

Leistungsspektrum in der Betreuung und Assistenz von Menschen mit erworbener Hirnschädigung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1 Zielgruppen.....	3
1.1 Altersstruktur	3
1.2 Betroffene mit deutlich erhöhtem Pflege- und Therapieaufwand	3
1.3 Betroffene mit deutlichen Einschränkungen in grundlegenden Alltagsanforderungen	3
1.4 Betroffene mit Einschränkungen in komplexen Alltagsanforderungen	3
1.5 Betroffene mit Wesensänderung, Verhaltensauffälligkeiten und Epilepsie	4
2 Betreuungskonzept	4
2.1 Flexible Betreuungsangebote.....	4
2.2 Fachpersonal	5
2.3 Bezugsbetreuersystem	5
2.4 Therapeutisches Konzept	6
2.4.1 Die alltagsorientierte Therapie.....	6
2.4.2 Therapeutische Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung	6
2.4.3 Therapeutische Nutzung der Gruppendynamik	7
2.4.4 Therapeutische Einbindung des familiären Umfeldes.....	7
2.5 Leitsätze.....	8
3 Wohngruppen	8
3.1 Intensivbetreuungswohngruppe	9
3.2 Außenwohngruppen.....	9
3.3 Verselbstständigungswohngruppe.....	9
3.4 Verhaltenstherapeutische Intensivwohngruppe.....	9
4 Kooperationen.....	10

Vorwort

In meiner langjährigen ambulanten Betreuungsarbeit von Menschen mit erworbener Hirnschädigung 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 sichergestellt 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 bei jedem Klienten 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, war für mich nicht hinnehmbar. Ich wollte an diesem Punkt nicht einfach stehenbleiben, sondern einen Schritt weitergehen und die Initiative für eine betreute Wohngruppe für Menschen mit erworbener Hirnschädigung ergreifen.

2011 gründete ich daher die erste Wohngruppe mit 5 Bewohnern. Es stellte sich sehr schnell heraus, wie groß der Bedarf war. In den kommenden Jahren kamen drei weitere Wohngruppen hinzu. Da sich die Spannweite bezüglich der Altersgruppen, der Schwere an Beeinträchtigungen und damit auch der Zielstellungen immer mehr erweiterte, gingen wir dazu über, die Wohngruppen entsprechend diesen Schwerpunkten auszurichten.

Hinzu kamen außerdem die Einzelassistenzen, das heißt die Betreuung von Klienten in der eigenen Häuslichkeit. Dies ergab sich zum einen aus der erfreulichen Entwicklung heraus, dass Klienten eine so gute Entwicklung während ihres Wohngruppenaufenthaltes nahmen, dass sie ins eigene Wohnen gehen konnten und wir den Umfang der aufsuchenden Assistenz dem Bedarf anpassten.

Zum anderen kamen Anfragen von Klienten, die im eigenen Wohnraum leben wollten und den Bedarf bis zu einer 24-Stunden-Betreuung benötigten.

Aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren können wir nun ein breites Spektrum an ambulanter und stationärer Betreuung und Assistenz von Menschen mit erworbener Hirnschädigung anbieten.

Sylvia Bartels

Leiterin des Betreuungszentrums

1 Zielgruppen

Die Wohngruppen sind auf die soziale Einbindung von Menschen mit erworbener Schädelhirnverletzung ausgerichtet. Je nach Grad des Rehabilitationsstandes, der Störungsspezifität und des Ausmaßes der Einschränkungen kann der Bedarf an Unterstützung und Betreuung variieren.

1.1 Altersstruktur

Als 2011 die erste Wohngruppe in Dresden eröffnet wurde, haben wir mit unserem Konzept vor allem jüngere Erwachsene angesprochen. Mittlerweile sind zehn Jahre vergangen, so dass wir unsere Maßnahmen innerhalb des Konzeptes auch altersentsprechend angepasst haben. Das betrifft vor allem Themen wie Wohngruppenzusammensetzung, Freizeitgestaltung und Tagesstruktur.

Grundsätzlich trifft das Thema Schädelhirntrauma häufig jüngere Menschen, die mitten im Leben stehen. Deshalb werden diese Klienten auch weiterhin sicher den Schwerpunkt unserer Arbeit darstellen.

1.2 Betroffene mit deutlich erhöhtem Pflege- und Therapieaufwand

Diese Zielgruppe, die auch nach lang andauernder Rehabilitationsbehandlung noch schwere motorische und/oder kognitive Beeinträchtigungen aufweist, lässt sich nicht ohne Weiteres nahtlos wieder in das häusliche Umfeld integrieren.

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.

1.3 Betroffene mit deutlichen Einschränkungen in grundlegenden Alltagsanforderungen

Schwere Schädelverletzungen haben häufig zur Folge, dass die Betroffenen ihr Leben und ihren Alltag nicht mehr selbstständig regeln können, auch wenn keine Hilfebedürftigkeit im pflegerischen Verständnis besteht. 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 helfen, wieder grundlegende Lebenskompetenzen zu erwerben. Dies kann die Grundfertigkeiten wie Waschen, Anziehen oder Kontinenz-Training betreffen, aber auch die Orientierung im Wohnbereich und im Wohnumfeld.

1.4 Betroffene mit Einschränkungen in 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.

1.5 Betroffene mit Wesensänderung, Verhaltensauffälligkeiten und Epilepsie

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

Zu beobachten ist außerdem 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 Betreuungskonzept

Die pädagogisch-therapeutische Leitung untersteht der Diplom-Sozialpädagogin Sylvia Bartels. Sie wird von einem mehr als 80-köpfigen interdisziplinären Fachteam unterstützt.

Mit unserem Betreuungskonzept sind wir in der Lage, den gesamten Rehabilitationsprozess von Menschen mit erworbener Hirnschädigung individuell zu begleiten. Das spiegelt sich auch in den verschiedenen Wohngruppen und Betreuungsangeboten wider. Einige Klienten benötigen im Laufe der Zeit beispielsweise keine Intensivbetreuung mehr, sondern können viele Alltagsanforderungen wieder selbst bewältigen. Dann werden die Betreuungs- und Therapieangebote individuell angepasst und bei Bedarf intern nach einer passenderen Unterbringung gesucht.

2.1 Flexible Betreuungsangebote

Folgende Betreuungsmöglichkeiten gibt es:

1. Intensivbetreuung

- Intensivbetreuungswohngruppe
- verhaltenstherapeutische Intensivwohngruppe

2. Verselbstständigung

- Verselbstständigungs-Wohngruppe
- Außenwohngruppen

3. begleitete Selbstständigkeit in eigener Wohnung

- Außenwohnungen
- Einzelassistenten

Im Mittelpunkt des Betreuungskonzeptes steht das Selbstständigkeitstraining. Denn wichtigstes Ziel ist die höchstmögliche Selbstständigkeit für unsere Klienten. Im optimalen Fall können Klienten wieder komplett selbstständig in einer eigenen Wohnung leben. Das Betreuungskonzept orientiert

sich dabei am Alltag (Struktur, Aufgabenbewältigung, soziale Teilhabe), umfasst bei Bedarf pflegerische Aufgaben, unterstützt die Krankheitsverarbeitung und nutzt die positiven Effekte von Gruppendynamik und die Einbindung des familiären Umfelds. Teilhabeleistungen, wie regelmäßige Freizeitaktivitäten und Urlaubsfahrten, nehmen ebenfalls einen hohen Stellenwert ein.

In den Wohngruppen in Dresden ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sichergestellt.

2.2 Fachpersonal

Unser interdisziplinäres Fachteam besteht aus Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegefachkräften, Sozialpädagogen, Heilerziehungspflegerinnen sowie Alltagsbegleitern und Quereinsteigern. Therapeutische Leitung und Wohngruppen-Teamleiter übernehmen dabei die fachliche und organisatorische Führung, Beratung und Kontrolle der individuell mit den Kostenträgern vereinbarten Anforderungen und Zielen der Betreuung.

Interne Beratung, externe Supervision und Weiterbildung

Unter pädagogischer Leitung finden zwei Teamsitzungen im Monat 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 schaffen Transparenz und stellen Mittel zur Qualitätssicherung dar. Die Qualitätssicherung bei Klienten mit Pflegebedarf wird von einer Pflegedienstleitung sichergestellt.

Regelmäßige Supervisionsangebote für Teammitglieder unterstützen die Lösung von Konflikten oder schwierigen Situationen, indem gemeinsam das eigene Handeln reflektiert und die Qualität professioneller Arbeit gesichert und im Bedarfsfall verbessert wird.

Den Mitarbeitern werden außerdem regelmäßig interne und externe Weiterbildungen zum Thema Schädel-Hirn-Trauma und den daraus resultierenden vielfältigen Auswirkungen angeboten.

2.3 Bezugsbetreuersystem

Alle Klienten haben persönliche Bezugsbetreuer. Das vermittelt nicht nur Sicherheit und Stabilität, sondern baut ein Vertrauensverhältnis zwischen den Klienten und dem Betreuerteam auf. Der Bezugsbetreuer bündelt und verteilt alle wichtigen Informationen zum Klienten und steht dabei in ständigem Austausch mit der therapeutischen Leitung und allen anderen Betreuern. Die therapeutische Leitung und Teamleitung übernehmen die fachliche und organisatorische Führung, Beratung und Kontrolle der individuell vereinbarten Ziele der Betreuung.

Aufgaben der therapeutischen Bezugsbetreuer:

- Förderziele entwickeln, umsetzen, dokumentieren und je nach Bedarf anpassen
- Regelmäßige Gespräche mit den Klienten zur aktuellen Situation (Einhaltung von Zielstellungen, Bedarfe, Stimmung/ Verhalten/ Wünsche/ Probleme)
- Alle notwendigen Therapien und Alltagsstrukturen sicherstellen
- Ansprechpartner für Angehörige, gesetzlichen Betreuer, Therapeuten und Ärzten

2.4 Therapeutisches Konzept

Ziel ist die höchstmögliche Selbstständigkeit für unsere Klienten. Im Mittelpunkt des Betreuungskonzeptes steht deshalb das Selbstständigkeitstraining. Das Betreuungskonzept orientiert sich dabei am Alltag (Struktur, Aufgabenbewältigung, soziale Teilhabe), umfasst bei Bedarf pflegerische Aufgaben, unterstützt die Krankheitsverarbeitung und nutzt die positiven Effekte von Gruppendynamik und die Einbindung des familiären Umfelds.

2.4.1 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 oft noch die Symptomatik.

Die alltagsorientierte Therapie dient in erster Linie dazu, die Selbstständigkeit 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.

2.4.2 Therapeutische Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung

Die Störungsmuster nach einem 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 häufig 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.

Diagnostische Abgrenzung:

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 verlangt der therapeutische Ansatz, die Rahmen- und Lebensbedingungen so zu strukturieren und gestalten, dass Gefahrenquellen ausgeschlossen werden können. Das bedarf 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.

2.4.3 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 Alters- und Beeinträchtigungsstruktur geachtet. Auf diese Weise kann eine förderliche Gruppendynamik entstehen, indem gemeinsame Interessen aufgebaut sowie altersentsprechende Aktivitäten und Unternehmungen eine Verbindung schaffen können.

2.4.4 Therapeutische Einbindung des familiären Umfeldes

Jahrelange Erfahrungen 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 oft 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 in 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 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.

Aus diesem Grund werden die Angehörigen 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 schmerzhaft ist, kann es nur in einem schrittweisen Prozess innerhalb der therapeutischen Begleitung erfolgen.

2.5 Leitsätze

Unsere Klienten waren berufstätig oder in Ausbildung, hatten einen Freundeskreis und Familie. Jetzt sind sie auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, können viele Dinge des Alltags nicht mehr selbstständig regeln. Wir wissen, welche große Veränderung durch den Unfall oder die Erkrankung zu bewältigen ist. Wir nehmen unsere Klienten als erwachsene und selbstbestimmte Menschen mit individuellen Zielen, Bedürfnissen und Wünschen ernst.

Jeder Mensch ist anders. Diese Individualität zeigt sich einerseits besonders deutlich bei der Bewältigung von Krisen. Andererseits kann ein Schädelhirntrauma eine Persönlichkeitsänderung zur Folge haben. Eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber jedem unserer Klienten ist für uns deshalb Leitmotiv des täglichen Handelns.

Ganz individuell, je nach den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klienten sowie ganzheitlich im Sinne von interdisziplinären Therapieangeboten, gestalten wir gemeinsam eine neue Lebensperspektive.

Wir unterstützen gemäß dem Motto Fördern und Fordern. Für uns heißt das, so viel Hilfe wie nötig, aber so wenig wie möglich. Denn nur so erreichen wir gemeinsam eine höchstmögliche Alltagsselbstständigkeit für unsere Klienten.

Die familiären Beziehungen spielen eine große Rolle für die persönliche Entwicklung unserer Klienten. Angehörige stehen jedoch ebenfalls vor großen Herausforderungen. Die neue Situation muss auf vielen Ebenen verarbeitet werden und es gibt praktische Dinge zu klären und zu managen. Uns ist deshalb ein Miteinander von Anfang an wichtig. Dazu gehört neben der Aufklärung und Information auch immer ein offenes Ohr für ihre Sorgen.

Unser interdisziplinäres Betreuungsteam garantiert die bestmögliche Begleitung für Menschen mit erworbener Hirnschädigung. Instrumente unseres Qualitätskonzeptes sind: therapeutische Leitung, Teamleitungen, Supervision für Betreuer, Bezugsbetreuersystem, Falldokumentation, Berichterstattung, Helferkonferenzen sowie regelmäßige fachliche Weiterbildung für alle Mitarbeiter. So bieten wir die notwendige Transparenz und Qualitätssicherung für Betroffene, Angehörige und Kostenträger.

3 Wohngruppen

Aktuell bieten wir vier Wohngruppen in Dresden an. Bevor Klienten aufgenommen werden, werden ausführliche Vorgespräche geführt, bei denen unter anderem entschieden wird, welche der

Wohngruppen geeignet ist. Werden Klienten im Laufe des Aufenthaltes selbstständiger, kann die Wohngruppe auch gewechselt oder eine eigene Wohnung bezogen werden.

Bei der Planung der Wohngruppen bezüglich Kapazität und Standort ist es uns besonders wichtig, nicht den Charakter einer Einrichtung zu schaffen. Die Wohngruppen sollen den Klienten das Gefühl von Zuhause vermitteln. Zudem suchen wir Standorte inmitten des „normalen Lebens“, denn die Klienten sollen nicht abseits leben, sondern mittendrin. Hier ergeben sich die besten Möglichkeiten, realitätsnah zu lernen.

Es wird auf eine gute Verkehrsanbindung sowie auf verschiedene Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe geachtet. Dies stellt aufgrund des pädagogischen Ansatzes eine wichtige Voraussetzung für das Selbstständigkeitstraining dar.

In den Wohngruppen bezieht jeder Klient ein eigenes Zimmer. Großzügige Küchen-, Ess- und Wohnbereiche bieten Platz für gemeinsame Aktivitäten und Zusammenkünfte. Die Wohnungen sind teilweise behindertengerecht, je nach Bedarf der Bewohner.

3.1 Intensivbetreuungswohngruppe

In der Wohngruppe in Dresden-Plauen leben vier Betroffene mit hohem Pflege- und Betreuungsaufwand (körperliche, sprachliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen). Die Klienten sind im mittleren Alter. Schwerpunkt der Arbeit ist die Pflege. Zusätzlich wird rund um die Uhr bei der Bewältigung und Gestaltung des Alltags unterstützt. Der Betreuungsschlüssel liegt bei 1:1. Trotz des hohen Einschränkungsgrades ist auch hier das Ziel, die Klienten auf dem Weg zur höchstmöglichen Selbstständigkeit zu begleiten.

3.2 Außenwohngruppen

Zur Wohngruppe in Dresden-Plauen gehört zwei Außenwohngruppen. Die hier untergebrachten Klienten bewältigen bereits viele Alltagsaufgaben selbstständig. Der Betreuungsschlüssel liegt hier bei 1:3. Die Lage der Außenwohngruppen in der Nähe zum Stadtteilzentrum von Dresden-Plauen und die gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr bieten optimale Voraussetzungen für viele eigenständige Aktivitäten.

3.3 Verselbstständigungswohngruppe

Die größte Wohngruppe mit insgesamt 14 Bewohnern befindet sich in Dresden-Weixdorf. Die hier lebenden Klienten können weitestgehend selbstständig ihren Tag gestalten. Dafür stehen zwei Wohnobjekte zur Verfügung. Das Grundstück mit Garten, Grillplatz und Grünflächen bietet viel Raum zur freien Entfaltung.

Das Betreuungsteam unterstützt und begleitet je nach Bedarf. Das wichtigste Ziel ist die soziale und berufliche Reintegration für die noch meist jüngeren Menschen zwischen 25 und 45 Jahren. Ganz individuell werden Alltagskompetenzen wie Grundversorgung, Haushaltsführung, Tagesstruktur, Orientierung, Umgang mit Geld, aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikation, Moral, Nähe und Distanz, Krisenbewältigung trainiert. Auf diesem Weg stehen den Klienten persönliche Bezugsbetreuer zur Seite. Der Betreuungsschlüssel liegt bei 1:3.

3.4 Verhaltenstherapeutische Intensivwohngruppe

In der aktuell reinen Männer-Wohngruppe stehen vor allem psychische Anpassungs- und Verhaltensstörungen mit erhöhtem Selbst- und Fremdgefährdungspotential im Vordergrund. Deshalb ist die psychoemotionale Stabilisierung der Klienten wichtigstes Ziel neben dem Training der Alltagsfertigkeiten (ADL) und anderen individuellen Therapien. Jeder Klient wird mindestens von einer Person betreut.

4 Kooperationen

Unser Ziel ist es, dem Klientel neben der Struktur im Wohnen auch eine soziale Einbindung durch eine geeignete Beschäftigung zu geben. Unser wichtigster Kooperationspartner dafür ist „Gut Leben“ in Bannewitz.

Darüber hinaus unterstützen uns Kooperationspartner, dem Bedarf an ambulanten Therapien wie Physio-, Ergo-, Logo-, Wasser-, Reit- oder Sehtherapie und an spezieller ärztlicher Mitbetreuung wie Neuropsychologie oder Psychotherapie gerecht zu werden.