



Murg-Stiftung

Externer Psychiatrischer Dienst Sirmach

Geschützte Werkstätten Littenheid

Wohnheim Littenheid

Jahresbericht 2007



Stiftungszweck

Zweck der Murg-Stiftung ist 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 2007



Liebe Leserinnen und Leser

Die Beiträge der Mitarbeiter und Klienten befassen sich hauptsächlich mit dem Thema «Gruppenarbeit» und beschreiben ihre Einführung und konsequente Anwendung in der täglichen Arbeit im Wohnheim und den Geschützten Werk-

stätten. Gruppengespräche, -aktivitäten und Gruppenarbeit in den Werkstätten gestalten den Alltag abwechslungsreich und sind eine wirksame Form, um viele Klienten zu erreichen und ihnen trotz begrenzter personeller Möglichkeiten die notwendige Betreuung und Zuwendung zukommen zu lassen.

Das Wohnheim und die Geschützten Werkstätten waren 2007 gut ausgelastet und einige Klienten konnten in Wohn- und Arbeitssituationen mit einer weniger hohen Betreuungsintensität wechseln.

Nebst der Einführung diverser Hilfsmittel, im Besonderen des elektronischen Informationssystems und eines neuen EDV-Tools für das Qualitätsmanagement, beschäftigten die Vorarbeiten zur Verschiebung der Aufsichts- und Beitragspflicht vom BSV (IV) zum Kanton die verantwortlichen Kaderpersonen. Wir hoffen, dass sich bis spätestens nach der Übergangsphase im Jahre 2010 die Neuerungen und die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Kantonen eingespielt haben.

Im Externen Psychiatrischen Dienst in Sirnach bewegen sich die Kennzahlen im Rahmen der Vorjahre – insgesamt wurden 750 Personen betreut, die zu 80% aus der engeren Versorgungsregion stammen. Wie im Vorjahr suchte ein gutes Drittel der Patienten den Dienst von sich aus auf, ein knappes Drittel wurde von niedergelassenen Ärzten zugewiesen.

Die informativen Fachbeiträge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berichten von Teilaspekten ihrer täglichen Arbeit: von Entspannungstechniken als wirksamer «Hilfe zur Selbsthilfe» und Ergänzung einer psychiatrischen Behandlung, der Sensibilisierung für Aufmerksamkeitschwankungen und Hyperaktivität auch bei Erwachsenen und entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Hilfestellungen. Ferner wird von einem Kochkurs-Projekt für psychisch Erkrankte berichtet und über die neu geschaffenen Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung – dies in den Beiträgen unserer beiden Sozialarbeiter.

Alle Beiträge zeugen von einer hohen Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit und von ihrer Bereitschaft, sich verändernden Anforderungen anzupassen und neue Methoden in ihre Arbeit zu integrieren. Im Namen des Stiftungsrates danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herzlich für ihren unermüdlichen Einsatz. Ebenfalls gilt unser Dank allen befreundeten Institutionen und Behördenvertretern für die angenehme Zusammenarbeit und unseren Partnern im Arbeitsbereich, den Gewerbe- und Industriebetrieben, die mit ihren Aufträgen eine gute Auslastung unserer Werkstätten ermöglichen.

Hans Schwyn, Vizepräsident

Jahresbericht 2007 des Wohnheims und der Geschützten Werkstätte

Urs Zürcher, Gesamtleiter Wohnheim und Werkstätten

2



Die Gruppe als Unterstützung

Mitarbeiter unseres Wohnheims und der geschützten Werkstätten haben sich in den vergangenen zwei Jahren an ein sich wohl aufdrängendes, aber auch schwieriges Thema herangewagt. Das Arbeiten

mit Gruppen ist sowohl im Wohnheim wie auch in den Arbeitsprozessen der Werkstätten aus organisatorischen, aber noch viel mehr aus pädagogischen Überlegungen sinnvoll und angezeigt. Bevor die Mitarbeiter die Herausforderung, mit Gruppen zu arbeiten annahmen, setzten sie sich mit der Theorie zur Gruppenarbeit auseinander. Das neu Erlern-

te half rasch, mehr Sicherheit in der Arbeit mit den Klienten zu bekommen. Dass es nicht nur für die Betreuer zu einem Gewinn wurde, zeigen der Bericht einer Klientin und das Interview, welches mit einem Klienten zum Thema geführt wurde. Diese Beiträge und die Inputs unserer Mitarbeiter im vorliegenden Jahresbericht sollen einen Einblick in die Arbeit mit Gruppen geben und die Stärken und Chancen, aber auch die kritischen Momente der Gruppenarbeit aufzeigen. Ich möchte an dieser Stelle allen Autoren für ihre interessanten Beiträge danken.

Die neu erlernte Gruppentheorie half, mehr Sicherheit in der Arbeit mit den Klienten zu gewinnen.

Die neue Rolle des Kantons macht sich bemerkbar

Ab dem 1. Januar 2008 sind die Kantone für die Beitragszahlungen an die Institutionen für behinderte Menschen zuständig. In unserem Standortkanton liefen die Vorbereitungen auf diese Veränderungen bereits in den vorangegangenen Jahren. Im 2007 wurde die Intensität deutlich erhöht, erfreulicherweise waren die Institutionen in diesen Prozess sehr früh einbezogen. Auch wir beteiligten uns aktiv an der Entwicklung von Instrumenten und den diversen Evaluationsphasen. Vorerst waren diese Vorarbeiten und Aufträge jedoch mit sehr viel Arbeit und Aufwand für alle verbun-

den. Auch der administrative Aufwand war enorm und hat sich im laufenden Jahr noch nicht reduziert. Wir hoffen aber, dass sich spätestens nach der Übergangsphase, welche von 2008 bis 2010 dauert, der Aufwand in den Institutionen auf ein verantwortliches Mass reduzieren wird. Dabei ist wichtig, dass vor allem die Kommunikation zwischen den Kantonen noch optimiert und die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten vereinfacht wird. Die Interkantonale Vereinbarung für Soziale Einrichtungen (IVSE), welcher auch der Kanton Thurgau seit dem 1. Januar 2008 angehört, ist das Instrument, welches diese Bemühungen unterstützen kann und muss.

Das elektronische Klienteninformationssystem

Administration und Dokumentation nehmen in der Arbeit unserer Mitarbeiter einen zunehmend grösseren Raum ein. Dabei stellt man besonders an die Klientendokumentation immer höhere Anforderungen, sei es bezüglich der Nachvollziehbarkeit von Ereignissen oder Nachweise von Förderplanung und Leistungserbringung. Seit längerer Zeit erfassen wir Berichte, Förderplanung, etc. elektronisch, ohne allerdings über ein komplettes Tool für die Klientendokumentation zu verfügen. Die Daten verteilen sich auf verschiedene Programme und Dateien, zum Teil auch auf Papier. Dieser schwierigen und unübersichtlichen Situation wollten wir so schnell wie möglich Abhilfe schaffen. Da die Klinik Littenheid, mit der wir eng zusammenarbeiten, ein Klinikinformationssystem angeschafft hatte und an der Einführung dieses Tools war, lag es nahe, dass auch wir dieses Instrument nutzen. Im August 2007 begannen wir aktiv mit der Projektphase für den Einsatz des Klinikinformationssystems (INES KMS-ND / PORaBo) im Wohnheim und in den Werkstätten. Nach diversen Projektsitzungen, der Schulung unserer Mitarbeiter sowie dem Durchlaufen einer Pilotphase konnten wir unser Klienteninformationssystem am 1. Januar 2008 in Betrieb nehmen. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv und lassen durchaus die Hoffnung auf Erleichterungen in der Bewältigung der Dokumentationsaufgaben zu.

Veränderungen

Unsere Institution zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass wir sehr wenig Personalmutationen zu verzeichnen haben. Diese personelle Konstanz hat uns in der Vergangenheit erlaubt, immer wieder Entwicklungen an die Hand zu nehmen, welche in diesem Ausmass nur mit langjährigen und motivierten Mitarbeiter möglich sind. Im vergangenen Jahr waren wir seit 11 Jahren erstmals in der Situation, dass wir eine Kaderstelle neu besetzen mussten. Der bisherige Werkstattleiter Thomas Volk hatte sich entschieden, eine neue berufliche Herausforderung anzunehmen. Ihm an dieser Stelle nochmals vielen Dank für seine geleistete Arbeit.

Glücklicherweise hatten wir genügend Zeit wie auch eine sehr gute Auswahl an Bewerbungen, was uns erlaubte, die Stelle optimal zu besetzen. Mit Frau Christine Amstutz konnten wir eine Fachfrau, die berufliche Erfahrungen in einem Betrieb für behinderte Menschen vorweisen kann, für diese wichtige Schlüsselposition gewinnen. Am 1. Oktober hat sie die Funktion der Werkstattleitung übernommen.

Dank

Für einmal möchte ich als Erstes unseren Klienten für ihr Vertrauen danken, welches sie uns tagtäglich entgegenbringen. Die Zufriedenheitsbefragung, welche wir im vergangenen Jahr bei den Klienten im Wohnheim durchführten, zeigte, dass sie mit der Betreuung und Unterbringung in unserem Wohnheim sehr zufrieden sind.

Die Rückmeldungen der Klienten sind auch Zeugnis dafür, dass unsere Mitarbeiter sehr gute Arbeit leisten. Für ihren Einsatz, der gerade im vergangenen Jahr nicht selten das «Übliche» überstieg, möchte ich allen ganz herzlich danken.

Natürlich tragen zum Gelingen während des ganzen Jahrs eine grosse Zahl von Menschen bei, so auch die Mitglieder des Stiftungsrates der Murg-Stiftung, die verantwortlichen Stellen des Kantons, aber auch die Lieferanten, welche uns Aufträge für die Geschützte Werkstätte zuhalten wie auch die Mitarbeiter der Klinik Littenheid, welche uns verschiedentlich unterstützen. Ihnen und allen anderen danken wir sehr für ihre Unterstützung und hoffen, dass wir auch in Zukunft auf sie zählen dürfen. ■

Gruppenarbeit im Wohnheim der Murg-Stiftung

Joëlle Angst, Fachfrau Pflege und André Müller, Sozialpädagoge

4



Die Theorie zur Gruppenarbeit:
«Ohne Kommunikation kann keine Gesellschaft bestehen».

Begriffserklärung

Definitionen für «Gruppen» gibt es viele, seit das Phänomen Gruppe als eine soziale Einheit entdeckt worden ist, die eigenen Gesetzen unterliegt.

Definition nach Irene Klein: «Das Zusammenleben von Menschen über einen längeren Zeitraum mit einer relativ beständigen Zusammensetzung».

Diese vier Qualitäten sind hilfreich zu kennen, wenn man mit Gruppen arbeiten will:

1. Gruppen können aufbauend oder zerstörend sein

Die «Gruppe» ist etwas höchst Faszinierendes. Sie ist wie ein hochempfindliches Wesen, dessen einzelne Bestandteile ständig aufeinander einwirken, miteinander in Beziehung stehen und sich vernetzen; ein Wesen, in dem ein einzelner Impuls vielfache Auswirkungen hat, je nach dem, wie die Bestandteile beschaffen sind und wie diese Auswirkungen in Aktion und Verhalten umgesetzt werden.

Die Dynamik einer Gruppe ist wie ein mehrdimensionales Netzwerk; die Gruppe ist also mehr als bloss die Summe ihrer Teile.

2. Diese Faktoren wirken auf eine Gruppe ein

Eine Gruppe kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden: Zeit, Kontinuität, Gruppenkonstellation, Soziogramm der Gruppe, Inhalt und Themen, Gemeinschaftserleben. Jeder Einzelne hat Einfluss.

Gruppenarbeit beeinflusst jeden Einzelnen in seinem Alltag. Sie fördert das persönliche Vertrauen in der Gruppe, das Ich-Gefühl, das Gefühl, in der Gemeinschaft gebraucht zu werden; und sie fördert die Fähigkeiten, die eigenen und kollektiven Ressourcen zu erkennen und zu nutzen und Verantwortung zu übernehmen.

Je besser sich die Einzelnen in der Gruppe gegenseitig kennen, umso mehr verträgt der Einzelne Kritik und Druck und kann damit auch anders umgehen.

Unsere Handlungen sind geprägt von agogischem, pädagogischem Fachwissen, Persönlichkeit, Kognitivem und Erlerntem, gesellschaftlichen Einflüssen, Normen und Kulturen.

3. Der Prozess der Gruppenbildung lässt sich in 5 Phasen unterteilen

Die Fremdheitsphase

In dieser Phase beginnt eine Gruppe, möglichst viele Kenntnisse über die einzelnen Gruppenmitglieder zu erhalten, sich untereinander kennenzulernen und zu prüfen.

Die Orientierungsphase

In diesem länger dauernden Prozess über die Entwicklung der Umgangsformen innerhalb der Gruppe kristallisieren sich einzelne Machtkämpfe in der Gruppe heraus, es wird zugeordnet und weggedrängt. Diese Phase braucht viel Energie und trägt viel zur weiteren Entwicklung und zum Schicksal der Gruppe bei.

Die Vertrautheitsphase

Allmählich kommt gegenseitiges Vertrauen und Intimität auf. Die Gruppenmitglieder können sich besser integrieren, einzelne Konflikte können anders aufgenommen werden, da die Zusammengehörigkeit der Gruppe ein Wir-Gefühl entstehen lässt.

Die Differenzierungsphase

Die Gruppe als solches hat sich weitgehend eingespielt und stabilisiert. Einzelne treten vermehrt in den Vordergrund, ohne dadurch die Gruppe in Gefahr oder zum Scheitern zu bringen.

Die Trennungsphase

In dieser Phase wird die Auflösung zur innerlich oder äusserlich veranlassten Strategie. Bei einer gut funktionierenden Gruppe können sich Einzelne schwer von der Gruppe trennen.

Bei eher schwierigem Ablauf können sich Einzelne erlöst fühlen, da für sie die Gruppe einen verbindlichen Charakter hat und sie dieser Pflicht zum Zusammensein enthoben sind.

4. Die Gruppenrollen

Zur Existenz von Gruppen gehören auch Rollentypen, die von den einzelnen Mitgliedern verkörpert werden.

Alpha: Führer der Gruppe

Beta: Berater des Alpha-Typus

Gamma: Der Typus, der die Gruppe als solche beibehalten möchte. Ist die Gruppe als solche in Gefahr, so lehnt er sich auf, ordnet sich dann entweder dem Status quo der Gruppe zu oder tritt aus der Gruppe aus.

Omega: Der Typus, der am Rande der Gruppe funktioniert.

Literatur

- Gruppenleiten ohne Angst, 1. Auflage 1995, Irene Klein
- Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpflegeberufe, 1. Auflage 1994, Prof. Rainer Hornung, Judith Lächler

Wie wirkt sich Gruppenarbeit auf unseren Alltag aus?

In unserem Wohnheim hat die Gruppenarbeit einen hohen Stellenwert für das Erreichen individueller Ziele einzelner Klienten sowie für deren Alltagsbewältigung.

Um sich in unserer Gesellschaft zu bestätigen, ist es wichtig, dass unsere Klienten lernen, mit sich und der Umwelt zurecht zu kommen, den verschiedenen Reizen widerstehen zu können und sich in eigener Entscheidungsfähigkeit zu üben.

Wichtig ist, einen Ausgleich zwischen der Eigenreflexion und der Kommunikation nach aussen zu erreichen.

Eigenreflexion:

Ich-Gefühl stärken im Denken und Handeln. Eigene Handlungsfähigkeit überprüfen, sich darin stärken.

Kommunikation:

Sich situativ verbal behaupten können. Platz schaffen, um seine Bedürfnisse anzubringen. Sich in gewissen Situationen zurückhalten können.

Gruppenarbeit ist ein Übungsfeld, in dem sich die Klienten aus verschiedenen Lebenslagen als Individuum behaupten können. Wir als Betreuende versuchen bei der Gruppenarbeit den Gemeinschaftssinn der Klienten zu fördern, indem wir die individuelle Präsenz des Einzelnen fördern und uns gegenseitigen Respekt verschaffen. So fühlen sich die Einzelnen als dazugehörige Persönlichkeiten und behaupten sich mit dieser Bewusstseinsstärke auch in der Gesellschaft.

Gruppenarbeit trägt zur charakterlichen Festigung und Reife bei und steigert die Lebensqualität.

Entwicklung zum Konzept der Gruppenarbeit

Die Gruppenarbeit wurde ohne Konzept geführt. Dies hat Auswirkungen für alle Teamer, die das Gespräch leiten, wie auch für die Klienten, die keinen gesetzten Rahmen haben, in dem sie sich bewegen können. Da die Gruppenarbeit nur unregelmässig stattfand und nicht wie vorgesehen alle 2 Wochen, entstand keine Kontinuität. Weder Teamer noch Klienten gaben diesem Gespräch die notwendige Wichtigkeit.

6 Jeder Teamer hatte einen individuellen Leitungsstil und ein Grundwissen über die Arbeit in der Gruppe, nur wurde dies nicht gezielt angewendet. Die Klienten empfanden die Gruppenarbeit langweilig und ohne Sinn. Sie hatten keine positiven Reize.

Das unregelmässige Stattfinden der Gruppenarbeit hatte Auswirkungen auf das Pflichtgefühl der Klienten im Bezug auf ihre Anwesenheit. Die Klienten hatten kein Verständnis und keine Geduld füreinander. Das zeigte sich durch ihr Verhalten in der Gruppe: Durcheinander sprechen, einander ins Wort fallen, nicht zuhören, SMS schreiben, ständig aufstehen, herumlaufen, zur Toilette gehen, sich schminken etc.

Der individuelle Leitungsstil der Teamer, die unregelmässige Durchführung und die geringe Motivation der Klienten führten zu einem chaotischen Gruppengespräch ohne Weg und ohne Ziel. Es herrschte Unzufriedenheit bei den Klienten und Teamern.

Unsere Erfahrungen mit der Gruppe waren nicht sehr gross. So haben wir ein Konzept entwickelt, um unsere Qualität zu optimieren. Der Leitgedanke ist, die Sozialkompetenzen der Klienten auf der Gruppenebene zu fördern.

Das Konzept gilt für die Klienten wie auch für das Team, deshalb haben beide Seiten Mitspracherecht bei der Themenwahl. Wir haben gemeinsam eine Checkliste erstellt, um klare Regeln zu setzen, an die sich alle halten sollen. Somit haben wir einen klaren Rahmen, der Sicherheit wie auch Freiheiten gibt.

Dieses Miteinander hat bestimmt ein wenig Angst genommen vor der Veränderung, die uns bevorstand. Heute sind wir alle schon mehrere Schritte weiter. Jede Person in der Gruppe weiss, wo sie steht und was für Ziele sie hat.

Unsere Klienten zeigen grosses Interesse an verschiedenen Themen, sie haben gute Vorschläge. Die Selbsterfahrung ist doch die beste Erfahrung. Ihre eigenen Erfahrungen in der Gruppe nützen sie im Alltag (z.B. zuhören, andere Meinungen akzeptieren, Geduld, Verständnis), das Selbstwertgefühl wächst. ■

Gemeinsam statt Einsam

Frau G.C., Klientin Wohngruppe Erle

Nun, so ganz einsam war ich vor meinem Eintritt ins Wohnheim Erle nicht. Ehrlich gesagt, glaube ich, gehörte ich diesbezüglich sogar zu den Privilegierten unter den psychisch erkrankten IV-Bezügern, denn ich wohnte seit vier Jahren mit einem «gesunden» Partner zusammen und die Beziehung ist bis heute getragen von gegenseitiger Liebe, Humor, Respekt, Vertrauen und grossem Wohlwollen füreinander. Dazu kam ein kleines, aber stabiles Netz von guten Freundinnen und Freunden und meine Eltern, mit denen ich mich sehr gut verstehe.

Warum also in aller Welt verlasse ich dieses «weiche Nest» und gehe freiwillig als 41-jährige selbständig lebende Frau in eine WG, wo ich Freiheiten aufgeben und Grenzen und Regeln einhalten muss, die ich zu Hause so nie hätte? Haben mir die vielen Klinikaufenthalte nicht jeweils gereicht? Kann ich mich nicht mehr erinnern, wie froh ich jeweils war, wenn ich wieder nach Hause konnte und wie satt ich gegen Ende jedes Aufenthaltes dieses «24-Std.-Zusammenseinmüssen» hatte, mit Menschen, die ich mir grösstenteils nie freiwillig ausgesucht hätte?

Doch ich konnte und kann mich sehr gut erinnern, denn die Klinikaufenthalte geschahen auch dann noch, als ich es zu Hause doch scheinbar so gut hatte. Trotz grosser privater und regelmässiger therapeutischer Unterstützung ist es mir daheim nicht gelungen, einen strukturierten Tagesablauf einzuhalten und mich ohne die Möglichkeit eines Gespräches (z.B. während mein Partner arbeiten war) selbst zu motivieren oder zu überwinden. Allzu schnell setzten dann Frust, innere Leere und ein Gefühl des Versagens und der vermeintlichen Sinnlosigkeit des eigenen Daseins ein.

Der Anfang in der Wohngruppe Erle war dann doch nicht leicht. Obwohl ich ja mit vielen Zielen hierher kam, den Teufelskreis von Klinik und innerer Einsamkeit daheim noch gut in Erinnerung hatte, fiel mir die Einordnung in eine grosse Gruppe mit sehr verschiedenen Klienten doch sehr schwer. Zudem war da ein Team, das meinen Tagesablauf (mit-)strukturiert und überschaubar. Ich kämpfte

gegen alle und alles an, so wie ich es immer getan hatte, wenn etwas schwierig wurde. Doch anders als sonst, schien hier niemand meine Rundumschläge erwidern zu wollen. Sie meinten es wirklich gut mit mir, und so begriff ich plötzlich, dass ich nicht gegen die anderen ankämpfe, sondern gegen mich selbst.

Seit diesem Schlüsselerlebnis geht es mir ziemlich gut, und ich habe seither viel gelernt. Nicht nur, wie befriedi-

In der Wohngruppe lerne ich, mir soziale Fertigkeiten anzueignen und stabilisierende Strukturen auch über längere Zeit einzuhalten.

gend das Gefühl ist, über längere Zeit eine Struktur einhalten zu können, sondern auch, wie ich mir mehr und mehr soziale Fertigkeiten aneigne, die erst in einer solchen Diversität von Menschen möglich sind zu lernen, wenn man über längere Zeit mit ihnen zusammen wohnt. Denn hier kann ich längerfristig und im geschützten Rahmen das lernen, was mir daheim ohne die intensive Unterstützung der WG nicht möglich wäre.

Oder wie Goethe es in seinem «Willhelm Meisters Lehrjahre» schon äusserst treffend ausgedrückt hat: «Wer sich der Einsamkeit ergibt, ach, der ist bald allein!» ■

Gruppenarbeit als Übungsfeld

Interview mit einem Klienten der Wohngruppe Erle

8 Wie ist der Gruppenprozess verlaufen?

Ich empfand das Gruppengespräch als chaotisch, ohne etwas Konstruktives zu erreichen. Da es keine klaren Regelungen gab, empfand ich das Verhalten der Mitbewohner als demotivierend und fragte mich, warum ich mich für die Gruppe engagieren soll, während die anderen nichts tun. Dieses Verhalten hat mir ein negatives Gefühl gegeben. Durch diese ganzen Einflüsse war es für mich jedoch einfacher, an der Gruppe teilzunehmen, da ich nur dort sitzen und mich nicht mit etwas auseinandersetzen musste. Ich bin mir jedoch bewusst, dass dies nicht der Sinn der Gruppe ist.

Wo stehen Sie jetzt?

Ich sehe zur Zeit keine grosse Motivation bei den Mitbewohnern. Die Bewohner haben grosse Mühe, sich an Veränderungen zu gewöhnen. Für die Themenwahl engagiert sich das Team sehr. Ich sehe auch eine klare Veränderung, dass sich die Teamer, die die Gruppen leiten, weniger von der Demotivation der Klienten beeinflussen lassen. Manchmal empfinde ich das Verhalten der Teamer als hilflos, da ihre Methoden nicht immer Anklang finden. Für mich ist die Gruppenarbeit keine Herausforderung. Sie ist zuwenig anspruchsvoll in Bezug auf die Themenwahl.

Die Teamleiter lassen sich nun weniger von der Demotivation der Klienten beeinflussen als zuvor.

Was ist ihr Ziel in der Gruppenarbeit?

Dass ich mich möglichst wenig aufrege über die Gruppe und über mein eigenes Verhalten in der Gruppe. Mir ist jedoch bewusst, dass ich die Gruppenarbeit als Übungsfeld nutzen könnte, um meine Ziele zu erreichen. ■

Sich selber sein

Dajana Venetz, Lernende Pflegeberufe

«Das Grosse ist nicht dies oder das zu sein, sondern man selbst zu sein.»

Sören Kierkegaard

Man selbst zu sein – das klingt einfach, lässt sich jedoch oftmals schwer leben. Jeder Mensch gehört von Beginn seines Lebens an zu einer Gruppe, angefangen mit der Familie, später in der Schule und im Beruf. In einer Gruppe bestehen zu können, setzt ein grosses Spektrum an Fähigkeiten voraus. Welche Fähigkeiten sehen wir für unsere Klienten als relevant an? Einander zu akzeptieren und zu respektieren, steht für uns an erster Stelle. Bezogen auf unser Wohnheim, wo Menschen verschiedener Altersgruppen, Kulturen, Religionen und sozialen Schichten aufeinander treffen, ist es unumgänglich, diese beiden Werte aktiv umzusetzen, um einen Zusammenhalt in der Gruppe zu erreichen. Nur durch den Zusammenhalt ist es möglich, gemeinsame Ziele festzulegen und zu verfolgen.

Tägliche Aufgabe der Betreuenden ist es, diesen Zusammenhalt zu fördern. Es geht nicht darum, einzelne Gruppenmitglieder ändern zu wollen, sondern sie zu unterstützen und ihnen aufzuzeigen, wie sie ihr Leben trotz einer psychischen Erkrankung meistern können. Durch die Gruppe erkennt jeder Einzelne, dass er nicht allein ist in diesem oftmals schwierigen Prozess. Die Gruppe bietet Raum, um sich auszutauschen, sich gemeinsam für etwas einzusetzen, anfallende Probleme anzusprechen und konstruktiv zu lösen. Die Gruppe in unserem Wohnheim verkörpert eine Wohngemeinschaft, in welcher jeder seine Mitbewohner akzeptiert und respektiert, so wie sie sind. Im Idealfall möchte keiner die Einstellung seines Mitbewohners beeinflussen, sondern ändert – vielleicht unbewusst – seine eigene Einstellung diesem gegenüber.

Täglich erleben unsere Klienten Situationen, in denen sie gefordert sind, gemeinsam eine Lösung zu finden, die für alle annehmbar ist. Beispielsweise dürfen einmal pro Woche alle Bewohner Kochgerichte sammeln, die zwei Wochen später zubereitet werden. Die Gerichte sollten abwechslungsreich und ausgewogen, aber auch möglichst für alle Klienten schmackhaft sein. In solchen Situationen lernen die Klienten, aufeinander Rücksicht zu nehmen und Kompromisse einzugehen.

Ein anderer sehr wichtiger Teil in unserer Wohngruppe ist die Haushaltsführung, bei der alle Klienten involviert sind. Jeder Klient weiss mit Hilfe eines Wochenplanes, der vom Betreuerteam ausgearbeitet wird, wann er welche Arbeit im Haus zu verrichten hat. Gemeinsam als Gruppe übernehmen sie so die Verantwortung, das Haus sauber zu halten. Einerseits hat also jeder einzelne Klient die Eigenverantwortung, seinen Teil zum Haushalt beizutragen, andererseits leistet er einen Beitrag an die gesamte Gruppe, indem er seinen Teil zum Haushalt beiträgt.

Es sind täglich immer wieder neue Herausforderungen, die auf unsere Klienten zukommen und mit welchen sie individuell versuchen umzugehen. Auch wenn es viele kleine Schritte sind, die gemacht werden müssen, und es eine gewisse Zeit braucht, bis jeder Klient seinen Platz in der Gruppe gefunden hat, ist es letztlich ein Prozess, in dem jeder viel über sich und über das Zusammenleben in einer Gemeinschaft lernt. Diese Erfahrungen sollen auch dazu dienen, die erlernten Strategien in späteren Lebenssituationen anwenden zu können.

Jeder Klient soll lernen, seine Stärken und Schwächen zu erkennen und versuchen, sich an eine Tagesstruktur zu halten, die ihm Zufriedenheit schenkt. Jeder Bewohner muss individuell seinen Weg finden, auf dem er sich besser kennen und einschätzen lernt. Erst wenn er sich selber kennt und weiss, was gut oder schlecht für ihn ist, kann er in einer Gemeinschaft leben und sich trotzdem immer wieder für seine eigenen Bedürfnisse einsetzen, auch wenn die Gruppe anderer Meinung ist.

Was wünscht man sich mehr, als zu einer Gruppe zu gehören und doch sich selber sein zu können? ■

Die Bedeutung von Gruppenarbeit in den geschützten Werkstätten

Christine Amstutz, Leiterin Geschützte Werkstätten

10



«Gruppenarbeit im engeren Sinn liegt vor, wenn bei einem oder mehreren Ablaufabschnitten mehrere Menschen am selben Arbeitsgegenstand zusammenwirken.»

In den geschützten Werkstätten legen wir Wert auf eine sinnvolle Gestaltung der Arbeit – sinnvoll in

Bezug auf Arbeitsorganisation, Förderung der Sozialkompetenzen und der Ressourcen der einzelnen Klienten.

Mit dieser Form von Arbeitsorganisation können lernfördernde Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Kurze Arbeitsschritte, sinnvoll aufgeteilt, steigern die Motivation der Beteiligten. Die Qualität wird verbessert, da die Kontrolle kontinuierlich geschieht, indem die Arbeit ständig von einem neuen Klienten kontrolliert wird. Wenn klare Regeln, die alle Beteiligten kennen, eingehalten werden, entsteht sogar eine Selbstregulation in der Gruppe. Im weitesten Sinne kann eine wirksame Form gegenseitiger sozialer Kontrolle entstehen.

Wir stellen immer wieder fest, dass die Produktivität bei Gruppenarbeiten deutlich höher ist. Hierfür ist kein Druck nötig. Der Gefahr, dass bei monotoner Einzelarbeit eine Demotivation entstehen kann, wird vorgebeugt. Die Klienten wissen bei Beginn des Arbeitsauftrages, dass sie nicht alles alleine bewältigen müssen. Es lässt sogar ein «WIR-Gefühl» entstehen: «Dies alles haben wir gemeinsam erarbeitet, und ich war auch ein Teil davon.» Besonders den Aspekt, auch ein Teil eines Gefüges zu sein, erachten wir als wichtig. Wir stellen immer wieder fest, dass viele Klienten ein sehr geringes Selbstwertgefühl haben. «Ich kann ja nichts! Ist doch egal, ob ich hier bin oder nicht». Gerade bei der Gruppenarbeit kommt es auf jedes einzelne Mitglied an, wie bei einer Kette. Fehlt ein Glied, fällt das Ganze auseinander. Wenn dieses Bewusstsein bei den einzelnen Grup-

penmitglieder vorhanden ist, kann dies eine Veränderung ihres Verhaltens und letztendlich ihrer Persönlichkeit bewirken.

Bis jetzt haben wir nur von Vorteilen gesprochen. Natürlich gibt es auch Nachteile. Eine Gruppenarbeit muss sehr sensibel eingeführt werden. Schnelle Klienten dürfen nicht vor bedächtigen oder langsamen Klienten positioniert werden. Der Druck, der daraus entsteht, könnte genau das Gegenteil bewirken, das heisst, es könnte eine Demotivation oder sogar eine Verweigerung daraus resultieren. Kreative Überlegungen und Lösungen sind von den Gruppenleitern erforderlich, um solchen negativen Auswirkungen vorzubeugen. Eine zu grosse und schlecht organisierte Gruppenarbeit kann auch sogenanntes Trittbrettfahrerverhalten bewirken. Die Übersicht ist nicht mehr gewährleistet. ■

Besonders den Aspekt, auch ein Teil eines Gefüges zu sein, erachten wir als wichtig.

Gruppenarbeit ist eine Herausforderung

Interview mit einem Klienten der Geschützten Werkstätten
Interview durch Matthias Gerig, Gruppenleiter Geschützte
Werkstätten

Was ist für Sie eine Gruppenarbeit?

Eine Gruppenarbeit ist für mich, wenn ein Team einen Auftrag von Anfang an bis zum Ende ausführt. Jeder Teilnehmer sollte da eingesetzt werden, wo er am stärksten ist. Ich würde sagen, dass man ab drei Personen von einer Gruppenarbeit sprechen kann.

Inwieweit sehen Sie für sich einen Gewinn in einer Gruppenarbeit?

Es ist eine Herausforderung für jeden Klienten. Man muss sich anpassen können. Es braucht Teamfähigkeit. Das Arbeitstempo muss für alle stimmen, damit niemand überfordert wird. Jeder soll sich am Ende des Auftrages noch wohl fühlen. Alle Personen sollten gleich viel Wert sein und doch darf einer die Führung übernehmen. Man lernt durchhalten. Jeder motiviert jeden, man ist halt ein Team.

Welche Vorteile bringt die Gruppenarbeit?

Wenn es einmal läuft, ist man viel schneller fertig mit dem Auftrag. Jeder Arbeitsschritt wird wieder vom Nächsten kontrolliert, so werden Fehler noch besser erkannt.

Aus diesem Interview ist ersichtlich, wie differenziert und bewusst einzelne unserer Klienten sich auch mit einem scheinbar alltäglichen Thema auseinandersetzen. Für uns Mitarbeiter in den Werkstätten ist es jeden Tag wieder eine neue Herausforderung, die Arbeitsabläufe so zu gestalten,

dass sie sowohl den Bedürfnissen unserer Klienten wie auch den Ansprüchen unserer Kunden entsprechen. Es benötigt viel Wissen, Einfühlungsvermögen und Disziplin, Gruppenarbeiten so zu konzipieren, dass sie möglichst viele Förder- und Qualitätsaspekte abdecken.

Folgende Worte von Kafka werden uns weiterhin bei unserer täglichen Arbeit begleiten:

«Wege entstehen dadurch, dass man sie geht». ■

Statistik Wohnheim und Geschützte Werkstätten

12

Klienten im Wohnheim per 31.12.2007

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

Belegung im Wohnheim

	Tage
2003	8'928
2004	9'415
2005	9'846
2006	10'136
2007	10'695

Nach Kantonen am 31.12.2007

	Klienten
Glarus	1
Schwyz	12
St.Gallen	2
Thurgau	8
Zürich	3
Zug	2
Fürstentum Lichtenstein	1
Total	30

Mutationen Klienten Wohnheim 2007

	Eintritte	Austritte
Frauen	2	3
Männer	4	4
Total	6	7

Mutationen Klienten Geschützte Werkstätte 2007

	Eintritte	Austritte
Frauen	3	5
Männer	7	9
Total	10	14

Geleistete Arbeitsstunden in der Geschützten Werkstätte und den Einzelarbeitsplätzen

	Plätze	Stunden 2007	Stunden 2006	Stunden 2005
Total	30	35'114	33'973	34'242

Aufträge von externen Unternehmen ermöglichen uns die Aufrechterhaltung unserer Werkstätten und die Sicherstellung einer Tagesstruktur für unsere Klienten.

Wir danken folgenden Firmen für ihre Aufträge:

Baukaderschule, St. Gallen; Designdruck, Henau; Hauri AG, Bischofszell; Hunter Douglas, Wängi; IDonnect, Schaffhausen
Johnson Diversey, Münchwilen; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid; Opdi Werk, Frauenfeld; Plasan AG, Zuzwil; Rosskopf Hans, Rickenbach; Schloss Herdern, Herdern; Sonderegger AG, Wil; Virtuelle Werkstatt Ostschweiz (VVO); Validia, St. Gallen; Dreischiiibe, Herisau; Bildungsstätte Sommeri, Sommeri; Heimstätte Wil, Wil

Spenden 2007

Im Jahr 2007 wurde die Murg-Stiftung von folgenden Personen, Behörden und Institutionen unterstützt:

Bäni-Müller Albert, Münchwilen; Baumberger Jürg und Elo, Sirnach; Brunner und Schär Treuhand AG, Aadorf; Evangelische Kirchenpflege, Sirnach; Geigenmüller Hans Dr. med., Busswil; Gemballa Gerhard, Lantsch; Germann Urs Dr. med., Wil; Götz-Morgenthaler Marianne + Ruedi, Wängi; Grossmann Ulric, Schaffhausen; Hagen Bürobedarf, Münchwilen; Härdi Ruth, Moosleerau; Hasler-Stiefel Karl, Münchwilen; Huber-Müller Nelli, Wil; Jaeger Peter, Wil; Johnson Diversey Eur.B.V., Münchwilen; Kräher-Huber Marianne, Frauenfeld; Leutenegger Urs, Zuzwil; Meyerhans Luzius, Wil; Prematic AG, Affeltrangen; Presern Ziga med. dent., Wil; Schaller Paula, Rorschach; Stocker Regula, Schaffhausen; Strüby-Langenegger Marie, Ibach; Wachter Elisabeth, Berg; WASU Baukeramik AG, Fischingen; Widmer Kurt, Sirnach; Zbinden Anneliese, Rehetobel; Zoller Benno, Henau.

Den Spendern danken wir herzlich für ihre Unterstützung.

Jahresbericht 2007 des Externen Psychiatrischen Dienstes Sirmach

Dr. med. Christine Nussbaumer, Leitende Ärztin

14



Wer in der Psychiatrie arbeitet, muss geistig flexibel und fit sein. Die Psychiatrie bleibt lebendig, nimmt die Strömungen der Gesellschaft auf und integriert sie in die Behandlung. Einige Beispiele gefällig?

Etwas, das noch vor einigen Jahren undenkbar schien, ist heute

Realität: Das Internet ist eine wichtige Plattform für Anbieter von psychiatrischen Leistungen bzw. Institutionen geworden. Patienten erkundigen sich im Internet über ihre psychische Krankheit, und in Chatforen können sich Erkrankte über ihre Leiden austauschen. SMS und Mails zwischen Patienten und ihren Psychiatern/Psychologen bilden neue Kommunikationsformen. Patienten melden sich immer häufiger per E-Mail bei uns an, so können sie den gefürchteten persönlichen Anruf elegant umgehen.

Früher waren die Psychoanalyse, später die Verhaltenstherapie neben anderen Behandlungsformen wichtige Eckpfeiler in der Psychiatrie. Neue, spannende Erkenntnisse rücken in den Vordergrund: So versuchen Wissenschaftler einerseits mittels Neurobiologie und Neuroanatomie psychische Symptome zu erklären und Konsequenzen für die Behandlung abzuleiten.

Andererseits wird versucht, den emotionalen Kontakt der Patienten zu sich selbst und somit auch zu eigenen Ressourcen durch Entspannungsübungen und neuerdings auch durch Meditation und, vom Buddhismus hergeleitet, durch Achtsamkeitsübungen zu fördern. Unser Oberarzt, Klaus Elbs, beschreibt diese Methoden in seinem Artikel.

Neue Krankheitsbilder in der Psychiatrie, wie zum Beispiel das ADHS im Erwachsenenalter, fordern auch gestandene Psychiater heraus. Unsere Assistenzärztin, Claudia Willeke, beschäftigt sich in ihrem Artikel mit dieser Krankheit.

Bei soviel Neuem lobe ich mir aber auch die «alten» milieutherapeutisch geführten Patientengruppen. Über ein Beispiel berichtet unsere Sozialarbeiterin Gaby Krohn. Mit grossem Engagement und Erfolg haben sie und unser Sozialarbeiter Daniel Moll mit EPD-Patienten eine Kochgruppe geleitet, die breiten Anklang gefunden hat.

Ein anderes Thema, welches uns unaufhörlich herausfordert, ist die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit unserer Patienten. Ich habe den Eindruck, dass immer mehr Menschen mitbestimmen wollen, wann und wie lange ein Patient arbeitsunfähig ist. Manchmal ist es sehr sinnvoll, sich mit Vorgesetzten, Vertrauensärzten, Case Managern der Versicherungen darüber auszutauschen. Divergierende Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit erzeugen leider oftmals einen hohen Druck auf den Patienten, was sich auf seine Genesung kontraproduktiv auswirken kann. Etwas skeptisch war ich diesbezüglich auch gegenüber der 5. IV-Revision. Positiv überrascht bin ich über die gute Zusammenarbeit und den Austausch mit dem zuständigen IV-Team. Über die ersten Erfahrungen mit der 5. IV-Revision berichtet unser Sozialarbeiter Daniel Moll.

Immer mehr Menschen wollen mitbestimmen, wann und wie lange ein Patient arbeitsunfähig ist.

Personelles

Seit 1. April 2007 arbeitet Frau Andrea Seiringer für 20 % als Psychologin in der Jugendsprechstunde des EPD. Sie ist die Nachfolgerin von Frau Margitta Backes, die per Ende 2006 gekündigt hat.

Statistik

Im Ambulatorium haben die Anmeldungen 2007 leicht abgenommen (von 272 auf 256), dafür sind die Anzahl der Konsultationen angestiegen (von 3549 auf 3755) und deshalb auch die Konsultationsstunden (von 2920 auf 3079). Eine Steigerung der Anmeldungen (von 111 auf 122) sowie der Konsultationsstunden ergaben sich bei der Beratungsstelle.

Keine Änderung ergab die Altersstruktur unserer Patienten im Vergleich mit 2006.

Die Diagnoseverteilung ist ähnlich wie 2006, ausser, dass die Anzahl Patienten mit einer Angststörung angestiegen ist, d. h. dass eine grosse Nachfrage für die von unserem Oberarzt geführte Angstsprechstunde besteht.

Die Gutachtensaufträge hielten sich wie 2006 auf einem niedrigen Niveau.

Die Anzahl der Selbstanmelder ist wieder angestiegen, im gleichen Mass haben die Zuweisungen der niedergelassenen Ärzte abgenommen. Die seit Jahren hohen internen Zuweisungen (2007: 61) beziehen sich auf die Anmeldungen, die von den Ärzten/Psychologen an unsere Beratungsstelle erfolgten. Dies bedeutet aber auch, dass unsere Sozialarbeiter ebenso viele Anmeldungen von extern erhielten, was erfreulich ist. ■

ADHS bei Erwachsenen

Dr. med. Claudia Willeke, Assistenzärztin

16



Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist gekennzeichnet durch die Kernsymptome verminderte Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Noch vor wenigen Jahren galt ADHS nur als eine Erkrankung im Kindes- und Jugendalter.

Heute ist dagegen bekannt, dass sich die Störung bei ungefähr der Hälfte der betroffenen Kinder bis ins Erwachsenenalter fortsetzt.

Inzwischen wird angenommen, dass bei etwa 4 % der Erwachsenen eine ADHS vorkommt. Da nur ein kleiner Teil der Betroffenen Hilfe sucht, gilt ADHS im Erwachsenenalter als sicher unterdiagnostiziert und nicht ausreichend therapiert. Gerade im Erwachsenenalter ist die Diagnose zeitaufwändig und erfordert eine sorgfältige klinische Untersuchung, denn es gibt keine spezifischen Labortests für ADHS. Häufig haben Patienten, die sich mit den entsprechenden Symptomen beim Spezialisten vorstellen, bereits eine längere Leidensgeschichte hinter sich. Meist zeigen sich Probleme bei der Bewältigung von Aufgaben, die eine längere Aufmerksamkeitsspanne erfordern sowie bei der Steuerung und Kontrolle von Emotionen. Daneben kommt häufig ein Gefühl der ständigen inneren Anspannung und des Nicht-zur-Ruhe-Kommens hinzu.

Der Verlauf von Erwachsenen-ADHS kann unterschiedlich sein: Ein Drittel der Erwachsenen zeigen ein gutes Funktionsniveau, rund zwei Drittel der Erwachsenen haben Schwierigkeiten in den o. g. Bereichen sowie in sozialen Interaktionen, die dann in Ausbildung, Beruf und Beziehung zu Problemen führen können. Daneben besteht ein erhöhtes Risiko, an einer weiteren psychiatrischen Erkrankung wie Depressionen, Angst oder an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken oder eine Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

ADHS hat aber nicht nur negative Seiten. Personen dieser Diagnose sind sehr oft begeisterungsfähig, haben viel Energie, sind offen für Neues und häufig sehr kreativ.

Woran erkennt man ADHS?

Die Symptome von ADHS, die sich im Erwachsenenalter zeigen, bestehen immer seit der Kindheit und betreffen die sogenannten Kernsymptome Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulskontrolle, ausgeprägte Stimmungsschwankungen und Organisationsprobleme können dazu kommen. Während sich bei Kindern oft ein ausgeprägter motorischer Bewegungsdrang feststellen lässt, verändern sich diese Symptome im Erwachsenenalter oft zu einer ständig vorhandenen inneren Unruhe. Bei rund der Hälfte der Betroffenen bestehen sogenannte komorbide psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen, ferner sogenannte Persönlichkeitsstörungen). Wichtig ist dabei, ADHS von diesen anderen Störungen abzugrenzen.

Was sind die Ursachen der ADHS?

Bei ADHS handelt es sich um eine neurobiologische Funktionsstörung, die durch genetische und umweltbedingte

Menschen mit ADHS müssen erhöhte Risiken in Bezug auf zusätzliche psychische Störungen, Gesundheitsprobleme und soziale Einschränkungen in Kauf nehmen.

Faktoren verursacht wird. Dabei ist die genetische Komponente besonders ausgeprägt. Dies trifft insbesondere auf diejenigen ADHS-Formen zu, die im Erwachsenenalter fortbestehen. Als gesichert gilt heute, dass es genetische bedingte ADHS-Subtypen gibt, z. B. die Kombination ADHS und Störung des Sozialverhaltens oder ADHS mit depressiven Störungen. Aus Kenntnissen über die Wirkweise von Medikamenten, die sich bei ADHS als effizient erwiesen haben, leitet man die Hypothese ab, dass neben dem dopaminergen auch das noradrenerge Transmittersystem in das Krankheitsgeschehen involviert ist. Durch Messung der Hirnstruktur und Hirnfunktionen konnte

wiederum gezeigt werden, dass ADHS-Betroffene in bestimmte Hirnregionen, die zum einen an der Regulation von Aufmerksamkeitsprozessen und zum anderen an der Steuerung von Hemmungs- und Verhaltensbereitschaft beteiligt sind, eine geringere Fähigkeit zur Aktivierung besitzen.

ADHS-Diagnostik

Die ADHS-Diagnostik basiert beim Erwachsenen auf folgenden Schritten:

1. Nachweis der Symptomatik im Grundschulalter (meist Fremdanamnese)
2. Beschreibung der Symptome im Erwachsenenalter
3. Verifizierung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10
4. Feststellung komorbider Erkrankungen

Die Feststellung der ADHS beim Erwachsenen ist eine komplexe klinische Diagnose, die vom Psychiater oder klinischen Psychologen geleistet werden muss. Der diagnostische Prozess erfordert klinische Erfahrung und genaue Kenntnisse des Krankheitsbildes, da die zentrale Symptomatik mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität nur begrenzt spezifisch ist; sie kommt auch im Rahmen anderer schwerwiegender psychischer Erkrankung vor. Insofern lohnt sich zur Abklärung der Gang zum Spezialisten.

Auswirkung auf den Alltag:

Neben der bereits erwähnten hohen Komorbidität (d. h. dem Vorkommen weiterer psychiatrischer Erkrankungen) lassen sich bei Menschen mit ADHS häufiger Unfälle zu Hause, bei der Arbeit oder bei Freizeitaktivitäten feststellen. Vor allem Unfälle, die zu ernstesten gesundheitlichen Konsequenzen führen, treten besonders häufig auf. In der beruflichen Ausbildung oder im Berufsalltag kommt es von Vorgesetzten oftmals zur Kritik an der Arbeitsleistung, einem häufigen Wechsel des Arbeitsplatzes sowie auch öfter zur Kündigung durch den Patienten oder den Arbeitgeber. Ganz allgemein wird beobachtet, dass Menschen mit ADHS nicht selten Schwierigkeiten haben, eine ihren Möglichkeiten angemessene berufliche Position zu erreichen.

Ähnliche Schwierigkeiten zeigen sich auch in den Partnerschaften. Diese sind häufig konfliktreich, weniger stabil und oft von kurzer Dauer; die Scheidungsraten sind erhöht. Auch aus anderen sozialen Feldern werden Auffälligkeiten berichtet: Im Strassenverkehr fallen immer wieder Personen mit ADHS durch Geschwindigkeitsüberschreitungen, Fahren ohne Fahrerlaubnis, Fahren unter Alkoholeinfluss und durch eine generelle Tendenz zur Regelüberschreitung auf. Wenn ADHS mit einer Störung des Sozialverhaltens und einer speziellen Persönlichkeitsstörung kombiniert ist, steigt das Risiko des dissozialen Verhaltens.

Zusammenfassend wird deutlich, dass Menschen, die an ADHS erkrankt sind, häufig erhöhte Risiken in Bezug auf zusätzliche psychische Störungen, Gesundheitsprobleme und soziale Einschränkungen in Kauf nehmen müssen. Die Wahrscheinlichkeit sozialer Spannungen mit Problemen am Arbeitsplatz, in der Ehe, in den Familien und im Umgang mit dem übrigen persönlichen Lebensumfeld ist vergleichsweise hoch.

18 Wie wird ADHS behandelt?

Die Diagnose ADHS zu erhalten, bedeutet noch nicht, dass eine spezifische Behandlung erfolgen muss. Manche Personen sind bereits zufrieden, wenn sie eine Erklärung für ihre Symptome oder Probleme haben und können damit zukünftig besser umgehen. Wird eine Therapie gewünscht, so sollte in Abhängigkeit von der Schwere der Symptomatik, den Einschränkungen im Alltag und in den verschiedenen Lebensbereichen, dem Selbstwertgefühl und natürlich den persönlichen Wünschen mit dem Patienten individuell ein entsprechendes Therapiekonzept erarbeitet werden.

Bausteine für ein Therapiekonzept

1. Beratung/Psychoedukation (Psychoedukation bedeutet eine ausführliche Information über alle wichtigen Aspekte der ADHS)
2. Medikamentöse Behandlung
3. Psychotherapie, störungsspezifische Gruppentherapie, Coaching
4. Einbeziehen der Bezugspersonen
5. Selbsthilfegruppen
6. Ergänzende Therapie bei komorbiden Störungen

Medikamentöse Behandlung

Psychostimulanzien, deren bekanntester Wirkstoff das Methylphenidat (Ritalin, Concerta) ist, fördern in der Regel die Konzentration und vermindern die Impulsivität und Hyperaktivität. Viele Erwachsene schildern, dass sie dank einer Behandlung mit Methylphenidat erstmals in ihrem Leben ein Buch zu Ende gelesen haben, sich ruhig einer Aufgabe widmen konnten oder den Schreibtisch aufgeräumt haben. Die Besserung der Aufmerksamkeit lässt sich auch in testpsychologischen Untersuchungen zeigen. Gegner der Behandlung mit Stimulanzien führen das Argument der erhöhten Suchtgefahr ins Feld. Für diese gibt es jedoch keine Beweise. Im Gegenteil: Untersuchungen an Jugendlichen zeigen, dass eine frühe Behandlung das Risiko einer Suchterkrankung als Folgeerscheinung von ADHS verringern kann. Gegen eine Behandlung mit Methylphenidaten sprechen allerdings Bluthochdruck, Herz-Rhythmusstörung, erhöhter Augeninnendruck, Anfallsleiden und bestimmte Formen von Abhängigkeitserkrankungen.

Psychotherapeutische Strategien

Obwohl es bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei ADHS gibt, haben sich verschiedene Ansätze als sinnvoll erwiesen, um die Kernsymptome und die Sekundärfolgen von ADHS zu behandeln. Ziel soll sein, im Verlauf der Therapie Selbstkontrolle über die störenden Symptome zu erlangen und im Rahmen eines «Selbstmanagements» eigenständig alternative Pläne und Strategien zu entwickeln. Dies ist nicht immer ganz einfach, sondern erfordert regelmässiges Üben. Häufig werden mit der Zeit sehr gute Erfolge erzielt. Die Psychotherapie hilft also, Probleme und Schwierigkeiten besser zu verstehen und zu bewältigen. Das Selbstwertgefühl kann sich in der Folge deutlich verbessern, und die Energie, Kreativität und Neugier, die viele Menschen mit ADHS haben, kann sich in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens (einschliesslich Beziehungen) positiv auswirken.

Das sogenannte Coaching stellt eine weitere Behandlungsmöglichkeit dar. Der Coach kann dabei mit einem Sporttrainer verglichen werden, der eine Person begleitet und mit ihr erarbeitet, was diese zur Problembewältigung benötigt. Ein Coach kann der Therapeut selbst, aber auch beispielsweise ein Freund sein. Bei den genannten Verfahren ist es besonders wichtig, die engen Bezugspersonen bzw. Partner in die Behandlung einzubeziehen, damit sie die ADHS-Symptome und die Strategien für den Umgang mit den Symptomen kennenlernen. Denn nur wenn das direkte soziale Umfeld weiss, wie es Erwachsenen mit ADHS geht und wie sie damit umgehen können, sind langfristig Konflikte vermeidbar.

Hilfen für den Alltag

Um gute Ergebnisse zu erreichen, müssen sich Personen mit ADHS in vielen Lebensbereichen mehr anstrengen als andere. Der erste Schritt zur Hilfe besteht darin, dass Erwachsene mit ADHS ihr «Chaos im Kopf» verstehen lernen.

Was können Menschen mit ADHS selbst tun?

- Eine Aufgabe in kleine Aufgabenschritte unterteilen.
- Wichtige Dinge auf eine Karteikarte oder einen Klebezettel schreiben und diese an gut sichtbaren Orten aufhängen (Kühlschrank, Spiegel im Badezimmer).
- Termine oder notwendige Erledigungen sofort in einen Terminplaner eintragen.
- Textmarker in verschiedenen Farben können ebenfalls hilfreich sein.
- Im Voraus planen, nichts aufschieben.
- Für bestimmte Aktivitäten feste Zeiten einhalten (z. B. Einkaufen oder Sport). Sport ist eine sehr wichtige Aktivität zum Spannungsabbau und zur Stimmungsstabilisierung.
- Wichtige Bezugspersonen sowohl im Freundeskreis als auch am Arbeitsplatz über ADHS-bedingte Schwächen informieren.
- Sich für Erfolge loben, auch für die kleinen!

Der vorliegende Artikel bezieht sich im Wesentlichen auf Angaben von Herrn Prof. Dr. med. Michael Rösler, Homburg/Saar, D, sowie Frau Dr. med. Barbara Alm, Mannheim, D.

Mehr Informationen über ADHS:

Literatur:

- ADHS – Das Erwachsenenbuch von Dieter Claus, Elisabeth Aust-Claus und Petra Marina-Hammer, Oberstebrink Verlag 2002
- ADHS im Erwachsenenalter von Johanna Krause und Klaus Henning-Krause, Schattauer F.K. Verlag 2005
- Internet:
- ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde:
www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn14.htm

Entspannungstechniken als Bestandteil psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Dr. med. Klaus Elbs, Oberarzt

20



Sowohl bei der Behandlung gezielter psychiatrischer Störungsbilder als auch in der Gesundheitsprävention im Sinne einer Prophylaxe psychosomatischer Krankheiten oder generell zur emotionalen und physiologischen Spannungsreduktion kommen von verschiedenen Psychotherapieschulen entwickelte Entspannungsverfahren zum Einsatz. Die entsprechenden Techniken sollen den betroffenen Menschen helfen, im Rahmen der bestehenden Symptomatik schnellstmöglich sowohl die Handlungs- als auch die kognitive Leistungsfähigkeit sowie das subjektive Wohlbefinden wiederherzustellen und ein inneres Gleichgewicht zu finden. Neben dem Abbau der vorhandenen Anspannung und Erregung soll sukzessive eine Unempfindlichkeit gegen weitere Erregungszustände in spannungserzeugenden Situationen durch innere Gelassenheit, Desensibilisierung und Umdeutung oder aktive Schutzmassnahmen aufgebaut werden. Ziel ist also immer eine verbesserte physiologische und emotionale Selbstregulation. Die fühlbare innere Ruhe ist unabhängig von dem eingesetzten Verfahren objektivierbar als Veränderung der Hirnaktivität zu messen. Konkret zum Einsatz kommen Entspannungstechniken u. a. bei der Behandlung von

– Depressionen leichten bis mittleren Schweregrades (auch bei Burnout-Syndrom), Angststörungen und Phobien, Zwangsstörungen, traumatischen Belastungsstörungen, ADS/ADHS

- Suchtmittelabhängigkeit (z. B. Nikotin, Alkohol)
- inneren und sozialen Konflikten (z. B. Mobbing-situationen), Schlafstörungen, Prüfungsängsten, Lampenfieber etc.
- körperlichen Schmerzen (v. a. Kopf- und Rückenschmerzen), Muskelverspannungen, Atembeschwerden, Tinnitus
- sexuellen Störungen

Folgende Entspannungstechniken kommen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssettings im allgemeinen zum Einsatz:

- Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach E. Jacobson
- Autogenes Training (AT) nach J. H. Schultz
- Imaginationsverfahren
- Meditationstechniken und achtsamkeitsfokussierte Verfahren

Weitere Techniken sind z. B.:

- Yoga
- Atementspannung
- Biofeedback
- Feldenkrais-Methode
- Taijiquan, Qigong

Im Folgenden sollen beispielhaft die am häufigsten eingesetzten Techniken, die progressive Muskelentspannung und das autogene Training, skizziert werden, um die Inhalte und die Vorgehensweisen von Entspannungstechniken aufzuzeigen.

Progressive Muskelentspannung (PMR)

In dem 1938 von dem amerikanischen Physiologen E. Jacobsen entwickelten Verfahren wird willentlich eine über Sekunden andauernde muskuläre Anspannung induziert, welche durch ein anschliessendes plötzliches «Loslassen» der aktivierten Muskelpartie aufgelöst wird. Die Konzentration der Person wird dabei auf den Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung gerichtet und auf die Empfindungen, die mit diesen unterschiedlichen Zuständen einhergehen. Durch die spürbaren Veränderungen im Muskeltonus entwickelt sich ein Gefühl von Entspannung. In einer gebräuchlichen Übungssequenz werden initial 16 Muskelgruppen (je linke und rechte Seite getrennt Hand/Unterarm, Oberarm, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuss und zusätzlich Stirn, obere Wangenpartie, untere Wangenpartie, Nacken und Hals, Brust, Schulter und obere Rückenpartie, Bauchmuskulatur) geübt. Im fortgeschrittenen Stadium der Therapie kann die Anzahl auf 4 bis 7 Muskelgruppen eingeschränkt werden, um die benötigte Zeit zum Erreichen eines Entspannungszustandes zu reduzieren. Zusätzlich kann mit selbstgegebenen Signalwörtern (z. B. «Ruhe», «Kontrolle») der erreichte Zustand konditioniert werden, so dass dieser nach entsprechendem Training in jeder Lage und Situation rascher ausgelöst werden kann.

Angewandte Entspannung – «applied relaxation»

Ziel dieser speziell bei Angststörungen zum Einsatz kommenden modifizierten PMR ist es, dass von den Betroffenen frühzeitig Körpersignale, die eine Panikattacke oder Angstsymptome ankündigen, erkannt und durch Muskelentspannung aufgefangen werden, bevor ein Symptommaximum erreicht ist. Dazu ist zunächst eine ausführliche Selbstbeobachtung mit Erstellung von entsprechenden Protokollen notwendig, um das Auftreten von Angst in verschiedenen Situationen und physiologischen Erscheinungsformen zu unterscheiden (z. B. zunehmender Herzschlag, Schwitzen, Druckgefühl im Bauch etc.). Nach

Das Ziel ist immer eine verbesserte physiologische und emotionale Selbstregulation.

Erläuterung der eigentlichen Entspannungstechnik entsprechend dem PMR wird in einem nächsten Schritt das Ziel verfolgt, den Entspannungszustand alleine durch die Entspannungsinstruktion (ohne vorheriges Anspannen) zu erreichen. Sobald dieser Schritt problemlos möglich ist, wird der erreichte Zustand auf Atemübungen konditioniert und in der Konfrontation mit angstausslösenden Situationen/Objekten in der Vorstellung (Exposition in vitro) eingesetzt. Abschliessend soll die erlernte Technik dann in der tatsächlich angstausslösenden Situation zum Einsatz kommen.

22 Autogenes Training

Das Verfahren wurde von J. H. Schultz 1927 aus dem damals noch gebräuchlichen Hypnoseverfahren entwickelt und führt über den Einsatz von autosuggestiven Entspannungsformeln zu einer passiven Konzentration auf einen bestimmten Bewusstseinsinhalt. Initial wird die Instruktion durch den Therapeuten angeleitet, später dann selbstständig durch den Anwender gegeben. Die folgenden sieben Übungen kommen üblicherweise zum Einsatz:

1. Ruhe-Übung: Sie versetzt den Körper und Geist in einen Ruhezustand und fördert die Konzentration. Instruktion: «Ich bin ganz ruhig. Die Gedanken kommen und gehen. Nichts kann mich stören.»
2. Schwere-Übung: Löst durch Muskelentspannung ein Schweregefühl der Gliedmassen aus. Instruktion: «Die Arme und Beine sind schwer.»
3. Wärme-Übung: Durch eine verbesserte Durchblutung wird ein Wärmegefühl in den Gliedmassen initialisiert. Instruktion: «Die Arme und Beine sind warm.»
4. Atem-Übung: Sie vertieft die Entspannung durch konzentriertes, ruhiges Ein- und Ausatmen. Instruktion: «Die Atmung geht ruhig und gleichmässig.»
5. Herz-Übung: Die Konzentration auf den Herzschlag beruhigt. Instruktion: «Das Herz schlägt ruhig und gelassen.»
6. Sonnengeflechts-Übung: Konzentration auf den Solarplexus und seine Durchblutung, dabei Vertiefen der Entspannung. Instruktion: «Das Sonnengeflecht (wahlweise die Leibmitte) ist strömend warm.»
7. Kopf-Übung: Konzentration auf eine «kühle Stirn» dient dem Wachbleiben und Wiedererlangen von Konzentrationskraft. Instruktion: «Der Kopf ist klar, die Stirn ist kühl.»

Voraussetzung für eine gute Wirksamkeit des Verfahrens ist ein regelmässiges Training. Mit einem solchen verstärkt sich jedoch die Wirkung der Übungen (z. B. Wirkung auf den ganzen Körper anstatt nur auf die Arme). Der erfahrene Anwender kann daher bei vollem Bewusstsein in kurzer Zeit eine tiefe Entspannung hervorrufen. Insbesondere ist es mit Hilfe der «formelhaften Vorstellungsbilder» möglich, Aufträge an sich selbst im Unbewussten zu verankern, die nach Abschluss der Übung nachwirken (z. B. «Bei Stress bleibe ich ruhig und gelassen»).

Meditation

In seiner ursprünglichen Form in verschiedenen Religionen und Kulturen wie dem Hinduismus und Buddhismus als spirituelle Übung praktiziert, bietet die Meditation Möglichkeiten, um automatisierte Gedankenabläufe und konsekutive emotionale Reaktionen als solche zu erkennen und aus unproduktiven Handlungs- und Denkwängen auszubrechen. 1979 wurde von J. Kabat-Zinn, einem amerikanischen Molekularbiologen und späteren Psychotherapeuten, ein auf fernöstlicher Meditation beruhendes, manualisiertes Trainingsprogramm entwickelt, welches von spirituellen Bezügen abgelöst ein gut vermittelbares Werkzeug für einen nachhaltig veränderten Umgang mit stress-/angst- oder spannungsinduzierenden Situationen bietet und die innere Achtsamkeit fördert. Das «mindfulness based stress reduction program» (MBSR) dauert acht Wochen und erfordert von den Interessierten neben wöchentlichen trainerbegleiteten Meditationsstunden ein tägliches Üben in Eigenregie. Achtsamkeit meint in diesem Zusammenhang das bewusste, absichtsvolle und nicht wertende Ausrichten der Aufmerksamkeit auf die Gegenwart. Einen Effektivitätsnachweis für die Wirksamkeit von Entspannungstechniken im wissenschaftlichen Sinn konnte bislang vor allem für die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen erbracht werden.

Literatur:

- Jon Kabat-Zinn: Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung. Das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung, Stressreduktion und Aktivierung des Immunsystems. Fischer, Frankfurt 2006
- Margraf, Jürgen: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Verlag: Springer, Berlin 2000
- Müller, Else: Du spürst unter deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen. Verlag: Fischer (Tb.), Frankfurt 2000
- Thích Nhat Hanh: Das Wunder der Achtsamkeit. Theseus, Stuttgart 2002 ■

Die neu geschaffenen Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung

Daniel Moll, dipl. Sozialarbeiter FH

24



Seit dem 1. Januar 2008 ist nun das neue Gesetz der Invalidenversicherung (5. IV-Revision) in Kraft, welchem das Stimmvolk am 16. Juni 2007 zustimmte.

Die Zielsetzung der 5. IV-Revision ist, vom Grundsatz «Eingliederung vor Rente» weg zum

Grundsatz «Eingliederung statt Rente» zu kommen, wie es auch im Gesetzestext verankert ist. Für die erfolgreiche Umsetzung und Einführung der 5. IV-Revision wurde klar, dass neben dem bestehenden Berentungssystem und den Massnahmen beruflicher Art neue Instrumente geschaffen werden mussten, welche eine einfachere und schnellere Handhabung erlauben als die bestehenden, meist teuren Massnahmen. In diesem Bericht werde ich auf die neu geschaffenen Instrumente eingehen.

Die neuen Massnahmen werden als Integrationsmassnahmen zusammengefasst. Dies sind Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen. Sie bezwecken die Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Ziel ist die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes oder die Eingliederung an einen neuen Arbeitsplatz im primären Arbeitsmarkt.

Mit den neuen Integrationsmassnahmen zielt die Invalidenversicherung darauf ab, dem Verlust der Eingliederungsfähigkeit entgegenzuwirken. Ebenfalls werden Integrationsmassnahmen eingesetzt, um Menschen zu fördern, welche noch nicht die Stabilität aufweisen, an Massnahmen beruflicher Art teilzunehmen. Um von Integrationsmassnahmen zu profitieren, muss eine versicherte Person anfangs eine Präsenzzeit von mindestens zwei Stunden täglich während mindestens vier Tagen pro Woche absolvieren können.

Als bekannte Massnahmen zur Wiederherstellung, Verbesserung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit kennen wir die Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, berufliche Weiterbildung oder Umschulung. Nachfolgend werde ich auf die neuen Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und zur Beschäftigung eingehen.

Das Belastbarkeitstraining zielt auf die körperliche, psychische und kognitive Steigerung der teilnehmenden Person ab. Es soll eine Tagesstruktur aufgebaut und erhalten werden, in welcher sich die teilnehmende Person an den Arbeitsprozess gewöhnen soll. Im Verlauf des Belastbarkeitstrainings soll eine Steigerung stattfinden, nach der die teilnehmende Person in der Lage ist, an 5 Tagen pro Woche mehrheitlich zu erscheinen. Grundvoraussetzung ist die Motivation der teilnehmenden Person und die Bereitschaft, mitzumachen.

Innerhalb des Aufbautrainings soll die teilnehmende Person die persönliche Methodenkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz steigern können. Es soll eine Gewöhnung an den Arbeitsalltag und an den Arbeitsprozess sowie der Aufbau der Arbeitsmotivation stattfinden können. Die Person soll im Verlauf regelmässig an vier Stunden, jeweils an 5 Tagen pro Woche, erscheinen können. Voraussetzung ist die Bereitschaft, auf eine Präsenzzeit von 6 bis 8 Stunden bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % hinzuarbeiten.

Beim Belastbarkeitstraining und dem Aufbautraining wird eine teilnehmende Person zuerst trainiert, bevor sie nach erfolgreichem Aufbau der Eingliederungsfähigkeit direkt oder via Umschulung in den Arbeitsmarkt integriert werden soll. Dieses Stufenmodell wird auch «first train, then place»-Modell genannt. Bei dieser Methode, welches das wohl traditionellere Modell ist, wird häufig mit einer spezialisierten Institution zusammengearbeitet.

Einen neueren Ansatz der beruflichen Wiedereingliederung bietet das «first place, then train» – Modell. Es orientiert sich am «supported employment», welches aus den USA bekannt ist. Die IV nennt diese Methode WISA – Modell, was «wirtschaftsnahe Integration und Support am Arbeitsplatz» bedeutet. Für die teilnehmende Person wird erst ein Arbeitsplatz im primären Arbeitsmarkt gesucht, also nicht in einer spezialisierten Institution. Die sozialberufliche Rehabilitation wird direkt an diesem Arbeitsplatz erfolgen. Dabei werden der Arbeitgeber und die teilnehmende Person von einer externen Fachperson begleitet. Mit dem Arbeitgeber wird eine Vereinbarung über Inhalt, Form und Umfang der Begleitung und Beratung getroffen. Der Verlauf soll an regelmässigen Standortbestimmungen

ausgewertet werden. Als weitere Massnahme wurde die Arbeit zur Zeitüberbrückung definiert. Diese Beschäftigungsmassnahme zielt vorwiegend auf die freie Wirtschaft ab, seltener aber auch auf einen institutionellen Rahmen. Wie der Name sagt, soll diese Massnahme dazu dienen, zu überbrücken, bis eine Stabilität erreicht wurde oder bis in eine andere Massnahme übergeleitet werden kann. Dabei soll die Tagesstruktur aufrecht erhalten, eine Verschlechterung der Restarbeitsfähigkeit verhindert und die Arbeitsmotivation erhalten werden.

Zu diesen beschriebenen Massnahmen kann

ergänzend gesagt werden, dass ein maximaler Anspruch von einem Jahr innerhalb der Lebensspanne einer versicherten Person existiert. In Ausnahmefällen kann um ein Jahr verlängert werden. Innerhalb dieser Massnahmen sollen die teilnehmenden Personen in der Regel Taggelder erhalten, diese werden mit anderen Versicherungsträgern wie Krankentaggeldversicherung, Arbeitslosenversicherung etc. koordiniert.

Die IV hat mit den neu geschaffenen Massnahmen eine Lücke gefüllt. Vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen sind bisher aus dem Erwerbssystem herausgefallen, weil kein Versicherungsträger konkret zuständig war, eine Restarbeitsfähigkeit und Tagesstruktur zu erhalten. Dies ist jedoch von grundlegender Bedeutung, damit sich eine Erkrankung nicht noch mehr chronifiziert und der labile Zustand nicht vollends kippt. Die durch die Invalidenversicherung neu geschaffenen Integrationsmassnahmen sollen dem nun entgegenwirken. An Erfahrungswerten, vor allem bei der Reintegration in den primären Arbeitsmarkt, fehlt es uns noch, da bisher erst einzelne Klienten, welche mit unserer Beratungsstelle zusammenarbeiten, in «first train – then place» – Modelle eingestiegen sind. ■

Mit den neuen Integrationsmassnahmen zielt die Invalidenversicherung darauf ab, dem Verlust der Eingliederungsfähigkeit entgegenzuwirken.

Kochkurs

Gaby Krohn, dipl. Sozialarbeiterin FH

26



Im Rahmen eines Projektes hat die Beratungsstelle des Externen Psychiatrischen Dienstes Sirnach von August 2006 bis Mai 2007 einen Kochkurs für Menschen mit psychischen Problemen durchgeführt. Das Projekt wurde über einen einmaligen Zuschuss aus einem Pro-

jektfonds der Pro Infirmis finanziert, mit welcher die Beratungsstelle einen Untervertrag hat.

Die Idee für einen Kochkurs ist entstanden, weil uns oft Menschen mit psychischen Problemen begegnen, welche Gewichtsprobleme haben und deshalb auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung angewiesen wären. Zudem leben sie oft sehr isoliert und zurückgezogen und haben Mühe, Kontakte herzustellen.

Wir haben deshalb eine interne Bedarfsklärung gemacht und die Zielgruppe für den Kochkurs mit zwei Schwerpunkten folgendermassen definiert:

- Psychisch kranke Menschen aus dem Hinterthurgau,
- welche Gewichtsprobleme haben und sich mit einer gesunden Ernährung auseinandersetzen wollen.
- welche Interesse haben am Kochen und die eigenen Kenntnisse erweitern möchten.

Diese Umfrage hat ergeben hat, dass Interesse von Seiten der Betroffenen vorhanden war, und so haben wir die Projektplanung in Angriff genommen, was in etwa Folgendes beinhaltet hat: geeigneten Koch finden, geeignete Küche organisieren, Gruppengrösse definieren, Ablauf Kochkurs definieren, Inhalt Kochkurs (Theorie, Menu) festlegen, Aufgaben Koch und Begleitung definieren, Budget erstellen, diverse administrative Angelegenheiten. Hierauf haben wir den Projektantrag an die Pro Infirmis gestellt. Sobald der Antrag gutgeheissen war, haben wir mit der Ausschreibung des Kurses begonnen.

Kursziel und -inhalt

Während den Kursabenden wurde jeweils gemeinsam ein Menu vorbereitet, gekocht und auch gegessen. Begleitend vermittelte der Kursleiter Informationen über eine ausgeglichene und gesunde Ernährung.

Um auch Einblick in die Vorbereitung eines Menus zu geben, waren einzelne Kursteilnehmer willkommen, welche bereits ab 16.00 Uhr Zeit und Lust hatten, beim Einkaufen mitzugehen und bei der Vorbereitung der Speisen mitzuhelfen.

Leitung

Geleitet wurde der Kochkurs von einem ehemaligen Küchenchef einer Grossküche mit Ausbildung in Diätküche. Zusätzlich begleitet wurden die Teilnehmer von

Neben dem eigentlichen Kochen war es schön zu beobachten, wie respektvoll und hilfsbereit die Teilnehmer miteinander umgingen.

den beiden Sozialarbeitern der Beratungsstelle. Da wir nicht wussten, wie der Kurs bei den Teilnehmern ankommt, schrieben wir ihn in zwei Teilen aus, d. h. zuerst von August bis November 2006, sozusagen als Einstiegssequenz. Als wir dann während des Kochkurses die Rückmeldung erhielten, dass den Leuten der Kurs gut gefällt und sie noch einige weitere Kurslektionen besuchen möchten, haben wir eine zweite Ausschreibung für die Zeit von Januar bis Mai 2007 gemacht. Der Kochkurs war für mindestens 5 und maximal 12 Teilnehmer vorgesehen, angemeldet haben sich schliesslich 10 Personen für die erste Sequenz und 11 Personen für die zweite Sequenz. Die Auslastung war somit durchwegs gut.

Der Kurs wurde in einer Schulhausküche, welche mit 4 Kochnischen ausgestattet ist, durchgeführt. Dies hat es erlaubt, dass jeweils in zwei bis drei Gruppen gekocht werden konnte und dass jede einzelne Gruppe das gesamte Menu kochen konnte. Zu Beginn des Abends wurden jeweils das Menu und der Arbeitsablauf besprochen, der Koch informierte über einzelne Nahrungsmittel und unter

welchen Gesichtspunkten er diese ausgewählt hatte (Saison, Nährwerte) und gab Tipps für die Zubereitung und zur Diätetik. Das gemeinsame Kochen hat jeweils den grossen Teil des Abends eingenommen und war dementsprechend mit Lesen der Kochanleitung, Rüsten, Schnippeln, Rühren, Probieren, Würzen und Anrichten ausgefüllt. Währenddessen wurde natürlich auch rege diskutiert, warum der Koch hier ein Gericht so zubereitet und ob es auch anders zubereitet werden kann, was auch oft zu neuen Ideen und Kreationen geführt hat. Nachdem sich die Gruppe etwas besser kennengelernt hatte, war es auch möglich, dass sich die Teilnehmer gegenseitig in die Töpfe geguckt und schon auch einmal Kritik angebracht haben. Mit der Zeit wurden von den Teilnehmern auch Menüwünsche geäussert, welche vom Koch dann manchmal etwas abgewandelt umgesetzt wurden, da der oberste Grundsatz stets «gesund und ausgewogen» gelautet hat.

Neben dem eigentlichen Kochen war es schön zu beobachten, wie respektvoll und hilfsbereit die Teilnehmer miteinander umgingen, dass man sich zusammen auf den Heimweg gemacht oder jemanden nach Hause gefahren hat. Dies alles hat ermöglicht, dass auch einzelne private Kontakte ausserhalb des Kochkurses entstanden sind.

So gesehen war es schade, dass der Kochkurs nicht weitergeführt werden konnte. Aber, wie man so schön sagt: Man soll aufhören, wenn es am meisten Spass oder zumindest einfach noch Spass macht! ■

Jahresstatistik 2007 für Ambulatorium und Beratungsstelle

28

Betreute Patienten/Klienten	2006	2007	Frauen	Männer
Ambulatorium	485	531	54,1%	45,9%
Beratungsstelle	209	218	57,8%	42,2%
Total EPD	694	749		

Erst- und Wiederanmeldungen	2006	2007
Ambulatorium	272	256
Beratungsstelle	111	122

Zeitaufwand Ambulatorium

Konsultationen (Anzahl)	3'549	3'755
Patientenbezogener Aufwand (Stunden)	2'920	3'079

Zeitaufwand Beratungsstelle (Stunden)

Sozialberatung und Betreuung von Klienten	1'606	1'728
Kurzberatungen	5	10

Hausbesuche

Ambulatorium	31	22
--------------	----	----

Alter der Neu- und Wiedereintritte im Ambulatorium

	Männer	Frauen	Total
Bis 17	8 (6%)	12 (9%)	20 (8%)
18–24	25 (17%)	17 (15%)	42 (17%)
25–34	21 (15%)	20 (18%)	41 (16%)
35–44	32 (22%)	27 (25%)	59 (23%)
45–54	31 (21%)	18 (16%)	49 (19%)
55–64	14 (10%)	14 (13%)	28 (11%)
65–74	5 (3%)	0 (0%)	5 (2%)
75–84	4 (3%)	2 (2%)	6 (2%)
85 und älter	4 (3%)	2 (2%)	6 (2%)
Total	144 (100%)	112 (100%)	256 (100%)

Alter der Neu- und Wiedereintritte auf der Beratungsstelle	Männer	Frauen	Total
Bis 17	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)
18–24	10 (14%)	8 (15%)	18 (14%)
25–34	11 (15%)	11 (22%)	22 (18%)
35–44	26 (37%)	15 (29%)	41 (34%)
45–54	16 (23%)	11 (22%)	27 (22%)
55–64	7 (10%)	6 (12%)	13 (11%)
65–74	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
75–84	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	71 (100%)	51 (100%)	122 (100%)

Diagnosen der Neu- und Wiedereintritte (ICD-10)	2007	Frauen	Männer
keine Diagnose	6	50%	50%
F0 = organische Störungen einschliesslich symptomatische psychische Störungen	3	100%	0%
F1 = psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	10	20%	80%
F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	14	50%	50%
F3 = affektive Störungen	77	51%	49%
F4 = neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	116	65%	35%
F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0%	0%
F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15	67%	33%
F7 = Intelligenzminderung	1	100%	0%
F8 = Entwicklungsstörungen	0	0%	0%
F9 = Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	14	43%	57%

Gutachten	2006	2007
Fahrtauglichkeitsabklärungen	5	4
Militärgutachten	0	2
Schwangerschaftsgutachten	0	0
Strafrechts- und Zivilrechtsgutachten	1	1
Vormundschaftsgutachten	0	1
IV-Gutachten	2	1
Versicherungsgutachten	0	0

Wohnkantone der Patienten/Klienten	2006	2007	2006	2007
	Ambulatorium		Beratungsstelle	
Hinterthurgau	78,0%	80%	90,6%	80,9%
Übriger Thurgau	4,4%	6,1%	0,3%	5,9%
Kanton St. Gallen	10,1%	8,1%	7,2%	7,6%
Andere	7,5%	5,8%	1,9%	5,6%

Zuweiser der Neu- und Wiedereintritte	2006	2007
Von sich aus	121	134
Niedergelassene Ärzte	104	93
PK Littenheid	33	31
Amt/Behörden/Gericht	8	7
PK Münsterlingen	5	3
Andere Institutionen und Wohnheime	14	12
Versicherungen	1	1
KS Frauenfeld	2	4
Andere PK/Spitäler	6	11
Familienmitglieder/Drittpersonen	21	20
Interne Anmeldung	65	61
Unbekannt	3	1
Total	383	378

Murg-Stiftung Littenheid

Bilanz per 31.12.2007	Betrag in Fr.
Aktiven	
Flüssige Mittel	198'840.79
Forderungen aus Leistungen	365'258.98
Aktive Rechnungsabgrenzungsposten	1'256'509.81
Total Aktiven	1'820'609.58
Passiven	
Kreditoren	10'672.40
Darlehen	1'291'258.20
Rückstellungen	344'503.72
Passive Rechnungsabgrenzungsposten	31'578.75
Stiftungskapital	20'000.00
Freies Stiftungsvermögen	69'733.65
Gewinnvortrag	39'818.13
Vorschlag	13'044.73
Total Passiven	1'820'609.58
Gewinn- und Verlustrechnung 2007	
Aufwand	
Personalaufwand	2'715'603.05
Warenaufwand	320'381.90
Unterhalt, Reparaturen und Energie	11'568.70
Anlagenutzung	558'391.80
Zinsaufwand	42'637.65
Verwaltungsaufwand	193'355.45
Übriger Betriebsaufwand	56'029.00
Total Aufwand	3'897'967.55
Ertrag	
Kostgelder	1'195'680.00
Medizinische Leistungen	798'426.06
Zinsertrag	986.05
übriger Betriebsertrag	56'813.77
Erträge des Betriebes	2'051'905.88
Beitrag Bundesamt für Sozialversicherung	1'516'991.71
Übrige Beiträge	79'720.60
Kanton Thurgau, Externer Psychiatrischer Dienst	280'000.00
Verrechnung mit Defizit Externer Psychiatrischer Dienst 2003	-17'605.91
Beiträge	1'859'106.40
Total Ertrag	3'911'012.28
Rekapitulation	
Total Aufwand	3'897'967.55
Total Ertrag	3'911'012.28
Vorschlag	13'044.73

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

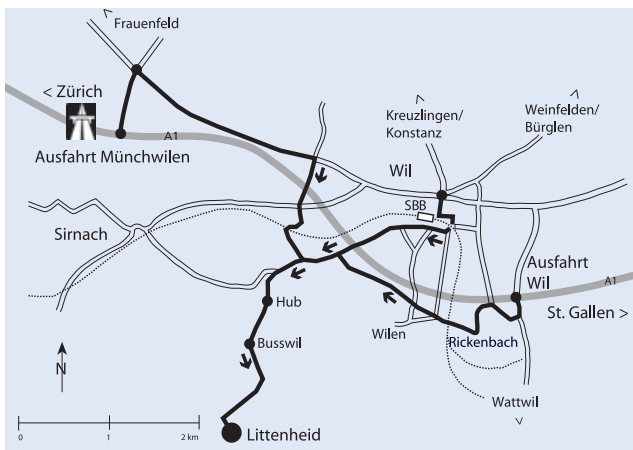
gewe@murg-stiftung.ch

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

