

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 67 (1996)
Heft: 7

Artikel: 3 Länder - 3 Projekte : Guler Liechtenstein, Pflegeheim Dornbirn, Kinder- und Jugendpsychiatrie Littenheid
Autor: Zürcher, Urs / Zarotti, Gianni / Jankovsky, Klaus
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812464>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

3 Länder – 3 Projekte

GULER LIECHTENSTEIN, PFLEGEHEIM DORNBIRN, KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE LITTENHEID

Die Wohngemeinschaft Guler in Mauren FL

rr. Zum Tagungsthema «Grenzen überschreiten» stellten als erstes Gabriele Köb und Mathias Brüstle die therapeutische Wohngemeinschaft Guler in Mauren vor.

Liechtenstein ist ein Land mit einer äusserst aktiven Exportindustrie. Doch nicht nur Maschinen, Bohrer, Heizkessel und Produkte der Hochtechnologie werden/wurden ausgeführt, sondern auch Menschen. Menschen, die psychisch und sozial behindert sind, mussten oft Jahre in Kliniken und Heilanstalten des benachbarten Auslandes in der Hoffnung auf Hilfe zubringen. So, wie jedoch das ökologische Denken in den Umweltwissenschaften Einzug hielt, so wurde in den letzten 20 Jahren systemisches Denken in die Psychologie und andere Humanwissenschaften eingeführt. Psychische Störungen werden nicht mehr bloss als Krankheit angesehen, die aus körperlichen oder seelischen Ursachen sozusagen aus dem Individuum herauskommt. Eine Störung kann nur verstanden werden, wenn man sie in ihrem Umfeld von Arbeitsplatz, Familie, Schule usw. betrachtet und zu verstehen sucht, welchen Sinn das gestörte Verhalten für das Funktionieren des Systems aufweist. – Mit der neuen Sichtweise änderten sich auch

die Hilfen. Man begann, die wichtigen Bezugspersonen einzubeziehen und bemühte sich, sie zur Mithilfe zu gewinnen. Die Familientherapie gewann grosse Bedeutung und drängte die Einzelbehandlung in den Hintergrund. Dieses neue Denken stellte offensichtlich einen Fortschritt dar. Trotzdem stiessen die «Helfer» mit ihren Bemühungen immer wieder an Grenzen. Oftmals konnte gar keine Familientherapie durchgeführt werden, weil es bei etlichen Klienten an Angehörigen oder nahen Bezugspersonen fehlte. Es gab auch Fälle, wo sich Angehörige weigerten, sich an der Therapie zu beteiligen. Die Lebensumstände einzelner Klienten waren so ungünstig, dass einige wenige Therapiestunden nichts dagegen ausrichten konnten. So musste nach umfassenderen Hilfen gesucht werden, die tragfähige soziale Beziehungen beinhalten.

Eine Lebensgemeinschaft im Guler

Die Grundidee war, dem Export von menschlichem Leid ins Ausland einen Riegel vorzuschieben und eine Lebensgemeinschaft aufzubauen, die ein Zuhause werden kann. In dem entstehenden Beziehungsgefüge sollte Therapie stattfinden, Hoffnungslosigkeit überwunden werden, sich Vertrauen entwickeln, sollten neue Wege ausprobiert

werden, Fähigkeiten entdeckt und Konflikte bearbeitet werden.

Zu diesem Zweck wurde am 16. Februar 1989 der Verein für Betreutes Wohnen in Liechtenstein als Trägergemeinschaft der therapeutischen Wohngemeinschaft Mauren gegründet. Im Juli desselben Jahres konnte der erste Bewohner einziehen. Die therapeutische Wohngemeinschaft Mauren bietet heute 11 Menschen Platz. (Zusätzlich steht eine kleine Einliegerwohnung zur Verfügung, die bis zur Eröffnung des Frauenhauses Frauen und deren Kinder in Notsituationen beherbergte.) Die Bewohner werden von vier Betreuern in ihren Bemühungen begleitet und angeleitet. Ein Arzt und ein Psychologe, die regelmässig anwesend sind, ergänzen das therapeutische Team.

Für das Handeln in der Wohngemeinschaft sind drei Prinzipien besonders wichtig:

- Bringt man Menschen nach äusseren Kriterien, wie etwa nach einer bestimmten Krankheit oder Störung, nach ihrem Alter oder Geschlecht und ähnlichem mehr zusammen, wie es üblicherweise in Kliniken, Spitälern, Heimen, Schulen geschieht, entsteht selten eine tragfähige Beziehungsform.

Um eine solche Pseudogemeinschaft zu vermeiden, mussten eine Menge Ideen ausprobiert werden, um Wege zu finden, wie ein Gemeinschaftsgefühl entwickelt werden kann. Besonders wichtig erschien dabei, dass jemand selber in die Gemeinschaft aufgenommen werden will, deren Regeln und Ziele er akzeptiert. Andererseits muss er auch von allen Mitgliedern der Gemeinschaft aufgenommen werden.

- In Institutionen müssen Menschen oft für sie sinnlos erscheinende Tätigkeiten verrichten. Sie werden dadurch uninteressiert und depressiv. In der Wohngemeinschaft Guler sollen Tätigkeiten dem Leben und dem Lebensunterhalt eines jeden einzelnen und der Gemeinschaft dienen, sie erhalten dadurch Sinn. Putzen und Sport, Kochen und Malen, Wäschewaschen und Musikhören, Gartenarbeit und Lohnarbeit dienen dem Lebensunterhalt und der Le-



Mathias Brüstle und Gabriele Köb: die wichtigsten Bezugspersonen mit einbeziehen.

bensfreude. Diese Tätigkeiten werden nicht an Hauspersonal delegiert, sondern von den Mitgliedern der Gemeinschaft selbst verrichtet.

- Die Therapeutische Wohngemeinschaft ist keine Konkurrenz zur Familie. Sie zeigt nicht auf die Herkunftsfamilie mit dem Vorwurf «Ihr habt versagt».

Die Gemeinschaft sieht ihre Arbeit als Ergänzung zur Erziehung in der Familie und versteht sich als Zwischenschritt auf dem Weg des jungen Menschen vom Elternhaus zur Selbständigkeit. Darin liegt die Begründung für eine intensive Zusammenarbeit mit den Familien.

Die Wohngemeinschaft wird von einem privaten Verein als Träger geführt. Die Leitung der Wohngemeinschaft Guler liegt beim therapeutischen Dienst des FL-Fürsorgeamtes. Damit wurde ein neues Modell von Zusammenarbeit staatlicher und privater Sozialhilfe kreiert. Vor kurzem eröffnete der Verein eine sozialpädagogische Jugendwohngruppe. Weitere Projekte im Rahmen des betreuten Wohnens sind geplant. Die Einrichtung einer Not-schlafstelle hat bereits konkrete Formen angenommen. Damit konnten schon wesentliche Glieder einer durchgehenden Betreuungskette verwirklicht werden.



Klaus Peter Jankovsky: Fast wie ein Märchen: Er war einmal ein weiser Stadtrat Amann aus Dornbirn...

Foto Erika Ritter

völkerung einen Pflegeplatz suchte. Um das schlechte Gewissen zu beruhigen, wollte man *den*, die eigene Freiheit behindernden, pflegebedürftigen Angehörigen, versorgt haben und in Obhut wissen.

Und so wuchsen Dornen über diese Idee, und es brauchte einige Jahre der Besinnung und sogar einen wirtschaftlichen Rückgang, bis sich jemand fand, der diese Idee wieder aus den Dornen herausgeholt hat. Das Märchen würde nun enden mit: wenn sie nicht gestorben sind, so leben sie heute noch.

Die Idee lebt heute noch, denn es gab das Wunder, dass aus dem politischen Märchen Wirklichkeit wurde.

Im Jahre 1989, zwei Jahre nachdem das Pflegeheim Dornbirn als herkömmliches Pflegeheim in Betrieb genommen wurde, habe ich festgestellt, dass viele Pflegebedürftige es nicht erleben werden, jemals einen Pflegeplatz im Heim zu erhalten, ausser es wird gleich ein zweites, ein drittes oder gar ein viertes Heim gebaut. Der grosse Druck auf Heimplätze verlangte aber eine umgehende Problemlösung. In Gesprächen mit Pflegenden habe ich dann festgestellt, dass die Hauptbelastung nicht die Pflege selbst ist, das viel grössere Problem stellte das dauernde, 24 Stunden, 365 Tage Da-sein-müssen dar.

Das war für uns der Anlass, den um einen fixen Pflegeplatz Ansuchenden anzubieten, vorerst nur für einen Monat in das Heim zu kommen. Dadurch müsste es doch möglich sein, mehreren Pflegenden Entlastung zu bieten, als wenn unsere 66 Betten mit fixen Bewohnern belegt werden.

Unser Test in den Jahren 1989 bis 1990 ist fürchterlich verlaufen.

- Viele wollten nicht ins Heim, weil sie der Meinung waren, sie würden nicht mehr nach Hause kommen.
- Andere wollten nicht mehr nach Hause, aber auch die Pflegenden wollten ihre Pflegebedürftigen nicht mehr zuhause weiterbetreuen.
- Es gab auch solche, die konnten nicht mehr nach Hause, da man in der Zwischenzeit ihre Wohnung aufgelöst hatte.
- Wir haben Kurzzeitpflegetermine zugesagt, in der Meinung, dass bis zu diesem Zeitpunkt sicher wieder ein Bett frei ist, was natürlich nicht so war.
- Solche und noch einige andere Vorkommnisse bestätigten uns, dass wir diese Idee sehr laienhaft angegangen waren.

Wir warfen aber die Flinte nicht ins Korn und arbeiteten daran, für alle aus dieser Vision entstandenen Probleme Lösungen zu finden. Wir versuchten diese dann nach wirtschaftlichen Grundsätzen, nun aber professionell, in die Wirklichkeit umzusetzen.

Das dadurch notwendige Leitbild lautet:

Die Heim- bzw. Aufbewahrungspflege nur dort durchführen, wo es nicht anders möglich ist und unsere ganze Energie und das Fachwissen zur Unterstützung der zuhause Pflegenden verwenden.

Das heisst, den Pflegenden, die durch sie betreuten Pflegebedürftigen vorübergehend (bei Urlaub, Krankheit usw.) abzunehmen, und in dieser Zeit zu versuchen, die Pflegebedürftigen zu mobilisieren, zu aktivieren und – wo es geht – zu reaktivieren, also gesamthaft eine Betreuung ausserhalb des Heimes durchführbar zu machen.

Aus diesem Leitbild heraus wurden für das Heim folgende Ziele festgelegt:

Wir wollen:
Mit Kurzzeitpflege die Leistungsfähigkeit von allen zuhause Pflegenden erhalten, in dem wir ihnen die Pflegebedürftigen jährlich 4 Wochen zur Entlastung abnehmen.

Wir wollen:
Professionelle Pflege und ganzheitliche Betreuung für alte, pflegebedürftige Menschen.

Wir wollen:
Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter

Projekt Dornbirn (A)

Kurzzeitpflege im Altersheim

Referat von Klaus Jankovsky

Wie fast alle Märchen, so beginnen auch die politischen Märchen: Es war einmal ein weiser Stadtrat Amann aus Dornbirn, der anlässlich einer Pflegeheimbauausschuss-Sitzung im Jahre 1981 wörtlich von sich gab:

Wir sollten in unserem Denken nicht nur stationäre Pflegeplätze schaffen, sondern auch grössten Wert auf die mobile Pflege legen, das heisst trachten, dass Leute im wesentlichen zu Hause gepflegt werden und damit schon in Gedanken unser neues Pflegeheim nur als Subsidäreinrichtung schaffen, unterstützend bei Urlaub, Krankheit oder Überlastung der pflegenden Personen.

Zu der damaligen Zeit ist dieser Stadtrat mit seiner Aussage nicht besonders gut angekommen, da der Grossteil der Be-



Pflegeheim der Stadt Dornbirn

Foto zVg

festigen, in dem wir ihre Bemühungen zu fachlicher Weiterbildung, Aufrichtigkeit, Verlässlichkeit, Mut, Mitmenschlichkeit, Offenheit, Leistungsfreude und Initiative fördern.

Bleiben wir bei unserem heutigen Thema, dem Ziel Kurzzeitpflege, dessen Durchführung für den zuhause Pflegenden eine grosse psychische und physische Entlastung bietet. Nach der Regenerierungsphase ist fast für jeden eine Weiterpflege im eigenen Zuhause wieder leichter möglich. Unser Angebot bildet aber auch einen Schutz im Rücken: wenn es nicht mehr geht, hilft das Pflegeheim aus.

Auch dem Pflegebedürftigen bietet die Kurzzeitpflege – wie wir sie durchführen – eine grosse Chance, sich für den Verbleib in der eigenen Wohnung zu verbessern, indem wir versuchen, die Betroffenen zu motivieren, zu aktivieren, zu reaktivieren, also im gesamten so zu verbessern, dass eine Pflege in den eigenen vier Wänden für alle verkraftbar ist.

Dass die Kurzzeitpflege für die Kommune grosse Vorteile bietet, liegt auf der Hand. Die ansteigende Zahl an pflegebedürftigen Personen erfordert, wenn wir keine brauchbaren Alternativen finden, einen weiteren Pflegebettenbedarf.

So werden in den nächsten 5 bis 8 Jahren in Dornbirn zirka 1000 Pflegebedürftige betreut werden müssen.

Wie die letzten 5 Jahre geriatrische Pflege in Dornbirn aber gezeigt haben, kann mit Kurzzeitpflege die Schaffung von neuen Pflegebetten drastisch hinten gehalten werden. Die Stadt Dornbirn mit 42 000 Einwohnern hat derzeit zirka 1,5 Prozent geriatrische Pflegebedürftige, das sind 630 Personen, davon werden 250 durch den örtlichen Krankenpflegeverein, 120 in der Pflegestation Altersheim und Pflegeheim, 80 in auswärtigen Heimen und zirka 180 durch verschiedene andere Hilfen betreut. In den 66 Pflegebetten des Pflegeheimes wurden in den letzten 5 Jahren im Durchschnitt pro Jahr 160 Pflegebedürftige mit 23 300 Pflegetagen betreut. Davon waren 94 Personen mit 2300 Pflegetagen in Kurzzeitpflege in unserem Heim. Trotz dieses hohen Bewohnerwechsels wurde somit eine 77prozentige Auslastung, der für die Kurzzeitpflege verwendeten Betten und eine 96prozentige Auslastung aller zur Verfügung stehenden Betten erzielt.

Der bisherige Erfolg seit der Einführung der Kurzzeitpflege zeigt sich auch darin, dass die Anwärterliste der Stadt Dornbirn für eine Daueraufnahme auf einen Pflegeplatz höchstens 1 bis 2 Personen aufweist.

Die Kurzzeit- bzw. Urlaubspflege erspart weiter dem Sozialtopf pro Jahr (100 Personen ganzjähriger Aufenthalt) zirka 6 Mio. Sfr., abzüglich zirka 30 Pro-

zent Eigenmittel; für die notwendigen 36 500 Pflage tage verbleiben somit 4,2 Mio. Sfr. (= unser derzeitiges Budget). Die Kurzzeitpflege ermöglicht es einigen Pflegebedürftigen, den Aufenthalt ohne Sozialhilfe selbst zu bezahlen (1994 Ø 12 Personen = 0,8 Mio. Sfr., 1995 11 Personen = 0,9 Mio. Sfr.). Wir nehmen aufgrund unserer Erfahrungen an, dass ohne Kurzzeitpflege mindestens die Hälfte der zuhause Gepflegten einen stationären Aufenthalt anstreben würde. Das würde bedeuten, dass die Stadt sofort ein weiteres Heim benötigt, mit mindestens 80 Betten (Kosten: zirka 13,4 Mio. Sfr. Bau, 4,5 Mio. Sfr. Betrieb und 80 Mitarbeiter, die es nicht gibt).

Projekt Littenheid (CH)

Eine Station für Jugendpsychiatrie im Hause

Referat von Urs Zürcher und Dr. Gianni Zarotti

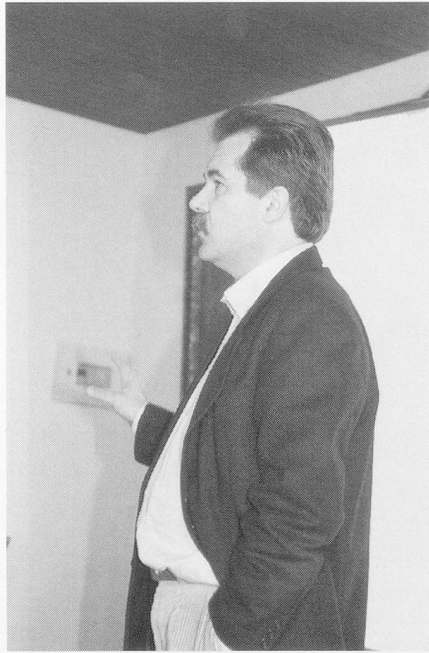
Littenheid ist als Privatklinik integriert in die Spitalplanung verschiedener Kantone* und bietet Patienten** der Vertragskantone sowie zusatzversicherten Patienten aus der ganzen Schweiz eine ihrer psychischen Krankheit entsprechende Behandlung in den folgenden Klinikbereichen an:

- Akutpsychiatrie
- Stationäre Psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Jugendpsychiatrie
- Suchttherapie

Unsere wichtigsten Auftraggeber sind die Patienten, ihr soziales Umfeld, die Zuweiser und Kostenträger. Wir bieten ihnen durch die Qualität unserer therapeutischen und pflegerischen Leistungen und durch unser kostenbewusstes Handeln die Grundlage für eine zukunftsorientierte Zusammenarbeit. Wir sind in einem Umfeld tätig, welches durch raschen und vielfältigen Wandel im gesellschaftlichen, politischen und medizinisch-psychiatrischen Bereich ge-

*Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid ist aufgeführt auf den prov. Spitallisten der Kantone TG, ZH, SZ, ZG, NW und der Kantone AR, GL für Teilbereiche des Klinikangebotes.

**Aus Gründen der Lesbarkeit wählten wir die männliche Form; die Begriffe sind ohne Wertung für Männer und Frauen gedacht.



Urs Zürcher und Dr. Gianni Zarotti: Das Klinikdorf Littenheid bildet eine lebendige Dorfgemeinschaft.

Fotos Erika Ritter

prägt ist. Wir berücksichtigen diese Entwicklungen und Veränderungen in unseren betrieblichen Zielsetzungen. Die mit der Klinik verbundene Murg-Stiftung bietet psychisch behinderten Menschen Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten in Littenheid an.

Littenheid – ein Klinikdorf

Mitarbeiter und Patienten bilden im Klinikdorf Littenheid eine «lebendige Dorfgemeinschaft», in der uns Offenheit und Ehrlichkeit in der gegenseitigen Begegnung wichtig sind. Die Übersichtlichkeit und Vertrautheit eines Dorfes bieten unseren Patienten vielfältige Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten für ein realitätsnahes Zusammenleben, unsere Dorfgemeinschaft wird so zum Übungsfeld sozialer und gesellschaftlicher Integration.

Psychiatrische Krankheiten versuchen wir in ihren biologischen, sozialen und psychologischen Dimensionen zu verstehen und zu behandeln. Besonderen Stellenwert messen wir der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei und integrieren gezielt andere therapeutische Ansätze.

Alle Mitarbeiter des Klinikdorfes leisten in ihrem Arbeitsbereich einen wichtigen Beitrag zur Klinikentwicklung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat für uns einen hohen Stellenwert und spannt den Bogen über die vielfältigen Klinikangebote. Eine offene Begegnungs- und Gesprächskultur schafft ein Klima des Vertrauens und der gegenseitigen Achtung, in dem die Patienten ihren individuellen Freiraum

wahrnehmen können. Grundlage unseres Behandlungs- und Pflegeverständnisses ist die einführende und gleichzeitig reflektierte Beziehung zu kranken Menschen. Um Kompetenz in der Zusammenarbeit zu fördern, führen wir unter dem Begriff «therapeutisches Milieu Littenheid» regelmässig interdisziplinäre Veranstaltungen durch.

Wir bauen auf motivierte Mitarbeiter, die in ihrem Tätigkeitsfeld selbständig und initiativ arbeiten. Wir unterstützen und fördern die persönliche und fachliche Entwicklung im Rahmen der individuellen Fähigkeiten. In der therapeutischen und pflegerischen Tätigkeit ist uns die Teamentwicklung und die Förderung der sozialen Kompetenz ein spezielles Anliegen. Wir erwarten von unsern Kaderangehörigen, dass sie ihre Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse einbeziehen und einen offenen und kooperativen Führungsstil pflegen.

Durch ein breites Ausbildungsangebot in den verschiedenen Bereichen der Klinik und das Angebot von Praktikumsplätzen für andere Ausbildungsinstitutionen nehmen wir eine wichtige Verantwortung wahr. Die Begleitung Lernender ist für uns eine Herausforderung, sich mit Veränderungen in den Berufsfeldern auseinanderzusetzen und Lernsituationen in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen.

Zielgerichtete, von Eigeninitiative geprägte Weiter- und Fortbildung ermöglicht dem einzelnen Mitarbeiter, den Arbeitsteams und der Klinik als Ganzes, sich den sich verändernden Anforderungen anzupassen und die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich zu fördern.

Das Leitbild wurde während eines Jahres von Vertretern aller Klinikbereiche erarbeitet.

Haus Föhrenberg, die Jugendpsychiatriestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

1

Das Haus Föhrenberg liegt etwas abseits der Klinik, auf einer Anhöhe. Diese Lage bringt eine gewisse Distanz zum Klinikdorf. Auf 4 Etagen bietet das Haus Platz für 14 Patienten und Patientinnen. Nebst den gemeinsamen Räumen, wie den 2 Wohnräumen, Gruppenbesprechungsraum, Cheminée-raum, Küche, Ergoraums, verschiedenen kleinen Erkerräumen usw., hat das Haus 2 Zweierzimmer, 10 Einzerräume sowie 2 Notbettzimmer. In einem Nebengebäude ist eine Werkstatt untergebracht, und die Umgebung des Hauses bietet viele Tätigkeits- und Freizeitmöglichkeiten.

2

Die Klinik Littenheid hat vor der Eröffnung der Jugendstation in der Regel Patienten und Patientinnen ab dem 18. Altersjahr aufgenommen. In Ausnahmen, diese häufen sich im Jahr vor der Eröffnung, nahmen wir auch schon mal 17. oder gar 16jährige auf. Merkten aber, dass für dieses Alter unbedingt ein anderes Angebot gemacht werden müsste, was wir dann mit der Realisierung der Jugendpsychiatriischen Station auch realisierten. Zurzeit sind die Jugendlichen im Föhrenberg zwischen 15 und 20 Jahre alt. Es sind weibliche und männliche Jugendliche.

Die Jugendlichen werden durch ein Team von Fachleuten aus Pflege, Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit und Spezialtherapien behandelt und betreut.

3

Auch das war für uns eher etwas Neues. Wir wollten ein Betreuungs- und Behandlungsteam mit möglichst breitem Wissens- und Erfahrungshintergrund. So setzt sich das Stationsteam, bei 10,5 Sollstellen zwar immer noch zu $\frac{2}{3}$ aus der Pflege, zu $\frac{1}{3}$ aber aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus den Berufen Sozialpädagogik und Psychologie zusammen. Bei 3 männlichen Mitarbeitern sind die Frauen klar stärker vertreten. Nebst den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Stationsteams arbeiten noch die bereits erwähnten Ärzte, Bewegungs- und Maltherapeutin, Sozialarbeiter und die Lehrerin mit.

Das Haus Föhrenberg ist eine offene Station, die nach milieu- und psycho-

therapeutischen, sowie sozialpädagogischen Prinzipien arbeitet.

4

Es war uns von Anfang an klar, wenn wir Patienten und Patientinnen im Jugendalter behandeln und betreuen wollen, wir nebst den uns vertrauten milieu- und psychotherapeutischen Ansätzen auch auf die Pädagogik angewiesen sind. Eine nicht einfache Aufgabe, in einem therapeutischen Milieu den Aspekt der Erziehung einzubringen. Anfänglich taten wir uns auch nicht leicht damit. In der Zwischenzeit haben uns aber die Jugendlichen deutlich gemacht, dass ohne erzieherisches Handeln ein solches Haus gar nicht zu führen ist.

1 Station – 2 Gruppen

5

Zu Beginn des Aufenthalts gehören die Jugendlichen der Akutgruppe an. Nachdem sie sich eingelebt haben und über eine gesicherte Tagesstruktur verfügen, wechseln sie in die Rehab-Gruppe. Anfänglich hatten wir die Vorstellung klar 2 Gruppen zu führen, die Akut- und die Rehab-Gruppe. Es zeigte sich aber bald, dass diese klare Unterteilung nur in Teilbereichen möglich ist. Ausschlaggebend, in welcher Gruppe ein Jugendlicher ist, ist seine Situation im Föhrenberg. Ist er eher auf eine enge, auf wenige Bezugspersonen beschränkte Betreuung angewiesen, so ist er in der Akutgruppe. Dies ist sicherlich in der Eintrittsphase der Fall. Die Verweildauer in dieser Gruppe ist sehr unterschiedlich. Unter Umständen, wenn es angezeigt ist, wechselt der Patient / die Patientin nach kurzer Zeit in die Rehabgruppe, wo der Bewegungsraum klar grösser sein soll.

Damit auch Krisensituationen (akute Suizidalität, schwere psychotische Zustände) adäquat behandelt und betreut werden können, besteht eine enge Zusammenarbeit mit der geschlossenen Akutstation.

6

Auch wir kommen an Grenzen.

Das Haus Föhrenberg ist eine offene Station. Braucht ein Jugendlicher vorübergehend eine geschlossene Situation (beispielsweise bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung), so können wir ihm dies im Haus Föhrenberg nicht anbieten. Wir arbeiten deshalb mit einer geschlossenen Akutstation unserer Klinik eng zusammen. Diese geschlossene Station hat die Möglichkeit, 5 bis 6 Jugendliche zu

betreuen. Sie bietet diesen jungen Patienten zum Teil ein spezielles Programm an.

Nebst Kriseninterventionen für Jugendliche des Föhrenbergs gibt es auf dieser Akutstation auch Direkteintritte von Jugendlichen, die unter Umständen später auf den Föhrenberg wechseln. Die Zusammenarbeit ist geprägt durch den regelmässigen Erfahrungsaustausch, gemeinsame Fortbildungen, zum Teil sind die Ärzte auf beiden Stationen tätig, und Dr. Zarotti ist sowohl im Föhrenberg wie auf dieser geschlossenen Station tätig.

Die Arbeit mit Familien und Angehörigen spielt eine zentrale Rolle. Nebst Familiengesprächen bieten wir regelmässig eine Angehörigengruppe an.

7

Die Zuständigkeit der Eltern und Angehörigen bleibt bestehen.

Nicht nur im ärztlich-therapeutischen Bereich spielen der Kontakt und die Zusammenarbeit mit den Eltern eine wichtige Rolle. Auch das Stationsteam arbeitet wenn immer möglich mit den Angehörigen und Eltern zusammen. Nebst den Einzelkontakten bildet die Angehörigengruppe ein Kernstück in der Angehörigenarbeit. Bei diesen alle 6 Wochen stattfindenden Veranstaltungen sind Ärzte, Personen aus dem Stationsteam und der pädagogische Leiter dabei. Von Seiten der Angehörigen sind fast keine Grenzen gesetzt.

Es ist besser,
Deiche zu bauen,
als darauf zu hoffen,
dass die Flut
Vernunft annimmt.

Hans Kasper

8

Die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen im Föhrenberg wird individuell festgelegt. Sie kann zwischen wenigen Wochen bis zirka ein halbes Jahr dauern. Der Aufenthalt im Föhrenberg ist jedoch begrenzt und liegt eher bei einem halben Jahr. Die Jugendlichen, die zu uns kommen, benötigen in der Regel intensive und längerdauernde Behandlung und Betreuung. Auch nach dem Aufenthalt im Föhrenberg kommen die Jugendlichen oft nicht ohne einen geschützten Rahmen, sei dies nun im Wohn- oder Arbeitsbereich, aus. Wir sind deshalb auf verschiedenen Ebenen, wie im sozialen Heim- und Rehabilitationsbereich, dabei, Kontakte herzustellen und eine Zusammenarbeit aufzubauen. ■

ZUSATZABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT MIT LIECHTENSTEIN UNTERZEICHNET

Bundesrätin Ruth Dreifuss, Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern, und der liechtensteinische Regierungsrat Michael Ritter, Inhaber des Ressorts Familie, Soziales und Gesundheit, haben am 9. Februar 1996 in Vaduz ein Zusatzabkommen zum Abkommen über Soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und Liechtenstein unterzeichnet.

Das schweizerisch-liechtensteinische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 8. März 1989 sieht eine enge Verflechtung der AHV/IV beider Staaten vor. Es beruht auf dem Ehepaar-Konzept und setzt eine weitgehende Identität der schweizerischen und liechtensteinischen AHV/IV-Gesetzgebung voraus.

Angesichts des bevorstehenden Inkrafttretens der 10. schweizerischen AHV-Revision mit dem Übergang vom Ehepaar-Konzept zum Individualrentenkonzept ist eine Anpassung des geltenden Abkommens durch den Abschluss eines Zusatzabkommens erforderlich. Im Vordergrund steht dabei eine Neuregelung im Bereich der Rentenberechnung. Das Zusatzabkommen bedarf zu seinem Inkrafttreten noch der Genehmigung durch die Parlamente der beiden Vertragsstaaten.