzigen repräsentativen Studie in der Schweiz zum Problem «Gewalt in Ehe und Partnerschaft» im Jahr 1997 ist bekannt, dass 20,7 Prozent der Frauen in der Schweiz, also jede Fünfte, in ihrem bisherigen Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben. Wenn auch psychische Gewalt dazugerechnet wird, haben 40 % der Frauen Erfahrung mit Gewalt gemacht. Ein erschreckendes Ergebnis ergab eine repräsentative Patientinnenbefragung zum Thema häusliche Gewalt an der Maternité des Züricher Stadthospitals Triemli im Jahr 2004: Jede zehnte Befragte erlitt innert der letzten zwölf Monate körperliche Gewalt, mehrheitlich durch aktuelle oder frühere Partner.

Schätzungen gehen davon aus, dass jährlich 10 000 Frauen die Polizei zum Schutz vor häuslicher Gewalt rufen. Die Folgen der häuslichen Gewalt verursachen für die Schweizer Volkswirtschaft jährliche Kosten von über 400 Millionen Franken.

Häusliche Gewalt ist heute kein Tabu mehr. Aufgrund der veränderten Haltung der Gesellschaft sowie der gesellschaftspolitischen Relevanz der häuslichen Gewalt gab es im Rechtssystem der Schweiz sukzessive Anpassungen. Seit dem 1. April 2004 sind einfache Körperverletzung, wiederholte Tötlichkeit, Drohung sowie sexuelle Nötigung und Vergewaltigung

in Ehe und Partnerschaft neu Offizialdelikte und werden von Amtes wegen ausnahmslos verfolgt. Solche Tötlichkeiten wurden bisher bei Ehe- und Lebenspartnern nur auf Antrag verfolgt.

Am 1. Juli 2007 ist neu der Art. 28b des Schweizerischen Zivilgesetzbuches in Kraft getreten. Dieser regelt den Schutz von Opfern von Gewalt, Drohungen und Nachstellungen und verpflichtet die Kantone, das Verfahren für die Wegweisung zu regeln und eine Stelle zu bezeichnen, welche im Krisenfall die Wegweisung unverzüglich durchführt.

Die Umsetzung und Einführung dieses neuen Gesetzesartikels erfolgte im Kanton Thurgau per Anfang 2008. Nachfolgend möchte ich kurz darstellen, wie der Kanton Thurgau diese Instrumente ausgestaltet hat.

Wenn eine Meldung von einem Opfer oder aus dem Umfeld bei der Polizei eintrifft, wird diese aktiv. Um weitere Gewalt im persönlichen Umfeld von Familie, Ehe und Partnerschaft zu verhindern, kann die Polizei eine gewalttätige Person aus der Wohnung bzw. dem Haus wegweisen und die Rückkehr für 14 Tage verbieten. Eine Wegweisung kann auch gegen den Willen des Opfers erfolgen. Eine entsprechende Verfügung wird der gewaltausübenden wie auch der gewaltbetroffenen Person ausgehändigt. Mit dem Einverständnis der gewaltbetroffenen Personen leitet die Polizei die Personalien an die Fachstelle Opferhilfe weiter, welche weitergehende Unterstützung im Sinne des Opferhilfegesetzes anbietet.

Die weggewiesene Person darf die Wohnung bzw. das Haus sowie die unmittelbare Umgebung der betroffenen Personen nicht mehr betreten, auch wenn die betroffenen Personen damit einverstanden sind. Bei einer Missachtung wird die Polizei erneut aktiv, die weggewiesene Person wird mit Busse bestraft (Ungehorsam gegen eine amtliche Verfügung). Die Durchsetzung und Aufrechterhaltung der Wegweisung kann von der Polizei auch mittels 24-stündigen Gewahrsams durchgesetzt werden. Wenn trotzdem weiterhin Gewalt zu befürchten ist, kann durch den Untersuchungsrichter auch Haft verhängt werden.

Bei anhaltender Gefahr von weiterer Gewaltausübung kann die Massnahme der Wegweisung, Rückkehr und des Kontaktverbots über die 14 Tage hinaus durch das Bezirksgericht mittels zivilrechtlicher Massnahmen verlängert und/oder aufrechterhalten werden.

Gewaltbetroffene Personen erhalten Informationen über eine Broschüre der Kantonspolizei Thurgau. Es existiert auch eine Notfallkarte mit Adressen/Telefonnummern von Anlaufstellen wie Notruf, Opferhilfe, Helfende Hand, Frauenhäu-

sern etc. Diese wird auch durch den EPD Sirnach bei Gefährdungssituationen abgegeben. Die Notfallkarte existiert in verschiedenen Sprachen, so auch in Englisch, Bosnisch, Kroatisch, Albanisch, Türkisch, Spanisch, Italienisch.

Im Kanton Thurgau gibt es erste Zahlen und Fakten aus dem Jahr 2008, also seit der Einführung der neuen Massnahmen. Bis Ende Juni 2008 registrierte die Kantonspolizei insgesamt 400 Interventionen bei häuslicher Gewalt, wobei 80 Prozent der Aggressoren Männer waren. Insgesamt wurden 34 Wegweisungen ausgesprochen, darunter bei 5 Frauen. Die Kantonspolizei Thurgau und die Fachstelle «Häusliche Gewalt» halten dabei fest, dass sich das Instrument «Wegweisung und Kontaktverbot» bewährt.

Die Neuerungen im Strafgesetzbuch (Gewalt in Ehe oder Partnerschaft ist Offizialdelikt) sowie die neuen Instrumente bei häuslicher Gewalt (Wegweisung, Rückkehrverbot und Kontaktverbot) waren nach meiner Einschätzung überfällig und sind bei Vorfällen von häuslicher Gewalt, von denen auch der EPD Sirnach betroffen ist, notwendig und unentbehrlich. ■

Eine Studie zeigt, dass in der Schweiz jede fünfte Frau in ihrem bisherigen Leben körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt hat.

Jahresstatistik für Ambulatorium und Beratungsstelle

18

Betreute Patienten/Klienten	2007	2008	Frauen	Männer
Ambulatorium	531	432	59,5%	40,5%
Beratungsstelle	218	211	59,4%	40,6%
Total EPD	749	643		

Erst- und Wiederanmeldungen	2007	2008
Ambulatorium	256	198
Beratungsstelle	122	128

Zeitaufwand Ambulatorium	2007	2008
Konsultationen (Anzahl)	3'755	3'718
Patientenbezogener Aufwand (Stunden)	3'079	2'984

Zeitaufwand Beratungsstelle (Stunden)	2007	2008
Sozialberatung und Betreuung von Klienten	1'728	1'192
Kurzberatungen	10	9

Hausbesuche	2007	2008
Ambulatorium	22	3

Alter der Neu- und Wiedereintritte im Ambulatorium	Männer	Frauen	Total
Bis 17	1 (1%)	7 (9%)	8 (4%)
18–24	16 (13%)	13 (17%)	29 (15%)
25–34	28 (23%)	13 (17%)	41 (20%)
35–44	40 (33%)	21 (28%)	61 (31%)
45–54	19 (16%)	13 (17%)	32 (16%)
55–64	10 (8%)	6 (8%)	16 (8%)
65–74	4 (3%)	1 (1%)	5 (3%)
75–84	3 (2%)	2 (3%)	5 (3%)
85 und älter	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)
Total	122 (100%)	76 (100%)	198 (100%)

Alter der Neu- und Wiedereintritte auf der Beratungsstelle	Männer	Frauen	Total
Bis 17	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
18–24	9 (12%)	7 (14%)	16 (13%)
25–34	15 (19%)	7 (14%)	22 (17%)
35–44	22 (29%)	12 (24%)	34 (26%)
45–54	21 (27%)	15 (28%)	36 (28%)
55–64	10 (13%)	8 (16%)	18 (14%)
65–74	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)
75–84	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)
Total	77 (100%)	51 (100%)	128 (100%)

Diagnosen der Neu- und Wiedereintritte (ICD-10)	2008	Frauen	Männer
keine Diagnose	1	0%	100%
F0 = organische Störungen einschliesslich symptomatische psychische Störungen	2	50%	50%
F1 = psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	8	38%	62%
F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	50%	50%
F3 = affektive Störungen	71	63%	37%
F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	86	67%	33%
F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3	100%	0%
F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	75%	25%
F7 = Intelligenzminderung	0	0%	0%
F8 = Entwicklungsstörungen	0	0%	0%
F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	11	18%	82%

Gutachten	2007	2008
Fahrtauglichkeitsabklärungen	4	0
Militärgutachten	2	2
Schwangerschaftsgutachten	0	0
Strafrechts- und Zivilrechtsgutachten	1	1
Vormundschaftsgutachten	1	3
IV-Gutachten	1	1
Versicherungsgutachten	0	0

Wohnkantone der Patienten/Klienten	2007	2008	2007	2008
	Ambulatorium		Beratungsstelle	
Hinterthurgau	80,0%	86,9%	80,9%	85,6%
Übriger Thurgau	6,1%	3,5%	5,9%	6,9%
Kanton St. Gallen	8,1%	5,0%	7,6%	3,5%
Andere	5,8%	4,6%	5,6%	4,0%

Zuweiser der Neu- und Wiedereintritte	2007	2008
Von sich aus	134	112
Niedergelassene Ärzte	93	93
PK Littenheid	31	21
Amt/Behörden/Gericht	7	2
PK Münsterlingen	3	3
Andere Institutionen und Wohnheime	12	12
Versicherungen	1	0
KS Frauenfeld	4	4
Andere PK/Spitäler	11	6
Familienmitglieder/Drittpersonen	20	11
Interne Anmeldung	61	62
Unbekannt	1	0
Total	378	326

Murg-Stiftung Littenheid

20

Bilanz per 31.12.2008	Betrag in Fr.
Aktiven	
Flüssige Mittel	289'492.79
Forderungen aus Leistungen	294'490.86
Aktive Rechnungsabgrenzungsposten	574'862.31
Total Aktiven	1'158'845.96
Passiven	
Kreditoren	51'725.40
Darlehen	600'295.30
Rückstellungen	346'705.10
Passive Rechnungsabgrenzungsposten	6'041.65
Stiftungskapital	20'000.00
Freies Stiftungsvermögen	81'215.65
Gewinnvortrag	52'862.86
Vorschlag	0.00
Total Passiven	1'158'845.96
Gewinn- und Verlustrechnung 2008	
Aufwand	
Personalaufwand	2'613'571.25
Warenaufwand	339'816.25
Unterhalt, Reparaturen und Energie	7'372.55
Anlagenutzung	617'712.00
Zinsaufwand	29'238.25
Verwaltungsaufwand	204'273.95
Übriger Betriebsaufwand	48'382.50
Total Aufwand	3'860'366.75
Ertrag	
Kostgelder	1'271'804.30
Medizinische Leistungen	768'502.70
Zinsertrag	1'573.85
Übriger Betriebsertrag	48'597.73
Erträge des Betriebes	2'090'478.58
Beitrag Bundesamt für Sozialversicherung	1'490'893.40
Übrige Beiträge	1'126.15
Kanton Thurgau, Externer Psychiatrischer Dienst	280'000.00
Verrechnung mit Defizit Externer Psychiatrischer Dienst 2007	-2'131.38
Beiträge	1'769'888.17
Total Ertrag	3'860'366.75
Rekapitulation	
Total Aufwand	3'860'366.75
Total Ertrag	3'860'366.75
Vorschlag	0.00



So erreichen Sie uns:

Murg-Stiftung

CH-9573 Littenheid

Telefon: 071 929 60 60, Fax: 071 929 60 30

info@murg-stiftung.ch, www.murg-stiftung.ch

Wohnheim/Geschützte Werkstätten Littenheid

Wohngruppe Erle

CH-9573 Littenheid

Telefon: 071 929 66 80

erle@murg-stiftung.ch

Geschützte Werkstätte

CH-9573 Littenheid

Telefon: 071 929 66 75

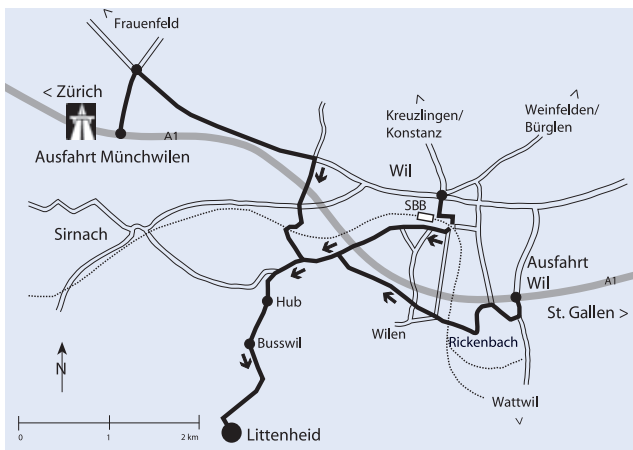
gewe@murg-stiftung.ch

Wohngruppe Sonnegg

CH-9573 Littenheid

Telefon: 071 929 66 90

sonnegg@murg-stiftung.ch



Externer Psychiatrischer Dienst

Ambulatorium und Beratungsstelle

CH-8370 Sirnach

Telefon: 071 969 55 10, Fax: 071 969 55 11

epd@murg-stiftung.ch

