



# Teilhabezentrierte Rehabilitation

für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen  
in Ihrem TherapieZentrum für intensive Therapie „LogoZentrum Lindlar“



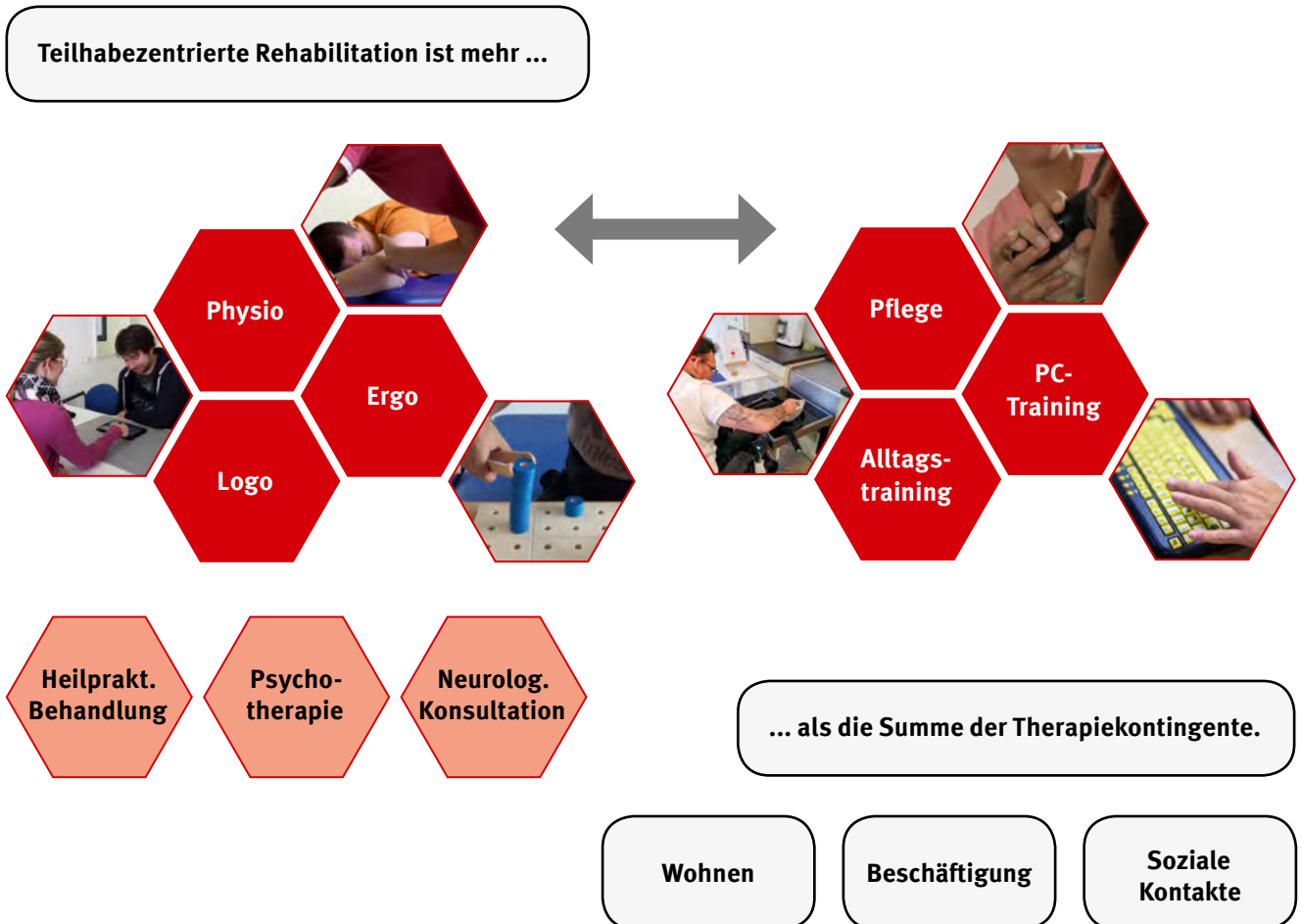
# Liebe Leserschaft,

das LogoZentrum Lindlar ist im ganzen deutschsprachigen Raum bekannt für sein Konzept der intensiven Sprachtherapie und – wir machen nicht „nur Sprache“.

Dr. Volker Middeldorf berücksichtigte bereits bei Gründung des LogoZentrums 1991, dass Beeinträchtigungen der Sprache vor dem Hintergrund einer (unfallbedingten) Schädel-Hirn-Verletzung ein sehr komplexes Rehabilitationsprogramm erfordern. Aus dem Grundgedanken, Menschen mit erworbener Hirnschädigung ein weitestgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ist das Rehabilitationskonzept der ‚Intensiven Rehabilitation‘ entstanden.

Unter Leitung von Tina Keck hat sich dieses Konzept, auf Basis von Erfahrungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und Neuerungen im Bereich der therapeutischen Methoden und der Hilfsmittelversorgung, hin zu einer ‚Teilhabezentrierten Rehabilitation‘ weiterentwickelt.

Die individuelle Ausrichtung des therapeutischen und pflegerischen Rahmens entlang der persönlichen Bedürfnisse und Ziele ist dabei unsere oberste Priorität. Daher lassen sich viele Inhalte unseres Konzepts auch am besten anhand von Beispielen erläutern, wie Sie auf den folgenden Seiten lesen werden. Ebenso legen wir viel Wert auf kontinuierliche Evaluation – bleiben Sie also auch in Zukunft gespannt!





# Inhalt

<b>Teilhabezentrierte Rehabilitation im LogoZentrum Lindlar</b> .....	<b>6</b>
<b>Teilhabezentrierte Rehabilitation – unsere Arbeitsweise</b> .....	<b>8</b>
<b>Teilhabezentrierte Rehabilitation – die Schwerpunkte</b> .....	<b>9</b>
Medizinisch orientierte Rehabilitation .....	9
Wohnkompetenzorientierte Rehabilitation .....	9
Beschäftigungsorientierte Rehabilitation .....	9
Sozial orientierte Rehabilitation .....	9
<b>Phasen der teilhabezentrierten Rehabilitation</b> .....	<b>10</b>
<b>Aufenthaltsdauer</b> .....	<b>10</b>
Wohnen .....	11
Therapieintervalle .....	12
Therapieplanung .....	12
<b>Disziplinen stellen sich vor</b> .....	<b>13</b>
Logopädie – Intensive Sprachtherapie .....	13
Ergotherapie .....	15
Ergo- und Physiotherapie – gemeinsame Ansätze .....	17
Physiotherapie .....	18
Kompetenz-Training .....	19
Alltagstraining .....	19
PC-Training .....	19
Pflege als Therapie .....	21
<b>Ergänzende Angebote</b> .....	<b>22</b>
Psychotherapeutische Begleitung .....	22
Heilpraktische Behandlung .....	22
Neurologische Konsultation .....	22
<b>Erfahrungsberichte</b> .....	<b>23</b>
<b>Haben Sie Fragen?</b> .....	<b>25</b>
<b>Quellen</b> .....	<b>26</b>

# Teilhabezentrierte Rehabilitation im LogoZentrum Lindlar

**T**eilhabe beginnt beim Aufstehen – sie beschreibt das gleichberechtigte und selbstbestimmte „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2005), sowie den Erhalt persönlicher Neigungen und Fähigkeiten<sup>1</sup>.

Unser Therapiekonzept verfolgt diesen Anspruch seit über 30 Jahren erfolgreich in der Zusammenarbeit mit Menschen mit erworbener Hirnschädigung und stellt die individuell größtmögliche Teilhabe in den Mittelpunkt der Rehabilitation.

Das umfangreiche Leistungsangebot der teilhabezentrierten Rehabilitation richtet sich an Rehabilitand:innen mit dem Kostenträger Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft.

## Aspekte der Therapie

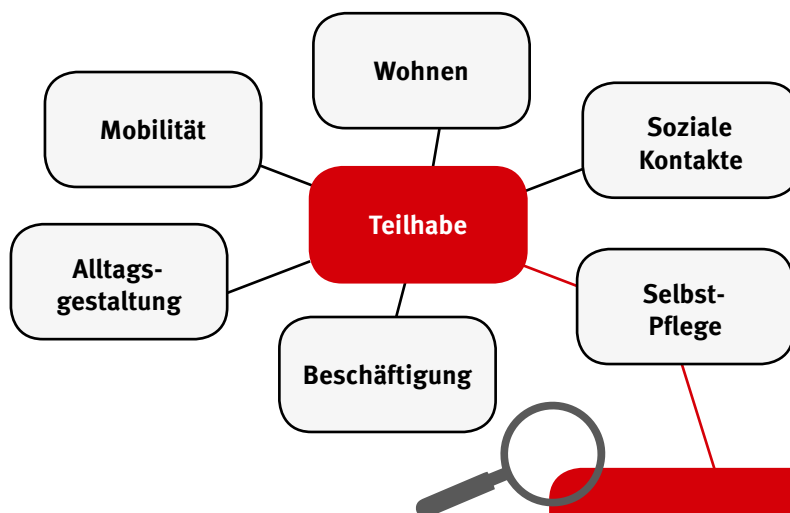
Etwa die Hälfte der funktionellen Störungen wird nach einer Hirnschädigung durch kognitive Beeinträchtigungen beeinflusst<sup>2</sup>. So kann es z. B. schwerfallen, die notwendigen Handlungsschritte zum Aufstehen zu planen und in richtiger Reihenfolge auszuführen, sich selbst zu aktivieren, vorschnelles Handeln zu unterdrücken oder das Vorhaben sowie die Schrittfolge zu erinnern. Darüber hinaus kann der Prozess der Krankheitsverarbeitung die Einsicht und die Motivation für Therapieerfordernisse einschränken.

Ein hochfrequentes Therapieangebot, Therapeutenkonstanz, die Erarbeitung individueller Erinnerungshilfen und Videoreflexion sind hier beispielhafte Bausteine unserer Arbeit.

## Aspekte des Alltagstransfers

Eine große rehabilitative Herausforderung stellt der Alltagstransfer dar. Neue und wiedererworbene Fähigkeiten beanspruchen mehr Zeit und Konzentration und erfordern auch im Kontext von Beeinträchtigungen des Gedächtnisses die Bildung von Handlungsrouninen. Herkömmliche Alltagsbedingungen bieten gerade in der bedeutsamen Anfangsphase der Routinebildung wenig Raum. So hat ein ambulanter Pflegedienst in der Regel keine Zeit zu warten, bis das knifflige Aufdrehen der Zahnpastatube bei bestehender Ataxie oder Hemiparese bewältigt ist. Ebenso wenig wie mitbetroffene Angehörige in der gesamtbelastenden Situation nicht immer die Zeit und Ruhe finden können zu warten, bis bei bestehender Aphasie Worte gefunden oder bei Dysarthrie von Dritten verstanden werden. Wenn aber Handlungen nicht vollzogen werden und Sprache nicht angewandt wird, dann kann funktionelle Therapie keine Teilhabe erzielen.

Durch alltagsnahe Therapiegestaltung und interdisziplinäre Zielverfolgung sowie die enge Zusammenarbeit zwischen Therapie- und Pflegeteam schaffen wir Raum und Zeit für die Bildung von Routinen.



### Didaktische Koordination

Unsere Didaktischen Koordinator:innen (DidaKo) stehen den Rehabilitand:innen sowie ihren Angehörigen und Kostenträgern kontinuierlich als Ansprechpartner:innen zur Verfügung, sowohl während des Therapieaufenthalts als auch bei Empfehlungen der Nachsorge.

Die DidaKos nehmen die für einen individuellen Rehabilitationsprozess bedeutsamen Informationen auf und koordinieren im Rahmen interdisziplinärer Beratungen entsprechende Vor-



gehensweisen. In Coachinggesprächen unterstützen sie die Rehabilitand:innen bei der Ermittlung und Verfolgung persönlicher Ziele. Sie reflektieren den Therapieverlauf mit ihnen und passen Inhalte und Kontingente bedarfsorientiert an.

### Wenn Teilhabe beim Aufstehen beginnt – beispielhafte Inhalte:

**Physiotherapie:** Transfer-Training  
Bett – Rollstuhl – Toilette

**Logopädie:** Kommunikation von Wünschen/  
Bedürfnissen

**Ergotherapie:** Techniken des selbstständigen  
Ankleidens

**Kompetenztraining:** Einsatz von Alltags- und  
Erinnerungshilfen

**PC-Training:** kognitives Training zur Handlungs-  
planung

**Pflege als Therapie:** Alltagstransfer der Therapie-  
inhalte, bedarfsorientierte Unterstützung

#### Ergänzende mögliche Inhalte:

**Psychotherapie:** Unterstützung der Krankheits-  
bewältigung

**Heilpraktische Behandlung:** Förderung der  
Selbstwahrnehmung

**neurologische Konsultation:** neurologische  
Diagnostik und ggf. Anpassung der Medikation



# Teilhabezentrierte Rehabilitation – unsere Arbeitsweise

**W**ir orientieren uns an der ganzheitlichen Betrachtungsweise des bio-psycho-sozialen Modells. Funktioneller Therapiebedarf (z. B. Gangstabilität) wird bei uns daher im Kontext der individuellen Persönlichkeit (Vorlieben, Werte, Ressourcen) und des sozialen Umfelds (Angehörige, Freundeskreis, Wohnort) auf folgenden Wegen ermittelt:

- Beratungsgespräche im Vorfeld des Aufenthalts: Feststellung des konkreten Therapiebedarfs und der individuellen rehabilitativen Schwerpunkte,
- ausführliche Aufnahmegespräche: Erfassung persönlich relevanter Ziele und Ressourcen,
- wöchentliche DidaKo-Gespräche: Berücksichtigung von Persönlichkeits- und Kontextfaktoren bei der Therapieplanung und Therapiegestaltung.

Konkret in der Praxis heißt das für die Therapiegestaltung, dass persönliche Motivationsfaktoren z. B. im Rahmen der logopädischen In-vivo-Methodik, bspw. bei der Kommunikation im Reisebüro, genutzt werden. Kontextfaktoren wie z. B. die erschwerte Erreichbarkeit von Geschäften im eigenen Wohnort, werden bspw. durch die Einbeziehung einer E-Rollstuhl-Erprobung berücksichtigt.

Unser Konzept basiert auf Erfahrungswerten im Kontext neurowissenschaftlicher Erkenntnisse:

Das eigene Handeln als wirksam wahrzunehmen, gilt als bedeutsamster Einflussfaktor für die Lebenszufriedenheit und auf die Anpassung des Selbstbildes an die veränderte Lebenssituation nach einem Unfall<sup>3</sup>. Die **wahrgenommene Selbstwirksamkeit** zu stärken, ist Ziel der teilhabezentrierten Rehabilitation. Dabei steht die Erweiterung von Kompetenzen sowie die Ermittlung und Erprobung individuell geeigneter Bewältigungsstrategien im Mittelpunkt. Es ergänzen sich funktionelle Strategien (z. B. Transfertechnik) mit Strategien der Umgebungsgestaltung (z. B. Armauflage) und der Perspektiventwicklung (z. B. Entdecken neuer Interessen und Teilhabemöglichkeiten).

**Motivation und Zielsetzungsfähigkeit** als wichtigste Faktoren des Rehabilitationserfolges<sup>4</sup> entwickeln sich bei uns durch aktive Mitgestaltung des Therapieprozesses. Unsere Rehabilitand:innen entscheiden, was ihnen wichtig ist – wir gestalten mit ihnen lösungs- und ressourcenorientiert ihre persönlichen Inhalte.

Durch ein vielfältiges Angebot an Gruppentherapien, die Möglichkeit von 2-Patient:innen-Sitzungen sowie den Aufbau und die Pflege sozialer Kontakte erleben unsere Rehabilitand:innen die positive Wirkung **sozialer Gemeinschaft**<sup>5</sup>.

Unser Konzept eines **hochfrequenten Therapieangebots mit der Fokussierung auf individuell-alltagsrelevante Teilhabeziele** führt nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auch noch Jahre nach der Hirnschädigung (chronische Krankheitsphase) zu einer langfristigen Verbesserung der Selbstständigkeit, vermehrter Teilhabe, reduziertem Pflegeaufwand und höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität<sup>6</sup>.

**Lebendige Interdisziplinarität** heißt im LogoZentrum Lindlar kontinuierlicher Austausch, patientenzentriert-individuelle Therapiegestaltung, partizipative Zielverfolgung sowie Reflexion, Anpassung und Evaluation des Prozesses und entspricht damit den Leitgedanken für die neurologische Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation<sup>7</sup>.



# Teilhabezentrierte Rehabilitation – die Schwerpunkte

## Medizinisch orientierte Rehabilitation

Im Vordergrund steht der Wiedererwerb von Basisfähigkeiten, wie der Koordination des Schluckvorgangs, im Kontext gesundheitlicher Erfordernisse (Aspirationsgefahr) und persönlicher Bedürfnisse („wieder etwas essen wollen“). Im Beispiel der Schluckstörung setzt die intensive Dysphagie-Therapie an, die bei Bedarf auch Schluckuntersuchungen (FEES) initiiert und begleitet. Weitere Beispiele sind die Anbahnung des Aufbaus neuer Kommunikationswege, die Verbesserung der Wahrnehmung teilweise gelähmter Körperregionen, die Mobilisation, das Toilettentraining, aber auch die Beratung und Erprobung individuell geeigneter Hilfsmittel.



## Sozial orientierte Rehabilitation

Soziale Teilhabe ist mehr als bloße Teilnahme – sie bedeutet mitwirken und mitgestalten zu können, sich einbringen, aber auch sich zurücknehmen zu können. Komponenten sind hier Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Einzeltherapie, wenn z. B. Telefonate geübt werden, sowie Aspekte der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die im Rahmen sprachtherapeutischer Rollenspiele vertieft werden. Daran schließen Aktivitäten im Gruppenkontext, wie bspw. funktionsorientierte Ergogruppentherapien oder handlungsorientierte Musik- und Kochgruppen an. Auf diese Weise agieren die Rehabilitand:innen im Gemeinschaftskontext und bilden ihre sozialen Fertigkeiten weiter aus. Der Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit E-Mails und Sozialen Netzwerken erweitert zudem die Möglichkeit zum Aufbau und zur Pflege sozialer Kontakte.

## Wohnkompetenzorientierte Rehabilitation

Weitestgehend selbstständig zu wohnen und den eigenen Alltag selbst gestalten zu können, ist oft ein großes Ziel unserer Rehabilitand:innen. Auf Grundlage einer Ist-Stand-Erhebung von Ressourcen und Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung werden mit den Rehabilitand:innen Teilschritte festgelegt und disziplinübergreifend erarbeitet (z. B. Handlungsplanung in der Ergotherapie, Einkauf und Kochen im Alltagskompetenztraining, Alltagsverwaltung im PC-Training, Terminabsprachen in der Logopädie und Toilettentransfer in der Physiotherapie und dem Pflegeteam).



## Beschäftigungsorientierte Rehabilitation

Vormalige Beschäftigungen in Freizeit und Beruf können nach erworbener Hirnschädigung oft nicht oder nicht im gewohnten Umfang und Umfeld wiederaufgenommen werden. Barrieren bilden hier funktionale Einschränkungen, z. B. Sprache, Gedächtnis, Mobilität, aber auch Prozesse der Krankheitsbewältigung, wie depressive Verstimmungen. Im Rahmen von Therapie und Coachingsgesprächen werden Strategien zur Ausübung vormaliger Beschäftigungsbereiche ermittelt, neue Interessengebiete entwickelt und ggf. Erstkontakte z. B. zu Freizeitgruppen, Praktikumsstellen oder Ausbildungszentren aufgebaut. Entsprechend der Zielwünsche werden dann erforderliche Fertigkeiten disziplinübergreifend erarbeitet und in Lindlar durchgeführte Praktika durch das Kompetenz-Training begleitet.

# Phasen der teilhabezentrierten Rehabilitation

Wissenschaftliche Studien weisen auf ein „dauerhaft bestehendes Rehabilitationspotenzial nach erworbener Hirnschädigung“<sup>8</sup> hin. Das heißt, auch im chronischen Krankheitsverlauf können durch intensive Rehabilitationsmaßnahmen deutliche Verbesserungen erzielt werden<sup>8</sup>.

**Frühe Rehabilitation:** Die frühe Rehabilitationsphase beginnt nach der Erstrehabilitation im klinischen Kontext, also nach Wiederherstellung eines stabilen Gesundheitszustandes. In dieser Phase ist eine intensive Therapiemaßnahme wesentlich für den Wiedererwerb grundlegender Fähigkeiten, wie z. B. der Nahrungsaufnahme oder der Mobilisation. Gleichzeitig tritt aber oft eine „Klinikmüdigkeit“ auf, der wir mit der positiven Atmosphäre des privaten Wohnens in angenehmer, vertrauensvoller Umgebung begegnen. Bei schwerer Betroffenheit stellt sich in der frühen Rehabilitationsphase häufig auch die Frage des weiteren Wohnens und der Versorgung im Alltag. Die frühe Rehabilitation umfasst daher ebenso die Ermittlung diesbezüglicher Wünsche, die Erfassung entsprechender Ressourcen und Potenziale, die Recherche individuell geeigneter Möglichkeiten sowie die ausführliche Beratung mit den Rehabilitand:innen, ihren Angehörigen und Kostenträgern.

**Sekundäre Rehabilitation:** Nach einer Zeit des Ankommens, der Neuorientierung und der Alltagserprobung im heimischen Umfeld werden Veränderungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe oft erst in ihrer ganzen Komplexität wahrgenommen. Die Rückkehr in den ehemals gewohnten Alltag ist daher Teil des Prozesses der Krankheitsbewältigung, der für Betroffene und Angehörige häufig durch Einschränkungen der Krankheitswahrnehmung<sup>9</sup> erschwert ist und von depressiven Symptomen und Antriebsminderung<sup>10</sup> begleitet werden kann. Die sekundäre Rehabilitationsphase setzt ihren Schwerpunkt daher auf die Entwicklung und Erarbeitung konkreter alltagsrelevanter Zielvorstellungen, wie einen Einkauf erledigen zu können und den Einsatz individuell passender Kompensationsstrategien. Verbesserungen der Selbstständigkeit führen dabei zur Stärkung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und erleichtern den Prozess der Krankheitsbewältigung ebenso wie ein aufklärendes und beratendes Therapiesetting.

**Präventive Rehabilitation:** Es besteht nicht nur ein dauerhaftes Rehabilitationspotenzial nach erworbener Hirnschädigung, sondern – insbesondere bei schwergradiger Verletzung – auch ein dauerhaftes Erfordernis an rehabilitativen Maßnahmen. In der späten Phase der Rehabilitation, das heißt Jahre und Jahrzehnte nach dem Krankheitsereignis, steht dabei die Prävention im Vordergrund. Ziele der präventiven Rehabilitation sind der Erhalt bestehender Ressourcen, darauf aufbauend die Anpassung und Erweiterung persönlicher Fähigkeiten, die Kompensation von sich verändernden Lebensbedingungen (z. B. älter werdende pflegende Angehörige) und die Vermeidung physischer und psychischer gesundheitlicher Schäden (z. B. durch körperliche Fehlhaltungen, fehlende Wahrnehmung der eigenen Kontroll- und Bewältigungskompetenzen<sup>11</sup> oder Depressivität<sup>12</sup>). Einer prognostischen Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität<sup>12</sup> steht die Plastizität des Gehirns gegenüber, die ein Lernen bis ins hohe Alter ermöglicht<sup>13</sup> und den Erfolg individuell ausgerichteter und interdisziplinärer rehabilitativer Maßnahmen<sup>7</sup> ermöglicht.

## Aufenthaltsdauer

Eine Hirnschädigung ist als neurologische Erkrankung in ihren Auswirkungen wesentlich vielschichtiger und komplexer als bspw. ein Beinbruch und bedarf daher eines deutlich individuelleren und flexibleren Rehabilitationsansatzes<sup>7</sup>. Dementsprechend lassen sich auch keine allgemeingültigen Vorgaben zur Aufenthaltsdauer geben, sondern nur Empfehlungen für unterschiedliche Bedarfe auf Basis langjähriger Erfahrung.

**5-wöchiger Intensivaufenthalt:** Insbesondere in der frühen Rehabilitation, also bei einem Erstaufenthalt im LogoZentrum, aber auch bei schwerer Betroffenheit und deutlich vermindertem Arbeitstempo, hat sich eine 5-wöchige Aufenthaltsdauer bewährt. Erfahrungsgemäß gibt dieser Rahmen den Rehabilitand:innen ausreichend Zeit zur Eingewöhnung und zur Orientierung. Er ermöglicht den Aufbau von Vertrauen in der Zusammenarbeit sowie eine ausführliche Diagnostik und eine partizipative Zielermittlung. Im Kontext von reduziertem Arbeitstempo und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses sind zum Erwerb von Fähigkeiten und zur ersten Routinebildung im Abruf derselben kürzere Aufenthaltszeiten oft nicht ausreichend zielführend.

**3–4-wöchiger Intensivaufenthalt:** Da die Phase von Eingewöhnung und Diagnostik bei Wiedervorstellungen meist deutlich kürzer ausfallen kann, hat sich bei Folgeaufenthalten, insbesondere in der präventiven Rehabilitation, eine Dauer von 3 Wochen bei leichter Betroffenheit und 4 Wochen bei stärkerer Betroffenheit bewährt.

**Langzeitrehabilitation (3–18 Monate):** Eine Langzeitrehabilitation empfiehlt sich z. B. wenn eine Rückkehr in das gewohnte Wohnumfeld, bspw. durch Wohnungsbarrieren oder fehlende Betreuung, noch nicht möglich ist. Nach einem 5-wöchigen Intensivaufenthalt kann hier auf Basis der gemeinsamen Erfahrungswerte und in Absprache mit allen beteiligten Personen oder Institutionen eine bedarfsangepasste Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen. Im Rahmen der Langzeitrehabilitation können die für eine weitestgehend selbstständige Alltagsgestaltung erforderlichen Kompetenzen erarbeitet, ausgebaut und gefestigt werden. Ebenso können bei Bedarf erforderliche Unterstützungsnetzwerke im Wunschwohntort initiiert werden; die Kontaktaufnahme sowie der Übergang in eine Einrichtung kann begleitet werden.



## Wohnen

### Unser Wohnpark

Unsere Rehabilitand:innen wohnen bei uns in eigener Wohneinheit mit Bad und Küchenbereich. Sie können durch Angehörige begleitet und / oder von unserem hauseigenen Pflege- und Betreuungsteam unterstützt werden. Selbstverständlich bietet das LogoZentrum auch eine Teil- oder Vollversorgung und einen Wäscheservice, sowie die Möglichkeit zur selbstständigen Wäschepflege an.



Das Gelände des Wohnparks lädt zum Entspannen und zum Austausch mit anderen ein ...



... zudem bietet unsere Logo-Klausur Möglichkeiten zum geselligen Miteinander.

## Therapieintervalle

In Intervallform, also in zeitlichen Abständen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, können auch bei chronischem Verlauf zu einer deutlichen Verbesserung individuell-alltagsrelevanter Fähigkeiten führen<sup>14</sup>. Auch hier können keine allgemeingültigen Empfehlungen gegeben, sondern nur Erfahrungswerte benannt werden. Einfluss auf die Empfehlung nehmen hier die Passung zwischen Rehabilitationsangebot und -bedarf, der Schweregrad der Betroffenheit, das erkennbare Rehabilitationspotenzial, die Rehabilitationsmotivation, die Alltagstransfermöglichkeiten der Therapieinhalte im heimischen Umfeld sowie individuelle Kontextfaktoren (z. B. Termine).

**Vierteljährlicher Intervall:** Die ergebnisreichste rehabilitative Entwicklung zeigt sich oft im frühen Rehabilitationsstadium, so dass Rehabilitand:innen in dieser Phase deutlich von kürzeren Zeitabständen zwischen intensiver und ambulanter Therapie profitieren.

**Halbjährlicher Intervall:** Die sekundäre Rehabilitationsphase beinhaltet häufig die Entwicklung eines neuen Selbstkonzepts. Unterstützend wirkt dabei ein regelmäßiger, aber weniger zeitnaher Intervall, in dem Alltagserfahrungen reflektiert und erforderliche Kompetenzen ausgebaut werden können. Die halbjährliche Intervallform kann zudem für präventive Rehabilitationsmaßnahmen indiziert sein, z. B. bei deutlichen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses oder eingeschränkter ambulanter Therapieversorgung.

**Jährlicher Intervall:** Die jährliche Intervallform empfiehlt sich oft im Rahmen präventiver Maßnahmen für Rehabilitand:innen, die sicher in ihrem Alltag eingebunden sind und die nach Jahresverlauf noch überwiegend gut an vorausgegangene Leistungen anschließen können.

## Therapieplanung

Die wöchentlichen Kontingente der einzelnen Disziplinen werden eingangs innerhalb des Beratungsgesprächs ermittelt und im Aufenthaltsverlauf bei Bedarf angepasst.

Exemplarischer Therapieplan im LogoZentrum Lindlar

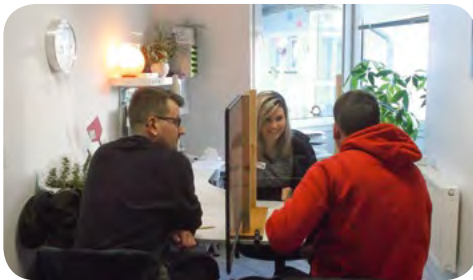
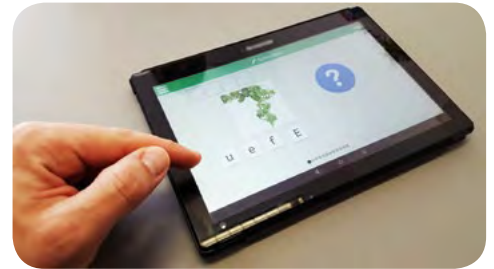
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Pflegezeit	Pflegezeit	Pflegezeit	Pflegezeit	Pflegezeit
Logopädie	Physiotherapie	PC-/IT-Training		Logopädie
Ergo/Frühstück		Logopädie	Ergotherapie	2-PS-Logopädie
	Logopädie	Ergotherapie	Logopädie	Kompetenz
Aphasiegruppe	2-PS-Logopädie	Aphasiegruppe	CG-Logo	Aphasiegruppe
Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
Ruhepause	Ruhepause	Ruhepause	Ruhepause	Ruhepause
Physiotherapie	Ergotherapie		Logopädie	Physiotherapie
	CG-Logo	Logopädie	Kompetenz	PC-/IT-Training
2-PS-Logopädie	Logopädie	2-PS-Logopädie	Physiotherapie	Ergotherapie
	Kompetenz			Logopädie
Logopädie	Kompetenz	Physiotherapie	2-PS-Logopädie	
		Weltwissen-Gruppe		
	Abendgruppe		Abendgruppe	

# Disziplinen stellen sich vor

## Logopädie – Intensive Sprachtherapie

Die **logopädische Einzeltherapie** in unserem Haus richtet sich auf die individuellen Störungsschwerpunkte der Rehabilitand:innen. Sie findet in der Regel 1–2 Mal am Tag statt und dauert 45 Minuten. In der Einzeltherapie arbeiten Therapeut:in und Rehabilitand:in je nach Diagnose und individueller Erfordernis sowie persönlicher Zielsetzung systematisch bspw. an der Wortfindung, Artikulation, dem Verstehen von Sprache, dem Lesen, dem Schreiben, der Atmung, der Stimmbildung oder der intraoralen Wahrnehmung, dem Kauen oder dem Schlucken. Außerdem werden auch kommunikativ-pragmatische Therapieschwerpunkte in die Therapie mit einbezogen, also Strategien zur Verbesserung des Kommunikationsverhaltens.

Der **Einsatz von Tablets** in der Logopädie dient Rehabilitand:innen mit schweren Sprach- und Kommunikationsstörungen als Hilfsmittel zur Kontaktgestaltung mit Freunden und Bekannten und zur Kommunikation mit Dritten. Zum selbstständigen Üben werden zudem geeignete Applikationen ausgewählt.



Die **logopädische 2-Patient:innen-Sitzung** ist eine 45-minütige sprachtherapeutische Sitzung mit zwei Rehabilitand:innen und einer Therapeut:in. In dieser kommunikativen Übungssituation werden die in den Einzeltherapien erarbeiteten individuellen Fähigkeiten aufgegriffen und durch wiederholtes gemeinsames Anwenden gefestigt, vertieft und erweitert. Die 2-Patient:innen-Sitzung bildet einen ersten Schritt zum Übertrag der in der Therapie erreichten sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten in den Alltag. Sie stellt, auch aufgrund positiver psychosozialer Effekte, sprachtherapeutisch eine sehr lernintensive und effektive Therapieform dar.

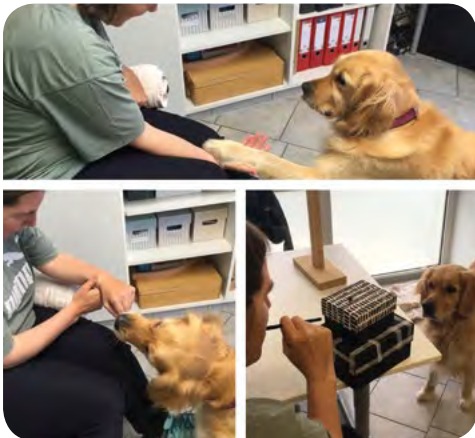
Die **logopädischen Gruppentherapien** finden im LogoZentrum Lindlar täglich 1–2 Mal statt. Die sprachtherapeutischen Gruppensitzungen haben verschiedene Ausrichtungen und setzen sich zusammen aus störungsspezifischen Gruppentherapien (Aphasie- oder Dysarthriegruppe), der computergestützten Sprachtherapie, der Weltwissensgruppe und der Konversationsgruppe (Abendgruppe). Auch bei den Gruppentherapien zeigt sich die Wichtigkeit der psychosozialen Komponente. Hier finden die Rehabilitand:innen Gelegenheit, gemeinsame Erfahrungen auszutauschen und ihre gewonnenen Fähigkeiten im geschützten Rahmen einer „kleinen Öffentlichkeit“ anzuwenden.





### **ILAT** (Intensive Language Action Therapy)

Für Menschen mit Aphasie ist die Intensive Sprach-Handlungs-Therapie eine wirksame, abwechslungsreiche und spannende Therapiemethode. Dabei werden alle Ebenen des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion beansprucht und in natürlichen Kommunikationssituationen trainiert.



### **Und was macht Emma in der Logopädie?**

Der Golden Retriever Emma kommt immer freitags zur Arbeit.

Die Anwesenheit des Therapiebegleithundes ...

- schafft ein positives und motivierendes Arbeitsklima,
- fördert die Aufmerksamkeit und Konzentration,
- stärkt Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl,
- fördert die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit,
- steigert das Wohlbefinden und senkt den Stresspegel,
- unterstützt in der Therapie durch gezielte aktive und passive Einsätze.

Der Einsatz des Hundes erfolgt selbstverständlich nur auf Wunsch der Rehabilitand:innen.

## Ergotherapie

Für die erfolgreiche Behandlung der Folgen von erworbenen Hirnschädigungen spielt das Training sensomotorischer Fähigkeiten eine wichtige Rolle. Zudem arbeiten wir intensiv an Fähigkeiten wie Handlungsplanung, Training von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration. Weitere Schwerpunkte sind die Beratung, begleitete Anpassung und Erprobung von Hilfsmitteln.

Ziel unserer Ergotherapie ist es, die Rehabilitand:innen bei der Durchführung von verschiedenen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu aktivieren und bei Bedarf auch Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

### In unserem Team wird nach folgenden Konzepten behandelt:

- Affolter / Sonderegger
- F.O.T.T. (Facio-Orale Trakt Therapie)
- Bobath
- Perfetti
- SI (Sensorische Integration)
- Spiegeltherapie
- Marburger Konzentrationstraining
- Therapie nach dem CIMT-Konzept
- NeuroYoga



Nach dem Konzept von **Affolter / Sonderegger** werden durch geführte Handlungen neue Strukturen in der Wahrnehmungsverarbeitung aufgebaut. Innerhalb der geführten Alltagshandlungen werden mit den Rehabilitand:innen wieder z. B. das Zubereiten von Essen, das Waschen sowie Anziehen und Lagewechsel erarbeitet.

Die **F.O.T.T.** bietet einen multidisziplinären Ansatz zur Befunderhebung und Therapie neurogener Störungen des mimischen Ausdrucks, oraler Bewegungen, des Schluckens und der Atmung. Die Therapie ist alltagsorientiert und versucht Essen, Trinken, Atmen, Stimme und Kommunikation immer wieder

in die Alltagssituation zu integrieren und somit das Erlernte auch außerhalb der Übungssituation anzuwenden.

Die **Spiegeltherapie** ist eine Therapiemethode, die sich mithilfe eines Spiegels eine starke optische Stimulation zunutze macht. Gespiegelte Bewegungen der gesunden, schmerzfreien Körperregion aktivieren dabei die Spiegelneuronen. Nach wiederholten Übungen können Rehabilitand:innen ihr gelähmtes / schmerzhaftes Körperteil oftmals wieder besser bewegen, empfinden weniger Schmerzen oder nehmen den betroffenen Körperteil besser wahr.



Innerhalb des Konzeptes der kognitiv-therapeutischen Übung nach **Perfetti** werden der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Vorstellungskraft, dem Gedächtnis und der Sprache besondere Bedeutung zugemessen. Im Alltag bietet das Konzept eine Grundlage für jegliche Lernprozesse. Neurologische Rehabilitand:innen lernen, Bewegungsabläufe wieder adäquat zu planen und umzusetzen.

Das **visuelle Restitutionstraining (VRT)** von NovaVision findet beim **Gesichtsfeldausfalltraining** Anwendung. Sie nutzt wiederholte Lichtstimulation zur Aktivierung der beeinträchtigten Sehleistung in Bereichen mit teilweiser Schädigung, zur Stärkung der verbliebenen Sehfunktionen und der neuronalen Netzwerke. Die Rehabilitand:innen werden geschult, ihre Umgebung schnell und fortlaufend abzusuchen, ihren Blick in Richtung des blinden Gesichtsfeldes zu richten und dadurch zuvor ungesehene Objekte ins Blickfeld zu bringen.

Des Weiteren steht im Rahmen der Ergotherapie ein **Fahrsimulator** zur Verfügung.

In der simulierten Fahrsituation können in einer alltagsrelevanten Situation Reaktionsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und Körperkoordination trainiert werden.



## Ergo- und Physiotherapie – gemeinsame Ansätze

### Motorische Rehabilitation

Neben klassischen und alltagsnahen Therapiematerialien integrieren wir modernste Technologien, wie die **Tyrotherapy**, in den Therapieprozess. Basierend auf Videospiele schaffen die Bewegungssensoren Pablo und Tymo von Tyromotion nicht nur einen neuen Anreiz für die motorische Rehabilitation, sondern dokumentieren auch kontinuierlich Veränderungen in den Parametern: Bewegungsmaß, Kraft, Ausdauer und Koordination. So können Verbesserungen im Verlauf jeweils spezifisch ermittelt und detailliert festgehalten werden.

Während in der Ergotherapie das Training der Finger-, Hand-, Arm- und Schulterfunktionen mit „Pablo“ im Vordergrund stehen ...



... werden in der Physiotherapie z.B. Balance und Stabilität mit dem „Tymo“-Brett trainiert.



### NeuroYoga

Die bedarfsorientiert angepassten Bewegungsübungen unterstützen die Körperwahrnehmung von Menschen mit neurologischen Einschränkungen. Es werden Übungen erlernt, die auch im häuslichen Alltag anwendbar sind.



### CIMT

„Constraint-Induced Movement Therapy“ ist ein modernes Therapieverfahren, das die Funktion und den Wiedergebrauch des betroffenen (paretischen) Armes im Alltag fördert.

## Physiotherapie

Unser Physiotherapie-Team ist auf neurologische Krankheitsbilder spezialisiert. Über Förderung der Beweglichkeit, Kraft, Sensibilität und Ausdauer und das Erstellen von Eigenübungsprogrammen unterstützen wir die Rehabilitand:innen auf dem Weg zurück zu einem selbstständigen Alltag.

Wir bieten eine individuelle Beratung, Anpassung und Beübung von Hilfsmitteln, z. B. bei Orthesen, Alltagshilfen, Unterarmgehilfen, Rollatoren, Rollstühlen und Scootern, auch in direkter Zusammenarbeit mit verschiedenen Sanitätshäusern.

### Neben allgemeiner Krankengymnastik arbeiten wir nach folgenden Therapie-Konzepten:

- Neurologische Krankengymnastik nach Bobath,
- Therapie nach dem CIMT-Konzept,
- NeuroYoga,
- Manuelle Lymphdrainage,
- Kinesio-Taping,
- Schlingentisch,
- Atemtherapie,
- Wärme- / Kältetherapie,
- Klassische Massagetherapie,
- Gangtraining am LiteGait



Das **Bobath-Konzept** strebt einen Lernprozess der Rehabilitand:innen an, um mit ihnen die Kontrolle über die Muskulatur und Bewegungsfunktionen zu erarbeiten. Durch geführte Alltagshandlungen kann wieder eine Struktur in der eigenen Wahrnehmungsverarbeitung aufgebaut werden. Das Ziel ist jeweils angelehnt an die normale Bewegung und den Einsatz im Alltag.



Das **LiteGait** ermöglicht ein intensives, individuelles und gesichertes Gangtraining. Die Sicherung erfolgt über ein Gurtsystem mit dem unterstützend auch das Körpergewicht reduziert werden kann. Das LiteGait findet Einsatz bei großer Fallangst, Instabilität in Stand und Gang und kann auch in Zusammenspiel mit einem Laufband genutzt werden.

## Kompetenz-Training

**Ziel** des Kompetenz-Trainings ist es, die Rehabilitand:innen in einer weitestgehend selbstständigen Alltagsgestaltung zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen Teilhabemöglichkeiten zu entwickeln.

In enger Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen haben sich dabei zwei methodische Richtungen bewährt:

1. Therapie → Kompetenz-Training: Therapeutisch erarbeitete Fähigkeiten werden im Kompetenz-Training gezielt erprobt, z. B. durch die Anwendung von Sprachkompetenzen bei der Kommunikation in Geschäften oder bei dem Verfassen von E-Mails.
2. Kompetenz-Training → Therapie: Innerhalb des Kompetenztrainings werden persönlich relevante Alltags- und Beschäftigungsziele ermittelt, erforderliche Einzelfähigkeiten erprobt und weiterführende Kompetenzerfordernisse in den therapeutischen Rahmen gestellt. So kann z. B. im Themenfeld selbstständiges Wohnen das Tablettenstellen ein persönliches Ziel und die eingeschränkte Handmotorik ein Hindernis sein. Neben der Erprobung diverser Hilfsmittel kann dann das Handling von Tablettenverpackungen gezielt im Rahmen der Ergotherapie geübt werden.

**Inhalte** des Kompetenz-Trainings sind Wohnungs-, Haushalts- und Finanzmanagement, Zeit- und Handlungsplanung, Wissenserwerb, Mobilität, interessen geleitete Beschäftigung sowie Management der Sozialkontakte.

Das Kompetenz-Training untergliedert sich in die **Schwerpunkte Alltagstraining und PC-Training** und bietet so eine ziel- und persönlichkeitsorientierte Methodenvielfalt bei der Erarbeitung der Inhalte.



### Kompetenzen Alltagstraining:

- Planung und Strukturierung von Aufgaben,
- Ermittlung des Bedarfs an und Erprobung von Alltagshilfen,
- Planung und Zubereitung von Mahlzeiten,
- Haushaltsaufgaben (z. B. Wäschepflege, Wohnungsordnung),
- Einkaufstraining,
- E-Rollstuhl- und Scooter-Training,
- Initiierung und Begleitung von Praktika,
- Recherche von wohnortnahen Optionen der sozialen Teilhabe,
- Entwicklung und Erprobung von Freizeitmöglichkeiten.

### Kompetenzen PC-Training:

- Umgang mit dem Computer (Desktop, Tablet, Smartphone, iPhone),
- Office-Programme (z. B. Word, Excel),
- Internet / E-Mail,
- Dateiverwaltung,
- Arbeitsorganisation,
- Bildbearbeitung,
- kognitives Training.



**Innerhalb der Schwerpunkte Alltagstraining und PC-Training können einzelne Kompetenzen zielorientiert auch parallel erarbeitet werden.**



**Beispiele Schwerpunkt Alltagstraining:**

Haushalt: Einkaufsplanung und Durchführung



Mobilität: E-Rollstuhltraining / Verkehrssicherheit



Wohnen: Strukturierung von Aufgaben

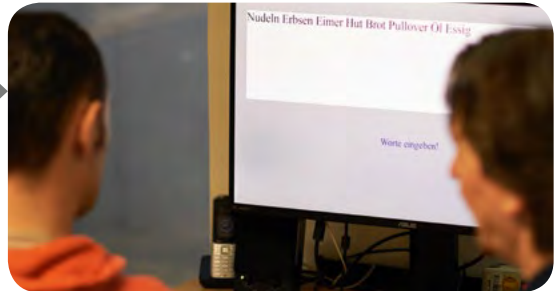


Selbstversorgung: Kochen



**Beispiele Schwerpunkt PC-Training:**

Haushalt: Gedächtnistraining Einkaufszettel



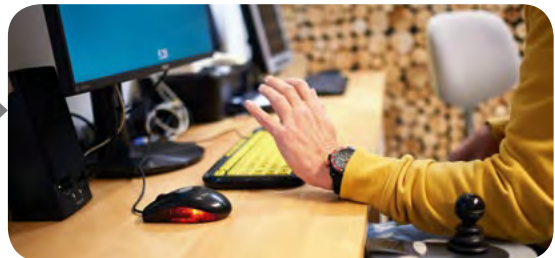
Mobilität: Handhabung Joystick-Steuerung



Wohnen: Alltagsverwaltung



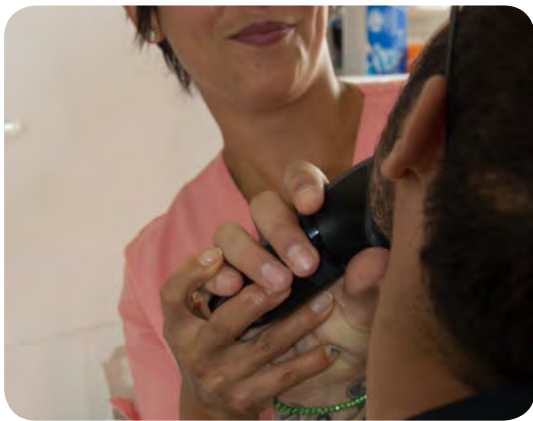
Selbstversorgung: Internetrecherche Rezepte



## Pflege als Therapie

Unser Konzept legt besonderen Wert auf die alltagsnahe Gestaltung und Umsetzung von Therapieinhalten. Das Team Pflege und Betreuung ist daher in sämtliche Prozesse des Rehabilitationsaufenthalts von der Beratung bis zum Abschlussgespräch involviert. In enger Zusammenarbeit mit dem Therapieteam werden gemeinsam mit den Rehabilitand:innen Möglichkeiten der Anwendung wiedererworbener Fähigkeiten in Alltagshandlungen ermittelt und unterstützt. Dies kann z. B. die Einbeziehung einer betroffenen Hand in die morgendliche Rasur sein, aber auch die therapeutisch angeleitete Nahrungsgabe bei der Umstellung von Sondenkost.

Um Möglichkeiten des Alltagstransfers zu gewährleisten, werden Pflegezeiten, z. B. für ein kontinuierliches Toiletentraining, in unserer Planung mit Therapiezeiten gleich gewichtet. Zudem ist unser Pflorgeteam überdurchschnittlich hoch besetzt, so



dass den Rehabilitand:innen entsprechend dem individuellen Bedarf und der persönlichen Prioritäten ein sinnvolles Zeitfenster für die Pflege zur Verfügung steht.

Neben Leistungen der Grundpflege werden, auf ärztliche Verordnung, Leistungen der Behandlungspflege, wie z. B. Wundversorgung, Verabreichung von Injektionen oder An- / Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, erbracht.

In allen Wohneinheiten kann ein Notrufsystem genutzt werden. Bei besonderem Bedarf (z. B. epileptische Anfälle) kann, nach Rücksprache mit allen Beteiligten, ein Kamerasystem, zur Beobachtung durch unsere Nachtwache, installiert werden.

## Aktivierende Betreuung

Pflege und Betreuung ergänzen sich in unserem Haus, können aber bedarfsorientiert auch separat in Anspruch genommen werden.

Im Rahmen der Betreuung werden folgende Leistungen angeboten:

- Wegebegleitung nach individuellem Bedarf,
- Hilfestellungen, z. B. beim Anlegen von Orthesen,
- Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagshandlungen, z. B. beim selbstständigen Bestreichen des Brotes, dem Einschütten von Getränken, dem Zusammenlegen von Kleidung, bei Telefonaten u. a.,
- Freizeitgestaltung, z. B. mit Gesellschaftsspielen, Unterhaltungen, Spaziergängen, gemeinsamem Kuchen backen u. ä.



Für alle Rehabilitand:innen und ihre Angehörigen steht das Pflorgeteam als Ansprechpartner 24 Std. an 7 Tagen die Woche zur Verfügung.

# Ergänzende Angebote

## **Psychotherapeutische Begleitung**

Neue Lebenssituationen stellen sowohl Betroffene als auch Angehörige vor neue Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Nicht immer kommt man damit zurecht und kann die neue Situation annehmen und akzeptieren. Häufig verändern sich durch Erkrankungen familiäre Strukturen und die Art der Aufgabenverteilung. Psychotherapie kann in diesen Fällen Hilfestellungen bieten, die veränderte Lebenssituation anzunehmen und in ein neues Lebenskonzept zu integrieren. Auch Rehabilitand:innen, die unter depressiven Verstimmungen leiden oder zu suizidalen Gedanken tendieren, kann eine Psychotherapie stabilisieren.

Im Rahmen der Psychotherapie sind neben den Einzelgesprächen auch Paar- oder Familiengespräche möglich, um innerfamiliär Lösungen zu erarbeiten. Im Rahmen der Therapie kommen Elemente der psychodynamisch imaginativen Traumatherapie und der systemischen Therapie zum Tragen. Die Art des Vorgehens wird individuell an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Ratsuchenden ausgerichtet. Bei Bedarf bzw. auf Wunsch vereinbaren wir umgehend Termine mit unserer kooperierenden Praxis für Psychotherapie.

## **Heilpraktische Behandlung**

Einen weiteren Ansatzpunkt zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung und zur Förderung rehabilitativer Ressourcen bieten heilpraktische Behandlungen. Schwerpunkte sind hier wahrnehmungssensibilisierende Verfahren, die einen vertiefenden Einblick in das Zusammenspiel von Körper und Psyche ermöglichen, und Entspannungsverfahren. Ziel des Einsatzes von Entspannungsverfahren wie autogenem Training und progressiver Muskelentspannung nach Jacobson ist es, das innere Ent- bzw. Spannungsniveau bewusster wahrzunehmen, um es dadurch verbessert kontrollieren und im Alltag steuern zu können. Bei Bedarf und auf Wunsch vereinbaren wir gerne Termine mit der an das LogoZentrum angegliederten Naturheilpraxis.

## **Neurologische Konsultation**

Bei Bedarf neurologischer Diagnostik und Fragen zur Medikation steht unsere kooperierende Praxis für Neurologie und Psychiatrie beratend zur Verfügung.



# Erfahrungsberichte

„Es gibt nicht genug Dankesworte dafür, mit wie viel Geduld und Liebe euer ganzes Team Sebastian ein großes Stück Selbstständigkeit zurückgegeben hat.“

**Frau S., Mutter eines jungen SHT-Patienten**

„Nach meinem Unfall konnte ich kaum sprechen, ich lag nur noch im Bett und jetzt laufe ich mittlerweile kurze Strecken mit dem Vier-Punkt-Stock und habe eine eigene Wohnung. Die Wäsche wasche ich selbst, morgens und abends wasche ich mich selbst, Kochen tue ich auch selbst – jetzt keine großartigen Menüs, aber es ist schon nicht schlecht. Ich komme jedes Mal immer wieder gerne!“

**Sebastian K., Rehabilitand**

„In Lindlar wurde „Wert“ auf Selbstständigkeit gelegt, das habe ich in keiner anderen Reha erlebt. Es wurde halt auch „Therapie“ in der Pflege gemacht, dadurch, dass dort die Pflegerinnen sich sehr viel Zeit für einen genommen haben, war es auch nicht schlimm, dass es am Anfang länger gedauert hat. Oberstes Gebot war die Devise „Alles was der Patient alleine kann, soll er auch alleine machen, egal wie lange es dauert“. Dadurch kamen die anderen Bereiche aber nicht zu kurz. Insgesamt würde ich sagen: Eine wirklich sehr gute Reha mit Training für Sachen, die man oft im Alltag braucht, die aber oft vernachlässigt werden. Trotz der ganzen Therapie ist das eine Reha, in der man sich menschlich einfach nur wohlfühlen kann.“

**Andrea S., Rehabilitandin**

„Als Psychotherapeutin arbeite ich seit vielen Jahren eng mit dem LogoZentrum zusammen. Ich schätze besonders die Flexibilität, mit der auf die Bedürfnisse der Patient\*innen eingegangen wird. So ist eine individuelle und bedarfsgerechte Behandlung möglich. Die Einrichtung zeichnet sich durch den freundlichen, zugewandten und

respektvollen Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient\*innen aus.“

**Andrea Busch, Psycho-/Traumatherapeutin**

„Die intensive Rehabilitation unserer Versicherten im LogoZentrum Lindlar zeigt, dass den Menschen mit erworbenen schweren bis schwersten Hirnschädigungen und daraus resultierenden Sprachstörungen, aber auch körperlichen Funktionseinschränkungen, die Rückkehr in ein weitestgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden kann.“

Die therapeutischen Maßnahmen in Form von täglich hohen Sitzungszahlen der Logopädie, begleitet von Physio- und Ergotherapie, aber auch und vor allem einer aktivierenden Pflege und Betreuung ebnen unseren Versicherten den Weg in ihr alltägliches Leben im familiären und sozialen Umfeld bis hin zur Teilhabe am Arbeitsleben. Unterstützt wird die Rehabilitation durch ein ergebnisreiches Alltagskompetenz- und PC-Training. Wünsche und Bedürfnisse unserer Versicherten werden bei der Erstellung des Behandlungsplans berücksichtigt und somit deren eigene Zufriedenheit gesteigert.

Unsere jahrelange Zusammenarbeit mit dem LogoZentrum Lindlar ist gekennzeichnet durch einen engmaschigen persönlichen Kontakt und regen Austausch mit unseren Versicherten und ihren Angehörigen bei Roundtable-Gesprächen vor Ort. Individuelle Anpassungen an den jeweiligen Entwicklungsstand sowie Verlauf und Ergebnisse der Rehabilitation lassen sich dabei im gemeinsamen Gespräch mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des LogoZentrums optimal gestalten.“

**Gez. Claus Diehl, Rehamanager der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst- und Wohlfahrtspflege**

„Aufgrund einer schweren Aphasie infolge eines SHT 3. Grades beantragten wir für unseren Sohn eine Reha im Logopädisch-interdisziplinären TherapieZentrum in Lindlar.

Schon die Gespräche im Vorfeld vermitteln einen sehr positiven Eindruck und es wurde seitens der Pflegeleitung sowie der didaktischen Koordinatorin vieles erfragt. Dieser Eindruck setzte sich auch in der Reha fort.

In Lindlar gibt es einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Pflegepersonal, den man im Alltag deutlich merkt und der sich von anderen Rehaeinrichtungen, die wir kennen, deutlich unterscheidet. Nicht nur, dass wir zu jeder Zeit anrufen und uns jemand Auskunft geben konnte oder direkt auf das Zimmer gegangen ist, damit wir unseren Sohn sprechen konnte. Auch auf individuelle Bedürfnisse des Patienten wird eingegangen. So hat unser Sohn z. B. während des Frühstücks gezielt Unterstützung bekommen, da er wieder lernen muss alleine zu essen, sich Brote zu schmieren etc. Generell gibt es viel „Alltagskompetenz-Training“ bzw. werden alltägliche Handlungen verstärkt in die Therapie eingebaut.

Aber auch das logopädische Konzept hat uns überzeugt und unser Sohn konnte nach dem 1. Aufenthalt einige Wörter sprechen, was aufgrund seiner chronischen Aphasie zuvor nicht der Fall war.

Die engmaschige und liebevolle Betreuung seitens des Pflegeteams gaben uns während des gesamten Aufenthalts ein gutes Gefühl und wir wussten unseren Sohn immer in guten Händen. Insbesondere der stetige persönliche Kontakt zu Therapeuten und Pflegepersonal, der vor allem den kleinen Gruppen geschuldet ist, machen den Unterschied zwischen anderen (medizinischen) Einrichtungen und dem Logozentrum Lindlar aus.“

**Iris v. G., Mutter eines jungen SHT-Patienten**

„Warum Lindlar?

Uns gefällt sehr die »familiäre Atmosphäre«. Nach mehreren Aufenthalten ist es wie »nach Hause kommen«. Eine lange Eingewöhnungs- und Kennenlernzeit ist dann nicht mehr nötig.

Die Unterkünfte, sowohl im Haus Nr. 25 als auch die Apartments, sind ansprechend, individuell und wohnlich gestaltet. Das Pflegepersonal nimmt sich ausreichend Zeit für die Patienten (mehr als in einem Krankenhaus oder anderen Einrichtungen) und versucht, die individuellen Wünsche der Patienten umzusetzen. Angehörige werden mit einbezogen, sowohl mit Wünschen als auch bei Entscheidungen.

Durch die enge Zusammenarbeit der TherapeutInnen und dem Pflegeteam kann das in den Therapien Erlernte auch in der Freizeit mit angewandt werden, was beim Erreichen der Ziele sehr hilfreich sein kann.

Unsere Tochter Sarah hat 12 Jahre nach ihrem schweren Reitunfall in 8 Aufenthalten (seit August 2014) von unterschiedlicher Dauer das Essen und Trinken wieder erlernt. Sie kann auch mehr ihre Stimme einsetzen und vielleicht ihren Wunsch, wieder sprechen zu können, bald erfüllen.

Die Prognosen der Ärzte, dass „Normalitäten – die sich 4–5 Jahre nach dem Unfall nicht reguliert haben, nicht wieder kommen ...“, können wir zum Glück so nicht bestätigen.

Nach jedem Aufenthalt waren bei Sarah positive Veränderungen spürbar, welche ihr Selbstbewusstsein gesteigert und erheblich zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beigetragen haben. Leider kann im häuslichen Bereich eine solche Kombination von hoher Therapieintensität und individueller Betreuung nicht gewährleistet werden. Gern nehmen wir die große Entfernung von fast 500 km zwischen unserem Wohnort Leipzig und Lindlar in Kauf, um unserer Tochter die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Darum Lindlar!“

**Diana G., Mutter einer SHT-Patientin**

## Haben Sie Fragen?

Unsere didaktische Koordinatorin Frau Lanz hilft Ihnen gerne:



E-Mail: [teilhabe@logozentrumlindlar.de](mailto:teilhabe@logozentrumlindlar.de)

Tel.: **0 22 66 / 9 06-0**

Internet: [www.logozentrumlindlar.de](http://www.logozentrumlindlar.de)

### Steckbrief Anfrage

- ▶ Anfrage Informationsmaterial und Beratungsgespräch über unsere Website, per E-Mail oder telefonisch
- ▶ Zusendung aktueller Befundberichte durch Sie für unsere Gesprächsvorbereitung
- ▶ ausführliches Beratungsgespräch
- ▶ Terminabsprache und Beantragung des Therapieaufenthalts bei der Unfallkasse / Berufsgenossenschaft



## Quellen

- 1 WHO (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. Hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI.
- 2 Rickels, E.; Wild, K. v.; Wenzlaff, P.; Bock, J. W. (Hrsg.) (2006). Schädel-Hirn-Verletzung. Epidemiologie und Versorgung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. München: Zuckschwerdt.
- 3 Backhaus, S. L.; Ibarra, S. L.; Klyce, D.; Trexler, L. E.; Malec, J. F. (2010). Brain injury coping skills group: a preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers. *Arch Phys Med Rehabil.*, 91(6), S. 840-848.
- 4 Fischer, S.; Gauggel, S.; Trexler, L.E. (2004). Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury*, 18(6), S. 547-62.
- 5 Ownsworth, T.; Haslam, C. (2016). Impact of rehabilitation on self-concept following traumatic brain injury: An exploratory systematic review of intervention methodology and efficacy. *Neuropsychol Rehabil.*, 26(1), S. 1-35.
- 6 Bender, A.; Adrion, C.; Fischer, L.; Huber, M.; Jawny, K.; Straube, A.; Mansmann, U. (2016). Long-term rehabilitation in patients with acquired brain injury—a randomized controlled trial of an intensive, participation-focused outpatient treatment program. *Dtsch Arztebl Int*, 113 (38), S. 634–641.
- 7 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (2013). Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. Frankfurt a. M.
- 8 Breitenstein, C.; Grewe, T.; Flöel, A.; Ziegler, W.; Springer, L.; Martus, P. et al. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*, 389(10078), S. 1528-1538.
- 9 Gauggel, S. (2016). Störungen der Krankheitseinsicht. In: Thöne-Otto, A.; Flor, H.; Gauggel, S.; Lautenbacher, S.; Niemann, H. (Hrsg.): Fortschritte der Neuropsychologie, Band 17. Göttingen: Hogrefe.
- 10 Dornonville de la Cour, F.L.; Forchhammer, B.H.; Mogensen, J.; Norup, A. (2020). On the relation between dimensions of fatigue and depression in adolescents and young adults with acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabil.*, 30(5), S. 872-887.
- 11 Dickerson, S.S.; Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull.*, 130(3), S.355-391.
- 12 Gorgoraptis, N.; Zaw-Linn, J.; Feeney, C.; Tenorio-Jimenez, C.; Niemi, M.; Malik, A. et al. (2019). Cognitive impairment and health-related quality of life following traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 44(3), S. 321-331.
- 13 Pinter, D.; Weiss, E.M.; Papousek, I.; Fink, A. (2014). Neuroplastizität und Lernen im Alter. *Lernen und Lernstörungen*, 3 (4), S. 237-248.
- 14 Bender, A.; Bauch, S.; Grill, E. (2014). Efficacy of a post-acute interval inpatient neurorehabilitation programme for severe brain injury. *Brain Injury*, 28 (1), S. 44–50.





## Kontakt

Logopädisch-interdisziplinäres  
TherapieZentrum Dr. Middeldorf GmbH  
Kamper Straße 17–19  
51789 Lindlar

Telefon: 0 22 66 / 9 06-0  
Fax: 0 22 66 / 9 06-88

E-Mail: [info@logozentrumlindlar.de](mailto:info@logozentrumlindlar.de)  
Internet: [www.logozentrumlindlar.de](http://www.logozentrumlindlar.de)



## Die Geschäftsführung

### **Dr. paed. Volker Middeldorf**

Dipl.-Päd., staatl. anerk. Sprachheillehrer  
Sprachtherapeut, Heilpraktiker (Sprachtherapie)

### **Tina Keck**

Logopädin Bachelor of Health, Sprachpathologin M.A.  
Fachliche Ltg. Logopädie, Therapeutische Ltg.