Institut für
empirische
Soziologie
an der
Universität
Erlangen-
Nürnberg

4/2008

Evaluation des Modellprojekts *„Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)“*

Abschlussbericht

Dr. Hendrik Faßmann

MATERIALIEN

Materialien aus dem
Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
April 2008 **4/2008**

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

Zitierweise:
Faßmann, Hendrik (2008)
Evaluation des Modellprojekts *„Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)“.* Abschlussbericht. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Heft 4/2008, 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

Am Modellprojekt IBRA haben mitgewirkt:

die Projektförderer:

das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und
das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

für die Projektpartner

aus dem *Berufsförderungswerk Nürnberg*:

Herr Rainer Biedermann, Frau Helene Birkenstock, Frau Elfriede Dworschak, Herr Rainer Eggerer,
Frau Dr. Angelika Hausmann, Frau Jutta Herzog, Herr Erich Hörnlein, Herr Werner Hofmann,
Frau Susanne Hüttlinger, Frau Angelika Kleinert, Herr Dr. Peter Lang, Herr Frank Müller, Herr Anton Neubauer,
Frau Evelyne Schrenner, Frau Claudia Semmlinger, Frau Evelyne Staab, *Herr Manfred Stark*,
Herr Alexander Vogel

aus der *Kiliani Klinik Bad Windsheim*:

Herr Rainer Beese, Herr Carsten Deutschmann, Frau Anke Jakobs, Herr Dr. Gerald Lehrieder,
Herr PD Dr. Jürgen Mertin, Herr Dr. Thomas Schmidt, Herr Werner Siemon
sowie weitere Ärzte/-innen, Psychotherapeut(inn)en und Logopäd(inn)en des Behandlungsteams

für den Projektbeirat:

Herr Dr. Albert Berg, Bundesagentur für Arbeit
Herr Dr. Sandro Blanke, Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Frau Dr. Sigrid Blumberg, Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft
Herr Klaus Diener, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern,
Herr Prof. Dr. Frank Erbguth, Neurologische Klinik, Klinikum Süd Nürnberg
Herr Dr. Walter Heipertz, Bundesagentur für Arbeit
Herr Olaf Liebig, Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Frau Dr. Tanja Süß, Bundesagentur für Arbeit
Herr Wilfried Walter, Landesverband Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

die IBRA-Teilnehmerinnen und –Teilnehmer,
die aus Datenschutzgründen hier nicht namentlich genannt werden können

für die wissenschaftliche Begleitung
durch das *Institut für empirische Soziologie*
***an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS*):**

Frau Sigrid Albrecht, *Herr Dr. Hendrik Faßmann, Frau Sabine Haag, Frau Mila Naidenova,*
Herr Martin Petermüller, Frau Larissa Pfaller, M.A., Herr Andreas H. Schneider, Frau Heike Streipert,
Herr Christian Walter und *Herr Dr. Rainer Wasilewski*

Wir danken allen Beteiligten recht herzlich für die engagierte Mitarbeit!

Vorwort

Mit dem Modellprojekt *„Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie – IBRA“* betraten das *Berufsförderungswerk Nürnberg* und die *Kiliani Klinik Bad Windsheim* Neuland: Anliegen des Projekts war es, eine Rehabilitand(inn)engruppe, der bis dahin wenig Chancen zu einer (Wieder-)Eingliederung in das Arbeitsleben eingeräumt wurden, qualifiziert beruflich zu fördern. Allerdings sollte dies – dem Motto „So normal wie möglich, so speziell wie erforderlich!“ gemäß - unter integrativen Bedingungen geschehen: Demnach sollten die IBRA-Teilnehmer(innen) die für sie vorgesehenen Bildungsgänge so weit irgend möglich gemeinsam mit anderen *BFW*-Teilnehmer(inne)n absolvieren, gleichzeitig aber ihrem individuellen Bedarf entsprechend therapeutisch versorgt, trainiert und gefördert werden. Dazu war eine dem besonderen Förderungsaufwand entsprechende Struktur- und Prozessqualität der neuen Teilhabeleistung erforderlich.

Nachdem es uns dankenswerter Weise gelungen war, das (seinerzeitige) *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* und das *Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen* von diesem innovativen Leistungskonzept zu überzeugen und als Förderer zu gewinnen, konnte im Jahre 2002 mit der wissenschaftlich begleiteten Modellerprobung begonnen werden.

Dass die Umsetzung der IBRA-Konzeption gelungen ist, dokumentiert der vorliegende Abschlussbericht: So zeigte sich, dass die neue, aphasiker(innen)-orientierte Teilhabeleistung ebenso erfolgreich ist wie die qualifizierte Berufsförderung von Erwachsenen mit anderen Behinderungen: Dies belegen die geringe Abbruchquote, die hohe Prüfungserfolgsquote und die hohe Eingliederungserfolgsquote der regulären Absolvent(inn)en. Bedenkt man, was eine gelungene berufliche Rehabilitation gerade für die (vielfach recht jungen) Aphasiker(innen) bedeutet, die sonst ohne jegliche (Re-)Integrationsperspektive vorzeitig berentet „zu Hause sitzen“ würden, so wird deutlich, dass sich Aufwand und Engagement auch bei dieser Zielgruppe von Teilhabeleistungen lohnen. Vor diesem Hintergrund freuen wir uns, dass die Rehabilitationsträger – allen voran die *Deutsche Rentenversicherung* – vom IBRA-Konzept überzeugt zugesagt haben, die Maßnahmen auch weiterhin zu belegen.

An dieser Stelle möchten wir allen Projektförderern und –beteiligten herzlichen Dank für ihre Unterstützung sagen! Ohne ihre Hilfe wäre es nicht möglich gewesen nachzuweisen, dass IBRA realisierbar ist und dass sich der Einsatz für dieses innovative, auf die Bedürfnisse von Aphasiker(innen) ausgerichtete Berufsförderungsangebot tatsächlich lohnt. Ganz besonders danken möchten wir der Leiterin des Geschäftsfeldes Qualifizierung und Integration im *BFW Nürnberg*, *Frau Diplom Volkswirtin Evelyne Staab* sowie *Frau Diplom Kulturwirtin Claudia Semmlinger*, die das IBRA-Konzept entwickelten, zur Realisierungsreife führten und implementierten sowie *Frau Susanne Hüttlinger*, die als Case-Managerin entscheidend zum Erfolg der einzelnen IBRA-Teilnehmer(innen) und des Modellprojekts als Ganzem beigetragen hat. Danken möchten wir *last but not least Herrn Dr. Hendrik Faßmann* vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, der die wissenschaftliche Begleitung des Modells geleitet und den vorliegenden Forschungsbericht verfasst hat.

Nürnberg, im März 2008

Rainer Eggerer
Geschäftsführer des BFW Nürnberg

Evaluation des Modellprojektes „Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie“ (IBRA)

Abschlussbericht

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Vorwort		5
Abkürzungsverzeichnis		10
1	**Anliegen des Modellprojekts**	11
2	**Einführung: Grundlagen medizinischer und beruflicher Rehabilitation von Personen mit Aphasie**	15
2.1	Aphasie: Definition, Epidemiologie und Folgen der Sprachstörungen	15
2.2	Möglichkeiten zur Eingliederung von Personen mit Aphasie in das Arbeitsleben	20
2.2.1	Information - Beratung – Selbsthilfe	21
2.2.2	Möglichkeiten berufsbezogener Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation von Personen mit Aphasie	23
2.2.2.1	Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung bzw. Rehabilitation	23
2.2.2.2	Medizinisch-berufliche Rehabilitation in *Phase-II-Einrichtungen* – Neurologische Berufstherapie	25
2.2.2.3	Beispiele für andere Konzepte der medizinisch-beruflich orientierten neurologischen Rehabilitation	28
2.2.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Personen mit neurologischen Erkrankungen	30
2.2.3.1	Berufliche Erstausbildung	32
2.2.3.2	Berufliche Qualifizierung Erwachsener	34
2.2.3.3	Unterstützte Beschäftigung	35
2.2.4	Wirksamkeit von berufsbezogenen bzw. Berufsförderungsmaßnahmen für neurologisch erkrankte Personen unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit Aphasie	36
2.2.4.1	Faktoren zur Prognose der beruflichen Eingliederung nach Hirnschädigungen	38
2.2.4.2	Zur beruflichen Eingliederung aphasischer Rehabilitand(inn)en	43

3	**IBRA als integrierte Teilhabeleistung für Aphasiker(innen)**	49
3.1	Intention und Grundkonzeption	49
3.2	Ablauf und Durchführung von IBRA	52
3.2.1	IBRA-Assessment	54
3.2.1.1	Medizinisches Reha-Assessment und Möglichkeit zur intermittierenden Behandlung in der Rehabilitationsklinik	54
3.2.1.2	RehaAssessment® der *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke*	54
3.2.2	Reha-Vorbereitung	57
3.2.3	Qualifizierungsphase	58
3.2.3.1	Vollqualifizierungen	58
3.2.3.2	Individualmaßnahmen	60
3.2.4	Phase der Integration am Arbeitsplatz	61
3.2.5	Besondere Hilfen im Rahmen der Berufsförderung von Aphasiker(inne)n	61
3.2.6	Handlungsorientierte Ausbildung (HOA), Reha-Team und Reha-Prozessmanagement	63
3.2.6.1	Handlungsorientierte Ausbildung (HOA)	63
3.2.6.2	Reha-Team	64
3.2.7	Case-Management	66
3.2.8	Reha-Management	67
3.2.9	IBRA-Team	68
4	**Das Evaluationskonzept der IBRA-Begleitforschung**	69
4.1	Formative und summative Evaluation	69
4.2	Beurteilungskriterien im Rahmen der IBRA-Begleitforschung	71
4.3	Datendokumentation im Rahmen des Modellprojekts	74
5	**Ergebnisse der formativen Evaluation**	79
5.1	Modellimplementierung und Akquisitionsarbeit	79
5.2	Erhebung zum potenziellen Maßnahmebedarf	84
5.2.1	Anliegen und Konzeption der Umfrage	84
5.2.2	Rücklauf	86
5.2.3	Umfrageergebnisse	88

5.3	Spezielle Charakteristik, Struktur- und Prozessqualität des beruflichen Teilhabeleistungsangebotes IBRA	91
5.3.1	Stellung von IBRA im Vergleich zu anderen beruflichen Teilhabeleistungen in Berufsförderungswerken	92
5.3.2	IBRA-Strukturqualität	99
5.3.3	IBRA-Prozessqualität	102
6	**Ergebnisse der summativen Evaluation**	119
6.1	Demographische Strukturen des Kreises der IBRA-Teilnehmer(innen)	119
6.2	Medizinische, neuropsychologische und logopädische Befunddaten	127
6.3	Zugang zum Modellprojekt	139
6.4	Maßnahmeallokation und Berufsspektrum der Rehabilitand(inn)en	142
6.5	Verbleib der Rehabilitand(inn)en	144
6.6	Determinanten des Maßnahmeerfolges	154
6.7	Ergebnisse der Nachbefragung von IBRA-Teilnehmer(inne)n	155
7	**Resümee und Schlussfolgerungen aus dem Modellprojekt IBRA**	165
7.1	Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der formativen Evaluation	165
7.2	Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der summativen Evaluation	168
Literaturverzeichnis		173

Abkürzungsverzeichnis

ABE	Abklärung der beruflichen Eignung
ABE-P/N	Abklärung der beruflichen Eignung für psychisch oder neurologisch Vorerkrankte
AP	Arbeitserprobung
ARGE BFW	Bundesarbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke
BAG (Phase II)	Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitations-Zentren (Phase II)
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBW	Berufsbildungswerk
BDVN	Berufsverband der deutschen Nervenärzte
BFW	Berufsförderungswerk
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
CMS	Case Management System
DIK-2	Diagnostische Kriterien zur Feststellung des individuellen Förderbedarfs und zur Steuerung von Maßnahmen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EC 301-R	Diagnostikmaterial zur Erfassung von Rechenstörungen
HOA	Handlungsorientierte Ausbildung
IBRA	Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie
i.d.R.	In der Regel
ICF	International Classification of functionning, disability and health
IFD	Integrationsfachdienst
IfeS	Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
IHK	Industrie- und Handelskammer
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
I+B	Information und Beratung
i.S.	Im Sinne
MELBA	Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
MGT	Münchner verbaler Gedächtnistest
PEU	Psychologische Eignungsuntersuchung
RVL	Rehabilitationsvorbereitungs-Lehrgang
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VLMT	Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest
WHO	World Health Organisation

1 Anliegen des Modellprojekts

Zielgerichtete Leistungen zur Teilhabe von Personen mit Aphasie am Arbeitsleben setzen eine optimale Passung zwischen Kompetenzen, Ressourcen und spezifischen Leistungsprofilen der Betroffenen, den Förder- und Qualifizierungsangeboten sowie des co-therapeutischen Umfeldes voraus. Allerdings kann dem in der Rehabilitationspraxis in der Regel aus folgenden Gründen nicht entsprochen werden:[1]

- Da die *Gruppe* der von Aphasie betroffenen Personen *relativ klein* ist, kann in den einzelnen Einrichtungen die Gruppengröße nicht erreicht werden, um die Leistungen wirtschaftlich vertretbar zu erbringen. Wenn solche Rehabilitand(inne)n überhaupt aufgenommen werden, ist deren Krankheitsbild so geringfügig ausgeprägt, dass sie ohne größere Probleme in die Berufsförderungsmaßnahmen integriert werden können. Ansonsten kann in der Regel nicht auf ihre besonderen Probleme eingegangen werden.
- Die Rehabilitation von Aphasiker(inne)n stellt *spezifische Qualifikationsanforderungen* an die Rehabilitationsfachkräfte, da diese über die Kommunikationsanforderungen und Fördermöglichkeiten der besonderen Zielgruppe informiert sein müssen. Diese Voraussetzungen sind bisher in den Berufsförderungseinrichtungen nur ausnahmsweise gegeben.
- Die individuelle Eigenheit und Komplexität jeder Aphasie erfordern im Einzelfall einen konsequenten *individuum-zentrierten Ansatz*. Ausbildungskonzeption und -organisation sind in Berufsförderungseinrichtungen jedoch bisher im Wesentlichen ausgerichtet auf Teilnehmer(innen), die im sprachlichen und kommunikativen Bereich weniger behindert sind: Da diese Rehabilitand(inn)en im allgemeinen fähig sind, der Ausbildung in vollem Umfang zu folgen und ihre Bedürfnisse zu artikulieren, benötigen sie in geringerem Maße *inhaltlich* und *zeitlich* individuell zugeschnittene Angebote und Unterstützungsleistungen als von Aphasie betroffene Menschen.
  - *Inhaltlich* kann die Interdependenz von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei Menschen mit Aphasie unter den gegebenen Bedingungen kaum adäquat berücksichtigt werden.[2] Die berufliche Wiedereingliederung kann nur gelingen, wenn es den Betroffenen wieder möglich ist, zu kommunizieren. Da sich die Reorganisation der Sprachkompetenz in einem (u.U. jahre-) lang andauernden Prozess vollzieht, ist die langfristig angelegte Fortführung von aphasiespezifischen, medizinisch-

[1] Vgl. zum Folgenden: *Kiliani Klinik Bad Windsheim / Berufsförderungswerk Nürnberg* 2001: 7 f

[2] Siehe dazu auch: *Reuther / Fries / Meier* 2000: 320

therapeutischen Maßnahmen eine Voraussetzung für eine Gelingen der Rehabilitation bis hin zur Teilhabe dieser Personen am Arbeitsleben.

- Im Vergleich zu anderen Rehabilitand(inn)engruppen erfordern Teilhabeleistungen für Personen mit Aphasie einen *höheren Zeitansatz*: Die Reorganisation von Hirnstrukturen bzw. die funktionelle Wiederherstellung erfolgt langsam. Zugleich bedeuten diese Maßnahmen für die Betroffenen eine große Kraftanstrengung.

Hinzu tritt, dass *Aphasie weithin unbekannt* ist. Daher werden in Alltag und Berufsleben bestimmte Fähigkeitsstörungen, etwa bei der Wortfindung, schnell mit einem Mangel an Intelligenz gleichgesetzt. Auch wird den Betroffenen im Gespräch (z.B. zur Vorstellung in einem Betrieb) nicht die Zeit zugestanden, die sie benötigen, um die Gesprächspartner zu verstehen und sich selbst zu artikulieren. Insofern führt Aphasie häufig auch zu sozialer Beeinträchtigung. Hier bedarf es daher besonderer Mittlerdienste, die von herkömmlichen Stellen, wie Integrationsfachdiensten oder Arbeitsassistent(inn)en, wegen des erforderlichen Zeitaufwandes und der benötigten besonderen Fachkenntnisse nur schwer erbracht werden können.[3]

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass für eine zielgerichtete und effiziente berufliche und soziale Eingliederung von Personen mit Aphasie folgende Forderungen erfüllt sein müssen:[4]

- enge Verzahnung und Abstimmung der am Rehabilitationsprozess beteiligten Einrichtungen und Personen;
- Unterstützung der Aphasiker(innen) durch kontinuierliche und kompetente medizinische Betreuung. Wenn möglich, sollten die behandelnden Fachkräfte von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen einbezogen werden.
- Bündelung der Aktivitäten für Erwachsene mit Aphasie in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation gemäß § 35 SGB IX (z.B. einem *Berufsförderungswerk*), die über ihre planmäßigen Funktionen hinaus zum Kompetenzzentrum für diese Zielgruppe wird.
- Berücksichtigung der besonderen Bedarfslagen von Aphasiker(inne)n bei der konzeptionellen Gestaltung von Förderangeboten;
- höherer zeitlicher und personeller Ansatz bei der Angebotsgestaltung;
- gezielte Qualifizierung der Rehabilitationsfachkräfte;
- Unterstützung des sozialen Umfeldes (Partner(in), Familie, Freunde) und ggf. Einbeziehung von als „Co-Therapeut(inn)en“ wirkenden Personen[5];

---

3 Vgl. zum Folgenden: *Kiliani-Klinik Bad Windsheim / Berufsförderungswerk Nürnberg* 2001: 8

4 Vgl. Kiliani-*Klinik Bad Windsheim / Berufsförderungswerk Nürnberg* 2001: 10f

- Verwirklichung der Rehabilitationsgrundsätze „Rehabilitation vor Rente“, „Frühzeitigkeit“, „Nahtlosigkeit“, Dauerhaftigkeit“ usw. auch bei unter Aphasie leidenden Personen.[6]

Auf der Grundlage dieser Überlegungen wurde von der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* und dem *Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH* ein Leistungskonzept für eine „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)“ erarbeitet, das die geschilderten Schwächen der bisherigen Berufsförderungsmöglichkeiten von Personen mit Aphasie überwinden und den oben angesprochenen Gesichtspunkten gerecht werden soll. Über die Ergebnisse der Erprobung dieses neuartigen Rehabilitationsangebotes für Aphasiker(innen) wird im Folgenden berichtet.

5 Siehe dazu insbesondere *Fox et al*. 2004

6 Siehe dazu: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004*: §§5 ff; *Brader et al.* 2005: 24

2 Einführung: Grundlagen medizinischer und beruflicher Rehabilitation von Personen mit Aphasie

2.1 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."[7] 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 (Amnesie[8]), Handlungsfähigkeit (Apraxie[9]), 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 sprachliche Komponente, die der „Versprachlichung" dient und die sprechmotorische Komponente mit Sprechatmung, Stimmbildung (Phonation) und Lautbildung (Artikulation), deren Störung als Dysarthrie bezeichnet wird."[10]

Im Erwachsenenalter werden Aphasien ungefähr zu 80 % durch zerebrale Durchblutungsstörungen infolge eines akuten Hirninfarkts (Schlaganfall, Apoplex)[11] im Bereich der sprachdominanten Hirnhälfte, der Rest durch Enzephalitiden, Hirntumoren (ca. 5 % der Fälle)[12], Schä-

---

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

8 Siehe dazu z.B. *Lehrner / Brenner-Walter* 2006: 460 ff

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

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

11 *„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. *Berlit et al*. 2002: 1 f).

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

del-Hirn-Traumen (z. B. nach einem Unfall, ca. 15 % der Fälle) und degenerative Prozesse verursacht.[13]

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.[14]

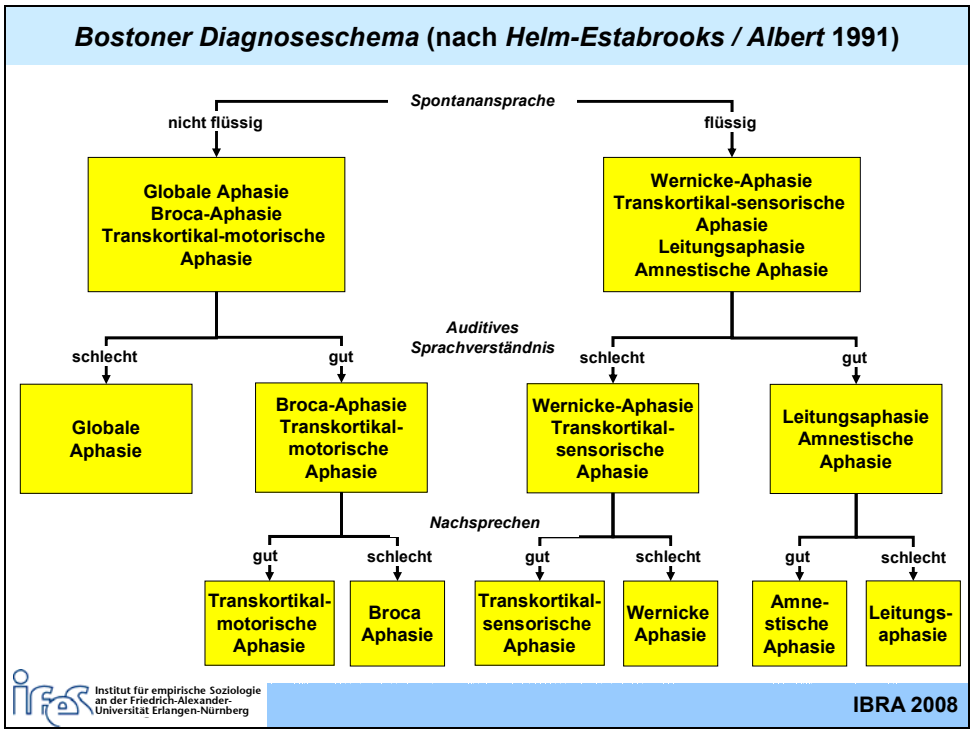


Abbildung 1

Zur Typisierung der Sprachstörungen unterscheidet die „Bostoner Schule“[15] 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)

---

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

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

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

- *sensorische Aphasien*: Störungen im Verstehen von Laut und / oder Schriftsprache (Reine Alexie, Wernicke-Aphasie)
- *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*).

Aphasie-Standard-Syndrome	Aphasie-Nichtstandard-Syndrome
➢ **Globale Aphasie** • Leitsymptom: Sprachautomatismen • Sprachfluss: stark eingeschränkt, oft spred. 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)

Im deutschsprachigen Raum wird für die klinische Beschreibung der Symptomatik heute vor allem das in *Übersicht 1* enthaltene („neoklassische"[16]) „Aachener Klassifikationsschema"[17]

[16] Vgl. *Tesak* 2006: 26 ff; siehe auch: *Campagna* 2005; *Wittler* 2006: 27

[17] Siehe dazu: *Huber / Poeck / Weniger* 2006: 119 ff. Dieses Klassifikationsschema gilt als Derivat der „Bostoner Schule" (vgl. *Tesak* 2006: 27). Der therapieorientierte Aphasiologieansatz 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).

verwendet, das eine Syndromzuweisung von 80 % bis 90 % der (Schlaganfall-) Patient(inn)en zulässt.[18]

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 Syndrome 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.[19]

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 weiteren (von der Aphasie differenzialdiagnostisch klar abzugrenzenden[20]) neurologischen und / oder neuropsychologischen Defiziten, wie z.B.[21]

- Lähmungen und Gefühlsstörungen einer Körperseite (Hemiplegie),
- Gesichtsfeldeinschränkungen,
- Störungen der Körperwahrnehmung (Anosognosie),
- Störungen der Bewegungskoordination (Apraxie, Ataxie),
- Störungen der Sprechmotorik (Dysarthrie[22]), sowie
- Gedächtnis-, Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörungen,[23]
- Rechenstörung (Akalkulie[24]),
- Antriebsstörungen,

---

18 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.

19 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.

20 Vgl. *Lutz* 2004: 37 ff

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

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

23 Siehe dazu z.B. *Lehrner / Brenner-Walter* 2006; *Falkensteiner et al.* 2006

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

- pathologische Ermüdbarkeit (Fatigue),
- Gefühlsschwankungen und Reizbarkeit,
- posttraumatische bzw. vaskuläre Epilepsien[25].

„Aphasische Störungen sind mit einem erheblichen Handicap im familiären und sozialen Leben verbunden und stellen ein wesentliches Hindernis für die berufliche Wiedereingliederung dar."[26] 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,[27] sondern auch negative Auswirkungen auf Ehe und Partnerschaft,[28] Beziehungen zu den Kindern,[29] Einbindung in den Freundeskreis usw.[30] Belastungen der betreuenden Personen (zumeist Partner(innen) der Rehabilitand(inn)en) treten hinzu.[31] Infolgedessen wird berufliche und soziale Rehabilitation immer weniger praktikabel und zunehmend schwierig, erhebliche Einbußen der Lebensqualität sind die Folge.[32]

In *Abbildung 2* wird Aphasie unter die Kriterien des heute im Bereich der Rehabilitation gängigen bio-psychosozialen Modells der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* subsumiert. Das Schema eignet sich zur Strukturierung von Planung und Organisation des Rehabilitationsprozesses.[33]

---

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

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

27 Vgl. *Käsbach* 2003

28 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

29 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

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

31 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

32 Siehe dazu: *Kauhanen* 1999; *Katzlberger / Oder* 2000; *Knab* 2000: 143; *LaPointe* 2000; *Worrall / Holland* 2003; *Howe et al*. 2004

33 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).

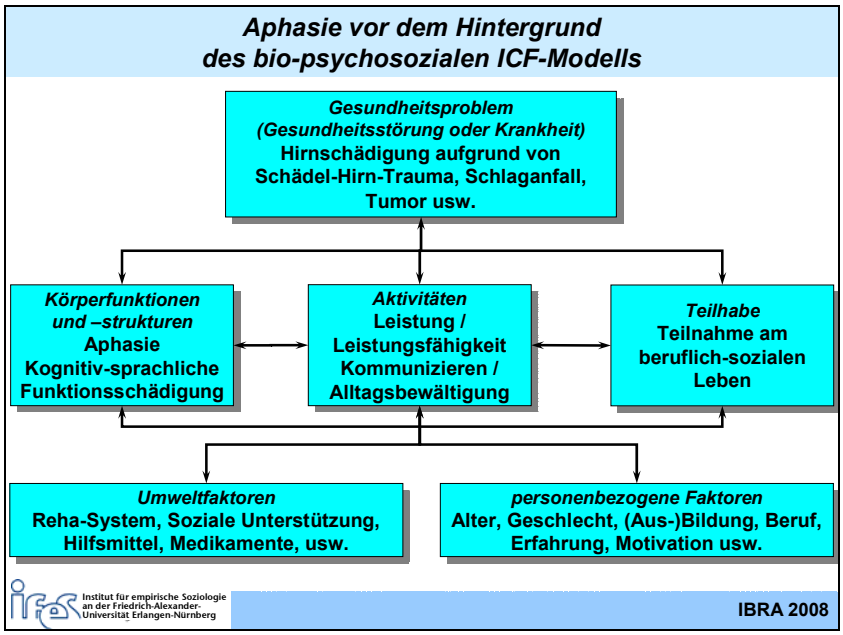


Abbildung 2

2.2 Möglichkeiten zur Eingliederung von Personen mit Aphasie in das Arbeitsleben

Nach dem für die neurologische Rehabilitation gültigen Phasenmodell[34] (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. So sollen

- bereits in Phase C erste Prognosen bezüglich der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erstellt,[35]
- in Phase D, d.h. in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. -rehabilitation oder ambulant[36]),
  - berufliche und arbeitsbezogene Anforderungen mit dem aktuellen Fähigkeitsprofil abgeglichen,
  - Störungen berufsrelevanter Fähigkeiten therapiert,
  - interne und externe Belastungserprobungen durchgeführt sowie

---

34 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

35 Vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1995: 14

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

- Beratungsleistungen und persönliche Hilfen erbracht[37]

➢ und in Phase E (in der Regel 3 bis 9 Monate nach dem Akutereignis) Maßnahmen im Zusammenhang mit einer beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden.[38]

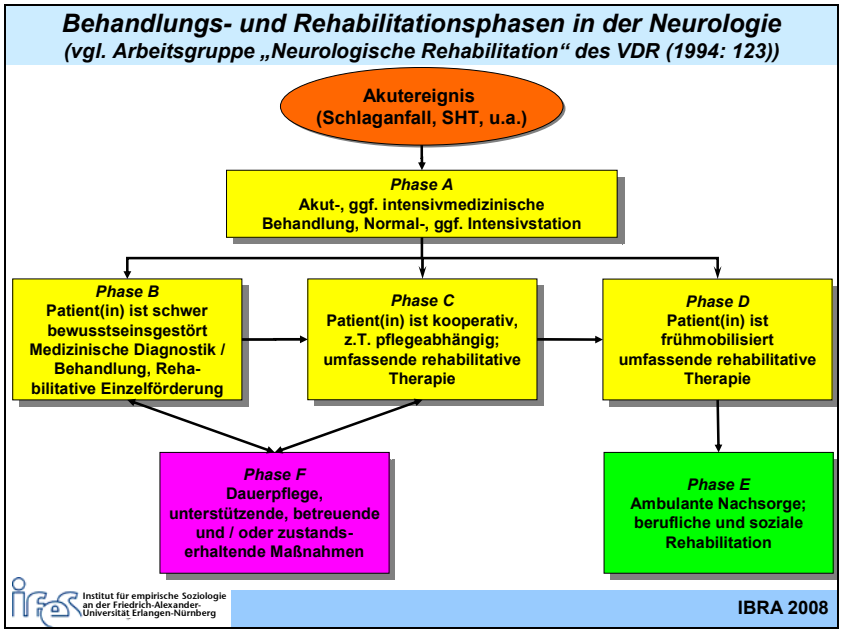


Abbildung 3

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.

2.2.1 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

[37] Vgl. *Gerwinn* 2000: 55; *Brandt / Bertram* 2007: 1462; *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2007a: 32 f

die Abklärung von beruflichen und sozialen Problemen sowie die Entwicklung und Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Klinikaufenthalt gehören.[39]

Speziell für Aphasiker wurden die bundesweit 18 durch den *Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. – Bundesverband Aphasie -*[40] 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. Rehabilitationskliniken). 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 Versorgungsstufen 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."[41]

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.[42]

---

38 Vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1998: 35

39 Vgl. *Neuderth / Vogel* 2000b: 9

40 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.

41 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.

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

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

2.2.2.1 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)[43] explizit medizinische Rehabilitationsleistungen darstellen, werden Fragen zur Teilhabe von Aphasiker(inne)n am Arbeitsleben eher selten thematisiert.[44] Erst in jüngerer Zeit richtet sich das Augenmerk in der stationären[45] und ambulanten[46] 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

---

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

44 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).
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.“*

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

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

Alters in der Tendenz pessimistisch eingeschätzt werden,[47] wobei dem möglicherweise durch eine eher defizitorientierte Betrachtungsweise Vorschub geleistet wird.[48] 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.[49] 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.[50] 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 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.[51]

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 Trainingsangebote[52] 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.[53]

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 Erpro-

---

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

48 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

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

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

51 Vgl. *Lutz* 1996: 189; 2004: 261

52 Siehe dazu: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2005

bung, 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,[54] 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.[55]

Es ist jedoch davon auszugehen, dass medizinisch-berufsorientierte Maßnahmen im neurologischen Bereich keineswegs flächendeckend vorgehalten werden.[56]

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.[57]

2.2.2.2 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.[58] 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

---

53 Siehe dazu auch: *Schönle / Schmollinger* 2005: 115

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

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

56 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.

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

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

- 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:[59]

- 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,
- 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.[60] 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.[61]

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

---

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

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

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

sind, um eine dauerhafte Reintegration, insbesondere auch von Personen mit Aphasie zu erreichen.[62] Der Ablauf wird folgendermaßen skizziert:[63]

- 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.

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 Adaption ➢ Therapeutische Erprobung geeigneter Maßnahmen ➢ Vorbereitung: Stufenweise Wiedereingliederung
Zielgruppe II: Berufliche Rehabilitation / allgemeiner Arbeitsmarkt	
Indikation	**Therapieinhalte**
➢ arbeitsunfähig / in Ausbildung / arbeitslos / berentet ➢ kein Arbeitplatz ➢ 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)

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

63 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.[64]

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.[65]

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.[66]

2.2.2.3 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.[67] 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 Ganztagesklinken) nach jeweils adaptierten Therapieplänen möglich.[68]

Insbesondere auf die Steuerung beruflicher Wiedereingliederungspotenziale ist das *neuropsychologische Case-Management* ausgerichtet, das verschiedentlich (auch unter anderen

64 Vgl. *Claros-Salinas* 2004: 40 ff

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

66 Vgl. *Claros-Salinas* 2005

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

68 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))

Bezeichnungen) in Kooperation mit neurologischen Gemeinschaftspraxen[69] angeboten wird.[70] Das Programm beruht auf der Erfahrung, dass bei vielen Rehabilitand(inn)en aufgrund des Weiterbestehens ihrer Beeinträchtigungen und einer noch zu leistenden Wiederanpassung 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.

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.[71]

Ähnlichkeiten mit dem Konzept von Übergangseinrichtungen weist *„REVERSY Rehabilitationszentrum für hirnverletzte Unfallopfer“* auf.[72] 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

---

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

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

71 Vgl. *Fröhlich / Poimann / Bieber* 2001: 317

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

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.[73]

2.2.3 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.[74] 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

[73] Vgl. *Masur et al*. 2007: 579; *Richter / Koch* 2001: 7

[74] Siehe dazu auch: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1998: 71

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.

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*[75] untergebracht, die für sie als völlig ungeeignetes Förder-Setting[76] angesehen werden müssen.

Zwar fanden sich in der Vergangenheit immer wieder Rehabilitand(inn)en mit Aphasie bzw. (zumindest leichten) neurologischen Erkrankungen in *Berufsbildungswerken*[77] und *Berufsförderungswerken*.[78] 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.

---

75 Vgl. *Lutz* 2004: 261

76 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)

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

2.2.3.1 Berufliche Erstausbildung

Berufliche Erstausbildung für behinderte Jugendliche mit besonderem Förderbedarf erfolgt in *Berufsbildungswerken*[79], 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.[80] Schon seinerzeit prüften die *Berufsbildungswerke*, inwieweit die Förderung von Personen mit Aphasie in ihren 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.[81] 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.[82] 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.[83]

Dieser Kanon von Maßnahmen zeigt deutlich das Erfordernis, sich um eine adressat(inn)engerechte Anpassung des Leistungsangebotes an die bestehenden Strukturen zu bemühen.[84] 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.

---

78 Siehe dazu: *Müller et al.* 2007

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

80 *Hofmann / Kaiser* 1989b: 2447ff.

81 *„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)

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

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

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

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.

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 aphasiebedingten 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 aphasiebedingten Ausfälle**
(Quelle: *Brattig* 1989a: 39)

Nach *Brattig* ist allerdings bei jugendlichen Aphasiker(inne)n davon auszugehen, dass der isolierte Ausfall der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit nur äußert 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.[85]

[85] Vgl. *Brattig* 1989a: 40

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.[86]

2.2.3.2 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 *BFW*en bisher vernachlässigt wurde, so dass wenig über die Prävalenz neuropsychologischer Defizite von Umschüler(inne)n bekannt ist,[87] konnte zumindest in einem *BFW* eine größere Zahl von Teilnehmer(inne)n mit derartigen Defiziten identifiziert werden.[88] 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.[89]

Seit Januar 2007 wird im *Berufsförderungswerk Heidelberg* das „Heidelberger Aphasie-Modell (HAM)“ umgesetzt. Außer den Informationsquellen, die das Internet bietet, liegen zu

---

86 Vgl. *Brattig* 1989a: 42

87 Vgl. *Müller et al.* 2007: 94

88 Vgl. *Müller et al*. 2007: 98 ff

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

diesem Konzept keine Informationen vor.[90] Allerdings erscheint die Vermutung nicht abwegig, dass das IBRA-Konzept dem Modell als Vorlage gedient hat.

2.2.3.3 Unterstützte Beschäftigung

Bei dem Konzept der unterstützten Beschäftigung (*supported employment*)[91] steht die Platzierung der Hirngeschädigten am alten oder neuen Arbeitsplatz im Mittelpunkt. Aufgrund der speziellen Probleme hirngeschädigter Patienten (z.B. geringer Transfer des Gelernten, rigides Verhalten, Leistungsschwankungen, verringerte Initiative) wurden besondere neuropsychologische Behandlungsprogramme für jene Personen entwickelt, die wieder zurück in den Beruf geführt werden sollten.[92] 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.[93]

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.[94]

---

90 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)

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

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

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

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

2.2.4 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,[95] betrachtet man die schier unüberschaubare Zahl von Veröffentlichungen aus In- und Ausland, die über die Rückkehr ins Arbeitsleben bzw. die Lebensqualität[96] 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.[97] 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.[98] Kritisiert werden etwa

- die mangelnde Vergleichbarkeit der Studien[99] im Hinblick auf

---

95 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

96 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

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

98 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; *Ownsworth / McKenna* 2004: 765 f

99 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

- Merkmale der einbezogenen Personen(gruppen),[100]
- 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,[101] 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,[102] 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. Rehabilitationsprogammen einbezogen werden.[103]

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 Grup-

---

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

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

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

103 Vgl. *Dawson / Chipman* 1995

pe jener Personen, bei denen Bemühungen um eine berufliche (Wieder-) Eingliederung von den Rehabilitationsträgern ökonomisch für sinnvoll angesehen werden, relativ klein.[104] 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) ablehnen[105]), 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.[106]

Vor diesem Hintergrund soll nunmehr anhand von einigen Studien versucht werden, erste Hinweise auf die Erfolgschancen von Teilhabeleistungen für Aphasiker(inne)n zu geben.[107]

2.4.1 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.[108]

---

104 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).

105 Vgl. *Parr* 2001: 275

106 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.

107 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.

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

Studie	Anzahl der einbezogenen Personen / Grunderkrankung	Follow-up-Zeitraum	Anteil der wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrten Personen
Alaszewski et al. 2007	31 Schlaganfall	18 Monate	58 % beschäftigt 42 % nicht beschäftigt
Hofgren et al. 2007	55 Schlaganfall	3 Jahre	15 % vollzeitbeschäftigt 5 % teilzeitbeschäftigt 80 % nicht beschäftigt
Leim / Lacher et al. 2007	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
Claros-Salinas 2006	73 Schlaganfall 16 Schädel-Hirn-Trauma 16 Hirntumor	Ø 8,5 Monate	55 % beschäftigt
Johnstone / Martin et al. 2006	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
Johnstone/ Reid-Arndt et al. 2006	78 Schädel-Hirn-Trauma	2 Monate bis 40 Jahre Ø 9,2 Jahre	16,7 % beschäftigt
Jorge et al. 2006	158 Schädel-Hirn-Trauma	12 Monate	70 % beschäftigt
Murphy et al. 2006	232 Traumatische / nicht-traumatische Hirnschädigung	7 Monate bis 35,5 Jahre	41 % beschäftigt 16 % ehrenamtlich tätig 15 % in Ausbildung 28 % krank / berentet
Ponsford et al. 2006	77 Schädel-Hirn-Trauma	2 Jahre	*Von allen Teilnehmer/-innen* 38 % beschäftigt 4 % in Ausbildung 56 % nicht beschäftigt *Von vorher beschäftigten Teilnehmer(inne)n* 49 % beschäftigt 4 % in Ausbildung 52 % nicht beschäftigt
Whitnall et al. 2006	475 Hirnschädigung	5 – 7 Jahre	56 % beschäftigt 33 % nicht beschäftigt 11 % nicht arbeitsfähig
Nybo 2005	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
Boake et al. 2005	210 Schädel-Hirn-Trauma	6 Monate	66 % beschäftigt
Kraus et al. 2005	235 mit/ohne Schädel-Hirn-Trauma	6 Monate	17,4 % mit SHT 24,6 % ohne SHT
Pössl / Kursawe 2005	8 Schädel-Hirn-Trauma 7 Schlaganfall 3 entzündliche Hirnerkrankung	Mind. 5 Jahre	47 % vollzeitbeschäftigt 20 % teilzeitbeschäftigt 33 % berentet 20 % nicht beschäftigt
Chamelian / Feinstein 2004	207 Schädel-Hirn-Trauma	6 Monate	53, 1 % beschäftigt
Dawson et al. 2004	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 et al. 2003	626 Schädel-Hirn-Trauma	ca. 16 Jahre	75,1 % beschäftigt
Kreutzer et al. 2003	186 Schädel-Hirn-Trauma	1 bis 4 Jahre	1. Jahr: 35 % 2. Jahr: 27 % 3. Jahr: 42 % 34 % stabil beschäftigt
Johnstone et al. 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
Cattelani et al. 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 et al. 2002	45 Schädel-Hirn-Trauma	2 - 25 Jahre Ø 10 Jahre	25 % vollzeitbeschäftigt 22 % teilzeitbeschäftigt 53 % unbeschäftigt
Wagner et al. 2002	105 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	72 % beschäftigt
Felmingham /Baguely / 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 et al. 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 % beschützt / unterstützt beschäftigt 27 % nicht beschäftigt
Pössl et al. 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 et al. 2000	114 Schädel-Hirn-Trauma	1 Jahr	62 % beschäftigt 27 % beschützt / unterstützt beschäftigt 11 % nicht beschäftigt
O'Connell 2000	43 Schädel-Hirn-Trauma	9,5 Monate	42 % beschäftigt
Paniak et al. 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 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 es in erster Linie Faktoren sind wie

- Schweregrad der Hirnschädigung,
- Alter,
- neuropsychologische Defizite,
- prämorbider (Aus-)Bildungsgrad und
- Art der prämorbiden Berufstätigkeit,

die die berufliche Wiedereingliederung entscheidend bestimmen. Darüber hinaus sind Begleiterkrankungen bzw. -behinderungen[109] ebenso von Bedeutung wie die Teilnahme an Berufsförderungsmaßnahmen.[110] Allerdings sind die Befunde widersprüchlich. So finden sich nicht in jeder Untersuchung zum beruflichen Rehabilitationserfolg Nachweise, dass die genannten Merkmale als entscheidende Prognosefaktoren gelten können. Zudem macht insbesondere die Übersichtsarbeit von *Scollon* (2000) deutlich, dass sich praktisch zu jedem Merkmal Untersuchungsergebnisse finden lassen, die nachweisen, dass es in signifikant negativem oder positivem oder aber in keinem Zusammenhang zur beruflichen Wiedereingliederung von Hirngeschädigten steht.[111]

Dies dürfte u.a. auf theoretische Vorannahmen, Untersuchungsdesigns und Operationalisierungen 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.[112]

---

109 Siehe dazu: *Johnstone et al*. 2006

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

111 Vgl. *Scollon* 2000: 4 ff

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

Quelle	Anzahl der Studien	Art der Grund-Erkrankung	Signifikante (negative) Risikofaktoren									
			Alter	Geschlecht	Schweregrad der Grunderkrankung	(Neuro-) Psychologische Faktoren	Vorbildung	Prämorb. Sozioökonomischer Status	Dauer d. berufl. Ausgliederung	Frühere man. / nichtmanuelle Arbeit	Rechtliche Ansprüche	Alkohol / Drogenabsusus
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	prämorbider Alkohol- / Drogenabsusus
Sherer / Madison / Hannay 2000	12	Schädel-Hirn-Trauma	ja	k.A.	ja	ja	ja	k.A.	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.	ja	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**

Über individuelle Merkmale hinaus wurden in jüngeren Untersuchungen folgende Faktoren identifiziert, die einer Rückkehr einer hirngeschädigten Person (hier: Schlaganfallopfer) im Wege stehen können:[113]

- 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.)

2.2.4.2 Zur beruflichen Eingliederung aphasischer Rehabilitand(inn)en

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

[113] Vgl. *Lock et al*. 2005:38 ff

Studie	Anzahl der Teilnehmer / -innen	Zugrunde liegende Gesundheits-störung	Art der Einrichtung	Art der Maßnahme	Follow-up-Zeitraum	Maßnahmeerfolg	
						nach Maßnahme	längerfristig
Hofgren et al. 2007	25	Schlaganfall	Rehabilitations-klinik	Stationäre Schlaganfall-therapie	1 bis 3 Jahre	Nach 1 Jahr 1 Person teilzeit-tätig (4 %)	Nach 3 Jahren 2 Personen teilzeittätig (8%)
Leim / Greitemann et al. 2007	110	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik (Phase II)	Stationäre neurologische Rehabilitation	12 Monate		20,9 % berufstätig
Claros-Salinas / Greitemann 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 erwerbs-tätig 8 Personen nicht erwerbstätig
Wehking / Harwardt / Lange 2004	20	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik	Stationäre Aphasie-Heilbehandlung	2 bis 5 Jahre		16 Personen voll berufstätig 2 Personen zeitweilig tätig 2 Personen nicht tätig
Caporali / Basso 2003	52	Schlaganfall	Aphasia Unit	Stationäre Aphasie-Heilbehandlung	Ø 5 Jahre	73 % beschäftigt 21 % berentet 6 % Hausfrau	Von 38 zunächst Be-schäftigten: 24 % beschäftigt 34 % altersberentet 42 % erwerbsunfähig
Hinckley 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 teilzeit-beschäftigt 2 Personen vollzeit-beschäftigt 7 Personen nicht be-schäftigt / 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 Gesundheits-störung	Art der Einrichtung	Art der Maßnahme	Follow-up-Zeitraum	Maßnahmeerfolg	
						nach Maßnahme	längerfristig
Hilari / Wiggins / Roy 2003	83	Schlaganfall	Ambulante Sprachtherapie-Anbieter	Ambulante Sprach-therapie	1 bis21 Jahre Ø 3,5 Jahre	37,3 % schon vorher berentet	56,6 % nicht tätig 3,6 % geringfügig tätig 2,4 % Studenten
Garcia / Barrette / Laroche 2000	14	Keine Angabe	Aphasie-Zentrum	audiologisches und sprachthera-peutisches Pro-gramm	1 bis 10 Jahre	10 Personen vollbe-schäftigt 1 Person teilzeitbe-schäftigt 3 Personen Haus-frau	5 Personen beschäftigt 5 Personen nicht be-schäftigt 4 Personen berentet
Hinckley 1998	31	87 % Schlaganfall 10 % SHT 3 % Neoplasma	Ambulante Klinik	neurologische Rehabilitation	11 bis 108 Monate Ø 46 Monate		26 % beschäftigt
Gil et al. 1996	39	Schädel-Hirn-Trauma	Rehabilitations-klinik	neurologische Rehabilitation	Keine Angabe		84 % wieder beschäftigt
Saeki et al. 1993	53	Schlaganfall	Rehabilitations-klinik	neurologische Rehabilitation	8 – 77 Monate Ø 43 Monate		36 % beschäftigt
Black-Schaffer / Osberg 1990	34	Schlaganfall	Reha-Klinik	Berufsorientierte stationäre Reha	6 bis 25 Monate		26 % beschäftigt
Hofmann Stocker 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 Berufsvorberei-tung 25 % in Schul- / Berufs-ausbildung 23 % erwerbstätig 27 % WfB / keine versi-cherungspflichtige Tätigkeit 8 % arbeitslos
Hatfield / Zangwill 1975	4	Schlaganfall	Neurologische Fachklinik	sprachtherapeuti-sches Programm	Keine Angabe	3 Personen be-schäftigt 1 Person be-schützt beschäf-tigt	

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.

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.[114] In einigen Untersuchungen war kein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Aphasie und der Rückkehr ins Arbeitsleben festzustellen.[115]

Entsprechendes gilt für Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von Kommunikationsstörungen (unter die im Allgemeinen Aphasien, jedoch auch weitere Störungen subsumiert werden[116]) 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.[117]

Über persönliche Merkmale und Eigenschaften der von Aphasie Betroffenen hinaus ist eine Reihe von Hindernissen[118] 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),
- Arbeitmitteln (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),

---

114 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;

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

116 Vgl. *Garcia / Laroche / Barrette* 2002: 197

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

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

- 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.[119]

Als Quintessenz der Erfolgsbedingungen beruflicher Wiedereingliederung formulierte *Johnson* acht Leitsätze zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit schwerer Schädel-Hirn-Verletzung,[120] die sich durchaus auch auf Personen mit Aphasie anwenden lassen:

1. Eine Rückkehr ins Arbeitsleben sollte zwischen 6 und 18 Monaten nach Eintritt der Schädigung erfolgen.
2. Sie sollte beim früheren Arbeitgeber oder in einer vertrauen 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 3 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 2 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.

---

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

120 Vgl. *Johnson* 1998: 77

3 IBRA als integrierte Teilhabeleistung für Aphasiker(innen)

3.1 Intention und Grundkonzeption

Ausgehend von der in *Abschnitt 1* skizzierten Problemstellung entwickelten die Projektträger, das *Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH* und die *Kiliani Klinik Bad Windsheim, Klinik für Orthopädie, Neurologie und onkologische Rehabilitation,* mit dem Modellprojekt "Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)" ein innovatives Konzept für aphasiker(innen)-spezifische Teilhabeleistungen, dem die in *Abbildung 4* enumerierten Kernpunkte zugrunde liegen.

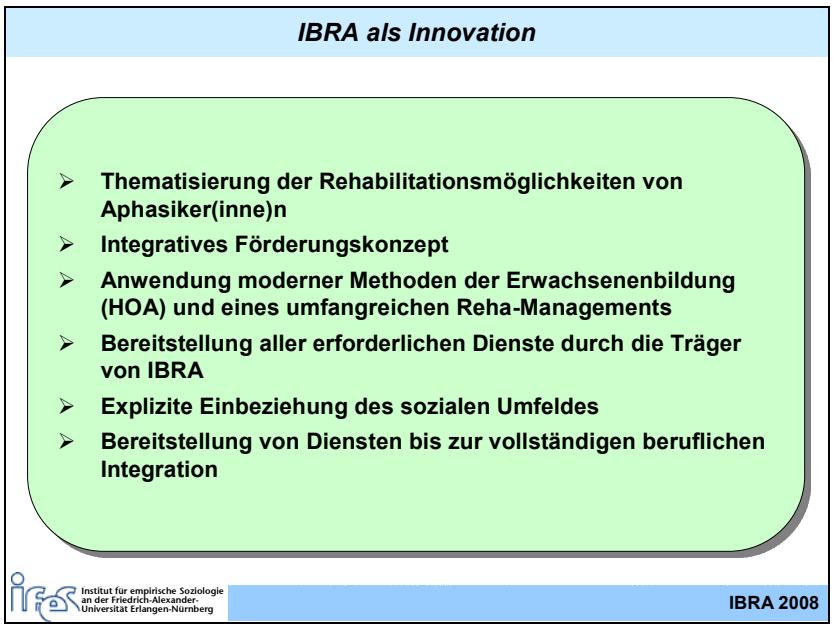


Abbildung 4

Das IBRA-Angebot ist integrativ konzipiert. Ausgehend von den für die Rehabilitation gültigen handlungsleitenden Prinzipien „Normalisierung“ und „Individualisierung“[121] wird die Forderung nach möglichst humanen, wenig einschränkenden, integrativen Bildungsbedingungen gestellt, um so Stigmatisierungen und Inkompetenzen zu verringern oder sogar zu beheben. Dazu gehört auch, dass die Gruppe der *BFW*-Teilnehmer(innen) (die in ihrer Gesamtheit ebenso wenig homogen zusammengesetzt ist wie einzelnen Gruppen von Personen mit speziellen Behinderungen, z.B. Aphasiker(inne)n) in die Lage versetzt werden, Verschiedenheit wahrzunehmen, anzuerkennen und zu lernen, partnerschaftlich mit jenen umzugehen, die

[121] Siehe dazu etwa *Faßmann* 2002: 1 ff

von der (eigenen) Leistungsnorm abweichen.[122] Aus diesen Gründen wird versucht, die Rehabilitand(inn)en so weit wie möglich mittels bestehender Angebote in behinderungsheterogen zusammengesetzten Ausbildungsgruppen zu fördern und zu qualifizieren. Auch Nicht-Aphasiker(innen) können dann lernen, sich in ihrem Kommunikationsverhalten und in ihrer Kommunikationsgeschwindigkeit auf die in ihrer Sprache gestörten Betroffenen einzustellen. Im Unterschied zu anderen Behinderungsarten ist jedoch bei Aphasikern das Erscheinungsbild stärker differenziert, sowohl was die konkrete Art der Sprachbehinderung und deren Restitution angeht, als auch die oftmals zusätzlich auftretenden Beeinträchtigungen. Deshalb sind immer spezielle, auf den Einzelfall abgestimmte Hilfen erforderlich, so dass es sich trotz des integrativen Charakters immer um eine auf die individuellen Besonderheiten abgestimmte Maßnahme handelt.[123] Darüber hinaus ist für IBRA kennzeichnend, dass

- abgestellt wird auf die besonderen Bedarfslagen der Adressat(inn)engruppen und ihres sozialen Umfeldes,
- moderne Fördermethoden (Handlungsorientierte Ausbildung (HOA), Case Management, Reha-Management) angewendet werden,
- die erforderlichen Dienstleistungen über den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung hinaus bis zur vollständigen beruflichen Integration angeboten werden.

Aufgrund der individuellen Eigenheit und Komplexität jeder Aphasie erfordert die Rehabilitation der Betroffenen in besonderem Maße einen *individuumzentrierten Ansatz*. Durch die Bildung von Reha-Teams, die Erstellung und Fortschreibung von Förder- und Integrationsplänen sowie durch die handlungsorientierte Ausbildungskonzeption im Rahmen eines *Berufsförderungswerkes* wird dies verwirklicht. Die Voraussetzungen für die Rehabilitation von Aphasiker(inne)n sind hier insofern grundsätzlich günstig. Allerdings sind Ausgestaltung und Durchführung der beruflichen Rehabilitation in derartigen Einrichtungen vornehmlich auf Personen ausgerichtet, die im sprachlichen und kommunikativen Bereich im Allgemeinen nicht wesentlich behindert und somit in der Lage sind, in vollem Umfang der Ausbildung zu folgen und zu artikulieren. Insofern müssen Ausgestaltung und Durchführung der beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n konzeptionell *inhaltlich* und *zeitlich ergänzt werden.*[124]

- *Inhaltlich* muss berücksichtigt werden, dass sich medizinische und berufliche Rehabilitation wechselseitig bedingen. Für die berufliche Wiedereingliederung der Betroffenen ist es wesentlich, wieder zum Kommunizieren befähigt zu werden. Die Reorganisation der Sprachkompetenz ist ein lang andauernder Prozess, in dem Fortschritte

122 Vgl. *Faßmann et al.* 2004*:* 67 f

123 *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 22 f

124 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 7 f

nicht nur mittelfristig, sondern unter Umständen noch nach Jahren möglich sind. Die Fortführung aphasiespezifischer medizinisch-therapeutischer Maßnahmen ist deshalb Voraussetzung für das Gelingen der beruflichen Rehabilitation. Zugleich wird durch die Notwendigkeit zur Kommunikation im Ausbildungsalltag eine Festigung und Konsolidierung der Therapieerfolge als Voraussetzung für weitere Erfolge bei der Wiedererlangung der sprachlichen Fähigkeiten erreicht.

- Die Rehabilitation von Personen mit Aphasie erfordert einen *höheren Zeitansatz:* Die Reorganisation von Hirnstrukturen bzw. die funktionelle Wiederherstellung vollzieht sich langsam, die begleitenden therapeutischen Maßnahmen und sonderpädagogischen Hilfen sind zeitaufwendig. Allerdings sind diese für die Betroffenen mit großer Kraftanstrengung verbunden, die ihre Konzentrations- und Leistungsfähigkeit beeinflussen kann. Neben den begleitenden therapeutischen Maßnahmen sind daher Ruhe- und Erholungsphasen während der Berufsförderung zu berücksichtigen.

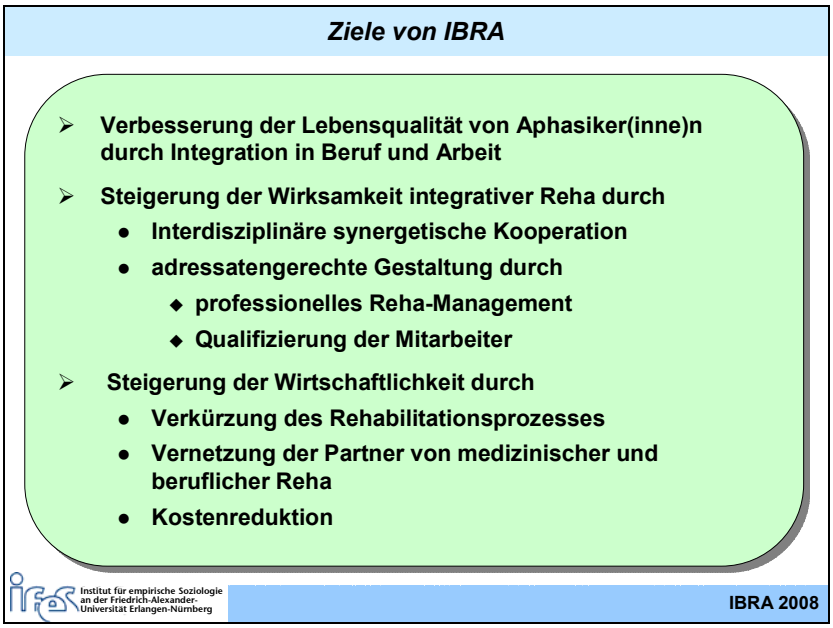


Abbildung 5

Mit der Modellmaßnahme IBRA werden durchaus auch wirtschaftliche Ziele verfolgt. Dass dem Effizienzanspruch von Berufsförderungsmaßnahmen nicht nur im Allgemeinen,[125] son-

[125] So konnte etwa *Konle-Seidl* (2005: 35 ff) auf Grundlage einer Meta-Analyse aktueller nationaler und internationaler Evaluationsstudien belegen, dass Qualifizierungsprogramme zwar einen negativen Anfangseffekt (*Lock-in*-Effekt) auf die Beschäftigungsraten von Teilnehmer(innen) haben. Mittel- bis langfristig zeigen aber sowohl kurzfristige als auch langfristige Weiterbildungsprogramme einen positiven Brutto- als auch Nettoeffekt. Langfristige Qualifizierungsprogramme (Umschulungen mit zertifiziertem Abschluss) erhöhen das Humankapital und damit die langfristige Beschäftigungsrate der Teilnehmer(innen). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen *Bernhardt et al.* (2008: 28 ff).

dern auch im neurologischen Bereich[126] empirische Evidenz beigemessen werden kann, wurde bereits verschiedentlich durch Studien belegt. Die vorliegende Untersuchung konnte allerdings Fragen zur ökonomischen Relevanz der im IBRA-Konzept postulierten[127]

- Vernetzung der Projektpartner und der sich daraus ergebenden Synergieeffekte (Vermeidung von Unterbrechung, Wartezeiten, Leerlauf im Rehabilitationsprozess),
- der dadurch bewirkten Verkürzung des Gesamtprozesses der Rehabilitation sowie
- des angestrebten volkswirtschaftlichen Nutzens (Einsparung von Transferleistungen, Einnahme von Versicherungsbeiträgen, Steuern und Abgaben)

nicht im Einzelnen nachgehen, da dazu ein Kontrollgruppen-Design und eine größere Teilnehmer(innen)gesamtheit erforderlich gewesen wären.[128] Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in der Vergangenheit adäquate berufliche Teilhabeleistungen für Aphasiker(innen) fehlten und diese deshalb in der Regel vorzeitig berentet werden mussten, ist jedoch jede gelungene beitragspflichtige (Re-)Integration in das Arbeitsleben als ökonomischer Erfolg zu werten., da dann aus Empfänger(inne)n von Transferleistungen (wieder) Beitrags- und Steuerzahler sowie letzten Endes auch Konsument(inn)en werden.

3.2 Ablauf und Durchführung von IBRA

Aus den *Abbildungen 6* und *7* gehen Ablauf und Durchführung der Aktivitäten, für die das *Berufsförderungswerk Nürnberg* im Rahmen von IBRA als Kompetenzzentrum federführend wirkte, schematisch hervor: Nach dem eingehenden Assessment werden die vorgesehenen Berufsförderungsmaßnahmen durchgeführt, die dann in die Integration in den Arbeitsmarkt einmünden. Die Aktivitäten werden durchgehend begleitet durch die erforderlichen zielgruppenspezifischen Hilfen, das Reha- und das Case-Management sowie die Möglichkeit der Rehabilitand(inn)en, an Veranstaltungen der Aphasiker(innen)gruppe teilzunehmen.

126 Im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation von hirngeschädigten Personen konnten derartige Nachweise z.B. erbracht werden von: *Abrams et al.* 1993 (zit. nach *Turner-Stokes* 2004: 11).

127 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 15 f

128 Ethische Argumente gegen ein solches Kontrollgruppendesign bei Hirngeschädigten finden sich bei *Prigantano* 1997 und *Knab* 2000: 138; siehe dazu auch: *Tews / Schreiber / Schott*: 2003: 38

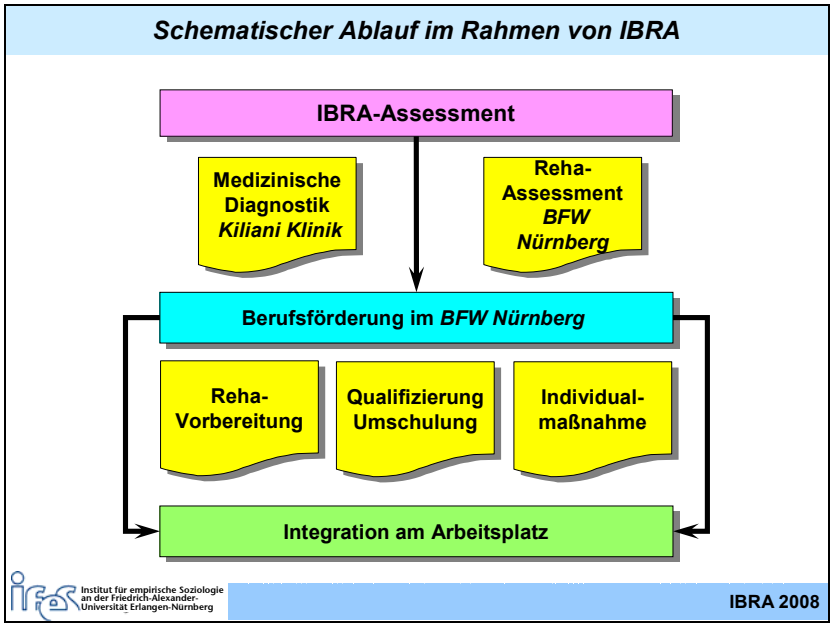


Abbildung 6

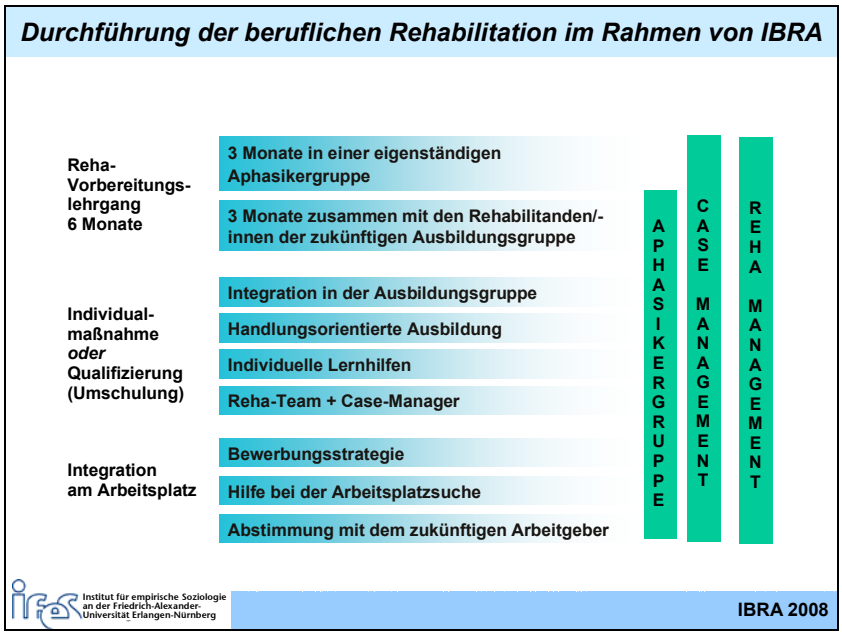


Abbildung 7[129]

3.2.1 IBRA-Assessment

Im Rahmen des IBRA-Assessments, das in der Regel etwa 4 Wochen beansprucht, erfolgen die medizinische und die berufliche Abklärung dahingehend, inwieweit die betreffende Per-

129 Quelle: *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005b

son für das Berufsförderungsprogramm geeignet ist und welche Fördermaßnahmen im Einzelnen erforderlich sind.

3.2.1.1 Medizinisches Reha-Assessment und Möglichkeit zur intermittierenden Behandlung in der Rehabilitationsklinik

Das medizinische Reha-Assessment umfasst im Allgemeinen eine etwa dreitägige stationär[130] durchgeführte Diagnostikeinheit, die in einer dem *Berufsförderungswerk* möglichst nahe gelegenen neurologischen Fachklinik durchgeführt wird. Im Rahmen des Modellprojekts IBRA war dies der Projektpartner des *BFW Nürnberg*, die *Kiliani Klinik Bad Windsheim*. Ziel ist die Erstellung eines individuellen Leistungsprofils, in das medizinisch-therapeutische (z.B. neuropsychologische, logopädische, psychologische usw.) sowie arbeits- und ausbildungsrelevante Erkenntnisse einfließen. Dabei geht es um ein leistungsprofilbezogenes Training individueller Kompetenzen (Lern- und Konzentrationsfähigkeit sowie der Gedächtnisleistung) und die Entwicklung von Kompensationsstrategien. Im Anschluss daran erfolgt eine erneute Beurteilung mit Bezug zum Erstassessment.[131] So weit die Rehabilitand(inn)en bereits über aussagekräftige Unterlagen aus anderen Einrichtungen verfügen, kann ggf. auf das medizinische Assessment verzichtet werden.

Für den Fall, dass eine medizinische Reha-Behandlung für den Erfolg der Berufsförderung notwendig erachtet wird, kann diese – die Zustimmung der Betroffenen[132] und des Rehabilitationsträgers vorausgesetzt – stationär mit logopädischem und neuropsychologischem Schwerpunkt in der neurologischen Fachklinik durchgeführt werden, in der die Betroffenen bereits bekannt sind, so dass erneute Untersuchungen weitgehend entfallen können. Auch dies trägt zur Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation von Aphasiker(inne)n bei.

3.2.1.2 RehaAssessment® der *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke*

RehaAssessment® ist ein von der *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke* entwickeltes, bundesweit nach einheitlichem Standard angebotenes Beurteilungssystem auf

130 Rehabilitand(inn)en, die kliniknah wohnen, können selbstverständlich ambulant teilnehmen.

131 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 19 f

132 Im Rahmen des Modellprojekts zeigte sich, dass einige Rehabilitand(inn)en nicht mehr bereit waren, erneut eine Fachklinik aufzusuchen, da bereits lange stationäre Aufenthalte hinter ihnen lagen.

modularer Basis. Dabei geht es um die umfassende Klärung des Fähigkeitspotenzials von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf die Anforderungen eines konkreten oder eines perspektivisch angestrebten Arbeitsplatzes bzw. eines Spektrums von Fähigkeiten einer Berufsrichtung. Durch den Vergleich wird der Rehabilitationsbedarf erfasst und das Rehabilitationspotenzial beschrieben. Die dabei eingesetzten Instrumente ergeben sich aus der Fragestellung und dem Umfang des Klärungsbedarfs. Auf dieser Grundlage wird ein Rehabilitationsplan entwickelt und eine Erfolgsprognose erstellt. Ziel ist die passgenaue Verknüpfung von persönlichen Neigungen und vorhandenen Fähigkeiten mit den Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes bzw. eines perspektivisch angestrebten neuen Berufs.[133] Das grundsätzliche Vorgehen beim RehaAssessment® ergibt sich aus *Abbildung 8*:

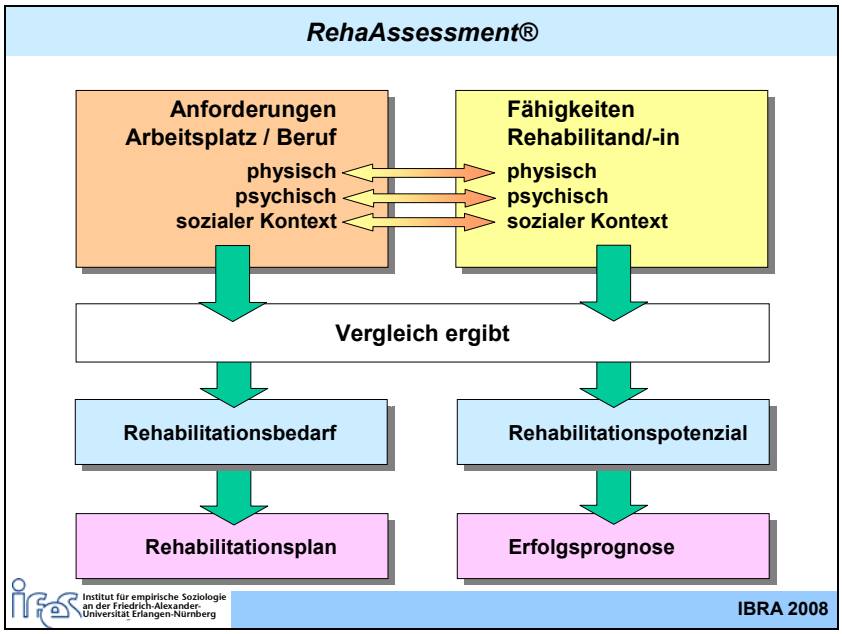


Abbildung 8[134]

Im Rahmen von IBRA erfolgt die Abklärung des beruflichen Leistungsbildes auf der Grundlage des Konzepts „Abklärung der beruflichen Eignung für psychisch Kranke oder neurologisch Vorerkrankte (ABE-P/N)“ unter besonderer Berücksichtigung der aphasiespezifischen Einschränkungen. Ziele und Inhalte ergeben sich aus *Übersicht 6*.

133 Vgl. *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke* 2002: 2; *BFW Nürnberg* o.J.a. Grundsätzliche Ausführungen zum Konzept des RehaAssessments® finden sich bei *van de Sand* 2001.

134 Erstellt nach: *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke* 2002: 3

Zielgruppe:	Vorwiegend psychisch oder neurologisch vorerkrankte Rehabilitanden(innen), die sich im Beratungsprozess bei einem Rehabilitationsträger befinden
Zielsetzung:	Abklärung von Eignung und Neigung sowie Entwicklung und Festigung von beruflichen Perspektiven
Dauer:	4 Wochen
Inhalte:	
Sozialpsychiatrische Anamnese	Umfassende Anamnese des Krankheitsverlaufs sowie der beruflichen und persönlichen Entwicklung bei psychiatrisch-neurologischer Vorerkrankung
Ermittlung von Sozialkompetenz und Belastbarkeit	Einschätzung der psychosozialen Belastbarkeit für Ausbildung und späteres Berufsleben, Erfassung von Förderbedarf und Entwicklungsmöglichkeiten (in Gruppen- und Einzelarbeit)
Reha-Information	Hinweise zur Lebenssituation während der beruflichen Reha-Maßnahme (z.B. Übergangsgeld), Vorstellung der unterschiedlichen Maßnahmeformen (betrieblich, betrieblich-gestützt, stationär) und Maßnahmetypen (Integrationsmaßnahme, Vollausbildung)
Individuelle, themenspezifische Beratung	An der Fragestellung orientierte - bei Bedarf vernetzte - soziale, psychologische, medizinische, berufspädagogische Beratung unter Berücksichtigung der biographischen Entwicklung und persönlicher Ziele
Gestufter Belastungsaufbau, Testtraining	Gestufte Hinführung zu Leistungsanforderungen: Heranführung an die Testsituation, Wiederholung von Prüfungsaufgaben, bei Bedarf Ermöglichung von Ruhepausen, individuell angepasste Testdurchführung bei neurologischer Behinderung
Berufskundliche Information	Darstellung von Ausbildungsgängen und spezifischen Tätigkeiten durch Filme, Vorträge, Broschüren und Praxiserfahrung (gestuftes Vorgehen: Überblicks-Info, Detail-Info, Beantwortung individueller Fragen)
Berufliche Orientierungshilfen (mehrtägig)	Klärung der persönlichen Neigung durch berufskundliche Hospitation in Ausbildungsabteilungen des *BFW Nürnberg* oder durch Kurzpraktika in Betrieben
Arbeitsmedizin II	Überprüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Ergospirometrie, Laboruntersuchung) und Erstellung eines Leistungsbildes über die gesundheitliche Eignung für einzelne Berufe und Tätigkeiten
Arbeitspsychologie II	Ermittlung des kognitiven Leistungsbildes (Intelligenz-Struktur-Test, spez. Begabungstests), der intellektuellen Stützfunktionen (Konzentrationstest, Gedächtnisprüfung), der beruflichen Interessen und der schulischen Voraussetzungen und Entwicklungsmöglichkeiten, psychologische Exploration
Fachärztliche Konsiliar-untersuchung (Psychiatrie / Neurologie)	fachärztliche Zusatzbegutachtung bei besonderer Fragestellung (z. B. auf augenärztlichem oder neurologischem Fachgebiet); Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten und Fachkliniken (erfolgt im Rahmen von IBRA in Form des medizinischen Assessments in der *Kiliani Klinik Bad Windsheim*)
Berufsfachliche Arbeits-proben	Feststellung von praktischer Eignung und Neigung sowie der berufsbezogenen Sozialkompetenzen durch Bearbeitung von einfachen berufsfachlichen Aufgaben (z. B. CAD-Zeichnen, Rechnungskontrolle etc.), dabei Beantwortung etwaiger arbeitsmedizinischer Fragestellungen
Lerntraining mit Erfolgskontrolle	Methodisch aufbereitete Gruppenunterweisung mit Selbstlern-Elementen im Fach Mathematik (zeitlich verteilt auf die Maßnahme mit abschließender Erfolgskontrolle)
Förderung von Krankheitseinsicht / Behinderungsverarbeitung	Beratung und Unterstützung des Betroffenen und ggf. der Angehörigen zur bestmöglichen Integration der Behinderung in das Selbstkonzept, Information über Krankheitsverlauf, Förderung der Compliance
Rehabilitationsbedarfs- und Erfolgsprognose	Aussage zum erreichbaren Eingliederungsniveau, Prognose über die voraussichtliche Bewährung in einzelnen Berufen, Beurteilung der Notwendigkeit vorbereitender Maßnahmen, Empfehlung zur Maßnahmedurchführung

Übersicht 6: **Erweiterte Abklärung der beruflichen Eignung für spezielle Zielgruppen ABE-P/N im *Berufsförderungswerk Nürnberg*** *(Quelle: BFW Nürnberg o.J.)*

Dabei fließen die im Rahmen des medizinischen Assessments in der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* erarbeiteten Informationen in das RehaAssessment® ein. Am Ende dieses Abschnitts steht die Abschlussberatung. Hier werden den Teilnehmer(inne)n alle Ergebnisse im Einzelnen mitgeteilt; es wird erörtert, welche konkreten Eingliederungsziele erreichbar sind. Der Reha-Träger erhält hierüber für seine weiteren Entscheidungen einen ausführlichen Abschlussbericht.[135]

3.2.2 Reha-Vorbereitung

Die Reha-Vorbereitungs-Lehrgänge (RVL) dienen der Ausbildungsvorbereitung und sollen den Rehabilitand(inn)en den (Wieder-)Einstieg in die Ausbildung erleichtern, indem sie das entsprechende Eingangsniveau erreichen und anschließend die Berufsausbildung erfolgreich absolvieren können. In dieser Phase werden die grundlegenden Fach-, Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen erworben, Grundkenntnisse aufgefrischt und unterschiedliche Lerntechniken vermittelt.

Die Reha-Vorbereitung der Aphasiker(innen) dauert im Allgemeinen sechs Monate und somit deutlich länger als die auf drei bis vier Monate angelegte Reha-Vorbereitung der übrigen *BFW*-Teilnehmer(innen).[136] Sie gliedert sich in einen ersten dreimonatig angelegten Teil, an dem ausschließlich Aphasiker(innen) teilnehmen, und einen zweiten ebenfalls dreimonatigen Teil, den die Aphasiker(innen) gemeinsam mit den Rehabilitand(inn)en der zukünftigen Ausbildungsgruppe absolvieren. Die Schwerpunkte der Reha-Vorbereitung sind

- Verbesserung der mündlichen und schriftlichen Kommunikation,
- individuelle Sprachförderung,
- Konzentrations- und Gedächtnistraining,
- Umgang mit Zahlen / Rechnen,

Förderung der Persönlichkeit-, Sozial- und Methodenkompetenz.

Dabei steigen die Anforderungen an die Teilnehmer(innen) sukzessive, um so Belastbarkeit und Ausdauer zu trainieren. *Abbildung 9* zeigt beispielhaft einen Wochenplan einer Ausbildungsgruppe im aphasiker(innen)-spezifischen Rehabilitationsvorbereitungs-Lehrgang I, der stets von den Rehabilitand(inn)en selbst entworfen wird.

---

135 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 19 f

136 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* o.J.b; 2004c

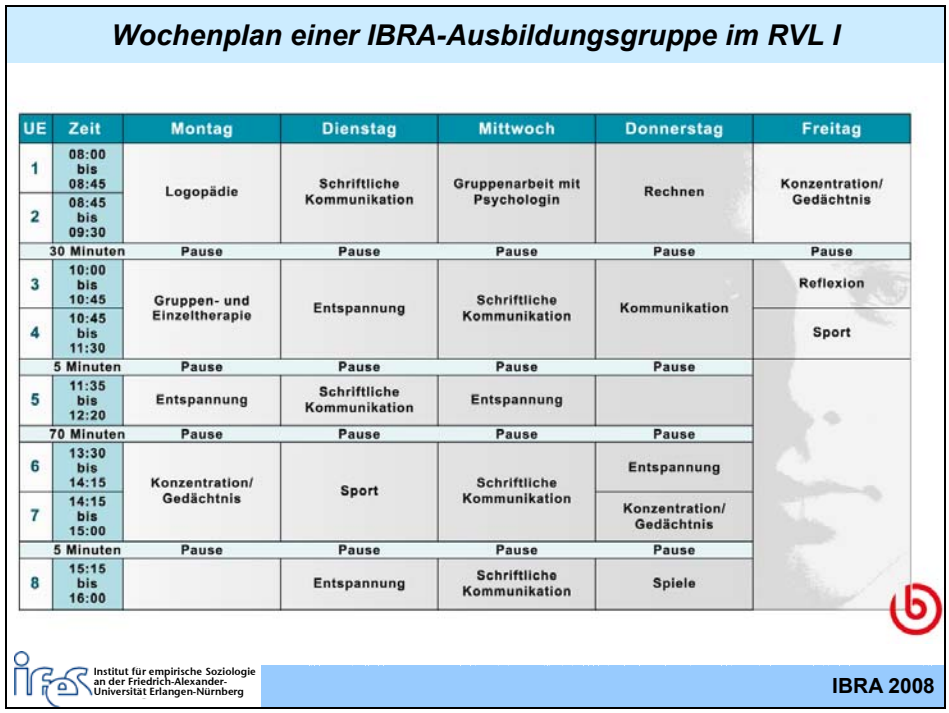


Abbildung 9[137]

Bei Eignung erfolgt nach drei Monaten eine Integration in die berufsspezifischen Reha-Vorbereitungslehrgänge mit individuellen Wochenplänen. Während der gesamten Maßnahme erfolgt eine sprachtherapeutische, logopädische oder neuropsychologische Betreuung unter Federführung der Rehabilitationsklinik. Das *Berufsförderungswerk* arbeitet hier mit niedergelassenen Praxen zusammen.[138]

3.2.3 Qualifizierungsphase

3.2.3.1 Vollqualifizierungen

Im Rahmen der Qualifizierungsphase werden *Vollqualifizierungen* (Umschulungen) und *Individualmaßnahmen* durchgeführt und von den Aphasiker(inn)en gemeinsam mit anderen Rehabilitand(inn)en durchlaufen.[139] Sind die Teilnehmer(innen) dazu geeignet - wobei oftmals neben der Ausprägung der (Rest-)Aphasie (z.B. im Hinblick auf die Gedächtnis-, Rechenstö-

137 Quelle: *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005b

138 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg / Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 21

139 *Berufsförderungswerk Nürnberg / Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 22 f

rungen, die Fähigkeit zur anspruchsvolleren Kommunikation[140]), andere Einschränkungen (z.B. Epilepsie, nicht schwer tragen, lange stehen können usw.) gegen einen bestimmten Ausbildungsgang sprechen können -, so absolvieren sie eine *Vollqualifizierung in einem anerkannten Ausbildungsberuf*, die sich nach den einschlägigen Berufsbildern und Rechtsnormen des Berufsbildungsrechtes richtet.

Wirtschaft und Verwaltung
➢ Bürokaufmann/-frau ➢ Bürokaufmann/-frau in Teilpräsenz ➢ Industriekaufmann/-frau ➢ Kaufmann/-frau für Bürokommunikation ➢ Verwaltungsfachangestellte/r ➢ Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen ➢ Kaufmann/-frau im Groß- und Außenhandel ➢ Hotelfachmann/-frau ➢ Hotelfachmann/-frau als Erstausbildung
Informations- und Telekommunikationstechnik / Elektrotechnik
➢ Elektroniker(in) Geräte und Systeme ➢ Mechatroniker(in) ➢ Systeminformatiker(in) ➢ Informationselektroniker(in) Bürosystemtechnik (Handwerksberuf) ➢ IT-System-Kaufmann/-frau ➢ IT-System-Elektroniker(in) ➢ Informatikkaufmann/-frau
Zeichnerische Berufe
➢ Bauzeichner(in) - Schwerpunkt Architektur ➢ Technische/-r Zeichner(in) - Fachrichtung Maschinen- und Anlagentechnik ➢ Technische/-r Produktdesigner(in)
Metall / Service
➢ Fertigungsmechaniker(in) ➢ Industriemechaniker(in) ➢ Werkzeugmechaniker(in) ➢ Zerspanungsmechaniker(in)
Umwelttechnik
➢ Fachkraft für Abwassertechnik
Gärtnerische Berufe
➢ Gärtner(in) - Fachrichtung Garten und Landschaftsbau ➢ Gärtner(in) - Fachrichtung Zierpflanzenbau
Gesundheits- und Sozialwesen
➢ Sozialberater(in) in der Altenhilfe - Schwerpunkt Demenzerkrankungen

Übersicht 7: **Auswahl aus dem Spektrum der im *BFW Nürnberg* angebotenen 24-monatigen vollqualifizierenden Ausbildungsgänge**[141]

[140] Während etwa in kaufmännischen und zeichnerischen Berufe weithin z.T. anspruchsvolle mathematische Kenntnisse und Fähigkeiten benötigt werden, müssen im Bereich der gärtnerischen Berufe lateinische, im Bereich der Ernährungsberufe französische Fachbegriffe erlernt und erinnert werden.

[141] Quelle: URL: *http://bfw-nuernberg.de/content/leistungstraeger/bildungsangebot.htm* (Stand: 15.02.2008)

Das Berufsspektrum orientiert sich am Angebot des *Berufsförderungswerkes* (siehe *Übersicht 7*). Wird ein bestimmter Beruf im eigenen Hause nicht angeboten, so kann die Ausbildung in Absprache mit den Betroffenen und dem Rehabilitationsträger in einem anderen *Berufsförderungswerk* durchgeführt werden, in dem ein derartiger Bildungsgang möglich ist. In Ausnahmefällen kann die Realisierung auch in Zusammenarbeit mit Betrieben oder Verwaltungen erfolgen. Bestandteil der Qualifikation, die in der Regel 24 Monate dauert, ist in jedem Falle ein betriebliches Praktikum.

Neben der Bereitstellung der besonderen, auf den Bedarf der Aphasiker(innen) abgestimmten Hilfen ist ein durchgehendes Coaching der Rehabilitand(inn)en durch das Reha-Management für diese Phase kennzeichnend.

3.2.3.2 Individualmaßnahmen[142]

Ist eine Vollqualifizierung nicht angezeigt, so wird eine *Individualmaßnahme* in Angriff genommen. Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit Behinderungen, die über ein auf sie abgestimmtes Schulungsprogramm für die Anforderungen eines bestimmten Arbeitsplatzes trainiert werden. Den konkreten Erfordernissen der Teilnehmer/-innen auf der einen und des Arbeitsplatzes auf der anderen Seite entsprechend umfasst die Qualifizierung Bausteine aus dem kaufmännischen, elektrotechnischen, zeichnerischen, gärtnerischen oder metalltechnischen Bereich. Der Ablauf wird je nach vorhandenem Potenzial und momentaner Leistungskraft variabel gestaltet. In einem betrieblichen Praktikum stellen die Teilnehmer(innen) ihre wieder gewonnenen oder neu erworbenen Fähigkeiten unter Beweis. Flankiert werden die Maßnahmen durch die Gewährleistung der besonderen Hilfen, die die Aphasiker(innen) benötigen. Bei Bedarf ergänzen weitere begleitende medizinisch-therapeutische Maßnahmen oder psychologische Hilfen das Angebot. Solche Hilfen sind z. B. Einhandschreibtraining,

---

142 Prinzipiell stellt jede Berufsförderung von Aphasiker(inne)n im Rahmen von IBRA eine individuell auf eine Einzelperson zugeschnittenen Maßnahme dar, unabhängig davon, welches berufliche Bildungsniveau (z.B. Qualifizierung, Teilqualifizierung) damit verbunden ist. Im Bereich der *Berufsförderungswerke* werden allerdings traditionell unterschieden

- die curricular fest umrissenen Ausbildungsgänge (Qualifizierungen, Umschulungen), die zu anerkannten Ausbildungsberufen führen und mit von den *Industrie- und Handelskammern(IHK)* bzw. *Handwerkskammern (HwK)* durchgeführten Prüfungen abgeschlossen werden,
- die auf das Leistungsvermögen einzelner Rehabilitand(inn)en abgestimmten Individualmaßnahmen, die zwar ebenfalls einem vorhandenen Curriculum entsprechend durchgeführt werden, jedoch (mit oder ohne besondere Prüfung) einem anderen Abschluss (Zeugnis oder Zertifikat der Berufsförderungseinrichtung oder der regionalen *IHK* bzw. *HwK*) führen können.

Rückenschulung, physikalische Therapie, psychologische Hilfen zur Behinderungsbewältigung oder zur Förderung der Konzentrations- und Belastungsfähigkeit.[143]

3.2.4 Phase der Integration am Arbeitsplatz

Die Aktivitäten von IBRA gehen über die berufsfachliche Qualifikation hinaus. Sie umfassen auch eine Reihe von (Re-)Integrationsangeboten, die noch während der Maßnahme im *Berufsförderungswerk*, insbesondere aber auch danach stattfinden. Dazu gehören[144]

- die individuelle Erarbeitung von Bewerbungsstrategien,
- Stellensuche und –vermittlung von Arbeitsstellen in Kooperation mit den Integrationsfachdiensten,
- Information von Arbeitgebern über Eingliederungshilfen und Hilfen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes,
- Vermittlung von (Re-)Integrationshilfen,
- Information von betrieblichen Kontaktpersonen über den Umgang mit Aphasiker(inne)n,
- begleitende Beratung und Moderation bei Anpassungsschwierigkeiten am Arbeitsplatz.

3.2.5 Besondere Hilfen im Rahmen der Berufsförderung von Aphasiker(inne)n

Es wurde bereits an verschiedener Stelle darauf hingewiesen, dass die Rehabilitand(inn)en im Rahmen von IBRA alle aphasiespezifischen Hilfen erhalten, die erforderlich sind, um das Ziel der Berufsförderung zu erreichen. Dazu gehören insbesondere[145]

- Logopädie,
- Ergotherapie,
- Physiotherapie,
- Individuelle Lernhilfen wie Einzelförderunterricht oder Trainings zur Verbesserung der Gedächtnisleistung,

---

143 Vgl. *BFW Nürnberg* o.J.c

144 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg / Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 23

145 Vgl. *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005b: Folie 10

- Spezielle Schulung von Lern- und Arbeitstechniken (z.B. Führen eines „Vokabelheftes“ zum Erlernen von Fachbegriffen),
- Schreib- und Lesetraining,
- Training der höheren kognitiven Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, etc.),
- Teilnahmemöglichkeit an der ausbildungsübergreifenden Aphasiker(innen)-Selbsthilfegruppe, die sich unter Anleitung des Case-Managements sowie eines/-r Psychologen/-in des *Berufsförderungswerks* trifft.[146] Diese interaktionelle Gruppe bietet den Teilnehmer(inn)en die Möglichkeit zur Reflexion der Berufsförderung, des eigenen Leistungsstandes, des Umgangs mit den maßnahmebedingten Belastungen, Konflikten usw. und kann auch zur Fortführung des therapeutischen Prozesses, etwa im Bereich der Krankheitsbewältigung, genutzt werden.[147]

Für die individuellen Lernhilfen sind folgende Maßnahmen grundlegend:

- genaue Abklärung der kognitiven Defizite (Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis; anterograde oder retrograde Amnesie; modalitätsspezifische Defizite; episodisches versus semantisches Gedächtnis),
- Feststellung vorhandener kognitiver Ressourcen der einzelnen Betroffenen. Unter Berücksichtigung der beruflichen Anforderungen werden internale und externale Gedächtnis- und Lernstrategien individuell eingeübt und auf ihre Alltagsrelevanz zusammen mit den Rehabilitand(inn)en überprüft. Mittelbar hilfreich ist eine Verbesserung der Problemlösefähigkeit.

Die individuellen Lernhilfen werden bei Bedarf im Sinne einer neuropsychologisch-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmaßnahme in enger Kooperation mit dem Behandlungsteam durchgeführt.

146 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 23

147 Vgl. *Fries / Schwenk-Eschenlohr* 2007: 151 f

3.2.6 Handlungsorientierte Ausbildung (HOA), Reha-Team und Reha-Prozessmanagement

3.2.6.1 Handlungsorientierte Ausbildung (HOA)

Alle Berufsförderungsmaßnahmen im Rahmen von IBRA erfolgen auf der Grundlage der *Handlungsorientierten Ausbildung (HOA)*.[148] Diese erschöpft sich nicht in aktivierenden Lernmethoden, sondern wird, insbesondere bei den *Berufsförderungswerken*, als eine umfassende Lernstrategie verstanden, die drei Aspekte einschließt:

- die Berücksichtigung der Vorerfahrungen der Lernenden, die ihnen eine Verknüpfung der Lerninhalte mit den bereits in der voran gegangenen Berufs- und Lebenspraxis erworbenen Qualifikationen ermöglichen,
- die Gestaltung von Lernsituationen in der Weise, dass die Teilnehmer(innen) möglichst aktiv und selbst bestimmt „handelnd lernen";
- die Vorbereitung der Lernenden auf die Situationen, in denen sie sich nach Abschluss der Berufsbildungsmaßnahme bewähren müssen.[149]

Das Lernen selbst wird daher als Prozess verstanden, mit dem sich die Rehabilitand(inn)en nur im Rahmen einer ganzheitlichen beruflichen Ausbildung vertraut machen können, wobei dem Aspekt „Ganzheitlichkeit" hier drei Bedeutungen zugeschrieben werden: [150]

(1) Der Teilnehmende ist als „ganzer Mensch" mit seiner Persönlichkeit Ausgangspunkt und mitbeteiligter Akteur didaktischer Planung.
(2) Kognitiv strukturierte Lernsituationen und interdisziplinäre didaktische, sozialpädagogische, psychologische sowie medizinische Beratung und Unterstützung bilden den Kern der Reha-Maßnahme.
(3) Die Rehabilitation reicht von der Vorlaufphase bis zur gesicherten Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft (als Zielbestimmung des SGB IX).

---

148 Mit dem Begriff *„Handlungsorientierung"* wird auf drei Eben operiert:
- auf der Zielebene ist die Befähigung zum selbständigen, reflektierten Handeln gemeint,
- auf der Aktionsebene sind die Methoden und Techniken gemeint, die selbst organisiertes Lernen initiieren, steuern, kontrollieren und reflektieren,
- auf der Kontextebene ist ein lernanregendes, zu selbst organisierten Lernprozessen anstiftendes Milieu gemeint. (Vgl. *Dörig* 1995, zitiert nach *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke* 2000: 23)

149 Vgl. *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke* 2000: 221. Dort werden Konzept und theoretische Grundlagen der Handlungsorientierten Ausbildung, wie sie heute in *Berufsförderungswerken* praktiziert wird, ausführlich dargestellt. Siehe dazu insbesondere auch: *Seyd* 2000. Handlungsorientierung als didaktisches Konzept hat inzwischen auch in die Rahmenlehrpläne für berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule Eingang gefunden. Siehe dazu: *Kultusministerkonferenz* 2007: 12 f

Wesensmerkmale der Ausbildungskonzeption sind demnach:[151]

- ganzheitliches, persönlichkeitsbezogenes Lernen,
- selbständiges, eigenverantwortliches Planen und Durchführen,
- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung,
- Umgang mit Selbst- und Fremdeinschätzung,
- Befähigung zur Reflektion,
- Fehler oder Irrtum als Lernchance zuzulassen,
- Dokumentation und Präsentation von Ergebnissen,
- Befähigung zur Teamarbeit.

Die Handlungsorientierte Ausbildung in *Berufsförderungswerken* erfolgt vielfach in Übungsfirmen, -kanzleien, -gemeinden, Werkstätten und Labors. Wie in der Berufsrealität wird aufgaben- und problembezogen gearbeitet. Dabei werden moderne technische Hilfsmittel, Maschinen, Anlagen und Methoden wie am späteren Arbeitsplatz eingesetzt. Zugleich bieten diese Lernorte den Rehabilitand(inn)en ein geschütztes Umfeld zur Wiedererlangung der beruflichen Handlungskompetenz.[152]

Die Handlungsorientierte Ausbildung der Aphasiker(innen) soll in mehrfacher Hinsicht den Aufbau kognitiver Strukturen und die Verbesserung der Gedächtnis- und Lernleistung fördern. So werden die IBRA-Teilnehmer(innen) in einem selbst gesteuerten Lernprozess stärker gefordert als in herkömmlichen, auf rezeptives Lernen angelegten Bildungsmaßnahmen. Die Notwendigkeit, gemeinsam mit anderen handelnd zu lernen, wirkt den bei Aphasie häufig anzutreffenden Rückzugstendenzen der Betroffenen entgegen. Kommunikationshemmungen können so leichter abgebaut werden. Zudem sind realitätsbezogene Lernprozesse mit hohem Praxisanteil und hohem Konkretionsgrad generell unverzichtbar für den Aufbau stabilerer Gedächtnisstrukturen gerade für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.[153]

3.2.6.2 Reha-Team

Eine zentrale Rolle in dem Prozess der Handlungsorientierten Ausbildung nimmt das *Reha-Team* ein, das die Verantwortung für die Reha-Maßnahme im Berufsförderungswerk trägt. Es hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

---

150 Vgl. *Seyd* 2000: 4199*; Peschkes / Seyd* 2004: 197

151 Vgl. *BFW Nürnberg* o.J.d ; siehe dazu auch: *Eggerer* 2004: 125

152 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 22

153 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 22

- Individuelle, ganzheitliche Betreuung eines/-er jeden Teilnehmers/-in
- Betreuung der Ausbildungsgruppe
- Erstellung, Fortschreibung und Kontrolle des individuellen Förder- und Entwicklungsplans sowie des Integrationskonzepts
- Entscheidungsvorbereitung bei Rückversetzung, Umsetzung und ggf. Abbrüchen
- Mitarbeit bei der Lösung von besonderen Problemfällen (z.B. hohe Fehlzeiten)
- Anhörung bzw. Information der Rehabilitand(inn)en

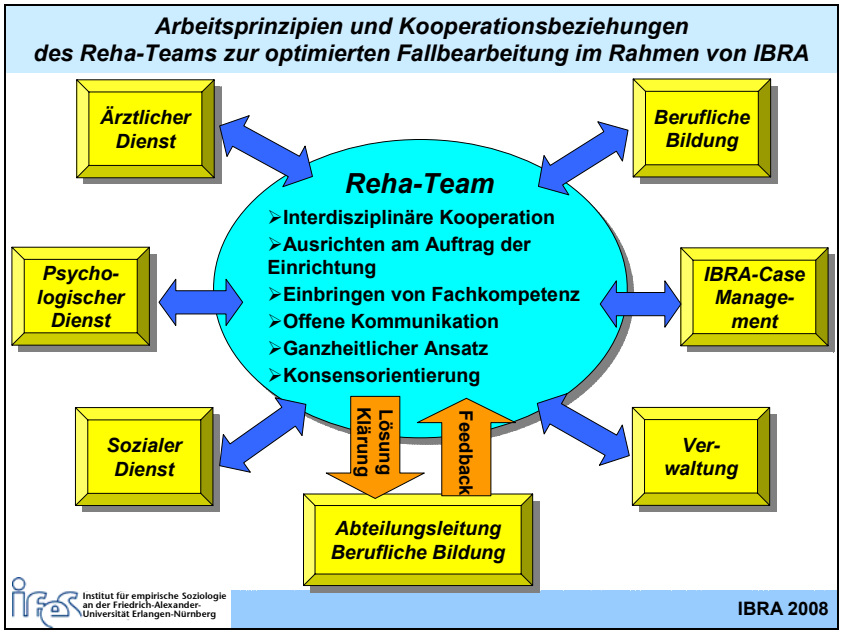


Abbildung 10[154]

Das Reha-Team besteht aus Mitarbeiter(inne)n der Ausbildung, der Reha-Beratung, des Medizinischen Dienstes, des Psychologischen Dienstes und der Verwaltung und arbeitet auf der Grundlage gemeinsamer Regeln und Werte zusammen. Voraussetzungen für die Arbeit der Teammitglieder sind: Ein positives Menschenbild, Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, eine gemeinsame Vertrauensbasis, hohe Sensibilität, kommunikative Kompetenz und Entscheidungsspielräume.[155] Wird ein IBRA-Fall bearbeitet, so nimmt auch der/die Case-Manager(in) am Reha-Team teil (siehe dazu auch *Abbildung 10*).

154 Vgl. *BFW Nürnberg* 2005a

155 Vgl. *Berufsförderungswerk Nürnberg / Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 21; *BFW Nürnberg* 2005a

3.2.7 Case-Management

Dem Case-Management kommt im Rahmen von IBRA besondere Bedeutung zu. Ihm obliegt die aphasiespezifische Begleitung der Rehabilitand(inn)en sowie die interne Koordination des Rehabilitationsprozesses während der Berufsförderung.

Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Aufgaben (siehe dazu auch *Abbildung 11*):

- Koordination von Aufgaben
  - der Modellpartner (*Klinik*, *Berufsförderungswerk*) und
  - Kooperationspartner in der direkten Betreuung der Aphasiker(innen) sowie
  - zwischen den Mitarbeiter(inne)n des Fachdienstes und der Ausbildung,
- Mitwirkung im Reha-Team,
- Information und Beratung der Teilnehmer(innen) und der Mitarbeiter(innen),
- Leitung der interaktionellen Aphasiker(innen)gruppe gemeinsam mit einer/-m Diplom-Psychologin/-en des *BFW,*
- Teilnahme an den Beratungen des Steuerungsteams,
- Hilfe bei der Integration am Arbeitsplatz in Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten.

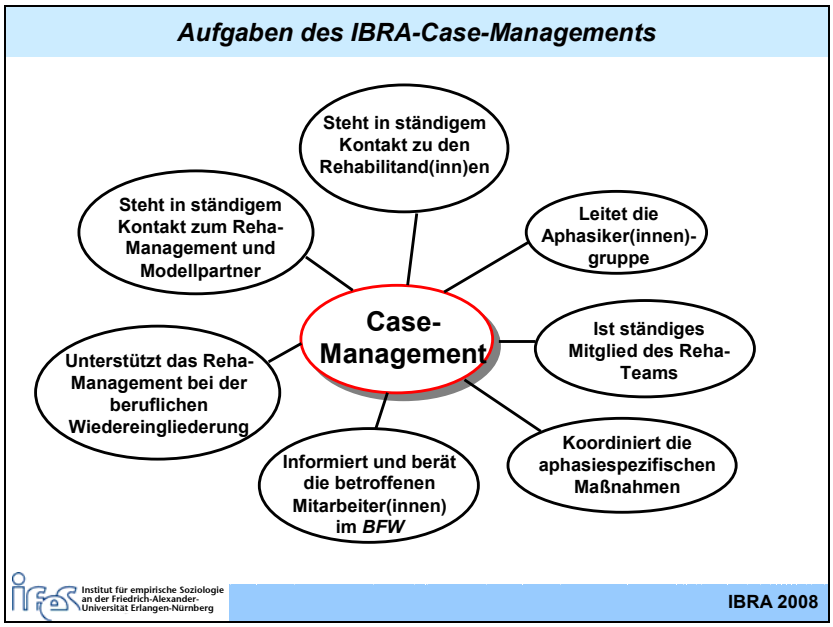


Abbildung 11[156]

156 Quelle: *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005a: Folie 11

3.2.8 Reha-Management

- Das IBRA-Reha-Management hat externe Koordinationsaufgaben im Rahmen der Berufsförderung der Aphasiker(innen) (siehe dazu *Abbildung 12*).

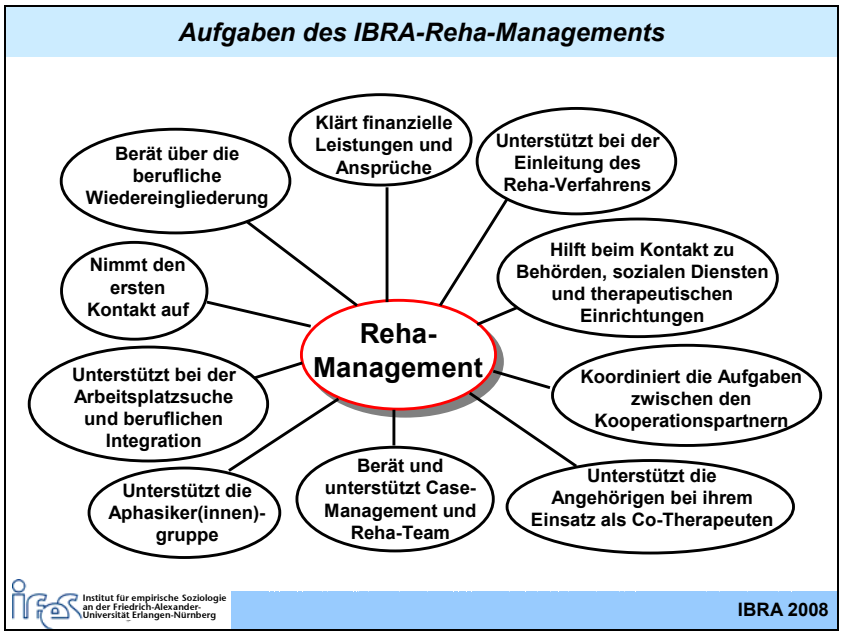


Abbildung 12[157]

Zu den Aufgaben des Reha-Managements gehören insbesondere

- die bundesweite Kontaktaufnahme zu Betroffenen, die für IBRA-Leistungen in Frage kommen,
- die Koordination der Aufgaben zwischen den Kooperationspartnern,
- die Bereitstellung von Beratungs- und Informationsangeboten für Angehörige,
- die aphasiespezifische Beratung und Schulung der Mitarbeiter(innen) des *Berufsförderungswerkes*,
- die Unterstützung der Rehabilitand(inn)en bei der Arbeitsplatzsuche und beruflichen Integration:
  - gezielte, individuelle Erarbeitung von Bewerbungsstrategien, Bewerbertraining,
  - Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche, Suche und Vermittlung von geeigneten Stellen in Kooperation mit den Integrationsfachdiensten,

157 Quelle: *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005a: Folie 12

- Information von Betrieben über Eingliederungshilfen und Hilfen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung, Vermittlung von Hilfen in Absprache mit der/-m zuständigen Berater(in) des Reha-Trägers,
- Information und Beratung von Arbeitgebern, Vorgesetzten und Kolleg(inn)en über das Störungsbild Aphasie und den Umgang mit dem/der Betroffenen,
- Begleitung der Rehabilitand(inn)en am Arbeitsplatz, Beratung und Moderation bei Anpassungsschwierigkeiten.

3.2.9 IBRA-Team

Erst im Verlauf des Modellprojekts wurde deutlich, dass es sinnvoll sein kann, ein auf die besonderen Ausbildungsbedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtetes Gremium zu schaffen. Dieses „IBRA-Team“ begleitet nunmehr alle Aphasiker(innen), die sich in der Berufsförderungseinrichtung in Maßnahmen befinden. Mitglieder des Teams sind der/die Reha-Manager(in) und der/die Case-Manager(in), ein(e) aphasiespezifisch geschulte/-r Ärztin/Arzt, ein(e) entsprechend orientierte(r) Diplom-Psychologin/-e und ein(e) Reha-Berater(in). Das Gremium tagt turnusmäßig und bei Bedarf.

Das IBRA-Team ergänzt die Arbeit des Reha-Teams im Hinblick auf folgende Aufgaben:

- Erstellung des individuellen Förder- und Integrationsplans fürs die Teilnehmer(innen),
- Schulung der mit den Aphasiker(inne)n befassten Ausbilder(inne)n,
- Weiterentwicklung des IBRA-Konzepts,
- Zusammenarbeit mit der Begleitforschung.

4 Das Evaluationskonzept der IBRA-Begleitforschung

Das Modellprojekt wurde vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* wissenschaftlich begleitet. Die Begleitforschung nahm ihre Arbeit im Oktober 2002 auf, als die Implementierung des neuen Rehabilitationsangebotes für Aphasiker(innen) bereits abgeschlossen war. Sie beendete ihre Arbeit im März 2008.

4.1 Formative und summative Evaluation

Wesentliches Charakteristikum von IBRA war die Tatsache, dass es sich um ein Entwicklungsprojekt handelte. Vor diesem Hintergrund hatte die Begleitforschung die Aufgabe, durch formative Evaluation im engen praxisorientierten Dialog mit den Projektpartnern einen Beitrag zur Konzept(fort)entwicklung und –präzisierung des IBRA-Konzepts und damit zu einer Qualitätssicherung zu leisten.[158] Demgegenüber diente die summative Evaluation dazu, die Effektivität und Effizienz des Modellprojekts zu überprüfen. Diese Aufgaben werden in *Abbildung 13* verdeutlicht.

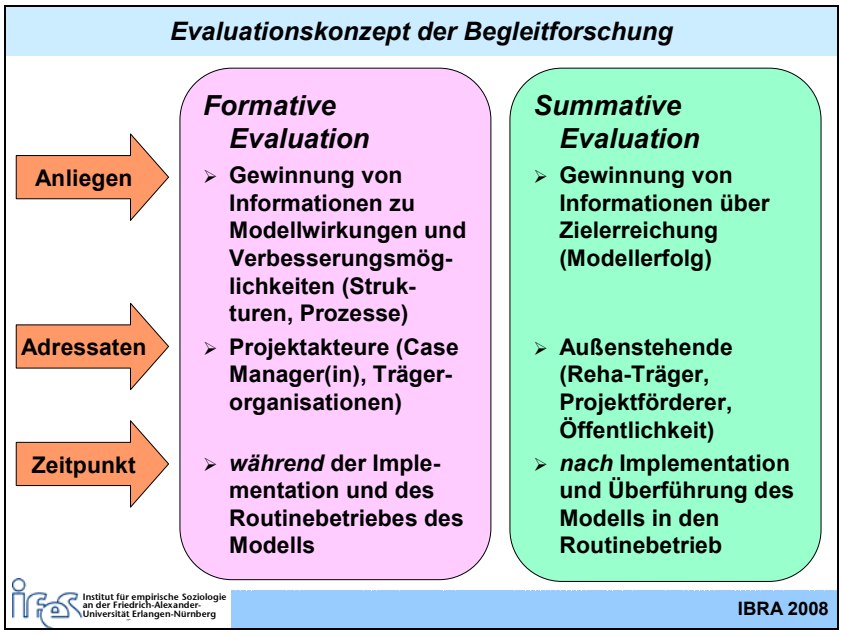


Abbildung 13

158 Die Erarbeitung des Maßnahmekonzepts sowie die Implementierung von IBRA waren bereits abgeschlossen, als die Begleitforschung ihre Arbeit aufnahm. Diese Prozessschritte konnten deshalb nicht Gegenstand der Evaluation sein.

Vor diesem Hintergrund kamen der Begleitforschung die in *Abbildung 14* näher dargestellten Kontroll- und Berater- bzw. Moderatorenfunktionen zu. Die sich aus der Aufgabenstellung ergebenden Erfordernisse verlangten eine enge vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen der Begleitforschung und den Mitarbeiter(inn)en der Projektpartner. Vor diesem Hintergrund wurden Modalitäten der Zusammenarbeit formell vereinbart. Jeder Projektträger benannte im Übrigen Ansprechpartner(innen) für das Evaluationsteam, denen die Aufgabe zukam, entsprechend dem Bedarf der Begleitforschung den Kontakt zu den Projektakteuren in den Einrichtungen herzustellen.

Abbildung 14

Darüber hinaus wurden ein- bis zweimonatlich Arbeitssitzungen anberaumt, an denen

- der Neurologe der *Kiliani Klinik* (Chefarzt bzw. Oberarzt), der in der Regel die IBRA-Kandidat(inn)en im Rahmen des Kurzassessments begutachtete,
- die mit IBRA betraute Case Managerin des *BFW Nürnberg* sowie
- ein oder mehrere Vertreter der Begleitforschung aus dem *Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg*

teilnahmen und in denen Informationen über einzelne Rehabilitand(inn)en ausgetauscht, Projekt(fort)entwicklungen und –probleme besprochen sowie Möglichkeiten erörtert wurden, die geeignet erschienen, unter Berücksichtigung bisher erzielter Zwischenergebnisse Lösungen herbeizuführen und bestimmte Abläufe zu verbessern.

Besonders hilfreich war dabei die Einbindung der fachärztlichen Kompetenz eines Neurologen, der den nichtärztlichen Sitzungsteilnehmer(inne)n Hintergrundwissen vermitteln konnte,

ohne das bestimmte, im Rehabilitationsverlauf auftretende Probleme nicht angemessen beurteilt und behandelt werden können. Dies geschah etwa bei der Diskussion von Neuzugängen, von Fällen, in denen es krankheitsbedingt zu Schwierigkeiten (z.B. Verhalten im Umgang mit anderen Personen, Lernprobleme) kam, sowie von Abbrüchen.

Gegenstand dieser Arbeitssitzungen waren auch immer wieder Fragen der Teilnehmer(innen)-Akquisition. Dies galt umso mehr, als sich die Annahme als unrealistisch erwies, die IBRA-Klientel ließe sich ausschließlich über Patienten der *Kiliani Klinik* rekrutieren, da die meisten der dort behandelten Rehabilitand(inn)en gesundheitlich noch nicht so weit wiederhergestellt waren, dass sich binnen kurzem eine Berufsförderung konkret ins Auge fassen ließ.

Eingerichtet wurde auch ein *Projektbeirat*, der die Aufgabe hatte, das Projektteam und die wissenschaftliche Begleitung bei der Lösung inhaltlicher Probleme zu beraten und zu unterstützen. Zudem sollte der Beirat in sechsmonatigen Abständen über eine Fortführung des Projekts befinden.[159] Grundlage dazu waren (schriftliche) Sachstandsberichte der Begleitforschung, die ebenfalls halbjährlich präsentiert wurden. An einigen Sitzungen nahmen auch IBRA-Rehabilitand(inn)en teil und berichteten über ihre Erfahrungen im Zuge ihrer Berufsförderung. Dem Projektbeirat gehörten Vertreter(innen) der Projektförderer (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, dessen Repräsentant auch das *Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen* vertrat), der Rehabilitationsträger (*Bundesagentur für Arbeit*, *LVA Oberfranken und Mittelfranken*, *Landesverband Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften*), der klinischen neurologischen Forschung, der Projektpartner (*Kiliani Klinik Bad Windsheim, Berufsförderungswerk Nürnberg*) sowie der Begleitforschung an.

4.2 Beurteilungskriterien im Rahmen der IBRA-Begleitforschung

Die Begleitforschung orientierte sich an dem heute für Qualitätsbeurteilung (*assessment*) gängigen Konzept von *Donabedian*[160] das vorsieht, die Qualität von Dienstleistungen an der Qualität der Struktur (*structure*), des Prozesses (*process*) und der Ergebnisse (*outcomes*) zu

159 Diese im Zuwendungsbescheid der Projektförderer enthaltene Bestimmung erwies sich als wenig hilfreich: Erfahrungsgemäß ist im Routinebetrieb innovativer Maßnahmen nach beendeter Implementationsphase zunächst nur wenig an neuen Erkenntnissen zu erwarten. Daher lässt sich auch in Berichten, die sich nur auf kurze Zeiträume beziehen, im Allgemeinen kaum etwas Spektakuläres präsentieren. Insofern war kaum erstaunlich, dass es im Projektverlauf zunehmend schwieriger wurde, den Projektbeirat alle sechs Monate vollständig zusammen zu rufen.

160 *Donabedian* 1966: 167 ff; *ders.*1982: 70 ff; *Badura* 1999: 25ff

messen. Dem Qualitätssicherungs-Paradigma entsprechend wird davon ausgegangen, dass die Strukturqualität die Prozessqualität, und diese die Ergebnisqualität beeinflusst (siehe dazu *Abbildung 15*).

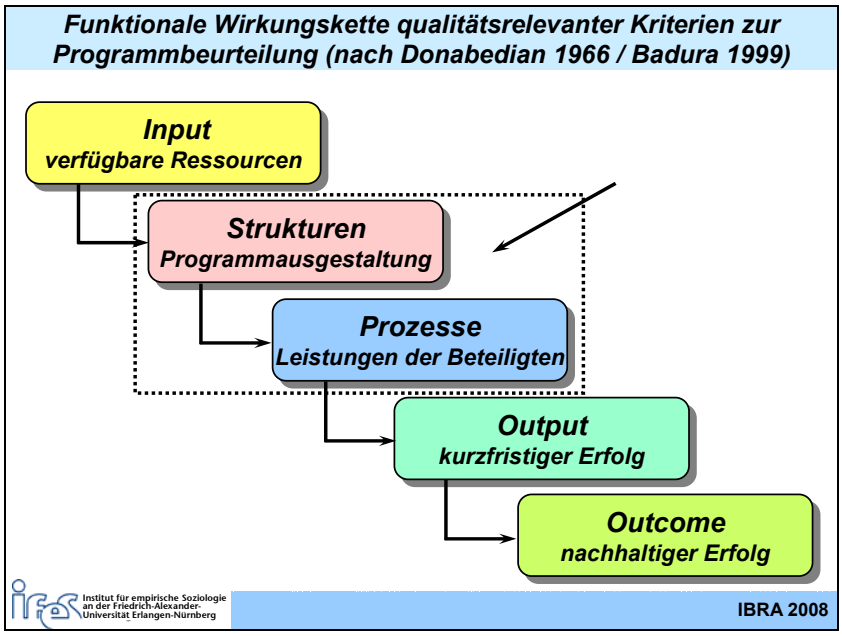


Abbildung 15

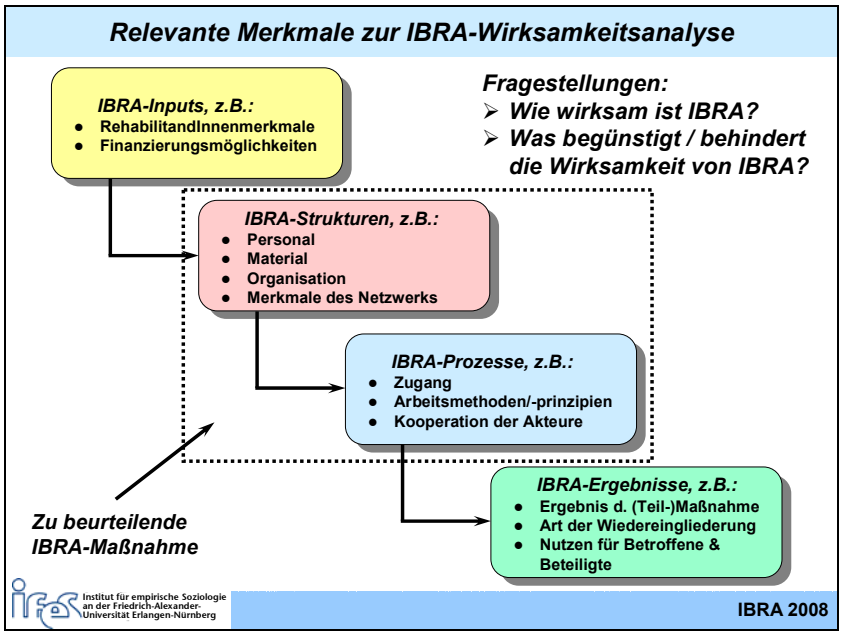


Abbildung 16

Abbildung 16 verdeutlicht diese Wirkungszusammenhänge in Bezug auf das IBRA-Projekt beispielhaft anhand ausgewählter Merkmale, die den genannten Elementen zugeordnet werden können und bei der empirischen Untersuchung berücksichtigt werden müssen.[161]

Inputqualität berücksichtigt Aspekte, wie Rehabilitand(inn)en-Merkmale oder Möglichkeiten zur Finanzierung von Teilhabeleistungen. Demgegenüber betrifft *Strukturqualität* Kriterien, wie sie in *Abbildung 17* aufgelistet werden.

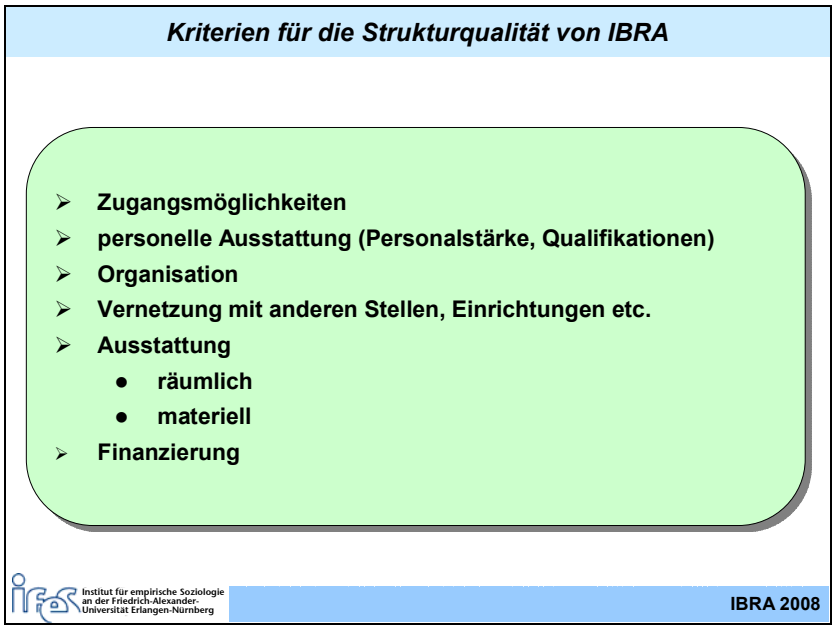


Abbildung 17

Prozessqualität stellt auf Aspekte ab, wie sie in *Abbildung 18* wiedergegeben werden. *Ergebnisqualität* beschreibt schließlich den Grad, in dem die postulierten Ziele tatsächlich erreicht werden, wobei unterschiedliche Beobachtungs- und Beurteilungsperspektiven zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Erwartungshorizonten zu berücksichtigen sind.[162] Entsprechende projektrelevante Kriterien finden sich in *Abbildung 19*.

161 Es handelt sich dabei nicht um ein ausgereiftes Analysemodell, in dem bereits alle als relevant angesehenen Variablen und vermuteten (kausalen) Beziehungen enthalten sind. Vielmehr soll die Abbildung lediglich der Veranschaulichung wesentlicher vermuteter Zusammenhänge dienen.

162 Vgl. hierzu *Blaschke / Plath / Nagel* 1992: 390 ff; *Wilk* 1996: 49 ff; *Blaschke / Plath* 1997: 243 ff; *Niehaus* 1997: 249 ff; *Plath / Blaschke* 1999: 62 ff; *Blaschke / Plath* 1997: 449 ff; *Niehaus* 2005 179 ff

Abbildung 18

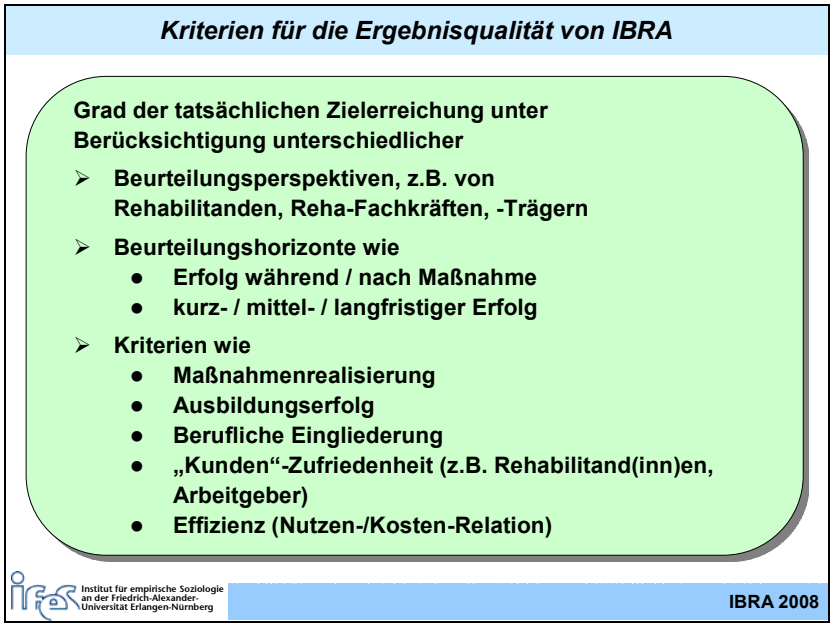


Abbildung 19

4.3 Datendokumentation im Rahmen des Modellprojekts

Um die zur Beschreibung und Analyse der IBRA-Strukturen, -Prozesse und -Ergebnisse erforderlichen Informationen erfassen zu können, wurde auf der Grundlage einschlägiger Fachliteratur sowie Informationen aus Gesprächen mit Mitarbeiter(inne)n der Projektpartner über die in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen bereits verwendeten Dokumentati-

onsinstrumente und bereits eingeführten -routinen ein eigenes Dokumentationssystem erarbeitet, das den in *Abbildung 20* enthaltenen Forderungen[163] entsprechen sollte. Demnach sollte das Dokumentationssystem nach Möglichkeit nicht nur den Interessen der Begleitforschung, sondern auch den Belangen der Projektpartner entsprechen und für eigene Zwecke verwendet werden können. Zudem sollte die Dokumentation nutzerfreundlich angelegt sein im Hinblick auf die Verständlichkeit der abgefragten Merkmale und Sachverhalte, die Handhabbarkeit „im praktischen Geschäft", die zeitökonomische Bearbeitung sowie die Möglichkeiten, entsprechend festgehaltene Informationen später auswerten zu können. Nur bei Beachtung dieser Forderungen war anzunehmen, dass das Instrumentarium auch von den Nutzern akzeptiert würde.[164] Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die unmittelbar in das Modellprojekt eingebundenen Akteure, sondern vor allem auch dann, wenn es darum geht, ein solches System auch anderweitig in die Rehabilitationspraxis einzuführen.

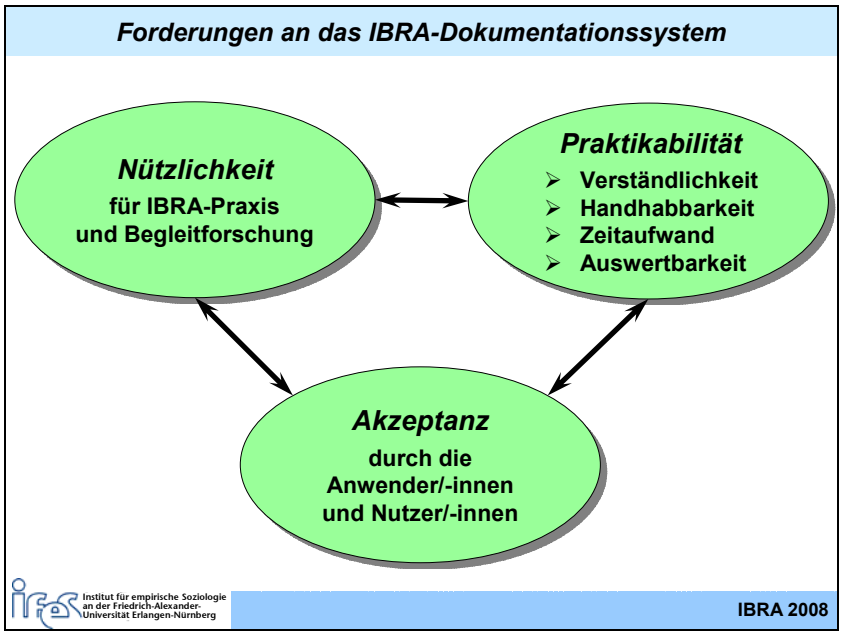


Abbildung 20

Dementsprechend erfolgte die Entwicklung des nachfolgend näher beschriebenen Instrumentariums in enger Absprache mit jenen Fachkräften (Mediziner(inne)n, Diplom-Psycholog(inn)en, Berufspädagog(inn)en, Sozialpädagog(inn)en, Reha- bzw. Case-Manager(inne)n) der beiden Partnereinrichtungen, die die verschiedenen Erhebungen praktisch durchzuführen und demgemäß auch zu dokumentieren hatten. Zu diskutieren waren hier nicht nur Inhalte, sondern auch Formfragen, um die Handhabbarkeit zu optimieren.

---

163 Vgl. *Faßmann* 1997: 15ff

164 Vgl. *Schaltenbrand / Stahl / Lehfeld* 1992: 694f. Siehe dazu auch die Evaluationsstandards D1 und N3 in: *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 61ff und 89ff

Breiten Raum nahm in diesem Zusammenhang die Diskussion um den Einsatz der diagnostischen Kriterien zur Feststellung des individuellen Förderbedarfs und zur Steuerung von Maßnahmen *DIK*-2[165] und dem *Case Management System CMS*[166] der *Fa. Syntegral* Abensberg sowie den Inventaren *IMBA*[167] und *MELBA*[168] ein. Hier ging es darum zu prüfen, ob sie für Zwecke des IBRA-Modellprojekts brauchbar und in die in den Einrichtungen etablierten Dokumentationsroutinen integrierbar seien.[169] Ergebnis dieser Diskussion, die auch im Projektbeirat fortgeführt wurde, war, auf den Einsatz dieser Instrumente zu verzichten, weil die Partnereinrichtungen über eigene, seit langer Zeit bewährte und anerkannte Assessmentverfahren (insbesondere *RehaAssessment*®) und Dokumentationsroutinen verfügen, die bei allen Maßnahmeteilnehmer(inne)n zum Einsatz kommen. Eine isolierte Einführung der ausschließlich im Kontext von IBRA zu prüfenden Instrumentarien wäre weder organisatorisch, noch wirtschaftlich sinnvoll gewesen, weil

- es sich bei den Aphasiker(inne)n um einen im Verhältnis zu den anderen Rehabilitand(inn)en in den Einrichtungen recht begrenzten Teilnehmer(innen)kreis handelte,
- ein besonderer Umgang mit IBRA-Teilnehmer(inne)n innerhalb eines explizit integriert angelegten Maßnahmekonzepts wenig Sinn machen würde,
- insbesondere *DIK-2* und *CMS* keineswegs bundesweit etabliert waren[170] und ein isoliertes „Vorpreschen" insofern kaum sinnvoll gewesen wäre.

Im Rahmen des RehaAssessments® findet *MELBA* im *Berufsförderungswerk Nürnberg* für alle Rehabilitand(inn)en Anwendung. Die berufspädagogischen Fachkräfte weisen allerdings darauf hin, dass die Ergebnisse keine umsetzbaren Hinweise auf den individuellen Förderbedarf von Aphasiker(inne)n enthalten. Vor diesem Hintergrund wurden die genannten Inventare im Rahmen der IBRA-Dokumentation nicht berücksichtigt.

Grundlegend für die Einbeziehung in die Begleitforschung war eine schriftliche Einwilligungserklärung nach eingehender Information der IBRA-Teilnehmer(innen) über Anliegen

---

165 Siehe dazu: *Schopf / Huber / Reissinger* 2000: 51f; *Kick* 2003

166 Siehe dazu: *Schopf / Kroiß* 2000

167 Siehe dazu: *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* 1996

168 Siehe dazu : *Föhres et al.* 1998

169 Dies war explizit im Zuwendungsbescheid der *Regierung von Mittelfranken* vom 16.10.2002 und dem des *BMGS* vom 05.11.2002 so gefordert worden.

170 *DIK-2* fand nur im Sonderschulbereich in Bayern Verwendung, eine praxistaugliche Version von CMS lag im Frühjahr 2003 immer noch nicht vor. In der Zwischenzeit sind *DIK-2* und *CMS* nicht mehr verfügbar. Beide Systeme wurden in die heute von der *Fa. RVZ GmbH*, Wetter / Ruhr, vertriebene Nachfolgesoftware *case*^{XP} integriert (siehe dazu: *SYNTEGRAL Synergie-Management GmbH* 2003; eine neuere Produktbeschreibung findet sich unter der URL: *http://www.rzv.de/pdf/produkt beschreibung_casexp.pdf* (Stand: 15.02.2008)). Ob und wo diese Software heute eingesetzt wird, konnte von uns nicht ermittelt werden. Die *Fa. Syntegral* ist zumindest über das Internet (incl. Partnerwebsite der *Fa. RVZ GmbH*) nicht mehr erreichbar.

und Verfahren von Erhebung und Auswertung sowie den Schutz personenbezogener Daten. Nur wenn diese Erklärung unterzeichnet wurde, konnten diese Daten einbezogen werden.

Innerhalb des IBRA-Dokumentationssystems nahm die einzelfallbezogenen prozessbegleitenden Erhebungen eine zentrale Stellung ein (siehe *Abbildung 21*). Darüber hinaus gehörten zu dem Dokumentationssystem nicht nur jene Dokumente, in denen prozessbegleitend Informationen über IBRA-Verlauf und -ergebnisse festgehalten wurden. Vielmehr wurden von den Projektbeteiligten formlos auch Aktivitäten notiert, die sich nicht allein auf einzelne Rehabilitand(inn)en bezogen, sondern fallübergreifend dazu dienten, die Maßnahmen zu etablieren und fortzuentwickeln (z.B. Verhandlungen mit Kostenträgern, Informationsveranstaltungen etc.). Anhand von Fragebögen, die zum Maßnahmeende und erneut etwa 12 Monate später ausgegeben wurden, konnten schließlich Informationen über das weitere Ergehen der IBRA-Teilnehmer(innen) eingeholt werden.

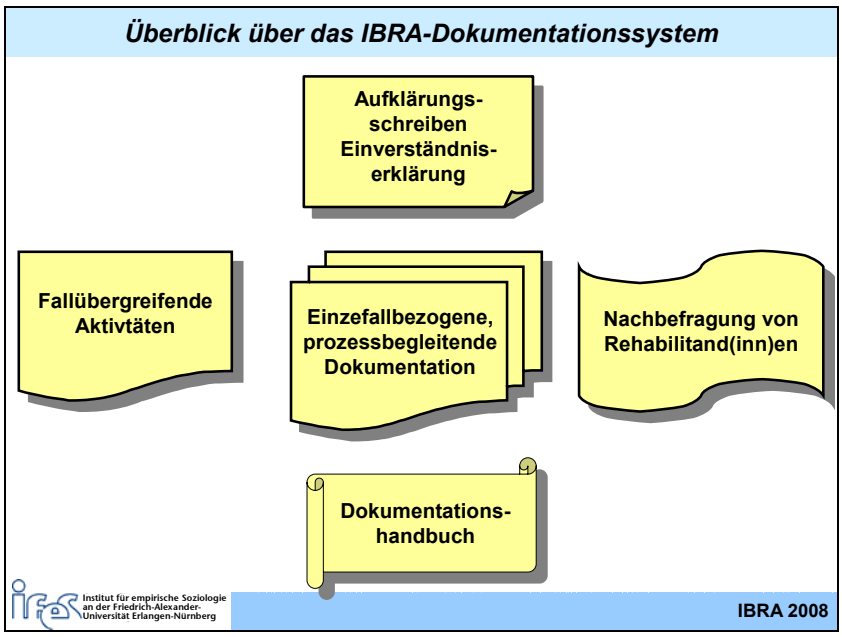


Abbildung 21

Die Handhabung der verschiedenen Instrumente wurde in einem *Dokumentationshandbuch* erläutert, das jeder Rehabilitationsfachkraft zur Verfügung gestellt wurde, die mit Dokumentationsaufgaben betraut war.

Das mit den Funktionsträgern in den Partnereinrichtungen abgestimmte und vom Datenschutzbeauftragten der *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* als datenschutzrechtlich unbedenklich beurteilte Dokumentationsverfahren wurde ab Juli 2003 umgesetzt. Daten von Rehabilitand(inn)en, die bereits mit Maßnahmen begonnen hatten, wurden nacherhoben, nachdem die betreffenden Personen eingewilligt hatten.

Allerdings stießen die Möglichkeiten einer statistischen Auswertung dieser Informationen an Grenzen, weil

- sich die Teilnehmer(innen)zahl (auch durch eine Reihe von nicht zur Beteiligung an der Begleitforschung bereiter Personen) wider Erwarten in Grenzen hielt,
- relativ viele Rehabilitand(inn)en dem Modellprojekt nicht dem ursprünglichen IBRA-Konzept gemäß über die *Kiliani Klinik Bad Windsheim*, sondern über andere Rehabilitationseinrichtungen zugeführt wurden. Die Daten dieser Personen konnten deshalb nicht wie geplant dokumentiert werden, waren häufig nur mit Schwierigkeiten im nachhinein in das vorliegende Dokumentationsschema einzuordnen.[171] Auch im Rahmen einer eigens durch Personal des *BFW Nürnberg* durchgeführten Aktenanalyse gelang es nur teilweise, die betreffenden Informationen nachzuerheben bzw. zu rekonstruieren;[172]
- die Erhebung individueller Prozessdaten durch die Partnereinrichtungen aufgrund des ab Herbst 2005 reduzierten finanziellen Förderumfangs und der damit einhergehenden Personalreduktion wesentlich eingeschränkt werden musste,
- sich die Rehabilitand(inn)en (auch nach Erinnerungsaktionen) nur begrenzt an den beiden schriftlichen Nachbefragungen beteiligten und fernmündlich nur noch wenige ehemalige Teilnehmer(innen) zur Durchführung qualitativer Interviews erreicht werden konnten bzw. bereit waren, sich zu ihrem weiteren Ergehen zu äußern.

---

171 Abgesehen davon, dass Informationen zu bestimmten Merkmalen in den Akten nicht enthalten waren, fanden sich in diesen Unterlagen auch inkonsistente und teilweise widersprüchliche Angaben im Hinblick auf Details zu Krankheitsbildern, Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf, schulischem und beruflichem Werdegang usw.

172 So wurden die betreffenden Teilnehmer(innen) häufig mit Unterlagen in das Projekt übernommen, die zwar für Rehabilitationszwecke als ausreichend angesehen wurden, jedoch den Informationsinteressen der Begleitforschung nur unzureichend entsprachen. Eine Nacherfassung der betreffenden Daten scheiterte teilweise an den Rehabilitationsträgern, die nicht bereit waren, eine entsprechende neurologische Begutachtung zu finanzieren, teilweise an der mangelnden Bereitschaft der Rehabilitand(inn)en, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen.

5 Ergebnisse der formativen Evaluation

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen stehen die Ergebnisse der formativen Evaluation. Dabei geht es zunächst um Fragen der Modellimplementierung und Akquisition von IBRA-Teilnehmer(inne)n. In diesem Zusammenhang wird auch über eine Bedarfserhebung informiert, die im Frühsommer 2004 angesichts einer unerwartet schleppenden Anmeldungssituation durchgeführt wurde, um aktuellere Informationen über den potentiellen IBRA-Adressat(inn)enkreis in Erfahrung zu bringen. Anschließend wird über die Struktur- und Prozessqualität der Teilhabeleistung IBRA berichtet, wie sie im Verlauf des Modellprojekts inhaltlich, organisatorisch und ökonomisch für angemessen beurteilt wurde.

5.1 Modellimplementierung und Akquisitionsarbeit

Im Rahmen der Implementierung des Modells stand zunächst die Akquisition von Rehabilitand(inn)en im Mittelpunkt der Aktivitäten der Projektpartner. Diese Aufgabe wurde im Wesentlichen vom IBRA-Reha-Management übernommen und erfolgte in Form persönlicher Ansprache von Aphasiker(inne)n sowie durch Information und Beratung von Angehörigen der IBRA-Interessent(inn)en ((Ehe-)Partner/-in, Eltern) in den Partnereinrichtungen selbst, aber auch auf Fachtagungen und Veranstaltungen von Selbsthilfeorganisationen.

Per Informationsbrief und teilweise auch persönlich wurden alle bundesdeutschen Reha-Träger, neurologischen Rehabilitationskliniken und sämtliche im *Freistaat Bayern* niedergelassenen Sprachtherapeuten über das neue Angebot informiert. Ferner wurde bundesweit schriftlich und fernmündlich, teils auch durch persönliche Besuche, Kontakt zu Selbsthilfeeinrichtungen (Aphasiker-Zentren, Aphasie-Stützpunkte, Aphasie-Stationen und Selbsthilfegruppen) aufgenommen. Regional wurden Beratungsstellen für Schädel-Hirn-Verletzte und Integrationsfachdienste informiert und um Kooperation gebeten.

Das Projekt wurde auf einer Reihe von *Fachveranstaltungen* (z.B. *Würzburger Aphasie-Tage, Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*), im Rahmen von Vorträgen sowie an eigenen Informationsständen präsentiert, wobei Interessent(inn)en vielfach die Möglichkeit hatten, an Ort und Stelle Einzelberatungen über die Teilhabeleistung IBRA wahrzunehmen. Zudem führten die Projektpartner auch *eigene Fachveranstaltungen* durch, auf denen die Modellmaßnahmen eingehend vorgestellt wurde. Dazu dient auch die Fachtagung *„Sprachbarrieren überwinden – berufliche Teilhabe verwirklichen“*, die zum Abschluss des Modellpro-

jekts am 12.02.2008 im *BFW Nürnberg* durchgeführt wurde. Als spezielles Identifikationskennzeichen wurde für das Modellprojekt ein eigenes prägnantes Logo entwickelt. Zudem wurde versucht, IBRA durch die Wahl eines speziellen Designs von Informationsunterlagen (Flyer, Poster, Einladungen usw.) einen hohen Wiedererkennbarkeitsgrad zu verleihen (siehe *Abbildung 22*).

Abbildung 22

Über Veröffentlichungen in Tageszeitungen,[173] Publikumszeitschriften und der einschlägigen Fachpresse[174] wurde auf eine breite Streuung von Informationen über die Intentionen und Adressat(inn)en von IBRA hingearbeitet.[175] Schließlich wurde im Rahmen der Bedarfserhebung (siehe *Abschnitt 5.2*) ebenfalls über das Modellprojekt informiert und darauf hingewiesen, dass auf Wunsch weitere Informationen über das IBRA-Konzept und seine Ergebnisse mitgeteilt werden.

Diese Arbeiten waren mit einem überaus hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, zumal diese Marketingaktivitäten jeweils bundesweit durchgeführt wurden.

Trotz dieser Anstrengungen konnten die geplanten Belegungszahlen erst in der Mitte des Jahres 2004 erreicht werden. Die Gründe für diese Anlaufschwierigkeiten wurden weniger im tatsächlichen Mangel an potentiellen Rehabilitand(inn)en gesehen. Ausschlaggebend waren

---

173 Größere Arbeiten sind etwa folgende Artikel: *Ohne Verfasser* 2003e; *Stauber* 2003; *Lauer* 2005

174 Siehe: *Hüttlinger / Semmlinger* 2002; *Erbguth / Semmlinger* 2003; *ohne Verfasser* 2003a, b, c, d; 2004; 2005; 2007; *Faßmann / Schmidt / Staab* 2005; 2006; *Staab et al*. 2005

175 So haben Informationen über IBRA bereits Eingang in ein Lehrbuch zur Aphasie für Logopäd(inn)en gefunden (siehe: *Wehmeyer / Grötzbach* 2004: 208).

wohl eher Fehleinschätzungen von Berater(inne)n und Therapeut(inn)en hinsichtlich der tatsächlichen Rehabilitationschancen ihrer Klientel. Das bedeutet:

- Rehabilitation von Menschen mit Aphasie wird weithin noch immer in erster Linie als medizinisches Problem begriffen.
- Die Möglichkeiten der Teilhabe von Aphasiker(inne)n am Arbeitsleben werden von Diagnostikern und Therapeuten vielfach eher pessimistisch beurteilt.
- Potenzielle Rehabilitand(inn)en werden von den Rehabilitationsträgern zu häufig auf die Verrentung hin beraten.

Darüber hinaus sind viele Aphasiker(innen) nicht dazu zu motivieren, trotz vorzeitiger Berentung eine berufliche Rehabilitation zu wagen, da die Rente beim Scheitern einer beruflichen Eingliederung nicht wieder auflebt und sie insofern mit (erheblichen) finanziellen Einbußen rechnen müssen.

Schließlich sind folgende Gründe für die Schwierigkeiten bei der Teilnehmer(innen)-Akquisition denkbar:

- Wie in der Einführung des vorliegenden Berichts dargelegt, existieren im Bereich der für die neurologische Rehabilitation relevanten Versorgungslandschaft eine Reihe konkurrierender Angebote von *Phase-II*- und anderen Rehabilitationseinrichtungen, die potenzielle Teilnehmer(innen) binden.
- Schnittstellenprobleme zwischen Gliedern der Rehabilitationskette, etwa beim Übergang zwischen Akut- und rehabilitativer Versorgung sowie beim Übergang von der medizinischen Rehabilitation zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben behindern eine adäquate Allokation von für IBRA geeigneten Zielpersonen.

In diesem Zusammenhang wurde auch der Frage nachgegangen, warum der ursprünglich vorgesehene Zugangsweg, die Vermittlung von Rehabilitand(inn)en der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* hin zum IBRA-Projekt nicht ausreichte, um die geplante Belegung im *BFW Nürnberg* zu erreichen. Demnach waren dafür insbesondere folgende Gründe ursächlich, die zum Teil auch kombiniert relevant sein konnten:

- Auf den beiden neurologischen Stationen der Klinik finden sich neben AHB-Teilnehmer(inne)n auch Personen, die an anderen Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen. Letztere sind in der Regel bereits berentet und kaum an einer Berufsförderung interessiert.
- Ein Teil der Patient(inn)en in der Fachklinik kommt wegen des fortgeschrittenen Alters nicht mehr für Berufsförderungsmaßnahmen in Betracht.

- Personen, die bereits eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, sind nicht bereit, an Teilhabeleistungen zu beanspruchen, da sie befürchten, beim Scheitern der beruflichen Wiedereingliederung finanziell schlechter als während des Rentenbezuges gestellt zu sein.
- Etliche Patient(inn)en wohnen in relativ weiter Entfernung von Nürnberg und möchten sich nicht für längere Zeit von ihrem Lebensmittelpunkt (insbes. Familie) trennen.
- Personen mit geringerer Beeinträchtigung streben eher eine stufenweise Wiedereingliederung als eine längerfristig angelegte außerbetriebliche Berufsförderungsmaßnahme an.

Vor diesem Hintergrund wurden Kontakte mit anderen Rehabilitationseinrichtungen geknüpft, die sich im Projektverlauf zunehmend als nutzbringend erwiesen: So konnten gute Kontakte zu den neurologischen *Kliniken Schmieder Gailingen* hergestellt werden, über die dann etliche Rehabilitand(inn)en vermittelt wurden. Engere Kontakte wurden zum *Neurologischen Nachsorgezentrum Augsburg* angebahnt. Teilnehmer(innen), die aus solchen Einrichtungen kamen, verfügten häufig bereits über weitgehend aussagekräftige Unterlagen zur medizinischen Diagnostik, so dass sich ein Kurz-Assessment in der *Kiliani Klinik* erübrigte. Aus manchen Kliniken oder von Rehabilitationsträgern wurden allerdings gelegentlich Interessent(inn)en zugewiesen, die sich schnell als ungeeignet erwiesen, da ihre Schädigungen zu gravierend waren bzw. das sie im Rehabilitationsprozess noch nicht so weit fortgeschritten waren, um IBRA bewältigen zu können. Diese Rehabilitand(inn)en kamen des öfteren mit großen Hoffnungen hochmotiviert in das *BFW Nürnberg*, um dort enttäuscht zu werden, wenn sie erfuhren, dass sie (noch) nicht in das Programm aufgenommen werden könnten. Solche Fehlallokationen sind u.U. darauf zurückzuführen, dass die zuweisenden Einrichtungen nicht ausreichend über die IBRA-Zielgruppe informiert waren oder sich mit den betreffenden Informationen nicht eingehend genug auseinander gesetzt hatten.

Vor diesem Hintergrund wurden die Aufnahmeroutinen im *BFW Nürnberg* geändert: Demnach ging der endgültigen Aufnahme in das IBRA-Programm nunmehr ein ausführliches Informationsgespräch für die Interessent(inn)en gemeinsam mit ihrem/-er Partner(in) oder den Eltern im *BFW Nürnberg* voraus, damit eingehend abgeklärt werden konnte, ob eine Modellmaßnahme - zumindest zum gegebenen Zeitpunkt - überhaupt sinnvoll erschien.

Zudem wurden von den Projektpartnern weitere Überlegungen angestellt, die Klient(inn)enakquise durch Klinikbesuche, Vorträge und die Verschickung von Informationsmaterial zu intensivieren. Allerdings waren diesem Anliegen enge Grenzen gesetzt, da das für IBRA bereitstehende Personal in erster Linie mit der Förderung der Rehabilitand(inn)en beschäftigt sein sollte und insofern nur wenig Raum für weitere Aktivitäten blieb. Gleichwohl wurde im-

mer wieder versucht, erneut auf Rehabilitationskliniken, insbesondere auch der Unfallversicherungsträger, zuzugehen.

Diese Befunde verdeutlichen, dass es notwendig ist, qualifizierte Informationen über das Maßnahmeangebot breit zu streuen, die betreffenden Adressat(inn)en auf die Chancen beruflicher Teilhabeleistungen für Aphasiker(innen) hin zu sensibilisieren und diese zu bitten, geeignete Klient(inn)en zu veranlassen, das Angebot wahrzunehmen. Gerade die Motivierung der Rehabilitand(inn)en spielt zu Beginn der Maßnahme, also in der Assessment-Phase, eine gewichtige Rolle, zeigte sich doch, dass zu diesem Zeitpunkt lediglich zwei Drittel (65 %) uneingeschränkt zu ihrem Teilnahmeentschluss standen, ein Fünftel (20 %) zunehmende Bereitschaft zeigten und 15 % immer noch nicht sicher waren, ob sie sich richtig entschieden hätten.

Im Rahmen der Akquisitionsaktivitäten wurden auch Gespräche mit den Rehabilitationsträgern geführt, die darauf gerichtet waren, einen möglichst schnellen und problemlosen Zugang von Aphasiker(inne)n zu den IBRA-Leistungen zu erreichen. Allerdings wurde dort darauf hingewiesen, dass die Rentenversicherung erst relativ spät, meist über Ergebnisse von Anschlussheilbehandlungen (AHB) über Zustand und Prognose von Rehabilitand(inn)en in Kenntnis gesetzt wird. Zwar werde in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gute Arbeit geleistet. Gleichwohl würde den Möglichkeiten von beruflichen Teilhabeleistungen für Versicherte der Rentenversicherung noch zu wenig Bedeutung beigemessen. Nachdem es allerdings gelungen war, IBRA überzeugend zu präsentieren, wurden insbesondere im Bereich einzelner Träger der *Deutschen Rentenversicherung* interne Verwaltungsabläufe so gestaltet, dass potentielle IBRA-Teilnehmer(innen) nunmehr zügig in eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme aufgenommen werden. Als besonders effektiv erwiesen sich Verhandlungen mit der *Deutschen Rentenversicherung Bund*. Hierbei wurde dem *BFW Nürnberg* eine zentrale Ansprechpartnerin für potenzielle IBRA-Teilnehmer(innen) benannt. Die dadurch entstandene enge Kooperation mit einer Entscheiderin im Antragsverfahren führte zu einer zeitlichen Verkürzung des Verfahrens sowie zu einer raschen, unbürokratischen Bearbeitung und damit zu einem erheblichen Nutzen für die Versicherten.

Die mit der Zielgruppe befassten Reha-Fachkräfte wurden und werden durch das Reha-Management in Kooperation mit dem Fachpersonal der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* geschult und beraten. Dies ermöglichte den Aufbau einer profunden aphasiespezifischen Kompetenz bei den Rehabilitationsfachkräften des *BFW Nürnberg* und hat u.a. dazu geführt, dass relativ wenige Maßnahmeabbrüche von IBRA-Teilnehmer(inne)n zu verzeichnen waren. Um jeden Einzelnen bestmöglich fördern zu können, stehen die Ausbilder/-innen untereinander in noch engerem Kontakt als dies schon bisher bei Maßnahmen im *Berufsförde-*

rungswerk Nürnberg üblich ist. Sie tauschen sich regelmäßig mit dem Reha- und dem Case-Management aus und passen Lerninhalte und -tempo fortlaufend an die Bedürfnisse ihrer besonderen Klientel an.

5.2 Erhebung zum potenziellen Maßnahmebedarf

5.2.1 Anliegen und Konzeption der Umfrage

Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Durchführung einer Erhebung zum Bedarf an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für Aphasiker(innen) war die große Diskrepanz zwischen den Ergebnissen einer Erhebung des *Bundesverbandes zur Rehabilitation von Aphasikern* und dem *Berufsförderungswerk Nürnberg* aus dem Jahre 1999 und der tatsächlichen Anmelde- und Belegsituation im Rahmen des IBRA-Projekts.

Der Schwerpunkt der Erhebung von 1999 lag in der Sammlung von Angaben zur gesundheitlichen Situation sowie demografischen Daten von Aphasiker(inne)n. Die einbezogenen Betroffenen wurden auch nach ihrem „Interesse an beruflicher Rehabilitation“[176] gefragt. Nicht mehr nachzuvollziehen ist allerdings im nachhinein,[177] was unter diese Begrifflichkeit zu subsumieren war, sowie ob und in welcher Weise dem jeweiligen Kenntnisstand der Adressat(inn)en entsprechend Hilfen zur Beantwortung der Frage angeboten wurden. Dies gilt ebenso für die Befragung von 135 Rehabilitationsträgern[178] im gleichen Zuge, die dahingehend um Auskunft gebeten wurden, wie viele Rehabilitand(inn)en mit Aphasie / Dysarthrie im Alter von 18 bis 45 Jahren im Jahr 1998 eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme begonnen bzw. durchgeführt hatten. 18 dieser Rehabilitationsträger berichteten, dass im fraglichen Zeitraum 833 Personen der Zielgruppe eine entsprechende Maßnahme begonnen bzw. absolviert hätten. Offen bleibt auch hier, was unter diese Maßnahmen subsumiert wurde. So mag das betreffende Spektrum beginnen mit „stufenweiser Wiedereingliederung“[179] und „Umsetzung im Betrieb“ und über eine Maßnahme in einer *Phase II-Einrichtung* bis hin zu einer Umschulung in einem *Berufsförderungswerk* reichen. Es ist daher zu vermuten, dass nur ein (geringer) Teil der Versicherten, über die von den Rehabilitationsträgern berichtet wurde, tatsächlich zum engeren Adressatenkreis von IBRA gehört: Denn Personen, die lediglich stufenweise eingegliedert oder umgesetzt werden müssen, um anschließend wieder

176 Vgl. *Ohne Verfasser* o.J. (1999): 5 f

177 Die Erhebungsunterlagen (Fragebogen, Anschreiben) sind im *BFW Nürnberg* nicht mehr erreichbar.

178 Vgl. *Ohne Verfasser* o.J. (1999): 9

179 Es ist nicht auszuschließen, dass z.B. Mitarbeiter(innen) von Krankenkassen die stufenweise Wiedereingliederung der beruflichen Rehabilitation zuordnen.

berufstätig sein zu können, sind sicherlich nicht der hier interessierenden Zielgruppe zuzurechnen. Dies gilt auch für Rehabilitand(inn)en, die eine Maßnahme in einem *Berufsförderungswerk* auch ohne besondere aphasiespezifische Förderung bewältigen können. Zu berücksichtigen ist schließlich, dass in der Kategorie „berufliche Rehabilitationsmaßnahmen" jene Personen „untergehen", die für das IBRA-Projekt von besonderem Interesse sind, weil sie genau der eigentlichen Zielgruppe entsprechen. Es ist zu vermuten, dass eine Reihe dieser Aphasiker(innen) schon seinerzeit in gewissermaßen „konkurrierenden" Maßnahmen befindlich waren, über die in *Abschnitt 2.2* bereits berichtet wurde. Was die Rehabilitand(inn)en betrifft, die im Rahmen der Erhebung von neun *Berufsförderungswerken* „gemeldet" wurden[180], so liegt gerade bei ihnen nahe, dass sie aus den bereits dargelegten Gründen *nicht* zum potenziellen IBRA-Adressat(inn)en-Kreis gehörten.

Vor dem Hintergrund dieser nachgehenden kritischen Beurteilung der seinerzeitigen Befragungsergebnisse kamen die Projektbeteiligten überein, erneut eine Bedarfserhebung mit folgenden Zielsetzungen anzugehen:

- Information der Adressat(inn)en der Erhebung über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation für Aphasiker(innen) sowie insbesondere über das Maßnahmeangebot im Rahmen von IBRA
- Ermittlung von Institutionen und Rehabilitationsträgern, die IBRA für eine geeignete Maßnahme der Rehabilitation von Aphasiker(inne)n halten
- Ermittlung realistischer Informationen über den Umfang des potenziellen Adressat(inn)en-Kreises von IBRA
- Ermittlung von Vorschlägen zu Gestaltung / Anpassung / Veränderung von IBRA entsprechend den Vorstellungen „des Marktes" (Darstellung von IBRA als „teiloffenes Konzept" und Entwicklungsprojekt)
- Ermittlung und Nutzung von Ansatzpunkten und Ansprechpartner(inne)n als Promotor(inn)en und Multiplikatoren

Konzeption und Durchführung der Erhebung wurden gemeinsam zwischen den Projektträgern und der Begleitforschung abgesprochen:

- Als Träger der Bedarfserhebung traten die beiden Partnereinrichtungen des Projekts auf. Sie übernahmen im Bedarfsfall auch die von den Befragungsadressat(inn)en gewünschte zusätzliche Information über IBRA durch Übersendung eines attraktiv gestalteten Folders.

[180] Vgl. *Ohne Verfasser* o.J. (1999): 10

- Gemeinsame Festlegung der Zielgruppen der Bedarfserhebung und Zusammenstellung eines Verteilers: Demnach gehörten zum Adressat(inn)en-Kreis
  - 450 neurologische Kliniken (bundesweit),
  - 56 andere Rehabilitationseinrichtungen (Phase-II-Einrichtungen, *Berufsförderungswerke* und *Berufsbildungswerke*),
  - 225 Rehabilitationsträger (bundesweit),
  - 940 in freier Praxis tätige Neurolog(inn)en (bundesweit),
  - 125 in freier Praxis tätige Logopäd(inn)en (bayernweit);
- Entwicklung eines Erhebungsbogens durch die Begleitforschung und gemeinsame Abstimmung des Instruments mit den Projektpartnern;
- Versand der Erhebungsunterlagen (IBRA-Informationsfolder mit Anschreiben, Fragebogen, Freiumschlag) in der 24. Kalenderwoche 2004;
- Rücklauf der bearbeiteten Erhebungsunterlagen an die Begleitforschung;
- Übernahme der Nachportokosten durch die Begleitforschung;
- Datenerfassung, -aufbereitung und -auswertung durch die Begleitforschung;
- Übermittlung von Adressen jener Personen bzw. Einrichtungen an das *Berufsförderungswerk Nürnberg*, die Interesse an weiteren Informationen über IBRA oder Ergebnisse des Modellprojekts zeigten.

5.2.2 Rücklauf

Die Erhebungsunterlagen wurden an 1796 Adressat(inn)en versandt. Bis zum Spätherbst 2004 liefen 152 Erhebungsbögen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 8,5 %. Aus Abbildung 22 sind die adressat(inn)enspezifischen Rücklaufquoten zu entnehmen, wobei deutlich wird, dass vor allem die äußerst geringe Beteiligung der niedergelassenen Neurolog(inn)en sowie – mit einigem Abstand – der Rehabilitationsträger für die insgesamt niedrige Rücklaufquote maßgeblich war (siehe *Abbildung 23*).

42 % der Fragebögen waren von Ärzt(inn)en, 37 % von Logopäd(inn)en / Linguist(inn)en / Sprachtherapeut(inn)en und die restlichen 21 % von anderen Personen bearbeitet worden. Trotz der Befragungsmüdigkeit, die auch ansonsten allenthalben zu beobachten ist,[181] war diese Resonanz der Befragung nicht befriedigend. Dies gilt umso mehr, als der eingesetzte Fragebogen nicht zu umfangreich, vom Layout her professionell gestaltet und durch einen

[181] Im Rahmen der vorangegangenen Erhebung im Jahr 1999 wurden lediglich 23 Rückläufe aus Reha-Kliniken, 9 Eingänge von Berufsförderungswerken und 18 Rückläufe von Rehabilitationsträgern registriert. Vgl. *ohne Verfasser* o.J. (1999): 7 ff

ansprechenden Prospekt über das IBRA-Projekt begleitet war. Wie lässt sich dieser geringe Rücklauf daher erklären?

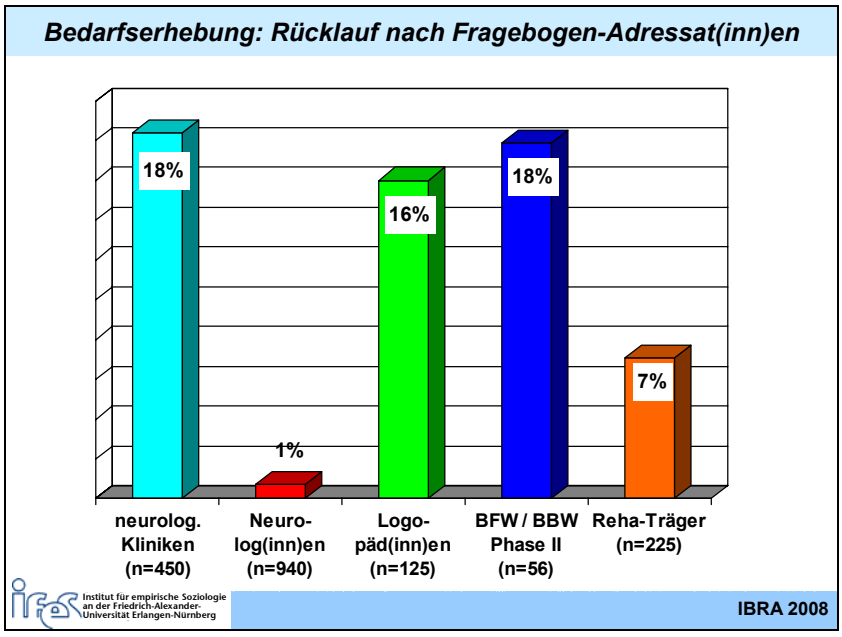


Abbildung 23

Mehrere Gründe bieten sich an, die möglicherweise zusammengewirkt haben:

(1) Die Erhebungsbögen erreichten insbesondere in den angeschriebenen Einrichtungen nicht jene Auskunftspersonen, die kompetent und erschöpfend hätten antworten können.

(2) Es sind tatsächlich nur wenige berufsförderungsfähige Aphasiker/-innen vorhanden. Dort, wo keine potenziellen Adressat(inn)en berufsfördernder Maßnahmen erkennbar waren, verzichteten die betreffenden Befragten daher häufig auf ein Ausfüllen des Erhebungsbogens. Dies gilt etwa auch für die Gruppe der niedergelassenen Neurolog(inn)en, die vor allem zu einem Zeitpunkt Akutfälle behandeln, zu dem noch wenig über die weiteren Rehabilitationschancen der Betroffenen ausgesagt werden kann. Demgemäß wäre von einem relativ beschränkten Bedarf an aphasiespezifischen Berufsförderungsmaßnahmen auszugehen.

(3) Die geringe Rücklaufquote könnte auch Spiegelbild bestimmter Einschätzungen und Erwartungshaltungen von professionellen Kliniker(inne)n, Rehabilitationsfachleuten und -kräften sein:

- Grundsätzlich wird immer noch beklagt, dass Perspektiven einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung im Bereich von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation auch heute noch zu zurückhaltend beurteilt werden.[182]
- Vor dem Hintergrund des bisher verfügbaren Angebotes an unspezifischen Teilhabeleistungen wird es Aphasiker(inne)n einfach nicht (mehr) zugetraut, jemals einen anspruchsvollen Bildungsgang absolvieren und wieder berufstätig werden zu können.

5.2.3 Umfrageergebnisse

Die Befragten wurden zunächst um Auskunft über jene Patient(innen bzw. Rehabilitand(inn)en gebeten, die sich zum Befragungszeitpunkt in ihrem Verantwortungsbereich befanden. Wie aus *Abbildung 24* hervorgeht, entsprachen die Verteilungen von Alter und zur Aphasie führenden Grunderkrankungen der betreffenden 2.441 Aphasiker(inne)n den Erwartungen. Im Wesentlichen handelte es sich um ältere Patient(inn)en, bei denen ein Schlaganfall zur Aphasie führte. Rund 10 % der Klient(inn)en hatten ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, ca. 7 % einen Hirntumor entwickelt. Nur ein Fünftel der Rehabilitand(inn)en war unter 50 Jahre alt.

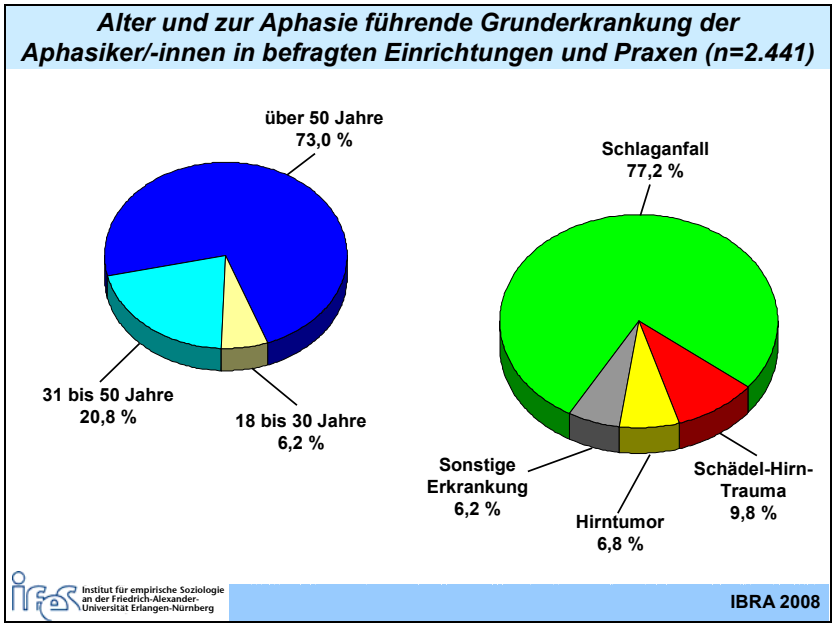


Abbildung 24

182 Vgl. *Müller-Fahrnow et al.* 2005: e33 f; *Bürger* 2006: 47 f, 54

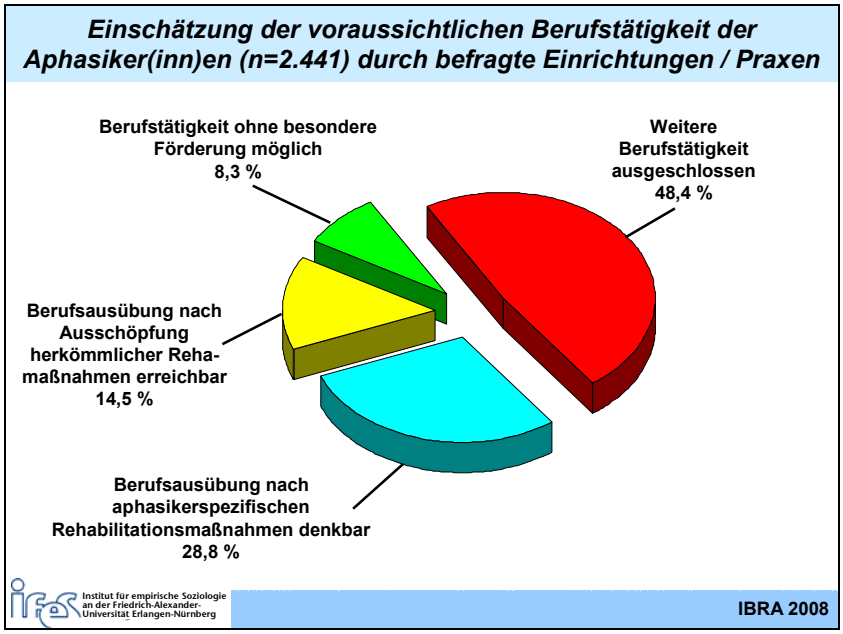


Abbildung 25

Abbildung 25 lässt erkennen, dass im Hinblick auf etwa die Hälfte der betreffenden Aphasiker(inne)n, das waren 1.181 Personen, eine weitere Berufstätigkeit für ausgeschlossen angesehen wurde. Was die restlichen 1.260 Personen betrifft (siehe *Abbildung 26*), so schätzten die Befragten ein, dass 16 % (203 Personen) von ihnen ohne weitere Rehabilitationsmaßnahmen und 28 % (354 Personen) nach Ausschöpfung der herkömmlichen Rehabilitationsleistungen berufstätig sein könnten. Im Hinblick auf 56 % (703 Personen) wurde geäußert, nur nach einer Förderung durch speziell auf Aphasiker/-innen abgestimmte Rehabilitationsmaßnahmen sei eine Berufstätigkeit denkbar.

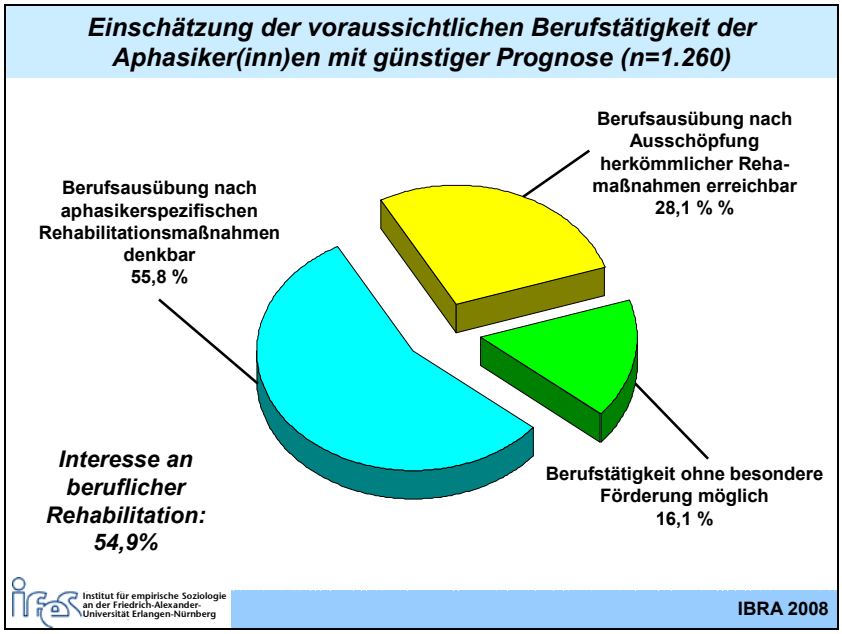


Abbildung 26

Die Einrichtungen und Praxen wurden auch danach befragt, wie hoch sie den Anteil ihrer Klientel einschätzten, die an beruflicher Rehabilitation interessiert sei. Aus ihren Angaben ließ sich errechnen, dass es sich hier um 691 Aphasiker/-innen handelte, das sind rund 55 % jener 1.260 Personen, für die eine berufliche Teilhabe für möglich gehalten wurde. Dieser Anteil stimmt in etwa mit den Ergebnissen der Befragung aus dem Jahre 1999 überein, in der 60 % von befragten 178 Aphasiker(inne)n Interesse an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen geäußert hatten.[183] Unterstellt man, dass sich diese Einschätzungen auf alle beurteilten Personen in etwa gleich verteilen und berücksichtigt man nun lediglich jene Rehabilitand(inn)en, die aphasikerspezifischer beruflicher Teilhabeleistungen bedürfen, so errechnen sich 379 Personen, die an derartigen Maßnahmen auch tatsächlich interessiert wären.

Danach befragt, welche Leistungen bei der beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n in das Förderangebot integriert werden sollten, antworteten die Einrichtungen und Praxen wie aus *Abbildung 27* ersichtlich ist.

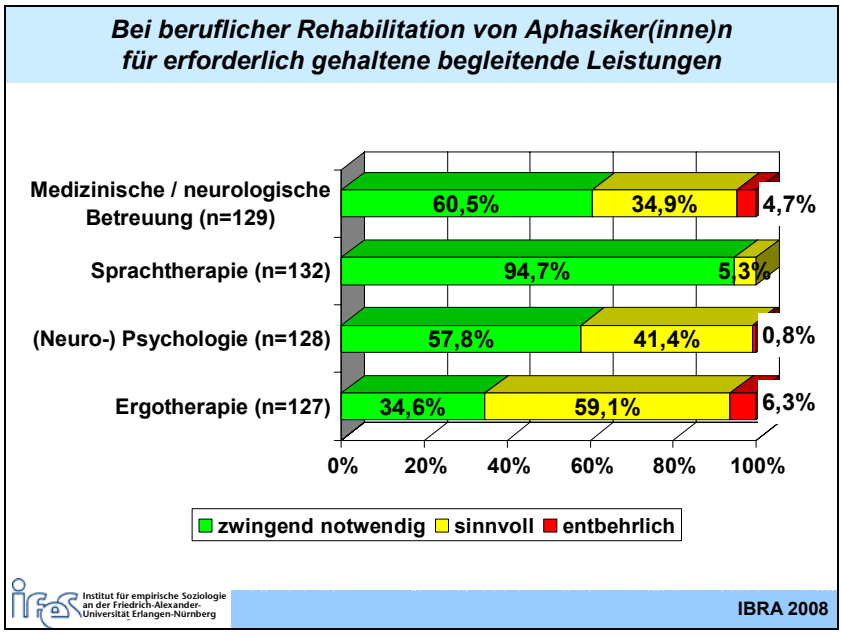


Abbildung 27

Demnach wurde von fast allen Auskunftspersonen Sprachtherapie für zwingend notwendig gehalten. Medizinische bzw. neurologische Betreuung und (Neuro-)Psychologie hielten jeweils fast zwei Drittel für erforderlich, während Ergotherapie nur von einem Drittel für nötig erachtet wurde. In offenen Bemerkungen forderten darüber hinaus 17 % der Befragten Krankengymnastik als begleitende Leistung. Weitere Leistungen (z.B. Angehörigenschulung, sozialpädagogische Betreuung, psychosomatische Behandlung usw.) wurden lediglich von

183 Vgl. *ohne Verfasser* o.J. (1999): 5

einzelnen Auskunftspersonen genannt. Insgesamt gesehen zeigt sich, dass alle hier geäußerten Gesichtspunkte bereits im IBRA-Konzept berücksichtigt worden sind. Insofern ergaben sich daraus keine weiteren Anregungen für das Modellprojekt.

Diese Umfrageergebnisse, die sich ausschließlich auf die Angaben der antwortenden Rehabilitationsträger und -einrichtungen bzw. Praxen niedergelassener Neurolog(inn)en und Logopäd(inn)en stützen, signalisieren, dass durchaus von einem Bedarf an aphasiespezifisch ausgerichteten Teilhabeleistungen auszugehen ist, der wesentlich höher ist als es die geringen Anmeldungszahlen im Rahmen des Modellprojekts IBRA vermuten lassen. Dies dürfte auch dann zutreffen, wenn nur jene Personen berücksichtigt werden, denen auch tatsächlich Interesse an einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung zugeschrieben werden kann, die gleichzeitig aber noch nicht vorzeitig berentet sind: Im Verlaufe des Projekts stellte sich nämlich heraus, dass die Aussicht, den Rentenanspruch zu verlieren, in sehr vielen Fällen als entscheidendes Hindernis für die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen angesehen werden muss.

Wie hoch der Bedarf an aphasiespezifischen Teilhabeleistungen tatsächlich ist, lässt sich allerdings anhand der gewonnenen Daten bundesweit kaum beziffern bzw. hochrechnen, da

- keine Repräsentativerhebung vorgenommen wurde,
- die Rücklaufquote gering war,
- die zugrunde liegenden Informationen von den Befragungspersonen im Wesentlichen überschlagsweise ermittelt und mitgeteilt wurden,
- Überschneidungen hinsichtlich der in die Schätzungen einbezogenen Klientel sind nicht auszuschließen, da bestimmte Rehabilitand(inn)en Klient(inn)en verschiedener Einrichtungen / Praxen bzw. Versicherte von Rehabilitationsträgern sein konnten.

Berücksichtigt man jedoch, dass sich viele Befragungsadressat(inn)en nicht an der Umfrage beteiligten, obwohl auch in ihrem Verantwortungsbereich rehabilitationsfähige und interessierte Aphasiker/-innen vorhanden sind, so ist bei aller Zurückhaltung anzunehmen, dass die von uns ermittelten Zahlen den wirklichen Bedarf wesentlich unterschreiten dürften.

5.3 Spezielle Charakteristik, Struktur- und Prozessqualität des beruflichen Teilhabeleistungsangebotes IBRA

Anliegen des Modellprojekts IBRA war nicht nur die Untersuchung der Maßnahmewirksamkeit (Ergebnisqualität). Vielmehr wurde auch angestrebt, zu einer transferfähigen Beschreibung des IBRA-Leistungskonzepts zu gelangen. Dazu wurde zunächst die nachfolgende

„Synopse“ erarbeitet: Hier werden die Besonderheiten des aphasiker/-innen-orientierten Leistungskonzeptes jenen Maßnahmen gegenüber gestellt, die sich im Allgemeinen an Rehabilitand(inn)en in *Berufsförderungswerken* richten. Anschließend wurden Struktur- und Prozessqualität des innovativen Leistungsangebotes, wie sie sich im Verlauf des Modellprojekts als sinnvoll erwiesen, präzisiert.

5.3.1 Stellung von IBRA im Vergleich zu anderen beruflichen Teilhabeleistungen in *Berufsförderungswerken*

Im Rahmen der Erhebung zum Bedarf an Förderleistungen zur Rehabilitation von Aphasiker(inne)n unter niedergelassenen Ärzt(inn)en, neurologischen Kliniken, Logopäden/-innen und Reha-Trägern zeigte sich, dass Anliegen, wesentliche Charakteristika und Chancen von IBRA noch nicht ausreichend bekannt waren. Auf Anregung der Begleitforschung wurde deshalb die Erarbeitung einer „Synopse“ angegangen, die wesentlich über die Funktionsübersicht hinausgeht, wie sie in der IBRA-Grundkonzeption enthalten ist.[184] Diese „Synopse“ (siehe *Übersicht 8*) dient dazu, die strukturellen Besonderheiten der IBRA-Berufsförderung von Aphasiker(inne)n im Kontrast zu den herkömmlichen, in *Berufsförderungswerken* vorgehaltenen Angeboten möglichst prägnant darzustellen.

[184] Siehe: *Berufsförderungswerk Nürnberg* / *Kiliani Klinik Bad Windsheim* 2001: 25ff

Übersicht 8: Synopse zum Vergleich von Strukturmerkmalen allgemeiner Berufsförderungsangebote in *Berufsförderungswerken* und der IBRA-Modellmaßnahmen

In der IBRA-Spalte sind jeweils aufgelistet

- Aspekte, die über die Merkmale hinausgehen, die für Maßnahmen in *Berufsförderungswerken* allgemein gelten, sowie
- Besonderheiten (Abweichungen), die nur für IBRA gelten.

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Ziele der Berufsförderung	**Integration der Teilnehmer(innen) auf dem Arbeitsmarkt** zur Realisierung des Grundsatzes **Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben gem. SGB IX**	
Personenkreis	Behinderte Menschen i.S. § 2 Abs.1 bis 3 SGB IX i.V. mit § 35 Abs. 1 SGB IX, deren Eignung und Neigung eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwarten lassen. Im Regelfall handelt es sich hierbei um die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt.	Personen mit Aphasie • die ihre bisherige berufliche Tätigkeit *noch nicht wieder* ausüben können, • die ihre bisherige berufliche Tätigkeit *nicht mehr* ausüben können, • die noch nicht berufstätig waren, • und die eine Integration auf dem allgemeinen oder einem besonderen Arbeitsmarkt erwarten lassen.
Zugangskriterien	Erfüllung förderungsrechtlicher Voraussetzungen der Reha-Träger gemäß der einschlägigen SGB-Vorschriften	Zusätzlich zu den allgemeinen Zugangskriterien müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: • räumliche, zeitliche und situative Orientiertheit • Mindestmaß an sprachlicher Verständigungsmöglichkeit • Fähigkeit zur weitgehend eigenständigen Lebensführung
Ausschlusskriterien	• Teilnehmer/-innen, bei denen die medizinische Rehabilitation noch nicht abgeschlossen ist • Teilnehmer/-innen, zu deren beruflicher Rehabilitation Spezialeinrichtungen vorgesehen sind (z.B. blinde oder sehbehinderte Menschen, geistig behinderte Menschen) • Minderjährigkeit • Pflegebedürftigkeit i.S. SGB XI	Gleiche Kriterien wie bei allgemeinen Leistungen zuzüglich • globale Aphasie • alle Formen von schweren bzw. akuten Aphasien • beeinträchtigende andere neuropsychologische Störungen, insbesondere mit Auswirkung auf die Orientierung • schwere Beeinträchtigungen des Affekts und der sozialen Kompetenz

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Informations-angebote	• Information und Führung durch das *BFW*, • ½ Tag, • standardisierte Gruppenveranstaltung zu *fest-stehenden Terminen*	• Information und Führung durch das *BFW*, • ½ Tag, • Einzelberatung, • *individuelle Terminvereinbarung*
Zugangsverfahren	Antrag des/der Betroffenen bei einem Reha-Träger	• Kontaktaufnahme und -pflege mit den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Selbsthilfeorganisationen und der beruflichen Rehabilitation • Kontaktaufnahme sowohl über kooperierende neurologische Rehabilitationsklinik als auch *BFW* möglich • Besondere Ausformung des Zugangsverfahrens in der Verwaltungspraxis: Eingriff in das Regelverfahren durch besondere Ansprechpartner bei den Reha-Trägern
Angebot an berufsfördernden Maßnahmen		
Vorbemerkung		• IBRA steht für ein integratives Konzept, nach dem versucht wird, die Teilnehmer/-innen so weit wie möglich mittels bestehender Angebote zu qualifizieren und zu fördern. Aufgrund des besonderen Behinderungsbildes sind jedoch immer spezielle, auf den Einzelfall abgestimmte Hilfen erforderlich, so dass es sich trotz des integrativen Charakters immer um eine Individualmaßnahme handelt. • Durchgehend während der ganzen Maßnahme zusätzlich: ◆ Individuelle Lernhilfen ◆ Logopädie Konzentrations- und Gedächtnistraining ◆ Case- und Reha-Management • Strukturmerkmal: *Aphasiker-Selbsthilfegruppe*: Teilnahme an einer ausbildungsübergreifenden Aphasiker/-innen-Selbsthilfegruppe unter Leitung eines Psychologen und Teilnahme des/der Case-Managers/-in

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Diagnostik und Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation		
1. Reha-Assessment	• Information und Beratung (I+B) • Psychologische Eignungsuntersuchung (PEU) • Abklärung der beruflichen Eignung (ABE) • Abklärung der beruflichen Eignung für psychisch oder neurologisch Vorerkrankte (ABE-P/N) • Arbeitserprobung (AP)	• Feststellung des medizinischen Leistungsbildes einschließlich neuropsychologischer und logopädischer Diagnostik in einer kooperierenden neurologischen Rehabilitationsklinik oder ggf. sonstigen medizinische Einrichtung. Dazu dienen Vorbefunde und Verlaufsergebnisse bereits stattgefundener Behandlungen, die ggf. durch eine erneute neurologische Begutachtung in einer neurologischen Rehabilitationsklinik ergänzt werden. • Für den Fall, dass eine Reha-Behandlung für den weiteren Erfolg der Berufsförderung im *BFW* als notwendig erachtet wird, wird diese stationär mit logopädischem und neuropsychologischem Schwerpunkt in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt. Danach erfolgt eine erneute Beurteilung mit Bezug zum Erstassessment. • Feststellung des beruflichen Leistungsbildes auf der Grundlage der A-BE/P-N unter besonderer Berücksichtigung der aphasiespezifischen Einschränkungen (*BFW*).
2. Rehabilitationsvorbereitungs-Lehrgang (RVL)	• Dauer: 3 Monate • Vermittlung der grundlegenden Fach-, Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen im Rahmen des Handlungsorientierten Ausbildungskonzepts, so dass die Teilnehmer/-innen das Eingangsniveau für die Ausbildung erreichen und hierauf aufbauend die Berufsausbildung erfolgreich abschließen können.	• Dauer: 6 Monate • Aphasiespezifische Ausbildungsvorbereitung, Schwerpunkte: ◆ mündliche und schriftliche Kommunikation ◆ individuelle Sprachförderung ◆ Konzentrations- und Gedächtnistraining ◆ Umgang mit Zahlen / Rechnen ◆ Förderung d. Persönlichkeits-, Sozial-, Methodenkompetenz • Dabei sukzessive zunehmende Anforderungen mit dem Ziel einer allmählichen Steigerung von Belastbarkeit und Ausdauer • Durchgehend während der ganzen Maßnahme zusätzlich: ◆ Individuelle Lernhilfen ◆ Logopädie ◆ Case- und Reha-Management • Bei Eignung nach drei Monaten modulare fachspezifische Integration in die berufsspezifischen Reha-Vorbereitungslehrgänge mit individuellen Wochenplänen (dabei weiterhin individuelle Lernhilfen, Logopädie etc.)

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Ausbildung		
3.1 Vollqualifizierungen	In anerkannten Berufen gemäß den einschlägigen Berufsbildern und Rahmenplänen (Dauer i.d.R. 24 Monate) nach den methodischen Grundsätzen der Handlungsorientierten Ausbildung (HOA)	Bei Eignung Vollqualifizierung, Integration in die Ausbildungsgruppe und besondere Hilfen (siehe IBRA-RVL)
3.2 Teilqualifizierungen	Kompakte, auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnittene Qualifizierung aus individuell buchbaren Modulen	
3.3 Individualmaßnahmen	Qualifizierung, Training oder Weiterbildung zur Anpassung an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes oder auf einen konkreten Arbeitsplatz	Wenn Vollqualifizierung nicht angezeigt ist, Individualmaßnahme zuzüglich besonderer Hilfen
3.4 Wohnortnahe Rehabilitation in Geschäftsstellen	Geschäftsstellen-Netzwerk. Leistungsspektrum: • Integrationsmaßnahmen zur direkten Wiedereingliederung von Rehabilitand(inn)en (IWR) • Rehabilitation in Kooperation mit Betrieb und Berufsschule (RiB) • Berufliche Integration durch Kooperation (BiK) • standortspezifische Angebote	Eine Durchführung von IBRA außerhalb des Reha-Zentrums des *BFW* ist aufgrund des besonderen Behinderungsbildes und der deshalb erforderlichen Hilfen nicht möglich.
Reha-Management		• Bundesweite Kontaktaufnahme zu Betroffenen, die für das Projekt in Frage kommen • Koordination der Aufgaben zwischen den Kooperationspartnern • Maßnahmebegleitende Beratung und Unterstützung in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern • Bereitstellung von Beratungs- und Informationsangeboten für Angehörige • Aphasiespezifische Beratung und Schulung der Mitarbeiter des *BFW* • Unterstützung der Rehabilitand(inn)en bei Arbeitsplatzsuche und beruflichen Integration zusammen mit dem Case-Management • Vertretung des Case-Managements

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Case-Management	• Konzeption und Betreuung der im *BFW* durchgeführten Individualmaßnahmen • Durchführung von Maßnahmen zum Erhalt und der Sicherung von Beschäftigungsverhältnissen (Prävention) in Kooperation mit den Krankenkassen	• Koordination von Aufgaben der Modellpartner und Kooperationspartner in der direkten Betreuung der Aphasiker sowie zwischen den Mitarbeitern des Fachdienstes und der Ausbildung • Mitwirkung im Reha-Team • Information und Beratung der Teilnehmer/-innen und der Mitarbeiter/-innen • Teilnahme an den Beratungen des Steuerungsteams • Hilfe bei der Integration am Arbeitsplatz in Zusammenarbeit mit dem Reha-Management • Vertretung des Reha-Managements
Reha-Team / IBRA-Team	• Das Reha-Team begleitet eine behinderungsheterogen zusammengesetzte Ausbildungsgruppe im Maßnahmeverlauf • Es erstellt den individuellen Förder- und Integrationsplan • Mitglieder des Reha-Teams sind die Ausbilder/-innen der Ausbildungsgruppe, ein/e Arzt/Ärztin, ein/e Psychologe/-in und ein/e Reha-Berater/-in	• Das IBRA-Team begleitet alle Aphasiker/-innen, die sich im *BFW* in Maßnahmen befinden. Es tagt turnusmäßig und bei Bedarf. • Das IBRA Team erstellt den individuellen Förder- und Integrationsplan für die IBRA Teilnehmer/-innen • Es schult die mit den Aphasikern/-innen in der Ausbildung befassten Ausbilder/-innen • Das IBRA-Team arbeitet an der Weiterentwicklung der IBRA-Konzeption • Der/die Case-Manager/-in nimmt an Reha-Team-Besprechungen teil, wenn dort ein IBRA-Fall beraten wird • Mitglieder im IBRA-Team sind die Reha- und der/die Case-Manager/-in, sowie ein/e jeweils aphasiespezifisch geschulte/r Arzt/Ärztin, Diplom-Psychologe/-in und Reha-Berater/-in

Strukturmerkmal	Berufliche Rehabilitation In *Berufsförderungswerken* allgemein	IBRA
Wohnen und Freizeit	Die Teilnehmer/-innen können in einem im *BFW* vorgehaltenen Zimmer mit Dusche und WC wohnen. Davon ist eine Reihe von Zimmern speziell für unterschiedliche Behinderungen ausgestattet (z.B. Rollstuhlfahrer, Allergiker, Hörbehinderte). Zahlreiche Freizeiteinrichtungen (z.B. Sport- und Schwimmhalle incl. Sauna, Kegelbahn, Minigolfanlage und Tennisplatz) laden zur aktiven Gestaltung der Freizeit ein und dienen dazu, „fit für's Lernen" zu bleiben. Die Palette der vielfältigen sonstigen Freizeitmöglichkeiten umfasst in der Regel sportliche, kreative, musikalische und meditativ-entspannende Angebote. An der Organisation wirken die Teilnehmer/-innen maßgeblich mit.	Aphasiker/-innen-Selbsthilfegruppe • Teilnahme freiwillig • ausbildungsübergreifend • unter Anleitung des Case-Managements und eines/-r Psychologen/-in
Weiterbildung / Supervision	• Kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen • Angebot an Einzel- und Team-Supervision	zusätzliche aphasiespezifische Weiterbildungsangebote
Qualitätsmanagement	Standardisiertes QM wird durchgeführt	

5.3.2 IBRA-Strukturqualität

Die entscheidenden Strukturmerkmale wurden bereits in *Abschnitt 3* sowie in *Übersicht 8* eingehend dargestellt. Insofern soll hier lediglich in Kürze auf die wichtigsten Qualitätskennzeichen eingegangen werden.

Die IBRA-Leistungen werden sinnvollerweise nicht isoliert, sondern integriert in den organisatorischen Kontext etablierter Rehabilitationseinrichtungen (Berufsförderungseinrichtung, neurologische Fachklinik) erbracht. Insofern ist es schwierig, den betreffenden strukturellen Aufwand zu beziffern. Entsprechende Unterlagen standen uns nicht zur Verfügung. Gleichwohl ist grundsätzlich von den nachfolgend enumerierten Strukturkennzeichen auszugehen:

(1) Grundlage des Maßnahmeangebotes ist die Infrastruktur einer Berufsförderungseinrichtung für erwachsene behinderte Menschen gemäß § 35 Abs. 1 SGB IX, die wegen einer gesundheitlichen Schädigung oder Behinderung oder Behinderungsauswirkung – hier Aphasie – nicht (mehr) in der Lage sind, einen Beruf oder eine Tätigkeit auszuüben und die deshalb zu ihrer (Wieder-)Eingliederung in Beruf und Gesellschaft besonderer Hilfen dieser Einrichtungen bedürfen. Die Einrichtung muss deshalb nach Dauer, Inhalt und Gestaltung der Leistungen, Unterrichtsmethoden, Ausbildung und Berufserfahrung von Leitung und Lehrkräften sowie der Ausgestaltung der Fachdienste eine erfolgreiche Ausführung der Leistung erwarten lassen. Für eine praxisorientierte Ausbildung ist ein mit den spezifischen Belangen von behinderten Erwachsenen vertrautes Ausbildungspersonal mit betriebspraktischer Erfahrung sowie den erforderlichen Kenntnissen der Erwachsenenbildung und Didaktik erforderlich.
Die begleitenden Fachdienste – Sozialer Dienst, Psychologischer Dienst, Medizinischer Dienst – sind unerlässliche Bestandteile dieser Berufsförderungseinrichtungen. Sie betreuen die Maßnahmeteilnehmer/-innen rehabilitationsspezifisch und tragen so zum Rehabilitationserfolg bei.
In diesem Diensten sind hauptamtliche Mitarbeiter(innen) wie Ärzte/-innen, Diplom-Psycholog(inn)en, Sozialabeiter(innen) bzw. -pädagog(inn)en und sonstige Fachkräfte (abhängig von der Einrichtungsgröße und geförderter Klientel) in erforderlicher Zahl bereit zu stellen. Regelmäßige fachliche und rehabilitationsspezifische Fortbildung und Supervision des Fachpersonals sind weitere Qualitätskennzeichen.
Räumliche und sachliche Ausstattung (audio-visuelle Medien, EDV-Hard- und Software, Organisationsmittel, Maschinen, Werkzeuge, Messgeräte) dieser Berufsförderungseinrichtungen tragen den Erfordernissen moderner beruflicher Erwachsenenbil-

dung Rechnung und entsprechen den betriebspraktischen Anforderungen der Arbeitswelt.[185]

(2) Einbeziehung einer bzw. mehrerer neurologischen/-er Rehabilitationsklinik/-en im Zuge von

- Rehabilitand(inn)en-Allokation,
- medizinischem Reha-Assessment,
- bedarfsweiser konsiliarischer Mitarbeit im IBRA-Team,
- ggf. erforderlicher intermittierender medizinischer Rehabilitation,
- laufender aphasiker(innen)-orientierter Beratung / Fortbildung von Rehabilitationsfachkräften der Berufsförderungseinrichtung.

personelle und organisatorische Sicherstellung von

- Reha-Management
- Case-Management
- Reha-Team
- IBRA-Team

Besondere Bedeutung kommt dabei den Funktionsbereichen Reha- und Case-Management zu, da die Manager(innen) die Teilnehmer(innen) durch den gesamten Rehabilitationsprozess – von der Erstberatung bis hin zur (Re-)Integration in die Arbeitswelt begleiten und wichtige Steuerungsaufgaben im Rahmen des Reha-Teams übernehmen. Allerdings hat sich im Rahmen des Modellprojekts gezeigt, dass es bei relativ geringer Teilnehmer(innen)-Zahl durchaus möglich ist, diese beiden Funktionsbereiche zusammen zu legen und einer einzigen Person zu übertragen.

(4) Aphasieorientierte Fortbildung des zur Berufsförderung von Aphasiker(inne)n vorgesehenen Fachpersonals. Dieses muss mit der Symptomatik, den behinderungsbedingten Problemen, Fördermöglichkeiten und Kommunikationsanforderungen von Aphasiker(inne)n vertraut und in der Lage sein, die Kommunikationsfähigkeit der Rehabilitand(inn)en qualifiziert zu fördern. Für die grundlegende Kenntnisvermittlung sind in der Implementierungsphase etwa 12 Monate einzuplanen. Darüber hinaus sind halbjährliche weitere Fortbildungen (etwa in Form interner Schulungen) erforderlich, um Nachhaltigkeit des Wissenszuwachses sicherstellen zu können. Schließlich müssen die mit der Ausbildung befassten Berufspädagog(inn)en zu Maßnahmebeginn über die speziellen Probleme, das Leistungsvermögen und die Leistungsgrenzen einzelner Rehabilitand(inn)en informiert werden.[186]

---

185 Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* 2005: 8 ff; *Kunze / Kreikebohm* 2006: 205

186 Dies ist eine Besonderheit des IBRA-Angebotes, da das Ausbildungsteam bei anderweitig behinderten Teilnehmer(inne)n nicht über deren gesundheitliche und sonstige Probleme unterrichtet wird.

(5) Bereitstellung von ausreichendem, für die aphasikerspezifische Berufsförderung vorgesehenem Fachpersonal. Aufgrund der Erfahrungen im Rahmen des Modellprojekts ist im Vergleich zu den im Allgemeinen in Berufsförderungswerken durchgeführten Maßnahmen mit einem erheblichen Mehraufwand zu rechnen:
   - rund 30 % Mehraufwand im Hinblick auf Vorfeldmaßnahmen, Reha-Assessment, Förderplanung, Case Management, Fortbildung und Supervisison
   - rund 50 % Mehraufwand für die Einzelförderung, Training zur Verbesserung der Gedächtnisleistung und der Lern- und Arbeitstechniken der Aphasiker(innen)

(6) Sicherung der sprachtherapeutischen, logopädischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und neuropsychologischen Betreuung der Aphasiker(innen) durch
   - eigenes Fachpersonal der Berufsförderungseinrichtung bzw.
   - bedarfsweise Einbindung externer Fachkräfte (z.B. niedergelassene Logopäd(inn)en, Neuropsycholog(inn)en usw.).

   Bei einer Teilnehmer(innen)-Zahl von bis zu 20 in den verschiedenen Berufsförderungsphasen bzw. -maßnahmen befindlichen Aphasiker(inne)n ist insgesamt gesehen *pro Woche* von einem durchgehenden Bedarf von etwa 10 – 12 Stunden Ergotherapie, 20 Stunden Logopädie und 20 Stunden Physiotherapie auszugehen.

(7) Personell und zeitlich aufwändige Organisation zielgruppenadäquater Lernbedingungen wie individuelle Förderphasen, Modularisierung des Curriculums, integrative Förderung gemeinsam mit anderen, nicht sprech-/sprachbehinderten Rehabilitand(inn)en

(8) Sicherstellung der organisatorisch und zeitlich aufwändigen Akquisition von (wohnortnahen) Praktikumsplätzen sowie von Nachsorge und Arbeitsvermittlung durch enge Kooperation von Case- und Reha-Management mit
   - Rehabilitationsberatern der *Arbeitsagenturen*,
   - *Integrationsfachdiensten (IFD).*

(9) Wenn irgend möglich: Absicherung des Rehabilitationsprozesses durch Einbindung der Angehörigen als „Co-Trainer(innen)“ und Kooperationspartner bei Praktikumsakquisition, Verhandlungen mit Rehabilitationsträgern und Behörden usw.

5.3.3 IBRA-Prozessqualität

Grundlage zur Beschreibung der Prozessqualität des IBRA-Konzepts waren die Unterlagen des *BFW Nürnberg* zum Qualitätsmanagement (Qualitätsmanagement-Handbuch)[187] im Hinblick auf die herkömmlichen Angebote des *Berufsförderungswerkes*. In Anlehnung an diese Vorgaben wurden die Abläufe der verschiedenen Maßnahmeabschnitte, wie sie sich in der Projektlaufzeit bewährt hatten, anhand von Flussdiagrammen dargestellt. Da sich IBRA in besonderem Maße dadurch auszeichnet, flexibel auf Bedarfslagen im Einzelfall eingehen zu können, handelt es sich dabei um *idealtypische Abläufe*. So können sie etwa nicht der Tatsache Rechnung tragen, dass – mehr noch als bei Maßnahmen für andere behinderte Menschen im *Berufsförderungswerk* – gerade bei den Aphasiker(inne)n großer Wert auf horizontale und vertikale Durchlässigkeit gelegt wird: Demnach kann ein(e) Rehabilitand(in)

- von einer zunächst ins Auge gefassten Qualifizierung in eine Individualmaßnahme umgesetzt werden, wenn deutlich wird, dass sie den Anforderungen nicht gewachsen ist, aber auch umgekehrt von einer Individualmaßnahme in eine Umschulung umsteigen, wenn deutlich wird, dass sie den betreffenden Leistungserwartungen entsprechen wird (vertikale Durchlässigkeit);
- in eine andere Rehabilitationseinrichtung vermittelt werden, wenn dort ein Berufsangebot vorgehalten wird, das es im eigenen *Berufsförderungswerk* nicht gibt, und umgekehrt (und das ist im Grunde die Regel) können Personen aus andren Einrichtungen in das IBRA-Programm aufgenommen werden, die ein entsprechendes Angebot nicht vorhalten (horizontale Durchlässigkeit).

Die nachfolgenden *Abbildungen 28* bis *34* enthalten Ablaufschemata für die Prozesse von

- Information und Beratung von IBRA-Adressat(inn)en und ihren Angehörigen,
- Zugang sowie das Anmelde- und Aufnahmeverfahren im Rahmen von IBRA,
- Reha-Assessment im Rahmen von IBRA,
- Rehabilitationsvorbereitung von IBRA-Teilnehmer(inne)n im Rahmen der Reha-Vorbereitungslehrgänge (RVL),
- Vollqualifizierender beruflicher Bildung (Hauptmaßnahme) im Rahmen von IBRA,
- Individuellen Teilqualifizierungen von IBRA-Teilnehmer(innen).

Abbildung 28 gibt zunächst einen Überblick über den gesamten IBRA-Ablaufprozess ohne auf Details einzelner Maßnahmeabschnitte einzugehen.

[187] Siehe dazu *Berufsförderungswerk Nürnberg* 1999; 2001; 2004a, 2004b; 2005a; 2005b

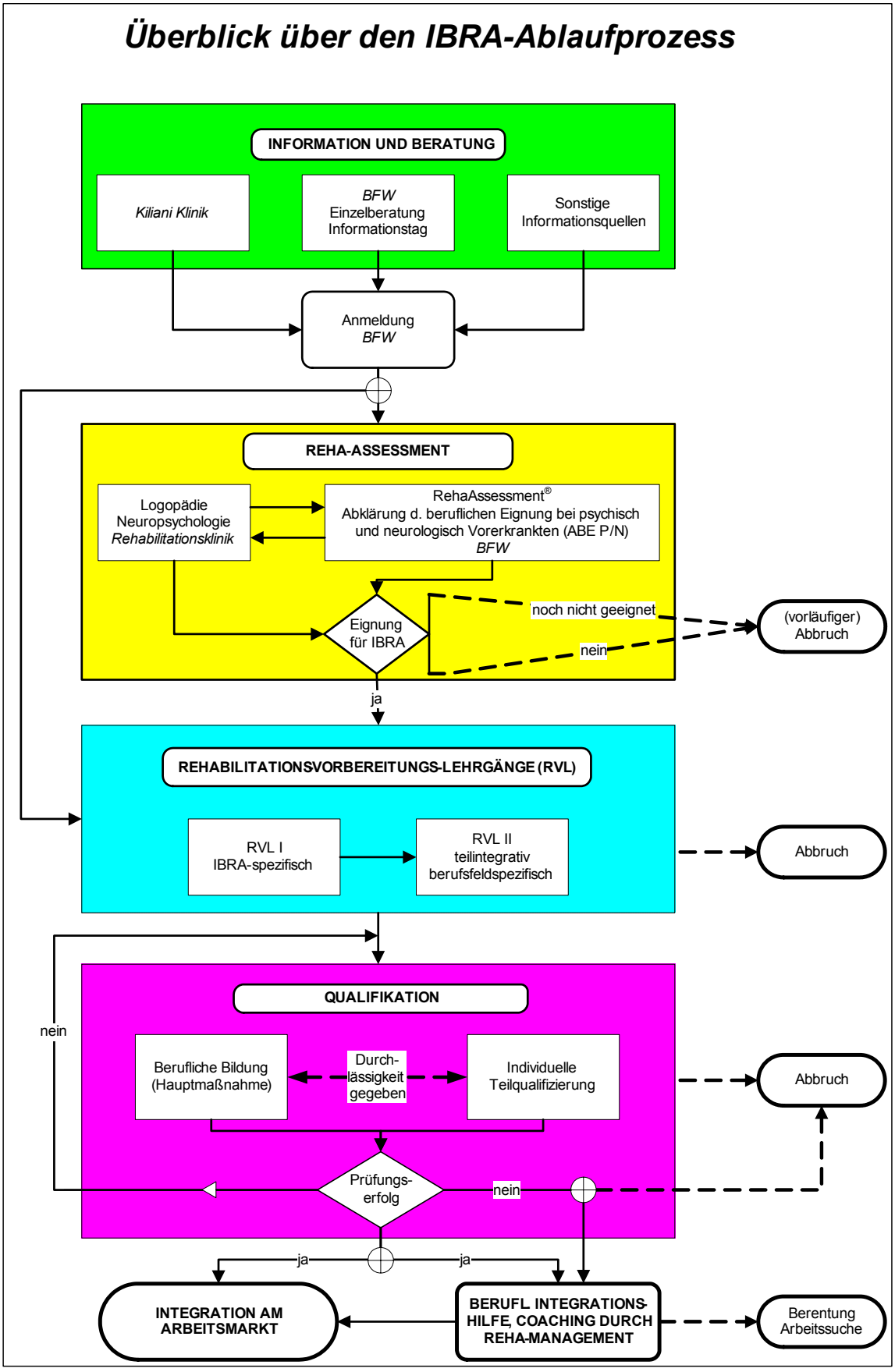


Abbildung 28

Abbildung 29 informiert idealtypisch über den Prozess zur Information und Beratung von IBRA-Adressat(inn)en und ihren Angehörigen. Allerdings kann dieses Schema nicht in jedem Fall eingehalten werden. So liegt von einigen Aphasiker(inne)n bereits ein Reha-Antrag vor, bevor sie sich genauer über das IBRA-Angebot informieren. Manchen, weit entfernt wohnenden Rehabilitand(inn)en ist nicht möglich, zur Information im Rahmen einer Einzelberatung in die Berufsförderungseinrichtung zu reisen. Andere werden vom zuständigen Rehabilitationsträger so kurzfristig angemeldet, dass eine vorherige eingehende Information und Beratung von Seiten des *BFW* vor Maßnahmebeginn nicht erfolgen kann.

Im Rahmen des Modellprojekts zeigte sich, dass diese Vorfeldphase der Teilhabeleistung sehr arbeits- und damit zeitaufwendig ist, da es häufig nicht nur darum geht, gemeinsam mit den Interessent(inn)en rentenrechtlichen Konsequenzen und Fragen einer Leistungsbeantragung zu erörtern. Vielfach werden solche Gespräche auch genutzt, sich über Möglichkeiten von Integrationsfachdiensten oder bestehende Selbsthilfegruppen zu informieren.

Abbildung 30 illustriert den Zugangsprozess sowie das Anmelde- und Aufnahmeverfahren im Rahmen von IBRA. Zur Vorbereitung der Maßnahme im *BFW* werden die Unterlagen der Teilnehmer(innen) den Angehörigen von Reha- bzw. Assessment-Team zur Verfügung gestellt. Allerdings erhalten die Ausbilder(innen) keinen Einblick in medizinische Unterlagen. So weit bereits anderswo (z.B. in einer anderen Berufsförderungseinrichtung) ein qualifiziertes Reha-Assessment stattgefunden hat und aussagefähige Ergebnisse im Hinblick auf das Berufsziel der Aphasikers(innen) vorliegen, muss aus Kostengründen meist auf ein erneutes Assessment verzichtet werden: Die betreffenden Personen können dann sofort in die vorgesehene (Teil-)Qualifizierungsmaßnahmen übernommen werden. Anderenfalls wird nun das Reha-Assessment durchgeführt, dessen Ablauf aus *Abbildung 31* hervorgeht.

Abbildung 32 wendet sich dem Prozess der Rehabilitationsvorbereitung im Rahmen von IBRA zu. Deutlich erkennbar sind die spezifischen Angebote und flankierenden Maßnahmen, die einen wesentlichen Teil der speziell auf die Gruppe der Aphasiker/-innen zugeschnittenen Ausbildungsvorbereitung ausmachen.

Anhand *Abbildung 33* lässt sich die Durchführung der beruflichen Bildung von Personen mit Aphasie (Hauptmaßnahme) nachvollziehen. Auch hier ist auf die adressat(inn)en-spezifischen flankierenden Angebote zu verweisen. Von besonderem Interesse ist darüber hinaus die Vielfalt von Möglichkeiten zur modifizierten Prüfungsorganisation und –gestaltung, die gerade auch bei Aphasiker(inne)n immer wieder beantragt werden müssen, um im Bedarfsfall die behinderungsbedingten Nachteile der Teilnehmer/-innen ausgleichen.[188]

[188] Siehe dazu insbesondere *Keune / Frohnenberg* 2004

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die überaus große Kooperationsbereitschaft der *Industrie- und Handelskammer Nürnberg* im Rahmen des Modellprojekts IBRA: Trotz des damit (auch für die *IHK* und ihre Prüfungsgremien) verbundenen hohen organisatorischen Aufwandes zeigte sie sich stets offen, wenn sie um Nachteilsausgleich angegangen wurde.

Abbildung 34 widmet sich schließlich den Maßnahmen zur individuellen Teilqualifizierung, die speziell auf den Bedarf einzelner Rehabilitand(inn)en zugeschnitten konzipiert werden. Auch hier spielen die aphasiespezifischen Angebote eine herausragende Rolle.

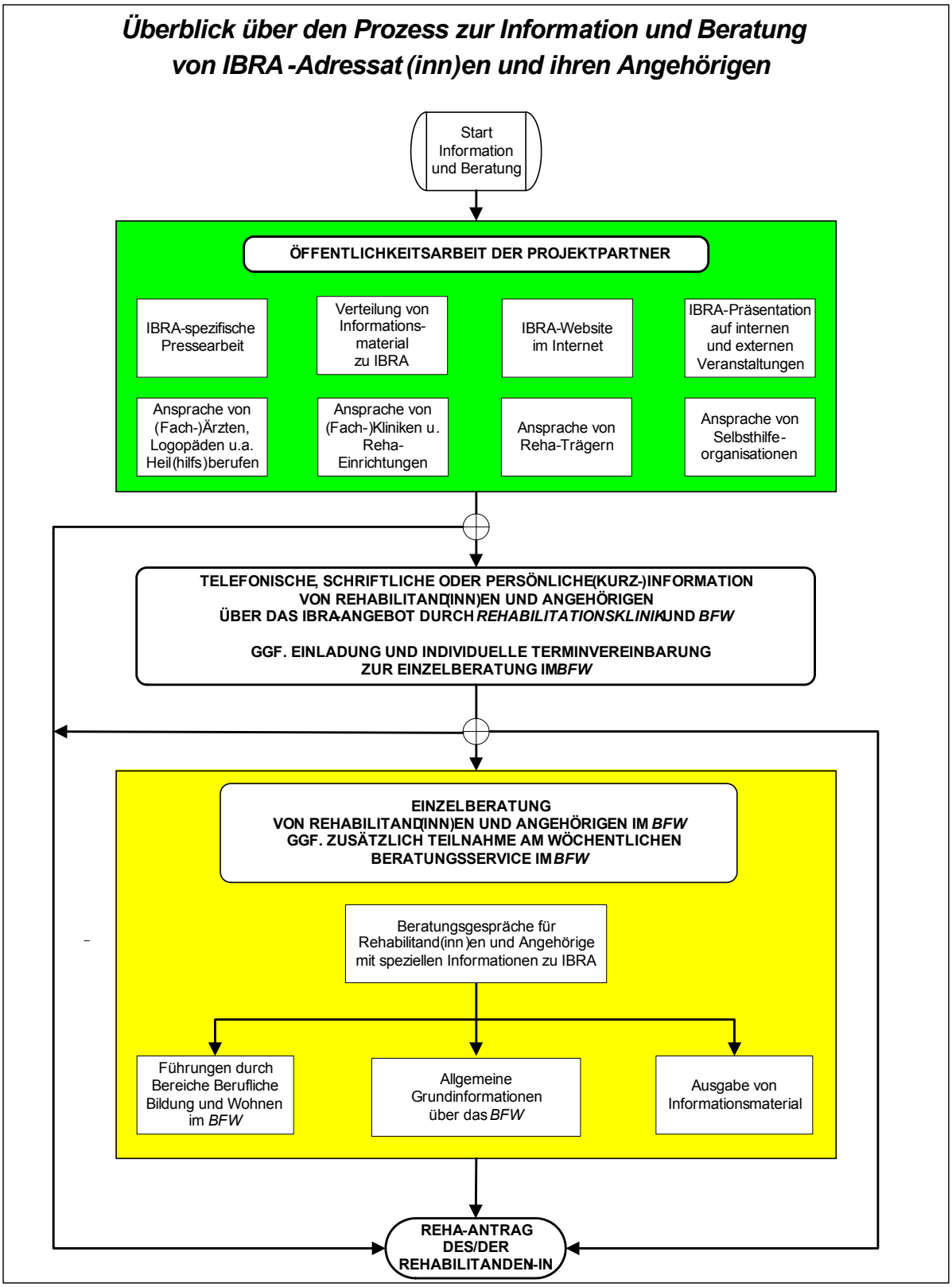


Abbildung 29

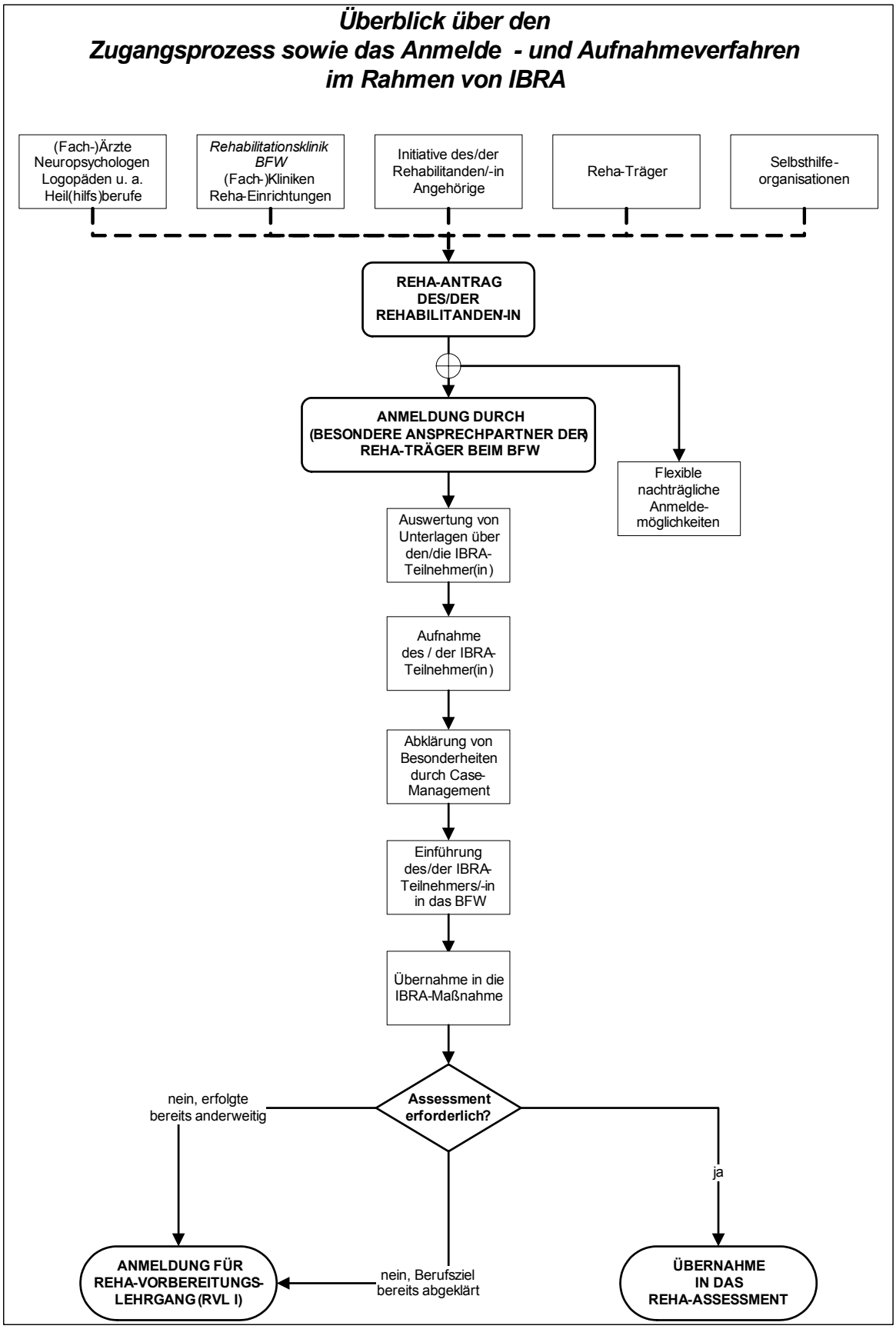


Abbildung 30

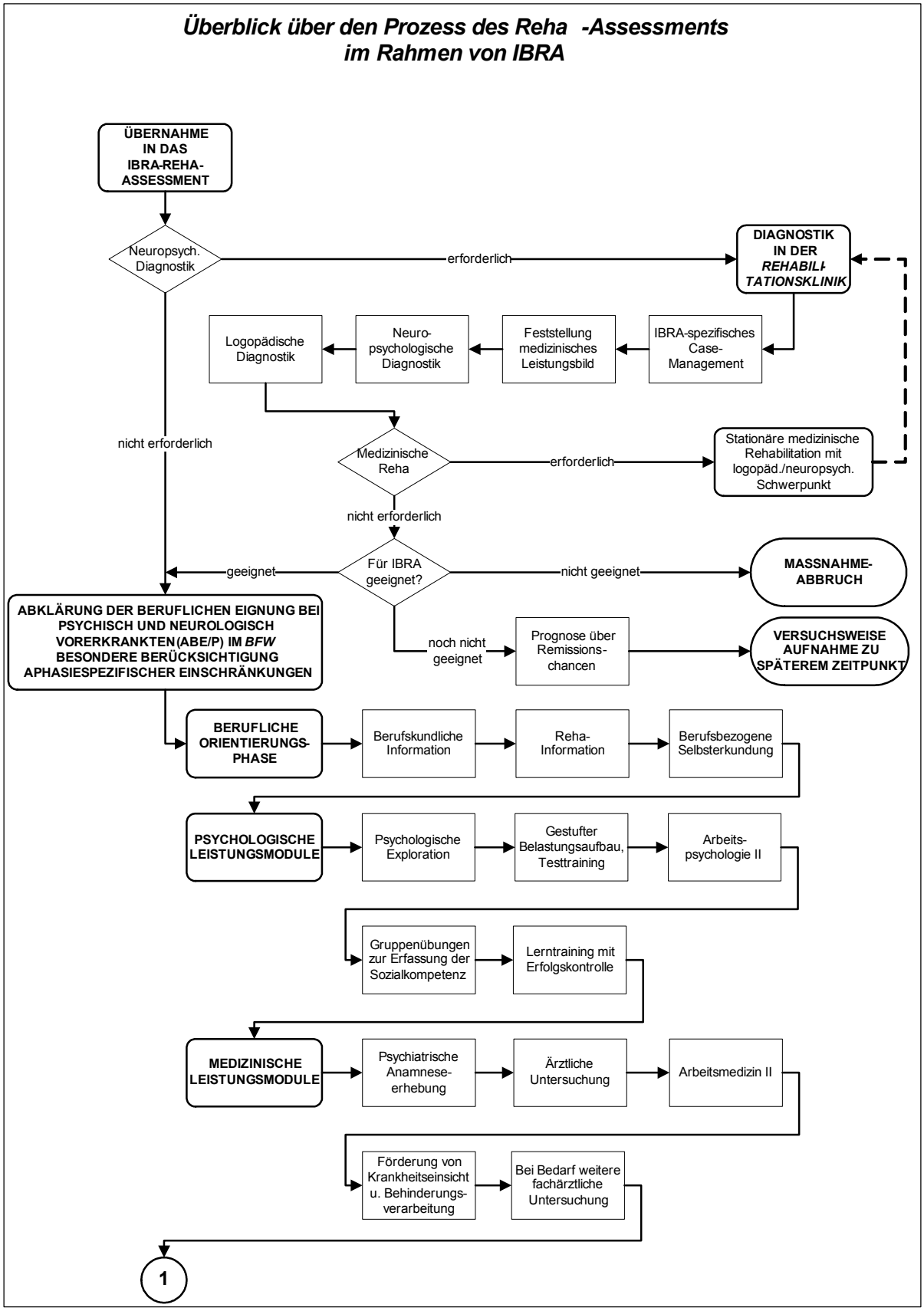
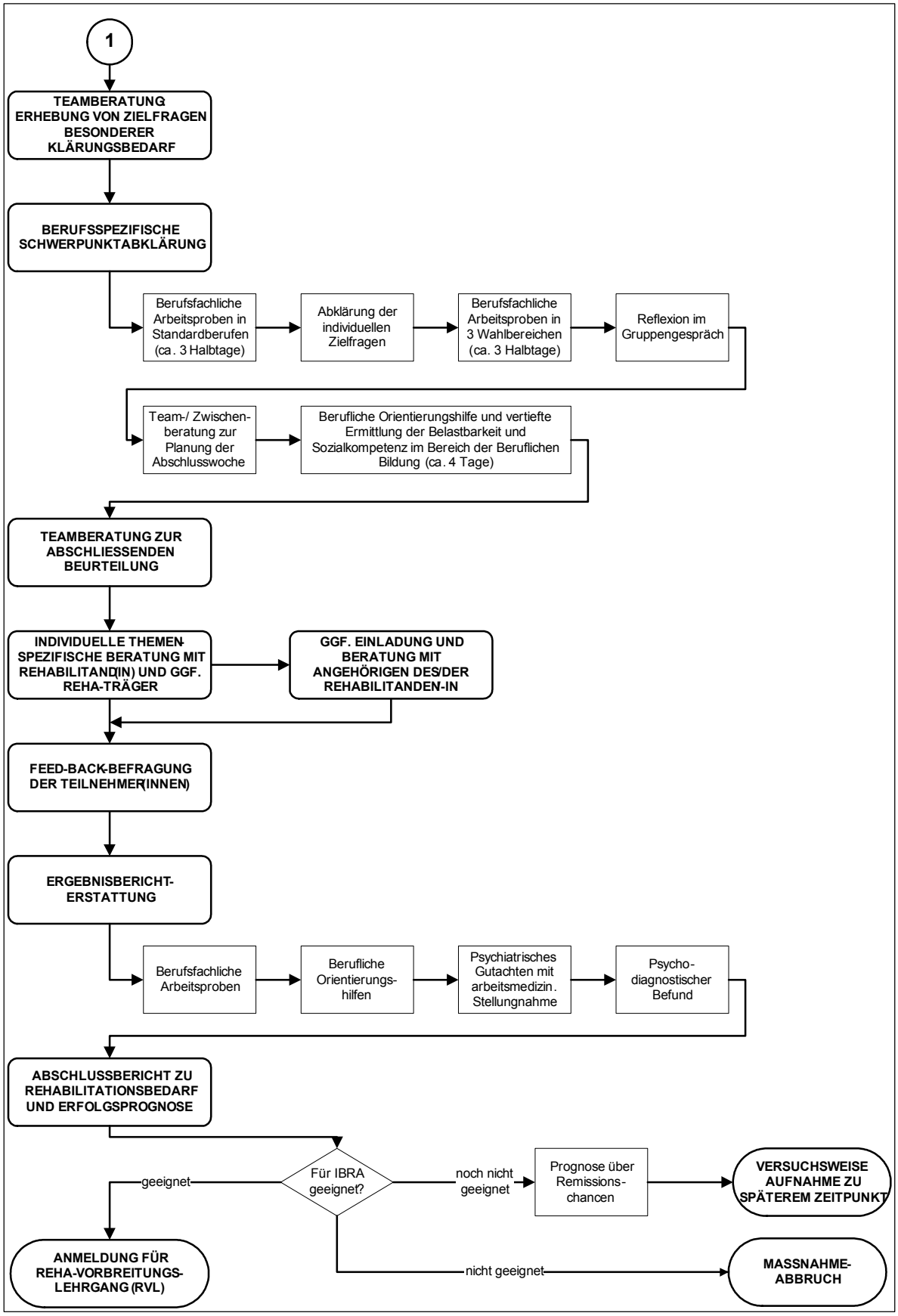


Abbildung 31



Fortsetzung *Abbildung 31*

Überblick über den Prozess der Rehabilitationsvorbereitung von IBRA - Teilnehmer(inne)n im Rahmen der Reha -Vorbereitungs -Lehrgänge (RVL)

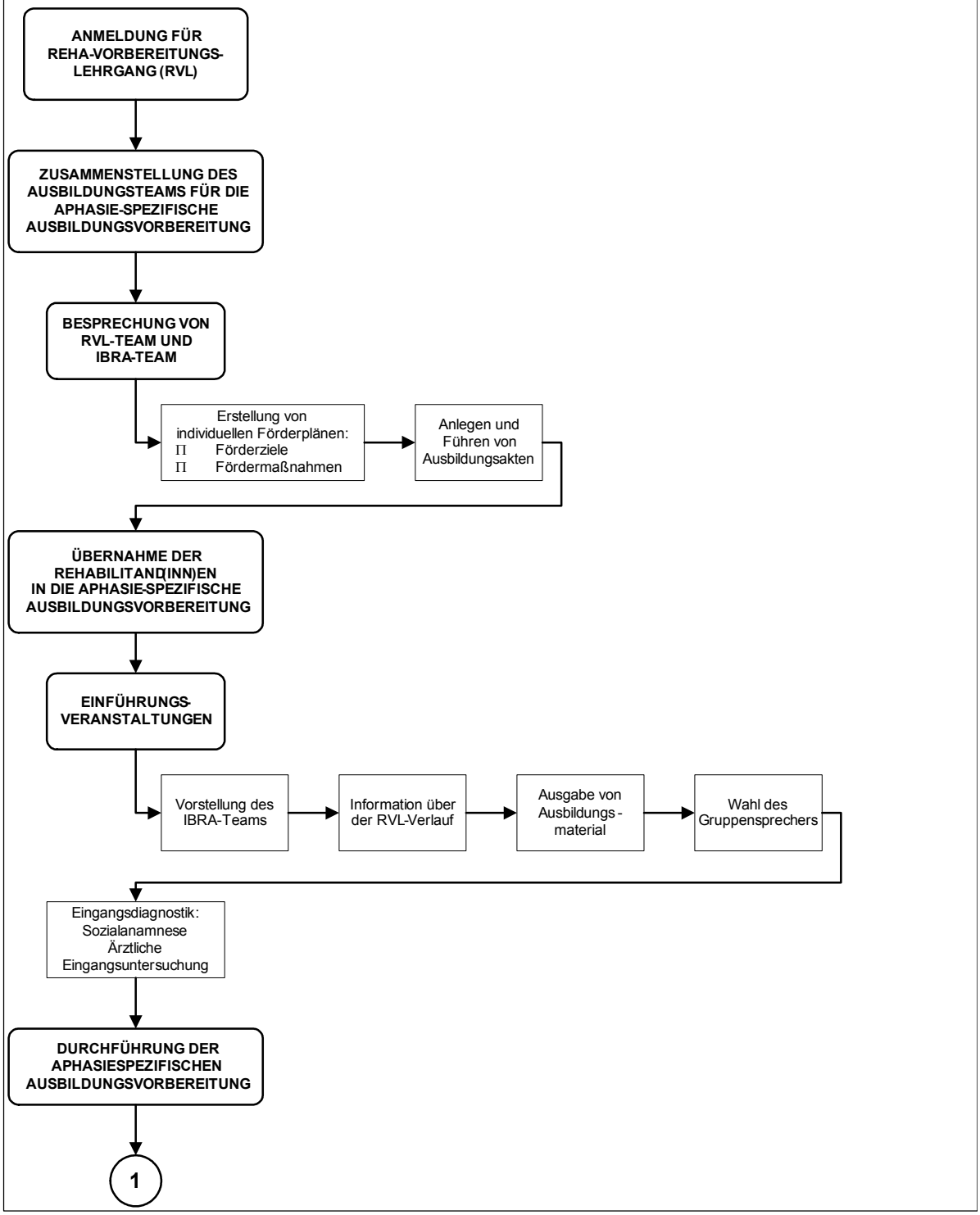
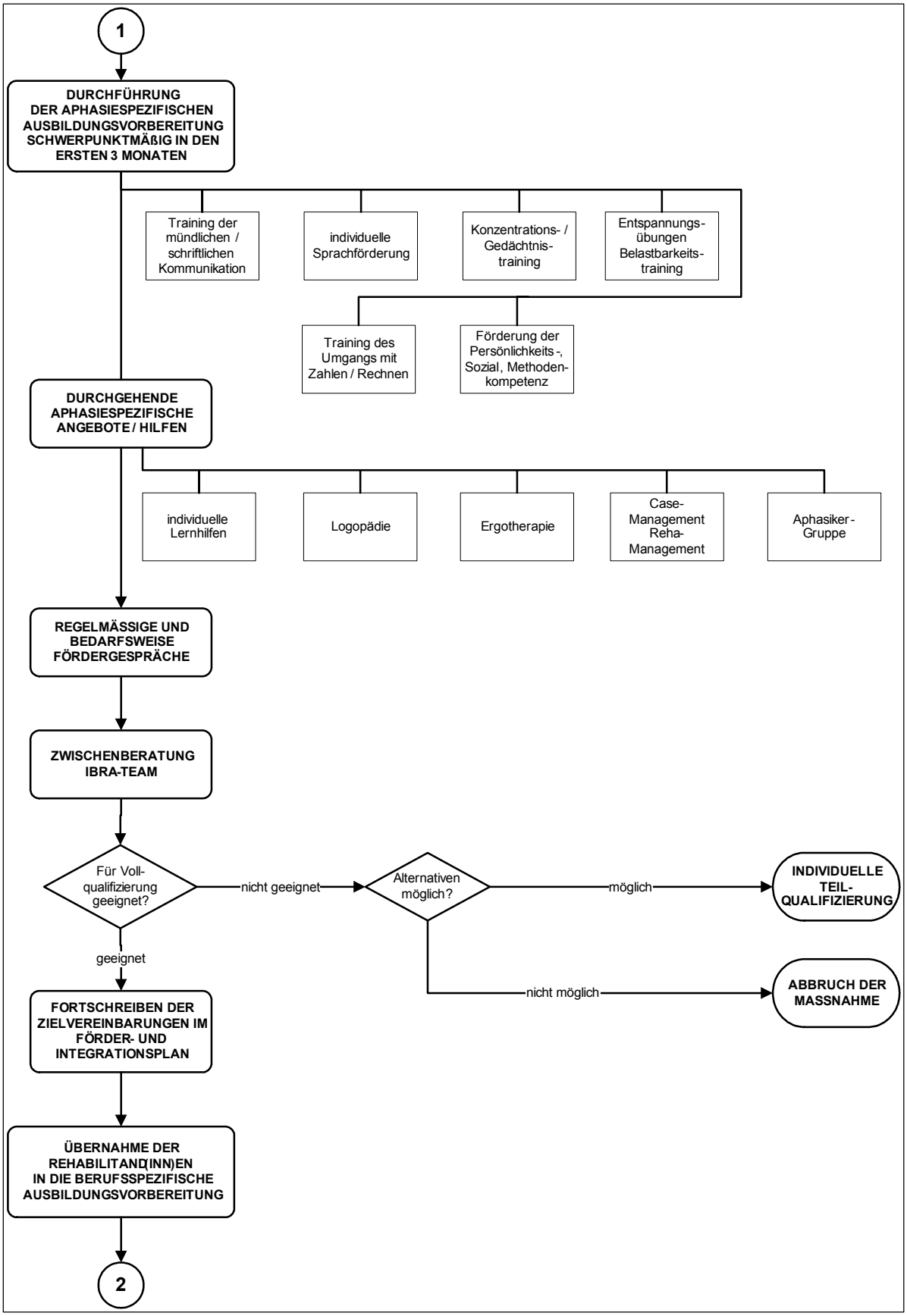
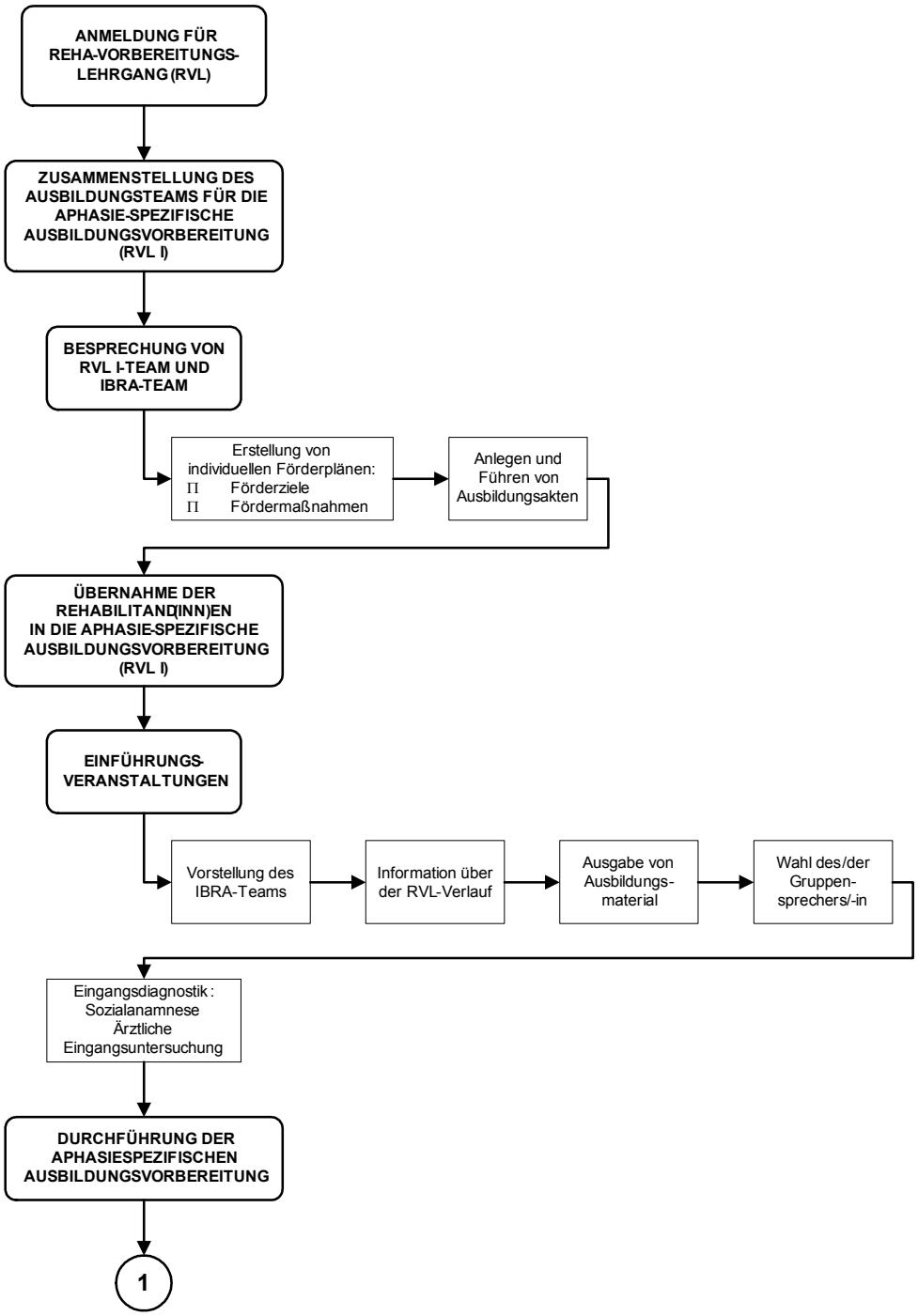


Abbildung 32



Fortsetzung *Abbildung 32*

Überblick über den Prozess der Rehabilitationsvorbereitung von IBRA - Teilnehmer(inne)n im Rahmen der Reha -Vorbereitungs -Lehrgänge (RVL)



Fortsetzung *Abbildung 32*

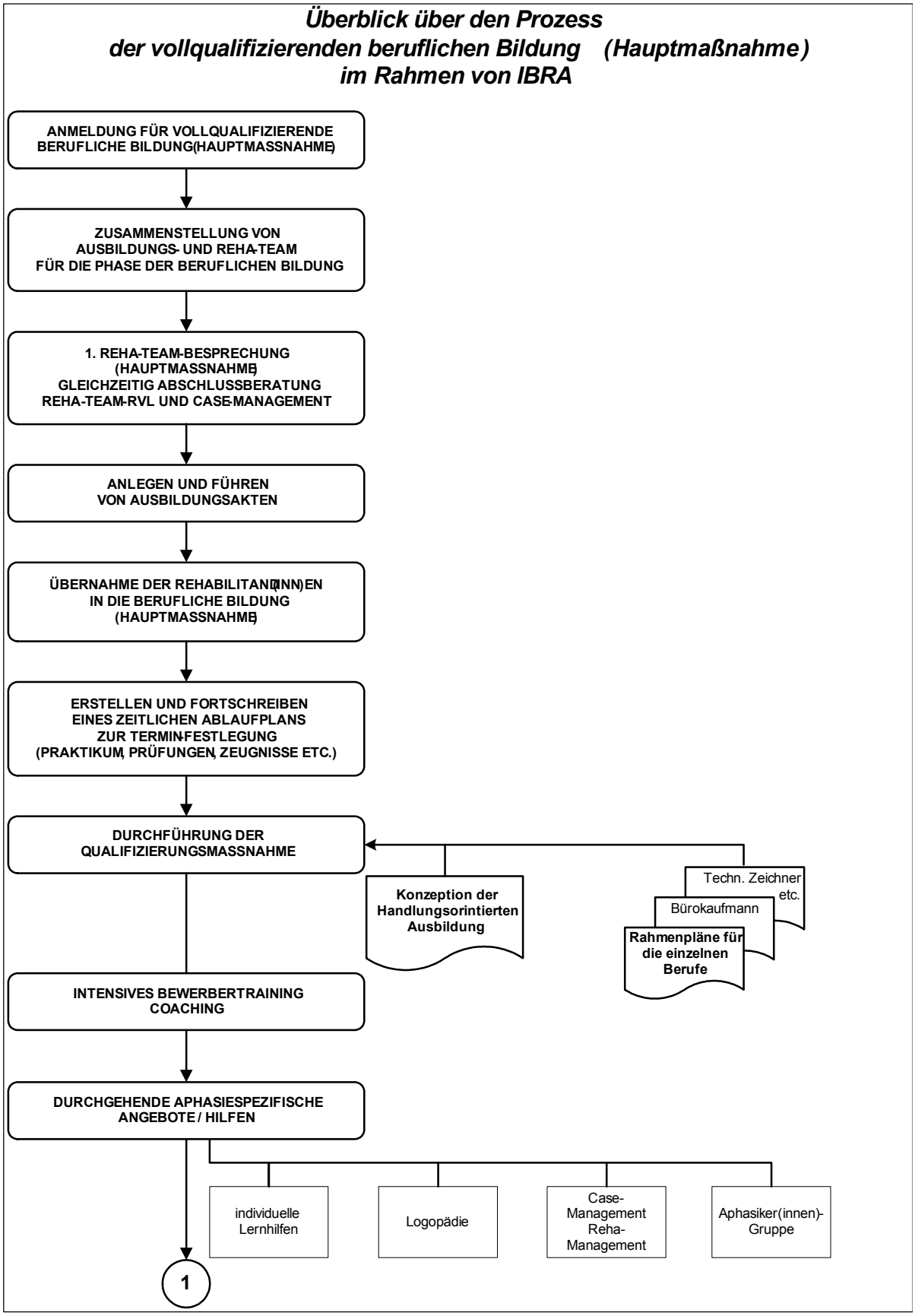
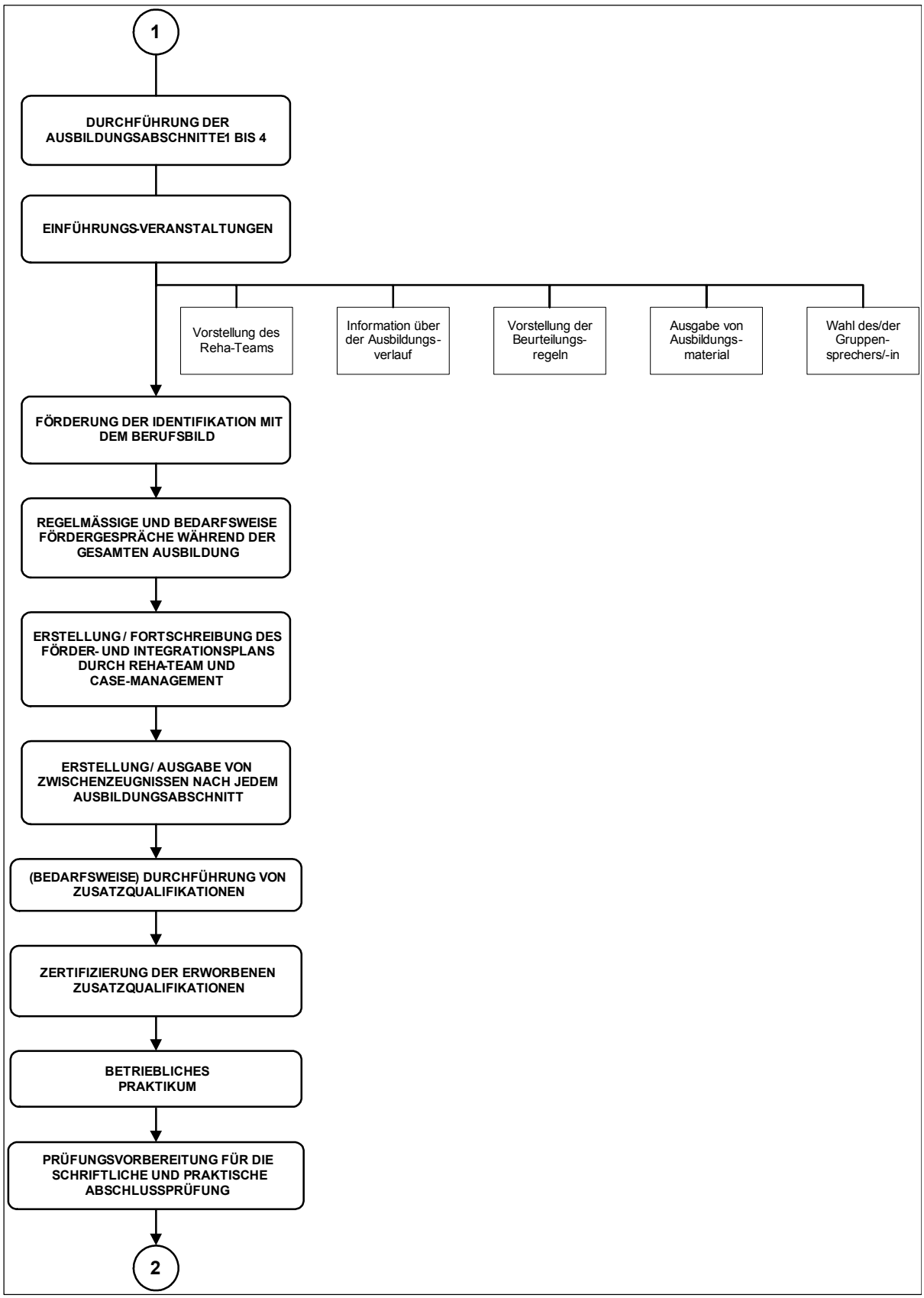
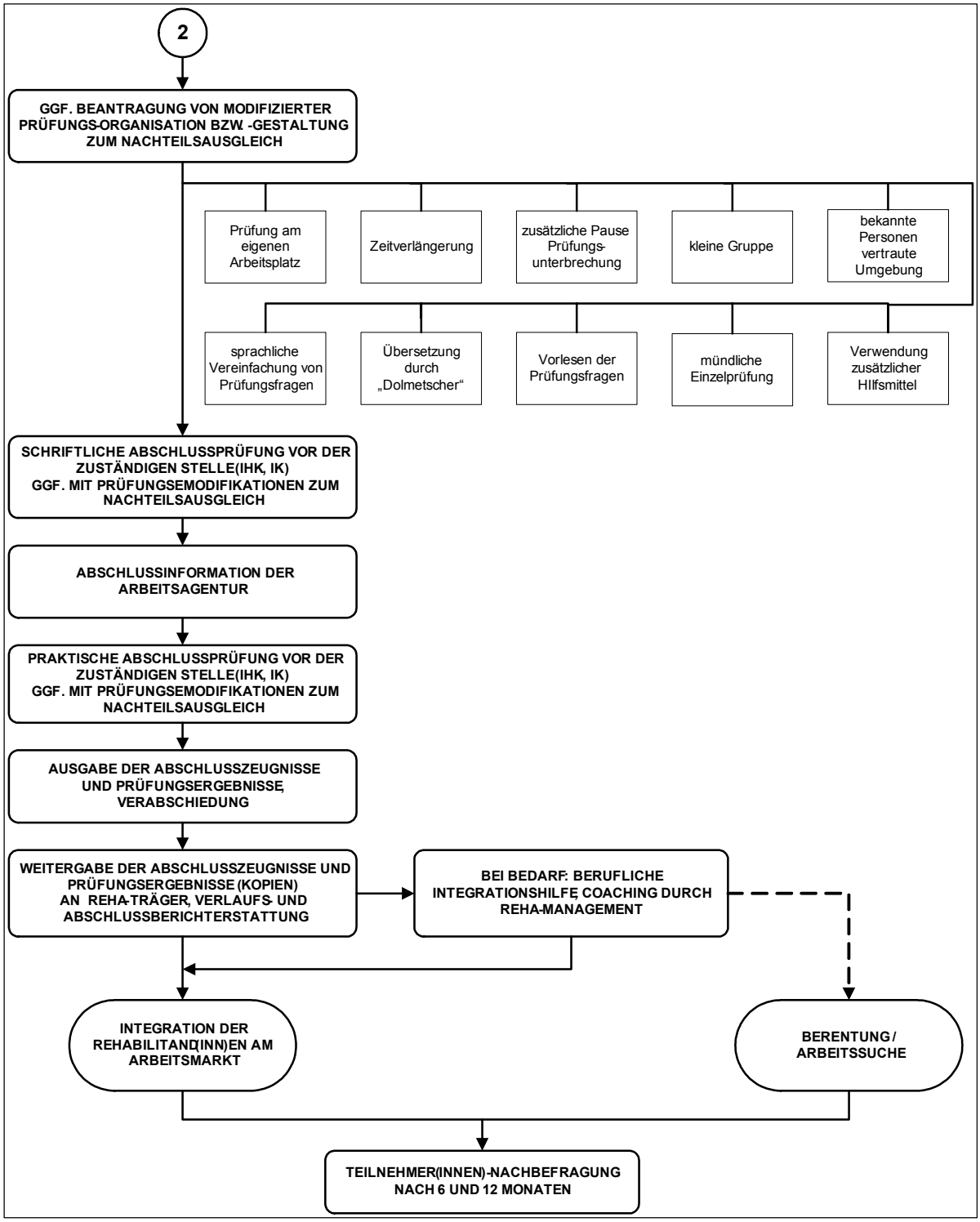


Abbildung 33



Fortsetzung *Abbildung 33*



Fortsetzung *Abbildung 33*

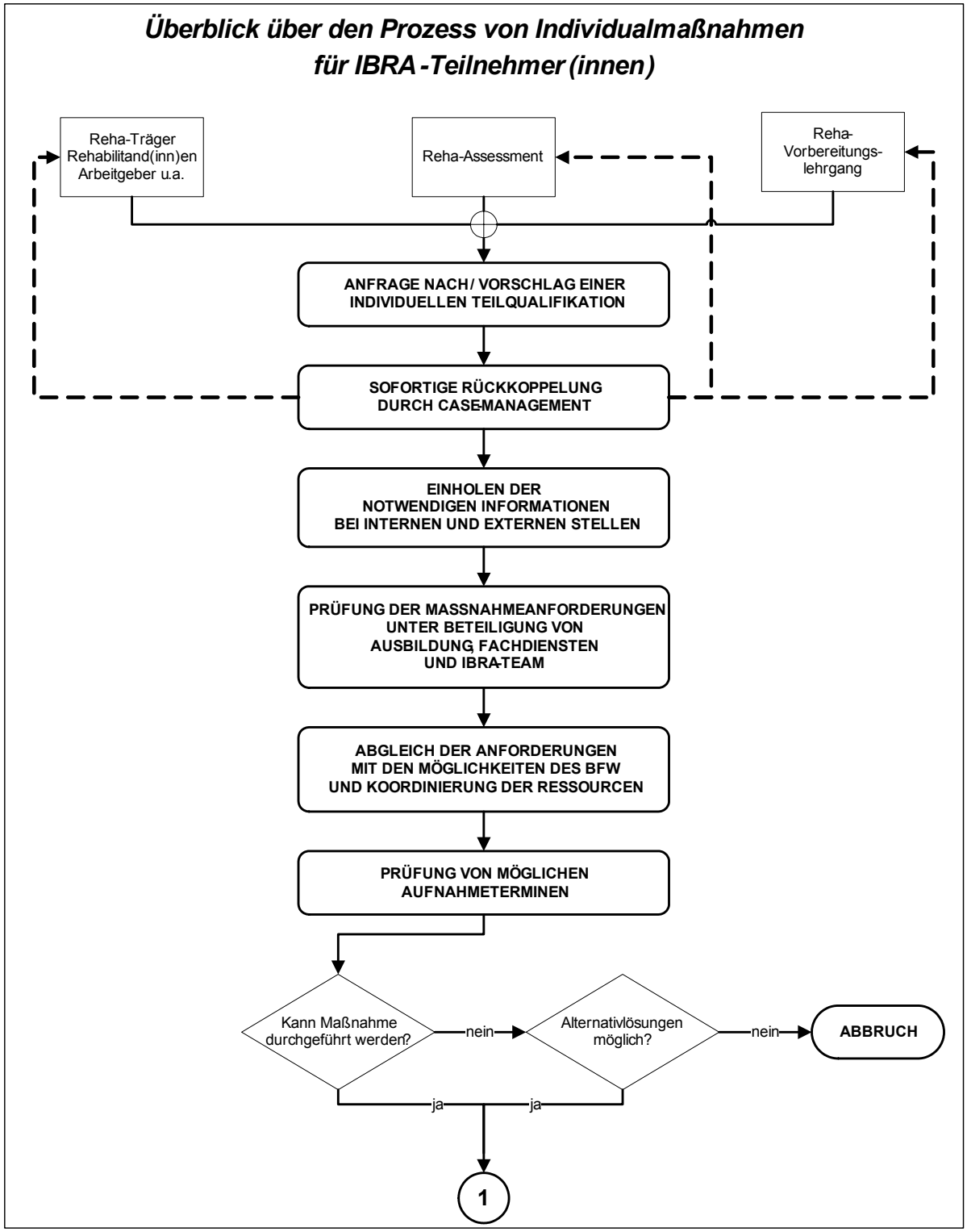
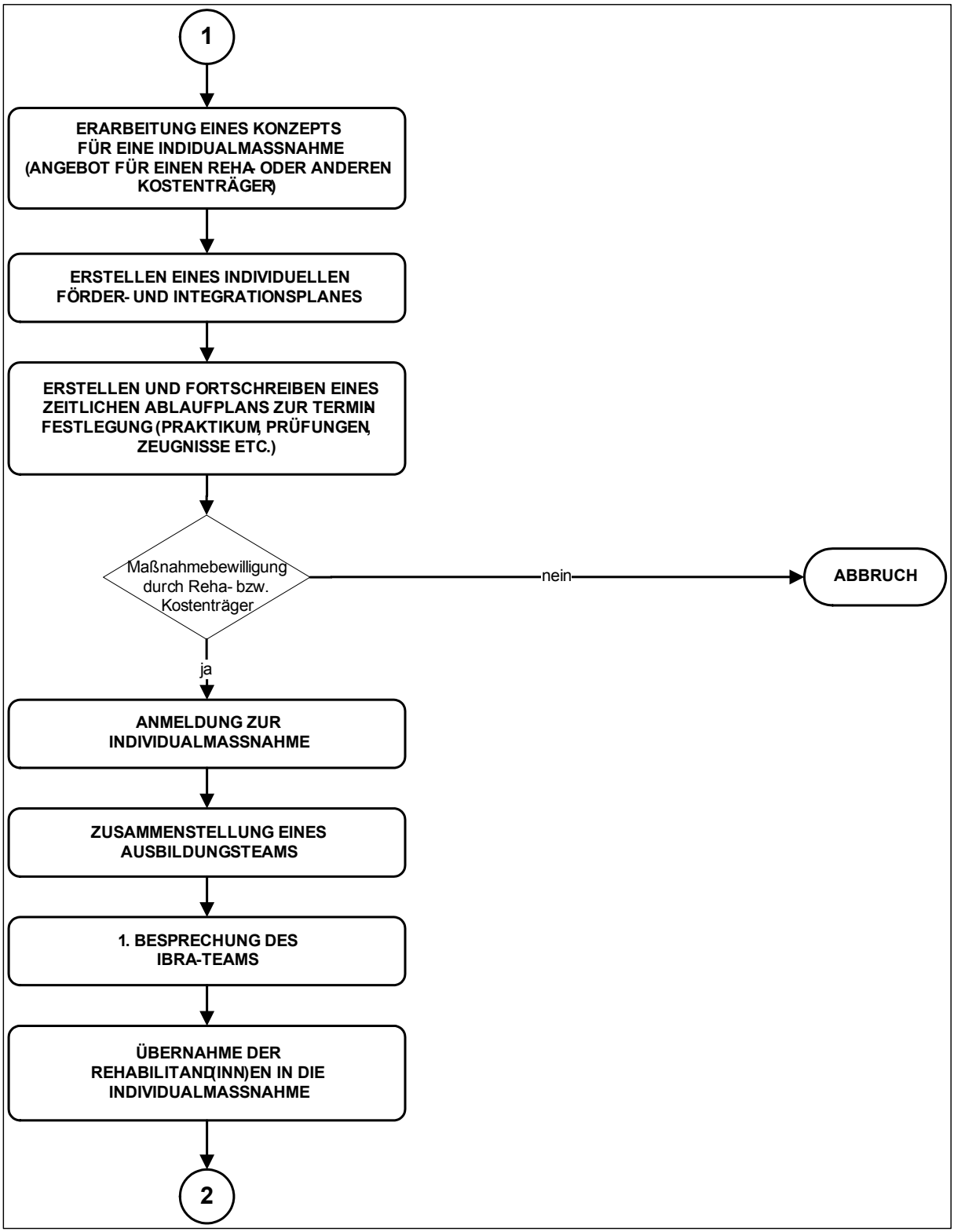
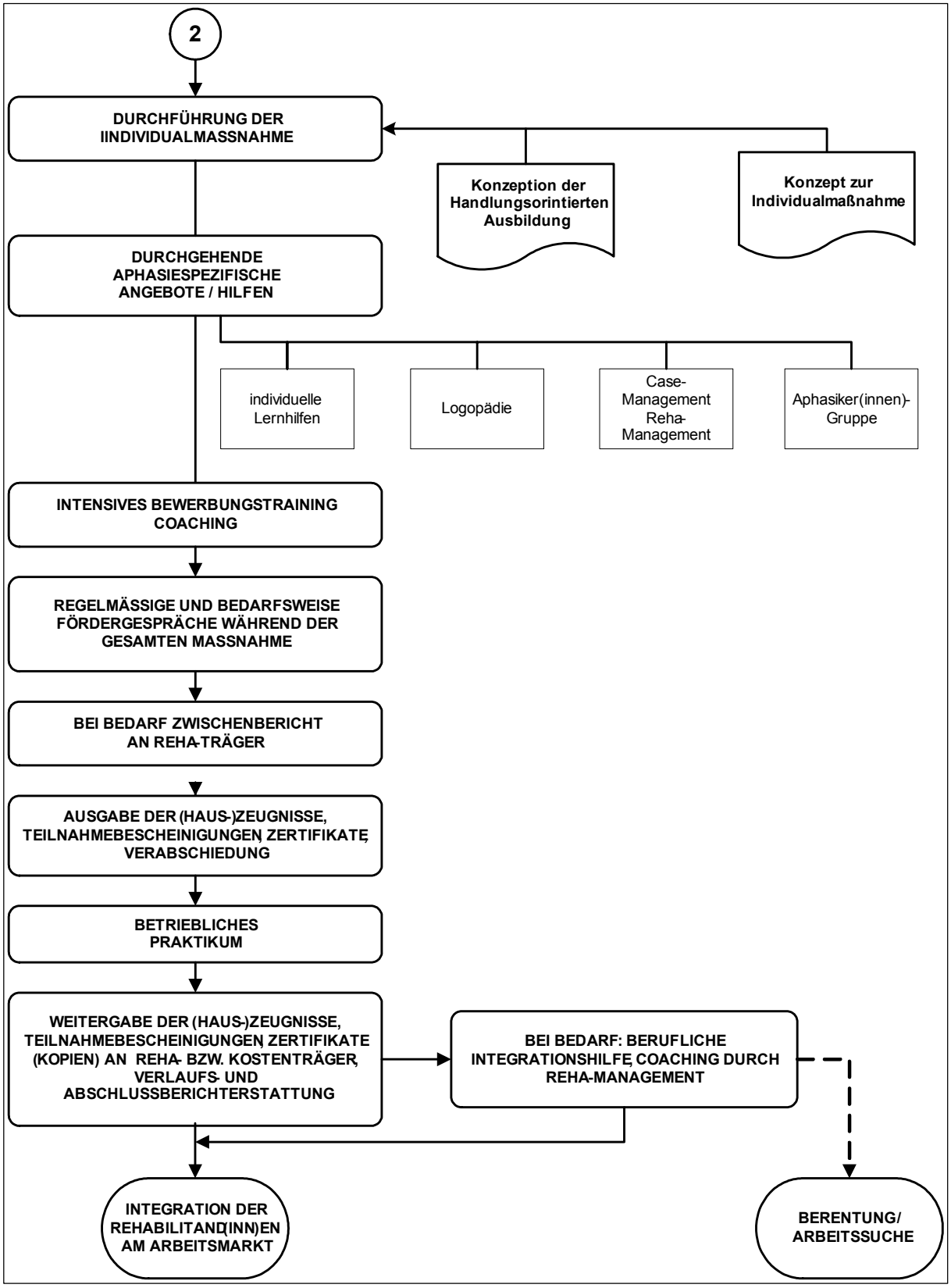


Abbildung 34



Fortsetzung Abbildung 34



Fortsetzung *Abbildung 34*

6 Ergebnisse der summativen Evaluation

In den folgenden Abschnitten wird über die Ergebnisse der summativen Evaluation, also darüber berichtet,

- welche Rehabilitand(inn)en in das Modellprojekt aufgenommen,
- welche Berufsförderungsmaßnahmen mit welchem Resultat absolviert und
- welche Erfolge bei der (Re-)Integration in das Erwerbsleben erzielt wurden.

Stand dieses Berichts ist der 30. März 2008. Zu diesem Zeitpunkt hatten etliche IBRA-Teilnehmer(innen), wie noch darzustellen sein wird, ihre Maßnahme noch nicht beendet, so dass ihr weiteres Ergehen offen ist.

6.1 Demographische Strukturen des Kreises der IBRA-Teilnehmer(innen)

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 52 Personen in das Projekt einbezogen, von denen allerdings fünf eine Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung explizit ablehnten und deshalb im Folgenden nicht mehr berücksichtigt werden.

Während lediglich neun Frauen (19 %) an IBRA teilnahmen, waren 38 Rehabilitanden (81 %) Männer. Diese Ungleichverteilung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Männer bis zum Alter von 75 Jahren ein höheres Schlaganfallrisiko haben[189] und in der Neurorehabilitation (Verhältnis männlich zu weiblich beträgt 2 bis 2,5 zu 1)[190] sowie nicht nur in der beruflichen Rehabilitation grundsätzlich,[191] sondern auch in der neurologischen beruflichen Rehabilitation überrepräsentiert sind.[192] Allerdings sind die Befunde zum Einfluss des Geschlechts auf das berufliche Rehabilitationsergebnis widersprüchlich, finden sich in der Literatur doch Studien, nach denen vor allem Männer (mit Schlaganfällen[193], mit Hirnschädigungen[194], mit Hirntumoren[195]), jedoch auch andere Quellen, nach denen vor allem Frauen (mit Hirnschädigun-

189 Vgl. *Robert Koch Institut /Statistisches Bundesamt* 2006: 26 f; *Schubert / Lalouschek* 2006: 304

190 Vgl. *Oder / Wurzer* 2006: 270

191 Der Anteil behinderter Frauen in *Berufsbildungswerken* lag im Jahre 2001 bei 35 % bis 37 % (vgl. *Hermes* 2001: 14), in *Berufsförderungswerken* im Jahre 2003 bei 23,4 % (vgl. *Beiderwieden* 2005: 236; *ders*. 2001: 196).

192 Siehe etwa: *Oddy / Humphrey / Uttley* 1978; *Rao et al.* 1990; *Ponsford et al.* 1995; *Chesnut et al*. 1998; *Wendel* 2002: 31; *Claros-Salinas* 2004: 12;

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

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

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

gen)[196] besonders erfolgreich waren, sowie solche über Schlaganfallpatient(inn)en, bei denen sich keine geschlechtsspezifischen Zusammenhänge ausmachen ließen.[197]

Die Altersvariable hat sich als wichtiger Prognosefaktor für den Rehabilitationserfolg erwiesen, wobei im Allgemeinen gilt: je jünger ein(e) Rehabilitand(in) ist, desto größer sind die Erfolgsaussichten[198] insbesondere dann, wenn die Teilnehmer(innen) unter 20 Jahre alt sind.[199] Allerdings fand sich im Hinblick auf das Alter als Erfolgsdeterminante auch eine Reihe von Studien, in denen sich kein entsprechender Zusammenhang feststellen ließ.[200] Personen, die bereits in früher Jugend ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten, hatten demgegenüber jedoch eher schlechte berufliche Rehabilitationschancen,[201] wobei auch Studien existieren, die zeigten, dass sich Kinder schneller als Erwachsene von Schädel-Hirn-Traumata erholen als Erwachsene.[202]

Abbildung 35 zufolge waren zwei Fünftel (40 %) der IBRA-Teilnehmer(innen) mit bis zu 24 Jahren zu Maßnahmebeginn relativ jung. Zwei weitere Fünftel (41 %) der einbezogenen Personen gehörten den mittleren Altersklassen an, aber immerhin 19 % sind bereits über 45 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Frauen war mit 32,1 Jahren geringfügig niedriger als das der Männer, das – ähnlich wie bei allen anderen Rehabilitand(inn)en in Berufsförderungswerken[203] – bei 32,5 Jahren lag. Dass ältere Menschen unterrepräsentiert sind[204] ergibt sich vor allem daraus, dass diesen Personen erfahrungsgemäß von den Rehabilitationsträgern geringere berufliche Reintegrationschancen zugeschrieben und daher seltener Teilha-

---

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

197 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 im Allgemeinen darauf zurückzuführen sind, dass unterschiedliche Subgruppen untersucht wurden.

198 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 / Nordstom / Nordstrom* 1994*; Vilkki 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.

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

200 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

201 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*

202 Vgl. *Webb et al*. 1996; *Nybo* 2005: 44

203 Vgl. *Tews / Schreiber / Schott* 2003: 38

204 Über ähnliche Befunde berichtet *Wendel* (2002: 31).

beleistungen gewährt werden. Zudem sind viele Ältere bereits (vorzeitig) berentet und daher kaum noch zur Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen zu motivieren.

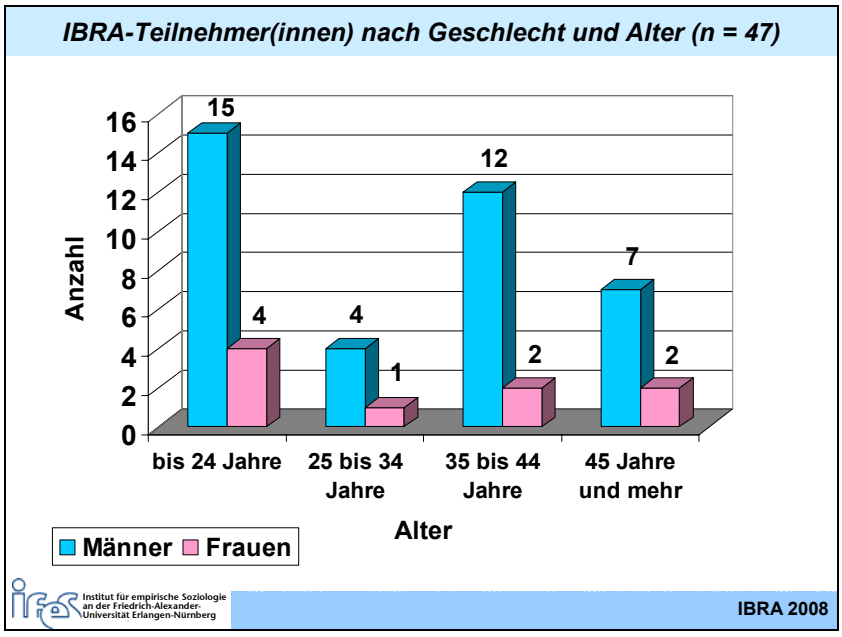


Abbildung 35

Auch dem Familienstand von Rehabilitand(inn)en wird Bedeutung bei der beruflichen (Re-) Integration zugeschrieben. So finden sich *follow-up*-Studien, nach denen verheiratete hirngeschädigte Personen,[205] 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.[206] In etlichen Studien konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen Familienstand und Rehabilitationserfolg festgestellt werden.[207]

Wie *Abbildung 36* zeigt, handelt es sich mit 57 % bei den meisten IBRA-Teilnehmer(inne)n um 27 Personen, die zum Zeitpunkt des Eintritts in das Modellprojekt ohne (Ehe-)Partner(in) waren. Die übrigen 43 % (20 Personen) hatten eine(n) Ehepartner(in) oder gaben an, in Partnerschaft zu leben. Allerdings wohnten nur 34 % - ausschließlich Männer - tatsächlich mit ihrem / ihrer (Ehe-)Partner(in) zusammen. 47 % waren bei ihren (Groß-)Eltern oder Elternteilen zu Hause. Dabei handelt es sich vor allem um jüngere Teilnehmer(innen), die bei

---

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

206 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.

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

Ausbruch der Krankheit noch im (Groß-)Elternhaus lebten und seither von ihren nächsten Angehörigen unterstützt werden. 17 % der Rehabilitand(inn)en lebten selbständig. Nur neun Personen hatten Nachwuchs, wobei es sich meist um zwei Kinder und nur in einem Fall um drei Kinder handelte. Insgesamt gesehen gaben nur 5 Rehabilitand(inn)en an, über keine Bezugsperson im näheren sozialen Umfeld zu verfügen. Allerdings konnten sie zur Unterstützung auf andere Personen zurückgreifen.

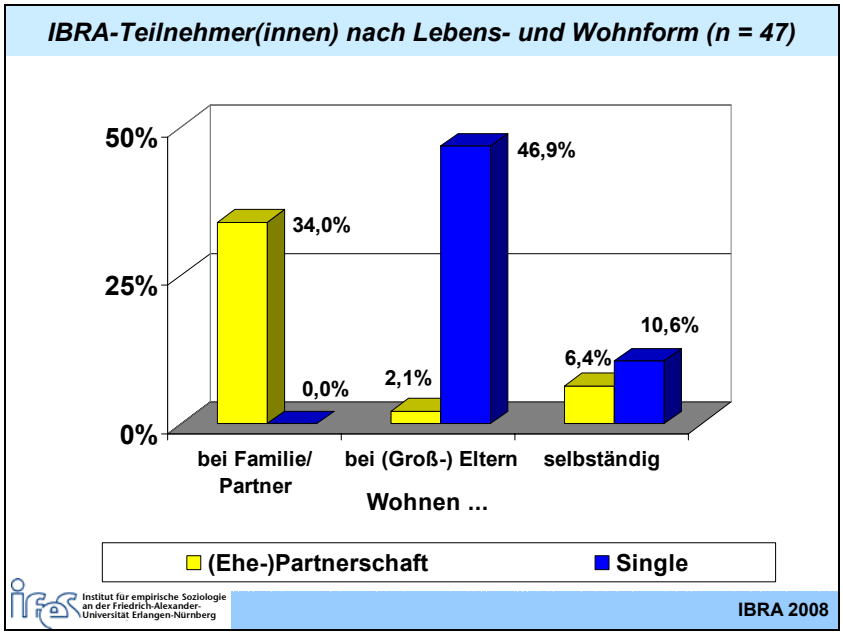


Abbildung 36

Je höher der prämorbide Bildungs- und Ausbildungsgrad[208] und der erreichte berufliche Status[209], desto größer sind die beruflichen (Wieder-)Eingliederungschancen von neurologischen Patient(inn)en. 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.

208 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; *Ownsworth / McKenna* 2004; *Nightingale / Soo / Tate* 2006

209 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

Aus *Abbildung 37* geht hervor, dass jeweils ein gutes Drittel der IBRA-Teilnehmer(innen) (34 %) über einen Hauptschulabschluss[210] bzw. über die (Fach-)Hochschulreife verfügte. ein Fünftel (21 %) hatte die mittlere Reife. Vier Personen mussten ihre Gymnasialzeit und eine Person die Realschule vorzeitig abbrechen, wobei dies bei vieren von ihnen auf den Eintritt der Grunderkrankung zurückzuführen war. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass unter ihnen auch eine Reihe älterer Personen zu finden sind, dürfte das Bildungsniveau der IBRA-Teilnehmer(inne)n in etwa dasjenige der bundesdeutschen Bevölkerung widerspiegeln.

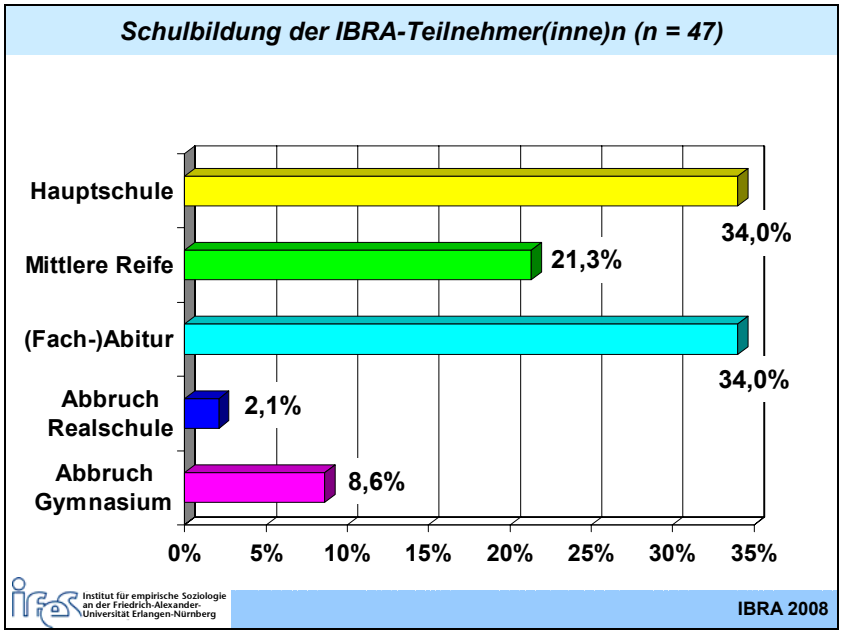


Abbildung 37

Auch dem Berufsstatus wird Gewicht beigemessen: Demnach haben ehemals selbständig Tätige günstigere Aussichten als abhängig Beschäftigte.[211] Allerdings finden sich zum Einfluss der Art der prämorbiden Tätigkeit widersprüchliche Ergebnisse.[212] So fand man, dass handwerklich tätige Personen günstigere Rehabilitationschancen hatten als in Büro oder Verwaltung Tätige.[213] In anderen Studien zeigte sich, dass *white collar worker* besonders günstige Voraussetzungen hatten[214], dass Akademiker und Industriearbeiter besser eingegliedert werden konnten als Berufskraftfahrer[215] und dass Facharbeiter bessere Aussichten

---

210 Eine Person mit dem Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule wurde dieser Kategorie ebenfalls zugeordnet.

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

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

213 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

214 Vgl. *Vestling / Tufvesson / Iwarsson* 2003

215 Vgl. *Nishino et al*. 1999

als ungelernte Arbeiter hatten.[216] *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.[217]

Wie *Abbildung 38* zu entnehmen ist, hatte ein Drittel der Rehabilitand(inn)en (30 %) vor der IBRA-Maßnahme eine Lehre oder Anlernausbildung abgeschlossen, 13 % verfügten über einen Fachschul- und 17 % über einen (Fach-)Hochschulabschluss, darunter zwei Personen mit Promotion. Besonders bemerkenswert ist, dass zwei Fünftel (40 %) noch nicht über eine berufliche Ausbildung verfügten. Die Mehrheit dieser Personen (21 %) hatte die Ausbildung krankheitsbedingt abbrechen müssen.

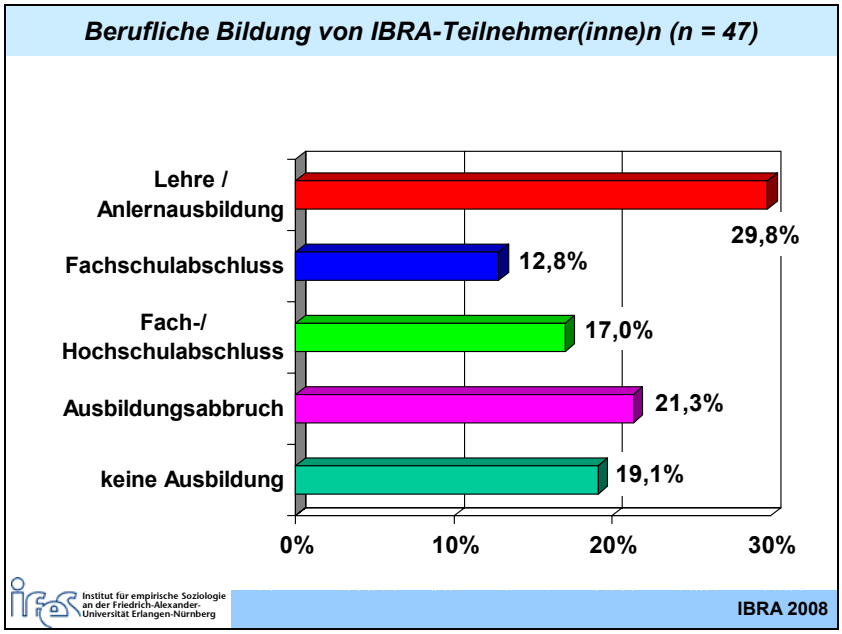


Abbildung 38

27 der 47 IBRA-Teilnehmer(innen) (57 %) waren vor Erkrankungseintritt berufstätig, einer von ihnen war bereits seit zwei Jahren arbeitslos. 14 Personen (28 % der IBRA-Teilnehmer(innen) befanden sich in einer Ausbildung: bei 9 Personen handelte es sich um Auszubildende, bei den restlichen um Studenten. Wie *Tabelle 3* zeigt, waren die meisten der 27 vor der Maßnahme Erwerbstätigen als (Fach-)Arbeiter(innen) (44 %) oder Angestellte (26 %), aber auch als Selbständige bzw. Freiberufler(innen) (18 %) beschäftigt. Schließlich waren zwei Personen als Meister(innen) und eine als Beamte(r) tätig. Hinsichtlich der Berufe, die vor der Erkrankung ausgeübt wurden, sind keine besonderen Schwerpunkte erkennbar.

---

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

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

Demnach waren die Rehabilitand(inn)en nicht nur in Berufen des Handwerks und des produzierenden Gewerbes, sondern auch in solchen aus dem Dienstleistungsbereich tätig.

Stellung im Beruf vor der Erkrankung der Rehabilitand(inn)en	Anzahl	i.v.H. (n = 47)
Fach-/Arbeiter(in) bzw. Fach-/Angestellte(r)	17	36,2 %
Meister(in) / Techniker(in)	2	4,2 %
Gehobene® / höhere(r) Angestellte(r)	3	6,4 %
Beamte(r)	1	2,1 %
Selbständig / Freiberufler(in)	5	10,6 %
Student(in)	6	12,8 %
Auszubildende(r)	5	10,6 %
Keine Stellung im Beruf	8	17,1 %

Tabelle 3: **Stellung im Beruf vor der Erkrankung von 47 Rehabilitand(inn)en**

Dauer der Berufstätigkeit der Teilnehmer(innen)	Anzahl	
bis 1 Jahr	1	3,7 %
über 1 bis 2 Jahre	3	11,1 %
über 2 bis 3 Jahre	1	3,7 %
über 3 bis 5 Jahre	3	11,1 %
über 5 bis 10 Jahre	4	14,9 %
über 10 bis 20 Jahre	6	22,2 %
über 20 Jahre	9	33,3 %
Minimum der Dauer	1 Monat	
Maximum der Dauer	35 Jahre	
Median	15 Jahre	

Tabelle 4: **Rehabilitand(inn)en (n = 27) nach Dauer ihrer Berufstätigkeit vor Eintritt der Grunderkrankung**

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.[218] Dabei steigen mit zunehmender Beschäftigungsdauer die Rehabilitationschancen.[219] Besonders wichtig sind natürlich die Bereitschaft

[218] 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; *Ownsworth / 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).

[219] Vgl. *Wendel* 2002: 138

des Betriebes, die/den Betroffene(n) wieder einzustellen,[220] sowie die regionale Arbeitsmarktlage.[221] Insofern sind diese Variablen auch im Rahmen unserer Studie bedeutsam.

Tabelle 4 gibt Auskunft über die Dauer der Berufstätigkeit der bereits im Erwerbsleben gewesenen Personen. Demnach war über die Hälfte (55 %) dieser 27 IBRA-Teilnehmer(innen) bereits über 10 Jahre und ein Drittel von ihnen sogar schon über 20 Jahre berufstätig, als die Grunderkrankung eintrat. Interessant ist, dass fast die Hälfte (46 %) der Aphasiker(innen) über Erfahrungen mit früheren beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verfügte: Am häufigsten (24 %) war eine Berufsfindung / Arbeitserprobung vorausgegangen, jeweils zwei Aphasiker(innen) hatten einen Förderlehrgang oder ein Eingliederungstraining, je eine(r) ein Berufsbildungsjahr, eine *BBW*-Ausbildung, eine Umschulung, den Abbruch einer Umschulung oder eine Berufsbildungsmaßnahme in einer *Werkstatt für behinderte Menschen* hinter sich.

Die meisten Rehabilitand(inn)en gaben an (Mehrfachnennungen waren möglich), ihren Lebensunterhalt vor Maßnahmebeginn durch Mittel ihres Ehe-/ Lebenspartners bzw. Eltern (44 %), eigene Erwerbstätigkeit (27 %), Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe / Hartz IV (24 %), sonstige Einkünfte (22 %) oder eine Zeitrente (7 %) bestritten zu haben. Vor diesem Hintergrund beurteilten die meisten von ihnen ihr Lebenshaltungsniveau als voll ausreichend (19 %) oder ausreichend (36 %), während 32 % meinten, ihr Standard sei nur knapp ausreichend und 13 % angaben, er sei nicht ausreichend.

Nur eine Person hatte nicht die deutsche Nationalität.

Insgesamt gesehen ist festzustellen, dass sich die IBRA-Klientel im Verlauf des Modellprojekts deutlich veränderte: Waren es zu Beginn vor allem Personen, die Schlaganfälle erlitten hatten, so kamen im Lauf der Zeit immer mehr Rehabilitand(inn)en dazu, die an den Folgen von Schädel-Hirn-Traumata zu leiden hatten. Da diese Personen häufig den jüngeren Altersgruppen angehören, verjüngte sich der Kreis der IBRA-Teilnehmer(innen) zusehends. Der Abstand zwischen dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation und der Aufnahme in das IBRA-Programm verkürzte sich zunehmend. Offensichtlich war dieser Effekt auf die gezielte Öffentlichkeitsarbeit des *BFW Nürnberg* über das innovative Konzept zurückzuführen: Sie richtet sich vor allem an Personen und Stellen (insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Neuropsycholog(inn)en, Logopäd(inn)en, Ergotherapeut(inn)en, Fachkliniken und andere Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträger) die potentiell als Zuweisungsinstanzen in Frage kommen. Gleichwohl wurden gelegentlich auch Personen zugewiesen, bei denen sich schon nach kurzer Zeit herausstellte, dass sie für IBRA nicht in Frage kamen, weil dem ihr Ge-

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

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

sundheitszustand (noch) entgegenstand oder weil sie bereits auf eine Rente fixiert waren. In solchen Fällen entstand manchmal der Einruck, als ginge es dem zuweisenden Rehabilitationsträger weniger darum, die Betroffenen tatsächlich einer Berufsförderung zuzuführen als darum, eine Rentenabklärung vorzunehmen. Hier wurde deutlich, dass weitere Informationsarbeit geleistet werden muss, die darauf ausgerichtet ist, den Kooperationspartnern deutlich zu machen, was IBRA für welche Personengruppe leisten kann, um unwirtschaftlichen Fehlallokationen von vornherein vorzubeugen.

6.2 Medizinische, neuropsychologische und logopädische Befunddaten

Zur Grunderkrankung als Erfolgsdeterminante finden sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse. Während die einen Schlaganfallpatient(inn)en besonders gute Rehabilitationschancen zuschreiben,[222] tun dies andere im Hinblick auf Personen mit Schädel-Hirn-Trauma[223]; Dritte wiederum fanden im Hinblick auf die Grunderkrankung keine signifikanten Zusammenhänge zum beruflichen Rehabilitationserfolg.[224] Über die Bedeutung der Schwere der Hirnschädigung für die Rehabilitationschancen gehen die empirisch begründeten Meinungen ebenfalls auseinander.[225] Entsprechendes gilt im Hinblick auf die Dauer des Komas,[226] während die Dauer der posttraumatischen Amnesie bisher unwidersprochen von Einfluss ist: je länger diese Dauer, desto geringer sind die Rehabilitationsaussichten.[227]

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die der Aphasie zugrunde liegenden Diagnosen der Teilnehmer(innen), so ergibt sich folgendes: In zwei Dritteln der Fälle (66 %) war ein Schlaganfall, in 32 % ein Schädel-Hirn-Trauma, und nur in einem Fall ein Hirntumor ursächlich für die Aphasie (siehe A*bbildung 39*). Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, in denen Schlaganfallopfer im allgemeinen unterrepräsentiert waren,[228] wobei dort

---

222 Vgl. *Drechsler et al.* 1995

223 Vgl. *Fries / Seiler* 1998

224 Vgl. *Wendel* 2002: 137

225 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

226 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).

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

228 Vgl. *Wendel* 2002: 31

sicherlich die Altersvariable von Bedeutung ist, da Apoplexien vor allem im höheren Lebensalter auftreten. Das Durchschnittsalter der von *Schlaganfällen* betroffenen IBRA-Teilnehmer(innen) lag bei Maßnahmebeginn mit 37,3 Jahren (Minimum: 19 Jahre, Maximum: 54 Jahre) deutlich über dem derjenigen, die ein *Schädel-Hirn-Trauma* erlitten hatten (Durchschnitt: 21,8 Jahre, Minimum: 17 Jahre; Maximum: 45 Jahre).

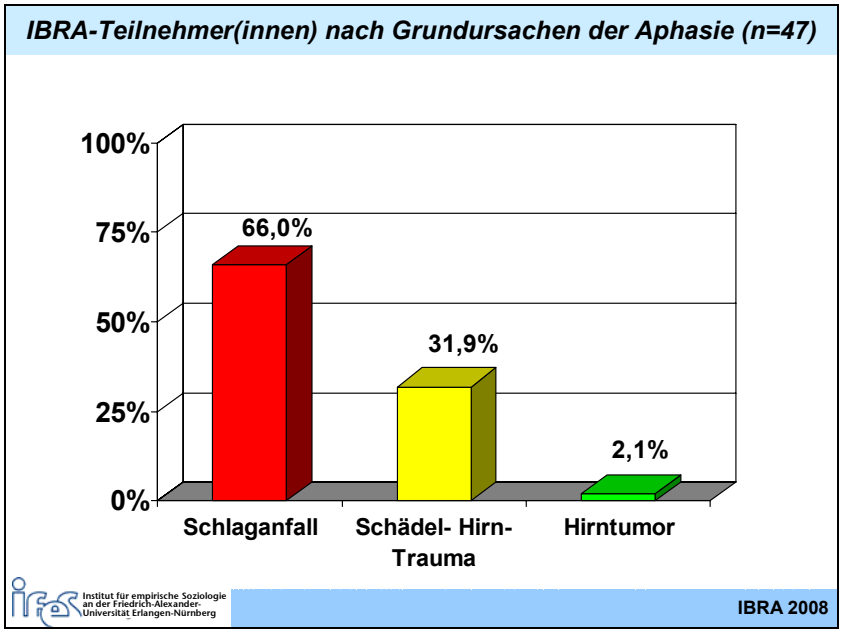


Abbildung 39

Zu Projektbeginn wurden vor allem Schlaganfallpatient(inn)en ins Programm aufgenommen. Im Projektverlauf kamen dann zunehmend auch Hirntraumatiker(innen) (z.B. Unfall-, Gewaltopfer) hinzu. Erschütternd war dabei nicht nur das geringe Alter der Schädel-Hirn-Traumatiker(innen), das allerdings der Erwartung entspricht,[229] sondern auch der Kontext, in dem sie das Trauma erlitten: So waren die meisten dieser Personen von Verkehrs-unfällen betroffen, wobei ein Rehabilitand sogar den rechten Arm verlor. Ein Maßnahmeteilnehmer wurde allerdings durch einen Pferdetritt, ein anderer im Zuge eines Raubüberfalles verletzt. Diese Personen unterschieden sich wesentlich von den Apoplektiker(inne)n, die sich erfahrungsgemäß tendenziell als anstrengungsbereit, motiviert und dankbar zeigen. Demgegenüber weisen Menschen mit Hirntrauma häufig nicht nur neurologische und neuropsychologische, sondern auch körperliche Funktionsstörungen und Strukturschäden auf,[230] die über die Aphasie hinausgehen und die Betroffenen in ihrer Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen. Dies

229 Nach *Oder / Wurzer* (2006: 269) liegt das Durchschnittsalter von Schädel-Hirn-verletzten Rehabilitand(inn)en bei 20 bis 25 Jahren.

230 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)

erschwert die Arbeit mit ihnen im Rahmen der Rehabilitation zusätzlich, da dem sehr differenziert und auf den Einzelfall zugeschnitten entsprochen werden muss.[231] Viele jugendliche Schädel-Hirn-Traumatiker(innen) haben nicht selten den ihrer gesundheitlichen Schädigung zugrunde liegenden Unfall (mit-) verschuldet (z.B. alkoholisiert, aus Unbesonnenheit).[232] Die Hirnorganstörung, insbesondere beim Ausfall exekutiver Funktionen („Frontalhirnsyndrom"),[233] verstärkt nunmehr die Prädispositionen (uneinsichtiges Verhalten, Fehlverhalten („Rule-breaking"), Aggressivität, Neigung zu Suchtmitteln),[234] verzögert die altersgemäße Reifung dieser Personen und macht sie so zu einer schwierigen Rehabilitand(inn)engruppe. Überprotektives Verhalten der Eltern kann das Problem zusätzlich verschärfen. Hier muss vom Rehabilitationsfachpersonal erhebliches geleistet werden, um den neuropsychologischen und Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen zu entsprechen und sie so zu fördern, dass die berufliche Rehabilitation gelingt. Dies ist für alle Beteiligten anstrengend und zeitaufwendig. Gerade diese Erfahrungen mussten auch vom Förderpersonal in Einzelfällen gemacht werden.

Etwa die Hälfte der Teilnehmer(innen) litt unter epileptischen Anfällen.

Der Literatur zufolge ist die berufliche Rehabilitation von neurologischen Patient(inn)en grundsätzlich schwierig.[235] Darüber hinaus haben Menschen, die unter Sprach- und Kommunikationsstörungen,[236] insbesondere aber an Aphasien leiden, besonders schlechte Rehabilitationschancen.[237] Einige wenige Untersuchungen bestreiten jedoch diesen Zusammenhang[238] bzw. berichten über große Rehabilitationserfolge von Aphasiker(inne)n.[239] Dabei werden Personen mit amnestischen oder Wernicke-Aphasien bessere Chancen zugeschrieben als Personen mit Broca-Aphasien, weil letztere häufiger mit motorischen Störungen einhergehen.[240]

---

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

232 Vgl. *Katzlberger / Oder* 2000: 211 ff

233 Vgl. *Gauggel* 2005: 196 ff

234 Siehe z.B. *Katzlberger / Oder* 2000: 212; *Dumont* 2003 : 28; *Sattler* 479 f

235 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

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

237 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

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

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

240 Vgl. *Caporali / Basso* 2003: 829

Dem neurologischen Assessment bzw. der Aktenanalyse zufolge litt ein gutes Drittel (37 %) der IBRA-Teilnehmer(innen) unter einer amnestischen Aphasie, Dysarthophonien, Dysarthrien oder nicht näher bezeichnete Aphasien waren in 22 % der Fälle maßgebend für die Zuweisung zum IBRA-Programm (siehe *Abbildung 40*). Jeweils 13 % wiesen eine Broca-Apha-sie oder eine Restaphasie, je 6 % Wernicke-Aphasie oder eine Globalaphasie auf, wobei es sich bei letzteren ebenfalls um Personen mit restaphasischen Symptomen gehandelt haben dürfte. Acht Personen (17 %) litten zudem an einer Epilepsie, die ebenfalls auf die Grunderkrankung zurückging. Bei einer Person ergab sich im Rahmen des Assessments, dass keine Aphasie vorlag, so dass sie nicht aufgenommen werden konnte.

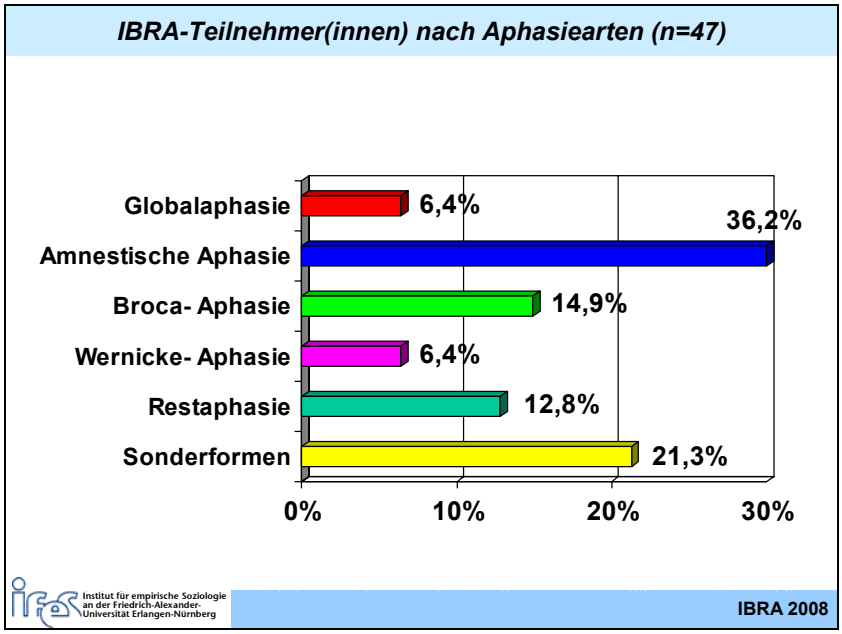


Abbildung 40

Überraschenderweise waren bei vielen Teilnehmer(inn)en im Maßnahmenverlauf deutliche Fortschritte im Hinblick auf ihre Sprachkompetenz festzustellen, die nicht nur auf die begleitende logopädische Therapie, sondern insbesondere auch auf den Einfluss des Settings der Berufsförderung zurückzuführen sein dürften, in dem die sozialen Kontakte mit Rehabilitationsfachkräften ebenso wie mit anderen (aphasischen ebenso wie nicht-aphasischen) Rehabilitand(inn)en eine wichtige Rolle spielen. Nach Ansicht der im IBRA-Projektbeirat vertretenen Neurologen widersprechen diese eindrucksvollen Entwicklungsmöglichkeiten der Aphasiker(innen) der eher kurzfristig angelegten Praxis der Leistungsbewilligung der Rehabilitationsträger. Dies gälte umso mehr, als die Restitutionsprognose bei Personen mit neurologischen Störungen überaus schwierig sei, zumal durchaus auch Rückschritte möglich wären (z.B. Auftreten eines Anfallsleidens, Nebenwirkungen einer Medikation). Insofern warnte der Projektbeirat davor, Maßnahmeerfolge ausschließlich an der beruflichen (Re-)Integration zu

messen, sondern auch medizinische, psychologische und soziale Teilerfolge adäquat zu würdigen.

Dauer	Zeitraum zwischen …	
	Eintritt der Grunderkrankung und Ende der medizinischen Rehabilitation Anzahl	**Ende der medizinischen Rehabilitation und Eintritt in IBRA ((Kurz-)Assessment)** Anzahl
bis 3 Monate	7	12
über 3 bis 6 Monate	5	5
über 6 bis 12 Monate	7	11
über 12 bis 24 Monate	13	13
über 24 bis 36 Monate	5	1
über 36 bis 48 Monate	3	-
über 48 bis 60 Monate	2	3
über 60 bis 72 Monate	-	-
über 72 bis 84 Monate	2	2
über 84 bis 96 Monate	-	-
über 96 bis 108 Monate	2	-
über 108 bis 120 Monate	-	-
über 120 Monate	1	-
Minimum der Dauer	1 Monat	0 Monate
Maximum der Dauer	146 Monate	83 Monate
Arithmetisches Mittel ($\bar{x}$)	24,9 Monate	15,5 Monate
Median	11 Monate	10 Monate

Tabelle 5: **Rehabilitand(inn)en (n = 47) nach Dauer zwischen Eintritt der Grunderkrankung und Ende der medizinischen Rehabilitation sowie zwischen Ende der medizinischen Rehabilitation und Eintritt in IBRA**

Wie aus *Tabelle 5* hervorgeht vergingen unter Berücksichtigung des Medians[241] – der hier aufgrund einiger weniger extrem langer Dauern besser zur Analyse geeignet ist als der arithmetische Durchschnitt ($\bar{x}$) - im Mittel 11 Monate, bis die medizinische Rehabilitation abgeschlossen werden konnte. Im Anschluss daran dauerte es im Mittel noch einmal 10 Monate, bis die Betroffenen in IBRA aufgenommen wurden. Im Verlauf des Modellprojektes verkürzte sich die Dauer zwischen Abschluss der medizinischen Rehabilitation und Eintritt in

241 *"Der Median ist definiert als jene Maßzahl, die eine nach der Größe geordnete Reihe von Werten einer Häufigkeitsverteilung so halbiert, dass eine Hälfte der Werte unter-, die andere Hälfte oberhalb dieser Maßzahl liegen."* (*Wittenberg* 1998: 221) Dadurch erhalten extrem hohe bzw. niedrige Werte („Ausreißer") weniger Gewicht.

IBRA um ca. zwei Monate. Dies kann möglicherweise auf einen zunehmenden Bekanntheitsgrad und daher auf eine schnellere Allokation von Aphasiker(innen) zu den neuen Teilhabeleistungen hindeuten.

Wie oben bereits angemerkt, konnten nicht alle Rehabilitand(inn)en einem einheitlichen medizinischen und logopädischen Assessment in der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* unterzogen werden, da für Zwecke der RehaAssessments® aussagefähige Akten bereits vorhanden oder aber Kostenträger oder die Aphasiker(innen) selbst nicht mit einem weiteren (stationären) Assessment einverstanden waren. Vor diesem Hintergrund lagen der Begleitforschung lediglich von 28 Teilnehmer(inne)n vollständige Sätze mit medizinischen Begutachtungsdaten sowie 22 Datensätze zum logopädischen und neuropsychologischen Befund vor. Insofern können sich die folgenden Ausführungen nur auf die diese Begutachteten beziehen.

In zahlreichen Studien wurden Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen neuropsychologischer Defizite und Misserfolgen bei der (Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben nachgewiesen.[242] Interessant ist allerdings, dass sich in etlichen Untersuchungen sensomotorische[243] und kognitive (Test-)Leistungen als prognostisch wenig aussagekräftig zeigten. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass solche Tests nicht lebensnah genug seien.[244] Variablen wie Adaptationsfähigkeit[245] sowie das Arbeits- und Sozialverhalten[246] erwiesen sich hingegen für den beruflichen Rehabilitationserfolg weitaus bedeutsamer.[247]

Im Folgenden soll nun über einige psychologische Befunde berichtet werden, die im Rahmen der medizinischen Beurteilung im *BFW Nürnberg* ermittelt wurden. Hinsichtlich der zeitlichen,

---

242 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*.*
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

243 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

244 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

245 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

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

247 Vgl. *Wendel / Fries / Heel* 2001

örtlichen, situativen und persönlichen Orientierung der Aphasiker(innen) ergaben sich bei keiner Person Auffälligkeiten. Was Aufmerksamkeit und Gedächtnis betrifft (siehe *Abbildung 41*), so wurde zwei Dritteln der Rehabilitand(inn)en attestiert, ihr(e) Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien voll angemessen. Nur bei sehr wenigen (jeweils einer oder zwei Personen) wurde festgestellt, dies träfe weniger zu. Hinsichtlich des formalen Denkens zeigten mehr Beurteilte Schwächen: Nur zwei Fünftel wiesen keine Verlangsamung und Umständlichkeit und zwei Drittel keine Einengung des Denkens auf. Etwa zwei Drittel der Teilnehmer(innen) wurden hinsichtlich von Beurteilungsgegenständen, die im Hinblick auf die Affektivität relevant sind, positiv beurteilt (siehe *Abbildung 42*). Entsprechendes gilt für das Aktivitätsniveau der Aphasiker(innen) (siehe *Abbildung 43*).

Wie die *Abbildungen 44* bis *46* verdeutlichen, wiesen viele der in der *Kiliani Klinik* neuropsychologisch beurteilten[248] Rehabilitand(inn)en Defizite insbesondere im Hinblick auf die geteilte Aufmerksamkeit und die Daueraufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis und die verbale Lernleistung, das Nacherzählen und komplexe Lernleistungen auf der Textebene auf. Am schlechtesten schnitten die Aphasiker(innen) hinsichtlich der verbalen und visuellen Merkspanne sowie der Aufmerksamkeitsflexibilität ab.

Logopädische Befunddaten gehen aus den *Abbildungen 47* und *48* hervor. Demnach bewegten sich die Leistungen der Rehabilitand(inn)en überwiegend zwischen dem unteren und mittleren Durchschnitt. Relativ gute Beurteilungen wurden von vielen Personen im Bereich des auditiven Sprachverständnisses (auch auf Textebene) sowie des Lesesinn-Verständnisses erzielt, am schlechtesten schnitten sie im Hinblick auf den schriftlichen Ausdruck auf Textebene, dem Schreiben nach Diktat, die Spontanansprache und das laute Lesen ab. Gerade solche Defizite wurden vom Förderpersonal im Maßnahmeverlauf als besonders problematisch beurteilt.

[248] Die dabei verwendeten diagnostischen Instrumente (z.B. EC 301-R zur Feststellung des Umgangs mit Zahlen (*Claros-Salinas* 1994), VLMT zur Feststellung der verbalen Lern- und Merkfähigkeit (*Helmstaedter / Lendt / Lux* 2001) oder MGT (*Ilmberger* 1988) zur Überprüfung der Gedächtnisleistung werden in der Kiliani Klinik standardmäßig verwendet.

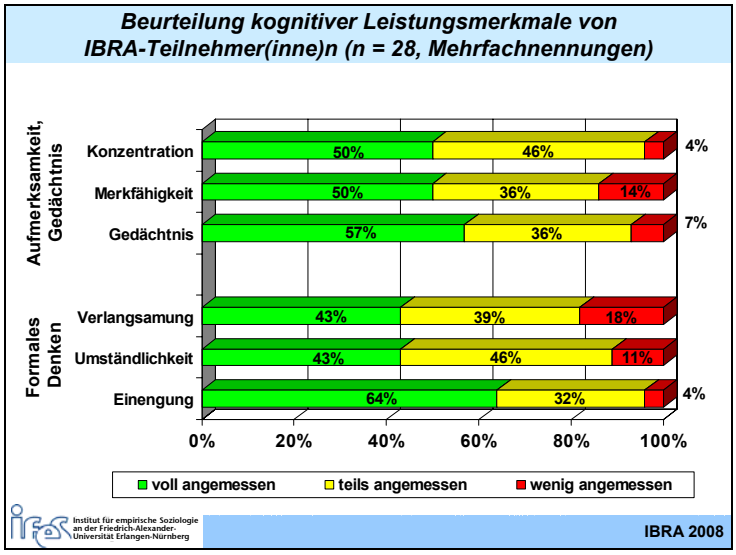


Abbildung 41

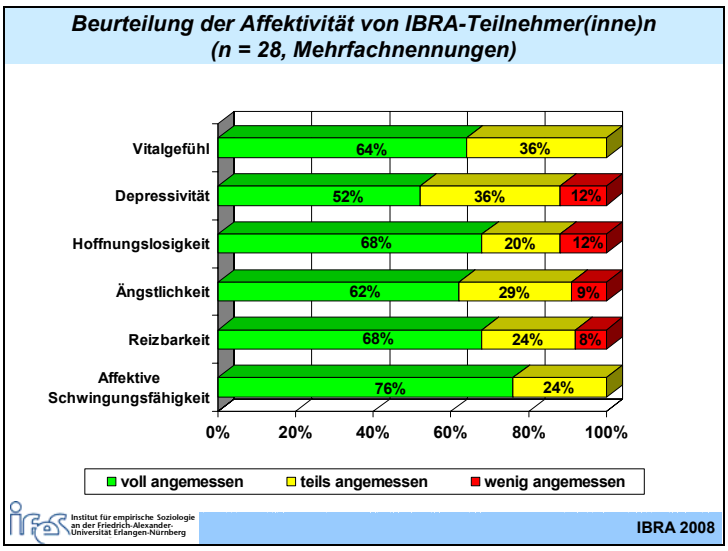


Abbildung 42

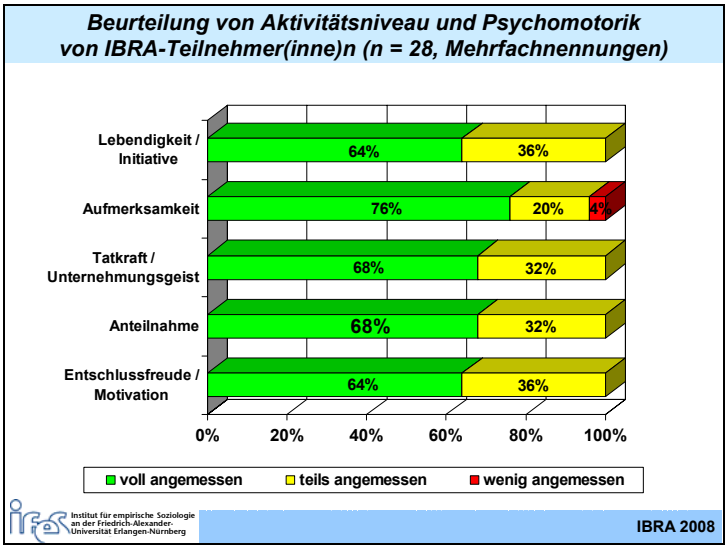


Abbildung 43

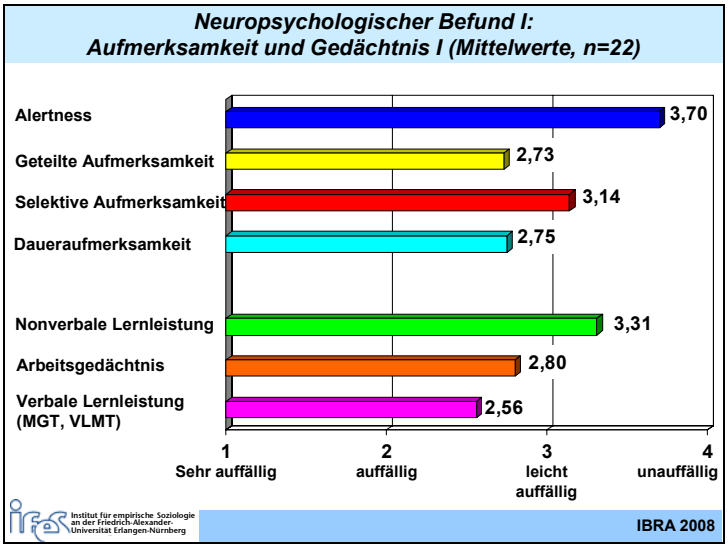


Abbildung 44

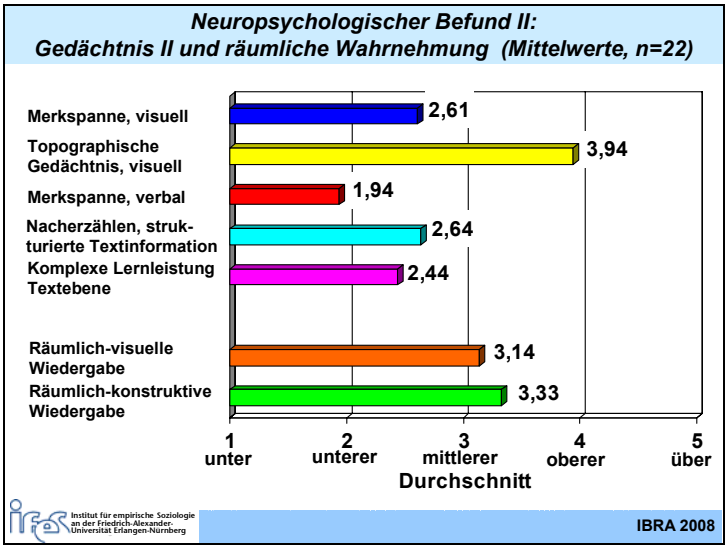


Abbildung 45

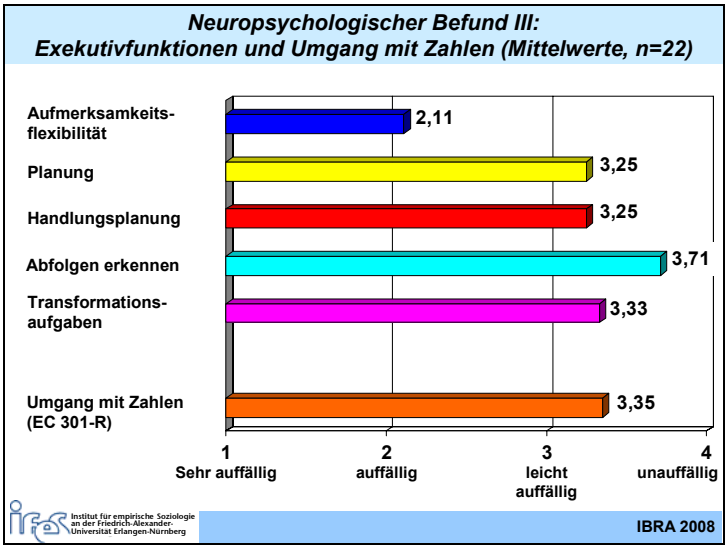


Abbildung 46

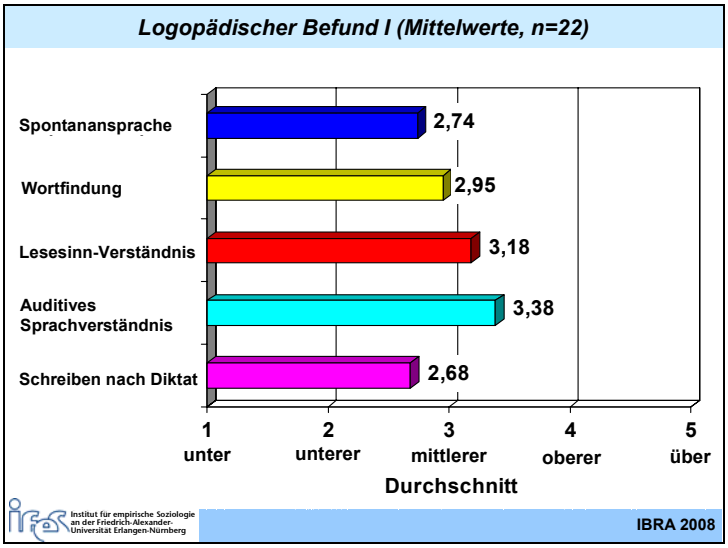


Abbildung 47

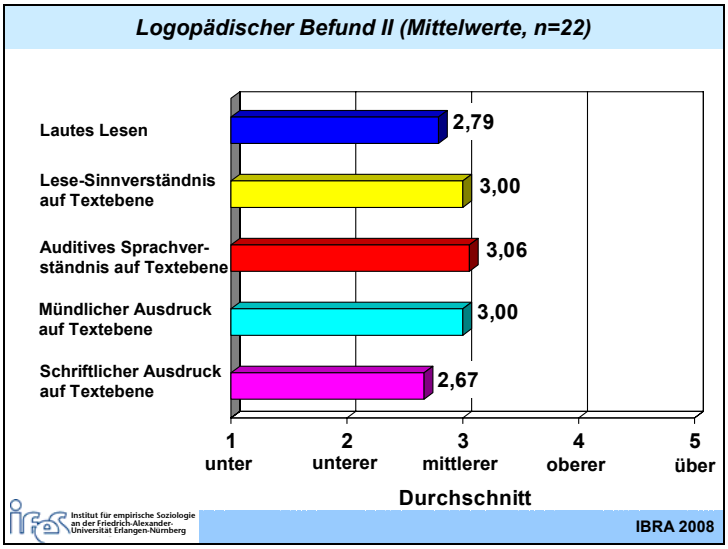


Abbildung 48

Insgesamt gesehen ist allerdings festzustellen, dass sich die festgestellten Defizite bei einigen wenigen Rehabilitand(inn)en kumulierten: Demnach wurden drei Personen im Hinblick auf relativ viele Variablen extrem schlecht („wenig angemessen“, „(sehr) auffällig“, „unter Durchschnitt“) und weitere fünf fast durchgehend als problematisch („teils angemessen“, „unterer Durchschnitt“, „(teils) auffällig“) beurteilt. Alle übrigen Aphasiker(innen) (also etwa zwei Drittel) wurden in ihrem Verhalten in der Tendenz als durchschnittlich oder überdurchschnittlich bzw. unauffällig oder angemessen eingeschätzt, auch wenn im Hinblick auf einzelne Merkmale gelegentlich schlechtere Ergebnisse erzielt wurden.

Leider lagen uns die betreffenden Informationen nicht von allen in die Berufsförderung Einbezogenen vor. Insbesondere fehlen Daten von Personen, die relativ spät dem Projekt zugeordnet wurden. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich die Charakteristik der IBRA-

Klientel verändern würde, wenn die betreffenden Informationen eingeholt werden könnten. Allerdings bestätigten die Rehabilitationsfachkräfte (insbesondere die Case-Managerin, die ihre Klient(inn)en aufgrund ihrer intensiven Zusammenarbeit wohl am besten kannte) den Eindruck, dass die Rehabilitand(inn)en-Gesamtheit dahingehend gemischt zusammengesetzt ist, dass neben einigen sehr schwierigen Aphasiker(inne)n, die einen überdurchschnittlich hohen individuellen Förderungsbedarf aufweisen, relativ viele andere am Programm teilnehmen, deren individuelle Situation günstiger ist. Diese „Mischung“ wird vom *BFW Nürnberg* auch ausdrücklich begrüßt, da es nicht möglich wäre, ein Modell wie IBRA innerhalb des gegebenen organisatorischen und finanziellen Rahmens zu verwirklichen, wenn sämtliche Teilnehmer(innen) durchgängig intensiv gefördert werden müssten: Denn dies würde letztlich auch bedeuten, die betreffenden Personen nicht mehr mit anderweitig behinderten Rehabilitand(inn)en gemeinsam beruflich bilden zu können.

Grundsätzlich wurden alle Aphasiker(innen) als überaus motiviert (und in dieser Hinsicht anderen *BFW*-Teilnehmer(inne)n überlegen) geschildert.

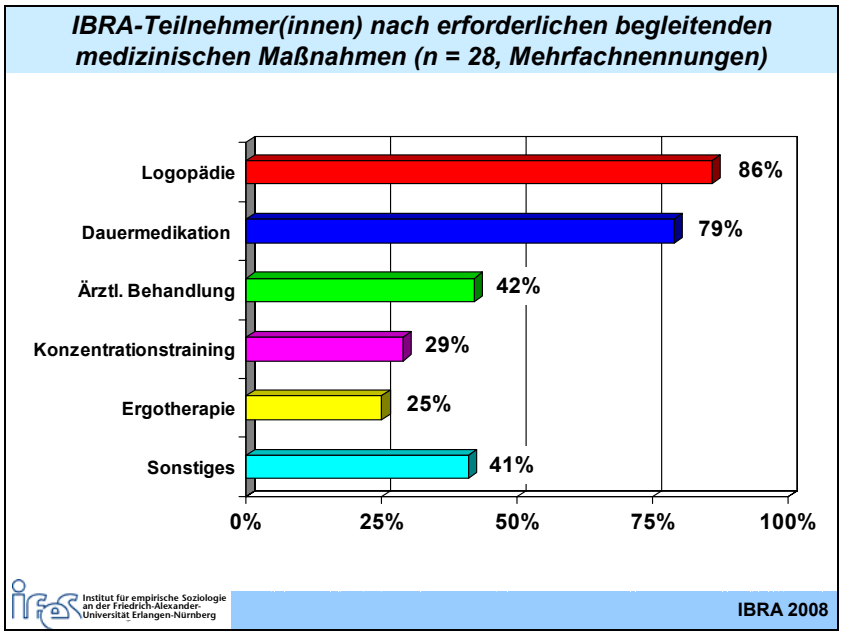


Abbildung 49

Aus *Abbildung 49* geht hervor, welche die Berufsförderung begleitenden, regelmäßig durch Heil- und Hilfspersonal zu erbringenden medizinischen Maßnahmen vor dem Hintergrund der Grunderkrankung der IBRA-Teilnehmer(innen) für erforderlich gehalten wurden.

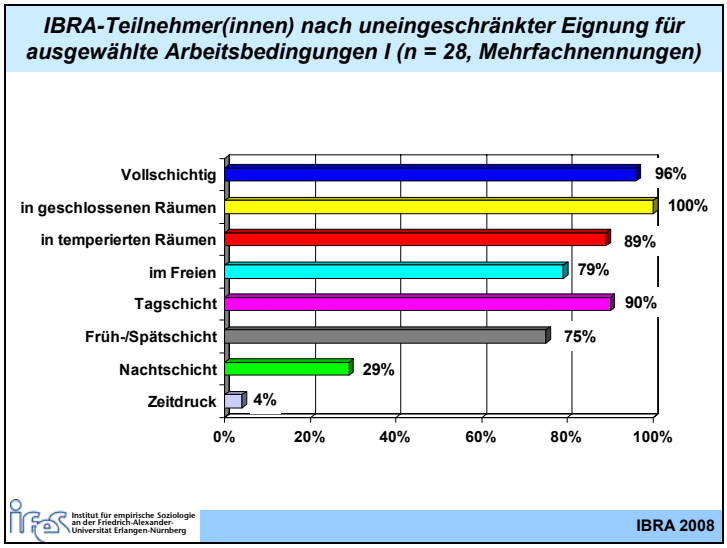


Abbildung 50

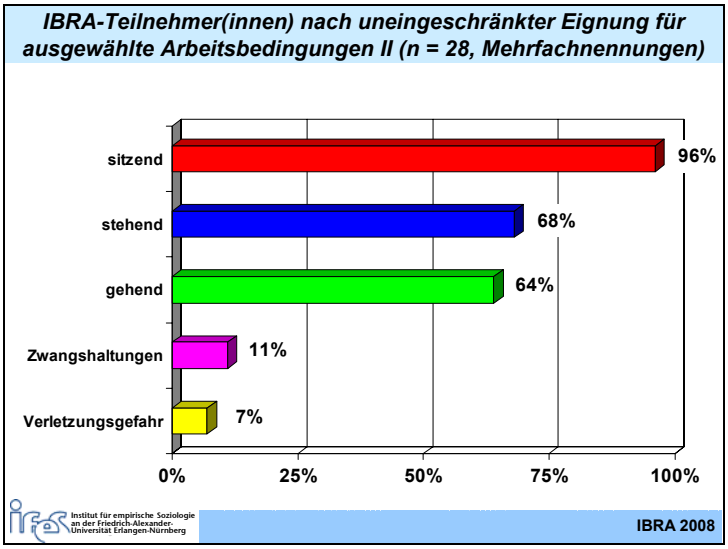


Abbildung 51

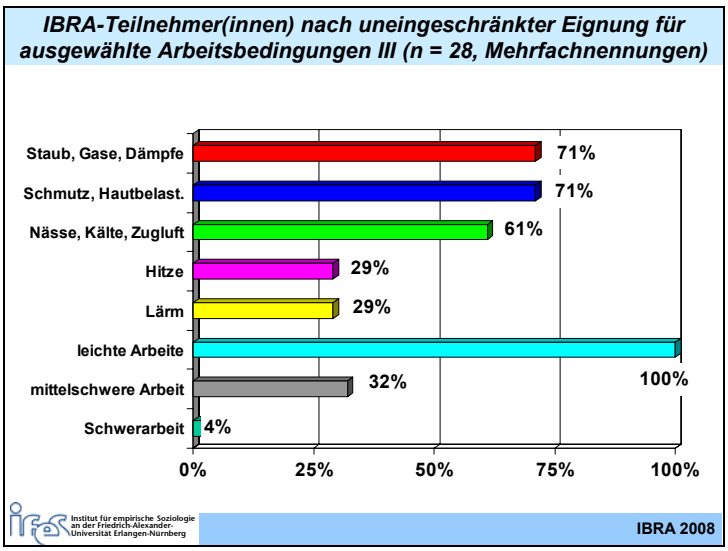


Abbildung 52

Erwartungsgemäß wurde bei fast neun Zehnteln Logopädie, bei immerhin vier Fünfteln eine Dauermedikation und bei zwei Fünfteln eine regelmäßige ärztliche Behandlung für notwendig angesehen. Ein gutes Viertel der Aphasiker(innen) benötigte ein regelmäßiges Konzentrationstraining oder Ergotherapie. Diese Befunde unterstreichen, dass die im Rahmen von IBRA vorgehaltenen speziellen medizinisch bzw. neuropsychologisch orientierten Leistungsbestandteile unbedingt erforderlich sind.

Abbildungen 50 bis *52* enthalten Informationen zum positiven Leistungsbild der Rehabilitand(inn)en. Ersichtlich ist, dass praktisch alle IBRA-Teilnehmer(inne)n vollschichtig (körperlich) leichte, sitzende Tätigkeiten in geschlossenen Räumen übernehmen können. Darüber hinaus kann den meisten von ihnen eine ganze Reihe belastender Arbeitsbedingungen uneingeschränkt zugemutet werden. Besonders problematisch sind allerdings Arbeiten unter hohem Zeitdruck, (körperlich) mittelschwere und Schwerarbeit, Arbeit in Zwangshaltungen und mit drohender Verletzungsgefahr, Nachtschicht sowie Tätigkeiten bei Hitze sowie unter Lärmbelastung.

6.3 Zugang zum Modellprojekt

Aus den *Abbildungen 53* und *54* geht hervor, wie die Rehabilitand(inn)en auf das Modellprojekt aufmerksam gemacht wurden und wer ihre Teilnahme an IBRA maßgeblich förderte.

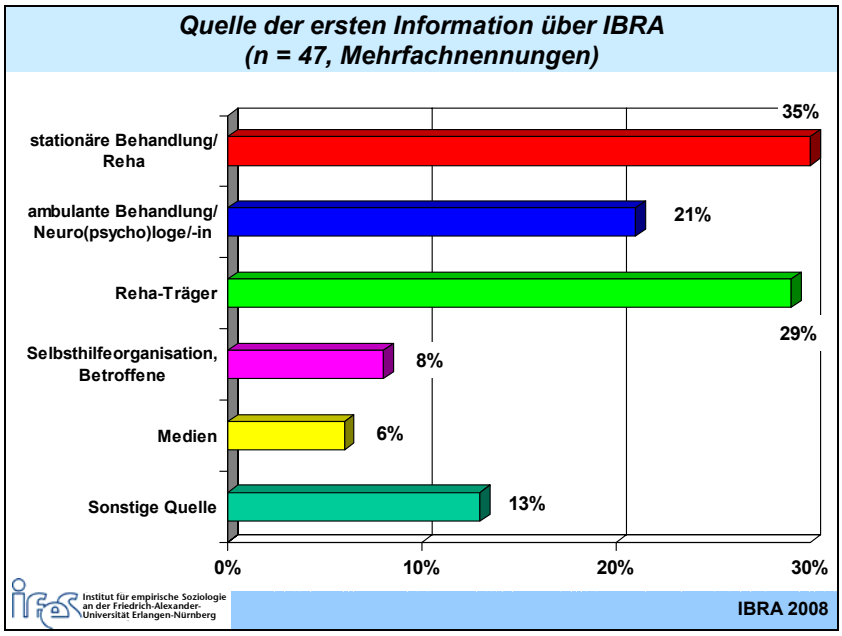


Abbildung 53

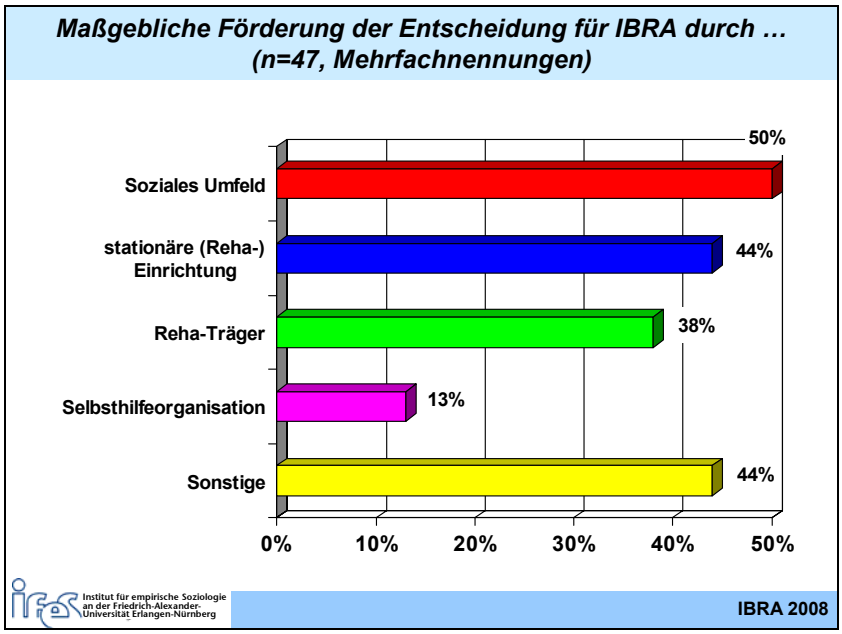


Abbildung 54

Demnach waren es vor allem stationäre Einrichtungen (in der Regel neurologische Fachkliniken) aber auch ambulant tätige Therapeut(inn)en (Neuro(psycho)log(inn)en, Logopäd(inn)en usw.) sowie Rehabilitationsträger, die hier als Multiplikatoren wirkten, während Selbsthilfeorganisationen, andere Betroffene oder Medien weniger relevant waren. Geht es allerdings konkret darum, tatsächlich an IBRA teilzunehmen, dann kommt neben der Reha-Einrichtungen und –Trägern vor allem dem sozialen Umfeld, in den meisten Fällen sind das (Ehe-)Partner(inn)en oder Eltern(-Teile), besondere Bedeutung zu (siehe *Abbildung 54*). Sie motivieren die Rehabilitand(inn)en letztlich dazu, die Chancen, die das Maßnahmeangebot bietet, zu nutzen.

Wie *Abbildung 55* zeigt, erwies sich die dem IBRA-Konzept ursprünglich zugrunde liegende Annahme, dem Modellprojekt ausschließlich über eine einzige Rehabilitationsklinik genügend Teilnehmer(innen) zuführen zu können, als zu optimistisch: Lediglich ein knappes Fünftel der Klientel wurde auf diesem Wege ins Projekt gelenkt (zu den Gründen wurde in *Abschnitt 5.1* bereits Stellung genommen). Demgegenüber kam gut die Hälfte der Rehabilitand(inn)en, in vielen Fällen auf Initiative von Angehörigen hin, direkt auf das *BFW Nürnberg* zu. Darüber hinaus waren drei Personen zur Teilnahme an anderen Angeboten in das *BFW* gekommen und erwiesen sich im Rahmen des RehaAssessments® als geeignete IBRA-Kandidat(inn)en. Über ein Fünftel der Aphasiker(innen) wurde aus anderen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (*Phase II*-Einrichtungen, Tagesklinik, anderes *BFW*) dem Projekt zugeführt.

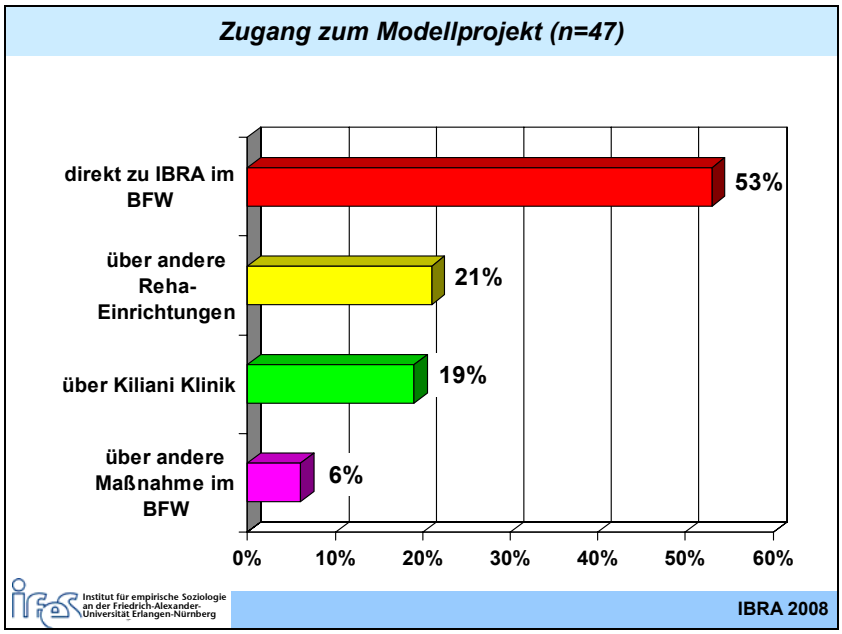


Abbildung 55

Diese Befunde verdeutlichen, dass es notwendig ist, qualifizierte Informationen über das Maßnahmeangebot breit zu streuen, die betreffenden Adressat(inn)en auf die Chancen beruflicher Teilhabeleistungen für Aphasiker(innen) hin zu sensibilisieren und diese zu bitten, geeignete Klient(inn)en zu veranlassen, das Angebot wahrzunehmen. Gerade die Motivierung spielt zu Beginn der Maßnahme, also in der Assessment-Phase, eine gewichtige Rolle, zeigte sich doch, dass zu diesem Zeitpunkt lediglich zwei Drittel (65 %) der Rehabilitand(inn)en uneingeschränkt zu ihrem Teilnahmeentschluss standen, ein Fünftel (20 %) zunehmende Bereitschaft zeigte und 15 % immer noch nicht sicher waren, ob sie sich richtig entschieden hätten.

Wie aus *Abbildung 56* hervorgeht, firmiert(e) bei 63 % der Teilnehmer(innen) die Gesetzliche Rentenversicherung als Rehabilitationsträger der Teilhabeleistung IBRA (*Deutsche Rentenversicherung Bund*: 46 %; *Deutsche Rentenversicherung Regionaler Träger* bzw. *Knappschaft-Bahn-See*: 17 %), in den übrigen 38 % der Fälle ist bzw. war es die *Bundesagentur für Arbeit*, wobei bei drei Personen noch ein dritter Träger (Unfallversicherung oder privater Versicherungsträger) beteiligt war.

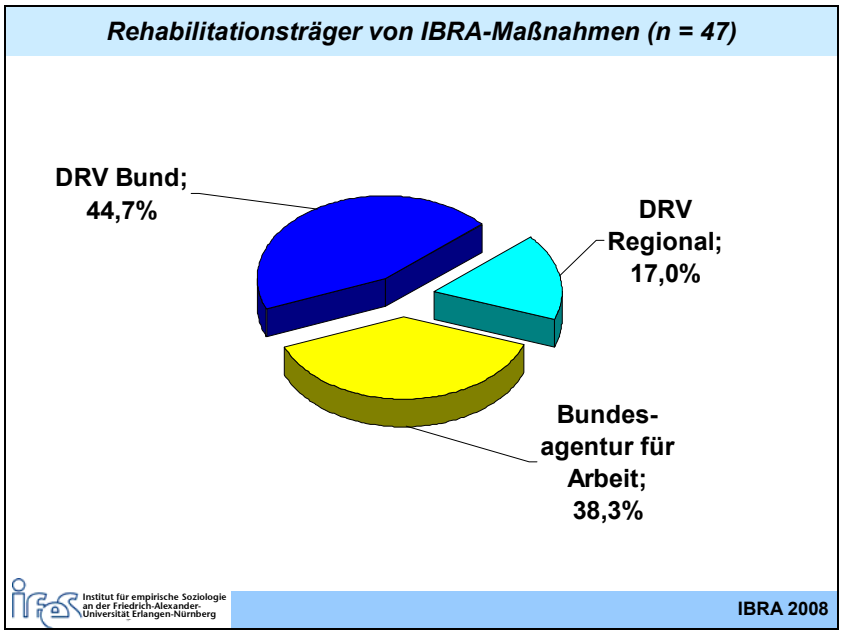


Abbildung 56

6.4 Maßnahmen und Berufsspektrum der Rehabilitand(inn)en

Anspruch des RehaAsessments® ist es, Rehabilitand(inn)en möglichst passgenau jenen Maßnahmen zuzuordnen, die den bei ihnen bereits vorhandenen, beruflich verwertbaren Kompetenzen und ihrem Gesundheitszustand entsprechen. Im Rahmen von IBRA wurden im Berichtszeitraum insgesamt 52 Aphasiker(innen) einbezogen, allerdings kann hier nur über 47 von ihnen berichtet werden. 43 Personen wurden einem RehaAssessment® im *BFW Nürnberg*, 22 Personen einem neurologischen und neuropsychologischen (Kurz)Assessment in der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* unterzogen, während zwei Personen bereits aussagekräftige Unterlagen aus anderen Rehabilitationseinrichtungen mitbrachten.

Wie die *Abbildungen 57* und *58* veranschaulichen, konnten auf der Grundlage dieser Assessments und vorhandenen Unterlagen folgende Zuordnungen vorgenommen werden:

- 41 Personen (87 %) wurden als für das IBRA-Programm geeignet eingeschätzt;
- nur 37 Personen (90 % der Geeigneten) traten tatsächlich in einen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang ein, weil eine Person direkt in eine Individualmaßnahme überführt wurde und drei Rehabilitand(inn)en ihren RVL wohnortnah in einem anderen *BFW* durchführen wollten;
- 23 Personen (56 % der Geeigneten) wurden für Qualifizierungen (Umschulungen) für befähigt angesehen;

- 12 Personen (29 % der Geeigneten) wurden für Individualmaßnahmen ausgewählt,
- 3 Personen brachen im Verlauf des RVL ab.

Allerdings mussten zwei der für Umschulungen vorgesehenen Personen später wegen Überforderung umgesetzt und in eine Individualmaßnahme überführt werden.

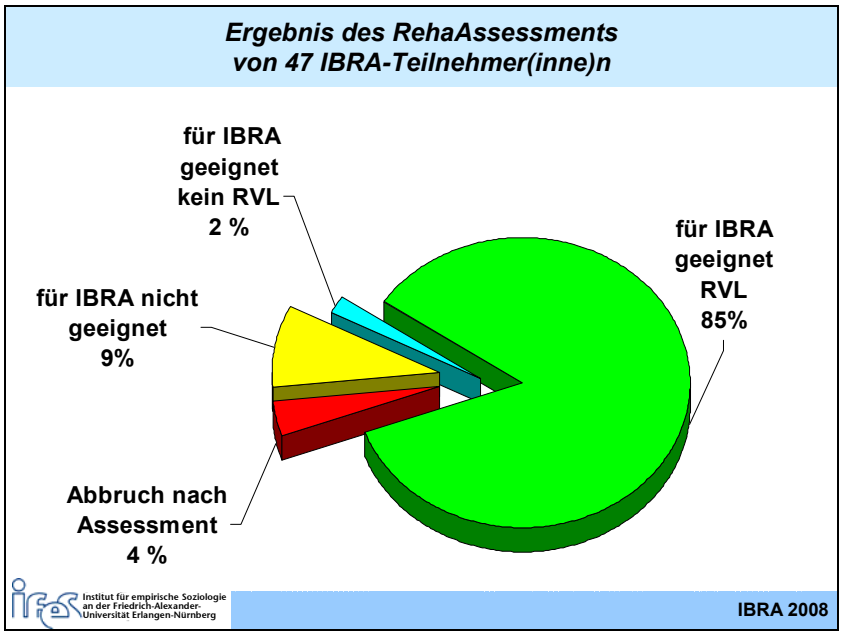


Abbildung 57

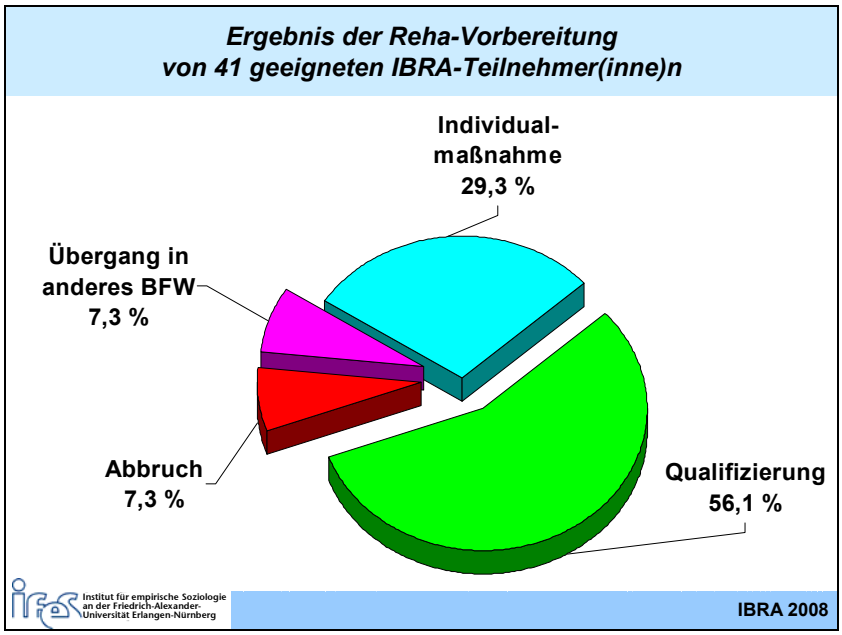


Abbildung 58

Abbildung 59 lässt erkennen, dass Personen, die an einer Qualifizierungsmaßnahme teilnahmen, zumeist einen zeichnerischen (Bauzeichner(in), Technische(r) Zeichner(in)) oder einen kaufmännischen Beruf (Bürokaufmann/-frau, Industriekaufmann/-frau, Kaufmann/-frau

für Bürokommunikation, Steuerfachgehilfe/-in) wählten und für den betreffenden Ausbildungsgang als geeignet erachtet wurden. Demgegenüber überwogen im Bereich der Individualmaßnahmen Angebote im kaufmännischen Bereich.

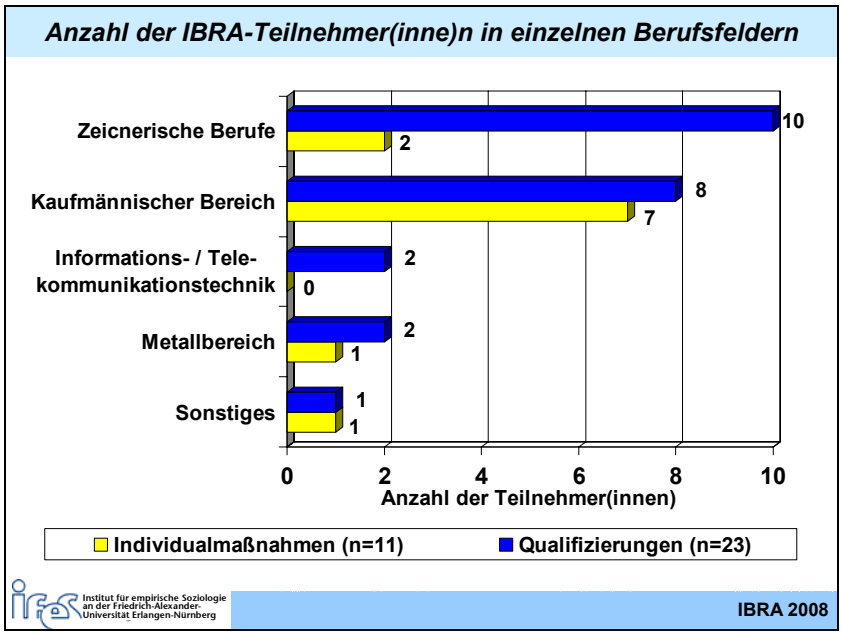


Abbildung 59

6.5 Verbleib der Rehabilitand(inn)en

Im Folgenden wird ein Überblick über den Verbleib von 47 Rehabilitand(inn)en im Rahmen des Modellprojekts gegeben. Nicht berücksichtigt wurden dabei Interessent(inn)en, die bereits im Vorfeld ausgeschieden waren: Solche Personen wenden sich auf Empfehlung von Einrichtungen, Rehabilitationsträgern oder aus eigenem Interesse an das *BFW Nürnberg*, wobei sich relativ schnell zeigt, dass sie behinderungsbedingt für IBRA nicht in Frage kommen. Die Betreffenden werden gar nicht erst in das RehaAssessment® aufgenommen. Leider liegen uns zum Umfang dieser Interessentengruppe keine näheren Informationen vor. Annhand grafischer Übersichten sind die „Wanderungsbewegungen" der Rehabilitand(inn)en zwischen den einzelnen Maßnahmeteilen erkennbar.

Abbildung 60 zeigt den Rehabilitand(inn)en-Verbleib im Rahmen des Zugangs- und Reha-Assessment-Prozesses. Wie bereits erläutert, wurde dem Projekt entgegen den Annahmen, die dem Maßnahmekonzept zugrunde lagen, nur ein Fünftel (19,1%) der Teilnehmer(innen) über die *Kiliani Klinik Bad Windsheim* zugeleitet, während das Gros unmittelbar vom *BFW Nürnberg* ins Programm aufgenommen wurde. Abgesehen von jenen neun Aphasiker(inne)n, die über die *Kiliani Klinik* in das Projekt kamen, wurden die meisten anderen Rehabili-

tand(inn)en zunächst dem RehaAssessment® im *BFW Nürnberg* zugeführt. Nur eine Person wurde direkt nach Bad Windsheim zum Kurz-Assessment geschickt, während 12 Aphasiker(innen) erst dorthin überwiesen wurden, nachdem bereits mit der Abklärung des beruflichen Eignungsbildes im *BFW* begonnen worden war. Zwei Personen absolvierten sogar zunächst eine stationäre Heilbehandlung in der *Kiliani Klinik*, bevor sie das RehaAssessment® fortsetzen konnten.

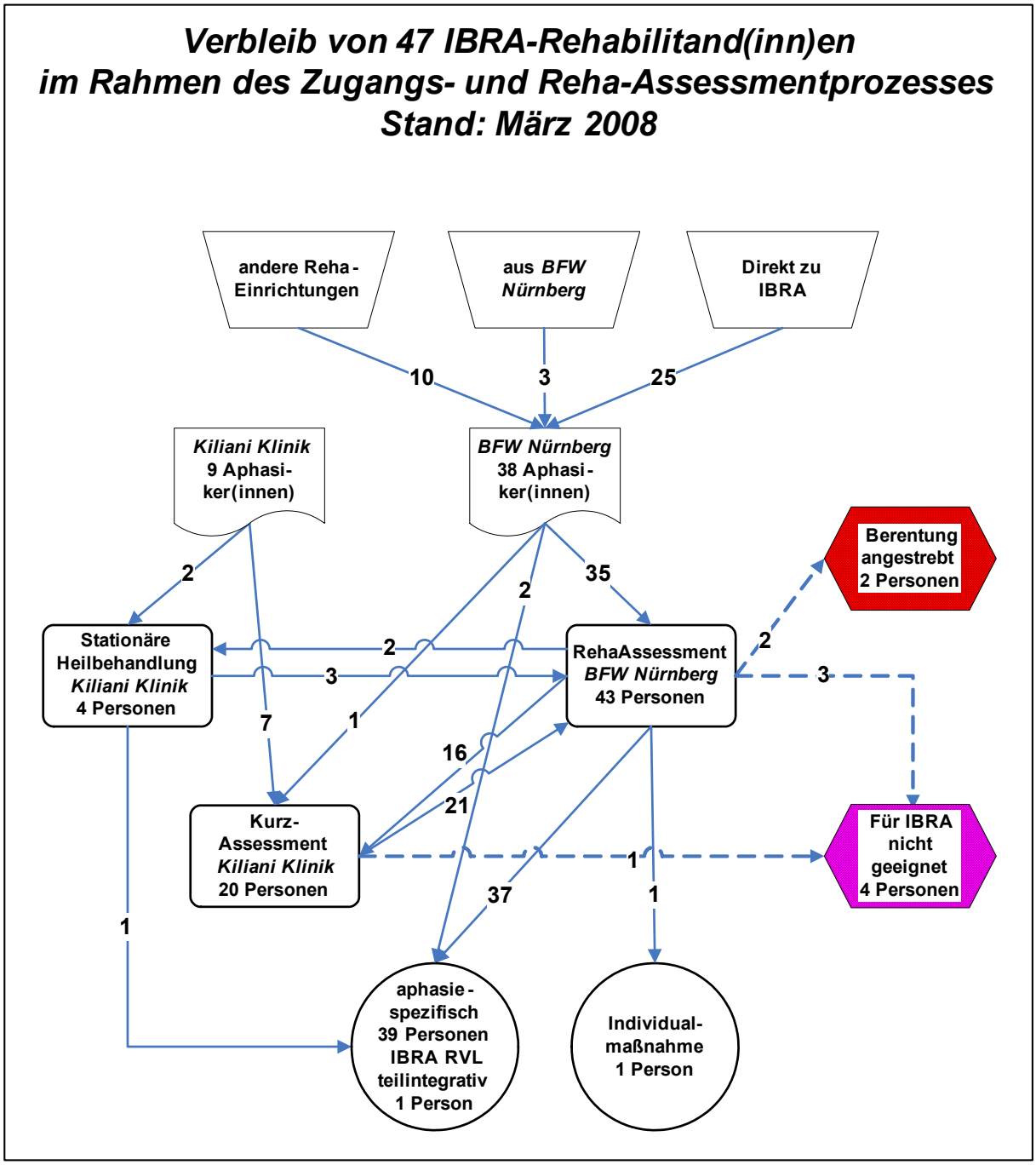


Abbildung 60

Aus der *Abbildung 60* ist auch ersichtlich, dass lediglich 20 Personen (42,5 %) ein Kurzassessment in der *Kiliani Klinik* durchliefen, obwohl das Programmkonzept ursprünglich vorsah, alle Teilnehmer(innen) durch die Bad Windsheimer Fachklinik begutachten zu lassen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass insbesondere in der zweiten Hälfte der Projektlaufzeit zunehmend Personen in IBRA aufgenommen wurden, die bereits über aussagekräftige, aktuelle Unterlagen aus Reha-Kliniken und anderen Reha-Einrichtungen (z.B. anderen *Berufsförderungswerken*) verfügten und eine weitere Begutachtung dem Rehabilitationsträger kaum zu vermitteln gewesen wäre.

Gelegentlich stimmten Rehabilitand(inn)en aus persönlichen Gründen (z.B. weil sie bereits lange Krankenhausaufenthalte hinter sich hatten) einem (weiteren) stationären (Kurz-)Aufenthalt in der Klinik nicht zu. Im Rahmen des RehaAssessments im *BFW* zeigten sich zwei Personen als für das IBRA-Programm ungeeignet, bei drei weiteren kam die *Kiliani Klinik* zu einem entsprechend negativen Urteil. Insgesamt schieden also vier Aphasiker(innen) (13 %) in diesem frühen Stadium der Maßnahme aus. Zwei Personen beendeten das Assessment, ohne in das Modellprogramm aufgenommen zu werden, als sich herausstellte, dass sie im Grunde kein weiteres Interesse an einer Berufsförderung hatten, sondern eine Berentung anstrebten.

Insgesamt gesehen wurde für 41 (95 %) der 43 geeigneten Rehabilitand(inn)en ein qualifizierter Förderplan erarbeitet: 40 Personen setzten die Maßnahme mit einem Rehabilitationsvorbereitungslehrgang fort, wobei eine Person direkt in den integrativen Teil eintrat. Einer Aphasikerin, die vor der Übernahme in das Programm in einer *Werkstatt für behinderte Menschen* (*WfB*) gearbeitet hatte, wurde der sofortige Eintritt in eine Individualmaßnahme im kaufmännischen Bereich vorgeschlagen, die sie auch absolvierte.

Ursprünglich war vorgesehen, Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge halbjährlich (Beginn im Januar und im Juli eines jeden Jahres) durchzuführen. Aufgrund der wider Erwarten geringen Zugänge zum Modellprojekt wurden die Lehrgänge ab Juli 2006 jedoch nur noch im jährlichen Rhythmus begonnen.

Wie *Abbildung 61* illustriert, traten lediglich 36 der eigentlich 39 dafür vorgesehenen IBRA-Teilnehmer(inne)n einen aphasiespezifischen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang tatsächlich an, wobei sich die drei Ausgeschiedenen aus Gründen der Wohnortnähe für eine dem Modellprojekt IBRA nachempfundene Maßnahme im Rahmen des *Heidelberger Aphasie Modells (HAM)* des *BFW Heidelberg* entschieden hatten. 86 % der 36 Personen, die die Rehabilitationsvorbereitung I antraten, wurden in den teilintegrativen RVL-Teil überführt. Da IBRA durchlässig konzipiert ist, konnten von den übrigen Teilnehmer(inne)n zwei direkt in

eine kompakte, auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnittene Teilqualifizierungsmaßnahme und drei andere direkt in die Qualifizierung (Umschulung) überwechseln.

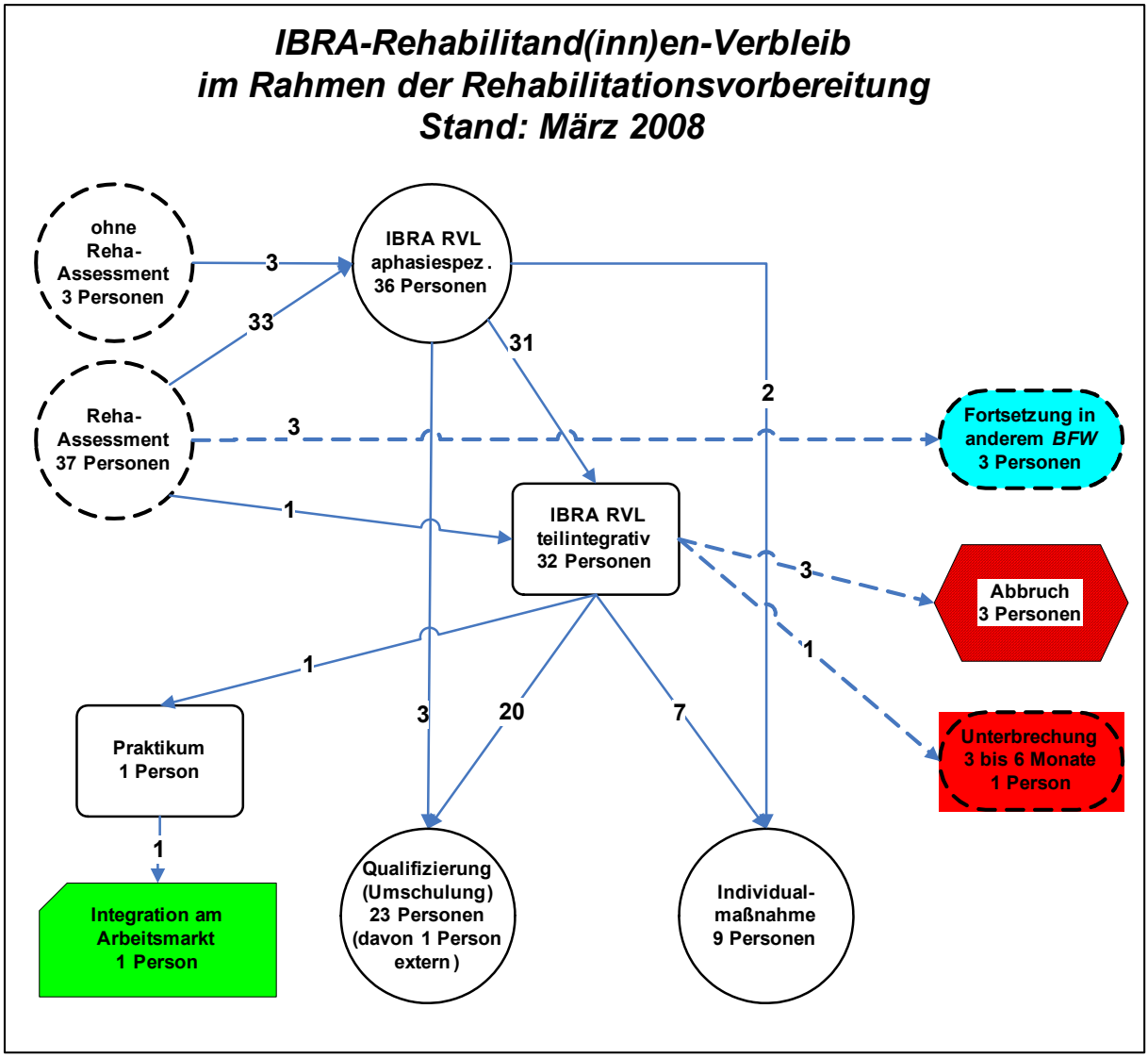


Abbildung 61

Im Rahmen der Rehabilitationsvorbereitung kam es in drei Fällen zu einem Maßnahmeabbruch wobei in einem Fall ein Rentenwunsch, in einem weiteren Fall das Fehlen einer realisierbaren beruflichen Perspektive und in einem dritten Fall Überforderung maßgebend waren. Allerdings sind die beiden letztgenannten Personen heute erwerbstätig: Während eine inzwischen eine Lehre begonnen hat, ist die andere in einer *Werkstatt für behinderte Menschen* beschäftigt. Eine weitere Person schied aus gesundheitlichen Gründen vorübergehend aus dem RVL II aus. Sie wird die Maßnahme voraussichtlich nach drei bis sechs Monaten fortsetzen.

Eine Person nahm ausschließlich an der Reha-Vorbereitung teil, absolvierte dann ein Praktikum als LKW-Fahrer bei ihrem alten Arbeitgeber und wurde von diesem anschließend direkt wieder übernommen.

Zwei Drittel (63,9 %) der 36 RVL I- bzw. RVL-II-Teilnehmer(innen) wurden in eine Qualifizierungsmaßnahme überführt, wobei ein Rehabilitand erst mit der Umschulung begann, nachdem er zunächst teilqualifiziert (Linkshand-Schreibtraining) worden war.

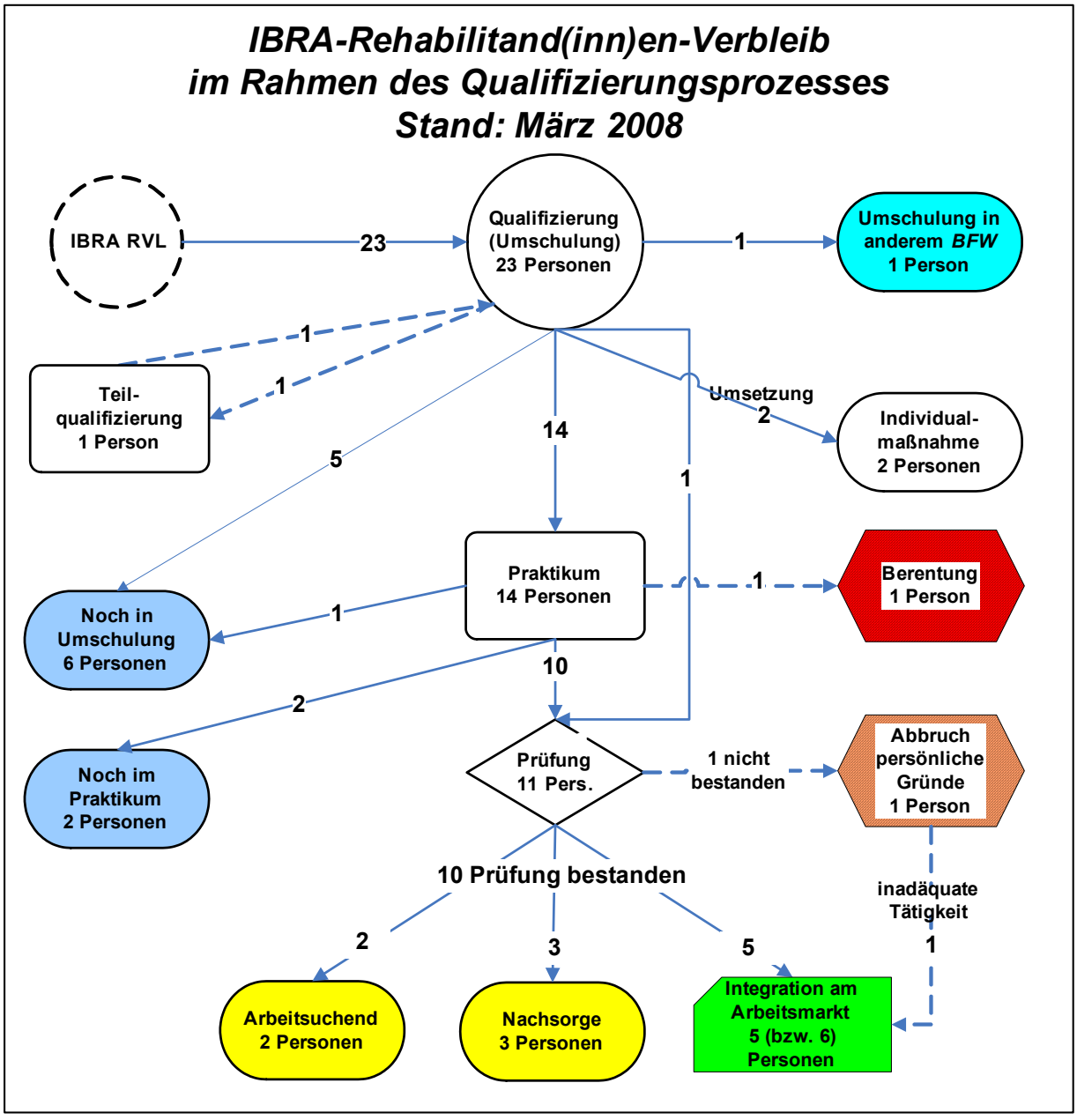


Abbildung 62

Abbildung 62 zeigt den Verbleib dieser 23 Personen. Demnach schied ein(e) Aphasiker(in) aus dem Projekt aus, um Ihre Ausbildung (mit guten Erfolgsaussichten) in einem anderen *BFW* fortzusetzen, das den von ihr gewünschten Beruf (Buchbinder) anbietet. Zwei weitere

Personen wurden in Individualmaßnahmen umgesetzt, nachdem sie mit den Anforderungen im Qualifizierungsprozess nicht zurecht kamen. 14 Rehabilitand(inn)en absolvierten ein Praktikum, das in der Regel wohnortnah absolviert wurde, wobei Reha- und Case-Management erheblich dazu beitrugen, einen entsprechenden Praktikumsplatz zu finden, den Arbeitgeber auf die Aphasiker(innen) vorzubereiten, auftretende Probleme zu lösen usw. Allerdings gab eine Person im Zuge eines Praktikums auf und beantragte eine Rente.

Zum Berichtszeitpunkt befanden sich noch sechs Personen in der Umschulung, ohne ein Praktikum absolviert zu haben, eine Person war noch im Praktikum am Heimatort.

An der Abschlussprüfung nahmen bisher 12 Umschüler(innen) teil, von denen nur eine(r) kein Praktikum absolviert hatte. Dabei werden in der Regel alle Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs nach § 65 BBiG und § 42 l HwO genutzt, die für Menschen mit Behinderungen bei Prüfungen und Leistungsnachweisen zur Verfügung stehen (z.B. verlängerte Arbeitszeiten, spezielle Arbeitsmittel, mündliche statt schriftliche Prüfung, Einzel- statt Gruppenprüfung, Vorlesen oder Erläuterung von Arbeitsaufgaben).[249] Allerdings werden die Vor- und Nachteile (z.B. Vermerk umfangreicherer Prüfungserleichterungen im Abschlusszeugnis) eines solchen Nachteilsausgleichs stets gegeneinander abgewogen: So wandte sich eine Teilnehmerin explizit gegen ein entsprechendes Angebot, das sie Stigmatisierung befürchtete, wenn dies im Abschlusszeugnis vermerkt würde. Elf der Prüflinge waren erfolgreich. Der zwölfte verlor aus privaten Gründen das Interesse an der beruflichen Rehabilitation, fiel deshalb durch die Prüfung und brach die Maßnahme dann ab. Allerdings hat er in der Zwischenzeit eine Hausmeistertätigkeit aufgenommen.

Bis zum Abschluss der Auswertungen im März 2008 konnten von den erfolgreichen Absolvent(inn)en drei eine ausbildungsadäquate Beschäftigung und eine Person eine Ganztagsstelle finden, die nicht dem Beruf entsprach, für den sie ausgebildet worden war. Vier Personen befanden sich noch in der Nachsorge des *BFW Nürnberg* (von zweien hatten die Prüfungen erst kürzlich stattgefunden), und zwei weitere waren schon seit längerer Zeit auf Arbeitssuche (siehe dazu auch die *Tabellen 9* und *10*).

Abbildung 63 geht schließlich auf den Verbleib der zwölf Aphasiker(innen) ein, für die keine Vollqualifizierung in Frage kam und für die individuell auf sie zugeschnittene Berufsförderungsmaßnahmen[250] konzipiert wurden. In drei Fällen kam es zu einem negativen Ergebnis: In einem Fall steht nach einem Klinikaufenthalt fest, dass die betreffende Person definitiv

249 Siehe dazu: *Keune / Frohnenberg* 2004: 29, 36, 50

250 Diese Leistungen werden hier als „Individualmaßnahmen“ bezeichnet, obwohl auch Umschulungen im Rahmen von IBRA stets jeweils auf die individuellen Förderungsbedarfslagen der Aphasiker(innen) hin gestaltet werden müssen.

nicht mehr arbeitsfähig sein und berentet werden wird. Die anderen beiden Rehabilitand(inn)en wurden in einer *Werkstatt für behinderte Menschen (WfB)* untergebracht.

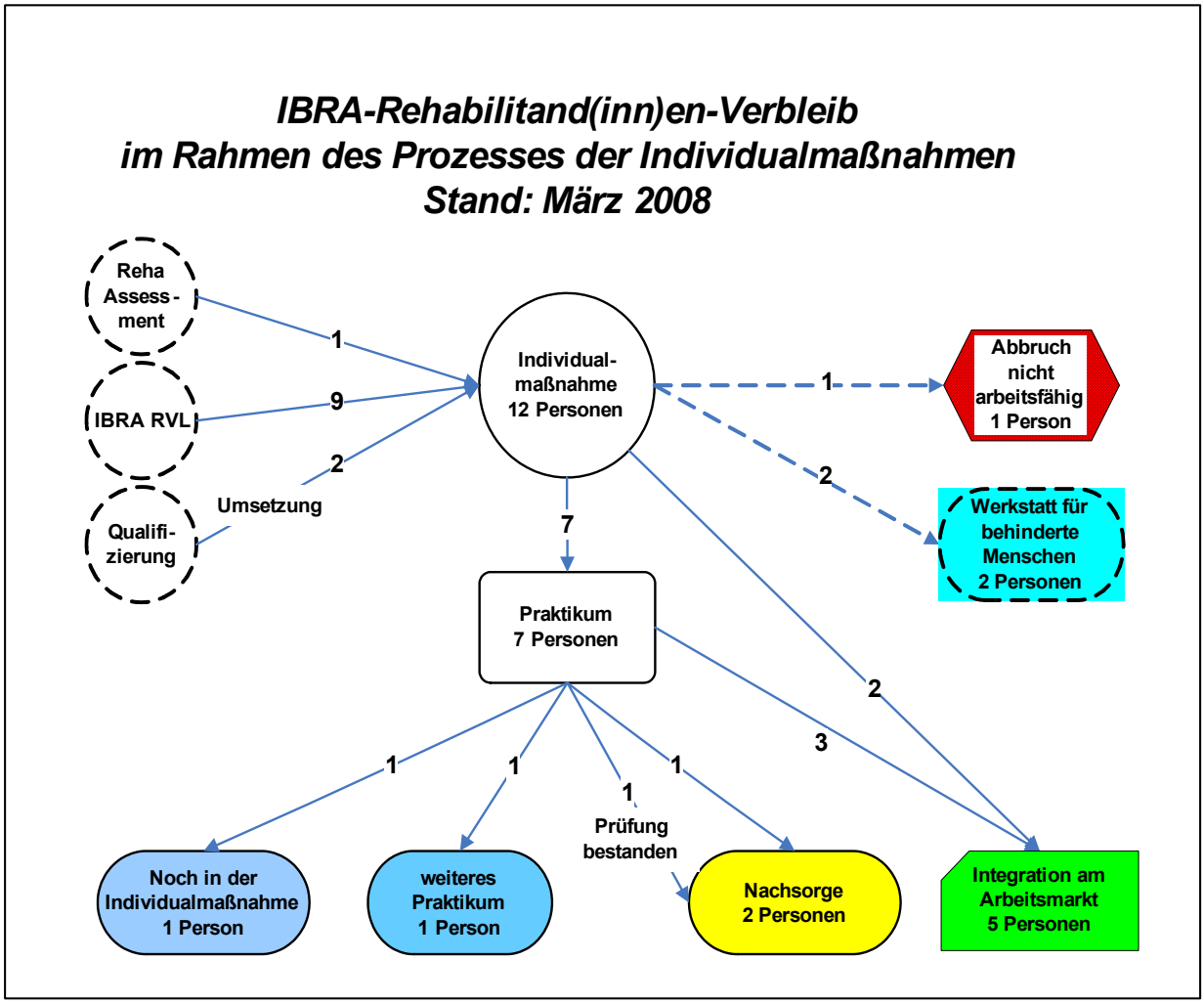


Abbildung 63

Sechs Personen konnten in ein Praktikum vermittelt werden. Von diesen hat eine ihre Individualmaßnahme noch nicht abgeschlossen, eine weitere befindet sich noch im Praktikum. Drei Rehabilitand(inn)en wurden von ihrem Praktikumsbetrieb übernommen, zwei weitere fanden auf anderem Wege einen Arbeitsplatz, eine Person, die eine Kammerprüfung in einem Behindertenberuf – Elektriker für Feingeräte – abgeschlossen hat, derzeit in einem Probearbeitsverhältnis, eine weitere befindet sich noch in der Nachsorge des *BFW Nürnberg*. Erfreulich ist, dass fünf der Erwerbstätigen ausbildungsadäquat beschäftigt sind und einer in seinen alten Beruf zurückkehren konnte (siehe dazu auch *Tabellen 9* und *10*).

Insgesamt gesehen ergab sich zum Berichtszeitpunkt (Februar 2008) im Hinblick auf den Verbleib der IBRA-Teilnehmer(innen) der Stand, der aus der *Tabelle 6* und *Abbildung 64* hervorgeht.

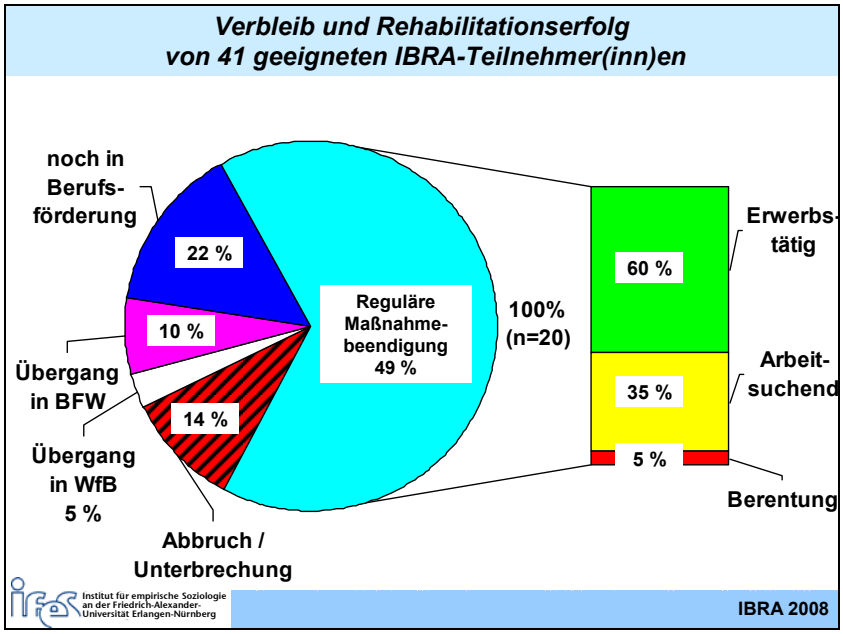


Abbildung 64

Ausgangsgesamtheit davon:	47	100 %	**Geeignete**		**Reguläre Absolvent(inn)en**	
Nicht geeignet	4	10,6 %				
Abbruch im Zuge des Assessments	2	4,3 %				
Geeignet davon:	41	87,2 %	41	100 %		
Abbruch im Maßnahmeverlauf	5	10,6 %	5	12,2 %		
Unterbrechung der Maßnahme	1	2,1 %	1	2,4 %		
Werkstatt für behinderte Menschen	2	4,3 %	2	4,9 %		
Übergang in andere Berufsförderungs-einrichtung	4	8,5 %	4	10,0 %		
Noch in Maßnahme-abschnitt	9	19,1 %	9	22,0 %		
Reguläre Beendigung davon:	20	42,6 %	20	48,8 %	20	100 %
Rente	1	2,1 %	1	2,4 %	1	5,0 %
Arbeitslos / Nachsorge	7	14,9 %	7	17,1 %	7	35,0 %
Erwerbstätig	12	25,5 %	12	29,3 %	12	60,0 %

Tabelle 6: **Verbleib der IBRA-Teilnehmer(innen), Stand: Ende März 2008**

Von den 47 in das Modellprojekt aufgenommenen Aphasiker(inne)n

- waren vier (11 %) wegen im RehaAssessment® festgestellter Nichteignung ausgeschieden;
- schieden zwei Personen (5 % der geeigneten 42 Rehabilitand(inn)en) auf eigenes Betreiben im Zuge des RehaAssessments® aus, um eine Berentung anzustreben;
- hatten fünf (12 % der Geeigneten) die Maßnahme abgebrochen, wurden jedoch weiter in die Nachsorge einbezogen, einer von ihnen hat inzwischen eine Erwerbstätigkeit aufgenommen;
- hatte eine Person (2 % der Geeigneten) die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen;
- war für zwei Personen (5 % der Geeigneten) nur noch die Beschäftigung in einer *Werkstatt für behinderte Menschen (WfB)* möglich;
- waren vier Personen (10 % der Geeigneten) in eine Berufsförderungsmaßnahme in einem anderen *Berufsförderungswerk* übergegangen, das einen Wunschberuf im Angebot hatte oder IBRA-ähnliche Leistungen wohnortnäher bereitstellte;
- befanden sich neun Personen (22 % der Geeigneten) in einem Abschnitt von IBRA im *BFW Nürnberg*;
- hatten 20 Personen (49 % der Geeigneten) IBRA regulär beendet.

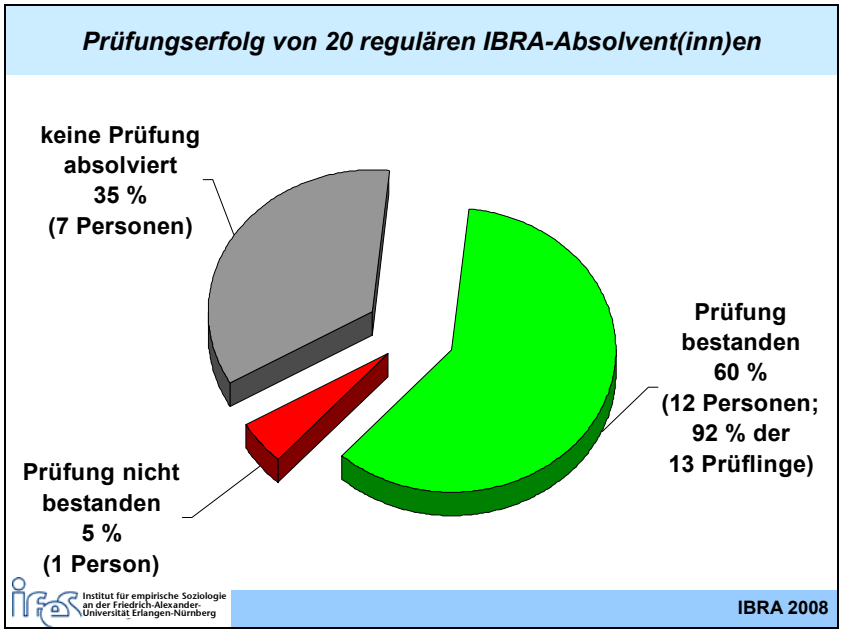


Abbildung 65

Von diesen 20 regulären Beender(inne)n

- wurde eine Person (5 % der regulären Abgänger(innen)) berentet, nachdem ihre Arbeitssuche erfolglos war,

- waren sieben Personen (35 % der regulären Abgänger(innen)) arbeitsuchend, von denen fünf im Rahmen der Nachsorge von der Case Managerin betreut wurden,
- hatten dreizehn an einer Abschlussprüfung teilgenommen, von denen zwölf (92 %) dabei erfolgreich waren (siehe *Abbildung 65*);
- waren zwölf Personen (29 % der Geeigneten bzw. 60 % der regulären Abgänger(innen)) erfolgreich in den Arbeitsmarkt eingegliedert.

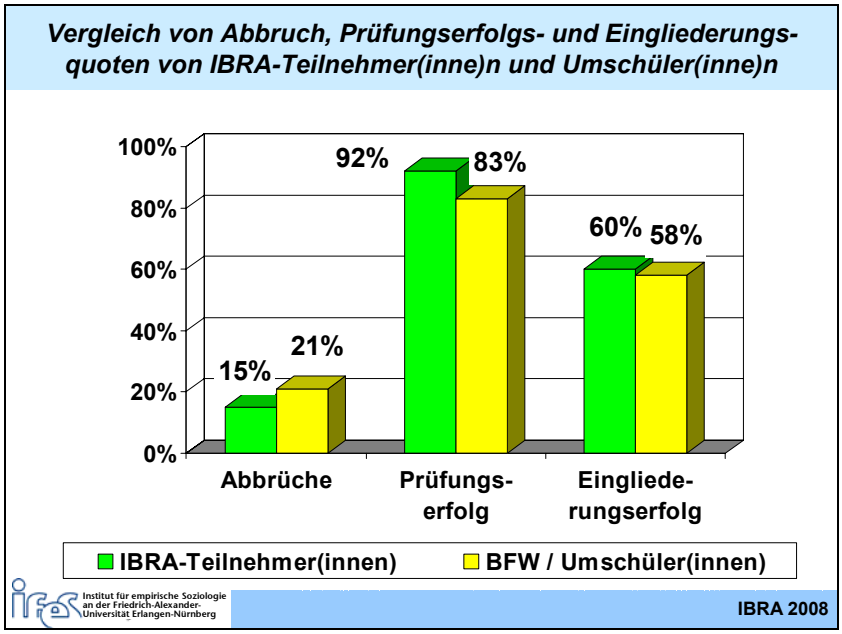


Abbildung 66

Überblickt man die IBRA-Abbruch-, Prüfungserfolgs- und Eingliederungsquote im Vergleich zu anderen Umschulungsmaßnahmen, so ergibt sich das in *Abbildung 66* enthaltene überaus positive Bild. Das gilt in der Tendenz auch dann, wenn berücksichtigt wird, dass bei der relativ geringen IBRA-Teilnehmer(innen)-Zahl schon eine Person „hin oder her" wesentliche prozentuale Veränderungen bewirken kann.

Der Rehabilitand(inn)en-Drop-out, der jene sechs Personen umfasst, die IBRA abbrachen bzw. unterbrachen, entspricht 13 % der Ausgangsgesamtheit bzw. 15 % der Geeigneten. Dieser Prozentsatz ist geringer als jener von ca. 21 %[251] bzw. 25 %[252], der für (geeignete) Umschüler(innen) von *Berufsförderungswerken* ermittelt wurde. Dies kann als Erfolg angesehen werden, spricht das Ergebnis doch für eine sehr adäquate Allokation und Förderung der Teilnehmer(innen) im Maßnahmeverlauf.

251 Vgl. *Köster / Fehr / Slesina* 2007: 260

252 Vgl. *Tews / Schreiber / Schott* 2003: 38

Entsprechendes gilt, wenn man den Prüfungserfolg betrachtet: Auch hier stellt sich die Erfolgsquote von 92 % günstiger dar als jene in Höhe von 82,9 %, über die im Berufsbildungsbericht 2007 bezogen auf Umschulungsmaßnahmen nach § 58 BBiG berichtet wird.[253]

Die berufliche Eingliederungsquote von 60 % muss als hervorragend angesehen werden, berücksichtigt man, dass es sich bei den Aphasiker(inne)n um eine besonders problematische Personengruppe handelt und die Wiedereingliederungsquote der Absolvent(inn)en von *Berufsförderungswerken* im langjährigen Mittel bei Maßnahmeende bei 27 %, sechs Monate danach bei 58 % und 12 Monate später bei 69 % liegt.[254] Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Maßnahme von fünf Rehabilitand(inn)en erst in diesen Tagen erfolgreich abgeschlossen wurde, so dass in absehbarer Zeit eine berufliche Wiedereingliederung zu erwarten ist.

6.5 Determinanten des Maßnahmeerfolges

Der Versuch, Zusammenhänge zwischen individuellen Merkmalen der IBRA-Teilnehmer(innen) und dem Maßnahmeerfolg herauszufinden, muss angesichts der kleinen Ausgangsgesamtheit und den sich daraus ergebenden, sehr überschaubaren Subgruppen rudimentär bleiben. Aus diesem Grund lässt sich hier nur eine Deskription von Beziehungen zwischen einzelnen Variablen und „Erfolgstypen“ vornehmen.

Aufgrund der in *Tabelle 7* enthaltenen Informationen können Vergleiche zwischen IBRA-Ausgangsgesamtheit, Geeigneten-Gruppe, regulären Absolvent(inn)en, erfolgreich geprüften Umschüler(inne)n, beruflich Eingegliederten und Abbrecher(inne)n im Hinblick auf ausgewählte Merkmale vorgenommen werden. Allerdings sind die einzelnen Personengruppen so klein, dass es gewagt wäre, aufgrund der ausgewiesenen prozentualen Verteilungen dezidierte Aussagen zu machen (schon eine Person „hin oder her“ kann das Ergebnis prozentual entscheidend verändern). Insofern wäre auch eine inhaltliche Interpretation der in den *Tabellen 8* bis *10* enthaltenen Informationen zum anonymisierten Kreis der im Rahmen der Abschlussprüfung erfolgreichen Absolvent(inn)en, der beruflich Eingegliederten sowie der Maßnahme-Abbrecher(innen) wenig ergiebig. Allerdings können diese Übersichten einen guten Eindruck der erfolgreichen sowie der weniger erfolgreichen IBRA-Teilnehmer(innen) vermitteln.

253 Vgl. *Bundesministerium für Bildung und Forschung* 2007: 130

254 Vgl. *Beiderwieden* 2005: 237

Merkmal	Ausgangs-gesamtheit (n = 47) i.v.H (abs.)	Geeignete (n = 41) i.v.H (abs.)	Abbrecher-(innen) (n = 8) i.v.H (abs.)	Reguläre Absol-vent(inn)en (n = 20) i.v.H (abs.)	Erfolgreich geprüfte Umschü-ler(innen) (n=12) i.v.H (abs.)	In den Ar-beitsmarkt Ein-gegliederte[1] (n=13) i.v.H (abs.)
Geschlecht:						
Männlich	**81 %** (38)	**85 %** (35)	**88 %** (7)	**95 %** (19)	**92 %** 11)	**92 %** (12)
weiblich	19 % (9)	15 % (6)	12 % (1)	5 % (1)	8 % (1)	8 % (1)
Alter (Jahre):						
bis 24	**40 %** (19)	**46 %** (19)	37 % (3)	**35 %** (7)	**41 %** (5)	23 % (3)
25 bis 34	11 % (5)	10 % (4)	-)	15 % (3)	25 % (3)	15 % (2)
35 bis 44	30 % (14)	29 % (12)	26 % (2)	25 % (5)	17 % (2)	31 % (4)
45 und älter	19 % (9)	15 % (6)	37 % (3)	25 % (5)	17 % (2)	31 % (4)
Ursache der Aphasie:						
Schlaganfall	**66 %** (31)	**64 %** (26)	**63 %** (5)	**80 %** (16)	**75 %** (9)	**85 %** (11)
Schädel-Hirn-Trauma	32 % (15)	34 % (14)	37 % (3)	15 % (3)	25 % (3)	15 % (2)
Sonstiges	2 % (1)	2 % (1)	-	5 % (1)	-	-
Art der Aphasie:						
Amnestische Aphasie	**36 %** (17)	**37 %** (15)	**50 %** (4)	**60 %** (12)	**50 %** (6)	**54 %** (7)
Broca-Aphasie	15 % (7)	15 % (6)	13 % (1)	15 % (3)	17 % (2)	15 % (2)
Wernicke-Aphasie	6 % (3)	7 % (3)	13 % (1)	-	-	-
Restaphasie	13 % (6)	15 % (6)	13 % (1)	10 % (2)	25 % (3)	23 % (3)
Sonstige	30 % (14)	29 % (12)	13 % (1)	15 % (3)	8 % (1)	8 % (1)
Lebensform:						
Single / bei Eltern	**45 %** (21)	**51 %** (21)	37 % (3)	20 % (4)	42 % (5)	23 % (3)
(Ehe-)Partnerschaft	42 % (20)	39 % (16)	**63 %** (5)	**60 %** (12)	42 % (5)	**77 %** (10)
selbständig allein	13 % (6)	10 % (4)	-	20 % (4)	16 % (2)	-
Schulbildung:						
Hauptschule	34 % (16)	32 % (13)	37 % (3)	25 % (5)	25 % (3)	31 % (4)
Mittlere Reife	21 % (10)	20 % (8)	37 % (3)	20 % (4)	25 % (3)	31 % (4)
(Fach-)Hochschulreife	34 % (34)	**37 %** (15)	13 % (1)	**50 %** (10)	**50 %** (6)	**38 %** (5)
Abbruch Realsch./Gymnasium	11 % (5)	12 % (5)	13 % (1)	5 % (1)	-	-
Stellung im Beruf:						
(Fach-)Arbeiter(in) / -angestellte(r)	**36 %** (17)	**34 %** (14)	25 % (2)	25 % (5)	17 % (2)	31 % (4)
Meister	4 % (2)	5 % (2)	25 % (2)	-	-	-
Gehobene(r) Angestellte(r), Beamter(r) / Selbständige(r)/ Freiberufler(in)	19 % (9)	20 % (8)	13 % (1)	20 % (4)	8 % (1)	31 % (4)
Student(in), Auszubildende(r)	24 % (11)	24 % (10)	13 % (1)	**35 %** (7)	**50 %** (6)	23 % (3)
keine	17 % (8)	17 % (7)	25 % (2)	20 % (4)	25 % (3)	15 % (2)

Tabelle 7: **Vergleich von IBRA-Ausgangsgesamtheit, Geeigneten-Gruppe, Abbrecher(inne)n, regulären Absolvent(inn)en, erfolgreichen Umschüler(inne)n und in den Arbeitsmarkt Eingegliederten[1] im Hinblick auf ausgewählte Merkmale**

[1] einschließlich einem/-r inadäquat beschäftigten Abbrecher(in)

6.7 Ergebnisse der Nachbefragung von IBRA-Teilnehmer(inne)n

Das Konzept der Begleitforschung sah zwei Nachbefragungen der IBRA-Teilnehmer(innen) vor: Ein Fragebogen nebst Anschreiben sollte zum Maßnahmeende von den Rehabilitationsfachkräften direkt an die Aphasiker(innen) ausgegeben werden, um ihre Zufriedenheit mit

dem Maßnahmeangebot und ihre Zukunftsaussichten in Erfahrung zu bringen. Ein weiterer Bogen wurde zwölf Monate nach Maßnahmeende an die Rehabilitand(inn)en verschickt, wobei vor allem die berufliche Wiedereingliederung im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stand. Obwohl die IBRA-Teilnehmer(innen) zugesagt hatten, sich an den Nachbefragungen zu beteiligen, liefen von 16 am Ende der Maßnahme ausgegebenen Unterlagen lediglich drei Bögen zurück, von den zehn[255] ein Jahr später versandten Bögen kamen nur vier zurück. Aufgrund dieser auch für die Mitarbeiter(innen) des *BFW Nürnberg* enttäuschenden Resonanz wurde von Seiten dieser Berufsförderungseinrichtung[256] im Dezember 2007 noch einmal versucht, alle ehemaligen IBRA-Teilnehmer(innen) fernmündlich zu erreichen und anhand eines Interviewleitfadens über ihr weiteres Ergehen zu befragen. Zehn Rehabilitand(inn)en konnten schließlich erreicht und dazu bewegt werden, sich über die Maßnahme zu äußern.

Auf der Grundlage dieser Informationen soll im Folgenden dargestellt werden, wie 14 Befragte die aphasiker(innen)-spezifische Teilhabeleistung im größeren Abstand vom Maßnahmeende beurteilten.

Die meisten (10 Personen) der antwortenden Aphasiker(innen) meinten, ihr allgemeiner Gesundheitszustand habe sich seit Maßnahmeende (sehr) gebessert, drei gaben an, ihr Zustand sei gleich geblieben und nur in einem Fall war subjektiv eine Verschlechterung eingetreten. Die Mehrheit gab an, sich überhaupt nicht bzw. nur gering durch die Aphasie im Allgemeinen (8 Personen) bzw. bei beruflichen Tätigkeiten (7 Personen) beeinträchtigt zu fühlen, während jeweils fünf angaben, im Allgemeinen bzw. bei beruflichen Tätigkeiten spürbar oder sogar stark beeinträchtigt zu sein. Jeweils ein Drittel der Antwortenden sie benötigten aufgrund ihrer Behinderung weiterhin Medikamente oder Logopädie. Nur eine Person war auf technische Hilfsmittel (Rollstuhl) angewiesen.

Jeweils 7 Befragte gaben an, dass ihre Behinderung von anderen Personen nicht erkennbar bzw. zwar erkennbar, jedoch nicht auffällig sei; die Mehrheit (9 Personen) hielt ihre Behinderung für eher leicht, vier hielten sie für mittel und zwei für eher schwer.

---

255 Die geringere Zahl verschickter Bögen ist darauf zurückzuführen, dass der Maßnahmeabschluss von etlichen Rehabilitand(inn)en zum Projektende noch kein Jahr zurücklag.

256 Aus Datenschutzgründen konnte diese Aufgabe nicht dem Begleitforschungsteam übertragen werden, das selbst nicht über personalisierte Informationen (z.B. Namen, Adresse) der Rehabilitand(inn)en verfügte.

Nr.	Aphasie-Typus	Grund-erkrankung	Alters-klasse (Jahre)	Ge-schlecht	Lebens-/ Wohnform	Schul-bildung	Berufs-bildung	Abbruch-phase	Ziel der Qualifizierung / Individualmaßnahme Abbruchgründe / Verbleib
12	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Hauptschul-abschluss	Meister	Assessment	keine, Teilnehmer Berentung angestrebt
19	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Hauptschul-abschluss	(Fach-) Angestellter	Assessment	keine, Teilnehmer Berentung angestrebt
16	Amnestische Aphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Gymnasial-abbruch	keine	Rehabilitations-vorbereitung	keine Berufsperspektive Derzeit: Ausbildung in Handwerksberuf
18	Amnestische Aphasie / Restaphasie	Schlaganfall	bis 24	weiblich	Single / bei Eltern	Hauptschul-abschluss	(Fach-) Angestellte	Rehabilitations-vorbereitung	Individualmaßnahme IT-Bereich Unterbrechung aus gesundheitl. Gründen
17	Dysartrophonie	Schädel-Hirn-Trauma	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Meister	Rehabilitations-vorbereitung	Individualmaßnahme Kaufmännischer Bereich Berentung angestrebt
27	Dysarthrie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Hauptschul-abschluss	keine	Rehabilitations-vorbereitung	Wegen Überforderung Übergang in *WfB*
14	Broca-Aphasie	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Mittlere Reife	Facharbeiter	Qualifizierung	Technischer Zeichner Berentung angestrebt Derzeit: Altenhilfepraktikum
13	motorische Aphasie Restsymptome	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Mittlere Reife	Facharbeiter	Qualifizierung	Industriekaufmann persönliche Gründe Inadäquate Beschäftigung
15	Wernicke-Aphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Mittlere Reife	Ausbildungs-abbruch	Individual-maßnahme	Bauzeichner nicht arbeitsfähig
26	Restaphasie	Schädel-Hirn-Trauma	25 bis 34	weiblich	Single / bei Eltern	Gymnasial-abbruch	Angelernte Tätigkeit	Individual-maßnahme	Kaufmännischer Bereich Wegen Überforderung Übergang in *WfB*

***Tabelle 8*: Überblick über acht Abbrecher(innen) und zwei Übergänger(innen) in *WfB* im Rahmen des IBRA-Projekts**[257]

[257] Die in den *Tabellen 8* bis *10* aufgeführten Teilnehmer(innen)-Nummern wurden willkürlich gewählt und entsprechen nicht den Nummern, die vom *BFW Nürnberg* vergeben wurden, um der Begleitforschung eine anonyme Zusammenführung von Rehabilitand(inn)endaten aus dem *BFW* und der *Kiliani Klinik* zu ermöglichen. Die Rehabilitand(inn)en wurden hier jeweils nach dem Aphasietypus und Maßnahmeart geordnet, an der sie teilgenommen hatten.

Nr.	Aphasie-Typus	Grund-erkrankung	Altersklasse (Jahre)	Ge-schlecht	Lebens-/ Wohnform	Schul-bildung	Berufs-bildung	Maßnahme	Ziel der Qualifizierung / Individualmaßnahme Verbleib
4	Broca-Aphasie	Schlaganfall	bis 24	männlich	Partnerschaft / bei Eltern	Abitur	Hochschul-abbruch	Qualifizierung	Technischer Zeichner Derzeit: arbeitslos
9	Broca-Aphasie	Schlaganfall	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Mittlere Reife	Ausbildungs-abbruch	Qualifizierung	Technischer Zeichner adäquate Beschäftigung
1	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Hauptschul-abschluss	keine	Qualifizierung	Bürokaufmann Derzeit: arbeitslos
2	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	keine	Qualifizierung	IT-Systemtechniker adäquate Beschäftigung
3	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Hochschul-abschluss	Qualifizierung	Steuer-Fachgehilfe Derzeit: inadäquate Ganztagsbeschäftigung
5	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	Single / selbständig	Abitur	Hochschul-abschluss	Qualifizierung	Industriekaufmann Derzeit: arbeitslos
7	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	25 bis 34	männlich	Single / bei Eltern	Abitur	Hochschul-abbruch	Qualifizierung	Informationskaufmann Prüfung kürzlich bestanden
27	Amnestische Aphasie	Schädel-Hirn-Trauma	25 bis 34	männlich	Single / selbständig	Mittlere Reife	Facharbeitert	Qualifizierung	Bürokaufmann Prüfung kürzlich bestanden
6	Restaphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	weiblich	Single / bei Eltern	Mittlere Reife	keine	Qualifizierung	Kauffrau für Bürokommunikation adäquate Beschäftigung
8	Restaphasie	Schlaganfall	25 bis 34	männlich	(Ehe-) Partnerschaft.	Hauptschul-abschluss	Facharbeiter	Qualifizierung	Werkzeugmechaniker adäquate Beschäftigung
10	Dysarthrie	Schädel-Hirn-Trauma	35 bis 44	männlich	Single / selbständig	Abitur	Hochschul-abbruch	Qualifizierung	Informationskaufmann Prüfung kürzlich bestanden
11	Amnestische Aphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Hauptschul-abschluss	Ausbildungs-abbruch	Individual-maßnahme	Kaufmännischer Bereich Prüfung kürzlich bestanden

***Tabelle 9*: Überblick über zwölf IBRA-Teilnehmer(innen) mit bestandener Abschlussprüfung**

Nr.	Aphasie-Typus	Grund-erkrankung	Alters-klasse (Jahre)	Ge-schlecht	Lebens-/ Wohnform	Schul-bildung	Berufs-bildung	Maßnahme	Ziel der Qualifizierung / Individualmaßnahme Verbleib
9	Broca-Aphasie	Schlaganfall	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Mittlere Reife	Ausbildungs-abbruch	Qualifizierung	Technischer Zeichner adäquate Beschäftigung
2	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	keine	Qualifizierung	IT-Systemtechniker adäquate Beschäftigung
3	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Hochschul-abschluss	Qualifizierung	Steuerfachgehilfe inadäquate Beschäftigung
6	Restaphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	weiblich	Single / bei Eltern	Mittlere Reife	keine	Qualifizierung	Kauffrau für Bürokommunikation adäquate Beschäftigung
8	Restaphasie	Schlaganfall	25 bis 34	männlich	(Ehe-) Partnerschaft.	Hauptschul-abschluss	Facharbeiter	Qualifizierung	Werkzeugmechaniker adäquate Beschäftigung
23	Globale Aphasie Restsymptome	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Hochschul-abschluss	Individual-maßnahme	kaufmännischer Bereich adäquate Beschäftigung
20	Broca-Aphasie	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Hauptschul-abschluss	Facharbeiter	RVL / Individual-maßnahme	Wiederbefähigung zum LKW-Fahrer Rückkehr in alten Beruf
11	Amnestische Aphasie	Schädel-Hirn-Trauma	bis 24	männlich	Single / bei Eltern	Hauptschul-abschluss	Ausbildungs-abbruch	Individual-maßnahme	Kaufmännischer Bereich adäquate Probebeschäftigung
21	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	35 bis 44	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Hochschul-abschluss	Individual-maßnahme	kaufmännischer Bereich adäquate Beschäftigung
22	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	25 bis 34	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Abitur	Hochschul-studien-abbruch	Individual-maßnahme	technischer Bereich adäquate Beschäftigung
24	Amnestische Aphasie / Dysarthrie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Hauptschul-abschluss	Facharbeiter	Individual-maßnahme	kaufmännischer Bereich adäquate Beschäftigung
25	Amnestische Aphasie	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Mittlere Reife	Beamter	Individual-maßnahme	kaufmännischer Bereich Rückkehr in alten Beruf
13	Motorische Aphasie Restsymptome	Schlaganfall	45 und mehr	männlich	(Ehe-) Partnerschaft	Mittlere Reife	Facharbeiter	Qualifizierung Abbruch	Industriekaufmann inadäquate Beschäftigung

***Tabelle 10*: Überblick über dreizehn zum Abschluss des Modellprojekts erwerbstätige IBRA-Teilnehmer(innen)**

Fünf der Befragten waren seit Maßnahmeende noch nie berufstätig, eine war nach vorübergehender Beschäftigung arbeitslos und acht weitere waren zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig. Die meisten (jemals) Erwerbstätigen hatten lediglich eine Stelle besetzt, nur einer berichtete von zwei Stellen. Während fünf Personen ihre Stellen unmittelbar nach Abschluss der Berufsförderung bekommen hatten, mussten die übrigen zwischen drei und 20 Monaten warten, bis sie bei der Stellensuche erfolgreich waren, wobei unterschiedliche Wege beschritten wurden (Arbeitsagentur, Hilfe durch *BFW Nürnberg*, Praktikum, frühere Arbeit im Betrieb). Nur in einem Fall war ein Arbeitgeberzuschuss, im anderen Fall ein Wohnortwechsel erforderlich, um die Stelle antreten zu können. Was die Beschäftigungsbetriebe betrifft, so waren die meisten (5 Personen) der Berufstätigen in kleineren Betrieben mit bis zu 49 Mitarbeiter(innen) tätig.

Während fünf der Erwerbstätigen unbefristet beschäftigt waren, hatten zwei ein befristetes Arbeitsverhältnis, und einer war selbständig. Dabei waren die meisten (vier Personen) ganztags, zwei halbtags und zwei weitere lediglich stundenweise tätig. Nur zwei Befragte meinten, ihre Tätigkeit entspräche genau bzw. in etwa der im *BFW Nürnberg* erworbenen Qualifikation. Demgegenüber arbeiteten drei Personen wieder in ihrem früheren Beruf und eine meinte, sie über eine ganz andere Tätigkeit aus, wobei die inadäquate Beschäftigung damit begründet wurde, dass man keine der Qualifikation entsprechende Stelle finden konnte, eine solche Tätigkeit nicht gefallen hätte oder man als Berufsanfänger(in) nicht genommen würde. Alle Beschäftigten fühlten sich im Hinblick auf die Anforderungen meistens richtig eingesetzt, meinten jedoch überwiegend (6 Personen), dabei nur wenig bzw. sehr wenig von dem brauchen zu können, was sie im Rahmen von IBRA im *BFW Nürnberg* gelernt hätten. Dies erscheint plausibel, bedenkt man, dass nur zwei Befragte förderungsadäquat beschäftigt waren. Alles in allem gesehen meinten allerdings 6 von 8 Erwerbstätigen, sie seien mit ihrer Berufstätigkeit sehr zufrieden, eine(r) war zufrieden und eine(r) eher unzufrieden.

Danach befragt wie sie ihre Einkommenssituation heute im Vergleich zur Zeit vor der IBRA-Berufsförderung beurteilten, meinten drei Personen, ihr Einkommen habe sich (sehr) verbessert, bei drei weiteren war es gleich geblieben. Demgegenüber hatte es sich in acht Fällen (sehr) verschlechtert (siehe *Abbildung 67*). Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, da Aphasiker(innen) nach Eintritt ihrer Erkrankung in der Regel mit einem beruflichen Abstieg zu rechnen haben. Allerdings entspricht dem nicht die Verteilung der Antworten auf die Frage, ob und wie sich die berufliche Situation der IBRA-Teilnehmerinnen im gleichen Zeitraum verändert habe. Hier meinten sieben Personen, ihre Situation habe sich verbessert, vier meinten sie sei gleich geblieben und nur drei meinten, sie habe sich (sehr) verschlechtert.

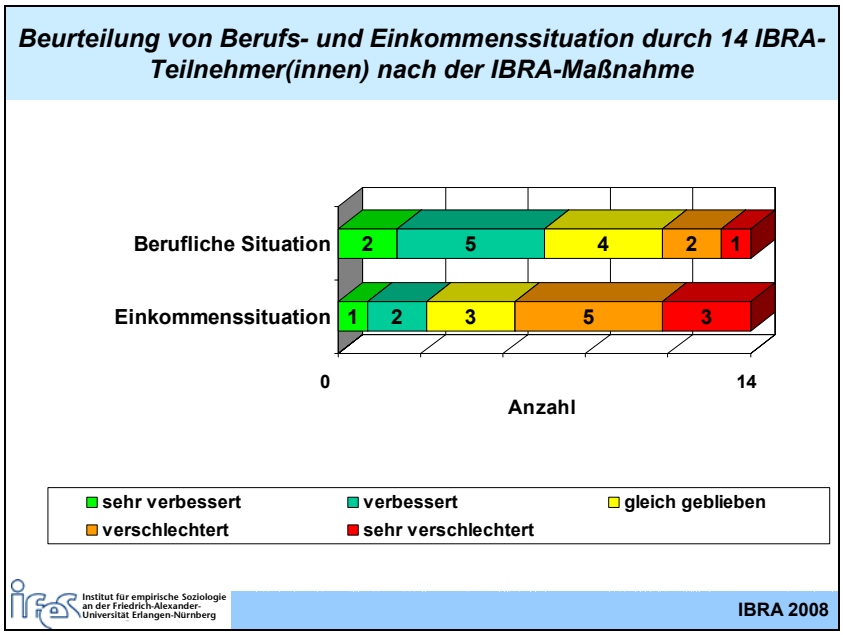


Abbildung 67

Abgesehen von einem/-er Berenteten waren die fünf nicht Erwerbstätigen bei der Arbeitsagentur arbeitslos gemeldet und zwischen einer Woche und 24 Monaten ohne Arbeit. Als Begründung wurde von jeweils vier Personen vorgetragen (Mehrfachantworten), man habe keine geeignete Stelle finden können oder ursächlich sei der Gesundheitszustand bzw. die Behinderung gewesen; jeweils einmal wurden das eigene Alter, Vorurteile gegenüber Behinderten und mangelnde Berufserfahrung als Begründung genannt. Nur drei der Befragten gaben sich optimistisch und glaubten, wohl bald eine (vollschichtige) Stelle zu finden, während zwei davon ausgingen, nicht mehr arbeiten zu können und auf Rente angewiesen sein zu müssen.

Was die IBRA-Maßnahme als solche betrifft, so äußerten sich die ehemaligen Teilnehmer(innen) wie folgt: Jeweils sechs der Befragten meinten, dass das, was sie im Rahmen von IBRA gemacht hätten, „vollkommen“ oder „im Großen und Ganzen“ den eigenen Vorstellungen entsprochen habe. Die meisten Teilnehmer(innen) meinten, die praktischen und theoretischen Anforderungen seinen „gerade richtig“ gewesen. Jeweils fünf Befragte meinten, sie hätten beim Lernen im Rahmen von IBRA keine bzw. doch einige Schwierigkeiten gehabt; nur drei Personen berichteten von großen Schwierigkeiten. Den Aufwand und die Belastungen während der Maßnahme im *BFW Nürnberg* empfanden neun Personen als angemessen, vier meinten diese seien groß und zwei gaben an, sie seien gering gewesen (*siehe Abbildung 68*).

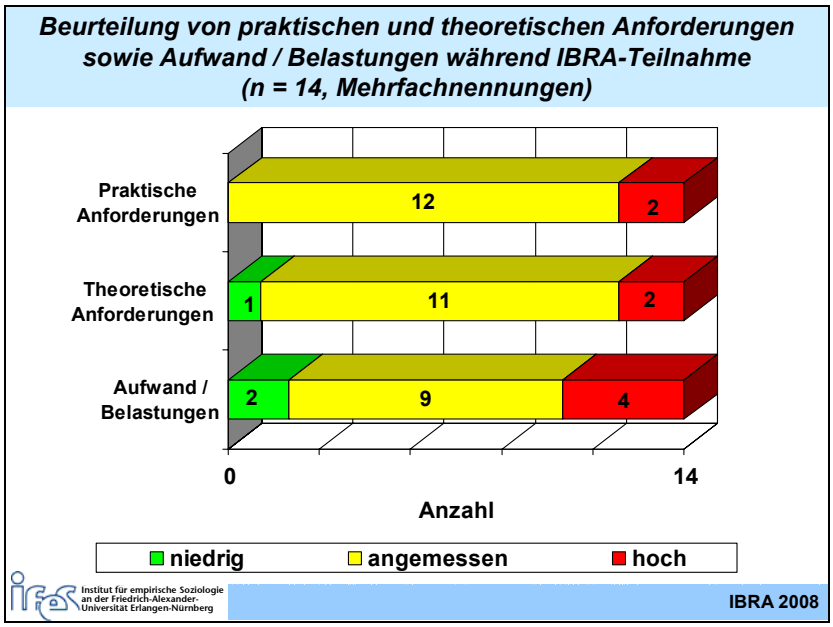


Abbildung 68

Danach befragt, wie sie das IBRA-Angebot im Hinblick auf einzelne Leistungsaspekte beurteilten, antworteten die Teilnehmer(innen) wie aus *Abbildung 69* hervorgeht. Auch hier sind die Voten überwiegend positiv, am kritischsten wird die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche gesehen.

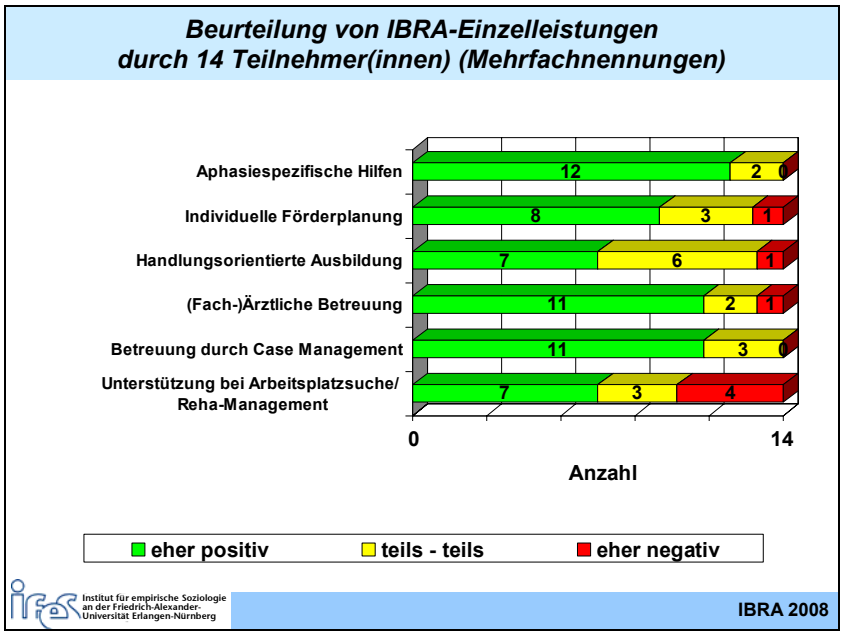


Abbildung 69

Vor diesem Hintergrund hielten 10 Befragte die Entscheidung für die Teilnahme an IBRA auch aus heutiger Sicht für vollkommen richtig, nur jeweils eine(r) meinte, diese sei im Großen und Ganzen bzw. nur zu einem geringen Teil richtig gewesen. Allerdings ist die Meinung

hinsichtlich des im Rahmen von IBRA angestrebten Berufsziels zwiespältig: jeweils sechs Teilnehmer(innen) gaben an, sie würden dieses Berufsziel erneut bzw. sie würden ein anderes wählen, nur zwei Befragte hatten dazu keine Meinung (siehe *Abbildung 70*).

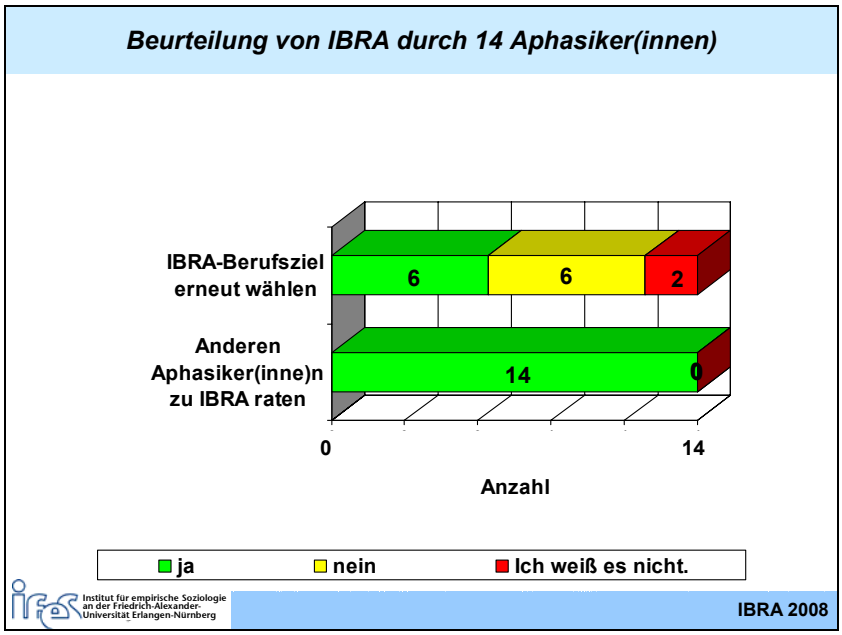


Abbildung 70

Dieses insgesamt doch recht positive Bild wurde dadurch unterstrichen, dass die meisten Befragten (11 Personen) die Teilnahme an IBRA im Rückblick alles in allem gesehen eher positiv und nur drei Personen mit „teils – teils“ beurteilten. Insofern erstaunt kaum, dass alle Befragten auch einer anderen an Aphasie leidenden Person raten würden, an IBRA im *BFW Nürnberg* teilzunehmen (siehe *Abbildung 70*). Dies ist unseres Erachtens ein sehr positives Ergebnis.

7 Resümee und Schlussfolgerungen aus dem Modellprojekt IBRA

Mit IBRA wurde im Rahmen des Modellprojekts eine neuartige berufliche Teilhabeleistung für Menschen mit Aphasie von 2002 bis 2008 über beinahe sechs Jahre hinweg erprobt und wissenschaftlich begleitet. Anliegen war es nicht nur, das Maßnahmekonzept auf Praktikabilität und Effektivität hin zu überprüfen, sondern auch in eine transferfähige Form zu überführen. Der vorliegende Forschungsbericht informiert über das Leistungskonzept sowie die Ergebnisse der formativen und der summativen Evaluation des Entwicklungsprojekts.

7.1 Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der formativen Evaluation

Im Rahmen des Modellprojekts gelang es zunächst, in den Projektförderern, dem *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* sowie dem *Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Frauen*, Partner zu finden und mit ihrer Hilfe das vom *BFW Nürnberg* und der *Kiliani Klinik Bad Windsheim* erarbeitete IBRA-Maßnahmekonzept zu implementieren. Allerdings stieß das neuartige Angebot trotz einer im Jahre 1999 vorausgegangenen Marktanalyse, die einen entsprechenden Leistungsbedarf signalisierte, sowie umfassender Akquisitionsaktivitäten der Projektpartner durch Präsens auf Fachveranstaltungen, Medienarbeit sowie persönliche Kontakte zu Reha-Einrichtungen und Reha-Trägern zunächst nur schleppend auf Akzeptanz.

Aus diesen Gründen wurde im Spätherbst 2004 eine (nicht repräsentativ angelegte) bundesweite Befragung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträgern, niedergelassenen Neurolog(inn)en sowie bayernweit in freier Praxis tätigen Logopäd(inn)en zum potenziellen Maßnahmebedarf durchgeführt. Diese Erhebung sollte auch dazu dienen, das IBRA-Angebot den rund 2.000 Befragungsadressat(inn)en erneut nahe zu bringen. Der Rücklauf (insbesondere von Neurolog(inn)en und Rehabilitationsträgern) ließ zwar insgesamt zu wünschen übrig, betrug im Übrigen jedoch adressat(inn)enabhängig zwischen 16 % und 18 %. Allein aufgrund der eingegangenen Angaben ist anzunehmen, dass im Bereich der antwortenden Befragungsteilnehmer(innen) 1.260 Aphasiker(innen) grundsätzlich für berufliche Rehabilitation in Frage kommen. Von diesen wiederum wurden knapp 700 Personen als an entsprechenden Maßnahmen interessiert eingeschätzt. Da sich nur ein Teil der angesprochenen Fachleute geäußert hatte, ist – bei aller gebotenen Vorsicht – zu vermuten, dass das Potenzial an IBRA-Adressat(inn)en wesentlich die Zahl von 700 Personen noch deutlich überschreiten und das neuartige Leistungsangebot

eigentlich nicht aufgrund zu geringen Bedarfs scheitern dürfte. Gleichwohl muss offen bleiben, wie viele Plätze zur qualifizierten beruflichen Rehabilitation von Aphasiker(inne)n bereit gestellt werden sollten. Da die Inanspruchnahme der Teilhabeleistung – wie gezeigt werden konnte – u.a. davon abhängt, wie weit die betreffende Berufsförderungseinrichtung von Wohnort und sozialem Umfeld der Adressat(inn)en entfernt liegt, ist allerdings denkbar, ein entsprechend qualifiziertes Angebot bundesweit an mehreren (jedoch nicht zu vielen) Standorten anzubieten.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse, die belegen, dass ein größeres Rehabilitand(inn)en-Potenzial vorhanden sein dürfte, die aber auch die Schwierigkeiten erkennen lassen, IBRA-Teilnehmer(innen) zu akquirieren, ist darauf zu dringen, Informationen über das aphasiker(inn)en-orientierte Maßnahmeangebot

- adressat(inn)engerecht aufzubereiten,
- nicht nur im Bereich der Betroffenen (z.B. Selbsthilfegruppen, Aphasikerzentren), sondern vor allem der Fachwelt (Ärzte/-innen, neurologische Fachkliniken, medizinischen und berufliche Reha-Einrichtungen, Heil-Hilfsberufen, Rehabilitationsträgern) breit zu streuen,
- auf allen medialen Wegen (Internet, Presse, Rundfunk, TV, Fach- und Publikumsveranstaltungen usw.) zu vermitteln,
- nachhaltig, d.h. in regelmäßigen Abständen erneut, zu verbreiten.

So weit dies über das Internet erfolgt, erscheint dies relativ unproblematisch und auch ökonomisch zu sein. Allerdings ist nicht sicher, inwieweit dieses Angebot von den genannten Zielgruppen tatsächlich genutzt werden kann. Angesichts der beruflichen Inanspruchnahme gerade der in diesem Bereich professionell tätigen Mediziner(innen) und Reha-Fachleute ist dies fraglich. Ein wiederholtes, individualisiertes Ansprechen der bundesweit rund 970 niedergelassenen Neurolog(inn)en, 5.870 Logopäd(inn)en, 4.850 Ergotherapeut(inn)en[258] sowie der rund 500 Rehabilitationseinrichtungen und 225 Rehabilitationsträger als Multiplikatoren erscheint daher als „Königsweg“. Eine Umsetzung eines solchen Vorhabens trifft jedoch wegen des damit verbundenen Aufwandes (Organisation, Kosten) auf Grenzen, die von einem einzelnen Anbieter der Teilhabeleistung kaum zu überwinden sind, wenn Nachhaltigkeit angestrebt wird. Hier ist zu prüfen, ob andere Wege beschritten (und finanziert) werden können, um dieses Ziel zu erreichen. So wäre es u.U. denkbar, die *Bundesministerien für Gesundheit* sowie *für Arbeit und Soziales* mit ihren Pressestellen, die *Bundesarbeitsgemein-*

[258] Vgl. *Schröder / Waltersbacher* 2006: 25

schaft für Rehabilitation (BAR) oder die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* für eine Übernahme dieser Öffentlichkeitsarbeit zu gewinnen.

Im Rahmen der formativen Evaluationsarbeit wurden gemeinsam mit den Projektpartnern Unterlagen erarbeitet, die zur Beschreibung von Struktur- und Prozessqualität des IBRA-Angebotes dienen und von geeigneten Einrichtungen genutzt werden können, ein eigenes Konzept zu entwickeln. Anhand einer „Synopse" wird dabei gezeigt, was IBRA von den üblicherweise für Menschen mit Behinderungen erbrachten Leistungen der *Berufsförderungswerke* unterscheidet. Dies betrifft nicht nur das besondere Leistungsangebot als solches, sondern vor allem die dazu erforderlichen Voraussetzungen: Sicherung der sprachtherapeutischen, logopädischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und neuropsychologischen Versorgung der Aphasiker(innen), grundlegende und nachhaltige Fortbildung der Rehabilitationsfachkräfte sowie Organisation besonderer Lernbedingungen (individuelle Förderphasen, Modularisierung des Curriculums, integrative Förderung). In diesem Zusammenhang ist der im Vergleich zu den „üblichen" Angeboten von Berufsförderungseinrichtungen deutlich erhöhte zeitliche Aufwand zu beachten, den die besondere Behinderung der Aphasiker(innen) und das anspruchsvolle, stark individualisierte Förderprogramm erforderlich machen. Schließlich ist zu betonen, dass für IBRA eine anspruchsvolle Infrastruktur grundlegend ist, wie sie nur von etablierten Berufsförderungseinrichtungen nach § 35 Abs. 1 SGB IX vorgehalten wird, um das ehrgeizige Ziel einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung von Aphasiker(inne)n tatsächlich verwirklichen zu können.

Was die Kooperation mit einer neurologischen Fachklinik betrifft, so zeigte sich, dass eine Konzentration auf lediglich eine einzige medizinische Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Zugangsprozesses wenig adäquat ist, weil auf diesem Wege zu wenige Teilnehmer(innen) gewonnen werden können. Hier erscheint eine enge Zusammenarbeit mit möglichst vielen solcher Einrichtungen wünschenswert. Entsprechendes gilt im Hinblick auf die Übernahme der neurologischen Anteile des Reha-Assessments. Voraussetzung ist allerdings, dass der das IBRA-Programm verwirklichenden Berufsförderungseinrichtung tatsächlich aussagekräftige Informationen über die aphasischen Interessent(inn)en zur Verfügung gestellt werden können. So weit im Rahmen des RehaAssessments® kurzfristig zusätzliche medizinische Befunddaten erforderlich sind, so bietet es sich (ähnlich wie im Rahmen des Modellprojekts) an, Kooperationsvereinbarungen mit einer oder mehreren örtlich nahe gelegenen neurologischen Fachkliniken zu schließen, die in der Lage sind, ein solches Kurz-Assessment ambulant oder bedarfsweise auch stationär durchzuführen. Diese Einrichtungen können dann auch für weitere Beratungsleistungen im Rahmen des Rehabilitationsprozes-

ses sowie zur Fortbildung des Rehabilitationspersonals der Berufsförderungseinrichtung in Anspruch genommen werden.

Auch wenn die Rehabilitation von Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen stets auf den Einzelfall abgestimmt erfolgen muss, lassen sich „idealtypische“ Abläufe der verschiedenen Assessment- und Förderungsphasen im Rahmen von IBRA detailgenau beschreiben und in Ablaufschemata darstellen. Dabei ist besonderer Wert auf die Tatsache zu legen, dass die Rehabilitation von Aphasiker(innen) stets durchlässig sein muss: Dies gilt zum einen in vertikaler Hinsicht, also im Hinblick auf den Übergang zwischen unterschiedlichen, der/dem Rehabilitandin/-en angemessenen Berufsbildungsniveaus, etwa die Umsetzung zwischen Qualifizierungs- und Individualmaßnahmen. Dies gilt zum anderen auch in horizontaler Hinsicht, also für den Übergang zwischen unterschiedlichen Einrichtungen, die genau das vorhalten, was die Betroffenen benötigen - von der neurologischen Fachklinik über eine andere, bestimmte Ausbildungsgänge bietende Berufsförderungseinrichtung bis hin (wenn anderes nicht möglich ist) zur *Werkstatt für behinderte Menschen (WfB)*.

Struktur- und Prozessqualität der IBRA-Leistungen verdeutlichen, dass auch bei größtem persönlichen Einsatz der in die Maßnahmen eingebundenen Fachkräfte ein gegenüber anderen Berufsförderungsleistungen erheblich erhöhter zeitlicher, personeller und organisatorischer Aufwand verbunden ist, um das anspruchsvolle Berufsförderungsprogramm verwirklichen zu können. Insofern ist ein solches Angebot letzten Endes nur dann aufrecht zu erhalten, wenn dieser Mehraufwand auch von den Rehabilitationsträgern gewürdigt wird und die entsprechenden finanziellen Ressourcen in Form erhöhter Tagessätze bzw. Maßnahmepauschalen zur Verfügung gestellt werden. Hilfreich ist es auch, wenn Rehabilitationsträger – wie es bei der *Deutschen Rentenversicherung Bund* der Fall ist – besondere Handlungsroutinen vorsehen, die es ermöglichen, Aphasiker(innen) schnell und gezielt der ihnen gemäßen Berufsförderungsmaßnahme zuzuordnen.

7.2 Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der summativen Evaluation

Im Rahmen des Forschungsprojekts konnte über 47 Aphasiker(innen) berichtet werden, die eine wissenschaftliche Begleitung zuließen (von insgesamt 52 im Berichtszeitraum im *BFW Nürnberg* aufgenommenen Personen). Erwartungsgemäß waren Frauen unterrepräsentiert. Die Rehabilitand(inn)en streuten über alle Altersklassen. Zwei Fünftel lebten mit ihren Partner(inne)n zusammen, drei Fünftel (überwiegend junge Personen) wohnten als Singles bei den Eltern. Auch im Hinblick auf den Schul- und Berufsbildungsgrad ergab sich eine breite Streuung. Allerdings hatten zwei Fünftel keine Ausbildung oder diese wegen des die Aphasie

auslösenden Ereignisses abbrechen müssen. Fast drei Fünftel der Teilnehmer(innen) waren Opfer eines Schlaganfalls, ein Drittel hatte ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Die Folge war bei fast zwei Fünfteln eine Amnestische Aphasie, zwei weitere Fünftel wiesen andere Aphasien auf, die übrigen Rehabilitand(inn)en litten an Sonderformen (z.B. Dysarthrie). Die neurologische und logopädische Untersuchung erbrachte, dass es sich bei der IBRA-Klientel im Wesentlichen um Personen mit mäßigen Defiziten handelte. Allerdings wurden auch einige Personen aufgenommen, bei denen sich in unterschiedlicher Hinsicht gravierendere Einschränkungen kumulierten. Vor diesem Hintergrund wurden bei vier Fünfteln der Teilnehmer(innen) Logopädie und Dauermedikation während der Berufsförderung für erforderlich gehalten, während zwei Fünftel ärztliche Versorgung und jeweils ein Viertel Konzentrationstraining und Ergotherapie benötigten.

Von dem mit der Berufsförderung betrauten Personal wurde die heterogene Zusammensetzung des Teilnehmer(innen)kreises begrüßt. Demnach wäre eine Förderung unter den gegebenen Bedingungen kaum möglich, wenn problematische Fälle gehäuft auftreten würden, da die sprech- und sprachgeschädigten Rehabilitand(inn)en an sich schon weit mehr Zuwendung benötigen als ihre anderweitig behinderten Kolleg(inn)en. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Aphasiker(inne)n und anderen Teilnehmer(inne)n während der integrierten Qualifizierung im *Berufsförderungswerk,* die ein wichtiges Charakteristikum des Leistungsangebotes ist: Die Projekterfahrungen belegen, dass auch die anderweitig behinderten Rehabilitand(inn)en von der integrierten Berufsausbildung profitieren, da so gegenseitiges Lernen im Hinblick auf den Umgang mit dem Problem „Behinderung“ möglich wird und die Kolleg(inn)en sich im Bedarfsfall gegenseitig auffangen können. Für die aphasischen Rehabilitand(inn)en ist besonders bedeutsam, dass sie im Rahmen eines integrierten Förderkonzepts mehr an Training ihrer Kommunikationsfähigkeit erfahren als in jedem anderen Setting. Dies stößt zwar auf Grenzen, wo Aphasiker(innen) so stark beeinträchtigt sind, dass sie die anderen Teilnehmer(innen) beim Lernen aufhalten. Grundsätzlich ist jedoch dafür zu plädieren, Berufsförderungsleistungen für sprech- und sprachgeschädigte Personen in „normalen“ (nicht ausschließlich auf neurologische Rehabilitation ausgerichteten) Bildungseinrichtungen unter „normalen“ Förderungs- und Ausbildungsbedingungen zu erbringen.

Grundsätzlich wurden die Aphasiker(innen) als überraschend motiviert und optimistisch (und in dieser Hinsicht anderen *BFW*-Teilnehmer(inne)n überlegen) geschildert. Aufgrund der Projekterfahrungen entspricht der/die „ideale“ IBRA-Teilnehmer(in) allerdings folgenden Kriterien:

- nicht zu alt (d.h. nicht älter als 50 Jahre), da dann die berufliche (Re-)Integration als fast unmöglich angesehen wird,
- je höher die Vorbildung, desto besser,
- möglichst wenig Probleme im Bereich des Sprachverständnisses,
- möglichst adäquate Selbsteinschätzung des eigenen Leistungsvermögens durch die Teilnehmer(innen),
- noch im Besitz einer Arbeitsstelle,
- Unterstützung durch das soziale Umfeld vorhanden, jedoch keine zu starke Bindung an das „zu Hause“,
- Wohnen in einer Region mit günstigen Arbeitsmarktverhältnissen.

Probleme bereiten vor allem Personen, die noch zu jung sind und keinen Abschluss haben, da sie aufgrund ihrer Hirnschädigung in besonderem Maße in ihrer Entwicklung zurückfallen. Bei Personen mit einer Frontalhirnschädigung muss mit erheblichen Verhaltensproblemen gerechnet werden. Schwierig ist auch die Förderung von Rehabilitand(inn)en mit weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, z.B. Personen mit häufigen epileptischen Anfällen. Auszuschließen sind Personen, die zusätzlich unter psychischer Behinderung, etwa starken Depressionen, leiden.

Die meisten Teilnehmer(innen) waren im Zuge einer ambulanten oder stationären Behandlung oder durch Rehabilitationsträger über das neue Rehabilitationsangebot informiert worden. Gut die Hälfte der Aphasiker(innen) kam direkt zur Maßnahme im *BFW Nürnberg*, jeweils ein Fünftel wählte den Weg über andere Reha-Einrichtungen oder die *Kiliani Klinik*. Dabei wurden die Rehabilitand(inn)en vor allem durch ihr soziales Umfeld, daneben durch Reha-Einrichtungen und / oder Reha-Träger bestärkt, das Angebot wahrzunehmen. Maßnahmeträger war in fast der Hälfte der Fälle die *Deutsche Rentenversicherung Bund* gefolgt von der *Bundesagentur für Arbeit* und der *Deutschen Rentenversicherung Regional*.

Im Rahmen des Assessments wurden 87 % der Teilnehmer(innen) als für IBRA geeignet eingestuft und traten fast ausnahmslos einen Rehabilitationsvorbereitungslehrgang an. Von ihnen wurde die Hälfte für eine Qualifizierung, ein Fünftel für eine Individualmaßnahme vorgeschlagen. Die restlichen Personen brachen ab oder wechselten in eine andere Berufsförderungseinrichtung über. Die meisten Personen, die eine Umschulung begannen, wählten zeichnerische oder kaufmännische Berufe. Demgegenüber wurden Individualmaßnahmen vorrangig im kaufmännischen Bereich angegangen.

Von den 47 in das Modellprojekt aufgenommenen Aphasiker(inne)n schieden 15 % im RehaAssessment® als für IBRA nicht geeignet bzw. rentenfixiert aus. Von den verbleibenden 41 Geeigneten brachen lediglich 15 % die Maßnahme (zum Teil vorübergehend) ab, wech-

selten 5 % in eine *WfB* und 10 % in ein anderes *Berufsförderungswerk* und befanden sich zum Berichtszeitpunkt 22 % in einem Abschnitt von IBRA im *BFW Nürnberg*. 20 Personen (49 % der Geeigneten) hatten IBRA regulär beendet; von ihnen

- wurde eine Person (5 % der regulären Abgänger(innen)) berentet, nachdem ihre Arbeitssuche erfolglos war,
- waren sieben Personen (35 % der regulären Abgänger(innen)) arbeitsuchend, von denen fünf im Rahmen der Nachsorge von der Case Managerin betreut wurden,
- hatten dreizehn an einer Abschlussprüfung teilgenommen, von denen zwölf (92 %) die Prüfung erfolgreich absolvierten,
- waren zwölf Personen (29 % der Geeigneten bzw. 60 % der regulären Abgänger(innen)) erfolgreich in den Arbeitsmarkt eingegliedert.

Überaus positiv ist die Tatsache, dass sich *die Industrie- und Handelskammer Nürnberg* stets sehr aufgeschlossen zeigte, wenn es um aphasiker(innen)gerechte Prüfungsbedingungen ging und Prüfungserleichterungen beantragt wurden.

Die geringe Abbruchquote, die hohe Prüfungserfolgsquote und die hohe Eingliederungsquote der regulären Absolvent(inn)en müssen – auch im Vergleich mit anderen Rehabilitationsmaßnahmen in *Berufsförderungswerken* – als hervorragende Ergebnisse des Modellprojekts und Beleg für die engagierte, erfolgreiche Arbeit der Rehabilitationsteams bei den Projektpartnern angesehen werden. Berücksichtigt man, dass die erfolgreich in das Arbeitsleben Eingegliederten ohne Teilnahme an IBRA weiterhin „zu Hause sitzen“ und – so weit noch nicht geschehen – berentet würden, dann wird deutlich, dass die Teilhabeleistung auch wirtschaftlich erfolgreich ist: Schließlich werden alle beitragspflichtig erwerbstätigen Rehabilitand(inn)en letzten Endes von Leistungsempfänger(inn)en zu Beitrags- und Steuerzahler(inne)n, die sich auch als Konsument(inn)en am Wirtschaftswachstum beteiligen können.

Im Rahmen von Befragungen (mehr als) ein Jahr nach Maßnahmeende, an denen allerdings nur wenige Absolvent(inn)en teilnahmen, beurteilten die antwortenden Personen IBRA positiv. Theoretische und praktische Anforderungen sowie Aufwand und Belastungen im Rahmen der Maßnahme wurden von den meisten als angemessen angesehen. Einzelne Charakteristika der Berufsförderung wurden überwiegend günstig beurteilt; lediglich die handlungsorientierte Ausbildung und die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche wurden kritischer bewertet. Alle Befragten äußerten, dass sie auch anderen Aphasiker(inne)n zur Teilnahme an IBRA raten würden.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass sich der hohe Aufwand, der zur Berufsförderung von Aphasiker(inne)n erforderlich ist, durchaus lohnt. Die Eingliederungsquoten wären si-

cherlich noch zu erhöhen, wenn dies die Arbeitsmarktlage gestatten würde. Hier sind noch erhebliche Vorurteile in der Arbeitswelt gegenüber älteren und behinderten Arbeitnehmer(inne)n abzubauen.

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/leitl05/82RehabilitationaphasischerStoerungenmitTB.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 faciliators 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

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke 2000: Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Hamburg

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke 2002: RehaAssessment® in den Berufsförderungswerken: Hamburg: ARGE BFW

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

Badura, B., 1999: Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse*. *Gesundheitsforschung*, Weinheim: Juventa: 15-42

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.ijdcr.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: *Lehrner 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

Beiderwieden, K. 2001: Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation: Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 34, Heft 2: 182-206

Beiderwieden, K. 2005: Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wiedereingegliedert - Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträge*r 2005: 236-239

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 educa-tional 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 er 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/leitl05/82RehabilitationaphasischerStoerungenmitTB.pdf* (Stand: 01.02.2008)

Berufsförderungswerk Nürnberg o.J.a: RehaAssessment® im Berufsförderungswerk Nürnberg – bedarfsgerecht – ergebnisorientiert – nachhaltig. Nürnberg: BFW Nürnberg URL: *http://www.bfw-nuernberg.de/content/leistungstraeger/rehaassessment.htm* (Stand: 14.02.2008)

Berufsförderungswerk Nürnberg o.J.b: Rehabilitationsvorbereitungs-Lehrgang. Nürnberg: BFW Nürnberg URL: *http://www.bfw-nuernberg.de/content/allgemein/rehavorbereitung.htm* (Stand: 15.02.2008)

Berufsförderungswerk Nürnberg o.J.c: Individualmaßnahmen. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg o.J.d: Handlungsorientierte Ausbildung. URL: *http://bfw-nuernberg.de/content/allgemein/konzeption.htm* (Stand: 12.02.2008)

Berufsförderungswerk Nürnberg 1999: Qualitätsmanagement. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2001: Konzeption der Fachdienste. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2004a: Grundsätze zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2004b: Lernfeldorientierte Rehabilitations-Vorbereitungslehrgänge. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2004c: Reha-Vorbereitung. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2005a: Qualitätsmanagement-Handbuch. Nürnberg: BFW Nürnberg

Berufsförderungswerk Nürnberg 2005b: Integrationskonzept. Nürnberg: BFW Nürnberg

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)

Blaschke, D.; Plath, H.-E. 1997: Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte – eine Einführung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, Heft 2: 241-254

Blaschke, D.; Plath, H.-E. 2002: Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz, G. (Hrsg.), *IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Reihe BeitrAB*, Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit: 447-460

Blaschke, D.; Plath, H.-E.; Nagel, E. 1992: Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 25, Heft 3: 381-405

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

Bundsarbeitsgemeinschaft 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 2004: Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004. URL: *http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Einheitlichkeit_Nahtlosigkeit_80.pdf* (Stand: 01.02.2008)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005: Rahmenempfehlungen zur ambulanten neurologischen Rehabilitation. Frankfurt am Main: BAR

Bundsarbeitsgemeinschaft 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 Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1996: IMBA Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. Loseblattsammlung. Bonn: BMAS

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) 2007: Berufsbildungsbericht 2007. Berlin: BMBF

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.bv 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. 1994: EC 301 R: Untersuchungsmaterial zu Störungen des Rechnens und der Zahlenverarbeitung. (Deutsche Version von: *Deloche et al.* 1993: The EC 301 assessment battery for brain damaged adults) Konstanz: Kliniken Schmieder

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

Cruice, 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

Cruice, M.; Worrall, L.; Hickson, L. 2006: Quantifiying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. In: *Aphasiology 20*, 12: 1210-1225

Cruice, 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 2007: 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)

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

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-professionelle. In : *Cahiers de la SBLU*, No. 12 : 33-35

Donabedian, A., 1966: Evaluating the quality of medical care. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIV, Number 3, July, Part 2: 167-206

Donabedian, A., 1982: An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbmann, H.-K.; Überla, K.K. (Hrsg.) (1982), *Quality Assessment of Medical Care*, Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher: 69-92

Drechsler, R.; Padovan, F.; Di Stefano, G.; Conti, F. M. 1995: Ein integriertes Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung von hirnverletzten 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)

Eggerer, R. 2004: Ganzheitliche Kompetenzentwicklung – der besondere Beitrag der Berufsförderungswerke zur Entwicklung von Handlungsorientierung, Ganzheitlichkeit und Teamsteuerung. In: *Seyd / Thrun / Wicher* 2004: 123-129

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)

Erbguth, F.; Semmlinger, C. 2003: Berufstätig trotz Aphasie? Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: *Schlaganfall Magazin 2003*, Nr. 4: 20-21

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

Faßmann, H. 1997: Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsbildungswerken. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Band 206, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit

Faßmann, H. 2002: 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)." *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, Heft 1, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R., Zimmermann, R. 2004: "REGIonale NEtzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)" Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, Heft 1, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H.; Schmidt, Th.; Staab, E. 2005a: Evaluation des Modellprojekts „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie IBRA". Anlage und erste Ergebnisse. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2005: 230-231

Faßmann, H.; Schmidt, Th.; Staab, E. 2005b: Evaluation des Modellprojekts „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie IBRA". Anlage und erste Ergebnisse. Unveröffentlichte Präsentation eines Vortrages im Rahmen des 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquiums des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger am 02. März 2005 in Hannover.

Faßmann, H.; Schmidt, Th.; Staab, E. 2006: „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie IBRA" Stand und Ergebnisse eines Modellprojekts. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund* 2006: 94-96

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

Föhres, F.; Kleffmann, A.; Müller, B.; Weinmann, S., 1998: MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Manual. 2. Aufl.; Siegen: Universität-Gesamthochschule Siegen

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

Fobair; P.; Hoppe, R. T.; Bloom, J.; Cox, R.; Varghese, A.; Speigel, D. 1986: Psychosocial problems among survivors of Hodgin'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: *Neuro-Rehabilitation 5*: 39-48

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

Girad, 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 Traumative 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

Helmstaedter, C.; Lendt, M.; Lux, S. 2001: Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT). Göttingen: Hogrefe

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: 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 Sacandinavica 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.; Donovick, 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 therapie in Aachen. In: Holland, A. L.; Forbes, M. (Eds.): *Aphasia treatment. World perspectives.* San Diego, CA: Singular Publishing Group: 55-86

Hüttlinger, S.; Semmlinger, C. 2002: In der REHA nicht vergessen – Aphasiker. In: *Blättla – Zeitung für Mitarbeiter des Berufsförderungswerkes*, Frühjahr 2002: 11-12

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

Ilmberger J. 1988: Der Münchner Gedächtnistest. 30th Annual Meeting of the TEAP. Marburg

Indiestel, 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)

Indiestel, 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

Jaecks, 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_Jaecks_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

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation; Sanders, J.R. (Hg.) 1999: Handbuch der Evaluationsstandards: Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation". Opladen: Leske + Budrich

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.-l. 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

Keune. S.; Frohnenberg,C. 2004: Nachteilsausgleich für behinderte Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer. Handbuch mit Fallbeispielen und Erläuterungen für die Prüfungspraxis. *Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung*, Band 116, Bielefeld: Bertelsmann

Kick, K. 2003: DIK-2 Diagnostische Kriterien: Katalog berufsbezogener Personenmerkmale. In: IFAS Institut für angewandte Sozialfragen (Hrsg.): *Reader zur Fachtagung „Berufliche Rehabilitation lernbehinderter Jugendlicher auf dem ersten Arbeitsmarkt".* Göttingen: IFAS: 67-75

Kiliani Klinik Bad Windsheim; Berufsförderungswerk Nürnberg 2001: Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie IBRA. Nürnberg

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

Köster, T.; Fehr, M.; Slesina, W. 2007: Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. In: *Rehabilitation 46*: 258-265

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

Kreutzer, J. S.; Marwitz, J. H.; Walker, W.; Sander, A.; Sherer, M.; Bogner, J.; Fraser, R.; Bushnik, T. 2003: Moderating factores in return to work and job stability after traumatic brain injury. In: *Journal of Head Trauma Rehabilitation 18*, No. 2: 128-138

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

Kultusministerkonferenz (Hrsg.) 2007: Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Bonn: Sekretariat der Kultusministerkonferenz URL: *http://www.kmk.org/doc/publ/handreich.pdf* (15.02.2008)

Kunze, Th.; Kreikebohm, R. 2006: Zur Rolle der Berufsförderungswerke im Spannungsfeld von sozialem Auftrag, marktwirtschaftlichem Wettbewerb und strukturellen Abhängigkeiten (Teil I). In: *Die Sozialgerichtsbarkeit 53*, Nr. 4: 195-205

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

Lauer, I. 2005: Wege aus der Sprachlosigkeit: Berufsförderungswerk hilft Aphasikern. In: *Nürnberger Zeitung*, 12.02.2005: 13

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)

Leim, T.; Lacher, S.; Stemmer, B., Greitemann, G.; Claros-Salinas, D.; Schönle, P. W. 2007: Die Bedeutung von Planungs- und Handlungsstörungen beim Schlaganfall für die soziale und berufliche Rehabilitation. Abschlussbericht Teilprojekt „Neurologische Rehabilitation. Ulm: Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm „Bausteine der Reha“ URL: *http://vts.uni-ulm.de/docs/2007/5814/vts_5814_7743.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 sequale 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 Discorders 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/McGrane 2006PhD.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.; Greitemann, B.; Radoschewski, F. M.; Gerwinn, H.; Hansmeier, T. 2005: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Re*habilitation 44*: e32-e45

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)

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

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

Neudert, S.; Vogel, H. 2000b: Einleitung. In: *Neuderth / 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

Niehaus, M. 1997: Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulungen von Frauen. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, Heft 2, 291-304

Niehaus, M. 2005: Erfolgsparameter in der beruflichen Rehabilitation. In: *Seyd / Thrun / Wicher* 2005: 178-185

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 severitiy, 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 7*2 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.

Ohne Verfasser o.J. (1999): Fragebogenergebnisse zur Bedarfserhebung: Umfrageergebnisse im Rahmen des Projekts „Integrative berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie". Unveröffentlichte Tischvorlage, o.O.

Ohne Verfasser 2003a: Berufstätig trotz Aphasie? Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: *L.O.G.O.S interdisziplinär* 11, Ausg. 2: ohne Seitenangabe

Ohne Verfasser 2003b: Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: *BAR REHA-Info*, Nr. 2

Ohne Verfasser 2003c: Eine zweite Chance für über 6500 Menschen. In: *IHK-Magazin WiM – Wirtschaft in Mittelfranken*, Nr. 11: ohne Seitenangabe;

Ohne Verfasser 2003d: Aphasie – Neue berufliche Chancen. In: *Forum Logopädie 17*, Heft 3: ohne Seitenangabe

Ohne Verfasser 2003e: Zurück in den Beruf. In: *Windsheimer Zeitung* vom 07.02.2003, ohne Seitenangabe

Ohne Verfasser 2003f: Neue Berufschancen für Sprachgestörte. In: *Kieler Nachrichten* vom 28.06.2003: ohne Seitenangabe

Ohne Verfasser 2003g: Berufschancen für Sprachgestörte. In: *Saarbrücker Zeitung*, Beilage „Beruf und Karriere“, vom 06.07.2003

Ohne Verfasser 2003f: Neue Berufschancen für sprachgestörte Menschen. In: Braunschweiger Zeitung vom 12.07.2003: ohne Seitenangabe

Ohne Verfasser 2004: Berufstätig trotz Aphasie? Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 4: 54-55

Ohne Verfasser 2005: Wie ein Blitz aus heiterem Himmel: Beruflicher Neustart nach Schlaganfall. In: *Positionen & Profile*, Frühjahr 2004: 4

Ohne Verfasser 2007: Neue berufliche Chancen für Aphasiker. In: *Rehavision*, Nr. 1: 10

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 de beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma. In: *Müller-Fahrnow / Hansmeier / Karoff* 2006: 129-135

Paniak, C.; Toller-Lobe, G.; Melnyk, A.; Nagy, J. 2000: Prediction of vocational status three to four months after treted mild traumatic brain injury. In: *Journal of Musculoskeletal Pain 8*, No. ½: 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)

Peschkes, L.; Seyd, W. 2004: Ganzheitliche handlungsorientierte berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2004: 197-198

Plath, H.-E.; Blaschke, D. 1999: Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 32, 1999, Heft 1: 61-69

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 Katamnesestudie. 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: Hippocamus

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 Psychatry 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.; Swansono, 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: *mitten drin 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 hirnverletzte 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)

Robert Koch Institut; Statistisches Bundesamt 2006: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

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.sprachheilpaedagogik.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.; Joanette, Y.; Ponzio, J.; DeGiovani, 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 an 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

Sattler, W. 2006: Funktionen frontaler Strukturen – Exekutivfunktionen. In: *Lehrner et al*. 2006: 475-490

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

Schaltenbrand, R.; Stahl, D.; Lehfeld, H. 1992: Die Akzeptanz als Gütekriterium eines psychometrischen Tests. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 134, Nr. 43: 693-696

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 ti 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

Schopf, P.; Huber, G.; Reissinger, P. 2000: Projekt DIMA: Weiterentwicklung von Instrumenten zur Verbesserung der individuellen Förderung und der Steuerung von Maßnahmen für lernbehinderte Jugendliche. In: *Behindertenrecht*, Heft 2: 49-53

Schopf, P.; Kroiß, U. 2000: Case-Management-System (CMS). In: *Behindertenrecht*, Heft 2: 53-50

Schröder, H.; Waltersbacher, A. 2006: Heilmittelbericht 2006: Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Schubert, F.; Lalouschek, 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. Richmont, 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. 2000: Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. In: *ibv - Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Nr. 40: 4193-4205

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

Seyd, W.; Thrun, M.; Wicher, K. 2004: Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18.11.2004 in Hamburg. Bad Vilbel: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke

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

Shontz, F. C. 1975: The psychological aspects of physical illness and disability. New York: Macmillan Publishing Co.

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 **Stauber, C. 2003:** Mit Zehn war plötzlich alles anders. In: *Nürnberger Nachrichten* vom 10.05.2003

Staab, E.; Müller, F.; Lang, P.; Hüttlinger, S. mit Gruppe IBRA 04 2005: Vorstellung des Modellprojektes IBRA (Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie) unter Einbeziehung selbst betroffener Aphasiker. Vortrag auf der *5. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung (GAB)*, 03. bis 05.11.2005 in Basel. URL: *http://www.aphasietagung.de/prog.html* (Stand: 27.01.2006, nicht mehr abrufbar)

Stambrook, 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

Stauber, C. 2003: Mit Zehn war plötzlich alles anders. In: *Nürnberger Nachrichten* vom 10.05.2003

Steiner, J. 2002: Von Aphasie mitbetroffen - Zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener 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* 2001a: 67-68

SYNTEGRAL Synergie-Management GmbH 2003: Case^{xp} Edition Diagnose. Messeinformation ConSozial 10/2003. Abensberg

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 Aphasiologie. *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

Tews, H. P.; Schreiber, W. K.; Schott, J. 2003: Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken und Ergebnisse der Berufsförderungswerk Heidelberg gGmbH. In: *Rehabilitation 42*: 36-44

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 de Sand, W. H. 2001: RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: *Rehabilitation 40*: 304–313

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) 1994: 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

Verger, 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 Bepsiel 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.; Wiercisiewski, 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 scal, and a “Quality of Life” taring 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

Wilk, C. 1996: Erfolgskriterien von Maßnahmen der Hilfe zur Arbeit. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit,* Band 97, Baden-Baden: Nomos

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

Wittenberg, R. 1998: Grundlagen computerunterstützter Datenanalyse. 2. Aufl. *Handbuch für computerunterstützte Datenanalyse* hrsg. v. R. Wittenberg, Band 1, UTB für Wissenschaft, Band 1603, Stuttgart: Lucius und Lucius

Wittler, M. 2005: Zur Spontansprache akuter Aphasien. Dissertation Universität Bielefeld. URL: *http://www.deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980322790&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=980322790.pdf* (Stand: 31. 01.2008)

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: Aphasic 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.; Wübbeke, 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.; Wübbeke, 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,-- €)

Heft 3/2008 Grüninger, M.: Das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer im geographischen Kontext. Eine Auswertung der Unfallstatistik 2004 in Bayern. (ca. 280 Seiten, in Vorbereitung)

Heft 4/2008 Faßmann, H.: Evaluation des Modellprojekts *„Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)“.* Abschlussbericht. (194 Seiten, print on demand, Schutzgebühr 36,-- €)