

Aphasie

aphasie

erworbene Sprachbehinderung

LEBEN MIT APHASIE

Ratgeber für Betroffene und Interessierte



Inhalt

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.	3
Landesverbände	7
Selbsthilfegruppen	8
Aphasie – was ist das?	11
Hilfen für Kinder mit erworbener Sprachstörung	16
Kommunikation und Aphasie	18
Von der Stroke Unit zur Selbsthilfe	20
Begleiterscheinungen von Aphasie	23
Sprachtherapie	26
Sprechangst	30
Die Rolle der Angehörigen in der Sprachtherapie	32
Physiotherapie	34
Ergotherapie	37
Wiedereingliederung in das Arbeitsleben	40
Heidelberger Aphasie Modell – HAM	44
Autofahren mit Aphasie	46
Kommunikation und Umgang mit aphasischen Personen	49

Aus Gründen der Ökonomie und der besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre durchgehend die männliche Ansprache verwendet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint. Wir bitten alle Leserinnen um Nachsicht.

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.

Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA), Europas größte originäre Selbsthilfe-Organisation für Menschen mit erworbener Sprachbehinderung, setzt sich seit über 35 Jahren umfassend für die Belange von Menschen mit Aphasie ein.

Ziel des BRA ist es, durch ständige Lobbyarbeit eine verbesserte medizinische Versorgung, die bestmögliche Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Arbeit, größtmögliche Selbst- und Mitbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe der chronisch Kranken, von Aphasie betroffenen Menschen, unter besonderer Berücksichtigung der Behinderung zu erreichen.

Der Bundesverband bietet:

- Individuelle telefonische Beratung
- Hilfestellung in behördlichen Angelegenheiten
- Vermittlung von Kontakten zu entsprechenden Fachleuten
- Versand von Informations- und Aufklärungsmaterial
- Schaffung eines Netzwerkes von Selbsthilfegruppen
- Durchführung von Seminaren
- Bundesweiter Aufbau von Aphasie-Zentren

- Durchführung innovativer Projekte
- Vierteljährlich erscheinende Verbandszeitschrift
- Jährlicher Aphasie-Kongress
- Gesundheitspolitisches Engagement
- Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung und Schulung der Landesverbände

Häufigste Ursache einer Aphasie

Jedes Jahr erleiden in Deutschland ca. 250 000 Menschen einen Schlaganfall. Zu 80% ist dies auch der Auslöser für eine erworbene Sprachbehinderung (Aphasie) bei Erwachsenen. Schlaganfälle belegen nicht nur Platz 3 in der Todesursachenstatistik, sondern gehören auch zu den Hauptursachen für Invalidität und Pflegebedürftigkeit. Volkswirtschaftlich betrachtet gehört der Schlaganfall damit zu den teuersten Krankheiten. Schon heute liegen die direkten medizinischen Kosten in Deutschland bei jährlich rund 6 Mrd. Euro. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung rechnen Experten mit einer deutlich steigenden Zahl von Schlaganfall-Patienten bis 2050.

Neben Vorbeugung, Akut-Versorgung und Pflege steht die Rehabilitation – und hier steht auch der Aphasie Gesamtverband mit einer Gewährleistung der Nachsorge und Nachhaltigkeit bei der Bewältigung der Aphasie als chronischer Erkrankung und Behinderung. Die verbandliche Selbsthilfe-Arbeit unterstützt das langfristige Ziel der Rehabilitation und erleichtert den Betroffenen die Rückkehr in den Alltag. Vor dem Hintergrund hoher Ausgaben und niedriger Budgets bei den Leistungs-

erbringern leistet die APHASIE-Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag zur Kostenentlastung.

Leben mit Aphasie

So unterschiedlich die Auswirkungen einer Schädelhirnverletzung für die Menschen sein können, ein Schicksal teilen sie alle: Gemeinsam mit ihren Familien müssen die Betroffenen lernen, sich in ihrem Alltag neu zurechtzufinden. Sie müssen ihr Leben neu definieren, mit dem Ziel, es einmal möglichst selbstständig zu bewältigen. Das klingt gut. Wir alle wissen, dass es eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten darstellt. In dieser schwierigen Lebenssituation brauchen Betroffene und Angehörige Unterstützung. Hier hat es sich der Bundesverband Aphasie zur Aufgabe gemacht, Unterstützungsangebote bereit zu stellen, die den Weg in ein verändertes Leben

„Ein Aphasie-Betroffener, mit dem ich über zehn Jahre arbeite, streckt seine Hand in meine Richtung und sagt: „Warte!“ Er braucht Zeit und ich gebe ihm die notwendige Zeit. Im Laufe der Jahre wurde die Dauer des Abwartens immer kürzer. Jetzt streckt er mir bei noch auftretenden Wortfindungsschwierigkeiten nur seine Hand entgegen! Das genügt und ich warte!“



Dr. Jacqueline Stark

erleichtern. In 15 Landesverbänden mit ca. 250 regionalen Selbsthilfegruppen und in den Aphasie-Zentren werden zielgerichtete Informationen, vielfältige Beratungsangebote auch über therapeutische Möglichkeiten, ein Erfahrungsaustausch und weiterführende Kontakte zu Gleichbetroffenen und weitere wichtige Hilfestellungen für die betroffenen Menschen und ihre Familien zur Verfügung gestellt.

Landesverbände	Internet / Kontakt
Baden-Württemberg	www.aphasie-schlaganfall-bw.de
Bayern	www.aphasie-bayern.de
Berlin	www.aphasiker-berlin.de
Brandenburg	www.aphasie-brandenburg.de
Hamburg	www.aphasie-hamburg.de
Hessen	www.hessenaphasie.de
Mecklenburg-VP	www.lv-aphasie-mv.de
NRW	www.aphasiker-nrw.de
Niedersachsen	Tel. 053 51 / 3 28 69, h.w.haufe@web.de
Rheinland-Pfalz	www.landesverband-aphasie.de
Saarland	www.aphasiker-saar.de
Sachsen	www.aphasie-sachsen.de
Sachsen-Anhalt	www.aphasiker-LSA.de
Schleswig-Holstein	Tel. 045 23 / 40 51 32
Thüringen	www.aphasiker-thueringen.de

Landesverbände

Die Landesverbände arbeiten mit großer Unterstützung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter anderem mit dem Ziel, ein flächendeckendes Netz von regionalen Selbsthilfegruppen aufzubauen.

Weitere Aufgaben und Ziele sind:

- Vernetzung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Einrichtungen, um so die bestmögliche Rehabilitation und optimale Versorgung der Betroffenen zu erreichen
- Unterstützung bereits bestehender und Aufbau neuer Selbsthilfegruppen
- Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit
- Gruppenangebote und Projektgruppen mit verschiedenen Themen-Schwerpunkten
- Freizeitangebote für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen



*Aphasie Verbandseminar
in Vechta-Langförden*

Selbsthilfegruppen

Regionale Selbsthilfegruppen sind aus der Rehabilitation nicht mehr wegzudenken. Sie sind eine notwendige Ergänzung der medizinischen und therapeutischen Versorgung von Menschen, die mit einer Aphasie und ihren Folgen leben und ihren veränderten Alltag bewältigen müssen. Selbsthilfegruppen bieten spezifische Informationen und die Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen und Erfahrungen auszutauschen.

In den Selbsthilfegruppen werden Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen beraten und über medizinische und soziale Hilfen informiert. In vielen Gruppen haben sich – mit Hilfe von



*Computer-
gestütztes
Sprachtraining*



ehrenamtlich arbeitenden Therapeuten – Kommunikationsgruppen gebildet. Ein weiteres Angebot ist das computergestützte Sprachtraining, welches die Sprach- und Ergotherapie unterstützen soll. Die Gruppenmitglieder unternehmen gemeinsame ein- bis mehrtägige kulturelle und gesellige Ausflüge.

Da in den letzten Jahren die Zahl der jüngeren Menschen mit einer Aphasie deutlich angestiegen ist und die Probleme der „Jungen aphasischen Personen“ doch ganz anders sind als bei den älteren Betroffenen, gibt es inzwischen auch viele Gruppen der „Jungen aktiven Menschen mit Aphasie“. Aktuelle Themen dieser Gruppen sind z. B. die Wiedereingliederung ins Berufsleben oder das Zurechtfinden in der neuen Lebenssituation.

Zu den Erfolgen der Selbsthilfegruppen zählen

- Verbesserung des psychosozialen Befindlichkeit der TeilnehmerInnen
- Verbesserung von Hauptsymptomen des Krankheitsbildes
- Verbesserung der Fähigkeit die Krankheit zu bewältigen

In den regionalen Selbsthilfegruppen bietet sich für die Betroffenen die Möglichkeit, in der Therapie erarbeitete Fertigkeiten zu erproben und zu festigen. Sehr wichtig ist auch, soziale Kontakte aufzubauen, Freizeit gemeinsam zu gestalten und Informationen auszutauschen. Die dient dazu, das Selbstvertrauen der Betroffenen wieder zu stärken und so die Lebensqualität zu erhöhen.

Wo in der Nähe eine Selbsthilfegruppe ist, erfahren Sie über den Landesverband in Ihrem Bundesland oder beim Bundesverband Aphasie.



Aphasie – was ist das?

Aphasie ist eine erworbene Sprachstörung, die nach einer Hirnschädigung auftreten kann (meist Schlaganfall, auch Kopfverletzungen nach Unfall, Tumor oder entzündlichem Gehirnprozess) und bedeutet „Verlust der Sprache“.

Durch die Aphasie sind alle sprachlichen Fähigkeiten betroffen: Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben. Inneres Denken, persönliches und allgemeines Wissen sind nicht oder nur gering gestört. **Aphasie ist eine Sprachstörung, keine Denkstörung.**

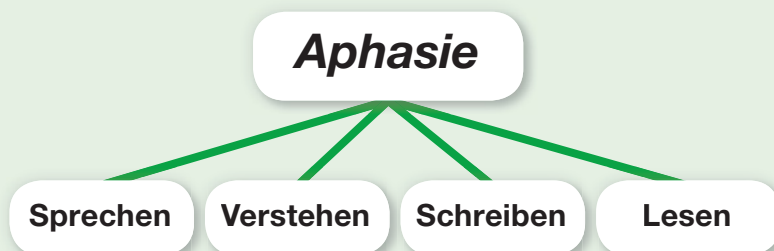
Menschen mit Aphasie leiden oft unter Begleitsymptomen: Die Planung von Bewegungen und Handlungen gelingt nicht mehr automatisiert; alltägliche Tätigkeiten bei der Körperpflege, beim Essen oder im Haushalt geraten durcheinander. Die Aufmerksamkeit ist eingeschränkt; die Patienten können sich nur mehr auf eine Sache konzentrieren, mehrere Dinge gleichzeitig führen leicht zur Überforderung. Zudem beeinträchtigt die Gehirnschädigung die Motorik: Lähmungen und Störungen der vegetativen Funktionen sind nicht selten.

Der Verlust und die Störung der eigenen Muttersprache ist seelisch schwer zu verarbeiten. Viele Patienten werden depressiv und verzweifelt, manchmal auch aggressiv. Für die Angehörigen und Freunde ist es schwierig, sich an die veränderte

Situation anzupassen. Die Kommunikation mit aphasischen Patienten erfordert Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen. Soziale Einsamkeit ist oft die Folge der Aphasie.

Aphasie hat nichts mit geistiger oder psychischer Störung zu tun!

Je nach Art und Ausmaß der Aphasie sind die Fähigkeiten für schnelles, vollständiges und genaues Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben in unterschiedlicher Weise betroffen.



■ **Störungen der Sprachproduktion**

Das Sprechen ist bei allen Patienten gestört. Ein Teil der Betroffenen spricht mühevoll, sucht oft erfolglos nach Wörtern oder bildet Sätze im Telegrammstil. Andere sprechen flüssig, verwechseln aber Laute oder vertauschen Wortbedeutungen. Den Betroffenen ist dies am Anfang nicht bewusst. Sie denken geordnet, aber sie sprechen „durcheinander“.

■ Störungen des Sprachverstehens

Auch das Verstehen kann unterschiedlich betroffen sein. Im Extremfall nehmen die Betroffenen Wörter nur dem Klang nach wahr, ohne deren Bedeutung zu erfassen. Andere verstehen zwar einzelne Wörter, aber nicht deren genaue Zusammenhänge in Satz und Text. Ähnliche Wörter werden oft verwechselt. Dies beruht nicht auf einer Hörstörung, sondern die Patienten verstehen das Gesagte nicht richtig, ähnlich wie ein Besucher in einem fremden Land.

■ Störungen der Schriftsprache

Bei vielen Patienten sind Schreiben und Lesen ähnlich gestört wie Sprechen und Verstehen. Manche Patienten können Wörter nur mühsam Buchstabe für Buchstabe erfassen, andere wiederum erfassen die Worte als Ganzes, was aber meist nur bei vertrautem Wortschatz gelingt. Aphasische Personen verwechseln Wortbedeutungen und Wortformen und bemerken dies oft nicht.

Es gibt vier verschiedene Arten von Aphasie:

Globale Aphasie

Die Globale Aphasie ist die schwerste aphasische Störung. Eine sprachliche Verständigung mit dem Betroffenen ist kaum oder gar nicht mehr möglich. Spontansprache und Sprachverständnis, Lesen und Schreiben sind schwer beeinträchtigt. Der Patient kann nur Teile von Worten vorbringen und versteht, wenn überhaupt, nur sehr einfache Aufforderungen. Viele glo-

bale Aphasiker benutzen oft sinnlose Silben, die sich in immer wiederkehrenden Äußerungen wie z. B. „tatatata“ oder „dudu-du“ äußern. Andere gebrauchen automatisierte Floskeln, wie „na ja“, „oh Gott“, „ja, ja“, die oft ohne Bezug im Gespräch eingesetzt werden.

Broca-Aphasie (motorische Aphasie)

Bei einer Broca-Aphasie sprechen die Betroffenen meist mühsam und stockend, mit vielen Sprechpausen. Die Wörter haben viele Lautverwechslungen, die Sätze sind unvollständig. Die Sprache ist grammatikalisch entstellt, der Satzbau erinnert an den Stil von Telegrammen. Dies nennt man Agrammatismus. Das Sprachverständnis ist häufig weniger stark gestört. Lesen oder Schreiben ist den Betroffenen möglich, es zeigen sich aber die gleichen Störungen wie bei der Sprache.

Wernicke Aphasie

Hier steht die Störung des Sprachverständnisses im Vordergrund. Die Patienten können Gesprochenes meist nur teilweise verstehen, beim Sprechen kommt es zu Wort- und Lautverwechslungen und falschem, verschachteltem Satzbau. Vielen Patienten gelingt es nicht, ihre Gedanken sprachlich eindeutig mitzuteilen. Ihr Redefluss ist überschießend und wirkt inhaltlich durcheinander. Manchmal besteht die Sprache aus unverständlichem Kauderwelsch oder inhaltsarmem Jargon.

Amnestische Aphasie

Kennzeichen der amnestischen Aphasie sind Wortfindungsstörungen. Das Sprachverständnis ist gut erhalten, auch Lesen

und Schreiben sind kaum beeinträchtigt. Die Spontansprache ist gut, erscheint nur manchmal durch die Wortfindungsstörungen etwas zögernd.

Die Patienten und ihre Angehörigen beobachten neben den sprachlichen auch psychologische Leistungseinbußen. Diese können folgende Fähigkeiten betreffen:

- Konzentration
- Gedächtnis
- Hören und Sehen
- Ausführen von Bewegungs- und Handlungsfolgen
- Räumliche Orientierung und Rechnen
- Gefühlsleben

Fazit

Aphasien verändern sich in den ersten Wochen oft rasch, später nur langsam. Eine völlige Wiederherstellung kann meist in den ersten Monaten erreicht werden. Aphasie ist eine Behinderung, die die ganze Familie verändert. Leben mit Aphasie erfordert gemeinsame Anstrengungen. Die Rehabilitation dauert oft lange. Dies führt zu Ungeduld und Unsicherheit. Die Betroffenen brauchen Ausdauer und Mut. Auch die sprachgesunden Partner brauchen Hilfe und Unterstützung.



*Prof. Dr. Walter Huber,
Wissenschaftlicher
Beirat des BRA*

Hilfen für Kinder mit erworbener Sprachstörung

Die Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist eine erworbene Sprachstörung, die durch eine akute Hirnschädigung (z. B. Schädelhirntrauma, Schlaganfall) hervorgerufen wird und die bereits erworbenen sprachlichen Fähigkeiten wie Sprechen und Verstehen aber auch Lesen und Schreiben in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigen kann.

Über den Langzeitverlauf der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist bis heute wenig bekannt. In Deutschland gibt es rund 40.000 Kinder mit Aphasie. Betroffene Kinder sind mit ihren Familien vielfachen Belastungen ausgesetzt. Da das Thema bisher wenig erforscht ist und für aphasische Kinder und deren Familien keinerlei Hilfen angeboten wurden, standen sie oft alleine da. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) und der Bundesverband Aphasie riefen deshalb ihr gemeinsames Selbsthilfeprojekt „Hilfen für Kinder mit Aphasie“ ins Leben. Zusammen mit kompetenten Partner wie der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung – wurden passende Hilfsangebote entwickelt.

Im Rahmen des Projekts wurde die erste Website zum Thema „Kindliche Aphasie“ ins Netz gestellt. Die Website verfolgt zwei Kernziele: Sie soll Informationen bieten und Kommunikation er-



Jährlich werden Fach-Seminare für Eltern und Kinder angeboten.

möglichen und die Betroffenen außerdem bei der Suche nach Experten und Hilfsangeboten unterstützen.

Fazit von Eltern

Das Wissen der Gesellschaft um die kindliche APHASIE steckt nach wie vor in Kinderschuhen. Oftmals helfen statt Erklärungen und geduldig zum x-ten Mal vorgetragener Situationsdarstellungen nur noch deutliche Worte und unnachgiebiges Pochen auf die vorhandene Rechtslage.

Die jährlichen Eltern-Kind Seminare nehmen hier eine Schlüsselfunktion zur Verbesserung ein. Es funktioniert! Eltern bringen die Tagespraxis auf den Punkt – die fachliche Begleitung der Referenten schafft Weg- und Zielbeschreibung bis zum nächsten Seminar. Das ermöglicht Chancen für unsere Kinder – sie haben es verdient.

Kommunikation und Aphasie

von Prof. Dr. Jürgen Tesak

Menschliche Kommunikation ist ein kooperativer Prozess. Anders ausgedrückt: Zum geglückten Kommunizieren gehören mindestens immer zwei Personen. Und wenn einer der beiden Kommunikationspartner ein Problem hat (bzw. sich absichtlich destruktiv verhält), dann haben automatisch beide ein Problem. Und wer kennt das Problem nicht!

Aphasie ist eine Sprachstörung. Und Menschen mit einer aphasischen Sprachstörung haben ein Problem: Sie können einerseits ihre Gedanken und Redeabsichten nicht mehr vollständig vermitteln, und andererseits verstehen sie nicht mehr zur Gänze, was andere ihnen mitteilen möchten.

Das Problem in der Kommunikation hat aber nicht nur der Betroffene allein! Auch der Gesprächspartner oder die Gesprächspartnerin einer aphasischen Person hat ein ähnlich gelagertes Problem: Er/sie kann sich nicht verständlich machen und er/sie versteht nicht, was ihm/ihr mitgeteilt wird. Nicht ohne Grund werden Angehörige als „Mitbetroffene“ und die Aphasie als „Familienkrankheit“ bezeichnet.

Und daraus ergeben sich bestimmte Konsequenzen. Nicht nur die aphasische Person muss therapiert werden und am Problem arbeiten, auch die Gesprächspartner(innen) sind gefordert, sich zu verbessern. Der Vergleich mit einer Fremdsprache ist zwar nicht ganz zutreffend, aber doch illustrativ. Wenn man keine gemeinsame Sprache hat oder einer der beiden die entsprechende Sprache nur eingeschränkt beherrscht, müssen beide anders als gewohnt sprechen und auch zu unterschiedlichen Mitteln greifen, um sich ausreichend verständigen zu können.

Fazit

Angehörige, Fachpersonal und die Gesellschaft generell sind gefordert, sich auf aphasische Personen einzustellen und ihren Beitrag zu erbringen, dass die Kommunikation mit den Betroffenen klappt.

Aphasie ist eben kein rein medizinisches oder therapeutisches Problem, sondern muss umfassender verstanden werden. Aus diesem Grunde kommt der Selbsthilfebewegung, in der Betroffene, Angehörige und Fachleute zusammenarbeiten, eine besondere und besonders wichtige Funktion zu.

Von der Stroke Unit zur Selbsthilfe

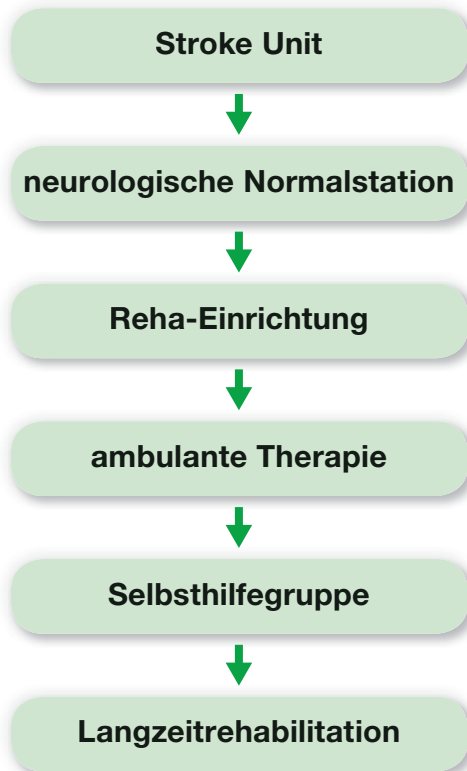
Häufigste Ursache einer Aphasie ist ein Schlaganfall. Im Akut-Krankenhaus (Stroke Unit) steht die Stabilisierung des Allgemeinzustandes und natürlich die Behandlung der ursächlichen organischen Erkrankung im Vordergrund. Hier wird bereits mit der Frührehabilitation begonnen.

Ist diese kritische Phase überstanden, werden die Patienten auf eine neurologische Normalstation verlegt. Die Betreuung durch Sprach- und Ergotherapeuten geht auch hier weiter.



Bei einem Wechsel der Therapeuten sollte eine inhaltliche Absprache stattfinden. Die Planung der weiteren Rehabilitation kann gemeinsam mit Sozialarbeitern, unter Koordination der Aphasie-Zentren, durchgeführt werden.

Je früher die Rehabilitation beginnt, desto besser.



Mit Hilfe von Krankengymnasten, Sprach- und Ergotherapeuten sollen die Patienten die verloren gegangenen alltäglichen Fähigkeiten wie Sprechen, Schlucken, Gehen und Ankleiden

wieder erlernen. Ob eine Langzeitrehabilitation nötig ist, hängt vom Ausmaß der erlittenen Nervenschäden ab. Einige Patienten erholen sich rasch wieder vollständig, andere benötigen zum Teil Monate und Jahre, bis sie ihre Alltagsaktivitäten wieder selbst in den Griff bekommen. Unter Fachleuten herrscht Einigkeit darüber, dass eine Aphasie-Therapie so früh wie möglich beginnen sollte, sich aber auch nach Jahren noch Verbesserungen sprachlicher Fertigkeiten erzielen lassen.

Wie geht es nach der Rehabilitation weiter?

Ambulante oder teilstationäre Therapie im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung haben den Vorteil, dass auch die Angehörigen leichter in die Therapie mit eingegliedert und die konkreten Lebensbedingungen besser berücksichtigt werden können.

Leitlinien der Fachgesellschaft

In Deutschland gibt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) Behandlungsempfehlungen für die Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall heraus (www.dgn.org). Die Empfehlungen lauten zusammengefasst:

- Sprachtherapie soll möglichst täglich durchgeführt werden, mindestens aber dreimal wöchentlich
- Die Sprachtherapie sollte – unabhängig von der Phase des Schlaganfalls (d. h. subakute oder chronische Phase) – mindestens fünf bis zehn Zeitstunden pro Woche umfassen
- In der chronischen Phase nach einem Schlaganfall wird eine intensive Intervallbehandlung empfohlen

Begleiterscheinungen von Aphasie

Dysarthrophonie (sprechmotorische Störungen)

Um Sprache hörbar zu machen, benötigen wir das Sprechen, welches sich aus vielen Bewegungsmustern zusammensetzt. Diese Bewegungsmuster müssen von den Muskeln des Lippen,- Mund- und Schlundbereichs sowie des Kehlkopfes und der Brust (für die Atmung) so in Sprechbewegungen umgesetzt werden, dass das Gesprochene verständlich ist. Diese Sprechbewegungen müssen genau aufeinander abgestimmt werden und mit der nötigen Kraft, Geschwindigkeit und einem ausreichenden Bewegungsausmaß durchgeführt werden.

Bei Vorliegen einer Dysarthrophonie ist die Steuerung der Sprechmuskulatur beeinträchtigt. Die Sprechbewegungen werden dadurch kraftlos, schwerfällig, ungenau oder sie werden mit falschem (zu großem oder zu kleinem) Bewegungsausmaß ausgeführt.

Patienten mit Dysarthrophonie klagen, dass sie genau wissen, was sie sagen wollen, dass aber ihr „Mund“ oder ihre „Zunge“ nicht richtig folgen, so dass ihre Äußerungen unverständlich sind oder langsam, angestrengt, teilweise wie betrunken klingen.

Bei allen Arten der Dysarthrophonie bestehen in unterschiedlichem Maße Auffälligkeiten der Sprechweise hinsichtlich

Atemmuster, Tonhöhe, Lautstärke, Stimmqualität, Resonanz, Sprachmelodie und Sprechfluss.

Dysphagie (Schluckstörungen)

Bei der Dysphagie handelt es sich um eine zentrale Schluckstörung. Von leichten Beschwerden bis zur völligen Unfähigkeit zu schlucken, können verschiedene Schweregrade auftreten. In besonders schweren Fällen kann eine Dysphagie zu einer Lungenentzündung führen. Ob und in welchem Ausmaß z. B. nach einem Schlaganfall Schluckstörungen auftreten, hängt im Wesentlichen davon ab, welche Stelle im Gehirn geschädigt wurde.

Die Speiseröhre stellt einen muskulären Transportschlauch und damit eine Verbindung zwischen der Mundhöhle, dem Rachenraum sowie dem oberen Mageneingang dar. Der Schluckvorgang wird im Zusammenspiel von Zunge, Kiefer und Gaumen bewusst eingeleitet. Sobald die Nahrung den hinteren Rachen berührt, läuft der Schluckvorgang automatisch ab, d. h. er kann von außen nicht mehr beeinflusst werden.

Bei neurologisch bedingten Schluckstörungen ist der normale muskuläre Ablauf, der für den Schluckvorgang verantwortlich ist, verändert. Somit besteht für die Betroffenen die Gefahr, Speichel oder Nahrung in die Atemwege aufzunehmen, was schlimmstenfalls Erstickungsanfälle und/oder Lungenentzündungen verursachen kann. Viele Patienten können vor allem in der Akutphase ihrer Erkrankung daher nicht mehr oral ernährt werden und müssen mit einer Magensonde ernährt werden.

Mit der zunehmenden Entwicklung klinischer Beurteilungsmöglichkeiten und besserer Untersuchungsmethoden (z. B. Endoskopie, Radiologie) sowie der Entwicklung neuer Therapieansätze hat die Rehabilitation dieser Patienten in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen.

Für die Rehabilitation ist der Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen sehr unterstützend. Man ist nicht allein und kann neue Kräfte tanken. Krankmachende Anspannung und Ohnmachtsgefühle können überwunden und im Gespräch mit Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, abgebaut werden. Das hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität.



Sprachtherapie

Aphasie ist durch Sprachtherapie positiv beeinflussbar

In vielen Akutkrankenhäusern und in fast allen neurologischen Reha-Kliniken gehört die Sprachtherapie (Logopädie) zum Standardangebot und die sprachtherapeutische Versorgung erfolgt quasi automatisch. Sollte dies nicht der Fall sein, sollte man auf jeden Fall nachfragen. Meist kann man in Einrichtungen, die selbst keine Therapeuten angestellt haben, auch von außen Fachkräfte hinzuziehen.

Zu Hause besteht die Möglichkeit der ambulanten Sprachtherapie, die in logopädischen Praxen oder Ambulanzen erfolgt. Adressen dieser Praxen findet man in Adressbüchern unter den Stichwörtern „Logopädie“ und „Sprachtherapie“. Auch die behandelnden Ärzte wissen selbstverständlich über Behandlungsmöglichkeiten Bescheid. Voraussetzung für die Sprachtherapie ist die sog. Heilmittelverordnung (= Rezept) durch den behandelnden Neurologen oder Hausarzt.

Um die richtige Therapie zu finden, ist es notwendig, die genauen Merkmale der Sprachstörung festzustellen. Denn nur dann kann die richtige Therapie gefunden werden.

Die Sprachtherapie hat zum Ziel, die sprachlichen und kommunikativen Fertigkeiten der Betroffenen zu verbessern. Für



Chorprobe

jedes Vorgehen stehen den Therapeuten unterschiedliche Vorgehensweisen und Übungsmaterialien zur Verfügung.

Ausschlaggebend für die Art und den Verlauf der Therapie sind die Art der Aphasie, der Schweregrad der Störung, die Zeitspanne seit Ausbruch der Aphasie und die Persönlichkeit der Person mit Aphasie. Diese Bedingungen müssen die Therapeuten (Logopäden, Sprachtherapeuten, Linguisten) auf jeden Fall berücksichtigen, um die Therapieinhalte individuell auf die aphasische Person abstimmen zu können.

Eine der wichtigsten Bedingungen in der Rehabilitation von Menschen mit Aphasie ist, dass die logopädische Therapie so früh wie möglich beginnen sollte. Der Erstkontakt zu den Patienten sollte schon auf der Wachstation (Stroke Unit) erfolgen, um der aphasischen Person das Gefühl von Vertrauen und

Zuwendung zu vermitteln, dass sie nicht allein ist. Inwieweit hier erste Therapieschritte erfolgen können, hängt vom medizinischen Zustand der Patienten ab.

Phasen der Sprachtherapie

Während des Aufenthaltes auf der Wach- und der Normalstation sollten die Betroffenen bestärkt, angeregt und leicht sprachlich gefordert werden. Diese Phase wird **Aktivierungsphase** genannt. Die Betroffenen sollten in dieser Phase so stimuliert werden, dass das Sprachverständnis für alltägliche Situationen verbessert wird, deshalb sollen sie zu sprachlichen Äußerungen angeregt werden.

Nachdem sich der allgemeine Krankheitszustand der Patienten stabilisiert hat und mit viel Hilfe von Diagnostikverfahren (z. B. Aachener-Aphasie-Test) die Art der Aphasie genau spezifiziert wurde, kann gezielt an den Störungen gearbeitet werden. Diesen Therapieabschnitt nennt man störungsspezifische **Übungsphase**. Hier wird im Besonderen Wert auf die sprachwissenschaftlich (linguistisch) fundierten Therapieverfahren gelegt, die alle Modalitäten der Sprache (Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben) berücksichtigen. Therapiemethoden der Reaktivierung, Reorganisation und Kompensation finden hier ihren Einsatz. Reaktivierungsverfahren gehen davon aus, dass nicht gestörte Modalitäten die betroffenen Modalitäten der Sprache verbessern sollen. Bei den Reorganisationsverfahren ist davon auszugehen, dass nicht betroffene Hirnbereiche die Funktionen der gestörten Hirnareale teilweise übernehmen. Die Visual Action Therapy ist eine Therapiemethode der Kompen-

sation. Schwer von Aphasie Betroffene lernen über Gestik mit der Umwelt zu kommunizieren.

Die **störungsspezifische Übungsphase** kann sich über zwei bis drei Jahre hinziehen und geht in die sich anschließende **Konsolidierungsphase** über. Hier gilt es, die erarbeiteten Therapieinhalte zu festigen und in den Alltag zu integrieren. Dies geschieht oft durch häusliche Übungen oder auch Kommunikationsgruppen. In diesen Gruppen werden z. B. mit Hilfe von Rollenspielen, Alltagssituationen mit den Betroffenen durchgeführt (z. B. Einkaufen, Telefonieren, Besuch eines Restaurants).

In der letzten Zeit hat der Computer auch Einzug in die logopädische Therapie gehalten. Es gibt auch einige Selbsthilfegruppen, die mit aphasischen Personen in Einzel- oder Gruppentreffen mit sprachunterstützenden Programmen arbeiten. Doch sollte man an dieser Stelle betonen, dass der Sprachcomputer die Therapie nur unterstützen kann, den Therapeuten aber nie ersetzen wird.

Abschließend ist zu sagen, dass die logopädische Rehabilitation eines Menschen mit Aphasie nie endet. Mehrere Studien haben nachgewiesen, dass es auch zehn Jahre nach dem Ereignis (Schlaganfall, Hirnblutung, Schädel-Hirnverletzung etc.) immer noch zu sprachlichen Verbesserungen kommt.

Sprechangst

Angst ist ein Gefühl, das den Körper in bedrohlichen Situationen blitzschnell auf Flucht oder Angriff vorbereitet. Angst setzt schnelles Reaktionsvermögen frei und erfüllt damit lebenserhaltende Funktionen.

Es gibt jedoch auch einschränkende Formen der Angst, zu denen die Sprechangst zählt. Die Betroffenen haben Angst vor sozialer Missbilligung oder Ablehnung. Weitere Ängste drücken sich in der Angst vor Kritik oder vor Versagen aus oder in der



Angst davor, einen Fehler zu machen oder für dumm gehalten zu werden und ihr Ansehen zu verlieren.

Viele Menschen mit einer Aphasie kennen durch ihre Sprachstörung Sprechängste und leiden unter ihnen. Durch die Sprechängste verstärken sich häufig die aphasischen Symptome und Gesprächssituationen werden zunehmend vermieden. Hierdurch geraten viele Menschen mit Aphasie in die soziale Isolation.

In der Therapie wird anhand einer genauen Analyse der konkreten Problematik ein Modell zur Entstehung der Sprechangst erarbeitet. Auf diesem Weg können angstausslösende Faktoren erkannt werden und Ängste damit an Bedrohlichkeit verlieren. Um die Angst erfolgreich zu verändern, sollte in einem weiteren Schritt das Vermeidungsverhalten abgebaut werden. Dann können neue Verhaltensweisen aufgebaut werden. Die stufenweise Konfrontation mit angstbesetzten Situationen wird in der Therapie entsprechend vorbereitet, z. B. mittels Rollenspielen. Durch diese Vorgehensweise lernen die Betroffenen, sich in ihrem Verhalten immer sicherer zu fühlen und die Sprechangst wird abgebaut.

*Diese Broschüre erhalten Sie über
den Bundesverband Aphasie.*

INFO


Die Rolle der Angehörigen in der Sprachtherapie

Die Angehörigen sind wichtig für die Sprachtherapie. Denn erstens bieten sie oft die Möglichkeiten dafür, dass die Betroffenen überhaupt erst in die ambulante Therapie kommen können. Zweitens sind die Angehörigen auch wichtige Gesprächspartner für die Therapeuten. Drittens können nur sie der betroffenen Person ein „aphasiefreundliches“ Zuhause und einen kommunikationsoffenen Alltag bieten.

Die Therapeuten haben die Möglichkeit zusätzlich zu den Tests, die sie mit den Betroffenen durchführen, von Angehörigen wichtige Angaben über die Kommunikation im Alltag zu



FILMTIPP

Angehörige von Menschen mit Aphasie Informationsfilm – MITBETROFFEN

Aphasie verändert nicht nur das Leben der Betroffenen mit einem Schlag, sondern auch das des Umfelds, der Partner, der Verwandten oder Angehörigen. Besonders wichtig ist es daher anzuerkennen, dass Angehörige von Menschen mit Aphasie in gleicher Weise mitbetroffen sind.

Der 30-minütige Film kann über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg oder info@aphasiker.de bezogen werden.

erhalten. So kann die Therapie bestmöglich für den Betroffenen gestaltet werden.

Eine Frage, die sich immer wieder stellt, ist das Üben mit den Betroffenen. Hier gilt: Gezieltes Üben und Aphasietherapie gehören in die Hände von Fachleuten. Die Therapeuten geben manchmal den Betroffenen „Hausaufgaben“ mit. Die Angehörigen sollten die Betroffenen unterstützen, diese Aufgaben durchführen zu können, aber keinesfalls die Aufgaben für die Betroffenen lösen.

Die wichtigste Aufgabe der Angehörigen ist, eine „aphasiefreundliche“ und kommunikationsoffene Umgebung zu schaffen. Dazu gehört auch, dass man Gelegenheiten zum Gespräch anbietet und sich dafür Zeit nimmt oder das Zusammentreffen mit Freunden und Bekannten organisiert.

Viele Menschen mit einer Aphasie werden von Freunden, Bekannten oder Angehörigen gemieden. Ein wichtiger Grund ist sicherlich, dass diese verunsichert sind und nicht wissen, was Aphasie ist und wie man damit umgeht. Hier ist die Aufklärungsarbeit eine sehr wichtige Unterstützung!

*Diese Broschüre erhalten Sie über
den Bundesverband Aphasie.*

INFO



Physiotherapie

Als körperliche Folge eines Schlaganfalls tritt meist eine Halbseitenlähmung unterschiedlich starker Ausprägung auf. Erschwerend können Sensibilitätsausfälle, Wahrnehmungs- oder Gleichgewichtsstörungen hinzukommen.

Das harmonische Zusammenspiel beider Körperhälften und der einzelnen Körperabschnitte zueinander ist gestört. Reize, die die betroffene Körperseite aufnimmt, werden verändert wahrgenommen und können nicht entsprechend weiterverarbeitet werden.

Entsprechend erschwert ist auch die Umsetzung von Bewegungen, die normalerweise bewusst gesteuert werden, da Bewegungsbefehle des Gehirns zum Teil nicht koordiniert werden können.

Ziel der Physiotherapie ist es, hier einzugreifen, um den Patienten zu helfen, Bewegungen wieder neu zu erlernen, Kompensationsstrategien zu entwickeln und die Haltungskontrolle über den Körper zurückzugewinnen.

Gleichzeitig muss der/die behandelnde Therapeut/in darauf achten, mögliche Folgeschäden zu vermeiden. Durch Immobilität und einseitig starke Muskelaktivitäten (z. B. Spastik)

kann es zu muskulären Verkürzungen der Gelenkbeweglichkeit kommen.

Verschiedene neurologische Behandlungskonzepte wie Bobath, Vojta, FBL (Funktionelle Bewegungslehre) und PNF (Propriorezeptive neuromuskuläre Faszilitation), stehen dem Therapeuten zur Verfügung. Daraus entwickelt sich je nach Beschwerdebild der Therapieansatz.

Da gerade in den ersten Tagen und Wochen nach einem Schlaganfall die Regenerierungsaktivität des Gehirns am größten ist, sollte die Therapie sofort einsetzen. In der Akutphase kann selbst bei ausgeprägter Inaktivität seitens der Patienten durch wechselnde Lagerungen, unterstütztes Durchbewegen der einzelnen Körperabschnitte und taktile Reizgebung eine erste Anbahnung von Bewegung und Sensibilität stattfinden.

So früh wie möglich müssen die Patienten dann mobilisiert werden, um z. B. im Sitz oder Stand ein Gefühl für die Haltung zu entwickeln und die Vitalfunktionen anzuregen. Dabei findet eine gute Stimulation aller Rezeptoren statt, die als Voraussetzung für das Wiedererlernen von verlorengegangenen Aktivitäten notwendig ist.

Der Patient wird von Therapeuten und Pflegepersonal zu selbstständig unterstützter Mithilfe bei Lagewechseln und Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet. Angehörige sollten alsbald mit in das Behandlungskonzept einbezogen werden

und über therapieunterstützende Maßnahmen unterrichtet werden.

In der anschließenden Rehabilitationsphase entscheidet der Therapeut mit dem Patienten und dem behandelnden Arzt über mögliche Heilmittelversorgungen und den Fortgang der Therapie. Langfristiges Ziel ist es dann, eine größtmögliche Selbstständigkeit des Patienten zur Reintegration in sein gewohntes Lebensumfeld zu erreichen.

Cornelia Jeschke, Physiotherapeutin

INFO



Depressive Störungen können die therapeutischen Fortschritte in der Rehabilitation deutlich erschweren. Die 24-seitige Broschüre gibt wichtige Informationen über die Entstehung, Anzeichen und Folgen von Depressivität bei Aphasie sowie zahlreiche Tipps, die helfen können, mit der schwierigen Situation besser umzugehen und leichter damit zu leben. Die Broschüre kann beim Bundesverband bezogen werden.

Ergotherapie

Die Möglichkeiten der Behandlung von neurologisch erkrankten Patienten in der Ergotherapie sind sehr vielfältig. Sie gehen von motorischen Bewegungsübungen über kognitives Training bis hin zu Hilfsmittelversorgung und gegebenenfalls Angehörigenberatung. Das Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit im Alltag.

Die Therapie setzt sich aus vier wesentlichen und eng miteinander verknüpften Bestandteilen zusammen:

1. Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL-Bereich)

Hierbei sind alle Tätigkeiten zusammengefasst, die in unserem täglichen Leben notwendig sind, wie z. B. das Essen, das An- und Ausziehen und die Intimhygiene. Motorische Einschränkungen, kognitive Funktionsstörungen und nicht zuletzt auch aphasische Komponenten führen dazu, dass der Patient plötzlich nicht mehr in der Lage ist, selbst zur Toilette zu gehen, sich ein Brot zu schmieren oder gar deutlich zu machen, was ihm gefällt oder warum er traurig ist.

2. Die Motorik

In enger Zusammenarbeit mit der Physiotherapie wird, z. B. für einen Patienten mit einer Spastik der betroffenen Körperhälfte, ein Programm erarbeitet.

Naheliegend ist, dass die Ergotherapie sich vornehmlich



den oberen Extremitäten widmet, da diese zur Verrichtung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens am notwendigsten sind. Motorische Übungen sind hierzu unerlässlich. Die Anbahnung physiologischer (= natürlicher) Bewegungsmuster ist für Menschen mit einer Aphasie teilweise schwierig, da verbale Aufforderungen nicht oder falsch verstanden und dementsprechend nicht ausgeführt werden können. Der Patient muss sich also auf Berührungsreize verlassen.

3. Die Sensibilität

Nach einem Schlaganfall kann es zu Sensibilitätsstörungen unterschiedlicher Qualitäten kommen. Hierzu gehören die Oberflächensensibilität, d. h. das Gefühl für Berührung, Wärme, Kälte und Schmerz und die Tiefensensibilität, also das Lagerempfinden der Körperteile.

In der Ergotherapie gibt es verschiedene Methoden, diese Störungen zu behandeln, wie z. B. Bürsten oder Igelballmassagen, Erbsenbäder und Eisbehandlung. Die intakte Sensibilität ist deshalb so wichtig, weil ein Körperteil, das von seinem Besitzer als nicht zu ihm gehörend empfunden wird, sich auch nicht richtig bewegen lässt.

4. Die Kognition

Unter diese Rubrik fallen Fähigkeiten, wie z. B. das Gedächtnis, die Konzentration und die Aufmerksamkeit. Die Ergotherapie steht bei der Therapie dieser Störungen in engem Kontakt zur Neuropsychologie und versucht unter dem Aspekt der Alltagsrelevanz ein Training durchzuführen. Bei Menschen mit einer Aphasie bezieht sich dieses Training oft auf Leistungen wie z. B. die Uhrzeit lesen und verarbeiten können oder die Zahlenverarbeitung (Rechnen, Umgang mit Geld). All dies sind notwendige Basisfähigkeiten, um möglichst selbstständig das tägliche Leben bewältigen zu können.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergotherapie einen wichtigen Bestandteil der neurologischen Rehabilitation darstellt, da sie ihr Augenmerk besonders auf die größtmögliche Selbstständigkeit der Patienten richtet.

Wiedereingliederung in das Arbeitsleben

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine besondere Hilfe für die Rückkehr in das Arbeitsleben.

Der Arbeitnehmer ist arbeitsunfähig und bereits seit Längerem aufgrund schwerer Krankheit(en) aus dem Erwerbsleben ausgegliedert. Sobald nach ärztlicher Feststellung die bisherige Tätigkeit teilweise wieder aufgenommen werden kann, kann nach Absprache mit den einzubeziehenden Beteiligten wie Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretung, Leistungsträger etc. die stufenweise Wiedereingliederung begonnen werden.

Anregungen für eine stufenweise Wiedereingliederung kann u. a. der Hausarzt, der Rehabilitationsarzt oder der Betriebsarzt geben. Diese Maßnahme ist stets freiwillig durchzuführen, d. h. sie ist erst umsetzbar, sofern der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber hiermit einverstanden sind. Eine gesetzliche Verpflichtung besteht nicht.

Die stufenweise Wiedereingliederung kann nach medizinischer Rehabilitation, aber auch während ambulanter Rehabilitationsleistungen beginnen. Der sogenannte Wiedereingliederungsplan ist grundsätzlich nach allen schweren oder chronischen Erkrankungen und auch bei Vorliegen eines unklaren Krank-

heitsverlaufs mit wochen- oder monatelang fortbestehender Arbeitsunfähigkeit möglich. Es werden hierbei keine medizinischen Einschluss- oder Ausschlusskriterien beachtet. Es genügt, dass eine ausreichende Belastbarkeit und eine günstige Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung gegeben sind.

Während dieser Maßnahme hat der arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach Entgeltfortzahlung Anspruch auf Krankengeld SGB V, Übergangsgeld SGB VI oder Verletztengeld SGB VII. Sollte der Arbeitgeber freiwillig ein Arbeitsentgelt anbieten, so ruht der Anspruch auf diese Entgeltersatzleistungen oder es wird dementsprechend angeglichen.

Es ist gewährleistet, dass der Arbeitnehmer bei negativem Ausgang eines solchen Wiedereingliederungsversuchs in der Arbeitslosenversicherung keinen Nachteil erleidet. Entsprechend bleiben Personen während der schrittweisen Arbeitsaufnahme weiterhin in der Rentenversicherung versicherungspflichtig. In der Unfallversicherung besteht ebenfalls ein Versicherungsschutz bei jeder Beschäftigung unabhängig von ihrem Umfang.

Sofern die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Leistungsträger ist, wird die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung auf die maximale Krankengeldbezugsdauer von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren angerechnet. Alle anderen Leistungsträger können unabhängig von zeitlichen Begrenzungen die Maßnahme durchführen.

Haben alle Beteiligten zugestimmt, ist für Art und Form der Durchführung eine vertragliche Vereinbarung erforderlich, die dem entsprechenden Leistungsträger übermittelt werden muss. Die Krankenkassen stellen hierfür den sogenannten Wiedereingliederungsplan bereit.

In der Vereinbarung sollten folgende Punkte geregelt werden:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplanes
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer)
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer des Wiedereingliederungsplanes

Die stufenweise Wiedereingliederung wird vom Arzt individuell und flexibel geplant. Die Dauer der Wiedereingliederung kann zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten variieren, wobei die einzelnen Intervalle bei einer täglichen Arbeitszeit von einer Stunde beginnen und beim Erreichen einer vollschichtigen Tätigkeit enden können.

Während der Wiedereingliederung sind die Abläufe ständig medizinisch zu überprüfen und den Gegebenheiten individuell unter Umständen anzupassen.

Sofern Einzelheiten zu Einleitung, Durchführung und über die Zuständigkeitserklärung der Leistungserbringer nicht bekannt sind, ist es sinnvoll, sich an seine Krankenkasse oder an die gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation zu wenden, um die notwendigen Informationen zu erhalten.

Bei anerkannten Schwerbehinderten (ab GdB: 50% oder nach dem Schwerbehindertengesetz Gleichgestellte) ist im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeits- und Berufsleben das Integrationsamt zu beteiligen.

Ist nach Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung eine vollschichtige Beschäftigung nicht möglich, sollte eine Teilzeitbeschäftigung oder eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz überprüft werden.

Ist aus medizinischen Gründen eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht möglich und ist eine innerbetriebliche Umsetzung ausgeschlossen, sind Rehabilitationsberater bei den Arbeitsämtern im Rahmen der „Hilfen zu beruflichen Eingliederung“ mit einzubeziehen. Dabei können die Berater durch Fachdienste des Arbeitsamtes, wie ärztlicher Dienst, psychologischer Dienst, technischer Beratungsdienst, unterstützt werden. Sofern es für die Berufswahlentscheidung erforderlich ist, kann auch eine Berufsfindung oder Arbeitserprobung durchgeführt werden.

Silke Schüller

Heidelberger Aphasie Modell – HAM

Arbeit und Ausbildung haben einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Doch ohne sprachliche Kommunikation ist das Leben in unserer Gesellschaft nicht denkbar. So kann eine Aphasie entscheidenden Einfluss auf unser alltägliches Leben, auf familiäre und freundschaftliche Beziehungen und auf den Beruf haben.



Viele, auch gerade „jüngere“ Aphasie Betroffene, müssen ihre Ausbildung bzw. ihr Studium abbrechen oder – falls sie im Berufsleben stehen – droht ihnen die Frühverrentung. Diese zieht oft finanzielle Probleme für die aphasischen Personen und ihre Familien nach sich. Durch die eingeschränkte Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit ist die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr oder nur erschwert möglich.

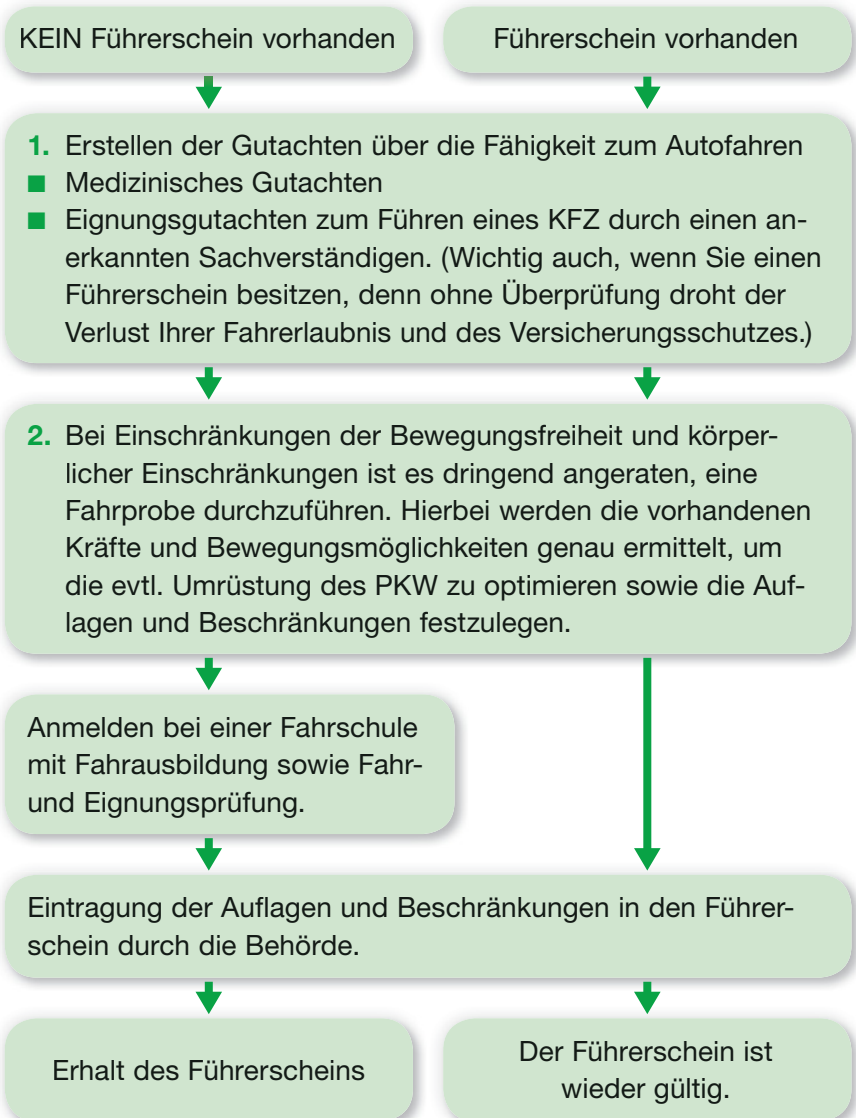
Hier setzt das Heidelberger Aphasie Modell mit **neuen beruflichen Perspektiven** und einer individuellen, fachlichen und therapeutischen Begleitung an. Es ist überwiegend für aphasische Personen zwischen dem 20. und 45. Lebensjahr konzipiert. Damit diese am Modell teilnehmen können, ist eine leichte Aphasie oder Restaphasie Voraussetzung.

*Matthias Beck und
Barbara Brender*



Bei Fragen zu „**Aphasie – und wie geht es beruflich weiter?**“ hilft Barbara Brender, Reha-Beraterin HAM, gerne weiter.
Kontakt: 0 62 21/88 25 56 oder E-Mail:
barbara.brender@bfw.srh.de

Autofahren mit Aphasie



Autofahren ist eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben in unserer Gesellschaft.

Das Fahren von Kraftfahrzeugen ist oft eine notwendige Voraussetzung, um selbständig und unabhängig leben zu können. Autofahren dient dem Erhalt der Mobilität und ist in unserer Gesellschaft ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität.

Auch für den Gesetzgeber ist die persönliche Mobilität ein wichtiges Gut, das nicht ohne Weiteres eingeschränkt werden darf. Dabei sind sowohl die Bedürfnisse des Einzelnen als auch das Interesse der Allgemeinheit an der Sicherheit des Straßenverkehrs zu berücksichtigen.

Folgende Voraussetzungen müssen zum Führen eines Kraftfahrzeuges erfüllt sein:

- körperliche Stabilität ohne erhebliche Rückfallgefahr
- ausreichende Sehschärfe und normales Gesichtsfeld
- ausreichende Beweglichkeit und Gefühl in Armen und Beinen
- genügende psychische Leistungsfähigkeit
- angemessene Selbstwahrnehmung
- die Fähigkeit zum Ausgleich von Eignungsmängeln

Diese Voraussetzungen müssen von Ärzten und Psychologen/Neuropsychologen untersucht und beurteilt werden.

Bei aphasischen Personen gibt es keine spezifischen Rechtsvorschriften, deshalb ist immer eine Einzelfallentscheidung in Abhängigkeit von Schweregrad und Art der Störung zu treffen. Besteht z.B. noch eine Alexie und der Patient muss häufig in fremden Gegenden fahren, so ist dies sicher eine größere Einschränkung, als wenn es sich lediglich um Fahrten innerhalb eines bekannten Umfeldes (z.B. 50 km im Umkreis des Wohnorts) handelt.

Weiter abzuklären ist, ob der Patient sich in nicht vorhersehbaren Situationen helfen kann. Eine Entscheidung kann hier nur im Einzelfall in Abhängigkeit von Schweregrad und Art der Störung getroffen werden. Voraussetzung sind aber auch in diesem Fall ausreichende Reaktionsfähigkeiten und kompensierbare Bewegungsstörungen.

INFO

Um solche Empfehlungen aussprechen zu können wird in jedem Fall eine Fahrverhaltensprobe erforderlich sein.



Durch diese 16-seitige Broschüre lernen Fachpersonen, Angehörige und Betroffene die Wege und Möglichkeiten einer „Fahreignung“ kennen, um sachgerecht informieren oder notwendige Schritte einleiten zu können. Sie kann beim Bundesverband bezogen werden.

Kommunikation und Umgang mit aphasischen Personen

Kommunikation ist ein gemeinschaftlicher Prozess, an dem alle Teilnehmer gemeinsam teilnehmen müssen. Aphasische Menschen sind mehr als andere auf kooperative Kommunikationspartner angewiesen, damit sie aktiv am Gespräch teilnehmen können.

Folgende Grundregeln sollten im Umgang mit Betroffenen bedacht werden:

■ **Respektieren Sie die Betroffenen!**

Menschen mit einer Aphasie nehmen aktiv am Leben teil und haben eine normale Entscheidungsfähigkeit, Wünsche und Bedürfnisse. Ihre Lebenserfahrung und ihr Wissen werden durch eine Aphasie nicht gelöscht. Fragen sie die Betroffenen nach ihrer Meinung, wann immer es geht.

■ **Benehmen Sie sich normal!**

Aphasische Personen sind nicht geistig behindert! Sie sind Menschen wie wir. Der Unterschied ist einfach, dass es Menschen mit Sprachstörung sind!

■ **Sprechen Sie nicht für die Betroffenen!**

Sie nehmen den aphasischen Personen dadurch die Möglichkeit, ein kommunikatives Erfolgserlebnis zu haben. Zudem kann es passieren, dass die/der Betroffene erwartet, dass Sie für sie/ihn sprechen. Die Folge ist, dass gar nicht mehr versucht wird, sich selbstständig zu äußern oder gar das Selbstvertrauen in die eigenen sprachlichen Leistungen verloren geht.

■ **Nehmen Sie den Betroffenen nicht das Wort aus dem Mund!**

Man sollte als Angehöriger nicht ungeduldig werden, wenn aphasische Personen längere Pausen machen, mühsam nach Worten ringen, sich falsch ausdrücken oder nur Fragmente äußern.

■ **Korrigieren Sie nicht!**

Wenn man genug Information für eine Korrektur hat, hat man die aphasische Person ja verstanden, sonst könnte man ja nicht korrigieren. Der Sprecher hat also sein Ziel erreicht! Systematische Korrekturarbeit ist Aufgabe der Sprachtherapie.

■ **Minimieren Sie Hintergrundgeräusche**, indem Sie z. B. den Fernseher ausschalten, das Fenster schließen oder z. B. dafür sorgen, dass bei größeren Gruppen immer nur einer spricht. So wird die/der Betroffene nicht unnötig abgelenkt und kann sich besser auf das Gespräch konzentrieren.



- **Setzen Sie Hinweissignale** („Peter, hör mal!“) vor Gesprächsbeginn und nehmen Sie Blickkontakt auf.

- **Sprechen Sie langsam, klar und deutlich!**

Betonen Sie wichtige Wörter. Bevorzugen sie einfachen Satzbau, aber vermeiden Sie die Babysprache! Das ist für die Angesprochenen entwürdigend. Es ist gut, wenn man Wichtiges wiederholt. Diese Wiederholung steigert nämlich die Chance für die Angesprochenen, zu verstehen, was mitgeteilt werden soll.

- **Setzen Sie Gestik und Mimik ein**, um das Gesprochene zu unterstützen, da dies den Gesprächsverlauf deutlich erleichtert.
- **Machen Sie Pausen zwischen einzelnen Äußerungen**, da es den Menschen mit Aphasie dann leichter fällt, Gesprochenes zu verarbeiten. Das Anzeigen von Themenwechseln ist sehr wichtig, da Themenwechsel oft zu Verwirrung führen können. Die Betroffenen wissen dann gar nicht mehr, um was es geht.
- **Führen Sie verständnissichernde Maßnahmen durch**, wie z. B.: „Hast du verstanden?“ oder „Hast du den Termin?“. So kann man sicherstellen, dass die wesentlichen Aussagen auch angekommen sind.
- **Achten Sie auf Zeichen der Betroffenen.** Beobachten Sie den aphasischen Gesprächspartner genau, um Zeichen des Verstehens oder Nicht-Verstehens zu erkennen. Bei Nicht-Verstehen können Sie die Aussagen wiederholen oder eventuell anders formulieren.
- **Lassen Sie aphasischen Personen Zeit für ihre Gesprächsbeiträge.** Sie brauchen einfach mehr Zeit, da Wortfindungsstörungen auftreten und der Aufbau von Satzstrukturen weniger schnell oder nur bruchstückhaft funktioniert.

Es ist eine wichtige Forderung von Menschen mit Aphasie an ihre Gesprächspartner, ihnen Zeit zu geben, damit sie

ihre Gedanken entwickeln – formulieren – aussprechen – mit Worten oder mit Gesten mitteilen können.

- **Haben Sie Geduld!** Drängen Sie nicht in Gesprächspausen, wenn der Betroffene nichts sagt. Aphasische Personen sind oft in der Lage viel mehr zu sagen, als man meint, wenn sie genügend Zeit haben!
- **Bieten Sie Hilfe an!** Sichern Sie das Verständnis! Sie können den Betroffenen Hilfe anbieten, um Wortfindungen zu erleichtern. Diese Hilfen sind gleichzeitig oft auch verständnissichernde Maßnahmen. Man kann rückfragen („Du meinst Herrn Müller?“) oder sich verstandene Aussagen bestätigen lassen. Günstig sind hier Ja/Nein-Fragen, da die/der Gefragte auch mit Nicken oder Kopfschütteln antworten kann.

Kommunizieren Sie mit den aphasischen Menschen und nicht für sie!



FILMTIPP

Menschen mit Aphasie besser verstehen

Der Informationsfilm – Plötzlich sprachlos

Der **Informationsfilm – Plötzlich sprachlos** zeigt, dass Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch mit Aphasie gelingen kann und für viele Betroffene schon Realität geworden ist.

Der 30-minütige Film kann über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg oder info@aphasiker.de bezogen werden.

PictoCom



Es gibt zahlreiche Hilfsmittel, die den Menschen mit einer Aphasie die Kommunikation erleichtern oder ermöglichen sollen, z. B. das PictoCom, das Sie über den Bundesverband Aphasie beziehen können.

Das PictoCom ist ein Taschenwörterbuch für aphasische Personen, das sowohl für die Therapie als auch für den Alltag geeignet ist. Dieses Kommunikationshandbuch hilft Betroffenen durch die Vermittlung wesentlicher Informationen trotz Wortfindungsstörungen zu kommunizieren. Es bietet einen umfangreichen Grundwortschatz häufiger Begriffe und gut identifizierbare Zeichnungen (Piktogramme). Die Betroffenen lernen, durch den ständigen Gebrauch mit ihren eingeschränkten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten Gespräche sicher zu bewältigen. Dies wirkt sich auch positiv auf die Lebensqualität aus.

Das Taschenwörterbuch ist durch das handliche Format zum ständigen Mitführen geeignet. Eine Einsteckklasche im vorderen Umschlag ist für den Aphasie-Ausweis oder für Infos über Notfallmedikamente gedacht. Enthalten sind auch Verbseiten, die sich ausklappen lassen. So ist es möglich, einfache Sätze zu bilden. Beispielsweise kann man nicht nur „Kaffee trinken“ deuten, sondern auch „Kaffee kaufen“.

Mit Ihrer Spende unterstützen Sie zeitnah und direkt unsere Selbsthilfe-Projekte:

Sparkasse Mainfranken Würzburg

Konto-Nr. 53322 · BLZ: 790 500 00

IBAN: DE04 7905 0000 0000 0533 22

BIC: BYLADEM1SWU



© 2002 – 3. neu überarbeitete Auflage 2014

Herausgeber: **Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.**
Gesamtkoordination: Dagmar Amslinger

Titelfoto: Bundesverband Aphasie

Druck: Böhler Verlag GmbH, Seilerstraße 10–10a, 97084 Würzburg

Der BRA ist Mitglied bei:

A.I.A. Aphasia International Association

BAG SELBSTHILFE – Dachorganisation von

- 116 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihren Angehörigen
- 13 Landesarbeitsgemeinschaften
- 5 Fachverbänden

Der PARITÄTISCHE-Gesamtverband

Aphasie, Selbsthilfe und Therapie

Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) ist die Interessenvertretung der aphasischen Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland.

Als gemeinnütziger Verein informieren und beraten wir bundesweit und unabhängig zum Thema „Aphasie“.

Sie erhalten bei uns:

Flyer und Broschüren zur ersten Information

Ratgeber und Filme

Kontakt zu regionalen Selbsthilfegruppen

Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Kennenlernen

- ➔ Aphasie-Landesverbände
- ➔ rund 250 regionale Aphasie-Selbsthilfegruppen
- ➔ Aphasie-Zentren
- ➔ Seminare und Begegnungswochenenden für Betroffene, Angehörige und Familien

Übrigens ...

... unser Beratungsangebot für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen müssen wir ausschließlich über Spenden und Mitgliedsbeiträge finanzieren. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit durch eine Spende oder werden Sie Mitglied und schließen sich dem Bundesverband Aphasie e. V. an.

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: **DE57 3702 0500 0007 0609 00** · BIC: BFSWDE33XXX

Mitglied werden: Informationen telefonisch oder per E-Mail



**Bundesverband für die
Rehabilitation der Aphasiker e.V.**

– Bundesverband Aphasie –

Klosterstraße 14 · 97084 Würzburg

Telefon: 09 31/25 01 30-0

Fax: 09 31/25 01 30-39

E-Mail: info@aphasiker.de

www.aphasiker.de

www.aphasiker-kinder.de

Gefördert durch



Für die Inhalte dieser Broschüre ist die
SH-Organisation verantwortlich.
Etwaige Leistungsansprüche gegenüber der
Krankenkasse sind hieraus nicht ableitbar.

Wir bedanken uns für die
finanzielle Unterstützung!