

**Konzeption  
einer  
Wohngruppe  
für Menschen  
mit erworbener Schädelhirnverletzung**

Persönliches Budgetmanagement Medical  
Torsten und Sylvia Bartels GbR  
Dorfstraße 118  
09623 Clausnitz

Tel.: 03731/ 202366  
Fax: 03731/ 202732

**Sylvia Bartels**, Leiterin Pädagogik/Therapie  
Mail: sylvia.bartels@arcor.de  
Tel.: 0178/ 3781235

**Torsten Bartels**, Leiter Verwaltung/Organisation  
Mail: torsten.bartels@arcor.de  
Tel.: 0172/ 3711286

**Stand: 28.02.2013**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Vorwort**

## **1 Die Zielgruppen**

- 1.1 Betroffene mit deutlich erhöhtem Pflegebedarf und Therapieaufwand
- 1.2 Betroffene mit deutlichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- 1.3 Betroffene mit Einschränkungen in den komplexen Alltagsanforderungen
- 1.4 Betroffene mit Wesensänderung, Verhaltensauffälligkeiten und Epilepsie

## **2 Lage und räumliche Ausstattung der Wohngruppe**

## **3 Das Betreuungskonzept**

- 3.1 Das Personal
- 3.2 Interne Beratung, externe Supervision und Weiterbildung

## **4 Das therapeutische Konzept**

- 4.1 Alltagsorientierte Therapie
- 4.2 Therapeutische Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung
- 4.3 Therapeutische Nutzung der Gruppendynamik
- 4.4 Therapeutische Einbindung des familiären Umfeldes

## **5 Kooperationen**

- 5.1 Helene-Maier-Stiftung Theisewitz
- 5.2 Ambulantes Reha-Zentrum Dresden
- 5.3 Neurologische Praxis

## **6 Weitere Planung**

## **Vorwort**

In meiner langjährigen ambulanten Betreuungsarbeit von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung bin ich immer wieder der Fragestellung einer adäquaten Unterbringung begegnet.

In allen Fällen war infolge der unfallbedingten Einschränkungen eine grundsätzliche Neuausrichtung des Lebensentwurfes erforderlich. Dabei stellte sich stets die Frage, wie die Rahmenbedingungen so optimal gestaltet werden können, dass auch nach der Akut- und stationären Rehabilitationsphase eine weiterführende Förderung sicher gestellt ist.

Ich habe vielfach miterlebt, welche Ressourcen aufgetan werden können und welche Entwicklungen möglich sind, wenn der Betroffene auf ein Umfeld der Annahme, Förderung, Stärkung und Struktur trifft.

Es ist nicht immer möglich und günstig, die fördernden Rahmenbedingungen im familiären Umfeld zu schaffen. Spätestens dann stellt sich die Frage der geeigneten Unterbringung.

In der Beantwortung dieser Frage kam ich stets sehr schnell zu dem Schluss, dass es im Raum Mitteldeutschland keine Wohnform gibt, die meinen Erwartungen und Vorstellungen in Bezug auf Störungsspezifika, Zielausrichtung und Alterszusammensetzung der Betroffenen gerecht wird.

Die Arbeit mit schädelhirnverletzten Menschen ist für mich in jedem Fall eine neue Herausforderung, das Entwicklungspotential der Betroffenen auszuloten und auszuschöpfen, der ich mich stets mit Engagement stelle.

Die Erfahrung, dabei an Grenzen äußerer Rahmenbedingungen zu stoßen, ist für mich nicht hinnehmbar. Ich möchte an diesem Punkt nicht einfach stehenbleiben, sondern einen Schritt weitergehen und die Initiative für eine betreute Wohngruppe für Menschen mit erworbenem Schädelhirntrauma ergreifen.

Für eine erfolgreiche Umsetzung eines solchen Vorhabens bedarf es innovativer Partner, die bereit sind, neue Wege mitzugehen.

Das Projekt Wohngruppe steht unter der pädagogischen Leitung von Sylvia Bartels sowie unter der organisatorischen Leitung von Torsten Bartels.

Die konkreten Vorstellungen und die Chancen der geplanten Wohnform werden nachfolgend dargestellt.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Sinne der betroffenen Versicherten.

Torsten Bartels

Sylvia Bartels

## **1 Die Zielgruppen**

Die Wohngruppe ist auf die soziale Einbindung von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung ausgerichtet.

Je nach Grad des Rehabilitationsstandes, der Störungsspezifika und des Ausmaßes der Einschränkungen kann der Bedarf an Unterstützung und Betreuung variieren.

### **1.1 Betroffene mit deutlich erhöhtem Pflege- und Therapieaufwand**

Eine Zielgruppe stellen die Betroffenen dar, die auch nach lang andauernder Rehabilitationsbehandlung noch schwere motorische und/oder kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Ein hoher Pflegeaufwand und Therapiebedarf erschweren eine nahtlose Integration in das häusliche Umfeld.

Es bedeutet eine ausgesprochen hohe emotionale Belastung für die Angehörigen, den schwerverletzten Partner oder das schwerverletzte Kind zu sich zu nehmen.

Das Bestreben, alles für den Betroffenen tun zu wollen, führt die Angehörigen schnell an die eigenen Grenzen und zur Aufgabe des eigenen Lebens.

Durch die hohe emotionale Betroffenheit des familiären Umfeldes können Potentiale und Reserven in der Wiedererlangung von alltagsrelevanten Fertigkeiten gebremst werden.

Die hohe Abhängigkeit und die Enge im Zusammenleben lassen zudem vielfach ungünstige Dynamiken entstehen.

### **1.2 Betroffene mit deutlichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens**

Schwere Schädelverletzungen haben häufig zur Folge, dass die Betroffenen ihr Leben und ihren Alltag nicht mehr selbständig regeln können. Es besteht keine Hilfebedürftigkeit im pflegerischen Verständnis. Aber ausgeprägte Einschränkungen in der Eigeninitiative, im Antrieb, in der Handlungsplanung, im Gedächtnis oder der Orientierung stehen einer eigenständigen Lebensführung entgegen.

Die Betroffenen benötigen klare und strukturierte Rahmenbedingungen, wiederkehrende Abläufe, Routine sowie externe Führung und Anleitung in den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

Sowohl ein zielgerichtetes Training im Alltag als auch ein konsequenter Einsatz adäquater Kompensationsstrategien und Hilfsmittel sollen dem Betroffenen dazu verhelfen, wieder grundlegende Lebenskompetenzen zu erwerben.

Dies kann die Grundfertigkeiten, wie Waschen, Anziehen oder Kontinenztraining, betreffen, aber auch die Orientierung im Wohnbereich.

### **1.3 Betroffene mit Einschränkungen in den komplexen Alltagsanforderungen**

Oftmals erwecken Menschen mit einer schweren Schädelhirnverletzung zunächst den Eindruck, über gute Alltagskompetenzen zu verfügen.

Eine mangelnde Krankheitsverarbeitung und eine unrealistische Selbstwahrnehmung führen die Betroffenen zur Einschätzung, keine Probleme zu haben.

In komplexeren Situationen zeigt sich dann jedoch, dass durchaus erhebliche Einschränkungen zum Beispiel in der Handlungsplanung, in der Eigenstrukturierung, in der Orientierung oder in den höheren Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen bestehen.

Im Alltag stellt sich dies bei Tätigkeiten wie der Planung eines Einkaufs, der Zubereitung von Mahlzeiten, dem Umgang mit Geld oder der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln dar.

Hier gilt es zunächst zumindest eine gewisse Einsicht beim Betroffenen zu erreichen, um die Voraussetzung für den Einsatz adäquater Kompensationsstrategien zu schaffen.

#### **1.4 Betroffene mit Wesensänderung, Verhaltensauffälligkeiten und Epilepsie**

Gerade nach einem schweren Schädelhirntrauma werden die Betroffenen von ihren Angehörigen in ihrem Wesen und Verhalten stark verändert wahrgenommen. Oftmals zeigen sich Impulskontrolle und Frustrationstoleranz herabgesetzt, was zu erhöhter Gereiztheit und Aggression führt.

Ebenfalls oft zu beobachten ist eine verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit bei den Betroffenen, die gerade bei nahestehenden Angehörigen den Eindruck vermittelt, sich nicht mehr einfühlen und sensibel empfinden zu können.

Nicht selten entwickelt sich nach einer Schädelhirnverletzung eine Epilepsie, die von weniger auffälligen Absenzen bis hin zu heftigen Grand-mal-Anfällen reichen kann. Hier gilt es insbesondere, auf eine geregelte Tagesstruktur mit festem Schlaf-Wach-Rhythmus zu achten. Weiterhin sollte die Flut von äußeren Reizen, wie die Dauer der Beschäftigung mit Computer oder Fernseher, begrenzt gehalten werden. Wichtig ist weiterhin die Überwachung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme.

## **2 Lage und räumliche Ausstattung der Wohngruppe**

Die erste Wohngruppe, die im Juni 2011 eröffnet wurde, befindet sich in Dresden, Chemnitzer Straße 121.

Sie bietet auf einer Wohnfläche von 221 m<sup>2</sup> Platz für fünf Klienten.

In der Wohnung bezieht jeder Klient ein eigenes Zimmer (16 – 25 m<sup>2</sup>). Ein großzügiger Küchen-, Ess- und Wohnbereich bietet Platz für gemeinsame Aktivitäten und Zusammenkünfte.

Ein größeres Bad ist behindertengerecht gestaltet und kann von Rollstuhlfahrern benutzt werden. Weiter gibt es ein kleineres Bad mit Toilette und Dusche.

Die Wohnung ist rollstuhlgerecht, wie auch der Zugang zum Haus und zur Wohnung.

Bei der Wahl der Wohnung wurde auf eine gute Verkehrsanbindung sowie auf verschiedene Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe geachtet.

Dies stellt aufgrund des pädagogischen Ansatzes eine wichtige Voraussetzung für das Selbständigkeitstraining dar.

Bei der Planung der Wohngruppe bezüglich ihrer Kapazität und ihres Standortes war uns besonders wichtig, nicht den Charakter einer Einrichtung zu schaffen.

Die Wohnung innerhalb eines Altbauhauses und in überschaubarer Größe soll den Klienten ein Gefühl von Zuhause vermitteln. Die meisten haben lange Aufenthalte in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen hinter sich und wünschen sich ihre eigenen vier Wände und ein familiäreres Umfeld.

Zudem war uns der Standort inmitten des „normalen Lebens“ wichtig. Die Klienten sollen nicht abseits leben, sondern mittendrin. Hier ergeben sich die besten Möglichkeiten, realitätsnah zu lernen.

### **3 Das Betreuungskonzept**

Die pädagogisch/therapeutische Leitung untersteht der Diplom-Sozialpädagogin Sylvia Bartels. Die organisatorische/verwaltungstechnische Leitung untersteht Torsten Bartels.

In der Wohngruppe ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sichergestellt.

Der angesetzte Betreuungsschlüssel von 1 Mitarbeiter auf 3 Betroffene ermöglicht eine zielgerichtete Arbeit und eine bedarfsgerechte Betreuung.

Bei Betroffenen, die aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen, ihrer Verhaltensauffälligkeiten, einer schwierigen Führung oder dem Ausmaß an kognitiver Defizite einer engmaschigeren Betreuung bedürfen, kann dieser Bedarf nach Absprache mit dem Kostenträger in Form einer 1:1-Betreuung aufgefangen werden.

#### **3.1 Das Personal**

Das im Mittelpunkt stehende Alltags- und Selbständigkeitstraining wird ausschließlich von pädagogischem und therapeutischem Fachpersonal ausgeführt. Dies sind 3 Ergotherapeuten und 1 Physiotherapeutin.

Entsprechend dem pflegerischen Bedarf wird Pflegefachpersonal eingestellt. Bei einer Rund-um-die-Uhr-Pflege arbeiten 4 Fachkräfte im 2-Schicht-System.

#### **3.2 Interne Beratung, externe Supervision und Weiterbildung**

Unter pädagogischer Leitung findet eine wöchentliche Teamsitzung mit allen Mitarbeitern statt. Darin werden die einzelnen Klienten mit ihren speziellen Belangen sowie die Wochen- und Therapieplanung besprochen.

Mit Aufnahme des Klienten in die Wohngruppe wird mit dem Kostenträger eine klare Zielstellung für die therapeutische Arbeit vereinbart.

Gemeinsam werden Zwischenziele sowie die Instrumente zu deren praktischer Umsetzung festgelegt, die es in den Teamsitzungen zu überprüfen und neu anzupassen gilt.

Eine interne Falldokumentation sowie ein externes Berichtswesen sollen Transparenz schaffen und Mittel zur Qualitätssicherung darstellen.

Die Qualitätssicherung bei Klienten mit Pflegebedarf wird von einer externen Pflegedienstleitung sichergestellt.

## **4 Das therapeutische Konzept**

### **4.1 Die alltagsorientierte Therapie**

Menschen mit erworbener Hirnschädigung werden häufig erst nach ihrer Entlassung aus der stationären Rehabilitation mit den besonderen Schwierigkeiten des Alltags konfrontiert. Das können zum Beispiel die Strukturierung des Tages, die Planung von Vorhaben, der Umgang mit Geld, die verbale Verständigung beim Einkauf, die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder die Orientierung in neuer Umgebung sein.

Im strukturierten und geschützten Kliniksetting werden die praktischen Probleme und Herausforderungen des Alltags leicht übersehen bzw. wird die Kompensationsfähigkeit der Betroffenen überschätzt.

Zudem sind Menschen mit erworbener Hirnschädigung meist multimodal beeinträchtigt – in den Bereichen Motorik, Sprache, Kognition, Wahrnehmung und Verhalten.

Besonders im Alltag wirken diese Teilstörungen gemeinsam und beeinflussen sich gegenseitig. Stressfaktoren von außen und eigene Erwartungen verstärken oftmals noch die Symptomatik.

Die alltagsorientierte Therapie dient in erster Linie dazu, die Selbständigkeit der betroffenen Klienten zu erhöhen. Dazu setzt der Therapeut direkt im Alltag an, plant gemeinsam mit dem Klienten konkrete Vorhaben, wie zum Beispiel einen Einkauf, die Zubereitung einer Mahlzeit oder ein Fahrtraining mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Diese Therapie wird von geschultem pädagogischem Fachpersonal, wie Ergotherapeuten und Sozialpädagogen, durchgeführt.

Voraussetzung für ein zielgerichtetes und erfolgreiches Training sind die allgemeinen Kenntnisse der Beeinträchtigungen nach Schädelhirntrauma sowie das Wissen um die klientenspezifischen Grenzen und Ressourcen.

## **4.2 Therapeutische Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung**

Die Störungsmuster nach Schädelhirntrauma sind in ihrer Intensität und Qualität sehr unterschiedlich und führen meist zu einer Vielzahl an Symptomen auf kognitiver, emotionaler, motivationaler und affektiver Ebene.

Insbesondere Schädigungen in den frontalen Hirnbereichen beeinflussen das Denken, die Persönlichkeit, die Selbstkontrolle und die Willensbildung.

Damit einhergehend treten die häufig zu beobachtenden Schwierigkeiten in der realistischen Selbstwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung auf. Die Betroffenen sind oft sehr überzeugt davon, über Kompetenzen und Fähigkeiten zu verfügen, die einem objektiven Blick nicht standhalten.

Die Situation, eigene Grenzen nicht zu sehen oder wahrhaben zu wollen/zu können, wirken sich deutlich hemmend auf den Prozess der Entwicklung einer realistischen Lebens- und Arbeitsperspektive aus.

In der therapeutischen Arbeit gilt es zunächst diagnostisch einzugrenzen, ob es dem Betroffenen hirnorganisch vielleicht gar nicht möglich ist, offensichtliche Störungen zu erkennen. Hier spricht man von einer Anosognosie bzw. in ihrer Abschwächung der Anosodiaphorie.

An dieser Stelle muss therapeutisch an den externen Rahmen- und Lebensbedingungen angesetzt werden. Diese verlangen eine solche Gestaltung und Strukturierung, dass gewisse Gefahrenquellen von vornherein ausgeschlossen werden. Zudem bedarf es einer stringenten und klaren Führung im Umgang mit den Betroffenen.

Es wäre bei diesem Schädigungshintergrund falsch, auf eine interne Verhaltensänderung des Betroffenen abzielen zu wollen. Dies birgt von vornherein Frustration und Enttäuschung in sich.

Zeigt sich eine unrealistische Selbstwahrnehmung in Folge einer unzureichenden Krankheitsverarbeitung und psychischen Anpassungsstörung, kann therapeutisch mit dem Betroffenen gearbeitet werden.

Hier ist es wichtig, innerhalb des Therapeutenteams in der Wohngruppe als auch im Betreuersetting außerhalb des Wohnens ein einheitliches Vorgehen abzustimmen. Es gilt, ein Rückmeldesystem zu installieren, das dem Betroffenen unmittelbar und klar seine Fähigkeiten und Leistungen, aber auch seine Grenzen widerspiegelt.

Dabei ist es wichtig, den Betroffenen sich selbst einschätzen zu lassen, um dann mögliche Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung besprechen zu können.

Mit dem Aufbau eines realistischeren Selbstbildes wird die Grundlage für die Akzeptanz von Veränderungen und Einschränkungen geschaffen. Erst dadurch wird es möglich, eine Perspektive zu entwickeln, die zumindest ein gewisses Maß an persönlicher Lebenszufriedenheit bedeutet.



### **4.3 Therapeutische Nutzung der Gruppendynamik**

Die Idee einer Wohngruppe für schädelhirnverletzte Menschen entstand aus der Erfahrung, dass mangels Alternative die Betroffenen oft in ungeeigneten Einrichtungen untergebracht werden.

Junge Betroffene mit Pflegebedarf finden sich in Pflegeheimen mit vorwiegend älteren Menschen wieder. Betroffene mit Verhaltensauffälligkeiten oder Einschränkungen in den Kognitionen und im ADL-Bereich sind in Heimen mit Ausrichtung auf psychische Erkrankung, geistige Behinderung oder Körpermehrfachbehinderung untergebracht.

In der Betreuung dieser Klienten ist oft zu beobachten, dass eine inadäquate Unterbringung den Rehabilitations- und Verselbständigungsprozess hemmt. Wie bei jedem Menschen reagieren auch schädelhirnverletzte Menschen auf persönliche Unzufriedenheit mit herabgesetzter Motivation und Antriebsminderung.

Das Erleben, sich in einem Umfeld zu befinden, in dem man sich nicht dazugehörig und wohl fühlt, drückt auf die Stimmung und ruft Abwehr und Rebellion hervor.

Im Gegensatz dazu erleben es die Betroffenen als hilfreich, mit anderen Menschen in ähnlicher Lebenssituation zusammenzutreffen. Es gibt bei allen Klienten in der Wohngruppe ein Leben vor und nach dem Unfall, so dass das Streben nach früherer Unabhängigkeit und bestimmten Zielen auf der einen Seite sowie die Frustration angesichts des unfallbedingten Verlustes an Lebensqualität auf der anderen Seite nachvollzogen werden kann.

Die Betroffenen haben das Empfinden, aufgrund der Schicksalsgemeinschaft verstanden zu werden, wie es kein Außenstehender wirklich kann.

In der Zusammenstellung der Wohngruppe wird auf eine homogene Altersstruktur geachtet. Auf diese Weise kann eine förderliche Gruppendynamik entstehen, indem gemeinsame Interessen aufgebaut sowie altersentsprechende Aktivitäten und Unternehmungen eine Verbindung schaffen können.

### **4.4 Therapeutische Einbindung des familiären Umfeldes**

Meine jahrelange Zusammenarbeit mit schwer schädelhirnverletzten Menschen und deren Familien hat gezeigt, wie schwer es den Familien fällt, mit den teils sehr ausgeprägten Beeinträchtigungen zurechtzukommen.

Einen großen Problembereich stellen die psychischen Auffälligkeiten und Veränderungen in der Persönlichkeit dar, was sich oftmals in Impulsivität, leichter Reizbarkeit, in Stimmungsschwankungen, Depression oder Minderung der Einsichtsfähigkeit äußert.

Darüber hinaus gestaltet es sich aber auch schwierig, Funktionsstörungen wie Sprach- und Sprechbeeinträchtigungen, kognitive Einschränkungen oder Antriebsverlust richtig einzuordnen und mit deren Auswirkungen auf den Alltag und das Miteinander zurechtzukommen.

Es besteht bei der Familie oft eine große Unsicherheit, was dem betroffenen Angehörigen noch zugetraut werden kann. Die Familie sieht sich mit Wünschen und Forderungen an Aktivitäten und Kompetenzen konfrontiert, die eindeutig nicht mehr realisierbar sind und eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung darstellen.

Der Betroffene will verständlicherweise wieder an sein Leben und seine Unabhängigkeit wie vor dem Unfall anknüpfen und selbständig Motorrad oder Auto fahren, allein einkaufen und Hobbies nachgehen.

Die Familie steht meist in dem Konflikt, bremsen zu müssen, gleichzeitig jedoch aus Übervorsicht mögliche vorhandene Potentiale nicht auszuschöpfen.

Auf der anderen Seite ist auch häufig eine Überforderung seitens der Familie zu beobachten. Nicht selten wird den Betroffenen eine anscheinend unzureichende Anstrengungsbereitschaft vorgeworfen, und es werden Maßstäbe an das Neu- und Wiedererlernen von Fertigkeiten wie bei gesunden Menschen angesetzt. An dieser Stelle ist ein Scheitern häufig vorprogrammiert.

Ein „Dauer-Kritisieren“ und „Dauer-Anspornen“ wirkt hemmend auf die Entwicklung des Betroffenen, da er sich unverstanden sieht und kleine Fortschritte nicht mehr wahrgenommen werden.

Die Angehörigen sollen in die therapeutische Arbeit innerhalb der Wohngruppe mit eingebunden werden, um den Grad zwischen notwendiger und überflüssiger Hilfestellung erkennen zu lernen.

Sie sollen bezüglich des medizinischen Hintergrundes und der individuellen Störungsspezifika aufgeklärt werden, um selbst zu einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten, aber auch der Grenzen bei ihrem betroffenen Angehörigen zu kommen. Da dies auch für die Familie sehr schmerzlich ist, kann es nur in einem schrittweisen Prozess innerhalb der therapeutischen Begleitung erfolgen.

## **5 Kooperationen**

Unser Ziel ist es, dem Klientel neben der Struktur im Wohnen auch eine Einbindung in eine sinnvolle Tagesstruktur durch eine geeignete Beschäftigung zu geben. Darüber hinaus wird man dem Bedarf an ambulanten Therapien und an spezieller ärztlicher Mitbetreuung gerecht.

Durch eine langjährige gute Zusammenarbeit bestehen Kooperationen mit folgenden Partnern:

### **5.1 Helene-Maier-Stiftung**

Kontakt: Bröggener Straße 2 in 01731 Kreischa, OT Theisewitz  
Leiter: Herr Schulze; Tel. 035206/25011

Die Helene-Maier-Stiftung bietet Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung die Möglichkeit, in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig zu werden. Je nach Neigung und Fähigkeit kann das in unterschiedlichen Handwerken, in der Landwirtschaft oder im Büro sein. Die Einbindung in ein Arbeitsumfeld, in dem die Klienten auf Menschen mit einem ähnlichen Hintergrund treffen, stellt somit eine bereichernde Verknüpfung zur betreuten Wohngruppe dar.

Darüber hinaus kommt dem Erleben, etwas schaffen zu können und eine Aufgabe zu haben, eine große Bedeutung zu und trägt erheblich zu einer höheren Lebenszufriedenheit bei.

## **5.2 Ambulantes Reha-Zentrum Dresden**

Kontakt: Fiedlerstraße 34 in 01307 Dresden  
Geschäftsführerin: Frau Wagner; Tel. 0351/4504603

Das ARC ist auf die medizinischen Fachbereiche Orthopädie, Chirurgie, Traumatologie, Neurochirurgie sowie Neurologie ausgerichtet. Es wird ein breites Therapiespektrum abgedeckt, so dass dem Rehabilitations-, Behandlungs- und Trainingsbedarf des Einzelnen Rechnung getragen werden kann.

Im ARC können folgende Anwendungen durchgeführt werden: Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Fitnesstraining, medizinisches Muskelaufbautraining und Wassertherapie.

In Absprache mit dem Kostenträger erstellt das ARC ein Therapieprogramm, welches regelmäßig der Rehabilitationsentwicklung angepasst wird.

## **5.3 Praxis für Neurologie**

Kontakt: Bahnhofstraße 11 in 01445 Radebeul  
Fachärztin Neurologie: Frau Dr. Herrmann; Tel.: 0351/8309404

Kontakt: Bautzner Straße 147 in 01099 Dresden  
Facharzt Neurologie/Psychiatrie: Herr Dr. Nasif; Tel.: 0351/6567830

Mit den beiden o.g. Praxen besteht eine gute Zusammenarbeit, die für das neurologische Klientel der Wohngruppe genutzt werden soll.

Bei Vorliegen von Epilepsie, Verhaltensauffälligkeiten, starker kognitiver und konzentrativer Beeinträchtigungen oder vegetativer Probleme ist es ratsam, fachspezifische ärztliche Unterstützung hinzuziehen.

Eine medikamentöse Einstellung kann so engmaschig überwacht werden bzw. erforderliche Kontrolluntersuchungen, wie EKG oder MRT, werden durchgeführt bzw. veranlasst.

## **6 Weitere Planung**

Mit der oben skizzierten Wohngruppe wird der erste Schritt in Richtung adäquater Betreuung von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung umgesetzt.

Die weitere Planung sieht ein Stufenmodell entsprechend dem Grad an Selbständigkeit und Betreuungsbedarf vor.

Für das Jahr 2016 ist der Bau eines Hauses in Dresden geplant.

Dafür ist vorgesehen, neben der Möglichkeit von Einzelzimmern bei höherem Betreuungsaufwand, auch in sich abgeschlossene Wohneinheiten anzubieten. Dies wird für Klienten interessant, die in Vorbereitung auf ein gänzlich eigenständiges Wohnen speziell daraufhin trainiert werden sollen.

Ein solches Training zielt darauf ab, den Klienten zu befähigen, die Belange einer eigenen Wohnung und einer eigenen Lebensführung zu erlernen.

Ist dieses Ziel erreicht und der Klient bezieht seine eigene Wohnung, kann er zur Absicherung, wie bereits bekannt, durch eine punktuelle Assistenz begleitet werden.