



Institut für
empirische
Soziologie
an der
Universität
Erlangen-
Nürnberg

2/2008

Möglichkeiten und Erfolge der beruflichen Rehabilitation von Personen mit Aphasie

Ergebnisse einer Literaturanalyse

Dr. Hendrik Faßmann

MATERIALIEN

**Materialien aus dem
Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nür**

Februar 2008

2/2008

**ISSN 1616-6884 (Print)
ISSN 1618-6540 (Internet)**

Zitierweise:

Faßmann, Hendrik (2008)

Möglichkeiten und Erfolge der beruflichen Rehabilitation von Personen mit Aphasie.
Ergebnisse einer Literaturanalyse. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Heft 2/2008, Nürnberg:
Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-
Nürnberg.

Redaktion: Dr. Rainer Wasilewski Marienstraße 2 90402 Nürnberg

© Jeder Nachdruck, jede Vervielfältigung (gleich welcher Art)
und jede Abschrift – auch auszugsweise – bedürfen
der ausdrücklichen Genehmigung des
Instituts für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstraße 2 90402 Nürnberg
Telefon 0911 – 23 565 0, Fax 0911 – 23 565 50
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>
E-Mail: info@ifes.uni-erlangen.de

Inhaltsverzeichnis		Seite
Vorbemerkung		5
1	Aphasie: Definition, Epidemiologie und Folgen der Sprachstörungen	5
2	Möglichkeiten zur Eingliederung von Personen mit Aphasie in das Arbeitsleben	11
2.1	Information - Beratung – Selbsthilfe	12
2.2	Möglichkeiten berufsbezogener Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation von Personen mit Aphasie	13
2.2.1	Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung bzw. Rehabilitation	13
2.2.2	Medizinisch-berufliche Rehabilitation in <i>Phase-II-Einrichtungen</i> – Neurologische Berufstherapie	16
2.2.3	Beispiele für andere Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten neurologischen Rehabilitation	19
2.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Personen mit neurologischen Erkrankungen	21
2.3.1	Berufliche Erstausbildung	22
2.3.2	Berufliche Qualifizierung Erwachsener	25
2.3.3	Unterstützte Beschäftigung	25
3	Wirksamkeit von berufsbezogenen bzw. Berufsförderungsmaßnahmen für neurologisch erkrankte Personen unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit Aphasie	27
3.1	Faktoren zur Prognose der beruflichen Eingliederung nach Hirnschädigungen	29
3.2	Zur beruflichen Eingliederung aphasischer Rehabilitand(inn)en	38
3.3	Schlussfolgerungen für die Rehabilitationspraxis	43
Literaturverzeichnis		45

Vorbemerkung

Die vorliegenden Materialien zum Forschungsstand der beruflichen Rehabilitation von Personen mit Hirnschädigungen im Allgemeinen sowie von Aphasiker(inne)n im Besonderen entstanden im Rahmen der Begleitforschung des Modellprojekts „Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie – IBRA“. Dieses Projekt wurde in den Jahren 2002 bis 2008 vom *Berufsförderungswerk Nürnberg* und der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* konzipiert, mit Förderung des *Bundesministeriums für Arbeit und Soziales* sowie des *Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen* erprobt und hat sich in der Zwischenzeit als reguläres Teilhabeleistungsangebot des *Berufsförderungswerks Nürnberg* etabliert.

Ich danke *Frau Evelyne Staab* und *Frau Susanne Hüttlinger* vom *Berufsförderungswerk Nürnberg* sowie *Herrn Dr. Thomas Schmidt* und *Herrn Dr. Gerald Lehrieder* von der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* für wertvolle Hinweise im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorliegenden Literaturstudie.

1 Aphasie: Definition, Epidemiologie und Folgen der Sprachstörungen

„Aphasien sind erworbene Sprachstörungen in Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Die Störungen betreffen alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten, also Sprechen und Schreiben ebenso wie Verstehen und Lesen. Sie werden durch Läsionen der Sprachregion verursacht, die bei mehr als 90% der Menschen in der linken Großhirnhemisphäre liegt.“¹ Dabei handelt es sich um „*supramodale / multimodale Störungen der sprachlichen Kompetenz, des „inneren“ sprachlichen Wissens, und nicht der sprachlichen Performanz, der Umsetzung beim Sprechen / Verstehen. Störungen kognitiver Systeme wie Gedächtnis (Amnesie²), Handlungsfähigkeit (Apraxie³), Erkennen von Gegenständen (Agnosie) können als Begleitsymptome auftreten, sind jedoch nicht Ursache der Aphasie.*

Die Sprachproduktion setzt die Intaktheit verschiedener Komponenten voraus: die kommunikative Komponente (Kommunikationsabsicht, -interesse, -antrieb), die ideatorische Komponente zur Bereitstellung der Information / Botschaft, die mitgeteilt werden soll, die sprachli-

¹ Vgl. Ackermann et al. 2005: 1; Tesak 2006: 2; Wittler 2006: 4 ff

² Siehe dazu z.B. Lehner / Brenner-Walter 2006: 460 ff

³ Siehe dazu z.B. Kolster 2002; Lutz 2004: 38; Prusswald 2006

che Komponente, die der „Versprachlichung“ dient und die sprechmotorische Komponente mit Sprechatmung, Stimmbildung (Phonation) und Lautbildung (Artikulation), deren Störung als Dysarthrie bezeichnet wird.“⁴

Im Erwachsenenalter werden Aphasien ungefähr zu 80 % durch zerebrale Durchblutungsstörungen infolge eines akuten Hirninfarkts (Schlaganfall, Apoplex)⁵ im Bereich der sprachdominanten Hirnhälfte, der Rest durch Enzephalitiden, Hirntumoren (ca. 5 % der Fälle)⁶, Schädel-Hirn-Traumen (z. B. nach einem Unfall, ca. 15 % der Fälle) und degenerative Prozesse verursacht.⁷

Die Prävalenz zerebrovaskulär bedingter Aphasien wird auf etwa 1 ‰ der Gesamtbevölkerung geschätzt. In Deutschland leiden ca. 70.000 Personen unter diesen Aphasien. Alle Ätiologien zusammen genommen ist hier von etwa 85.000 – 100.000 Patienten auszugehen. Die jährliche Inzidenzrate neu auftretender und anhaltender Aphasien beträgt rund 24.000.⁸

Zur Typisierung der Sprachstörungen unterscheidet die „Bostoner Schule“⁹ unter Berücksichtigung der Leitsymptome bzw. Merkmale *Sprachflüssigkeit und –rhythmus* zwischen

- *nicht flüssigen Aphasien* (Broca-Aphasie, Globale Aphasie) und
- *flüssigen Aphasien* (Wernicke-Aphasie, Amnestische Aphasie)

sowie auf Grund von *rezeptiven* (Verstehensleistung), *expressiven* (Nachsprechen) oder *kombinierten rezeptiven und expressiven Störungen*:

- *motorische Aphasien*: Störungen in der Sprachproduktion (Broca-Aphasie, Amnestische Aphasie)
- *sensorische Aphasien*: Störungen im Verstehen von Laut und / oder Schriftsprache (Reine Alexie, Wernicke-Aphasie)

⁴ Schönle / Stemmer 1999: 326; siehe dazu auch: Bucher 2005: 135 f; Huber 2006; Tesak 2006: 2 ff

⁵ „In den ersten Tagen nach einem Schlaganfall sind ca. 38 % aller Patienten aphasisch, mehr als die Hälfte dieser Patienten haben eine schwere Aphasie. Unter den initial aphasischen Patienten haben 44 % der nach 6 Monaten noch Überlebenden keine Aphasie mehr (...). Bei einem Drittel der Patienten mit initialer Aphasie normalisieren sich die Sprachfunktionen in den ersten vier Wochen weitgehend, danach flacht die Kurve der Spontanrückbildung zunehmend ab (...). Spätestens nach 12 Monaten kann eine weitere Besserung nicht mehr spontan erfolgen.“ (Ackermann et al. 2005: 2; siehe dazu auch: Lang / Stockert 1986: 123f; Bauer et al. 2002: 64; Schubert 2005: 20; Wittler 2006: 28 ff). Auch wenn eine weitere Besserung nicht mehr spontan erfolgt, können bei vielen Patienten durch Übungsbehandlung durchaus noch Fortschritte erzielt werden. Über sprachliche Verbesserungen hinaus können die Betroffenen vielfache kompensatorische oder sprachersetzende Möglichkeiten erlernen, um die Kommunikation im Alltag trotz der gestörten Sprache zu meistern. Infarktbedingte Anfälle können zu einer Verschlechterung über mehrere Stunden bis zu zwei Wochen führen. (vgl. Berlitz et al. 2002: 1 f).

⁶ Siehe dazu etwa: Lowry 2004: 2 ff; Paulig et al. 2004: 174 f

⁷ Vgl. Schönle / Stemmer 1999: 326; Mezger 2001; Jaecks 2006: 7 f

⁸ Vgl. Berlitz et al. 2002: 1; Ackermann et al. 2005: 2; Huber / Poeck / Weniger 2006: 98 ff; siehe auch : Mezger 2001;

⁹ Siehe dazu: Helm-Estabrooks / Albert 1991; Karbe / Küst 2004: 90

- *sensorisch-motorische Aphasien*: Störungen in der Sprachproduktion *und* im Verständnis (Globale Aphasie).

Dabei werden die Leitsymptome / Merkmale „Flüssigkeit“, „Verstehensleistung“ und „Nachsprechen“ jeweils mit „gut“ bzw. „schlecht“ beurteilt, um eine Zuordnung zu den unterschiedlichen Aphasiesyndromen vornehmen zu können (siehe dazu *Abbildung 1*).

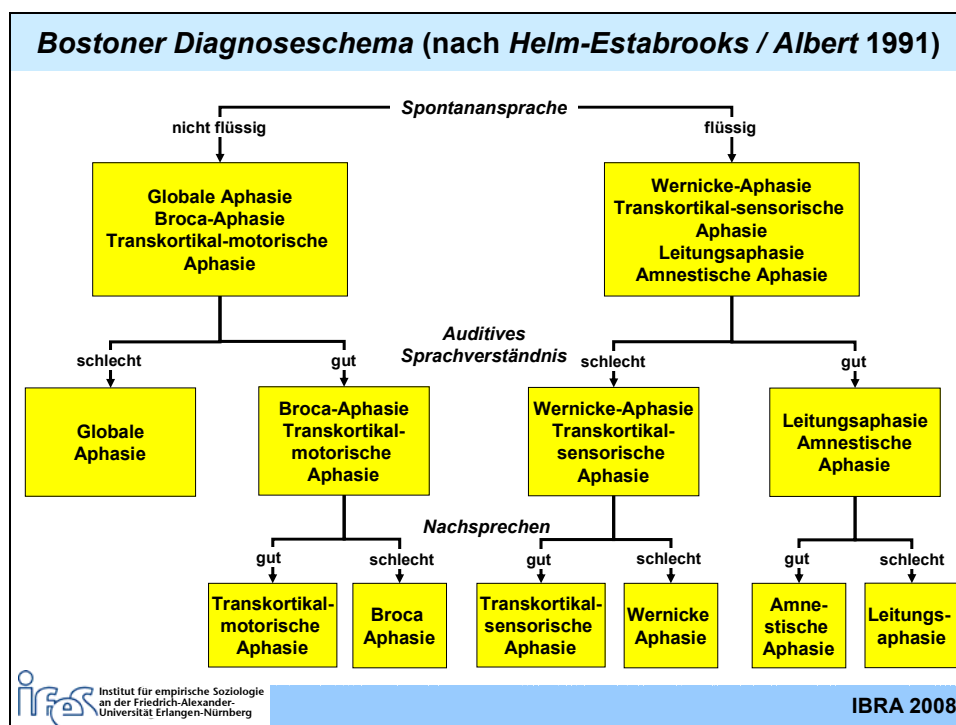


Abbildung 1

Im deutschsprachigen Raum wird für die klinische Beschreibung der Symptomatik heute vor allem das in *Übersicht 1* enthaltene („neoklassische“¹⁰) „Aachener Klassifikationsschema“¹¹ verwendet, das eine Syndromzuweisung von 80 % bis 90 % der (Schlaganfall-) Patient(inn)en zulässt.¹²

Kritisiert wird allerdings, dass sich 30 % bis 40 % der auftretenden Aphasien (z.B. bei traumatischen, subkortikalen oder demenziellen Aphasien oder solchen bei Kindern oder Jugendlichen) in der Klinik nicht den klassischen Syndromen zuordnen ließen und die Syndro-

¹⁰ Vgl. Tesak 2006: 26 ff; siehe auch: Campagna 2005; Wittler 2006: 27

¹¹ Siehe dazu: Huber / Poeck / Weniger 2006: 119 ff. Dieses Klassifikationsschema gilt als Derivat der „Bostoner Schule“ (vgl. Tesak 2006: 27). Der therapieorientierte Aphasiolegetheseansatz von Lurija, nach dem Aphasien nach der Lokalisation der Schädigungen im Verhältnis zu den jeweiligen Komponenten der Sprachverarbeitung klassifiziert werden, ist demgegenüber in den deutschsprachigen Ländern unterrepräsentiert. (siehe dazu: Tesak 2001a).

¹² Vgl. Ackermann et al. 2005: 1, Bartha 2006: 391 ff. Anschauliche Beispiele zur Illustration der aphasischen Syndrome finden sich etwa bei Krämer 1999: 5 ff; Schultze-Jena 2002: 490 ff; Lutz 2004: 28 ff; Huber / Poeck / Weniger 2006: 122 ff; Rokitta 2007.

me in sich sehr heterogen seien. Zudem träten aphasische Symptome üblicherweise nicht isoliert auf. So seien typischerweise alle Modalitäten und alle linguistischen Ebenen betroffen und dies in individuell differierender Weise. Aufgrund dessen sei der Ansatz des „Individualsyndroms“, der auf eine Erstellung von individuellen Leistungsprofilen hinausläuft, besser als Basis für eine Therapie geeignet.¹³

Aphasie-Standard-Syndrome	Aphasie-Nichtstandard-Syndrome
➤ Globale Aphasie - Leitsymptom: Sprachautomatismen - Sprachfluss: stark eingeschränkt, oft spread. apraktisch - Kommunikation: schwer gestört ➤ Wernicke-Aphasie - Leitsymptome: Paragrammatismus, Paraphasien, Jargon - Sprachfluss: unauffällig, teilweise überschießend (Logorrhö) - Kommunikation: bei Jargon schwer gestört, sonst schwer bis mittelgradig ➤ Broca-Aphasie - Leitsymptome: Agrammatismus - Sprachfluss: eingeschränkt, oft sprechapraktisch - Kommunikation: schwer bis mittelgradig gestört ➤ Amnestische Aphasie - Leitsymptom: Wortfindungsstörungen - Sprachfluss: unauffällig, aber häufig Suchverhalten und Satzabbrüche - Kommunikation: mittelgradig bis leicht gestört	➤ Leitungsaphasie - Leitsymptome: herausragend gestörtes Nachsprechen mit phonematischen Paraphasien und Suchverhalten, stark reduzierte verbale Merkspanne - Sprachfluss: häufig phonematisches Suchverhalten - Kommunikation: mittelgradig gestört ➤ Transkortikale Aphasie - Leitsymptom: herausragend gutes Nachsprechen - Sprachfluss: - unauffällig, aber eingeschränktes Verstehen (transkortikal-sensorisch) - stark eingeschränkt mit gutem Verstehen (transkortikal-motorisch) - stark eingeschränkt mit schlechtem Verstehen (gemischt-transkortikal) - Kommunikation: mittelgradig bis stark gestört

Übersicht 1: Klassifikationsschema der Aphasien (Quelle: Ackermann et al. 2005: 8)

Die sprachsystematischen Störungsmerkmale bei Personen mit Aphasie manifestieren sich prinzipiell in allen expressiven (Sprechen; Schreiben (Dyslexie)) und rezeptiven Modalitäten (Verstehen; Lesen (Agraphie bzw. Dysgraphie)). Wegen der zugrunde liegenden Erkrankungen bzw. Verletzungen des zentralen Nervensystems (ZNS) leiden die Betroffenen häufig an

¹³ Vgl. Jaecks 2006: 9; Tesak 2006: 26, 29 ff; Wittler 2006: 24 ff. Campagna (2005: 11 ff) weist - abgesehen von diesen *klinisch-neurologischen Klassifizierungsansätzen* - auf weitere Möglichkeiten hin, Aphasien zu untersuchen: So eignet sich der *kognitiv-neurolinguistische Ansatz* ebenfalls zur aphasiologischen Grundlagenforschung. Demgegenüber gehören der *psycho-soziale* und der *pragmatisch-orientierte Ansatz* in ihrer Entstehung, Motivation und Ausrichtung zur Aphasietherapieforschung. Die betreffenden Fragestellungen beschäftigen sich mit den Ebenen der Beeinträchtigungen und der psycho-sozialen Folgen der Patient(inn)en und sind auf die Entwicklung effektiverer (logopädischer) Therapieformen hin ausgerichtet.

weiteren (von der Aphasie differenzialdiagnostisch klar abzugrenzenden¹⁴) neurologischen und / oder neuropsychologischen Defiziten, wie z.B.¹⁵

- Lähmungen und Gefühlsstörungen einer Körperseite (Hemiplegie),
- Gesichtsfeldeinschränkungen,
- Störungen der Körperwahrnehmung (Anosognosie),
- Störungen der Bewegungskoordination (Apraxie, Ataxie),
- Störungen der Sprechmotorik (Dysarthrie¹⁶), sowie
- Gedächtnis-, Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörungen,¹⁷
- Rechenstörung (Akalkulie¹⁸),
- Antriebsstörungen,
- pathologische Ermüdbarkeit (Fatigue),
- Gefühlsschwankungen und Reizbarkeit,
- posttraumatische bzw. vaskuläre Epilepsien¹⁹.

„Aphasische Störungen sind mit einem erheblichen Handicap im familiären und sozialen Leben verbunden und stellen ein wesentliches Hindernis für die berufliche Wiedereingliederung dar.“²⁰ Gerade in der modernen, weithin auf sprachliche Kommunikation ausgerichteten Gesellschaft führen Sprachdefizite zur sozialen Ausgrenzung, nicht zuletzt oftmals bedingt durch die damit einhergehende Berufsunfähigkeit. Schwerwiegende Folgen sind nicht nur Frühinvalidität und finanzielle Schwierigkeiten, die schließlich zur völligen Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen (Sozialhilfebedürftigkeit) führen können,²¹ sondern auch negative Auswirkungen auf Ehe und Partnerschaft,²² Beziehungen zu den Kindern,²³ Einbindung in den Freundeskreis usw.²⁴ Belastungen der betreuenden Personen (zumeist Partner(innen)

¹⁴ Vgl. Lutz 2004: 37 ff

¹⁵ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998: 54; Lutz 2004: 37 ff; Schubert 2005: 18 f; Tesak 2006: 26; Wallesch / Johannsen-Horbach 2007: 244

¹⁶ Siehe dazu z.B. ohne Verfasser (o.J.); Lutz 2004: 37 f;

¹⁷ Siehe dazu z.B. Lehmer / Brenner-Walter 2006; Falkensteiner et al. 2006

¹⁸ Siehe dazu z.B. Willmes-von Hinckeldey 2005; Delazer / Domahs 2006

¹⁹ Siehe dazu: Holzmann 1997: 86; Lehner-Baumgartner / Baumgartner 2006; Oder / Wurzer 2006: 275 f; Schubert / Lalouschek 2006: 308

²⁰ Vgl. Ackermann et al. 2005: 1; siehe auch: Katzlberger / Oder 2000; Mezger 2001; Tesak 2006: 71

²¹ Vgl. Käsbach 2003

²² Vgl. Santos et al. 1999; Hinckley / Packard 2001; Michallet / Le Dorze / Tétreault 2001; Hunger 2002: 28 f; Käsbach 2003; Michallet / Tétreault / Le Dorze 2003; Bauer / Kulke 2004; Fox et al. 2004; Lutz 2004: 266 ff; McGrane 2006: 14 f; Rokitta 2007b

²³ Siehe dazu z.B.: Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB); Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) 2000: 9 f; Hunger 2002: 31 f; Schneckenburger 2003; Teichmann 2003; Lutz 2004: 270 ff

²⁴ Vgl. Cruice et al. 2003; Dumont 2003: 12 f; Cruice / Worrall / Hickson 2006

der Rehabilitand(inn)en) treten hinzu.²⁵ Infolgedessen wird berufliche und soziale Rehabilitation immer weniger praktikabel und zunehmend schwierig, erhebliche Einbußen der Lebensqualität sind die Folge.²⁶

In *Abbildung 2* wird Aphasie unter die Kriterien des heute im Bereich der Rehabilitation gängigen bio-psycho sozialen Modells der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* subsumiert. Das Schema eignet sich zur Strukturierung von Planung und Organisation des Rehabilitationsprozesses.²⁷

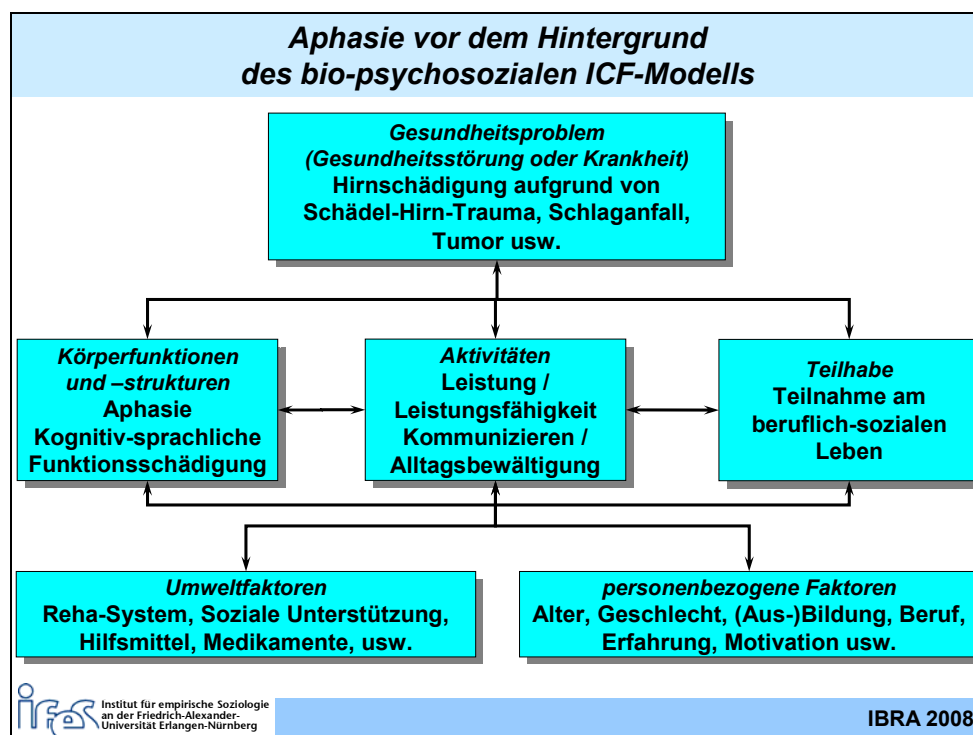


Abbildung 2

²⁵ Siehe dazu: Währborg 1991: 38 f; Hall et al. 1994: 876, 883; Milkun 1997: 72 ff; Perlesz / O'Loughlan 1998; Kreutzer 1998; Zemva 1999; Dinkel / Balck 2001; 2003; Andersson / Fridlund 2002; Kitze / Cramon / Wilz 2002; Marshall 2002; Steiner 2002; Käsbach 2003: 2/10; aphasie suisse 2006: 557; Neumann / Tesar 2006: 560 ff; Wilz / Böhm 2007: 1 f; Fries 2007b: 135 f

²⁶ Siehe dazu: Kauhanen 1999; Katzlberger / Oder 2000; Knab 2000: 143; LaPointe 2000; Worrall / Holland 2003; Howe / Worrall / Hickson. 2004

²⁷ Vgl. Tesak 2001b: 163 f; Cruice 2003: 347; Howe / Worrall / Hickson 2004: 1016 ff; Bucher 2005: 137 ff; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005: 11 ff; Grötzbach 2005; 2006; Höchstädter 2006; Rentsch 2006; Rollnik 2006; Fries 2007a.; Larkins 2007. Simmons-Mackie / Kagan 2007. Beklagt wird allerdings, dass in der routinemäßigen Aphasiebehandlung immer noch stimulierende und symptom-orientierte Therapieformen Vorrang haben, während Kommunikation, Alltag und ICF-bezogene Therapieformen nachgeordnete Größen darstellen (vgl. Tesak et al. 2006: 430).

2 Möglichkeiten zur Eingliederung von Personen mit Aphasie in das Arbeitsleben

Nach dem für die neurologische Rehabilitation gültigen Phasenmodell²⁸ (siehe *Abbildung 3*), sieht die Behandlungskette bei Erkrankungen / Verletzungen des zentralen Nervensystems vor, frühzeitig Möglichkeiten zur (Wieder-)Eingliederung in das Arbeitsleben zu prüfen und einzuleiten.

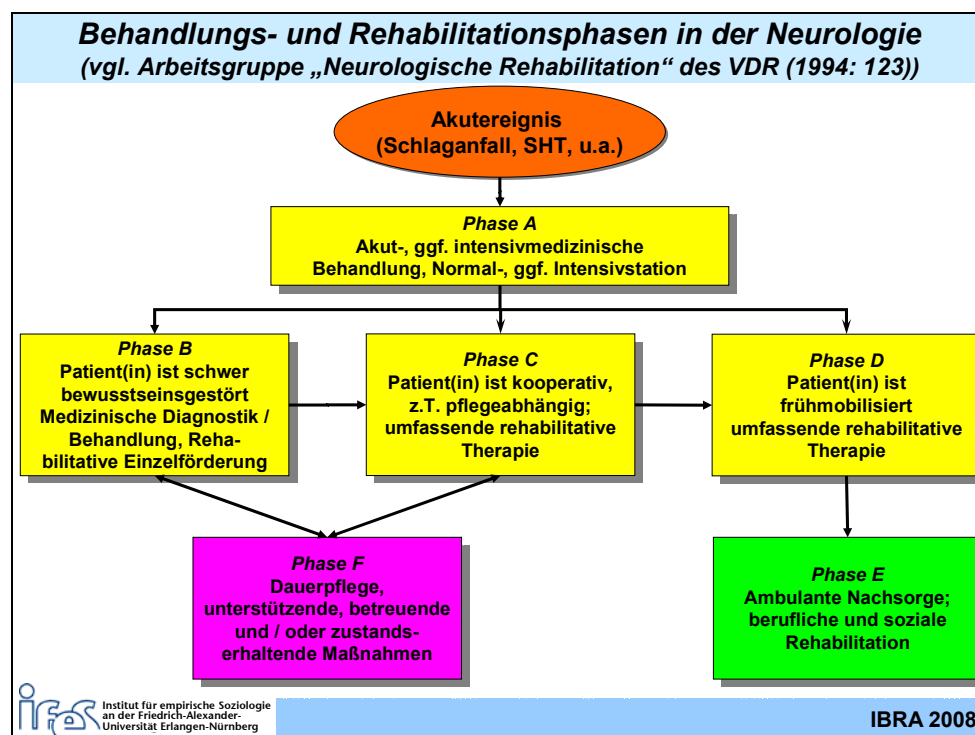


Abbildung 3

So sollen

- bereits in Phase C erste Prognosen bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erstellt,²⁹
- in Phase D, d.h. in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. -rehabilitation oder ambulant³⁰),

²⁸ Vgl. Arbeitsgruppe „Neurologische Rehabilitation des VDR 1994: 120 ff; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1995: 121 ff; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998: 32 ff; 2003: 20; 2007: 18 ff; Schupp 2004a: 24 ff; Fertl 2006: 531 f; Brandt / Bertram 2007: 1461f

²⁹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995: 14

³⁰ Vergleiche der beiden Behandlungssettings im Bereich der neurologischen Rehabilitation finden sich bei Bölsche et al. 2002; Schönlé 2002; Schupp 2004b;

- berufliche und arbeitsbezogene Anforderungen mit dem aktuellen Fähigkeitsprofil abgeglichen,
- Störungen berufsrelevanter Fähigkeiten therapiert,
- interne und externe Belastungserprobungen durchgeführt sowie
- Beratungsleistungen und persönliche Hilfen erbracht³¹

und in Phase E (in der Regel 3 bis 9 Monate nach dem Akutereignis) Maßnahmen im Zusammenhang mit einer beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden.³²

Im Folgenden sollen Maßnahmen, die auf die (Wieder-)Eingliederung von neurologisch geschädigten Personen in Arbeit und Beruf ausgerichtet sind, unter Berücksichtigung des institutionellen Kontexts vorgestellt werden, in dem sie in der Regel erbracht werden. Es ist anzunehmen, dass einzelne dieser Angebote durchaus in Konkurrenz zu IBRA stehen können.

2.1 Information - Beratung - Selbsthilfe

Grundsätzlich sind alle Sozialversicherungsträger nach §§ 14, 15 SGB I zur Auskunft und Beratung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie zur Unterstützung bei der Inanspruchnahme notwendiger Sozialleistungen verpflichtet. Diesem Auftrag kommen sie insbesondere auch im Rahmen der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach §§ 22 ff SGB IX nach.

In den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (Fachkliniken) werden Beratungs- und Betreuungsangebote vom klinikinternen Sozialdienst bzw. der Sozial- oder Reha-Beratung (in der Regel von Sozialarbeiter(inne)n bzw. –pädagog(inn)en) erbracht. Dazu können auch die Abklärung von beruflichen und sozialen Problemen sowie die Entwicklung und Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Klinikaufenthalt gehören.³³

Speziell für Aphasiker wurden die bundesweit 18 durch den *Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. – Bundesverband Aphasie* –³⁴ in ihrer Einrichtung und ihrem Bestand unterstützten „*Aphasie-Zentren*“ geschaffen. Diese sind teils organisatorisch selbständige Einrichtungen, die auf die Initiative von Aphasiker(inne)n zurückgehen, teils rechtlich selbständige Reha-Einrichtungen (z.B. gGmbH) im sozialrechtlichen Sinne (z.B. Rehabilitati-

³¹ Vgl. *Gerwin* 2000: 55; *Brandt / Bertram* 2007: 1462; *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007a: 32 f

³² Vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1998: 35

³³ Vgl. *Neuderth / Vogel* 2000b: 9

³⁴ Aktivitäten des *Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. – Bundesverband Aphasie* – (BRA) und seiner Teilgliederungen (insb. Landesverbände) werden auf der Homepage des Verbandes (URL: <http://aphasiker.de> und die dort angegebenen Links (Stand 15.02.2008) erläutert.

onskliniken). Diese bieten auch Beratungsleistungen sowie betroffenen Personen die Möglichkeit an, sich als Selbsthilfegruppen zu organisieren. Im Einzelfall werden dort auch weitere Leistungen angeboten wie z.B. Aus- und / oder Weiterbildung für Rehabilitationsfachkräfte. In ähnlicher Form haben sich Selbsthilfegruppen auch an Fachkliniken oder Krankenhäusern der allgemeinen Versorgungsebenen etabliert.

Die genannten Initiativen der Selbsthilfe haben durchweg die Behandlung von Problemen der Förderung beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe in ihr Programm aufgenommen. So formuliert der *Bundesverband Aphasie*: „Ziel des BRA ist es, durch ständige Lobbyarbeit eine verbesserte medizinische Versorgung und die bestmögliche Wiedereingliederung von Menschen, die an einer Aphasie leiden, in Familie, Gesellschaft und Arbeit unter besonderer Berücksichtigung der Behinderung zu erreichen.“³⁵

Eine besondere, auch für die berufliche Rehabilitation bedeutsame Gruppe im Rahmen der Selbsthilfe sind die „*Jungen Aphasiker*“. Zu deren Interessen gehört u.a. die Realisierung einer beruflichen Lebensperspektive durch eine berufliche Erstausbildung oder berufliche Neuorientierung.³⁶

2.2 Möglichkeiten berufsbezogener Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation von Personen mit Aphasie

2.2.1 Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung bzw. Rehabilitation

Aphasien, ihre Diagnostik und ihre Behandlung scheinen immer noch vorwiegend aus dem Blickwinkel der Neurologie beurteilt zu werden, wobei eine klinische Sichtweise im Vordergrund steht. Obwohl Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX) ebenso wie die stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)³⁷ explizit medizinische Rehabilitationsleistungen darstellen, werden Fragen zur Teilhabe von Aphasiker(inne)n am Arbeitsleben eher selten thematisiert.³⁸ Erst in jüngerer Zeit richtet sich das Augenmerk in der

³⁵ Homepage des *Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.* (<http://www.aphasiker.de>; Stand: 15.02.2008). Der Abschnitt mit speziellen Informationen zur beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n ist allerdings zur Zeit noch in Bearbeitung.

³⁶ Vgl. *Junge Aphasiker* 2005. Diese Website ist allerdings aktuell nicht mehr erreichbar.

³⁷ Über Möglichkeiten und Erfolge der stufenweisen Wiedereingliederung von Personen mit Hirnschädigungen bzw. von Aphasiker(inne)n berichten: *Schellhorn et al.* 2005; *Claros-Salinas* 2006.

³⁸ Was den akut-medizinischen Bereich anbelangt, so wird darauf hingewiesen, dass die Liegezeiten von neurologischer Patient(inn)en heute so kurz sind, dass in den meisten Fällen zum Entlasszeitpunkt keine berufliche Prognose möglich ist (persönliche Mitteilung *Prof. Dr. Erbguth* am 12.03.2008).

stationären³⁹ und ambulanten⁴⁰ neurologischen Rehabilitation auch auf Maßnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Reintegration.

Die Vernachlässigung berufsbezogener Fragestellungen mag zum einen daran liegen, dass die Chancen einer beruflichen (Re-)Integration bei von Hirnschäden betroffenen Personen aufgrund der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und häufig fortgeschrittenen Alters in der Tendenz pessimistisch eingeschätzt werden,⁴¹ wobei dem möglicherweise durch eine eher defizitorientierte Betrachtungsweise Vorschub geleistet wird.⁴² Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass arbeitsdiagnostische Verfahren im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation nicht immer ohne einen größeren organisatorischen bzw. ökonomischen Aufwand angeboten werden können.⁴³ Zudem werden nicht nur berufskundliche, sozial- bzw. berufsrechtliche sowie arbeits- bzw. sozialmedizinische Wissensdefizite beim medizinischen Fachpersonal der Einrichtungen, sondern auch bei niedergelassenen Ärzten / Ärztinnen beklagt.⁴⁴ Schließlich fehlten bisher auf die besondere Zielgruppe der Aphasiker(innen) ausgerichtete Teilhabeleistungen und konnten daher nicht in die rehabilitationsorientierten Überlegungen einbezogen werden. Vor diesem Hintergrund ist kaum erstaunlich, dass weniger

In den 10-seitigen *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie* zur Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall findet sich lediglich der rudimentäre Hinweis: „Besondere Anforderungen an die Beratung ergeben sich auch bei der Vorbereitung und Begleitung einer Wiedereingliederung in den Beruf. Um ein Anforderungsprofil zu erstellen, können Gespräche und Hospitationen am alten oder einem neuen Arbeitsplatz notwendig sein.“ (Ackermann et al. 2005: 6).

In den „Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001“ der *Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN)* werden diese Forderungen allerdings präzisiert: „Besondere Anforderungen an die Beratung ergeben sich bei der Vorbereitung und Begleitung einer Wiedereingliederung in den Beruf. Dazu können Gespräche und Hospitationen am alten oder neuen Arbeitsplatz notwendig sein, um ein kommunikatives Anforderungsprofil zu erstellen, meist unter Berücksichtigung von Schriftsprache und sprachlichem Arbeitsgedächtnis. Zusammen mit dem Patienten, den unmittelbaren Arbeitskollegen und den Vorgesetzten müssen die Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung des Anforderungsprofils eingeschätzt werden. Die Inhalte des Anforderungsprofils müssen in die vorbereitende oder begleitende Sprachtherapie integriert werden.“ (Bauer et al. 2002: 71)

Die Empfehlungen der *aphasie suisse* (2006) zur Behandlung von Aphasien enthalten keinerlei Informationen zur beruflichen Rehabilitation. Anders hingegen *Fertl* (2006: 535), die zumindest den Psychologen im Rahmen der Neurorehabilitation eine immer wichtigere Funktion zuweist, „weil nach den medizinischen die beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen immer größeren Stellenwert einnehmen.“

³⁹ Siehe dazu: *Karbe / Küst* 2006: 32 f; *Kulke / Schupp* 2006; *Schupp* 2006; *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007

⁴⁰ Siehe dazu: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2005: 29; *Paduch / Ließ / Greulich* 2006: Zu den Vorteilen der ambulanten Rehabilitation siehe z.B. *Reuther / Fries / Meier* 2000.

⁴¹ *Lutz* (1996: 188) vermutete, dass immer noch Ärzte bzw. Ärztinnen in ausbildungsbedingter Unkenntnis den Sinn und die Effektivität von Aphasietherapie bezweifeln.

⁴² So schreibt etwa *Tesak* (2006: 71): „Zudem ist für die meisten Aphasiker eine berufliche Wiedereingliederung oft nicht mehr möglich, hängen Erfordernisse des Berufslebens doch häufig an sprachlicher Fähigkeit, ganz abgesehen vom Problem zusätzlicher körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen.“ Auch *Lutz* (2004: 261 f) stellt in ihrem Standardwerk „*Das Schweigen verstehen*“ vor allem die negativen beruflich-sozialen Konsequenzen von Aphasien in den Vordergrund, durch die Darstellung von Chancen und Möglichkeiten beruflicher Teilhabe zur beruflichen Rehabilitation zu motivieren. Siehe dazu auch: *Müller et al.* 2007: 94

⁴³ Vgl. *Milkun* 1997: 77; *Bürger / Ehlebracht-König* 2000: 60

⁴⁴ Vgl. *Bürger / Ehlebracht-König* 2000: 60

beruflich-soziale Rehabilitation als Berentung in Erwägung gezogen bzw. vorgenommen wurde, wenn es um an Aphasie leidende Personen ging. Im „günstigsten“ Fall kamen sie in *Werkstätten für behinderte Menschen* unter, eine für diesen Personenkreis aber völlig ungeeignete Form der beruflichen (Re-)Integration, da die Betroffenen nicht geistig behindert sind.⁴⁵

Erfahrungsgemäß kommt es gerade bei Aphasiker(inne)n wegen einer Unterversorgung mit ambulanten sprachtherapeutischen Einrichtungen bzw. Praxen zu einer Unterbrechung des Rehabilitationsprozesses, da eine konsequente und kompetente Fortführung der Therapie nicht möglich ist. Ambulante neuropsychologische Trainingsangebote⁴⁶ sind bisher noch nicht überall zugelassen, im Übrigen aber dünn gesät. Zudem zögern niedergelassene Ärzte / Ärztinnen aufgrund der Budgetierung, notwendige Therapien im erforderlichen Umfang zu verschreiben.⁴⁷

Erst in jüngerer Zeit wurde die Notwendigkeit erkannt, integrative und komplexe Behandlungsangebote in neurologischen Fachkliniken zu entwickeln und zu erproben, die darauf ausgerichtet sind, neuropsychologische Behandlung, Belastungsdiagnostik, Belastungserprobung und Berufsorientierung zu verzahnen. Dabei werden zur berufsbezogenen Erprobung, in deren Rahmen die klinische Erwerbsprognose validiert werden soll, nicht nur hausintern (z.B. in eigener berufstherapeutischer Abteilung) durchgeführt. Vielmehr sucht man für diese Aufgaben zunehmend externe Partner, wie

- regionale Betriebe,⁴⁸ die sich allerdings immer schwerer zur Kooperation gewinnen lassen, sowie
- Berufsförderungseinrichtungen (z.B. *Berufsförderungswerke*), die über fundierte Erfahrungen mit berufsorientierten Reha-Assessments, Belastungs- und Arbeitserprobungen sowie die betreffenden Förderstrukturen (berufspädagogisches, ärztliches, psychologisches und sozialpädagogisches Fachpersonal) verfügen.⁴⁹

Es ist jedoch davon auszugehen, dass medizinisch-berufsorientierte Maßnahmen im neurologischen Bereich keineswegs flächendeckend vorgehalten werden.⁵⁰

⁴⁵ Vgl. Lutz 1996: 189; 2004: 261

⁴⁶ Siehe dazu: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2005

⁴⁷ Siehe dazu auch: Schönle / Schmollinger 2005: 115

⁴⁸ Siehe dazu z.B. Pössl / Kursawe 2005; Wohlfahrt / Knisatschek 2006

⁴⁹ Siehe dazu: Kulke et al. 2006a, 2006b; Kulke / Schupp 2006; Schupp 2006

⁵⁰ Bisher werden solche Angebote vor allem im Bereich von Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik vorgehalten und routinemäßig genutzt (vgl. Radoschewski / Müller-Fahrnow / Hansmeier 2007: 233). Über entsprechende Aktivitäten in der Neurologie bzw. der medizinischen Aphasiker(innen)-Rehabilitation wird hingegen nur selten berichtet.

Vor diesem Hintergrund können Personen mit Aphasie in vielen Fällen nicht adäquat gefördert werden, ein Versanden des Rehabilitationspotenzials ist die Folge und damit ein Stillstand, der gerade bei jüngeren Rehabilitand(inn)en die vorzeitige Invalidisierung und den sozialen Abstieg nach sich zieht.⁵¹

2.2.2 Medizinisch-berufliche Rehabilitation in *Phase-II-Einrichtungen* – Neurologische Berufstherapie

Eine besondere Stellung nehmen im Bereich der neurologischen Rehabilitation die *Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase-II-Einrichtungen)* ein.⁵² Diese (derzeit bundesweit 16) Einrichtungen sollen die Lücke schließen zwischen der Akutbehandlung und Erstversorgung (Phase I) einerseits und von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die der Ausbildung oder Umschulung dienen (Phase III) andererseits, indem sie in einem nahtlos ineinander greifenden Verfahren umfassende

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 IX und
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des § 33 SGB IX

erbringen. Hier soll bereits am Krankenbett mit Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben begonnen werden. Dabei handelt es sich - angepasst an die jeweilige Krankheits- oder Behinderungsart - insbesondere um folgende Leistungen:⁵³

- Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung
- Berufsvorbereitung
- Berufliche Anpassung.

Diese Maßnahmen werden in den grundlegenden Bereichen der gewerblich-technischen und der kaufmännisch-verwaltenden Berufsrichtungen durchgeführt, wobei die medizinischen, berufsfördernden, psychologischen und pädagogischen Fachbereiche eng zusammenarbeiten. Am Maßnahmeende wird von dem multidisziplinär zusammengesetzten Rehabilitationsteam unter Anhörung der Rehabilitanden dazu Stellung genommen, ob der/die Betreffende

- die frühere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann,

⁵¹ Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg / Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 6

⁵² Vgl. zum Folgenden: *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* 2004: 5 f; *Neuderth / Vogel* 2000b: 11 f

⁵³ Siehe dazu im Einzelnen: *Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II)* 1988a; 1988b; 1992a; 1992b

- eine betriebliche Umsetzung oder die Vermittlung auf einen geeigneten Arbeitsplatz erforderlich ist,
- einer Umschulung in einem Betrieb oder einer überbetrieblichen Einrichtung bedarf,
- in einer *Werkstatt für behinderte Menschen* tätig sein kann oder
- für eine berufliche Erwerbstätigkeit nicht mehr in Betracht kommt.

Eine Reihe dieser *Phase II-Einrichtungen* bietet die genannten Fördermöglichkeiten auch für neurologische Patienten an.⁵⁴ In diesem Zusammenhang werden die Vorteile einer integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation in einer *Phase II-Einrichtung* „unter einem Dach“ gegenüber der zeitlichen Hintereinanderschaltung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation in unterschiedlichen Einrichtungen hervorgehoben, weil es keine Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation gibt. Dadurch würden Unterbrechungen und Wartezeiten vermieden, die Gesamtdauer der erforderlichen Rehabilitation verkürzt und günstigere Ergebnisse hinsichtlich der beruflichen (Re-) Integration erzielt.⁵⁵

In *Phase-II-Einrichtungen* wurde die „*Neurologische Berufstherapie (NBT)*“ mit den Zielsetzungen „(Wieder-)Eingliederung in das Arbeitsleben“ und „Erhaltung der Arbeitsfähigkeit“ entwickelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass das sprachliche und kognitive Leistungs- sowie das berufliche Anforderungsprofil in ein gezieltes Therapieprogramm zu integrieren sind, um eine dauerhafte Reintegration, insbesondere auch von Personen mit Aphasie zu erreichen.⁵⁶ Der Ablauf wird folgendermaßen skizziert:⁵⁷

- halbstandardisierter Fragebogen zur Arbeitsbiografie und zum letzten Arbeitsplatz, vor allem kognitive und sprachlich-kommunikative Anforderungen,
- Training der berufsrelevanten sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten unter Einsatz von fach- und berufsspezifischem Material,
- erhaltene Fähigkeiten berücksichtigen und gezielt erproben,
- beraten und trainieren von Kompensationsmöglichkeiten,
- notwendige Änderungen des Arbeitsverhaltens werden eingeübt,
- detaillierte Planung einer stufenweisen Wiedereingliederung über Arbeitsversuche, interdisziplinäre Rehabilitationskonferenz, zur Einschätzung des Leistungsvermögens nach erfolgtem Training unter berufsrelevanten Aspekten.

⁵⁴ In (einzelnen) Einrichtungen werden auch Leistungen in den Indikatonsbereichen Orthopädie, Innere Medizin, Kardiologie und Psychosomatik angeboten (vgl. *Neuderth / Vogel* 2000b: 12).

⁵⁵ Vgl. *Sutter et al.* 2001: 67f; siehe auch: *Wienecke* 1999; *Spranger* 2003; 2006a; 2006b

⁵⁶ Siehe dazu: *Claros-Salinas* 2001: 7 ; 2004 : 32 ff ; *Claros-Salinas / Greitemann* 2005a : 19 f ; 2005b

⁵⁷ Vgl. *Indiestel* 2001b: 1

Je nach der Zielsetzung der Rehabilitation, d.h. „(Wieder-)Eingliederung“ oder „Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit“ wird, wie der *Übersicht 2* zu entnehmen ist, nach drei Arten von Fördermaßnahmen mit unterschiedlichen „Interventionsebenen“ unterschieden.⁵⁸

Zielgruppe I: Zügige Reintegration an den bisherigen Arbeitsplatz	
Indikation	Therapieinhalte
➤ Arbeitsunfähigkeit bei Behandlungsbeginn ➤ Arbeitsplatz vorhanden ➤ Zeit nach Ereignis > 18 Monate ➤ Berufliche Anforderungen	➤ Training beeinträchtigter Leistungen ➤ Erprobung von Leistungsressourcen ➤ Prospektive Beratung zu Kompensation und A-daption ➤ Therapeutische Erprobung geeigneter Maßnahmen ➤ Vorbereitung: Stufenweise Wiedereingliederung
Zielgruppe II: Berufliche Rehabilitation / allgemeiner Arbeitsmarkt	
Indikation	Therapieinhalte
➤ arbeitsunfähig / in Ausbildung / arbeitslos / berentet ➤ kein Arbeitsplatz ➤ Berufliche Tätigkeit / Neu – bzw. Umorientierung angestrebt	➤ Kompakte Belastungserprobung / klinische Prüfung sprachlicher und kognitiver Ausdauerleistung ➤ Externe Belastungserprobung / betriebliche Ausdauerprüfung im bisherigen oder anzustrebenden Berufsfeld
Zielgruppe III: Langfristiger Erhalt der Arbeitsfähigkeit	
Indikation	Therapieinhalte
➤ Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme; ➤ Arbeitsplatz vorhanden ➤ Hirnschädigungsbedingte sprachliche und kognitive Leistungsbeeinträchtigungen	➤ Analyse beschriebener beruflicher Leistungsminderungen ➤ Beratung zu Kompensation und Adaption ➤ Entwicklung kompensatorischer Mittel; ➤ Erprobung in der Therapie

Übersicht 2: Indikationen und Therapieinhalte bei unterschiedlichen Zielgruppen der Neurologischen Berufstherapie (nach Claros-Salinas 2001)

Therapiedauer und Intensität können je nach individuellem Trainingsbedarf unterschiedlich sein. In der Regel erstreckt sich eine solche berufsorientierte Behandlung auf einen Zeitraum von 4 - 6 Wochen mit wöchentlich 3 - 5 60-minütigen Therapieeinheiten.⁵⁹

Betont wird, dass Erfolge dann zu erwarten sind, wenn

- eine individuelle Vorbereitung innerhalb berufsorientierter Trainingsmaßnahmen stattfindet,
- vor allem kognitive Leistungsdaten angemessen berücksichtigt,
- Therapieergebnisse in konkrete Empfehlungen zum zeitlich inhaltlichen Verlauf der stufenweisen Wiedereingliederung umgesetzt und
- dem Arbeitgeber / Betriebsarzt übermittelt werden.⁶⁰

⁵⁸ Vgl. Claros-Salinas 2004: 40 ff

⁵⁹ Vgl. Claros-Salinas 2001: 9; 2005: 43; Indiestel 2001b

⁶⁰ Vgl. Claros-Salinas 2005

2.2.3 Beispiele für andere Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten neurologischen Rehabilitation

Auch im Rahmen der ambulanten neuropsychologischen Rehabilitation wird versucht, bei den Personen berufsorientiert zu arbeiten, bei denen dies aussichtsreich erscheint.⁶¹ Zwei Modelle sind dabei vorzufinden:

Ambulante Angebote, die auf Initiativen von Kliniken, niedergelassenen Neurologen und Neuropsychologen entwickelt und zur Verfügung gestellt wurden, zielen auch darauf ab, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen vorzubereiten und die berufliche Belastbarkeit zu steigern. Es sind sowohl stundenweise als auch teilstationäre Behandlungen (z.B. in Ganztageskliniken) nach jeweils adaptierten Therapieplänen möglich.⁶²

Insbesondere auf die Steuerung beruflicher Wiedereingliederungspotenziale ist das *neuropsychologische Case-Management* ausgerichtet, das verschiedentlich (auch unter anderen Bezeichnungen) in Kooperation mit neurologischen Gemeinschaftspraxen⁶³ angeboten wird.⁶⁴ Das Programm beruht auf der Erfahrung, dass bei vielen Rehabilitand(inn)en aufgrund des Weiterbestehens ihrer Beeinträchtigungen und einer noch zu leistenden Wiederaanpassung an die realen ausserklinischen Lebensbedingungen eine nahtlose ambulante Weiterbetreuung auch nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik notwendig ist. Diese erfolgt durch erfahrene Diplom-Psycholog(inn)en, gelegentlich auch durch erfahrene Neurolog(inn)en, Ergotherapeut(inn)en oder Sozialarbeiter(innen), die die indizierten neuropsychologischen Behandlungsmaßnahmen wohnortnah durchführen. Gleichzeitig wirken sie als Case-Manager(inn)en, die mit allen anderen Beteiligten – Angehörige, Akut- und Rehabilitationsklinik, Hausarzt/-ärztin, Arbeitgeber, Schule, Kostenträger etc. – im Team zusammenarbeiten.

Verfügen die Verletzten noch über Reintegrationspotential, so leiten die Case-Manager(innen) nach Abstimmung mit allen Beteiligten zum frühestmöglichen Zeitpunkt einen betrieblichen Arbeitsversuch ein. Dieser wird von Diplom-Psychologe(inn)en unmittelbar am Arbeitsplatz in Form eines neuropsychologischen Arbeits- und Belastungstrainings begleitet.

⁶¹ Vgl. Fries / Seiler 1998a, 1998b; Leyher / Schmieder / Schönle 1998; Richter / Koch 2001

⁶² z.B. in Würzburg das „Zentrum für Ambulante Neurorehabilitation“ (siehe: Fröhlich / Poimann / Bieber 2000: 316-317; siehe auch: URL: http://www.nchpraxis.de/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=13 (Stand: 24.01.2008))

⁶³ Z.B. im Zentrum für ambulante Rehabilitation in Würzburg (siehe: Fröhlich / Poimann / Bieber 2001).

⁶⁴ Siehe dazu: Ehrhardt 1999; 2004; Dettmers et al. 2003

Positive Erfahrungen mit diesem Konzept belegen, dass durch adäquate ambulante poststationäre Betreuung im Rahmen eines multimodalen, multidisziplinären Therapiekonzeptes eine Steigerung der beruflichen Wiedereingliederungsrate bei Personen mit schweren erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems erreicht werden kann.⁶⁵

Ähnlichkeiten mit dem Konzept von Übergangseinrichtungen weist „*REVERSY Rehabilitationszentrum für hirnverletzte Unfallopfer*“ auf.⁶⁶ Das Programm sieht vor, Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen nach der klinischen Rehabilitation zu unterstützen, sich im Alltag und in Arbeitssituationen wieder zurechtzufinden. Die Förderung beinhaltet medizinisch-therapeutische Leistungen und psychosoziale Betreuung, wobei der Trainingsschwerpunkt auf dem lebenspraktischen Alltag liegt: unter professioneller und individueller Anleitung sollen sich die Teilnehmer(innen) auf die Erfordernisse des Alltags vorbereiten und eine tragfähige Perspektive für ihre Zukunft erarbeiten.

Im Rahmen des Programms kann persönliche Arbeitsfähigkeit erprobt werden. Dabei sollen hauseigene arbeitstherapeutische Übungsbereiche wie Holzarbeiten, Kunsthandwerk, Pflanzen und Garten, Hauswirtschaft sowie Computer und Büro, den Teilnehmer(inne)n beim Trainieren und Ausloten der persönlichen Belastbarkeit helfen. Dies kann bis hin zum begleitenden Wiedereinstieg in eine regelmäßige Arbeitstätigkeit im Anschluss an das REVERSY-Förderprogramm führen, etwa in den Dienstleistungsbüros und Werkstätten der *Stiftung Pfennigparade*, ebenso wie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Es ist zu vermuten, dass es in Deutschland über die hier vorgestellten ambulanten Konzepte berufsorientierter Rehabilitation neurologischer Patient(inn)en und somit auch von Aphasiker(inne)n hinaus weitere Varianten medizinisch-berufsorientierter Maßnahmen gibt. Gleichwohl ist sicher noch nicht von einer Flächendeckung auszugehen. Dies betrifft insbesondere die Schnittstellen überbrückenden ambulanten, wohnortnahen Angebote.⁶⁷

⁶⁵ Vgl. Fröhlich / Poimann / Bieber 2001: 317

⁶⁶ Siehe dazu und zum Folgenden: *REVERSY Rehabilitationszentrum* 2003; URL: <http://www.reversy.de/index.htm> (Stand: 24.01.2008)

⁶⁷ Vgl. Masur et al. 2007: 579; Richter / Koch 2001: 7

2.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Personen mit neurologischen Erkrankungen

Abgesehen von der den medizinischen Rehabilitationsleistungen zugeordneten stufenweisen Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX) kommen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wie sie in § 33 SGB IX enumeriert werden, grundsätzlich auch für Personen mit neurologischen Erkrankungen in Frage.⁶⁸ Nach § 33 Abs. 3 SGB IX umfassen sie insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
5. Überbrückungsgeld entsprechend § 57 SGB III durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 SGB IX,
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Sieht man einmal von den kompensatorischen und der Sicherung des Lebensunterhaltes dienenden finanziellen Leistungen ab, so handelt es sich insbesondere um solche, die der Information, Beratung, Qualifikation und persönlichen Unterstützung der Rehabilitand(inn)en dienen und unter verschiedenen organisatorischen Rahmenbedingungen erbracht werden können. Die Maßnahmen unterscheiden sich vor allem nach folgenden Gesichtspunkten:

- ambulante vs. teilstationäre und stationäre Angebote;
- sektorale Angebote zur Förderung bestimmter einzelner Kompetenzbereiche (z.B. EDV-Lehrgänge, lebenspraktisches Training, Bewerbungstraining usw.) vs. umfassende Angebote (z.B. Umschulung mit erforderlichen begleitenden Diensten);
- Angebote von speziell auf bestimmte Behinderungsarten (z.B. Personen mit neurologischen Erkrankungen) ausgerichtete Strukturen und Einrichtungen vs. Angebote in Einrichtungen mit behinderungsübergreifendem Charakter.

⁶⁸ Siehe dazu auch: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1998: 71

Diese Leistungen werden durch *Berufsbildungswerke* (BBW, Zielgruppe: behinderte Jugendliche), *Berufsförderungswerke* (BFW, Zielgruppe: behinderte Erwachsene) und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erbracht, soweit Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen (§ 35 Abs. 1 SGB IX). Diese Einrichtungen sind zu einem Qualitätsmanagement, d.h. zu zielgerichteten und systematischen Verfahren und Maßnahmen verpflichtet, die sicherstellen, dass die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird (§ 29 Abs. 2 SGB IX).

Obwohl Menschen mit Aphasie aufgrund der geschilderten Besonderheiten spezielle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, finden sich in dieser Versorgungslandschaft nur wenige Berufsförderungsmöglichkeiten, die auf diesen Personenkreis zugeschnitten sind. Infolgedessen werden die Betroffenen häufig vorzeitig berentet oder in *Werkstätten für Behinderte*⁶⁹ untergebracht, die für sie als völlig ungeeignetes Förder-Setting⁷⁰ angesehen werden müssen.

Zwar fanden sich in der Vergangenheit immer wieder Rehabilitand(inn)en mit Aphasie bzw. (zumindest leichten) neurologischen Erkrankungen in *Berufsbildungswerken*⁷¹ und *Berufsförderungswerken*.⁷² Allerdings wurden diese – so weit dies möglich war – mit anderen Maßnahmeteilnehmer(inne)n gemeinsam gefördert, wobei nur in begrenztem Maße auf ihre behinderungsspezifischen Probleme eingegangen werden konnte.

2.3.1 Berufliche Erstausbildung

Berufliche Erstausbildung für behinderte Jugendliche mit besonderem Förderbedarf erfolgt in *Berufsbildungswerken*⁷³, die in einer Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG-BBW) zusammengeschlossen sind. Systematische Überlegungen zur Förderung jugendlicher Aphasiker(innen) in diesen Einrichtungen wurden bereits in den 80er Jahren angestellt.⁷⁴ Schon seinerzeit prüften die *Berufsbildungswerke*, inwieweit die Förderung von Personen mit Aphasie in ihren

⁶⁹ Vgl. Lutz 2004: 261

⁷⁰ Mit dem Begriff „Setting“ werden im Rahmen von medizinischer bzw. Rehabilitationspsychologie und –soziologie (ökologische) Merkmale der Rahmenbedingungen bzw. des Arrangements zusammengefasst, die eine Behandlung bzw. eine Maßnahme kennzeichnen (siehe dazu etwa auch: Shontz 1975: 203 ff). Faktoren wie Ort, Zeit, physikalische Eigenschaften, Aktivität, TeilnehmerIn und Rolle konstituieren die Elemente eines Settings (vgl. Bronfenbrenner 1977: 514; Oerter 1995: 87 f)

⁷¹ Siehe dazu: Brattig 1989a; 1989b; Hofmann / Kaiser 1989a; 1989b; Hofmann Stocker 1991; Milkun 1996: 77

⁷² Siehe dazu: Müller et al. 2007

⁷³ Eine Übersicht über das Leistungsangebot der Berufsbildungswerke findet sich in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003

Einrichtungen möglich wäre. Dies lag insofern nahe, als dort überwiegend lernbehinderte Jugendliche gefördert werden und somit Ressourcen vorhanden sind, die sich auch für die Förderung von Aphasikern eignen.⁷⁵ Aufgrund ihrer Untersuchung folgerten *Hofmann* und *Kaiser* seinerzeit, daß *Berufsbildungswerke* für Lernbehinderte für Aphasiker dann geeignet zu sein scheinen, wenn sie die Möglichkeiten der Kleingruppenbetreuung und der Lernunterstützung sowie logopädische Behandlungsmöglichkeiten bieten.⁷⁶ Demnach sollten Ausbildung und Erziehung durch Zusatzangebote und –regelungen unterstützt werden wie

- Arbeit in Kleingruppen,
- Gruppendifferenzierung,
- Einzelbetreuung,
- besondere Materialien und
- kleine Wohngruppen mit guten Möglichkeiten der sozialen Integration.⁷⁷

Dieser Kanon von Maßnahmen zeigt deutlich das Erfordernis, sich um eine adressat(inn)engerechte Anpassung des Leistungsangebotes an die bestehenden Strukturen zu bemühen.⁷⁸ Inwieweit die Berufsbildungswerke inzwischen über mehr Wissen und Erfahrungen im Hinblick auf die Erstausbildung Jugendlicher mit Aphasien verfügen, ist allerdings nicht bekannt, da zu diesem Thema keine jüngeren Veröffentlichungen vorliegen.

So berichtete *Brattig* (1989) über eine Fragebogenerhebung in *Berufsbildungswerken* im Jahre 1989, in der auch Strukturdaten von Aphasiker(inne)n erfasst wurden. Demnach lehnten von 42 *Berufsbildungswerken* 34 eine Aufnahme nicht ab, wenn eine „Aphasie“, „Restaphasie“ oder „Wortfindungsstörung“ diagnostiziert war. Von diesen 34 Einrichtungen hatten 15 keine Erfahrung mit dieser Behindertengruppe. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatten die *Berufsbildungswerke* mindestens 105 Personen mit Aphasie aufgenommen, die sowohl an vorbereitenden Maßnahmen wie auch an Ausbildungen teilnahmen. Über Ursachen und Auswirkungen der Aphasien geben die *Tabellen 1* und *2* Auskunft.

⁷⁴ *Hofmann / Kaiser* 1989b: 2447ff.

⁷⁵ „Die Antwort war, dass sicher Unterschiede zwischen allgemeiner Lernbehinderung und aphasischer Störung bestehen. (...) Darum kann sicher vieles, was für den Unterricht und die Ausbildung Lernbehinderter gilt, für Aphasiker übernommen werden, wenn der Einzelfall mit seinen besonderen Bedingungen berücksichtigt wird.“ (*Hofmann / Kaiser* 1989b: 2448)

⁷⁶ Vgl. *Hofmann / Kaiser* 1989b: 2449

⁷⁷ Vgl. *Hofmann / Kaiser* 1989b: 2450

⁷⁸ Zu den Voraussetzungen von Einrichtungen und Teilnehmer(inne)n zur neurologischer Rehabilitation in *Berufsbildungswerken* siehe auch: *Sperling* 2003

Ursache der Aphasien	absolut	in %
Schädel-Hirn-Trauma	45	52
vaskuläre Hirnverletzungen	6	7
Hirntumor	8	9
entzündliche und toxische Hirnschäden	7	8
Sonstige	20	24
Insgesamt	86	100

Tabelle 1: Aphasiker(innen) in Berufsbildungswerken nach Ursache der Aphasie
(Quelle: Brattig 1989a: 39)

Art der aphasiiebedingten Ausfälle	absolut	in %
neuropsychologische Ausfälle	26	40
motorische Ausfälle	17	26
Wahrnehmungsstörungen	8	12
andere Ausfälle	13	20
keine Ausfälle	1	2
Insgesamt	65	100

Tabelle 2: Aphasiker(innen) in Berufsbildungswerken nach Art der aphasiiebedingten Ausfälle
(Quelle: Brattig 1989a: 39)

Nach *Brattig* ist allerdings bei jugendlichen Aphasiker(inne)n davon auszugehen, dass der isolierte Ausfall der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit nur äußerst selten auftritt. Vielmehr kommt es zu begleitenden Störungen im kognitiven und motorischen Bereich, so dass die Lern- und Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigt sind. Daher erschweren schon leichtgradige aphasische Störungen in Kombination mit anderen Beeinträchtigungen den Betroffenen das Lernen sowie die soziale Interaktion besonders.⁷⁹

Leider finden sich in der Arbeit von *Brattig* keine Angaben über die berufliche Wiedereingliederung der Zielgruppe. Der Autor schlägt vor, den Schweregrad der aphasischen Störung, ihre Einbettung in die begleitende zentralnervöse Symptomatik und deren Auswirkung auf die Lernfähigkeit künftig differenziert zu analysieren. Daraus könnten Strategien zur Optimierung der Förderung gerade im berufspädagogischen und rehabilitationspsychologischen Bereich abgeleitet werden. Zudem sollte der Übergang zwischen der zweiten Phase des Rehabilitationsprozesses und den *Berufsbildungswerken* untersucht und durch Erfahrungsaustausch und ineinander greifende Förderungsprozesse verbessert werden.⁸⁰

⁷⁹ Vgl. *Brattig* 1989a: 40

⁸⁰ Vgl. *Brattig* 1989a: 42

2.3.2 Berufliche Qualifizierung Erwachsener

Vergleichbare Aktivitäten im Hinblick auf die Rehabilitation von Aphasiker(inne)n, wie sie aus *Berufsbildungswerken (BBW)* berichtet werden, waren bis zum Beginn des IBRA-Projekts aus dem Bereich der deutschen *Berufsförderungswerke* - zumindest was die verfügbare Literatur betrifft - nicht bekannt. Obwohl beklagt wird, dass das Thema Neuropsychologie in der beruflichen Rehabilitation von *BFWen* bisher vernachlässigt wurde, so dass wenig über die Prävalenz neuropsychologischer Defizite von Umschüler(inne)n bekannt ist,⁸¹ konnte zumindest in einem *BFW* eine größere Zahl von Teilnehmer(inne)n mit derartigen Defiziten identifiziert werden.⁸² Vor diesem Hintergrund kann wohl davon ausgegangen werden, dass hier in ähnlicher Weise wie in den *Berufsbildungswerken* einzelfallbezogen vorgegangen wurde bzw. wird, um dem betreffenden Personenkreis, so weit sich die Defizite in einem begrenzten Rahmen halten, gerecht zu werden. So vermuteten *Hoffmann und Kaiser* (1989), dass in vielen Berufsförderungseinrichtungen Personen mit Aphasie, insbesondere mit Restsymptomatik, gefördert werden, die jedoch anderen Behindertengruppen zugeordnet sind. Programme, die sich explizit an Aphasiker(innen) wenden, gab es jedoch bis zur Implementierung des Modellprojekts IBRA im *Berufsförderungswerk Nürnberg* nicht.⁸³

Seit Januar 2007 wird im *Berufsförderungswerk Heidelberg* das „Heidelberger Aphasie-Modell (HAM)“ umgesetzt. Außer den Informationsquellen, die das Internet bietet, liegen zu diesem Konzept keine Informationen vor.⁸⁴ Allerdings erscheint die Vermutung nicht abwegig, dass das IBRA-Konzept dem Modell als Vorlage gedient hat.

2.3.3 Unterstützte Beschäftigung

Bei dem Konzept der unterstützten Beschäftigung (*supported employment*)⁸⁵ steht die Platzierung der Hirngeschädigten am alten oder neuen Arbeitsplatz im Mittelpunkt. Aufgrund der speziellen Probleme hirngeschädigter Patienten (z.B. geringer Transfer des Gelernten, rigi-

⁸¹ Vgl. *Müller et al.* 2007: 94

⁸² Vgl. *Müller et al.* 2007: 98 ff

⁸³ Über ein ähnliches Angebot in Belgien, allerdings institutionell an einer Universitätsklinik verankert, berichtet *Dirickx* 2002.

⁸⁴ Siehe dazu: URL: <http://www.bfw-heidelberg.de/de/bfw-heidelberg/441.html#ham> und URL: http://www.Aphasiker.de/aphasiker/navigations/mainnav/2005-10-25.5852113019473289512_0/2005-10-27.534311304032235726_0/2006-01-05.5353113646563360112_0/dpt_html_view (beide Quellen Stand 28.01.2008)

⁸⁵ Siehe dazu auch: *Vorländer / Fischer* 2000: 338

des Verhalten, Leistungsschwankungen, verringerte Initiative) wurden besondere neuropsychologische Behandlungsprogramme für jene Personen entwickelt, die wieder zurück in den Beruf geführt werden sollten.⁸⁶ Unterstützte Beschäftigung beinhaltet hier eine kurze vorbereitende neuropsychologische Behandlung (insb. eine detaillierte neuropsychologische Diagnostik), die (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen am früheren oder einem neuen geeigneten Arbeitsplatz und ihre therapeutische Unterstützung an dieser Arbeitsstelle. Dabei hilft eine Rehabilitationsfachkraft (Integrationsfachdienstmitarbeiter(in)) bei den alltäglich anfallenden Problemen und entwickelt vor Ort effiziente Kompensationsstrategien oder –hilfen. Ist die Platzierung gelungen, reduziert die Fachkraft langsam ihre Hilfestellung und sorgt langfristig nur noch für eine gelegentliche Nachbetreuung.⁸⁷

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Erfolge der Wiedereingliederung dann am wahrscheinlichsten sind, wenn diese durch systematische und intensive sprachtherapeutische und berufspraktische Maßnahmen vorbereitet werden. Sie erweisen sich insbesondere wirksamer im Vergleich mit ausschließlich psychologischen und / oder psychiatrischen Beratungs- und Behandlungsangeboten. Im Übrigen wird dort, wo dies erforderlich ist, auf die Bedeutung der Modifikationen von Arbeitsbedingungen hingewiesen.⁸⁸

⁸⁶ Vgl. Gauggel 2005: 235 f. Siehe dazu: Kreutzer et al. 1988; Wehman et al. 1989; 1991; 1993

⁸⁷ Siehe dazu z. B.: West 1995; Schneider 1996; Babineau 1998; Johnson 1998; Wehmann et al. 1989; 1991; 1993; Kolakowsky-Hayner / Kreutzer 2001

⁸⁸ Vgl. Ben-Yishay et al. 1987: 39; Yasuda et al. 2001 : 857 f

3 **Wirksamkeit von berufsbezogenen bzw. Berufsförderungsmaßnahmen für neurologisch erkrankte Personen unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit Aphasie**

Untersuchungsergebnisse zum Erfolg von Aktivitäten zur beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit Aphasie sind relativ selten,⁸⁹ betrachtet man die schier unüberschaubare Zahl von Veröffentlichungen aus In- und Ausland, die über die Rückkehr ins Arbeitsleben bzw. die Lebensqualität⁹⁰ von neurologisch Erkrankten Auskunft geben. Auffällig ist, dass wesentlich häufiger über Erfolge beruflicher Eingliederungsmaßnahmen und deren Determinanten bei Personen mit Schädel-Hirn-Traumata berichtet wird als über solche bei Schlaganfall-Patient(inn)en. Allerdings finden sich in diesen Arbeiten gelegentlich Hinweise, dass ein Teil der einbezogenen Rehabilitand(inn)en (auch) an Aphasien litt. Eine Reihe von Studien erstreckt sich auf Teilnehmer(innen), die Sprach- oder Kommunikationsstörungen aufwiesen, wobei allerdings nicht immer erkennbar ist, inwieweit (auch) Personen einbezogen wurden, die dem Kreis der Aphasiker(innen) zuzuordnen wären.⁹¹ Eher selten sind Untersuchungen, die sich dem Outcome spezifischer, beruflich ausgerichteter Interventionen widmeten; im Mittelpunkt steht im Allgemeinen die Frage nach einer Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und deren Prädiktoren.

Grundsätzlich ist es bei Sichtung der Arbeiten zum Thema schwierig, Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Erfolgschancen sowie ihre Determinanten von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für die hier interessierenden Adressat(inn)engruppen zu ziehen. Begründet wird dies mit der unterschiedlichen Qualität der Studien.⁹² Kritisiert werden etwa

- die mangelnde Vergleichbarkeit der Studien⁹³ im Hinblick auf
 - Merkmale der einbezogenen Personen(gruppen),⁹⁴

⁸⁹ So erbrachte eine Metaanalyse von 100 in 25 Fachzeitschriften publizierten Studien aus dem Bereich der Aphasieforschung, dass 36 auch die Variable „Beschäftigung“ berücksichtigt hatten, wobei über alle Studien hinweg betrachtet 43 Merkmale von Interesse waren. Bei den meisten (31) dieser Arbeiten handelte es sich um Fallstudien; lediglich fünf waren solche, die sich mit Personengruppen beschäftigten. Dabei standen bei vier Untersuchungen Krankheitssymptome und lediglich bei einer Behandlungsfragen im Mittelpunkt. Vgl. *Roberts / Code / McNeil* 2003: 913 ff

⁹⁰ Zu den bedeutsamen Zusammenhängen zwischen der Rückkehr ins Arbeitsleben und der Lebensqualität von hirngeschädigten Personen siehe etwa: *Vestling / Tufvesson / Iwarsson* 2003; *Lowry* 2004: 20 f; *Oppermann* 2004: 949 f

⁹¹ So werden etwa den an Kommunikationsstörungen leidenden Personen auch solche zugeordnet, die Dysarthrien, Laryngektomien (Entfernung des Kehlkopfes) oder auch Stottern aufweisen (siehe z.B. *Garcia / Laroche / Barrette* 2002: 197)

⁹² Vgl. *Nightingale / Soo / Tate* 2007: 129 ff; siehe auch: *Yasuda et al.* 2001: 858 f; *Sherer et al.* 2002: 175 f; *Peters et al.* 2003: 20 f; *O'Neill-Pirozzi / Corrigan / Hammond* 2004: 3 ff; *Owensworth / McKenna* 2004: 765 f

⁹³ Vgl. *Chesnut et al.* 1998: 41 f; *Vorländer / Fischer* 2000: 342; *Wendel* 2002: 31 ff; *Sherer et al.* 2002: 175 f; *Wozniak / Kittner* 2002: 160 ff

- Größe der einbezogenen Untersuchungsgesamtheiten (unterschiedliche Stichproben bzw. Grundgesamtheiten),
- Art, Umfang und Bewertung der Fördermaßnahmen (Konzept, Qualifikation von Mitarbeiter(inne)n, Erfolgskriterien),
- örtliche Besonderheiten,
- Strukturen des Gesundheitssystems und des Arbeitsmarktes;
- „forschungsimmanente“ Faktoren, die die Aussagekraft der Forschungsergebnisse beeinträchtigen,⁹⁵ wie
 - die Beteiligung unterschiedlicher, in der Therapiekette rehabilitativ wirkender Personen, die ggf. für die Forschung (z.B. Dokumentation) tätig sind,
 - unvollständige, inkonsistente oder nicht greifbare Patientendokumentationen,
 - fehlende Kontrollgruppen;
- definitorische Defizite, die zu einer hohen Streuung der Erfolgsquoten führen können,⁹⁶ etwa im Hinblick auf
 - die Schweregradbestimmung der neurologischen Erkrankung in den Stichproben,
 - einheitliche Kriterien der Wiederaufnahme der Arbeit,
 - einen adäquaten Beurteilungsmaßstab der ausgeführten Tätigkeit und der beruflichen Stellung,
- das Fehlen reliabler Folgestudien über längere Zeiträume.

Bemängelt wird auch, dass häufig nur über die in Nacherhebungen erreichten Personen berichtet wird, ohne bei der Berechnung von Erfolgsquoten die *drop-out*-Fälle zu berücksichtigen. Zudem kann es dadurch zu positiven Verzerrungen kommen, dass ausschließlich Teilnehmer(innen) von Therapie- bzw. Rehabilitationsprogrammen einbezogen werden.⁹⁷

Verschiedene Gründe dürften für das Fehlen von Forschungsarbeiten zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Aphasie wesentlich sein: Zum einen handelt es sich um eine relativ kleine Personengruppe, die von diesem Störungsbild betroffen ist. Diese reduziert sich nochmals deutlich, wenn nur jene Rehabilitand(inn)en berücksichtigt werden, die für berufliche Rehabilitation überhaupt in Frage kommen: Da einer Aphasie in 65 % bis 80 % der Fälle ein Schlaganfall zugrunde liegt und Apoplexien mit dem Altersgang zunehmen, ist die Gruppe jener Personen, bei denen Bemühungen um eine berufliche (Wieder-) Eingliederung von

⁹⁴ Nightingale / Soo / Tate (2007: 129) ermittelten im Rahmen einer Metaanalyse von 55 Studien annäherungsweise 240 unterschiedliche Prognosemerkmale.

⁹⁵ Vgl. Tooth et al. 2001: 629; Wozniak / Kittner 2002: 160. Hinweise zur Überwindung der betreffenden Schwierigkeiten finden sich bei Greener / Langhorne 2002.

⁹⁶ Vgl. Ben-Yishay et al. 1987: 31; Chesnut et al. 1998: 40ff; Scollon 2000: 20; Wozniak / Kittner 2002: 160; Lowry 2004: 40 ff

⁹⁷ Vgl. Dawson / Chipman 1995

den Rehabilitationsträgern ökonomisch für sinnvoll angesehen werden, relativ klein.⁹⁸ Die Gruppe reduziert sich weiter, berücksichtigt man, dass die Ursache der Aphasie – zumeist ein Apoplex oder ein (im Zuge von Unfällen oder körperlichen Übergriffen erworbenes) Schädel-Hirn-Trauma, aber auch ein Hirntumor oder eine andere Erkrankung – häufig zu weiteren Gesundheitsstörungen und Funktionsschädigungen führt, die einer beruflichen Wiedereingliederung im Wege stehen. Zudem ist das Wissen um die Möglichkeiten einer beruflichen Rehabilitation im Kreise medizinischer Laien (dazu gehören auch die Arbeitgeber, die eine (Wieder-)Beschäftigung aphasischer Mitarbeiter(innen) ablehnen⁹⁹), aber auch bei vielen Ärzt(inn)en und anderen Rehabilitationsfachleuten immer noch begrenzt, so dass Teilhabeleistungen (wenn sie denn überhaupt zur Verfügung stehen) eher selten erwogen werden. Alles das schlägt sich nieder in einer geringen Zahl von Maßnahmeangeboten, kleinen Teilnehmer(innen)-Populationen und entsprechend seltenen Studien zu Problemen der beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n.¹⁰⁰

Vor diesem Hintergrund soll nunmehr anhand von einigen Studien versucht werden, erste Hinweise auf die Erfolgschancen von Teilhabeleistungen für Aphasiker(inne)n zu geben.¹⁰¹

3.1 Faktoren zur Prognose der beruflichen Eingliederung nach Hirnschädigungen

Bei der Durchsicht der jüngeren einschlägigen Literatur zum mittel- und langfristigen beruflichen (Wieder-)Eingliederungserfolg (siehe *Übersicht 3*) zeigt sich, dass Untersuchungsergebnisse weitgehend bestätigt werden, über die bereits im Rahmen von Metaanalysen berichtet wurde.¹⁰²

⁹⁸ Im Durchschnitt sind Männer bei ihrem ersten Schlaganfall etwa 70 Jahre, Frauen etwa 75 Jahre alt (vgl. *Kolominsky-Rabas / Heuschmann* 2002). Lediglich 25 % der Patient(inn)en sind jünger als 60 Jahre und 15 % jünger als 45 Jahre (vgl. *Schubert / Lalouschek* 2006: 304).

⁹⁹ Vgl. *Parr* 2001: 275

¹⁰⁰ Beklagt wird daher nicht nur, dass wenig Fortschritt im Hinblick auf die Versorgung von Aphasiker(inne)n mit Angeboten zur beruflichen Wiedereingliederung erzielt worden sei. Angesichts der Tatsache, dass Personen mit stärker ausgeprägten Aphasien im Rahmen von Evaluationsstudien unberücksichtigt bleiben, wird zudem bemängelt, dass der Einfluss von Aphasien auf den Rehabilitationserfolg nach Schlaganfällen und Schädel-Hirn-Traumata noch zu wenig erforscht sei. Vgl. *Ritchie* 2001; *Krančiukaitė / Rastenytė* 2006: 714.

¹⁰¹ Angesichts der kaum überschaubaren Quellenlage ist es jedoch trotz eingehender Recherchen jedoch kaum möglich, den Anspruch zu erheben, tatsächlich einen erschöpfenden Abriss des Standes der Forschung geben zu können: Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang nicht nur die einschlägige (und teilweise nur schwer erreichbare) Fachliteratur zum Thema „Aphasie“, sondern auch jene zu den Komplexen „Schlaganfall“ und „Schädel-Hirn-Trauma“ sowie ggf. benachbarter Gebiete.

¹⁰² Siehe insbesondere: *Ben-Yishay et al.* 1987; *Yasuda et al.* 2001; *Wozniak / Kittner* 2002; *Kendall / Münchberger / Gee* 2006

Studie	Anzahl der ein- bezogenen Personen / Grunderkrankung	Follow-up- Zeitraum	Anteil der wieder an den Ar- beitsplatz zurückgekehrten Personen
<i>Alaszewski et al. 2007</i>	31 Schlaganfall	18 Monate	58 % beschäftigt 42 % nicht beschäftigt
<i>Hofgren et al. 2007</i>	55 Schlaganfall	3 Jahre	15 % vollzeitbeschäftigt 5 % teilzeitbeschäftigt 80 % nicht beschäftigt
<i>Leim / Lacher et al. 2007</i>	108 Schlaganfall	Follow up 1: 6 Monate Follow up 2: 12 Monate Follow up 3: 36 Monate	27,3 % beschäftigt 35,1 % beschäftigt 28,6 % beschäftigt
<i>Claros-Salinas 2006</i>	73 Schlaganfall 16 Schädel-Hirn-Trauma 16 Hirntumor	Ø 8,5 Monate	55 % beschäftigt
<i>Johnstone / Martin et al. 2006</i>	139 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	Ø 8,9 Jahre	Beschäftigte: 26 % nur SHT 11 % SHT plus psychische Defizite 8 % SHT plus Lernbehinderung 23 % SHT plus orthopädische Schädigung 32 % SHT plus Anfallsleiden
<i>Johnstone/ Reid-Arndt et al. 2006</i>	78 Schädel-Hirn-Trauma	2 Monate bis 40 Jahre Ø 9,2 Jahre	16,7 % beschäftigt
<i>Jorge et al. 2006</i>	158 Schädel-Hirn-Trauma	12 Monate	70 % beschäftigt
<i>Murphy et al. 2006</i>	232 Traumatische / nicht- traumatische Hirnschädigung	7 Monate bis 35,5 Jahre	41 % beschäftigt 16 % ehrenamtlich tätig 15 % in Ausbildung 28 % krank / berentet
<i>Ponsford et al. 2006</i>	77 Schädel-Hirn-Trauma	2 Jahre	Von allen Teilnehmer/-innen 38 % beschäftigt 4 % in Ausbildung 56 % nicht beschäftigt Von vorher beschäftigten Teilneh- mer(inne)n 49 % beschäftigt 4 % in Ausbildung 52 % nicht beschäftigt
<i>Whitnall et al. 2006</i>	475 Hirnschädigung	5 – 7 Jahre	56 % beschäftigt 33 % nicht beschäftigt 11 % nicht arbeitsfähig
<i>Nybo 2005</i>	22 Schädel-Hirn-Trauma	5 bis über 20 Jahre	Follow up 1 27 % vollzeitbeschäftigt 27 % unterstützt beschäftigt 46 % nicht beschäftigt Follow up 2 32 % vollzeitbeschäftigt 9 % unterstützt beschäftigt 59 % nicht beschäftigt
<i>Boake et al. 2005</i>	210 Schädel-Hirn-Trauma	6 Monate	66 % beschäftigt
<i>Kraus et al. 2005</i>	235 mit/ohne Schädel-Hirn- Trauma	6 Monate	17,4 % mit SHT 24,6 % ohne SHT
<i>Pössl / Kursawe 2005</i>	8 Schädel-Hirn-Trauma 7 Schlaganfall 3 entzündliche Hirn- erkrankung	Mind. 5 Jahre	47 % vollzeitbeschäftigt 20 % teilzeitbeschäftigt 33 % berentet 20 % nicht beschäftigt
<i>Chamelian / Feinstein 2004</i>	207 Schädel-Hirn-Trauma	6 Monate	53, 1 % beschäftigt
<i>Dawson et al. 2004</i>	Follow up 1: 68 Schädel-Hirn-Trauma Follow up 2: 46	Follow up 1: Ø 1,3 Jahre Follow up 2: Ø 4,3 Jahre	Follow up 1 66,2 % beschäftigt Follow up 2 78,3 % beschäftigt

Übersicht 3: Überblick über ausgewählte Studien zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit neurologischen Schädigungen

Fortsetzung Übersicht 3:

Studie	Anzahl der einbezogenen Personen / Grunderkrankung	Follow-up-Zeitraum	Anteil der wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrten Personen
Lowry 2004	80 Hirntumor	12 Monate	70,1 % beschäftigt 18,8 % nicht beschäftigt 3,8 % berentet 5 % Hausfrau 2 % in Ausbildung
Vanderploeg <i>et al.</i> 2003	626 Schädel-Hirn-Trauma	ca. 16 Jahre	75,1 % beschäftigt
Kreutzer <i>et al.</i> 2003	186 Schädel-Hirn-Trauma	1 bis 4 Jahre	1. Jahr: 35 % 2. Jahr: 27 % 3. Jahr: 42 % 34 % stabil beschäftigt
Johnstone <i>et al.</i> 2003	78 Schädel-Hirn-Trauma	9,2 Jahre	16,7 % beschäftigt
Johnstone / Mount / Schopp 2003	35 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	31 % beschäftigt 49 % nicht beschäftigt 6 % in Ausbildung 14 % berentet
Sato / Oguma / Komatsubara 2003	128 Schädel-Hirn-Trauma	6,2 Jahre	71 % beschäftigt
Cattalani <i>et al.</i> 2002	35 Schädel-Hirn-Trauma	3 Jahre	54 % beschäftigt 46 % nicht beschäftigt
Coetzer / Hayes / Du Toit 2002	65 Schädel-Hirn-Trauma	Ø 7,41 Jahre	75,4 % beschäftigt 24,6 % nicht beschäftigt
MacMillan <i>et al.</i> 2002	45 Schädel-Hirn-Trauma	2 - 25 Jahre Ø 10 Jahre	25 % vollzeitbeschäftigt 22 % teilzeitbeschäftigt 53 % unbeschäftigt
Wagner <i>et al.</i> 2002	105 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	72 % beschäftigt
Felmingham / Baguey / Crooks 2001	55 Schädel-Hirn-Trauma	2 Jahre	46 % beschäftigt
Friedland / Dawson 2001	99 Schädel-Hirn-Trauma	6 – 9 Monate	19 % beschäftigt wie früher 23 % modifiziert beschäftigt 57 % nicht beschäftigt
Hoofien <i>et al.</i> 2001	76 Schädel-Hirn-Trauma	Ø 14,1 Jahre	60,5 % beschäftigt
Indiestel 2001a	75 neurologisch Erkrankte	12 bis 24 Monate	69 % beschäftigt 4 % arbeitsunfähig
Malec 2001	79 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	39 % beschäftigt 34 % geschützt / unterstützt beschäftigt 27 % nicht beschäftigt
Pössl <i>et al.</i> 2001	28 Schädel-Hirn-Trauma 15 Schlaganfall	7 Jahre	53 % beschäftigt 19 % nicht beschäftigt 28 % berentet
Claros-Salinas / Greitemann / Jeske 2000	63 Hirnschädigung	12 bis 24 Monate	83 % beschäftigt
Klonoff / Lamb / Henderson 2000	112 Schädel-Hirn-Trauma	11 Jahre	76,8 % beschäftigt 7,6 % anderweitig produktiv tätig
Malec <i>et al.</i> 2000	114 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	62 % beschäftigt 27 % geschützt / unterstützt beschäftigt 11 % nicht beschäftigt
O'Connell 2000	43 Schädel-Hirn-Trauma	9,5 Monate	42 % beschäftigt
Paniak <i>et al.</i> 2000	118 Schädel-Hirn-Trauma	3- 4 Monate	73,7 % beschäftigt
Teasell / McRae / Finestone 2000	55 Schlaganfall	3 Monate	5 % vollzeitbeschäftigt 5 % teilzeitbeschäftigt 3 % in Ausbildung 70 % unbeschäftigt / arbeitsunfähig
Work After Stroke Project 2000	503 Schlaganfall	1 Monat bis 40 Jahre	35 % beschäftigt 12 % Ausbildung 53 % nicht beschäftigt

Die *Übersicht 3* verdeutlicht, dass die Quoten der in eine schulische bzw. berufliche Laufbahn (wieder) eingegliederten Personen ähnlich wie in den genannten Metaanalysen zwischen 10 % und 80 % betragen, wobei neben den untersuchten Populationen sicherlich auch die Follow-up-Zeiträume bedeutsam sind, die erheblich variieren (zwischen 3 Monaten und 36 Jahren).

Aus Übersichtsarbeiten der letzten zehn Jahre (siehe dazu die *Übersicht 4*) ergibt sich, dass die berufliche Wiedereingliederung vor allem von folgenden Faktoren entscheidend beeinflusst wird:

- *Grunderkrankung*: Dazu finden sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse. Während die einen Schlaganfallpatient(inn)en besonders gute Rehabilitationschancen zuschreiben,¹⁰³ tun dies andere im Hinblick auf Personen mit Schädel-Hirn-Trauma¹⁰⁴; Dritte wiederum fanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Grunderkrankung und beruflichem Rehabilitationserfolg.¹⁰⁵ Über die Bedeutung der Schwere der Hirnschädigung gehen die empirisch begründeten Meinungen ebenfalls auseinander.¹⁰⁶ Entsprechendes gilt im Hinblick auf die Dauer des Komas,¹⁰⁷ während die Dauer der posttraumatischen Amnesie bisher unwidersprochen von Einfluss ist: je länger diese Dauer, desto geringer sind die Rehabilitationsaussichten.¹⁰⁸
- *Schweregrad der Hirnschädigung*
- *Neuropsychologische Defizite*: In zahlreichen Studien wurden Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen neuropsychologischer Defizite und Misserfolgen bei der (Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben nachgewiesen.¹⁰⁹

¹⁰³ Vgl. Drechsler et al. 1995

¹⁰⁴ Vgl. Fries / Seiler 1998

¹⁰⁵ Vgl. Wendel 2002: 137

¹⁰⁶ Einen (positiven) Zusammenhang zwischen der Schwere der Hirnschädigung und dem Rehabilitationserfolg (je schwer die Schädigung desto geringer der Erfolg) nehmen an: Uzzell / Langfitt / Dolinskas 1987; Cope et al. 1991a, 1991b; Godfrey et al. 1993; Fabiano / Crewe / Goran 1995; Levin 1995; Ponsford et al. 1995; Wehman et al. 1995; Novack et al. 2000; Scollon 2000: 16; Wendel 2002: 36f; Claros-Salinas 2004: 14; Ownsworth / McKenna 2004; Nybo 2005: 18. In anderen Studien fanden sich solche Korrelationen zwischen diesen Variablen nicht: vgl. Brooks et al. 1987; Vikki et al. 1994; Ip et al. 1995; Teasdale et al. 1997; Scollon 2000: 17; Claros-Salinas 2004: 13

¹⁰⁷ vgl. Ruff et al. 1993; Lubusko et al. 1994; Cifu et al. 1997; Goran et al. 1997; Scollon 2000: 18; Asikainen 2001; Kreutzer et al. 2003; Claros-Salinas 2004: 13; Nybo 2005: 19, 43; Klonoff et al. 1993. Keinen Einfluss dieser Variablen fanden Crepeau / Scherzer (1993) und Nybo (2005: 40).

¹⁰⁸ Vgl. Van Zomeren / van den Burg 1985; Crepeau / Scherzer 1993; Godfrey et al. 1993; Dikmen et al. 1994; Wehman et al. 1995; Vikki et al. 1994

¹⁰⁹ Zur Bedeutung des kognitiven Leistungsvermögens siehe z.B.: Newton / Johnson 1985; Brooks et al. 1987; Lam et al. 1992; Chesnut et al. 1998; Fleming et al. 1999; Malec et al. 2000a; Scollon 2000: 10 ff; Sherer / Madison / Hannay 2000; Novack et al. 2001; Powell et al. 2001; Sherer et al. 2002; Peters et al. 2003; Atchinson et al. 2004; Claros-Salinas 2004: 14, 16, 18, 22; Lacher et al. 2004; Nybo 2005: 17; Ownsworth / McKenna 2004; Nightingale / Soo / Tate 2006.

Interessant ist allerdings, dass sich in etlichen Untersuchungen sensomotorische¹¹⁰ und kognitive (Test-) Leistungen als prognostisch wenig aussagekräftig zeigten. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass solche Tests nicht lebensnah genug seien.¹¹¹ Variablen wie Adaptationsfähigkeit¹¹² sowie das Arbeits- und Sozialverhalten¹¹³ erwiesen sich hingegen für den beruflichen Rehabilitationserfolg weit aus bedeutsamer.¹¹⁴

- *Begleiterkrankungen bzw. –behinderungen:*¹¹⁵ Insbesondere Menschen mit Hirntrauma weisen häufig nicht nur neurologische und neuropsychologische, sondern auch körperliche Funktionsstörungen und Strukturschäden auf,¹¹⁶ die die Betroffenen in ihrer Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen. Dies erschwert die Arbeit mit ihnen im Rahmen der Rehabilitation zusätzlich, da dem sehr differenziert und auf den Einzelfall zugeschnitten entsprochen werden muss.¹¹⁷
- *Geschlecht:* Die Befunde zum Einfluss des Geschlechts auf das berufliche Rehabilitationsergebnis sind widersprüchlich: So finden sich in der Literatur Studien, nach denen vor allem Männer (mit Schlaganfällen¹¹⁸, mit Hirnschädigungen¹¹⁹, mit Hirntumoren¹²⁰), jedoch auch andere Quellen, nach denen vor allem Frauen (mit Hirnschädi-

Zum Einfluss der *Intelligenz* siehe z.B.: Kotila et al. 1984; Anderson / Bigler 1995; Hsieh / Lee 1997; Nybo 2005: 46; Saeki et al. 1993.

Zum Einfluss von *Gedächtnis und Aufmerksamkeit* siehe z.B.: Weddell / Oddy / Jenkins 1980; Kotila et al. 1984; Brooks et al. 1987; Ryan et al. 1992; Ruff et al. 1993; Prigatano et al. 1994; Fraser / Wehman 1995; Drechsler et al. 1995; Girad et al. 1996; Claros-Salinas 2004: 17 f; Lowry 2004; Ownsworth / McKenna 2004; Nybo 2005: 17, 47

Zur Bedeutung *neuropsychologischer Defizite* im Allgemeinen siehe z.B.: Newman / Haton / Lehman 1978; Prigatano et al. 1984; Van Zomeren / van den Burg 1985; Brooks et al. 1987; Jacobs 1988; Gonser 1992; Godfrey et al. 1992; Crepeau / Scherzer 1993; Ruff et al. 1993; Vilkki et al. 1994; Dikmen et al. 1995; Ip et al. 1995; Teasdale et al. 1997; Asikainen 2001; Boake et al. 2001; Poser et al. 2001; Wendel 2002: 38; Lacher et al. 2004

¹¹⁰ Siehe etwa: Ben-Yishay et al. 1987; Brooks et al. 1987; Gonser 1992; Ip et al. 1995; Powell et al. 2001; Claros-Salinas 2004 : 22

¹¹¹ Vgl. Brooks et al. 1987 ; Ip et al. 1995 ; Johnstone 1999; LeBlanc / Hayden / Paulman 2000; Pössl et al. 2001 ; Wendel / Fries / Heel 2001; Wendel 2002: 140; Lowry 2004: 27

¹¹² Siehe dazu: Walker et al. 1987; Fraser et al. 1988; Stambrock et al. 1990; Klonoff et al. 1993; Malec / Smigielski / DePompolo 1991; Vilkki et al. 1994; Taylor et al. 2002; Wendel 2002: 142f; Nybo 2005: 46

¹¹³ Siehe u.a. Wehman et al. 1993; Kregel / Parent / West 1994

¹¹⁴ Vgl. Wendel / Fries / Heel 2001

¹¹⁵ Siehe dazu: Johnstone et al. 2006

¹¹⁶ Etwa ein Drittel der Schädel-Hirn-Traumen tritt im Rahmen einer Mehrfachverletzung (Verletzungen Wirbelsäule und von Körperhöhlen, Frakturen) auf. Hinzu treten häufig postoperative Komplikationen. (Vgl. Steube 2004: 224)

¹¹⁷ Siehe dazu etwa auch: Holzmann 1997: 85 ff; Raß / Schramm 1997: 96; Bucher 2005: 116 ff

¹¹⁸ Siehe: Smolkin / Cohen 1974; Howard et al. 1985; Ferro / Crespo 1994; Wozniak / Kittner 2002: 161; Peters et al. 2003; Claros-Salinas 2004: 12;

¹¹⁹ Vgl. Johnson 1998; Peters et al. 2003; Ownsworth / McKenna 2004; Nightingale / Soo / Tate 2006

¹²⁰ Vgl. Yelin / Nevitt / Epstein 1980; Fobair et al. 1986; Lowry 2004: 103

gungen)¹²¹ besonders erfolgreich waren, sowie solche über Schlaganfallpatient(inn)en, bei denen sich keine geschlechtsspezifischen Zusammenhänge ausmachen ließen.¹²²

- *Alter:* Im Allgemeinen gilt: je jünger ein(e) Rehabilitand(in) ist, desto größer sind die Erfolgsaussichten,¹²³ insbesondere dann, wenn die Teilnehmer(innen) unter 20 Jahre alt sind;¹²⁴ Allerdings fand sich im Hinblick auf das Alter als Erfolgsdeterminante auch eine Reihe von Studien, in denen sich kein entsprechender Zusammenhang feststellen ließ.¹²⁵ Personen, die bereits in früher Jugend ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, hatten demgegenüber jedoch eher schlechte berufliche Rehabilitationschancen,¹²⁶ wobei auch Studien existieren, die zeigten, dass sich Kinder schneller als Erwachsene von Schädel-Hirn-Traumata erholen als Erwachsene.¹²⁷
- *Familienstand:* Es finden sich *follow-up*-Studien, nach denen verheiratete hirngeschädigte Personen,¹²⁸ aber auch solche, nach denen ledige bzw. Patienten ohne feste Beziehung besonders hohe Rehabilitationserfolge aufwiesen. Dabei wird auf die Bedeutung solcher Bindungen insofern hingewiesen, als damit mehr Möglichkeiten für soziale Kontakte und zum verbalen Austausch gegeben sind.¹²⁹

¹²¹ Vgl. McMordie / Barker / Paolo 1990; Nishino et al. 1999; Claros-Salinas 2004: 12

¹²² Vgl. Black-Schaffer / Osberg 1990; Saeki et al. 1993; Hsieh / Lee 1997; Wozniak et al. 1999; Scollon 2000: 5; Wozniak / Kittner 2002: 161; Whitnall et al. 2006. Zuger et al. (2002: 5) weisen darauf hin, dass widersprüchliche Untersuchungsergebnisse zu den Determinanten des Rehabilitationserfolges von Hirngeschädigten wohl darauf zurückzuführen sind, dass unterschiedliche Subgruppen untersucht wurden.

¹²³ Vgl. Kennard 1936; Smolkin / Cohen 1974; Becker et al. 1977; Schneider 1979; McKenzie / Edelstein / Flynn 1981; Hagel 1982; Howard et al. 1985; Ruckert / Glinz 1985; Brooks et al. 1987; McMordie / Barker / Paolo 1990; Gonser 1992; Pennings et al. 1992; Ruff et al. 1993; Dikmen et al. 1994; Schalen / Nordstrom / Nordstrom 1994; Vilkkilä et al. 1994; Ip et al. 1995; Ponsford et al. 1995; Asikainen et al. 1996; Teasdale et al. 1997; Chesnut et al. 1998; Fleming et al. 1999; Wozniak et al. 1999; Scollon 2000; Sherer / Madison / Hannay 2000; Asikainen 2001: 28; Felmingham et al. 2001; Kayser-Marcus et al. 2002; Wozniak / Kittner 2002; Zuger et al. 2002: 6; Kreutzer et al. 2003; Peters et al. 2003; Claros-Salinas 2004: 13; Lowry 2004: 38; Ownsworth / McKenna 2004; Nybo 2005: 18 f, 44; Nightingale / Soo / Tate 2006. Wehman et al. (1993) fanden hingegen, dass gerade jüngere Hirngeschädigte größere Probleme hatten, unterstützt beschäftigt zu werden.

¹²⁴ Vgl. Heiskanen / Sipponen 1970; Nybo 2005: 44 f

¹²⁵ Vgl. Black-Schaffer / Osberg 1990; Angeleri et al. 1993; Saeki et al. 1993; Wehman et al. 1993; Ferro / Crespo 1994; Hsieh / Lee 1997; Wozniak et al. 1999; Fries / Seiler 1998b; Gollaher et al. 1998; Klein et al. 1996; Wendel 2002: 46, 137; Claros-Salinas 2004: 13; Whitnall et al. 2006

¹²⁶ Vgl. Asikainen et al. 1996; Ewing-Cobbs et al. 1997; Bigler et al. 1997; Max et al. 1999; Taylor et al. 2002; Verger et al. 2000; Asikainen 2001: 67 f; Nybo 2005: 44

¹²⁷ Vgl. Webb et al. 1996; Nybo 2005: 44

¹²⁸ Vgl. Scollon 2000; Hinckley 2002; Howe / Worrell / Hickson 2004; Lowry 2004: 103; Nybo 2005: 40; Nightingale / Soo / Tate 2006

¹²⁹ Vgl. Caporali / Basso 2003: 831. Zu den Möglichkeiten, im familiären Kontext Sprachübungen durchzuführen, siehe Bauer / Kulke 2004. Vgl. Ip / Dornan / Schentag 1995; Hinckley / Packard 2001; Wendel 2002: 138; Cruice et al. 2003. In diesem Zusammenhang machen Cruice / Worrall / Hickson (2006) darauf aufmerksam, dass älteren Menschen gerade diese sozialen Kontakte häufiger fehlen als Jüngeren und sie deshalb geringere Rehabilitationschancen haben.

Quelle	Anzahl der Studien	Art der Grunderkrankung	Signifikante (negative) Risikofaktoren									
			Alter	Geschlecht	Schweregrad der Grunderkrankung	(Neuro-) Psychologische Faktoren	Vorbildung	Prämorbid. Sozio-ökonomischer Status	Dauer d. berufl. Ausgliederung	Frühere man. / nicht-manuelle Arbeit	Rechtliche Ansprüche	Alkohol / Drogenabusus
Nightingale / Soo / Tate 2007	100 % 55	Schädel-Hirn-Trauma	35 % (19)	4 % (2)	38 % 21	51 % (28)	16 % (9)	9 % (5)	11 % (6)	11 % (6)	4 % (2)	13 % (7)
Ownsworth / McKenna 2004	100 % 50	Schädel-Hirn-Trauma	40 % (20)	38 % (19)	10 % - 40 % (5 – 20)	4 % - 28 % (2 – 14)	50 % (25)	4 % (2)	k.A.	46 % (23)	4 % (2)	14 % (7)
Peters et al. 2003	100 % (68)	Hirnschädigungen und Traumata	19 % (13)	4 % (3)	41 % 28	13 % (9)	18 % (12)	9 % (6)	1 % (1)	12 % (8)	7 % (5)	k.A.
	100 % (6)	Schlaganfall	2	k.A.	5	1	1	2	k.A.	1	k.A.	k.A.
Scollon 2000	412	Schädel-Hirn-Trauma	älter als 40 Jahre	k.A.	Schweregrad des Hirnschadens, Dauer von Koma, Hospitalisierung Neurolog. Defizite, andere Körperschäden	Defizite: Kognition, Persönlichkeit, Sprache, Kommunikation, soziale Unterstützung	Niedriger (Aus-) Bildungsgrad	geringer Status	lange Ausgliederungsdauer	k.A.	Ansprüche auf Kompensationszahlungen von Versicherungen	prä-morbider Alkohol- / Drogenabusus
Sherer / Madison / Hannay 2000	12	Schädel-Hirn-Trauma	ja	k.A.	ja	ja	ja	ja	k.A.	k.A.	k.A.	ja
Wozniak / Kittner 2002	24	Schlaganfall	Älter als 55 Jahre	nicht eindeutig	ja	ja	ja	ja	k.A.	ja	k.A.	k.A.
Chesnut et al. 1998	k.A.	Schädel-Hirn-Trauma	ja	ja	ja	ja	k.A.	k.A.	ja	k.A.	k.A.	k.A.

Übersicht 4: Überblick über signifikante Ergebnisse ausgewählter Meta-Analysen zu Risikofaktoren, die einer beruflichen Wiedereingliederung von Hirngeschädigten entgegenstehen können

In etlichen Studien konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen Familienstand und Rehabilitationserfolg festgestellt werden.¹³⁰

- *Prämorbid (Aus-)Bildungs- und Ausbildungsgrad:* Je höher der prämorbid Bildungs- und Ausbildungsgrad¹³¹ und der erreichte berufliche Status¹³², desto größer sind die beruflichen (Wieder-)Eingliederungschancen von neurologischen Patient(innen). In einer Studie von *Gonser* (1992) konnte allerdings nur ein schwacher Einfluss des (Aus-)Bildungsniveaus auf den Rehabilitationserfolg nachgewiesen werden. Auch *Asikainen* (2001: 69 f) fand, dass Schädel-Hirn-Traumatiker(innen) mit dem höchsten Bildungsgrad am häufigsten unfähig waren, (wieder) zu arbeiten, schloss aber nicht aus, dass dies auf die geringe Zahl oder das relativ höhere Alter der untersuchten Personen zurückzuführen war.
- *Prämorbid Berufstätigkeit:*
 - Forschungsergebnissen zufolge ist für die berufliche Rehabilitation von Patient(inn)en mit neurologischen Erkrankungen grundsätzlich von Bedeutung, dass vor Eintritt der Grunderkrankung ein Beschäftigungsverhältnis bestand.¹³³ Dabei steigen mit zunehmender Beschäftigungsdauer die Rehabilitationschancen.¹³⁴ Besonders wichtig sind natürlich die Bereitschaft des Betriebes, die/den Betroffene(n) wieder einzustellen,¹³⁵ sowie die regionale Arbeitsmarktlage.¹³⁶
 - Auch zum Einfluss der Art der prämorbid Tätigkeit finden sich widersprüchliche Ergebnisse:¹³⁷ Ehemals selbständig Tätige haben oftmals günstigere Aussichten als abhängig Beschäftigte.¹³⁸ Handwerklich tätige Personen hatten bessere Re-

¹³⁰ Vgl. *Girard et al.* 1996; *Cifu et al.* 1997; *Ruffollo et al.* 1999; *Scollon* 2000;

¹³¹ Siehe dazu: *Smolkin / Cohen* 1974; *Howard et al.* 1985; *Anderson* 1990; *Bergmann et al.* 1991; *Saeki et al.* 1993; *Hsieh / Lee* 1997; *Neau et al.* 1998; *Brooks et al.* 1987; *Najenson et al.* 1980; *Vilkki et al.* 1994; *Vogenthaler / Smith / Goldfader* 1989; *Wehman et al.* 1995; *Gollaher et al.* 1998; *Sherer / Madison / Hannay* 2000; *Asikainen* 2001; *Wagner et al.* 2002; *Sherer et al.* 2002; *Wendel* 2002: 48, 138; *Wozniak / Kittner* 2002; *Zuger et al.* 2002: 6; *Peters et al.* 2003; *Claros-Salinas* 2004: 11; *Owensworth / McKenna* 2004; *Nightingale / Soo / Tate* 2006

¹³² Vgl. *Brooks et al.* 1987; *West* 1995; *McMahon / Slowinski / Crown* 1998; *Gollaher et al.* 1998; *Fleming et al.* 1999; *Novack et al.* 2001; *Sherer et al.* 2002; *Claros-Salinas* 2004: 11

¹³³ Siehe dazu: *Drechsler et al.* 1995; *Fabiano / Crewe / Goran* 1995; *Scollon* 2000: 15; *Novack et al.* 2001; *Flemingham et al.* 2001; *Claros-Salinas* 2004: 11, 14; *Owensworth / McKenna* 2004; *Nybo* 2005: 17; *Nightingale / Soo / Tate* 2006. *Bergmann et al.* (1991) und *Ip et al.* (1995) konnten entsprechende Zusammenhänge allerdings nicht feststellen (vgl. *Scollon* 2000: 14 f).

¹³⁴ Vgl. *Wendel* 2002: 138

¹³⁵ Vgl. *Brooks et al.* 1987; *Blair* 1989; *Drechsler et al.* 1995; *Ponsford et al.* 1995; *Johnson* 1998; *Wendel* 2002: 48; *Pössl / Kursawe* 2005

¹³⁶ Vgl. *Drechsler et al.* 1995; *Wendel* 2002: 49; *Caporali / Basso* 2003: 832

¹³⁷ Siehe dazu insbesondere: *Scollon* 2000; *Nightingale / Soo / Tate* 2006

¹³⁸ Vgl. *Rolland / Belin* 1983; *Carriero / Faglia / Vignolo* 1987; *Hsieh / Lee* 1997; *Garcia / Barrette / Laroche* 2000; *Caporali / Basso* 2003: 332

habilitationschancen als in Büro oder Verwaltung Tätige.¹³⁹ In anderen Studien zeigte sich, dass *white collar worker* besonders günstige Voraussetzungen hatten¹⁴⁰, dass Akademiker und Industriearbeiter besser eingegliedert werden konnten als Berufskraftfahrer¹⁴¹ und dass Facharbeiter bessere Aussichten als ungelernete Arbeiter hatten.¹⁴²

➤ *Teilnahme an Berufsförderungsmaßnahmen.*¹⁴³

Grundsätzlich sind die Befunde im Hinblick auf die Brauchbarkeit bestimmter Merkmale als Prognosefaktoren widersprüchlich. So finden sich nicht in jeder Untersuchung Nachweise, dass sich die genannten Variablen zur Vorhersage des beruflichen Rehabilitationserfolges eignen. Insbesondere die Übersichtsarbeit von *Scollon* (2000) macht deutlich, dass sich praktisch zu jedem Merkmal Untersuchungsergebnisse finden lassen, die zeigen, dass es in signifikant negativem oder positivem oder aber in keinem Zusammenhang zur beruflichen Wiedereingliederung von Hirngeschädigten steht.¹⁴⁴

Dies dürfte u.a. auf theoretische Vorannahmen, Untersuchungsdesigns und Operationalisierungen sowie die häufig kleinen Untersuchungsgesamtheiten im Rahmen der einzelnen Studien zurückzuführen sein. Im Übrigen gibt *Wendel* (2002: 49) zu bedenken, dass die Hoffnung auf Identifikation eines entscheidenden Prognosekriteriums teilweise den Blick auf komplexe Lebenswirklichkeiten verstellt. Insofern dürften multivariate Untersuchungsdesigns – so weit dies die Größe der untersuchten Population zulässt – bei der Erforschung von Prognosefaktoren in besonderem Maße geeignet sein.¹⁴⁵ Allerdings dürfte die Realisierung anspruchsvoller Untersuchungsanordnungen gerade dort scheitern, wo prävalenzbedingt nur kleinere Rehabilitand(inn)enkollektive zur Verfügung stehen. Hier wird es schwierig, innerhalb eines begrenzten Zeitraumes genügend Personen einzubeziehen und damit so viele vollständige Datensätze aufzubauen, dass über kreuztabellarische Auswertungen hinausgehende multivariate Analysen tatsächlich möglich werden.

¹³⁹ Vgl. *Fraser et al.* 1988; *Howard et al.* 1985; *Smolkin / Cohen* 1974 *Bergmann et al.* 1991; *Saeki et al.* 1993; *Hsieh / Lee* 1997; *Neau et al.* 1998; *Claros-Salinas* 2004: 12

¹⁴⁰ Vgl. *Vestling / Tufvesson / Iwarsson* 2003

¹⁴¹ Vgl. *Nishino et al.* 1999

¹⁴² Vgl. *Ip et al.* 1995; *Wozniak / Kittner* 2002; *Claros-Salinas* 2004: 12; *Ownsworth / McKenna* 2004; *Nightingale / Soo / Tate* 2006

¹⁴³ Siehe dazu: *Kendall / Muenchberger / Gee* 2006

¹⁴⁴ Vgl. *Scollon* 2000: 4 ff

¹⁴⁵ Siehe dazu z.B.: *Malkmus* 1989: 57; *Code* 2001; *Novack et al.* 2001: 300; *Wozniak / Kittner* 2002: 163 f

Über individuelle Merkmale hinaus wurden in jüngeren Untersuchungen folgende Faktoren identifiziert, die einer Rückkehr einer hirngeschädigten Person (hier: Schlaganfallpatient) im Wege stehen können:¹⁴⁶

- Rehabilitationsprozess-immanente Faktoren (z.B. Diagnose, Rehabilitationsmöglichkeiten, Mitglieder des Rehabilitationsteams und deren Einstellungen, Informationsvermittlung, Prozessschnittstellen usw.)
- Faktoren aus dem Bereich von Arbeitgebern und Betrieben (z.B. Modifikationen von Arbeitsbedingungen, Einstellungen und Informiertheit von Arbeitgeber und Kolleg(inn)en im Hinblick auf (konkrete) Behinderungen, Betriebsgröße, Produktivität, normativer Hintergrund, Entlohnung, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten usw.)
- Sozialstrukturelle Faktoren (z.B. Sozialversicherungssystem, Arbeitsmarkt, Zugang / Transportmöglichkeiten zum Arbeitsplatz, gesellschaftliche Einstellungen, verfügbare Informationen usw.)

3.2 Zur beruflichen Eingliederung aphasischer Rehabilitand(inn)en

Der Literatur zufolge ist die berufliche Rehabilitation von neurologischen Patient(inn)en grundsätzlich schwierig.¹⁴⁷ Darüber hinaus haben Menschen, die unter Sprach- und Kommunikationsstörungen,¹⁴⁸ insbesondere aber an Aphasien leiden, besonders schlechte Rehabilitationschancen.¹⁴⁹ Einige wenige Untersuchungen bestreiten jedoch diesen Zusammenhang¹⁵⁰ bzw. berichten über große Rehabilitationserfolge von Aphasiker(inn)en.¹⁵¹ Dabei werden Personen mit amnestischen oder Wernicke-Aphasien bessere Chancen zugeschrieben als Personen mit Broca-Aphasien, weil letztere häufiger mit motorischen Störungen einhergehen.¹⁵²

Grundsätzlich ist sicherlich davon auszugehen, dass zur Vorhersage des (Wieder-) Eingliederungserfolges von Aphasiker(inn)en auch jene Merkmale Gewicht haben, die sich generell

¹⁴⁶ Vgl. Lock et al. 2005:38 ff

¹⁴⁷ Vgl. Ben-Yishay et al. 1987; Brooks et al. 1987; McMordie et al. 1990; Wehman et al. 1995; Gollaher et al. 1998; Claros-Salinas 2004: 10

¹⁴⁸ Vgl. Malkmus 1989; Black-Schaffer / Osberg 1995; Barrette / Laroche / Garcia 1998; Barrette / Garcia / Laroche 2000; Garcia / Barrette / Laroche 2000, 2002; Garcia / Laroche / Barrette 2002

¹⁴⁹ Siehe etwa: Howard et al. 1985; Black-Schaffer / Osberg 1990; Bergmann et al. 1991; Hofmann Stocker 1991; Ryan et al. 1992; Huber / Springer / Willmes 1993; Saeki et al. 1993; Schalen / Nordstrom / Nordstrom 1994; Drechsler et al. 1995; Saeki et al. 1995; Hsieh / Lee 1997; Neau et al. 1998; Garcia et al. 2000; Claros-Salinas 2004: 21; Wendel 2002: 139

¹⁵⁰ So etwa: Howard et al. 1985; Angeleri et al. 1993; Wozniak et al. 1999

¹⁵¹ Vgl. Gil et al. 1996; Caporali / Basso 2003: 829 ff; Claros-Salinas 2004: 21; Nybo 2005: 20 f

¹⁵² Vgl. Caporali / Basso 2003: 829

bei von Hirnschädigungen Betroffenen als Prognosefaktoren relevant erwiesen haben, wie sie bereits oben diskutiert wurden. *Übersicht 5* enthält Informationen aus 14 Studien zur beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n der letzten Jahre.

Erwartungsgemäß wurden in die meisten Arbeiten Personen einbezogen, die einen Schlaganfall erlitten hatten. Dabei variieren Probandenzahlen, Behandlungssettings und Katamnesezeiträume in erheblichem Maße. Die Eingliederungserfolgsquoten sind ebenfalls recht unterschiedlich und bewegen sich im Allgemeinen zwischen einem und drei Vierteln der einbezogenen Personengruppen.

In den der *Übersicht 5* zugrunde liegenden Studien wird immer wieder auf die Bedeutung der Variablen „Schweregrad der Grunderkrankung bzw. Aphasie“, „Alter“ und „Erwerbsstatus vor der Erkrankung“ hingewiesen. Je schwerer die Aphasie, die ihr zugrunde liegende Gesundheitsstörung und die damit zusammenhängenden Folgeschäden ausgeprägt sind, desto problematischer ist die berufliche Rehabilitation. Ein Eingliederungserfolg ist nur dann zu erwarten, wenn die betrachteten Personen noch (bzw. schon) im erwerbsfähigen Alter sind.

Auch die Tatsache, beim Eintritt der Krankheit erwerbstätig gewesen zu sein, wirkt sich meist auf den Rehabilitationserfolg aus: Personen, die zum Zeitpunkt der Grunderkrankung nicht gearbeitet haben, kehren meist nicht mehr ins Erwerbsleben zurück. *Caporali und Basso* (2003: 331) weisen darauf hin, dass die berufliche Rehabilitation von Aphasiker(inne)n vor allem davon abhängig ist, inwieweit in einem bestimmten Beruf sprachliche Fähigkeiten relevant sind oder nicht.¹⁵³

Was das Vorliegen von Aphasie bei von neurologischen Erkrankungen betroffenen Personen anbelangt, so belegt eine Reihe von Arbeiten, dass dieses Merkmal als negativer Prädiktor gelten kann. Aphasische Rehabilitand(inn)en kehrten seltener ins Arbeitsleben zurück als Personen, die nicht an dieser kognitiv-sprachlichen Funktionsschädigung litten, wobei sich die Korrelationen jedoch nicht in jedem Fall als signifikant erwiesen.¹⁵⁴ In einigen Untersuchungen war kein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Aphasie und der Rückkehr ins Arbeitsleben festzustellen.¹⁵⁵

¹⁵³ Vgl. *Caporali / Basso* 2003: 332. Siehe dazu auch: *Garcia / Barrette / Roche* 2000

¹⁵⁴ Siehe dazu: *Black-Schaffer / Osberg* 1990: 287 ff; *Hofmann Stocker* 1991: 121; *Saeki et al.* 1993: 1184; *Ferro / Crespo* 1994; *Drechsler et al.* 1995: 200; *Hsieh / Lee* 1997; *Neau et al.* 1998: 300. Nicht signifikante Zusammenhänge: *Angeleri et al.* 1993: 1482; *Wozniak et al.* 1999: 2572;

¹⁵⁵ Vgl. *Gogstad / Kjellman* 1976 (zit. nach *Scollon*: 2000: 12); *Gil et al.* 1996;

Studie	Anzahl der Teilnehmer / -innen	Zugrunde liegende Gesundheitsstörung	Art der Einrichtung	Art der Maßnahme	Follow-up-Zeitraum	Maßnahmeerfolg	
						nach Maßnahme	längerfristig
<i>Hofgren et al.</i> 2007	25	Schlaganfall	Rehabilitationsklinik	Stationäre Schlaganfalltherapie	1 bis 3 Jahre	Nach 1 Jahr 1 Person teilzeittätig (4 %)	Nach 3 Jahren 2 Personen teilzeittätig (8%)
<i>Leim / Greitemann et al.</i> 2007	110	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik (Phase II)	Stationäre neurologische Rehabilitation	12 Monate		20,9 % berufstätig
<i>Claros-Salinas / Greitemann</i> 2005a	21	17 Personen Schlaganfall 1 Person Schädel-Hirn-Trauma 2 Personen Tumor 1 Person Sonst.	Neurologische Fachklinik (Phase II)	Stationäre neurologische Berufstherapie	Ø 8 Monate (Median)		13 Personen erwerbstätig 8 Personen nicht erwerbstätig
<i>Wehking / Harwardt / Lange</i> 2004	20	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik	Stationäre Aphasie-Heilbehandlung	2 bis 5 Jahre		16 Personen voll berufstätig 2 Personen zeitweilig tätig 2 Personen nicht tätig
<i>Caporali / Basso</i> 2003	52	Schlaganfall	Aphasia Unit	Stationäre Aphasie-Heilbehandlung	Ø 5 Jahre	73 % beschäftigt 21 % berentet 6 % Hausfrau	Von 38 zunächst Beschäftigten: 24 % beschäftigt 34 % altersberentet 42 % erwerbsunfähig
<i>Hinckley</i> 2002	20	19 Personen Schlaganfall 1 Person Schädel-Hirn-Trauma	Psychologisches Universitäts-Institut	intensive Sprachtherapie	30 bis 127 Monate Ø 44,5 Monate	5 Personen schon vorher berentet 13 beschäftigt 2 berentet	6 Personen teilzeittätig 2 Personen vollzeittätig 7 Personen nicht beschäftigt / berentet

Übersicht 5: Überblick über Studien zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit Aphasie

Fortsetzung Übersicht 5: Überblick über Studien zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit Aphasie

Studie	Anzahl der Teilnehmer / -innen	Zugrunde liegende Gesundheitsstörung	Art der Einrichtung	Art der Maßnahme	Follow-up-Zeitraum	Maßnahmeerfolg	
						nach Maßnahme	längerfristig
<i>Garcia / Barrette / Laroche</i> 2000	14	Keine Angabe	Aphasie-Zentrum	audiologisches und sprachtherapeutisches Programm	1 bis 10 Jahre	10 Personen vollbeschäftigt 1 Person teilzeitbeschäftigt 3 Personen Hausfrau	5 Personen beschäftigt 5 Personen nicht beschäftigt 4 Personen berentet
<i>Hinckley</i> 1998	31	87 % Schlaganfall 10 % SHT 3 % Neoplasma	Ambulante Klinik	neurologische Rehabilitation	11 bis 108 Monate Ø 46 Monate		26 % beschäftigt
<i>Gil et al.</i> 1996	39	Schädel-Hirn-Trauma	Rehabilitationsklinik	neurologische Rehabilitation	Keine Angabe		84 % wieder beschäftigt
<i>Saeki et al.</i> 1993	53	Schlaganfall	Rehabilitationsklinik	neurologische Rehabilitation	8 – 77 Monate Ø 43 Monate		36 % beschäftigt
<i>Hilari / Wiggins / Roy</i> 2003	83	Schlaganfall	Ambulante Sprachtherapie-Anbieter	Ambulante Sprachtherapie	1 bis 21 Jahre Ø 3,5 Jahre	37,3 % schon vorher berentet	56,6 % nicht tätig 3,6 % geringfügig tätig 2,4 % Studenten
<i>Black-Schaffer / Osberg</i> 1990	34	Schlaganfall	Reha-Klinik	Berufsorientierte stationäre Reha	6 bis 25 Monate		26 % beschäftigt
<i>Hofmann Stocker</i> 1990	60 Jugendliche	63 % Schädel-Hirn-Trauma 27 % Schlaganfall 10 % entzündliche Erkrankungen	Neurologische Fachklinik (Phase II)	Stationäre Neurologische Rehabilitation	Mehr als 6 Monate		17 % in Berufsvorbereitung 25 % in Schul- / Berufsausbildung 23 % erwerbstätig 27 % WfB / keine versicherungspflichtige Tätigkeit 8 % arbeitslos
<i>Hatfield / Zangwill</i> 1975	4	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik	sprachtherapeutisches Programm	Keine Angabe	3 Personen beschäftigt 1 Person geschützt beschäftigt	

Entsprechendes gilt für Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von Kommunikationsstörungen (unter die im Allgemeinen Aphasien, jedoch auch weitere Störungen subsumiert werden¹⁵⁶) und der beruflichen Rehabilitation: Auch hier sind die Ergebnisse widersprüchlich, finden sich doch Arbeiten, in denen über negative Korrelationen berichtet wird, ebenso, wie solche, in denen keine Zusammenhänge ausgemacht werden konnten.¹⁵⁷

Über persönliche Merkmale und Eigenschaften der von Aphasie Betroffenen hinaus ist eine Reihe von Hindernissen¹⁵⁸ für die berufliche (Re-)Integration insbesondere von unter Kommunikationsstörungen leidenden Personen von Bedeutung aufgrund von

- Arbeitsanforderungen im Hinblick auf
 - die Art der Kommunikation (Sprechen, Zuhören, Schreiben, Lesen, verschiedene Aufgaben, gleichzeitiges Erledigen verschiedener Aufgaben),
 - die eigene Sprechweise (z.B. laut, mit Autorität, kurz und prägnant, überzeugend, in einer Fachsprache, unter Stress sprechen müssen),
- Arbeitsumgebungsfaktoren (z.B. Lärm),
- Arbeitsmitteln (z.B. Telefon, Anrufbeantworter),
- der Anzahl kommunizierenden Personen (Einzelpersonen, Gruppenarbeit),
- der Art der kommunizierenden Personen (z.B. Kolleg(inn)en, Kund(inn)en, bekannte / unbekannte Personen, Dialekt sprechende Personen),
- Anforderungen im Zusammenhang mit einer Stellenbewerbung (z.B. Bewerbungsgespräch, inadäquate Einstellungskriterien),
- Erwartungen im Hinblick auf die Produktivität der Arbeit (z.B. Geschwindigkeit, Menge, Arbeitszeit, Beanspruchung),
- Einstellungen der Kooperationspartner (z.B. gegenüber behinderten Menschen im Allgemeinen und kommunikationsgestörten Personen im Besonderen),
- der Sichtbarkeit der Behinderung,
- realen Gegebenheiten des Arbeitsmarktes,
- vorhandenen Programmen zur Unterstützung behinderter Menschen.

Gerade solche Hindernisse sind dafür maßgebend, dass unter Kommunikationsstörungen Leidende zwar nicht signifikant seltener, jedoch deutlich häufiger qualitativ schlechter beschäftigt sind und weniger Aufstiegsmöglichkeiten haben als andere Personen.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Vgl. Garcia / Laroche / Barrette 2002: 197

¹⁵⁷ Siehe dazu: Malkmus 1989 : 52 ; Scollon 2000: 7, 11; Garcia / Barrette / Laroche 2002: 15; Garcia / Laroche / Barrette 2002: 197

¹⁵⁸ Vgl. Garcia / Barrette / Laroche 2000: 278; Barrette / Garcia / Laroche 2002 : 5 ff; Garcia / Laroche / Barrette 2002: 197 ff

¹⁵⁹ Vgl. Barrette / Laroche / Garcia 1998 : 51 ff; Garcia / Barrette / Laroche 2000: 15

3.3 Schlussfolgerungen für die Rehabilitationspraxis

Als Quintessenz der Erfolgsbedingungen beruflicher Wiedereingliederung formulierte *Johnson* acht Leitsätze zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit schwerer Schädel-Hirn-Verletzung,¹⁶⁰ die sich durchaus auch auf Personen mit Aphasie anwenden lassen:

1. Eine Rückkehr ins Arbeitsleben sollte zwischen sechs und 18 Monaten nach Eintritt der Schädigung erfolgen.
2. Sie sollte beim früheren Arbeitgeber oder in einer vertrauten Umgebung erfolgen.
3. Alternativ könnte eine strukturierte Tätigkeit (z.B. Training, ehrenamtliche Tätigkeit) aufgenommen werden.
4. Es sollte Vorsorge für leichtere Arbeitsbedingungen oder andere Hilfestellungen getroffen werden.
5. Dafür sollten mindestens drei Monate, bei Bedarf auch mehr Zeit zur Verfügung stehen.
6. Man sollte damit rechnen, dass auch das Absinken des Qualifikationsniveaus der Arbeit das Ergebnis sein kann.
7. Versagen bei der Arbeit erfordert es, über das Niveau und die Bedingungen der Arbeit nachzudenken. Ein Bildungskurs oder ein Wiederholungstraining kann die Lösung sein. Weiteres Versagen ist zu vermeiden.
8. Wenn zwei Jahre seit dem Auftreten des Schädel-Hirn-Traumas ohne Wiedereingliederung in das Arbeitsleben vergangen sind, sollte eine Arbeit unter geschützten Bedingungen oder eine andere Beschäftigung erwogen werden.

¹⁶⁰ Vgl. *Johnson* 1998: 77

Literaturverzeichnis

- Abrams, D.; Barker, L. T.; Haffey, W.; Nelson, H. 1993:** The economics of return to work for brain injury survivors: Vocational services are worth the investment. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 8, No. 4: 59-76
- Ackermann, H.; Goldenberg, G.; Huber, W.; Springer, L.; Wilmes von Hinckeldey, K.; Ziegler, W. 2005:** Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN)*. URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leit05/82RehabilitationaphasischerStoerungenmitTB.pdf> (Stand: 01.02.2008)
- Alaszewski, A.; Alaszewski, H.; Potter, J.; Penhale, B. 2007:** Working after stroke: survivors' experiences and perceptions to barriers to and facilitators of the return to paid employment. In: *Disability and Rehabilitation* 29, No. 24: 1858-1869
- Anderson, T. P. 1990:** Studies up to 1980 on stroke rehabilitation outcomes. In: *Stroke* 21 (suppl.2): 43-45
- Anderson, C. V.; Bigler, D. 1995:** Ventricular dilatation, cortical atrophy, and neuropsychological outcome following traumatic brain injury. In: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 7, No. 1: 42-48
- Andersson, S.; Fridlund, B. 2002:** The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 285-292
- Angeleri, F.; Angeleri, V. A.; Foschi, N.; Giaquinto, S.; Nolfe, G. 1993:** The Influence of Depression, Social Activity and Family Stress on Functional outcome After Stroke. In: *Stroke* 24: 1478-1481
- aphasie suisse 2006:** Empfehlungen zur Behandlung von Aphasien. In: *Schweizerisches Medizinisches Forum*, Heft 6: 555-560
- Arbeitsgruppe „Neurologische Rehabilitation“ des VDR 1994:** Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung* 1994: 111-127
- Asikainen, I. 2001:** Long-term functional and vocational outcome of patients with traumatic brain injury. Diss. Univ. Helsinki. URL: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/asikainen/longterm.pdf> (Stand: 16.01.2008)
- Asikainen, I.; Kaste, M.; Sarna, S. 1996:** Patients with traumatic brain injury referred to a rehabilitation and re-employment programme: social and professional outcome for 508 Finnish patients 5 or more years after injury. In: *Brain Injury* 10, No.12: 282-290
- Atchison, T. B.; Sander, A. M.; Struchen, M. A.; High, W. M. Jr.; Roebuck, T. M.; Contant, C. F.; Wefel J. S.; Novack, T. A.; Sherer, M. 2004:** Relationship between neuropsychological test performance and productivity at 1-year following traumatic brain injury. In: *The Clinical Neuropsychologist* 18, No. 2: 249-265
- Babineau, J.L. 1998:** The value of early placement in a supported employment program for individuals with traumatic brain injury. In: *Work* 10: 137-146
- Barrette, J.; Garcia, L. J.; Laroche, C. 2002:** New considerations for employers regarding workplace integration: The impact of communication disorders. In: *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation* 1, No. 1. URL: http://www.ijdc.ca/VOL01_01_CAN/articles/barrette.shtml (Stand: 11.02.2008)
- Barrette, J.; Laroche, C.; Garcia, L. J. 1998:** Troubles de la communication et obstacles au travail : les défis des personnes et des organisations. In: *Reflets* 4, No. 2 : 47-62
- Bartha, L. 2006:** Sprachstörungen. In: *Lehmer et al.* 2006: 385-396
- Bauer, A.; Kulke, F. 2004:** Language exercises for dinner: Aspects of aphasia management in family settings. In: *Aphasiology* 18, No. 12: 1135-1160
- Bauer, A.; Langen-Müller, U. de; Glindemann, R.; Schlenck, K.-J.; Huber, W. 2002:** Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. In: *Aktuelle Neurologie* 29: 63-75
- Becker, D.; Miller, D.; Ward, J.; Greenberg, R. P.; Young, H. F.; Sakalas, R. 1977:** The Outcome from severe head injury with early diagnosis and intensive management. In: *Journal of Neurosurgery* 47: 491-502
- Ben-Yishay, Y.; Silver, S. M.; Piasetsky, E.; Rattok, J. 1987:** Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2, No. 1: 35-48
- Bergmann, H.; Kuthmann, M.; von Ungern-Sternberg, A.; Weimann, V. G. 1991:** Medical educational and functional determinants of employment after stroke. In: *Journal of Neural Transmission Supplement* 33: 157-161.
- Berlit, P.; Diener, H.C.; Hacke, W.; Hufnagel, A.; Meier, U.; Oertel, W.H.; Prange, H.; Reichmann, H.; Rieckmann, P.; Wallesch, C.W.; Weller, M.; Ziegler, W. und der Vorstand der DGN 2002:** DGN-Leitlinien Sprach- und Sprechstörungen, überarbeitete Fassung von 2002. *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN)*. URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leit05/82RehabilitationaphasischerStoerungenmitTB.pdf> (Stand: 01.02.2008)

- Berufsförderungswerk Nürnberg; Kiliani Klinik Bad Windsheim 2001:** IBRA – Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie. Ein Modellprojekt. Nürnberg: BFW Nürnberg
- Bigler, E. D.; Blatter, D. D.; Anderson, C. V.; Johnson, S. C.; Gale, S. D.; Hopkins, R. O.; Burnett, B. 1997:** Hippocampal volume in normal aging and traumatic brain injury. In: *AJNR. American journal of neuroradiology* 18, No. 1: 11-23
- Black-Schaffer, R. M.; Osberg, J. S. 1990:** Return to Work After Stroke: Development of a Predictive Model. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 71, 285-290
- Blair, J. R.; Spellacy, J. F. 1989:** Employer acceptability of behavioural changes with traumatic brain injury. In: *Journal of Rehabilitation* 55; July-September. URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_n3_v55/ai_7932799 (Stand: 16.01.2007)
- Boake, C.; Millis, S. R.; High, W. M. Jr.; Delmonico, R. L.; Kreutzer, J. S.; Rosenthal, M.; Sherer, M.; Ivanhoe, C. B. 2001:** Outcome from traumatic brain injury. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, No. 6: 761-768
- Boake, C.; McCauley, S. R.; Pedroza, C.; Levin, H. S.; Brown, S. A.; Brundage, S. I. 2005:** Lost productive work time after mild to moderate traumatic brain injury with and without hospitalization. In: *Neurosurgery* 56, No. 5: 994-1003
- Bölsche, F.; Hasenbein, U.; Reißberg, H.; Lotz-Rambaldi, W.; Wallesch, C.-W. 2002:** Kurzfristige Ergebnisse ambulanter vs. stationärer Phase-D-Rehabilitation nach Schlaganfall. In: *Rehabilitation* 41: 175-182
- Brandt, T.; Bertram, M. 2007:** Neurorehabilitation. In: Schölmerich, J. 2007: *Medizinische Therapie 2007 / 2008*, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin: Springer: 1461-1471
- Brattig, V. 1989a:** Aphasiker in Berufsbildungswerken – Darstellung einiger Ergebnisse einer Fragebogenauswertung. In: *Berufliche Rehabilitation* 3, Heft 3: 35-42
- Brattig, V. 1989b:** Rehabilitation von Aphasikern. Erfahrungen der Berufsbildungswerke. In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 28: 1373-1376
- Bronfenbrenner, U. 1977:** Toward an experimental ecology of human development. In: *American Psychologist* 32, 1977, 513-531
- Brooks, N.; McKinlay, W.; Symington, C.; Beattie, A.; Campsie, L. 1987:** Return to work within the first seven years of severe head injury. In: *Brain Injury*, Vol. 1 (1), 5-19
- Bucher, P. O. 2005:** ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie. In: *Rentsch / Bucher 2005*: 135-157
- Bürger, W. 2006:** Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff 2006*: 47-55
- Bürger, W.; Ehlebracht-König, I. 2000:** Inhalte medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen mit beruflicher Orientierung und Möglichkeiten zur Umsetzung in Reha-Einrichtungen. In: *Neuderth / Vogel 2000a*: 59-61
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II) 1988a:** Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Berufsfindung und Arbeitserprobung in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Heft 2, Bonn: BAG (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II) 1988b:** Belastungserprobung in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Heft 3, Bonn: BAG (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II) 1992a:** Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Heft 5, Bonn: BAG (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II) 1992a:** Berufstherapie in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Heft 7, Bonn: BAG (Phase II)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995:** Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Ausgabe 1999, Frankfurt am Main: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1998:** Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Heft 4, Frankfurt am Main: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2003:** Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F. Frankfurt am Main: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005:** Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2007:** Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Heft 1, Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) 2003:** Berufsbildungswerke - Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) 2004:** Medizinisch-berufliche Rehabilitation - Einrichtungen in Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) 2005:** Berufsförderungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation erwachsener Behinderter. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Campagna, A. 2005:** Redezugintegrierte Bearbeitungsstrategien für Lexikalisierungsprobleme bei Aphasie. Wissenschaftliche Arbeit für das Staatsexamen am Deutschen Seminar der Universität Freiburg. URL: http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/2567/pdf/Magisterarbeit_Campagna.pdf (Stand: 20.01.2008)
- Caporali, A.; Basso, A. 2003:** A survey of long-term outcome of aphasia and of chances of gainful employment. In: *Aphasiology* 17, No. 9: 815-834
- Carriero, M. R.; Faglia, L.; Vignolo, L. A. 1987:** Resumption of gainful employment in aphasics : Preliminary findings. In: *Cortex* 26: 667-672
- Cattelani, R.; Tanzi, F.; Lombardi, F.; Mazucchi, A. 2002 :** Competitive re-employment after severe traumatic brain injury : clinical, cognitive and behavioural predictive variables. In: *Brain Injury* 16: No. 1: 51-64
- Chamelian, L.; Feinstein, A. 2004:** Outcome after mild traumatic brain injury: The role of dizziness. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85, No. 10: 1662-1666
- Chesnut, R. M.; Carney, N.; Maynard, H.; Patterson, P.; Mann, N. C.; Helfland, M. 1998:** Evidence report on rehabilitation of persons with traumatic brain injury. Portland, OR: Oregon Health Sciences University URL: <http://www.sherrystock.com/gtftbi/OHSU%20RehabEvidenceRptOHSU98.pdf> (Stand: 04.02.2008)
- Cifu, D. v. X.; Keyser-Marcus, L.; Lopez, E.; Wehman, P.; Kreutzer, J. S.; Englander, J.; High, W. 1997:** Acute Predictors of Successful Return to Work 1 Year after Traumatic Brain Injury: A Multicenter Analysis. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78: 125-131
- Claros-Salinas, D. 2001:** Therapiekonzepte zur beruflichen Wiedereingliederung aphasischer Patienten. In: *Forum Logopädie* 15, Heft 1: 7-15
- Claros-Salinas, D. 2004:** Neurologische Berufstherapie - Evaluation kognitiver Leistungsdaten und beruflicher Wiedereingliederungsverläufe bei neurologischen Patienten. Univ. Dissertation Konstanz. URL: http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2005/1577/pdf/Claros_Salinas.pdf (Stand: 23.01.2008)
- Claros-Salinas, D. 2005:** Stufenweise Wiedereingliederung nach berufsorientiertem neurokognitivem Training – Verläufe und Ergebnisse. *Präsentation auf dem Symposium „Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*, 27./28.01.2005 in Berlin. URL: http://www.reha-vqs.charite.de/material/MBOsymposium2005/Workshop4/Neurologie/Vortrag_Claros-Salinas.pdf (Stand: 08.04. 2005)
- Claros-Salinas, D. 2006:** Stufenweise Wiedereingliederung nach berufsorientiertem neurokognitiven Training – Verläufe und Ergebnisse. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 389-399
- Claros-Salinas, D.; Greitemann, G. 2005a:** Berufliche Rehabilitation von Menschen mit zentralen Sprach- und Sprechstörungen. In: *Aphasie und verwandte Gebiete*, Heft 3: 15-33
- Claros-Salinas, D.; Greitemann, G. 2005b:** Zeitliche Verläufe der beruflichen Wiedereingliederung bei neurologischen Patienten. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2005: 249-251
- Claros-Salinas, D.; Greitemann, G.; Jeske, J. 2000:** Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestischer Daten. In: *Neurologie und Rehabilitation* 2, Nr. 6: 82-92
- Code, Chr. 2001:** Multifactorial processes in recovery from aphasia: developing the foundations for a multileveled framework. In: *Brain and Language* 77: 25-44
- Coetzer, B. R.; Hayes, N. M.; Du Toit, P. L. 2002 :** Long-term employment outcomes in a rural area following traumatic brain injury. In: *Australian Journal of Rural Health* 10, No. 4: 229-232
- Cogswell, B.E. 1976:** Conceptual Model of Family as a Group: Family Response to Disability. In: Albrecht, G. L. (Hrsg.): *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press: 139-168
- Cope, D. N.; Cole, J. R.; Hall, K. M.; Barkan, H. 1991a:** Brain injury: analysis of outcome in a post-acute rehabilitation system. Part1: General analysis. In: *Brain Injury*, 5 111-125
- Cope, D. N.; Cole, J. R.; Hall, K. M.; Barkan, H. 1991b:** Brain injury: analysis of outcome in a post-acute rehabilitation system. Part 2: Subanalyses. In: *Brain Injury* 5, 127-139
- Crépeau, F.; Scherzer, P. 1993:** Predictors and indicators of work status after traumatic brain injury: A meta-analysis. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 3: 5-35
- Cruise, M. 2003:** Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. In: *Aphasiology* 17, No. 4: 333-353
- Cruise, M.; Worrall, L.; Hickson, L. 2006:** Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. In: *Aphasiology* 20, 12: 1210-1225
- Cruise, M.; Worrall, L.; Hickson, L.; Murison, R. 2003:** Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. In: *Aphasiology* 17 (4), 333-353

- Dawson, D. R.; Chipman, M. 1995:** The disablement experienced by traumatically brain-injured adults living in the community. In: *Brain Injury* 9, No. 4: 339-353
- Dawson, D.; Levine, B.; Schwartz, M. L.; Stuss, D. T. 2004:** Acute predictors of real-world outcomes following traumatic brain injury: a prospective study. In: *Brain Injury* 18, No. 3: 221-238
- Delazer, M.; Domahs, F. 2006:** Neuropsychologie der Zahlenverarbeitung und des Rechnens. In: *Lehrner et al.* 2006: 397-408
- Dettmers, C.; Stein, H.; Bock, H.; Simon, U.; Slowik, M. 2003:** Begleitung des Patienten während der beruflichen Wiedereingliederung komplettiert die neurologische Rehabilitation. In: *NeuroRehabilitation* 9, Nr. 5: 217-225
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 2006:** Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien -, 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *DRV-Schriften*, Band 64, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) 2007:** Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *DRV-Schriften*, Band 72, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Bund 2007a:** Leitlinie für die Rehabilitation nach Schlaganfall – Phase D. Modulare Therapiestandards zur Reha-Qualitätssicherung. Stand: April 2007. Berlin DRV Bund URL: http://www.reha-qm.de/resources/05_Leitlinie+Schlaganfall+Pilotversion.pdf (Stand: 23.01. 2008)
- Dikmen, S.; Machamer, T.; Temkin, N. 1993:** Psychosocial outcome in patients with moderate to severe head injury: 2-year follow-up. In: *Brain Injury* 7: 113-124
- Dikmen, S. S.; Temkin, N. R.; Machamer, J. E.; Holbukov, A. L.; Fraser, R. T.; Winn, H. R. 1994:** Employment following traumatic head injuries. In: *Archives of Neurology* 51, 177-86
- Dinkel, A.; Balck, F. 2001:** Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Adaptation nach Schlaganfall und Schädelhirntrauma. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 14, Heft 56: 265-308
- Dinkel, A.; Balck, F. 2003:** Bedürfnisse von Angehörigen von Schädelhirntrauma-Patienten im Rehabilitationsprozess: Ein Literaturüberblick. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16, Heft 62: 138-156
- Dirickx, L. 2002:** Aphasie et réinsertion socio-professionnelle. In: *Cahiers de la SBLU*, No. 12 : 33-35
- Drechsler, R.; Padovan, F.; Di Stefano, G.; Conti, F. M. 1995:** Ein integriertes Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung von hirnerkrankten Patienten – eine Katamnesestudie zum beruflichen Outcome 1 bis 2 Jahre später. In: *Rehabilitation* 34: 193-202
- Dumont, C. 2003 :** L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme cranio-cérébral. Thèse Université Québec. URL : <http://www.theses.ulaval.ca/2003/21106/21106.html> (Stand: 31.01.2008)
- Ehrhardt, W. F. 1999:** Behandelndes Case Management vor Ort zur sozialen und beruflichen Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 407-416
- Ehrhardt, W. F. 2004:** Wiedereingliederung schädelhirnverletzter Unfallopfer in den Betrieb. In: Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) 2004: *Mitarbeiter krank – was nun? Betriebliches Eingliederungsmanagement – Herausforderung für Unternehmen. Tagungsreader*. Heidelberg: DVfR: 33-34 URL: http://www.dvfr.de/mediabase/documents/47_ReferatBerlin140504-Erhardt-IRM-Ef.pdf (Stand: 25.01.2008)
- Ewing-Cobbs, L.; Fletcher, J. M.; Levin, H. S.; Francis, D. J.; Davidson, K.; Miner, M. E. 1997:** Longitudinal neuropsychological outcome in infants and preschoolers with traumatic brain injury. In: *Journal of the International Neuropsychological Society* 3, No. 6: 581-591
- Fabiano, R. J.; Crewe, N.; Goran, D. A. 1995:** Differences between elapsed time to employment and employer selection in vocational outcome following severe traumatic brain injury. In: *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 26, 17-20
- Falkensteiner, G.; Heger-Binder, G. A.; Kartusch, B.; Marold, A.; Swoboda, G. 2006:** Aufmerksamkeitsstörungen. In: *Lehrner et al.* 2006: 419-430
- Felmingham, K. L.; Baguley, I. J.; Crooks, J. 2001:** A comparison of acute and postdischarge predictors of employment 2 years after traumatic brain injury, In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, No. 4: 435-439
- Ferro, J.M.; Crespo, M. 1994:** Prognosis after transient ischemic attack and ischemic stroke in young adults. In: *Stroke* 25: 1611–1616
- Fertl, E. 2006:** Grundlagen der Neurologischen Rehabilitation. In: *Lehrner et al.* 2006: 529-541
- Fleming, J.; Tooth, L.; Hassell, M.; Chan, W. 1999:** Prediction of community integration and vocational outcome 2-5 years after traumatic brain injury rehabilitation in Australia. In: *Brain Injury* 13, No. 6: 417-431
- Fobair, P.; Hoppe, R. T.; Bloom, J.; Cox, R.; Varghese, A.; Spiegel, D. 1986:** Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. In: *Journal of Clinical Oncology* 4: 805-814
- Förstl, H. 2005:** Frontalhirn: Funktionen und Erkrankungen. 2. Aufl., Berlin: Springer

- Fox, L.; Poulsen, S.; Bawden, K.C.; Packard, D. 2004:** Critical elements and outcomes of a residential family-based intervention for aphasia caregivers. In: *Aphasiology* 18, No. 12: 1177-1199
- Fraser, R. T.; Dikmen, S.; McLean, A.; Miller, B.; Temkin, N. 1988:** Employability of head injury survivors: First year postinjury. Special issue: Traumatic brain injury. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin* 31: 276-88
- Fraser, R. T.; Wehman, P. 1995:** Traumatic brain injury rehabilitation: issues in vocational outcome. In: *NeuroRehabilitation* 5: 39-48
- Friedland, J. F.; Dawson, D. R. 2001:** Function after motor vehicle accidents: A prospective study of mild head injury and posttraumatic stress. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 189, No. 7: 426-434
- Fries, W. 2007a:** Rehabilitation zur Teilhabe: Eine Standortbestimmung. In: *Fries / Lössl / Wagenhäuser* 2007: 1-6
- Fries, W. 2007b:** Das soziale Netz I: Angehörige informieren und schützen. In: *Fries / Lössl / Wagenhäuser* 2007: 135-143
- Fries, W.; Lössl, H.; Wagenhäuser, St. 2007:** Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme
- Fries, W.; Schwenk-Eschenlohr, K. 2007:** Zurück ins Erwerbsleben: Strategien für die berufliche Wiedereingliederung. In: *Fries / Lössl / Wagenhäuser* 2007: 144-156
- Fries, W.; Seiler, S. 1998a:** Modell einer interdisziplinären Praxis zur ambulanten neurologischen / Neuropsychologischen Rehabilitation mit erworbenen Hirnschädigungen. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 508-516
- Fries, W.; Seiler, S. 1998b:** Erfolg ambulanter neurologischer / neuropsychologischer Rehabilitation: Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. In: *Neurologische Rehabilitation* 4, Heft 3-4: 141-147
- Fröhlich, H.; Poimann, H.; Bieber, K. 2000:** Ambulante poststationäre Neurorehabilitation in Würzburg – berufliche Wiedereingliederung nach schwerer erworbener ZNS-Schädigung. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2000: 315-317
- Garcia, L. J.; Barrette, J.; Laroche, C. 2000:** Perception of obstacles to work reintegration for people with aphasia. In: *Aphasiology* 14 (3): 269-290
- Garcia, L. J.; Barrette, J.; Laroche, C. 2002:** Toward a social model on the integration of persons with human communication disorders into the workplace. In: *International Journal of Practical Approaches to Disability* 23, No. 3: 14-23
- Garcia, L. J.; Laroche, C.; Barrette, J. 2002:** Work integration issues go beyond the nature of the communication disorder. In: *Journal of Communication Disorders* 35: 187-211
- Gauggel, S. 2003:** Grundlagen und Empirie der Neuropsychologischen Therapie: Neuropsychotherapie oder Hirnjogging? In: *Zeitschrift für Neuropsychologie* 14, No. 4: 217-246
- Gauggel, S. 2005:** Neuropsychologische Therapieprogramme. In: *Förstl* 2005: 395-415
- Gerwinn, H. 2000:** Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. In: *Neuderth / Vogel* 2000a: 51-58
- Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB); Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) 2000:** Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie) Leitlinien 2000. URL: <http://www.aphasiegesellschaft.de/leit.pdf> (Stand: 16.01.2008)
- Gil, M.; Cohen, M.; Korn, C.; Groswasser, Z. 1996:** Vocational outcome of aphasic patients following traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 10, No. 1: 39-45
- Girard, D.; Brown, J.; Brunett-Stolnack, M.; Hashimoto, N.; Hier-Wellmer, S.; Perlman, O.Z.; Seigerman, C. 1996:** The relationship of neuropsychological status and productive outcomes following traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 10, No. 1: 39-45
- Godfrey, H. P.; Bishara, S. N.; Partridge, F. M.; Knight, R. G. 1993:** Neuropsychological impairment and return to work following severe closed head injury: Implications for clinical management. In: *New Zealand Medical Journal* 106, 301-303
- Gogstad, A. C.; Kjellman, A. M. 1976:** Rehabilitation prognosis related to clinical and social factors in brain injured of different etiology. In: *Social Science and Medicine* 10, No. 6: 283-288
- Gollaher, K.; High, W.; Sherer, M.; Bergloff, P.; Boake, C.; Young, M. E.; Ivanhoe, C. 1998:** Precondition of employment outcome one to three years following traumatic brain injury (TBI). In: *Brain Injury* 12, No. 4: 255-263
- Gonser, A. 1992:** Prognose, Langzeitfolgen und berufliche Reintegration 2-4 Jahre nach schwerem Schädelhirntrauma. In: *Nervenarzt* 63: 426-433
- Goran, D. A.; Fabiano, R. J.; Crewe, N. 1997:** Employment following severe traumatic brain injury: the utility of the Individual Ability Profile System (IAP). In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 12, No. 7: 691-698
- Greener, J.; Langhorne, P. 2002:** Systematic reviews in rehabilitation for stroke: issues and approaches to addressing them. In: *Clinical Rehabilitation* 16, No. 1: 69-74

- Grötzbach, H. 2005:** Effektivität und Ziele der Aphasie-Rehabilitation auf der Basis der ICF. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2005: 80-81
- Grötzbach, H. 2006:** Klinische Umsetzung der ICF am Beispiel Aphasie. URL: http://www.cplol.org/CD-Rom_2006/content/DBL-Fortbildungstage/texte/Groetzbach_NEU.htm (20.01.2008)
- Habermann, K.; Kolster, F. (Hrsg.) 2002:** Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie. Stuttgart: Thieme
- Hagel, K.-H. 1982:** Prognose und Rehabilitationsaufgabe nach schweren Schädel-Hirn-Verletzungen. In: *Unfallheilkunde* 85: 192-200
- Hall, K.M.; Karzmark, P.; Stevens, M.; Englander, J.; O'Hare, P.; Wright, J. 1994:** Family Stressors in Traumatic Brain Injury: a Two-Year Follow-Up. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 75: 876-884
- Hartje, W.; Poeck, K. 2006:** Klinische Neuropsychologie. 6., unveränderte Auflage, Stuttgart: Thieme
- Hatfield, F. M.; Zangwill, O. L. 1975:** Occupational resettlement in aphasia. Abstract. In: *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 7, No. 2: 57-60
- Heiskanen, O.; Sipponen, P. 1970:** Prognosis of severe brain injury. In: *Acta neurologica Scandinavica* 46, No. 3: 343-348
- Helm-Estabrooks, N.; Albert, M. L. 1991:** Manual of aphasia therapy. Austin: pro-ed
- Hilari, K.; Wiggins, R. D.; Roy, P. Byng, S.; Smith, S. C. 2003:** Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. In: *Aphasiology* 17: 365-381
- Hinckley, J.J. 1998:** Investigating the predictors of lifestyle satisfaction among younger adults with chronic aphasia. In: *Aphasiology* 12, No. 7/8: 509-518
- Hinckley, J.J. 2002:** Vocational and social outcomes of adults with chronic aphasia. In: *Journal of Communication Disorders* 35, No. 6: 543-560
- Hinckley, J. J.; Packard, M. E. W. 2001:** Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. In: *Journal of Communication Disorders* 34: 241-254
- Höchstädter, M. 2006:** Die ICF in der neurologischen Rehabilitation. In: *Lehrner et al. 2006*: 35-39
- Hofgren, C.; Björkdahl, A.; Esbjörnsson, E.; Stibrant-Sunnerhagen, K. 2007:** Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. In: *Acta Neurologica Scandinavica* 115: 73-80
- Hofmann, E.; Kaiser, G. 1989a:** Tagungsbericht: Jugendliche Aphasiker und ihre berufliche Ausbildung in Berufsbildungswerken. In: *Aphasie* 9, Heft 36: 27-32
- Hofmann, E.; Kaiser, G. 1989b:** Jugendliche Aphasiker und ihre berufliche Ausbildung in Berufsbildungswerken. In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 52: 2447-2450
- Hofmann Stocker, E. 1991:** Zur schulisch-beruflichen Entwicklung jugendlicher Aphasiker: Ergebnisse einer katamnestischen Studie. In: *Rehabilitation* 30: 116 – 124
- Holzmann, P. 1997:** Medizinische Aspekte von Schädelhirnverletzungen und Hirnschädigungen. In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsstellen der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 2: 83-86
- Hoofien, D.; Gilboa, A.; Vakil, E.; Donovan, P. J. 2001:** Traumatic brain injury (TBI) 10 – 20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial finding. In: *Brain Injury* 15, No. 3: 189-209
- Howard, G.; Till, J. S.; Toole, J. F.; Matthews, C.; Truscott, B. L. 1985:** Factors influencing return to work following cerebral infarction. In: *JAMA: the journal of the American Medical Association* 253: 226-32
- Howe, T. J.; Worrall, L. E.; Hickson, L. M. H. 2004:** What is an aphasia-friendly environment? In: *Aphasiology* 18, No. 11: 1015-1037
- Hsieh, C. L.; Lee, M. H. 1997:** Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: A medical centre-based study. In: *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 29: 113-120
- Huber, W. 2006:** Dysarthrie. In: *Hartje / Poeck 2006*: 174-202
- Huber, W.; Poeck, K.; Weniger, D. 2006:** Aphasie. In: *Hartje / Poeck 2006*: 93-160
- Huber, W.; Springer, L.; Willmes, K. 1993:** Approaches to aphasia therapy in Aachen. In: Holland, A. L.; Forbes, M. (Eds.): *Aphasia treatment. World perspectives*. San Diego, CA: Singular Publishing Group: 55-86
- Hunger, S. 2002:** Die Bewältigungssituation der Angehörigen von Aphasikern. *Schriften aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin*, Band 5. Aachen: Shaker Verlag
- Indiessel, Chr. 2001a:** Berufliche Wiedereingliederung. URL: <http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE07/Alltag/SHTLeben/id9.htm> (Stand: 08.04.2005; Website nicht mehr abrufbar)
- Indiessel, Chr. 2001b:** Neurologische Berufstherapie (NBT). URL: <http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE07/Alltag/SHTLeben/id62.htm> (Stand: 08.04.2005; Website nicht mehr abrufbar)
- Ip, R. Y.; Dornan, J.; Schentag, C. 1995:** Traumatic brain injury: Factors predicting return to work or school. In: *Brain Injury* 9: 517-532

- Jacobs, H. E. 1988:** The Los Angeles head injury survey: Procedures and initial findings. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 69: 425-431
- Jaacks, P. 2006:** Restaphasie. Eine empirische Untersuchung von linguistischer Symptomatik, Gesprächsverhalten, Differentialdiagnose und Ursache minimal aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Dissertation Universität Bielefeld URL: http://bieson.ub.unibielefeld.de/volltexte/2006/939/pdf/Dissertation_Jaacks_2006.pdf (Stand: 31.01.2008)
- Johnson, R. 1998:** How do People get back to Work after Severe Head Injury? A 10 year Follow-up Study. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 8, No. 1: 61-79
- Johnstone, B.; Martin, T. A.; Bounds, T. A.; Brown, E.; Rupright, J.; Sherman, A. 2006:** The impact of concomitant disabilities on employment outcomes for state vocational rehabilitation clients with traumatic brain injury. In: *Journal of Vocational Rehabilitation* 25, No. 2: 97-105
- Johnstone, B.; Mount, D.; Schopp, L. H. 2003:** Financial and vocational outcomes 1 year after traumatic brain injury. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84, No. 2: 238-241
- Johnstone, B.; Reid-Arndt, St.; Franklin, K. L.; Harper, J. 2006:** Vocational outcomes of state vocational rehabilitation clients with traumatic brain injury: A review of the Missouri Model Brain Injury System Studies. In: *NeuroRehabilitation* 21, No. 4: 335-347
- Johnstone, B.; Schopp, L. H.; Harper, J.; Koscuilek, J. 1999:** Neuropsychological impairments, vocational outcomes, and financial costs for individuals with traumatic brain injury receiving state vocational rehabilitation services. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 14, No. 3: 220-232
- Johnstone, B.; Vessell, R.; Bounds, T.; Hoskins, S.; Sherman, A. 2003:** Predictors of success for state vocational rehabilitation clients with traumatic brain injury. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84, No. 2: 161-167
- Jorge, R. E.; Starkstein, S. E.; Arndt, S.; Moder, D.; Crespo-Facorro, B.; Robinson, R. G. 2005:** Alcohol misuse and mood disorders following traumatic brain injury. In: *Archives of General Psychiatry* 62, No. 7: 742-749
- Junge Aphasiker 2005:** Herzlich Willkommen bei den jungen Aphasikern. Würzburg: URL: www.junge-aphasiker.de (Stand: 10.03.2005)
- Käsbach, B. 2003:** Eine Untersuchung an Angehörigen von Patienten mit erworbenen schweren Schädel-Hirn-Verletzungen. URL: <http://members.aol.com/FKvWedel/Kaesbach.html> (Stand: 01.02.2008)
- Karbe, H.; Küst, J. 2004:** Rehabilitation von Sprach- und Sprechstörungen. In: *Nelles* 2004: 88-61
- Karbe, H.; Küst, J. 2006:** Behinderung und Arbeit – eine zentrales Aufgabenfeld der Rehabilitation. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 126-128
- Katzlberger, F.; Oder, W. 2000:** Psychosoziale Folgen schwerer Hirnverletzungen. In: *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 50: 209-214
- Kauhanen, M.-I. 1999:** Quality of Life after Stroke. Clinical, functional, psychosocial and cognitive correlates. Oulu: Oulu University Library
- Keyser-Marcus, L. A.; Bricout, J. C.; Wehman, P.; Campbell, L. R.; Cifu, D. X.; Englander, J.; High, W.; Zafonte, R. D. 2002:** Acute predictors of return to employment after traumatic brain injury. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83, No. 5: 635-641
- Kendall, E.; Muenchberger, H.; Gee, T. 2006:** Vocational rehabilitation following traumatic brain injury: A quantitative synthesis of outcome studies. In: *Journal of Vocational Rehabilitation* 25, No. 3: 149-160
- Kennard, M. 1936:** Age and other factors in motor recovery from precentral lesions in monkeys. In: *American journal of physiology* 115, 138-46
- Kitze, K.; Cramon, D. Y. von; Wilz, G. 2002:** Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. In: *Rehabilitation* 41: 401-406
- Klein, M.; Houx, P. J.; Jolles, J. 1996:** Long-term persisting cognitive sequelae of traumatic brain injury and the effect of age. In: *Journal of Nervous and Mental Diseases* 184, No. 8: 459-467
- Klonoff, H.; Clark, C.; Klonoff, P. S. 1993:** Long-term outcome of head injuries: a 23 year follow up study of children with head injuries. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 56, No. 4: 410-415
- Klonoff, P. S.; Lamb, D. G.; Henderson, St. W. 2000:** Milieu-based neurorehabilitation in patients with traumatic brain injury: Outcome at up to 11 years postdischarge. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, No. 11: 1535-1537
- Knab, B. 2000:** Effektivität und Anwendbarkeit neuropsychologischer Rehabilitationsverfahren. In: *Rehabilitation* 39: 134-155
- Kolakowsky-Hayner, S. A.; Kreutzer, J. S. 2001:** Return to work after brain injury: A self-directed approach. In: *NeuroRehabilitation* 16, 1: 41-47
- Kolominsky-Rabas P. L.; Heuschmann, P. U. 2002:** Incidence, Etiology and Long-Term Prognosis of Stroke. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 70: 657-662.
- Kolster, F. 2002:** Apraxien. In: *Habermann / Kolster* 2002: 440-457

- Kotila, M.; Waltimo, O.; Niemi, M. L.; Laaksonen, R.; Lempinen M. 1984:** The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. In: *Stroke* 15: 1039–1044.
- Krämer, V. 1999:** Aphasie. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
- Krančiukaitė, D.; Rastenytė, D. 2006:** Measurement of quality of life in stroke patients. In: *Medicina (Kaunas)* 42: Nr. 9: 709-716
- Kraus, J. F.; Schaffer, K.; Ayers, K.; Stenehjem, J.; Shen, H.; Afifi, A. A. 2005:** Physical complaints, medical service use, and social and employment changes following mild traumatic brain injury: A 6-month longitudinal study. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20, No. 3: 239-256
- Kregel, J.; Parent, W.; West, M. 1994:** The impact of behavioral deficits on employment retention: An illustration from supported employment. In: *NeuroRehabil* 4: 1-14
- Kreutzer, J. S. 1998:** Consequences of Traumatic Brain Injury for the Family. In: *National Institute of Health* 1998: 45-50
- Kreutzer, J. S.; Marwitz, J. H.; Walker, W.; Sander, A.; Sherer, M.; Bogner, J. Fraer, R.; Bushnik, T. 2003:** Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 18, No. 2: 128-138
- Kreutzer, J. S.; Wehman, P.; Morton, M. V.; Stonnington, H. H. 1988:** Supported employment and compensatory strategies for enhancing vocational outcome following traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 2: 205-223
- Küst, J.; Karbe, H. 2004:** Berufliche und soziale Rehabilitation. In: *Nelles* 2004: 41-50
- Kulke, H.; Rosskopf, M.; Staab, E.; Hüttlinger, S.; Schupp, W. 2006a:** Praxisrelevanz der Erwerbsprognose nach berufsnaher Belastungsdiagnostik im Berufsförderungswerk Nürnberg im Laufe der medizinischen Rehabilitation – eine explorative katamnestische Studie. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2006: 63-65
- Kulke, H.; Rosskopf, M.; Staab, E.; Hüttlinger, S.; Schupp, W. 2006b:** Medizinisch-berufliche Rehabilitation in regionaler Vernetzung – eine Projektskizze. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2006: 74-76
- Kulke, H.; Schupp, W. 2006:** Verzahnung neuropsychologischer Belastungsdiagnostik mit berufsbezogener Erprobung – Ein Kooperationsmodell zwischen Rehabilitationsklinik und berufsfördernden Einrichtungen. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 155-171
- Lacher, S.; Leim, T.; Ide, J.; Stemmer, B.; Schönle, P. W. 2004:** Schlaganfall und berufliche Rehabilitation – Einflussfaktoren. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2004: 215–216
- Lam, C. S.; Priddy, D. A.; Johnson, P. 1992:** Neuropsychological indicators of employability following traumatic brain injury. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin* 35: 67-74
- Lang, Ch.; Stockert, Th. R. von 1986:** Zum gegenwärtigen Stand der Aphasietherapie. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 54, Heft 4: 119-137
- LaPointe, L.L. 2000:** Quality of Life with Brain Damage. In: *Brain and Language* 71: 135-137
- Larkins, B. 2007:** The application of the ICF in cognitive-communication disorders following traumatic brain injury. In: *Seminars in Speech and Language* 28: 334-342
- LeBlanc, J. M.; Hayden, M. E.; Paulman, R. G. 2000:** A comparison of neuropsychological and situational assessment for predicting employability after closed head injury. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 15, No. 4: 1022-1040
- Lehner-Baumgartner, E.; Baumgartner, Ch. 2006:** Epilepsien. In: *Lehrner et al.* 2006: 315-326
- Lehrner, J.; Brenner-Walter, B. 2006:** Gedächtnisstörungen. In: *Lehrner et al.* 2006: 455-473
- Lehrner, J.; Pusswald, G.; Fertl, E.; Strubreither, W.; Kryspin-Exner, I. (Hrsg.) 2007:** Klinische Neuropsychologie: Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation. Berlin: Springer
- Leim, T.; Greitemann, G.; Stemmer, B.; Lacher, S.; Claros-Salinas, D.; Schönle, P. W. 2007:** Die Bedeutung von Sprachstörungen beim Schlaganfall für die soziale und berufliche Rehabilitation. Ulm: Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm „Bausteine der Reha“. Abschlussbericht Teilprojekt „Neurologische Rehabilitation. URL: http://vts.uni-ulm.de/docs/2007/5813/vts_5813_7741.pdf (Stand: 13.02.2008)
- Levin, H. S. 1995:** Precondition of recovery from traumatic brain injury. In: *Journal of Neurotrauma* 12: 913-922
- Leyher, T.; Schmieder, D.; Schönle, P. W. 1998:** Ambulant / teilstationäre neurologische Rehabilitation – das NRZ der Kliniken Schmieder in Stuttgart. In: *Schmidt-Ohlemann et al.* 1998: 517-522
- Lock, S.; Jordan, L.; Bryan, K.; Maxim, J. 2005:** Work after stroke: focusing on barriers and enablers. In: *Disability & Society* 20, No. 1: 33-47
- Lowry, J. B. 2004:** A predictive model for vocational outcome in patients with low-grade brain tumors. Dissertation Drexel University Philadelphia. URL: http://dspace.library.drexel.edu/bitstream/1860/301/8/lowry_jody_thesis.pdf (Stand: 31.01.2008)
- Lubusko, A. A.; Moore, A. D.; Stambrook, M.; Gill, D. D. 1994:** Cognitive beliefs following severe traumatic brain injury: association with post-injury employment status. In: *Brain Injury* 8, No. 1: 65-70
- Lutz, L. 1996:** Ambulante Rehabilitation bei neurologischer Sprachstörung. In: *Voß et al.* 1996: 187-189

- Lutz, L. 2004:** Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. 3. Aufl. Berlin: Springer
- MacMillan, P. J.; Hart, R. P.; Martelli, M. F.; Zasler, N. D. 2002:** Pre-injury status and adaptation following brain injury. In: *Brain Injury* 16, No. 1: 41-49
- Malec, J. F. 2001:** Impact of comprehensive day treatment on societal participation for persons with acquired brain injury. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, No. 7: 885-895
- Malec, J. F.; Buffington, A. L. H.; Moessner, A. M.; Degiorgio, L. 2000:** A medical / vocational case coordination system for persons with brain injury: An evaluation of employment outcomes. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, No. 8: 1007-1015
- Malec, J. F.; Moessner, A. M.; Kragness, M.; Lezak, M. D. 2000a:** Refining a measure of brain injury sequelae to predict postacute rehabilitation outcome: rating scale analysis of the Mayo-Portland Adaptability Inventory. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 15 (1): 670-682
- Malec, J. F.; Smigielski, J. S.; DePompolo, R. W. 1991:** Goal attainment scaling and outcome measurements in postacute brain injury rehabilitation. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 72: 138-143
- Malkmus, D. 1989:** Community reentry: Cognitive-communicative intervention within asocial skill context. In: *Topics in Language Disorders* 9, No. 2: 50-66
- Marshall, R. C. 2002:** Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. In: *Journal of communication disorders* 35, No. 2: 139-159
- Masur, H.; Fries, W.; Hömberg, V.; Reuther, P. 2007:** Perspektiven: Neurorehabilitation und restaurative Neurologie. In: *Aktuelle Neurologie* 34: 577-581
- Max, J. E.; Roberts, M. A.; Koele, S. L.; Levin, H. S.; Lindgren, S. D.; Robin, D. A.; Arndt, S.; Smith, W. L. Jr.; Sato, Y. 1999:** Cognitive outcome in children and adolescents following severe traumatic brain injury: influence of psychosocial, psychiatric, and injury-related variables. In: *Journal of the International Neuropsychological Society* 5, No. 1: 58-68
- McGrane, H. 2006:** An investigation into the ability of adults with post-stroke aphasia to learn new vocabulary. PhD Thesis, Edinburgh: Queen Margaret University College URL: <http://www.qmuc.ac.uk/ssrc/pubs/McGrane2006PhD.pdf> (Stand: 29.01.2008)
- McKenzie, E. J.; Edelstein, S. L.; Flynn, J. P. 1981:** Hospitalized head-injured patients in Maryland: incidence and severity of injuries. In: *Maryland Medical Journal* 38: 725-732
- McMahon, R.; Slowinski Crown, D. 1998:** Return to work factors following stroke. In: *Topics in Stroke Rehabilitation* 5, No. 2: 54-60
- McMordie, W. R.; Barker, S. L.; Paolo T. M. 1990:** Return to work (RTW) after head injury. In: *Brain Injury* 4 (1): 57-69
- Mezger, G. H. 2001:** Die Aphasie - Ursachen, Diagnostik, Spontanverlauf, Behandlungsmethoden, Prognose und Möglichkeiten der sozialen Wiedereingliederung. URL: <http://home.allgaeu.org/gmezger/pers/aphasie.htm> (Stand: 18.01.2008)
- Michallet, B.; Le Dorze, G.; Tétreault, S. 2001 :** The needs of spouses caring for severely aphasic persons. In: *Aphasiology* 15, No. 8: 731-747
- Michallet, B.; Tétreault, S.; Le Dorze, G. 2003 :** The consequences of severe aphasia in the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. In: *Aphasiology* 17, No. 9: 835-859
- Milkun, K. 1996:** Dimensionen sozialer Rehabilitation für Menschen mit Aphasie. In: Baudisch, W. (Hrsg.) 1996: *Brennpunkte sozialer und beruflicher Rehabilitation. Pädagogische Beiträge zur sozialen und kulturellen Entwicklung*, Band 1, Münster: LIT: 60-89
- Müller, S. V.; Klaue, U.; Specht, A.; Schulz, P. 2007:** Neuropsychologie in der beruflichen Rehabilitation: ein neues Interventionsfeld? In: *Rehabilitation* 46: 93-101
- Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T.; Karoff, M. (Hrsg.) 2006:** Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Lengerich: Pabst
- Murphy, L.; Chamberlain, E.; Weir, J.; Berry, A.; Nathaniel-James, D.; Agnew, R. 2006:** Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. In: *Brain Injury* 20, No. 11: 1119-1129
- Najenson, T.; Groswasser, Z.; Mendelson, L.; Hackett, P. 1980:** Rehabilitation outcome of brain damaged patients after severe head injury. In: *International Rehabilitation Medicine* 2: 17-22
- National Institute of Health 1999:** Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. NIH consensus development conference 26.-28.10.1998, Program and Abstracts. Bethesda, Maryland URL: http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/TBI_1999/default.cfm (Stand: 20.01.2008)
- Neau, J. P.; Ingrand, P.; Mouille-Brachet, C.; Rosier, M. P.; Couderq, C. 1998** Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. In: *Cerebrovascular Diseases* 8, No. 5: 296-302
- Nelles, G. (Hrsg.) 2004:** Neurologische Rehabilitation. *Referenz-Reihe Neurologie*. Stuttgart: Thieme
- Neudert, S.; Vogel, H. 2000a:** Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – bisherige Entwicklungen und Perspektiven. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

- Neudert, S.; Vogel, H. 2000b:** Einleitung. In: *Neudert / Vogel 2000a*: 6-14
- Neumann, U.; Tesar, N. 2006:** Neuropsychologische Aufgaben in der neurologischen Frührehabilitation. In: *Lehrner et al. 2006*: 553-564
- Newman, O. S.; Heaton, R. K.; Lehman, R. A. W. 1978:** Neuropsychological and MMPI correlates of patients' future employment characteristics. In: *Perceptual and Motor Skills* 46: 636-642
- Newton, A.; Johnson, D. A.; 1985:** Social adjustment and interaction after severe head injury. In: *British Journal of Clinical Psychology* 24: 225-234
- Nightingale, E. J.; Soo, Ch. A.; Tate, R. L. 2007:** A systematic review of early prognostic factors for return to work after traumatic brain injury. In: *Brain Impairment* 8, No. 2: 101-142
- Nishino, A.; Sakurai, Y.; Tsuji, I.; Arai, H.; Uenohara, H.; Suzuki, S.; Li, J. H. 1999:** Resumption of work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage in middle-aged Japanese patients. In: *Journal of Neurosurgery* 90, No. 1: 59-64
- Novack, T. A.; Bush, B. A.; Meythaler, J. M., Canupp, K. 2001:** Outcome after traumatic brain injury: pathways analysis of contribution from premorbid, injury severity, and recovery variables. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, No. 3: 300-305
- Nybo, T. 2005:** Late cognitive and vocational outcome of traumatic brain injury: A neuropsychological follow-up study. In: *People and work, Research reports* 72 URL: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/psyko/latecogn.pdf> (Stand: 14.02.2008)
- O'Connell, M. J. 2000:** Brief report. Prediction of return to work following traumatic brain injury: Intellectual, memory, and demographic variables. In: *Rehabilitation Psychology* 45, No. 2: 212-217
- Oddy, M.; Humphrey, M.; Uttley, D. 1978:** Subjective impairment and social recovery after closed head injury. In: *British Journal of Clinical Psychiatry* 41: 611-616
- Oder, W.; Wurzer, W. 2006:** Das Schädel-Hirn-Trauma. In: *Lehrner et al. 2006*: 269-286
- Oerter, R. 1995:** Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union: 84-127
- Ohne Verfasser o.J.:** Dysarthrie – Dysarthrophonie. *Informationsheft über Sprachstörungen* Nr. 7, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
- O'Neill-Pirozzi, T. M.; Corrigan, J. D.; Hammond, F. 2004:** Studying Employment Following Traumatic Brain Injury. URL: <http://www.tbims.org/combi/emp/Employment.pdf> (Stand: 13.02.2008)
- Oppermann, J. D. 2004:** Interpreting the meaning individuals ascribe to returning to work after traumatic brain injury: a qualitative approach. In: *Brain Injury* 18, No. 9: 941-955
- Ownsworth, T.L.; McKenna, K. 2004:** Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. In: *Disability and Rehabilitation* 26, 13: 765-784
- Paduch, T.; Ließ, J.; Greulich, W. 2006:** Ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil eines Konzepts der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma. In: *Müller-Fahnow / Hansmeier / Karoff 2006*: 129-135
- Paniak, C.; Toller-Lobe, G.; Melnyk, A.; Nagy, J. 2000:** Prediction of vocational status three to four months after treated mild traumatic brain injury. In: *Journal of Musculoskeletal Pain* 8, No. 1/2: 193-200
- Parr, S. 2001:** Psychosocial aspects of aphasia. In: *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 53: 266-268
- Paulig, M.; Fries, W.; Koenig, E.; Kühne, M.; Prosiegel, M.; Scheidtmann, K.; Schönberger, B.; Schröter, J.; Wuttge-Hannig, A. 2004:** Rehabilitation von Patienten mit Hirntumoren. In: Reulen, H.-J.; Kreth, F. W. 2004: *MANUAL Hirntumoren und primäre Tumoren des Rückenmarks*. München: Tumorzentrum München und W. Zuckschwerdt-Verlag: 169-183
- Pennings, J. L.; Bachulis, B. L.; Simons, C. T.; Slazinski, T. 1993:** Survival after severe brain injury in the aged. In: *Archives of Surgery* 128: 787-793 (discussion 793-794)
- Perlesz, A.; O'Loughlan, M. 1998:** Changes in stress and burden in families seeking therapy following traumatic brain injury: a follow up. In: *International Journal of Rehabilitation Research* 21: 339-354
- Peters, J.; Wilford, J.; MacDonald, E.; Jackson, A.; Pickvance, S.; Blank, L.; Craig, D. 2003:** Literature review of risk factors for job loss following sickness absence. URL: <http://www.dwp.gov.uk/asd/asd5/ih2003-2004/IH122.pdf> (Stand: 31.01.2008)
- Pössl, J.; Jürgensmeyer, S.; Karlbauer, F.; Wenz, C.; Goldenberg, G. 2001:** Stability of employment after brain injury: a 7-year follow-up study. In: *Brain Injury* 15: 15-27
- Pössl, J.; Kursawe, U. 2005:** Berufliche Belastungserprobungen bei hirngeschädigten Patienten: Eine Katamnese-Studie. In: *Rehabilitation* 44: 222-228
- Ponsford, J. L.; Olver, J. H.; Curran, C.; Ng, K. 1995:** A profile of outcome: 2 years after traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 9, No. 1: 1-10
- Ponsford, J.; Harrington, H.; Olver, J.; Roper, M. 2006:** Evaluation of a community-based model of rehabilitation following traumatic brain injury. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 16, No. 3: 315-328

- Poser, U.; Schönle, P. W.; Schaller, J. 2001:** Berufliche Reintegration in der neurologischen Rehabilitation: Neurokognitive Faktoren und Prognose. Bad Honnef: Hippocampus
- Powell, J. M.; Machamer, J. E.; Temkin, N. R.; Dikmen, S. S. 2001:** Self-report of extent of recovery and barriers to recovery after traumatic brain injury: a longitudinal study. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82, No. 8: 1025-1030
- Prigatano, G. P. 1997:** Learning from our successes and failures: Reflections and comments on "cognitive rehabilitation: how it is and how it might be". In: *Journal of International Neuropsychological Society*, No. 3: 497-499
- Prigatano, G. P.; Fordyce, D. J.; Zeiner, H. K.; Roueche, J. R.; Pepping, M.; Wood, B. C. 1984:** Neuropsychological rehabilitation after closed head injury in young adults. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 47: 505-513
- Prigatano, G.; Klonoff, P.; O'Brien, K.; Altman, I. M.; Amin, K.; Chiapello, D.; Shepard, J.; Cunningham, M.; Mora, M. 1994:** Productivity after neuropsychologically oriented milieu rehabilitation. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 9: 91-92
- Prusswald, G. 2006:** Apraxie. In: *Lehrner et al. 2006*: 409-418
- Radoschewski, F. M.; Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T. 2007:** Beeinträchtigte Teilhabe am Berufsleben im Spiegel therapeutischer Leistungen - Zum Stand medizinisch-beruflicher Rehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007: 232-234
- Rao, N.; Rosenthal, M.; Cronin-Stubbs, D.; Lambert, R.; Barnes, P.; Swanson, B. 1990:** Return to work after rehabilitation following traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 4: 49-56
- Raß, G.; Schramm, D. 1997:** Berufstherapeutische Förderung von Schädel-Hirn-Verletzten - Möglichkeiten und Grenzen - . In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 2 vom 8. Januar 1997: 94-96
- Rentsch, H. P. 2006:** Umsetzung der ICF in die Alltagspraxis der Neurorehabilitation. In: *mittendrin Fachzeitschrift für Geriatrie und Rehabilitationsmedizin der KLINIK am STEIN*, Heft 1: 6-15 URL: http://www.klinik-am-stein.de/fileadmin/Daten/KAS/mittendrin/0601/01_schwerpunktthema.pdf (Stand: 20.01.2008)
- Rentsch, H. P.; Bucher, P. O. 2005:** ICF in der Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner
- Reuther, P.; Fries, W.; Meier, U. 2000:** Stellungnahme zur Arbeit von M. Krause et al. „Anschlussheilbehandlung nach Schlaganfall – eine Standortbestimmung“. In: *Nervenarzt* 71: 319-321
- REVERSY Rehabilitationszentrum für hirnerkrankte Unfallopfer gGmbH 2003:** REVERSY. Der Weg zurück in die Selbständigkeit. München
- Richter, U.; Koch, C. 2001:** Überleben – wieder Leben nach schwerem Schädelhirntrauma. In: *Unfallversicherung aktuell* 2001, Heft 4: 4-7
- Ritchie, F. 2001:** Wanted: Employees with excellent communication skills ... In: *ACNR – Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation* 1, No. 2: 10
- Ritz, A.; Benz, B. 2003:** Besonderheiten bei der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Trägerübergreifendes Seminar der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation am 7.-9. Oktober 2003 in Bremen. URL: http://www.friedehorst.de/nrz/nrz_Ritz-Benz_et_al.pdf (29.01.2008)
- Roberts, P. M.; Code, Ch.; McNeil, M. R. 2003:** Describing participants in aphasia research: Part 1. Audit of current practice. In: *Aphasiology* 17, No. 10: 911-932
- Rokitta, R. 2007a:** Verständigung mit Aphasikern: Aphasie? Was ist das? URL: <http://www.sprachheil.paedagogik.de/printable/aphasie/aphasie/wasist.html> (Stand: 18.01.2008)
- Rokitta, R. 2007b:** Aphasie. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. URL: <http://www.rokitta.info/ratgeber/ratgeber.htm> (Stand: 18.01.2008)
- Rolland, J.; Belin, C. 1983:** The person with aphasia and the workforce. In: Lafond, D.; Joannette, Y.; Ponzio, J.; DeGiovanni, R.; Sarno, M. T. (Eds.): *Living with aphasia: Psychosocial issues*. San Diego: Singular Publishing Group: 223-242
- Rollnik, J. D. 2006:** Medizinische Chancen und Grenzen neurologischer Rehabilitation. Präsentation auf der Berufshelfertagung 30.11.2006. URL: <http://www.lvbgnwd.de/BG-Mitarbeiter/BH-Tagung2006/01-Rollnik.pdf> (20.01.2008)
- Ruckert, R. F.; Glinz, W. 1985:** Spätergebnisse nach schwerem Schädelhirntrauma. In: *Unfallchirurgie* 88: 99-104
- Ruff, R. M.; Marshall, L. F.; Crouch, J.; Klauber, M. R.; Levin, H. S.; Barth J.; Kreutzer, J.; Blint, B. A.; Foulkes, M. A.; Eisenberg, H. M. et al. 1993:** Predictors of outcome following severe head trauma: follow-up data from the Traumatic Coma Data Bank. In: *Brain Injury* 4, No. 1: 57-69
- Ryan, T. V.; Sautter, S. W.; Capps, C. F.; Meneese, W.; Barth, J. T. 1992:** Utilizing neuro-psychological measures to predict vocational outcomes in a head trauma population. In: *Brain Injury* 6, No. 2: 157-182
- Saeki, S.; Ogata, H.; Okubo, T.; Takahashi, K.; Hoshuyama, T. 1993:** Factors influencing return to work after stroke in Japan. In: *Stroke* 24, No. 8: 1182-1185

- Saeki, S.; Ogata, H.; Okubo, T.; Takahashi, K.; Hoshuyama, T. 1995:** Return to work after stroke: A follow-up study. In: *Stroke* 26: 399-401
- Santos, M. E.; Farrajota, M. L.; Caldas, A. C.; Sousa, L. D. 1999:** Problems of patients with chronic aphasia : different perspectives of husbands and wives ? In: *Brain Injury* 13, No. 1: 23-29
- Sato, T.; Oguma, J.; Komatsubara, M. 2003:** Current status of vocational rehabilitation and return to work in patients with traumatic Brain injury. Abstract. In: *Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology* 51, No. 3: 182-187
- Schalén, W.; Nordstrom, G.; Nordstrom, C. H. 1994:** Economic aspects of capacity for work after severe traumatic brain lesions. In: *Brain Injury* 8: 37-47
- Schellhorn, A.; Pössl, J.; Kursawe, U.; Goldenberg, G. 2003:** Therapeutische Supervision während der beruflichen Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. In: *NeuroRehabilitation* 11, Nr. 2: 57-64
- Schmidt-Ohlemann, M.; Zippel, Ch.; Blumenthal, H.; Fichtner, H.-J. (Hrsg.) 1998:** Ambulante, wohnortnahe Rehabilitation: Konzepte für Gegenwart und Zukunft. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 7, Ulm: Universitäts-Verlag Ulm
- Schneckenburger, K. 2003:** Kinder von Aphasikern – die vergessenen Angehörigen. URL: http://www.aphasiker.de/Aktuelle-Infos/Infodienst_Feb_03/25-Jahr_Feier_des_BRA/body_25-jahr_feier_des_ra.html (Stand: 02.07.2004)
- Schneider, G. 1979:** Is it really better to have your brain lesion early? A revision of the „Kennard principle“. In: *Neuropsychologia* 17: 557-583
- Schneider, M. 1996:** Ambulante berufliche Rehabilitation neurologische Behinderter – Konzept der unterstützten Beschäftigung. In: *Voß et al.* 1996: 190-197
- Schönle, P. W. 2002:** Ambulante und stationäre neurologische Rehabilitation –ein katamnestischer Vergleich. In: *Rehabilitation* 41: 183-188
- Schönle, P. W.; Schmollinger, M. 2005:** Hirnschädigung – was tun? Reformchancen in der neurologischen medizinischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 44: 113-116
- Schönle, P. W.; Stemmer, B. 1999:** Aphasie. In: Kukowski, B. (Hrsg.): *Differentialdiagnose neurologischer Symptome*. Stuttgart: Thieme: 326-339
- Schubert, F.; Laluschek, W. 2006:** Schlaganfall. In: *Lehrner et al.* 2006: 303-314
- Schubert, K. 2005:** Evaluation eines verhaltensorientierten Therapieprogramms zur Behandlung aphasischer Störungen. Dissertation Universität Jena URL: <http://www.db-thueringen.de/servlets/DocumentServlet?id=2617> (Stand: 18.01.2008)
- Schultze-Jena, A. 2002:** Aphasische Patienten in der Ergotherapie. In: *Habermann / Kolster* 2002: 489-498
- Schupp, W. 2004a:** Kostenträger und Struktur der Rehabilitation. In: *Nelles* 2004: 20-31
- Schupp, W. 2004b:** Stationäre und ambulante Rehabilitation. In: *Nelles* 2004: 50-61
- Schupp, W. 2006:** Medizinisch-berufliche Orientierung in der neurologischen Rehabilitation. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 386-388
- Scollon, J. 2000:** Traumatic brain injury & return to work: a review of factors that have negative, positive, and no relationship to vocational outcome in brain injured individuals. Richmond, BC: Workers' Compensation Board URL: http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/assets/pdf/98FS-41.pdf (Stand: 06.02.2008)
- Seyd, W., Nentwig, A., Blumenthal, W. (Hrsg.) 1999:** Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration ins Arbeitsleben. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 8, Ulm: Universitäts-Verlag
- Sherer, M.; Madison, C. F.; Hannay, H. J. 2000:** A review of outcome after moderate and severe closed head injury with an introduction to life planning. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 15, No. 2: 767-782
- Sherer, M.; Novack, T. A.; Sander, A. M.; Struchen, M. A.; Alderson, A.; Thompson, R. N. 2002:** Neuropsychological assessment and employment outcome after traumatic brain injury: a review. In: *The Clinical Neuropsychologist* 16, No. 2: 157-178
- Sherer, M.; Sander, A. M.; Nick, T. G.; High, W. M. Jr.; Malec, J. F.; Rosenthal, M. 2002:** Early cognitive status and productivity outcome after traumatic brain injury. Findings from the TBI model system. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 83, No. 2: 183-192
- Simmons-Mackie, N.; Kagan, A. 2007:** Application of the ICF in Aphasia. In: *Seminars in Speech Language* 28: 244-253
- Smolkin, C.; Cohen, B. S. 1974:** Socioeconomic factors affecting the vocational success of stroke patients. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83 (2) 55: 269-271
- Sorin-Peters, R. 2004a:** The evaluation of a learner-centred training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. In: *Aphasiology* 18, No. 10: 951-975
- Sperling, M. 2003:** Fortführung der Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Menschen mit schweren Hirnschäden in der Phase III am Beispiel der Berufsbildungswerke. *Ritz / Benz* 2003: 29-32

- Spranger, M. 2003:** Medizinisch-schulisch/berufliche Rehabilitation in der Phase II. In: *Ritz / Benz* 2003: 26-28
- Spranger, M. 2006a:** ICF-basierte Eignungsanalyse als Teil der berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 136-142
- Spranger, M. 2006b:** Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase II-Einrichtung. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 400-404
- Spranger, M.; Sutter, M. 2007:** Berufliche Reintegration nach medizinisch-beruflicher Rehabilitation. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007: 234-236
- Stam Brook, M.; Moore, A. D.; Peters, L.C.; Deviaene, C.; Hawryluk, G.A. 1990:** Effects of mild, moderate and severe closed head injury on long-term vocational status. In: *Brain Injury* 4: 183-190
- Steiner, J. 2002:** Von Aphasie mitbetroffen - Zum Erleben von Angehörigen aphasiabetroffener Menschen. Idstein: Schulz-Kirchner
- Steube, D. 2004:** Schädel-Hirn-Trauma. In: *Nelles* 2004: 217-226
- Sutter, M.; Golz, D.; Hartwig-Held, A.; Ritz, A. 2001:** Berufliche (Re-)integration als Ergebnis medizinisch-beruflicher und berufsvorbereitender Rehabilitationsmaßnahmen in einer neurologischen Phase II-Einrichtung. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2001: 67-68
- Taylor, H. G.; Yeats, K. O.; Wade, S. L.; Drotar, D.; Stancin, T.; Minich, N. 2002:** A prospective study of short- and long-term outcomes after traumatic brain injury in children: behavior and achievement. In: *Neuropsychology* 16; No. 1: 15-27
- Teasdale, T. W.; Skovdahl, H.; Gade, A.; Christensen A.-L. 1997:** Neuropsychological test scores before and after brain injury rehabilitation in relation to return to employment. In: *Neuropsychological Rehabilitation* 7: 23-42
- Teasell, R. W.; McRae, M. P.; Finestone, H. M. 2000:** Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, No. 2: 205-209
- Teichmann, H. 2003:** Kinder, die vernachlässigten Angehörigen. URL: http://www.klinik-bavaria.de/logo/a_art2.htm (Stand: 01.02.2008)
- Tesak, J. 2001a:** Die Aphasielehre des A. R. Lurija (1902-1977). In: *Sprache Stimme Gehör* 25: 142-147
- Tesak, J. 2001b:** Aspekte im Rahmen der neuen Heilmittelrichtlinien. In: *Sprache Stimme Gehör* 25: 162-166
- Tesak, J. 2006:** Einführung in die Aphasilogie. *Forum Logopädie*, 2. aktualisierte Aufl., Stuttgart: Thieme
- Tesak, J.; Küst, J.; Pfitzenreiter, V.; Michel, Ch. 2007:** Aphasiebehandlung: Ein Statusbericht. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007: 429-431
- Tooth, L.; McKenna, K.; Strong, J.; Ottenbacher, K.; Connell, J.; Cleary, M. 2001:** Rehabilitation outcomes for brain injured patients in Australia: functional status, length of stay a discharge destination. In: *Brain Injury* 15, No. 7: 613-631
- Turner-Stokes, L. 2004:** The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. In: *Clinical Medicine* 4, No. 1: 10-12
- Uzzell, B. P.; Langfitt, T. W.; Dolkinskas, C. A. 1987:** Influence of injury severity on quality of survival after head injury. In: *Surgery and neurology* 27, 419-429
- Vanderploeg, R. D.; Curtiss, G.; Duchnick, J. J.; Luis, C. A. 2003:** Demographic, medical, and psychiatric factors in work and marital status after mild head injury. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 18, No. 2: 148-163
- van Zomeren, A.V.; van den Burg, W. 1985:** Residual complaints of patients two years after severe head injury. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 48: 21-28
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 1995:** Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 34: 119-127
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 2000:** Individualität und Reha-Prozess. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: *VDR-Schriften*, Band 20, Frankfurt am Main: VDR
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 2001:** Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis: 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *VDR-Schriften*, Band 26, Frankfurt am Main: VDR
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 2004:** Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *VDR-Schriften*, Band 52, Frankfurt am Main VDR
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 2005:** Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven. 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. *VDR-Schriften*, Band 59, Frankfurt am Main VDR
- Verges, K.; Junque, C.; Jurado, M. A.; Tresserras, P.; Bartumeus, F.; Nogues, P.; Poch, J. M. 2000:** Age effects on long-term neuropsychological outcome in paediatric traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 14, No. 6, 495-503
- Vestling, M.; Tufvesson, B.; Iwarsson, S. 2003:** Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. In: *Journal of Rehabilitation Medicine* 35, No. 3: 127-138

- Vilkki, J.; Ahola, K.; Holst, P.; Ohman, J.; Servo, A.; Heiskanen, O. 1994:** Prediction of psychosocial recovery after head injury with cognitive tests and neurobehavioral ratings. In: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 16, No. 3: 325-338
- Vogenthaler, D. R.; Smith, K. R. Jr.; Goldfader, P. 1989:** Head injury, a multivariate study: predicting long-term productivity and independent living outcome, In: *Brain Injury* 3, No. 4: 369-385
- Vorländer, Th. D.; Fischer, St. 2000:** Berufliche Wiedereingliederung. In: Sturm, W.; Herrmann, M.; Wallesch, C.-W. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie*: Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers: 321-341
- Voß, K.-D.; Blumenthal, W.; Mehrhoff, F.; Schmollinger, M. 1996:** Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation am Beispiel neurologischer Behinderungen. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 5, Ulm: Universitäts-Verlag
- Währborg, P. 1991:** Assessment and management of emotional and psychosocial reactions to brain damage and aphasia. Kibworth: Far Communications
- Wagner, A. K.; Hammond, F. M.; Sasser, H. C.; Wierciszewski, D. 2002:** Return to productive activity after traumatic brain injury: relationship with measurements of disability, handicap, and community integration. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 83, No. 1: 107-114
- Walker, D. E.; Blankship, V.; Ditty, J. A.; Lynch, K. P. 1987:** Prediction of recovery for closed-head-injured adults: An evaluation of the MMPI, the adaptive behavior scale, and a "Quality of Life" rating scale. In: *Journal of Clinical Psychology* 43: 699-707
- Wallesch, C. W.; Johannsen-Horbach, H.; Bartels, C. 2007:** Akute vaskuläre Aphasien. In: *Aktuelle Neurologie* 34: 243-253
- Webb, C.; Rose, F. D.; Johnson, D. A.; Attree, E. A. 1996:** Age and recovery from brain injury: clinical opinions and experimental evidence. In: *Brain Injury* 10, No. 4: 303-10
- Weddell, R.; Oddy, M.; Jenkins, D. 1980:** Social adjustment after rehabilitation: a two year follow-up of patients with severe head injury. In: *Psychological Medicine* 10, No. 2: 257-263.
- Wegmüller, L. 2006:** Logopädie. URL: <http://www.brain7days.ch/?sid=tipslogopaed> (Stand: 20.01.2008)
- Wehking, E.; Harwardt, K.; Lange, M. 2004:** Berufliche Reintegration von Patienten mit amnestischer Aphasie und Restaphasie nach Schlaganfall. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2004 310-311
- Wehman, P. H.; Kregel, J.; Sherron, P.; Nguyen, S.; Kreutzer, J. S.; Fry, R.; Zasler, N. 1993:** Critical factors associated with the successful supported employment placement of patients with severe traumatic brain injury. In: *Brain Injury* 7, 1: 31-44
- Wehman, P. H.; Revell, W. G.; Kregel, J.; Kreutzer, J. S.; Callahan, M.; Banks, P. D. 1991:** Supported employment: An alternative model for vocational rehabilitation of persons with severe neurologic, psychiatric, or physical disability. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 72, 101-105
- Wehman, P. H.; West, M.; Fry, R.; Sherron, P.; Groah, C.; Kreutzer, J.; Sale, P. 1989:** Effect of supported employment on the vocational outcomes of persons with traumatic brain injury. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 22: 395-405
- Wehman, P. H.; West, M. D.; Kregel, J.; Sherron, P.; Kreutzer, J. S. 1995:** Return to work for persons with severe traumatic brain injury: A data-based approach to program development. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 10, No. 1: 27-39
- Wehmeyer, M.; Grötzbach, H. 2004:** Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel. *Praxiswissen Logopädie*, 2. Aufl., Berlin: Springer
- Wendel, C. 2002:** Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung In: Univ. Dissertation Bremen. URL: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975325744&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=97532_5744.pdf (Stand: 08.02.2008)
- Wendel, C.; Fries, W.; Heel, S. 2001:** Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung: Prädiktoren für erfolgreiche Verläufe. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2001: 303-304
- West, M. D. 1995:** Aspects of the workplace and return to work for persons with brain injury in supported employment. In: *Brain Injury* 9, 3: 301-313
- Whitnall, L.; McMillan, T. M.; Nurray, G. D.; Teasdale, G. M. 2006:** Disability in young people and adults after head injury: 5-7 year follow up of a prospective cohort study. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, with Practical Neurology* 77: 640-645
- Wienecke, S. 1998:** Berufliche Rehabilitation schwerstbehinderter junger Menschen mit neurologischen Schädigungen. In: Seyd / Nentwig / Blumenthal 1998: 395-398
- Willmes-von Hinckeldey, K. 2005:** Akalkulie. In: Karnath, H.-O.; Hartje, W.; Ziegler, W. 2005: *Kognitive Neurologie*. Stuttgart: Thieme: 84-95

- Wilz, G.; Böhm, W. 2007:** Interventionskonzepte für Angehörige von Schlaganfallpatienten: Bedarf und Effektivität. In: *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 57: e1-e19
- Wittler, M. 2006:** Akut - aphasische Sprachproduktion: Eine Dichotomie? Zur Spontansprache akuter Aphasien. Dissertation Universität Bielefeld. URL: http://www.deposit.dbb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980322790&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=980322790.pdf (Stand: 22. 03.2008)
- Wohlfahrt, R.; Knisatschek, H. 2006:** Re-Integrations-Management: Mehr als medizinisch-beruflicher Orientierung. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 143-154
- Work After Stroke Project 2000:** Work After Stroke Project. URL: <http://www.differentstrokes.co.uk/research/was.htm> (Stand: 10.02.2008)
- Worrall, L. E.; Holland, A. L. 2004:** Quality of life in aphasia. In: *Aphasiology* 17, No. 4: 329-332
- Wozniak, M. A.; Kittner, S. J. 2002:** Return to work after ischemic stroke: A methodological review. In: *Neuroepidemiology* 21: 159-166
- Wozniak, M. A.; Kittner, S. J.; Price, T. R.; Hebel, J. R.; Sloan, M. A.; Gardner, J. F. 1999:** Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. In: *Stroke* 30: 2568-2573
- Yasuda, S.; Wehman, P.; Targett, P.; Cifu, D.; West, M. 2001:** Return to work for persons with traumatic brain injury. In: *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 80, No. 11: 852-864
- Yelin, E.; Nevitt, M.; Epstein, W. 1980:** Toward an epidemiology of work disability. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 58: 386-415
- Zemva, N. 1999:** Aphasie Patients and their families: wishes and limits. In: *Aphasiology* 13, No. 3: 219-224
- Zuger, R. R.; Brown, M.; O'Neill, J.; Stack, R.; Amitai, H. 2002:** Vocational rehabilitation, traumatic brain injury and the power of networking. New York: TBI-NET. URL: <http://www.mssm.edu/tbicentral/resources/publications/pdf/vocrehab.pdf> (Stand: 17.01.2008)

**Bisher erschienene Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

- Heft 1/1998 Faßmann, H.: Das Abbrecherproblem – die Probleme der Abbrecher. Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken (17 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1998 Funk, W.: Determinants of Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Results from the „Nuremberg Pupils Survey 1994: Violence in Schools“ (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/1998 Faßmann, H.: Ein Instrument zur Früherkennung und Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen in Berufsbildungswerken – Anliegen, Struktur, Handhabung und Erprobungsergebnisse (20 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/1998 Funk, W.: Violence in German Schools: Perceptions and Reality, Safety policies (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/1998 Faßmann, H.: Abbrecherproblematik und Prävention von Ausbildungsabbrüchen (18 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/1999 Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R.: Konzept der BAR-Modellinitiative „*REGIONALE Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)*“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1999 Reith, M.: Das 3i-Programm der Siemens AG: Instrument des Kulturwandels und Keimzelle für ein leistungsfähiges Ideenmanagement (vergriffen)
- Heft 3/1999 Oertel, M.: Zentrale Ergebnisse einer Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen auf der Grundlage des "Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen - Bedarf, Aufgaben, Finanzierung" (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/2000 Faßmann, H.: REGINE und MobiliS im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2000 Funk, W.: Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Its Determinants and Future Perspectives of Research and Prevention (21 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2000 Funk W.: Violence in German Schools: The Current Situation (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/2000 Faßmann, H.: Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation (26 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/2000 Funk, W.: Gewalt in der Schule. Determinanten und Perspektiven zukünftiger Forschung (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)
- Heft 6/2000 Faßmann, H.; Steger, R.: REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen (7 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 7/2000 Funk, W.: Sicherheitsempfinden in Nürnberg. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse einer Bürgerbefragung im Jahr 1999 im Einzugsgebiet der Polizeiinspektion Nürnberg-West (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)



- Heft 8/2000 Funk, W.: Der Einfluß unterschiedlicher Sozialkontexte auf die Gewalt an Schulen. Ergebnisse der Nürnberger Schüler Studie 1994 (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/2001 Funk, W.: Violence in German schools. Its determinants and its prevention in the scope of community crime prevention schemes (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2001 Faßmann, H.: Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. (31 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2001 Stamm, M.: Evaluation von Verkehrsräumen durch ein Semantisches Differential. (163 Seiten, Schutzgebühr € 17,--)
- Heft 1/2002 Faßmann, H.: Probleme der Umsetzung des Postulats „*So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!*“ am Beispiel erster Ergebnisse des Modellprojekts „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (35 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2002 Funk, W.; Wiedemann, A.: Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr. Eine kritische Sichtung der Maßnahmenlandschaft (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2002 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (161 Seiten, Schutzgebühr 19,-- €)
- Heft 4/2002 Funk, W.: Schulklima in Hessen – Deutsche Teilstudie zu einer international vergleichenden Untersuchung im Auftrag des Observatoriums für Gewalt an Schulen, Universität Bordeaux. Endbericht. (126 Seiten, Schutzgebühr € 15,--)
- Heft 1/2003 Funk, W.: Die Potentiale kommunal vernetzter Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder. Überarbeiteter Vortrag auf dem Symposium „Vernetzte Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder im Erftkreis“, am Dienstag 10.12.2002, Rathaus Brühl. (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)
- Heft 2/2003 Faßmann, H.: Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. (26 Seiten, Schutzgebühr 7,-- €)
- Heft 3/2003 Funk, W.: School Climate and Violence in Schools – Results from the German Part of the European Survey on School Life. (20 Seiten, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 4/2003 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.: Qualitätsstandards für den Lernort „*Betriebliche Berufsausbildung und reha-spezifische Förderung durch einen Bildungsträger*“ - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (75 Seiten; Schutzgebühr 16,--€)
- Heft 5/2003 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (131 Seiten; Schutzgebühr 21,-- €)
- Heft 6/2003 Steger, R.: Netzwerkentwicklung im professionellen Bereich dargestellt am Modellprojekt *REGINE* und dem Beraternetzwerk *zetTeam* (56 Seiten; Schutzgebühr 14,-- €)

- Heft 1/2004 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.; Zimmermann, R.: „REgionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (362 Seiten; Schutzgebühr 44,-- €)
- Heft 2/2004 Funk, W. Verkehrssicherheit von Babys und Kleinkindern – oder: Wie nehmen eigentlich unsere Jüngsten am Straßenverkehr teil? (18 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 3/2004 Brader, D.; Faßmann, H.; Steger, R.; Wübbecke, Chr.: Qualitätsstandards für ein *"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)"* - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (107 Seiten; Schutzgebühr: 19,-- €)
- Heft 1/2005 Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Steger, R.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (294 Seiten; print on demand, Schutzgebühr 44,-- €)
- Heft 2/2005 Faßmann, H.: Wohnortnahe betriebliche Ausbildung – Modelle und ihre praktische Umsetzung. (29 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 8,-- €)
- Heft 1/2006 Funk, W.: In Schule, um Schule und um Schule herum. Impulse für eine kommunal vernetzte schulische Verkehrserziehung. (46 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 10,-- €)
- Heft 2/2006 Funk, W.: Schulweg- / Schulmobilitätspläne – Wie machen es unsere europäischen Nachbarn? (20 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 1/2007 Faßmann, H.: Rehabilitationsforschung im *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* (37 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 10,-- €)
- Heft 2/2007 Funk, W.: Verkehrssicherheitsforschung im *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* (22 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 5,-- €)
- Heft 3/2007 Faßmann, H.: Evaluation von nachhaltigen Erfolgen bei wohnortnaher betrieblicher Erstausbildung und reha-spezifischer Förderung durch einen Bildungsträger. Sicherung von Ergebnissen des BAR-Modellprojekts „REgionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (61 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 15,-- €)
- Heft 1/2008 Faßmann, H.; Grüninger, M.; Schneider, A. H.; Steger, R.: „Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW).“ Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ. (285 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 49,-- €)
- Heft 2/2008 Faßmann, H.: Möglichkeiten und Erfolge der beruflichen Rehabilitation von Personen mit Aphasie. Ergebnisse einer Literaturanalyse. (64 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 15,-- €)