

Frank Ostermann

# Arbeit und Aphasie

## Ein Arbeitsbericht aus der ambulanten Logopädie

### Einleitung

Seit den 1970er Jahren in den USA (Ben-Yishay et al. 1987, Prigatano et al. 1994) und ab den 1990er Jahren auch in Deutschland (Fries & Seiler 1998, Claros-Salinas et al. 2000, 2001, 2012) wird der Frage nachgegangen, wie berufstätige Menschen nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und Schlaganfall wieder in ihr Erwerbsleben zurückgeführt werden können.

Bereits frühzeitig, schon während der Rehabilitation werden heute erste Weichen für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz gestellt („return to work“). Die rehabilitative Entwicklung wird geschätzt und der Arbeitgeber ins Boot geholt. Unter Umständen ist die Rückkehr zum Arbeitsplatz mit einer längeren therapeutischen Begleitung verbunden („train to place“). Therapeutisches Personal (z.B. Ärzte, Psychologen, Arbeitstrainer) ist vor Ort aktiv und hilft idealerweise über Hindernisse und Hemmnisse hinweg.

Soweit ein Arbeitsplatz besteht, organisiert sich die Rückkehr meistens über eine stufenweise Wiedereingliederung, das sog. Hamburger Modell (§74 SVG; Überblick s. Schupp 2012). Im schlechtesten Fall muss ein Arbeitsplatz erst gefunden oder eine Umschulung

eingeleitet werden. Bei sehr jungen Betroffenen muss ggf. erst eine Ausbildung abgeschlossen werden.

Die Betreuungsleistungen und Aufwendungen sind u.U. personell, finanziell und zeitlich sehr umfangreich. Für die ambulante Logopädie/Sprachtherapie besteht nur ein kurzes Zeitfenster von 18 Monaten (Abb. 1). Wer länger erkrankt bleibt, kehrt nicht mehr an seinen Arbeitsplatz zurück. Trotz Restaphasie sprechen sprachliche, kognitive oder/und medizinische Gründe gegen eine Erwerbstätigkeit.

Nach der Entlassung einer PatientIn geht normalerweise der erste Weg zum Hausarzt und ggf. zu Therapien. Ein gewünschter nahtloser Übergang aus der Rehabilitation in die Wiedereingliederung besteht meist nicht. Es entsteht eine zeitliche Lücke zum Arbeitsbeginn, ein Zwischenstadium mit emotionalen Fallstricken. Die aktuelle Lebenssituation wirft manche ungelöste Fragen auf. Eine Aphasie wird emotional noch kaum verarbeitet, dem eigenen Leistungsvermögen misstraut man und die Sorgen verstärken sich, ob man den Anforderungen zu Hause und im Betrieb gewachsen ist.

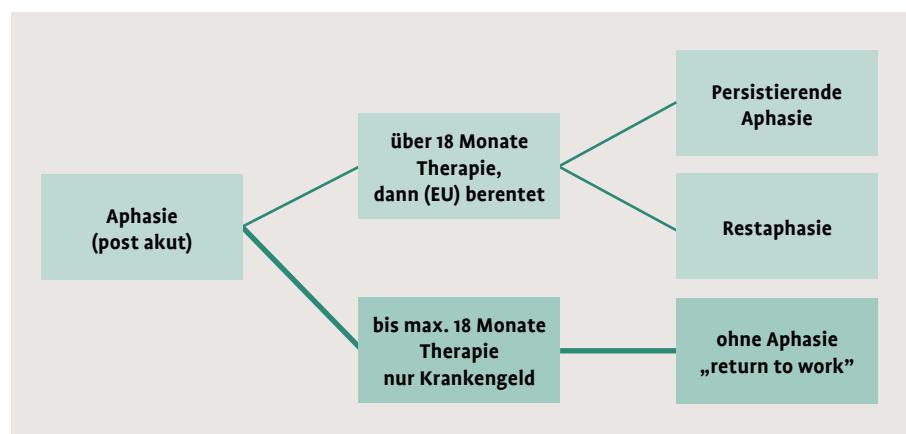
Ich bin bei meinen PatientInnen oft verwundert, wie unsicher, verängstigt und/oder uninformiert sie sich verhalten. Das ist nicht mit zusätzlich pathologischer, fehlender Einsicht

(„awareness“) zu verwechseln, wenn Erkrankungen oder Symptome nicht gesehen werden (Prigatano 2004, 208-229). Es bestehen sehr gute Gründe, die PatientInnen therapeutisch zu begleiten. Wir geben sachliche Informationen zur Aphasie, stützen Stärken und klären Schwächen, informieren über die Abläufe in der Wiedereingliederung, vermitteln Neuropsychologen bzw. ggf. Arbeitstraining und unterstützen damit insgesamt die Krankheitsverarbeitung.

### PatientInnen in der ambulanten Logopädie

Zwischen 2004 und 2021 sind sehr viele PatientInnen im erwerbsfähigen Alter mit Aphasie in die Praxis gekommen. Eine vollständige Aufstellung über die Jahre habe ich leider nicht, es zeigt sich aber seit 2015 eine deutlich steigende Zahl an PatientInnen. Ich kann zwei Selbstständige und 11 Angestellte dokumentieren, die alle eine Aphasie erlitten haben. Die beiden Selbstständigen sind über 65 Jahre, bilden eine eigene Gruppe und fallen aus der Betrachtung heraus (vgl. Teichmann 2013). Ein Patient arbeitet als Patentanwalt und der andere führt ein kleines Laboratorium. Die Tabelle 1 stellt nur die Angestellten vor.

Abb. 1: Verläufe bei Aphasie und Zeitfenster zur beruflichen Wiedereingliederung



**ZUSAMMENFASSUNG.** Wie die Zwischenzeit nach einer Rehabilitation und vor der beruflichen Wiedereingliederung nach einer Aphasie therapeutisch sinnvoll genutzt werden kann, wird aus den Erfahrungen der eigenen Praxis berichtet. Aus einem tabellarischen Überblick der Patienten werden drei Verläufe näher beschrieben sowie die Untersuchungsmöglichkeiten erläutert. Anschließend werden praktische Interventionen ausführlich vorgestellt. Chancen wie Grenzen meines Vorgehens werden thematisiert.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Aphasie – berufliche Wiedereingliederung – ambulante Praxis

**Tab. 1: Personen mit Aphasie im erwerbsfähigen Alter (Berufsstatus: Angestellte) in der Praxis Ostermann im Zeitraum 2004-2021**

Fall		Jg.	Familie	Beruf	Zurück in die Arbeit
<b>FP</b>	w	1958	gesch.	Verwaltungsangestellte	Reha & HH Modell
<b>SL</b>	w	1969	led. 1 Kind	Krankenschwester	Reha & HH Modell
<b>GH</b>	w	1950	verh.	Versicherungsangestellte	reduz. Arbeit, später Rente
<b>DS</b>	w	1978	gesch. 1 Kind	Angestellte	Reha & HH Modell
<b>IW</b>	m	1970	verh.	Steinmetz	Reha & HH Modell
<b>JM</b>	m	1975	led.	Informatiker	Reha & HH Modell
<b>JS</b>	m	1962	led.	Bühnentechniker	Reha & HH Modell
<b>PB</b>	m	1990	led. 1 Kind	Dipl.-Ingenieur	Uni Stelle
<b>JK</b>	w	1979	led.	Mechatronikerin	Reha & HH Modell
<b>FF</b>	m	1982	led.	angelernt	Reha & HH Modell
<b>MB</b>	m	1969	verh.	Lehrer	vermutl. HH Modell

**Tab. 2: Krankheitsverläufe der Personen mit Aphasie im erwerbsfähigen Alter (Berufsstatus: Angestellte) in der Praxis Ostermann im Zeitraum 2004-2021**

Fall	Ursache	Ereignis	Krankenzeit (Monate)	Anzahl logopädischer Behandlungen
<b>FP</b>	Insult	2004	ca. 10	120
<b>SL</b>	Mediatileinfarkt	Okt 2009	ca. 14	90
<b>GH</b>	Grenzoneninfarkt	Sep 2010	ca. 14	110
<b>DS</b>	Insult li.	Apr 2015	ca. 12	40
<b>IW</b>	Ischämie posterior	Juni 2015	ca. 12	30
<b>JM</b>	Leukenzophalopathie	Juli 2016	ca. 17	50
<b>JS</b>	Insult li.	Nov 2018	ca. 18	80
<b>PB</b>	Thalamusinfarkt li.	Apr 2018	ca. 6	10
<b>JK</b>	Sinusvenenthrombose	Sep 2020	ca. 8	20
<b>FF</b>	Intrazere. Blutung li. OP	Okt 2020	ca. 3	zz. 60
<b>MB</b>	Mediainfarkt li. ACI Diss.	Juni 2020	noch offen	zz. 50

In der Literatur sind wenige Zahlen vermerkt; bei *Claros-Salinas et al. (2000)* sind einige PatientInnen mit Aphasie sowie mehrheitlich SHT dabei. In anderen Quellen wird das nicht unterschieden (*Dettmers et al. 2003, Guthke et al. 2012, Kursawe et al. 2012*). Tatsächlich ist von einer steigenden Zahl von berufstätigen PatientInnen auszugehen, die nach Schlaganfall eine Aphasie erleiden: Ihr Anteil stieg von 25% aller Schlaganfälle im erwerbsfähigen Alter im Jahr 1990 auf 31% in 2010 (*BRA 2017*). Insofern ist von einer wachsenden Zahl von Betroffenen auszugehen. Ursachen und klinische Verläufe sind unterschiedlich (Tab. 2).

## Restaphasie und Beruf

Allerdings befinden wir uns therapeutisch schnell in einem Dilemma, weil wir einerseits über die enorme Bedeutung der Arbeit für unser Selbstwertgefühl wissen und anderer-

seits die Chancen auf die Rückkehr zur Arbeit nach einer Aphasie bescheiden sind. Deshalb steht ein Therapieversprechen i.S. einer vollständigen Wiederherstellung auf wackeligen Beinen. Hier ist eine besondere Sorgfalt angebracht, um falschen Erwartungen und Enttäuschungen vorzubeugen.

Die PatientInnen kommen mit sehr unterschiedlichen sprachlichen Leistungsprofilen. Es reicht von mittelschwerer Aphasie über eine Restaphasie bis zu minimalen Defiziten im Wortabruf, beim Lesen/Schreiben, im Umgang mit Texten (vgl. *Jaecks 2015*) oder im Gespräch.

Standarduntersuchungen sind selten aussagekräftig: Eine Aphasiebeurteilung ist negativ mit „TT“ und „SCHR“ (nach *AAT Huber et al. 1983*); beim Wortabruf mit „BIWOS“ (*Benassi et al. 2012*) finden sich zu wenige Abweichungen, eine Textverarbeitung mit MAKRO (*Büttner 2014*) wird korrekt abgearbei-

tet und der „MEC“ (*Scherrer et al. 2016*) zielt nicht auf Restaphasie. Am meisten orientiere ich mich am aktuellen Gesprächsverhalten (*Bauer & Auer 2009*). Dadurch ist die Situation am Arbeitsplatz aber auch nicht zu erfassen.

Mit „PAL“ („Profilvergleich Arbeitsplatzanforderungen vs. aktuelles Leistungsvermögen“ *Claros-Salinas et al. 2001, 2012*) wurde ein umfangreiches und subjektives Instrumentarium geschaffen, an dem wir uns auch im ambulanten Setting orientieren können. Es enthält körperliche, kognitive Kriterien und Fragen zum Arbeitsverhalten. Meine Auflistung gibt diese Kriterien wieder ohne die vielen detaillierten Aspekte der Beobachtung (Tab. 3).

Besonders wertvoll sind die Details zum Aspekt „Sprache“ im PAL: Es werden arbeitsplatzrelevante Anforderungen an sprachliches Handeln aufgelistet. Dabei spielt die Dialogfähigkeit eine Rolle, Wortabruf, Textsicherheit und Lesen/Schreiben (Tab. 4). Die Auflistung lenkt den Blick auf tatsächliche Arbeitsanforderungen sowie das nötige Wissen und die Kompetenzen der PatientIn.

Zu den sprachlichen Details kommen wesentliche kognitive Aspekte von Aufmerksamkeit (Arbeitstempo, Multitasking), von Gedächtnis (Behalten bzw. Lernen von neuen Informationen), von Exekutivfunktion (Prioritäten setzen, Entscheidungen treffen)

**Tab. 3: Subjektive Kriterien nach PAL (Claros-Salinas et al. 2012)**

• Aufmerksamkeit	• Funktion
• Gedächtnis	• Arme/Beine
• Sprache	• Sehen
• Zahlen	• Arbeitsverhalten
• Exekutive	

**Tab. 4: Details aus dem Kriterium „Sprache“ nach PAL (Claros-Salinas et al. 2012)**

• Verstehen von Instruktionen/Arbeitsanweisungen
• Telefonate
• Unterhaltungen im Lärm/bei Nebengeräuschen
• offizielle Einzelgespräche
• interne Einzelgespräche
• Gruppengespräche/Dienstbesprechungen
• Vermitteln von Kenntnissen
• Vorträgen
• Fremdsprachen
• Schreiben am PC
• Schreiben per Hand
• Abschreiben/Übertragen
• Notizen anfertigen
• Standardtexte schreiben/Formulare
• beliebige Texte schreiben

und Arbeitsverhalten (Frustrationstoleranz, Durchsetzungsfähigkeit).

Diese umfangreiche Liste stellt die ambulante Logopädie natürlich vor Probleme. Das Zwischenstadium zwischen Reha und Arbeitsbeginn ist viel zu begrenzt und wir haben kaum Gelegenheit, den Arbeitsplatz kennenzulernen. Meines Erachtens gibt es dafür nur eine pragmatische, sehr individuelle Lösung, in dem wir uns den arbeitstechnischen Problemen nach PAL annähern. Schließlich befragen wir die PatientIn und lassen uns über ihre Arbeit möglichst gut informieren.

## Drei Beispiele aus der Praxis: Büro, Handwerk, Informatik

Bei allen PatientInnen stehen zunächst die aphasischen Symptome im Mittelpunkt. Bei einigen rücken früher, bei anderen später, die Aspekte des Berufes in den Vordergrund. Das möchte ich an drei Beispielen illustrieren. Tabelle 5 fasst die sprachlich-kognitive Symptomatik und Informationen zum beruflichen Kontext mit spezifischen Anforderungen zusammen.

**GH: 60-jährige Versicherungskauffrau** erlitt einen Grenzzenineninfarkt li. mit Aphasie 9/2010 und kam nach der Reha in die Praxis. Sie wurde mit Unterbrechung 14 Monate betreut (110 Termine). Sie ging nach einigen Monaten wieder arbeiten und kehrte kurzfristig für einige Stunden Therapie noch mal zurück. Trotz reduzierter Arbeitszeit und guter Anerkennung im Büro ging sie mittelfristig in Rente.

Sie klagte anfänglich über Probleme im Wortabruf, im Lesen/Schreiben und bei Zahlen. Insgesamt wirkte sie verlangsamt. Es gab keine körperlichen Schwächen. Die Krankheitsverarbeitung mit einer Aphasie war ein ständiger Begleiter und die Erfahrung völlig außerhalb ihrer Lebenswelt. Zunächst stand die Behandlung der Aphasie im Vordergrund, doch bald schob sich ihr Wunsch auf die Arbeit in den Mittelpunkt.

Der Büroalltag war mit Telefongesprächen mit Kunden zu Versicherungsfragen ausgefüllt. Gegebenenfalls mussten Poliken vorbereitet oder neuen Bedingungen angepasst werden: Informationen weiterleiten, Formulare ausfüllen und Schreiben aufsetzen. Es gab immer Hintergrundlärm und man saß mit den KollegInnen oft eng zusammen. Ergänzende Schwerpunkte der Therapie waren Zahlen, schriftliche Notizen machen und Rollenspiele. Weshalb sie etwas eher in Rente ging, hat sie nicht mit mir besprochen.

**IW: 45-jähriger Steinmetz** erlitt eine posteriore Ischämie mit Aphasie 6/2015 und kam nach der Reha in die Praxis. Er wurde 12 Monate betreut (30 Termine) und ging im Hamburger Modell zurück in seinen Betrieb. Sein Verhalten wirkte etwas überschießend. Er liebäugelte mit einer beruflichen Veränderung. Er klagte über Schwächen in der Redeplanung und im Umgang mit Texten. Sein schriftferner Beruf motivierte ihn kaum zur Zeitungslektüre oder anderen Textaufgaben, sodass das Dialogische im Vordergrund stand. Er hatte nur dezente körperliche Schwächen und die vermeintlich unklare soziale Situation beschäftigte ihn mehr als die Krankheitserfahrung.

Unter beruflichen Gesichtspunkten stand eigentlich seine schwere körperliche Arbeit im Mittelpunkt. Sprachlich musste er sich auf Verkaufs- und Beratungsgespräche einlassen können. Steinwände oder Grabsteine sollten besprochen und ausgesucht werden und dazu passende Steinarten (Granit, Marmor, Sandstein u.a.m.). Die Therapie drehte sich um die Gesteinsarten, die Geologie und das Mauerwerk. Noch vor dem Arbeitsbeginn wurde unser Kontakt beendet. Deshalb kann ich weder berichten, auf welche Probleme er am Arbeitsplatz traf, noch ob seine berufliche Reintegration oder eine Umschulung gelungen ist.

**JM: 31-jähriger Informatiker** erlitt eine Leukenzephalopathie mit Aphasie 7/2016 und kam nach der Reha in die Praxis. Er wurde mit Unterbrechung 17 Monate betreut (50 Termine) und kehrte im Hamburger Modell zurück in seine Firma. Er wollte unbedingt wieder arbeiten gehen.

Er klagte über ausgeprägte sprachliche Symptome im Wortabruf wie beim Lesen/Schreiben und im Umgang mit Zahlen. An eine nahe berufliche Perspektive war m.E. kaum zu denken. Zusätzlich kämpfte er mit Schwindel und hohen Medikamentendosen. Insgesamt wirkte er verlangsamt. Die Schwerpunkte der Therapie lagen beim Schreiben und auf den Zahlen. Die Probleme im Wortabruf waren weniger ausgeprägt.

Als die Chance auf Rückkehr zur Arbeit trotz Aphasie immer wahrscheinlicher wurde, drehte sich die Therapie um gezielte Hilfen und Anpassungen an die sprachlichen Defizite. Die Arbeit bestand aus täglichen Konferenzen, Mailverkehr mit Arbeitsaufträgen und häufiger Bearbeitung von prozessualen Softwarefehlern. Man musste die Aufgaben verstehen und behalten sowie Prioritäten in der Verarbeitung setzen. Beim Mitschreiben in den Konferenzen meinte er zu versagen, ebenso im schnellen Auffassen.

Also könnte ein Diktaphon beim Behalten helfen ebenso wie für Notizen (Diktieren statt Schreiben). Weiterhin könnte man planen, welcher Kollege oder welche Kollegin bei Missverständnissen gefragt werden sollte. So gab es viele kleine Schwierigkeiten zu bedenken und über ein Coaching vorzubereiten. Für den Notfall habe ich meinen direkten Kontakt zu seiner Chefin angeboten („Plan B“).

Tab. 5: Drei Therapiebeispiele aus der Praxis

Fall	GH	IW	JM
<b>Sprachtherapie</b>	110 x	30 x	50 x
<b>defizitorientiert</b>	Wortabruf	Redeplanung	Schreiben
	Schreiben	Textarbeit	Zahlen/Uhr/Rechnen
	Lesen		Wortabruf
	Zahlen		
	verlangsamt	überschießend	verlangsamt
<b>Krankheitsverarbeitung</b>	Die Situation nach dem Schlaganfall hat alle mehr oder weniger stark beschäftigt		
<b>berufsorientiert</b>	Agentur	Handwerksbetrieb	Unternehmen
	Versicherungsbüro	Steinmetz	Informatik
	Telefonate	Beratung	Software
	Rollenspiel	Rollenspiel	Coaching
	reduz. Einstieg	stufenweise	stufenweise
	Wiedervorstellung in der Sprachtherapie	ggf. Umschulung	Plan B

## Tab. 6: Wechselnde Aufgaben

- Aufgaben im Minuten-Wechsel
- Aufgaben am Telefon
- Verkaufen / Auskunft / Beratung
- Umgang mit Zahlen
- Texte verfassen
- „plan a day“

## Tab. 7: Ein Rollenspiel

Der Patient bekommt eine typische Büroaufgabe gestellt (z.B. Lesen, Textaufgabe oder Rechnen) und sitzt am Schreibtisch. Jetzt spielt der Therapeut die Ablenkungen:

- Telefon klingelt (Kunde fragt nach)
- Kollege kommt rein (sucht Vorgang A)
- Telefon klingelt (Mutter/Freund usw. ruft an)
- Kollege kommt vorbei (zusammen Essen gehen?)
- Telefon klingelt (Chef fragt nach)
- Telefon klingelt (Kollege fragt nach Vorgang B)
- Neue Aufgabe wird abgegeben
- Chef fragt, wann fertig?

## Tab. 8: Hilfsmittel

- Schriftliche Notizen machen
- Notizen über ein Diktaphone aufnehmen
- Text-to-speech (Lesehilfe)
- Speech-to-text (Schreibhilfe)
- Translater pen (z.B. Hexaglot)
- Assistenz

## Berufsspezifische Interventionen

Die folgenden Aufgaben sind aus der praktischen Behandlung geboren und werden in den Stunden angewendet (Tab. 6).

Normalerweise vermeiden wir in der Aphasietherapie schnelle Wechsel von Aufgaben, um die PatientInnen nicht zu verunsichern. Im Berufsleben ist die Flexibilität aber ständiger Begleiter (Spitzer et al. 2017). So lassen sich Worterfall, Kopfrechnen, Diktat oder Lesen in beliebiger Abfolge kombinieren. Am Telefon lassen sich Bestellungen/Adressen notieren, Diktat üben oder Auskünfte einholen. Verkaufen oder Beraten kann man nur bei passendem Arbeitsbereich probieren.

Übungen zu Zahlen können alltagsnah ausfallen (Kalender, Uhr, Preise), Kopfrechnen oder als schulische Anleihe von rechnerischen Textaufgaben (Claros-Salinas 2003, Graf et al. 2003). Bei den Aufgaben zu Texten kann man sich ebenfalls an Claros-Salinas (1993) und Hielscher-

Fastabend et al. (2010) orientieren oder an vergleichbaren Übungen. Das freie Verfassen ist wiederum abhängig von Arbeitsfeld; Anzeigen/Annoncen formulieren, Zeugnisse abfassen, Reden schreiben, Flyer entwerfen u.a.m.

Eine Patientin aus der städtischen Verwaltung hat mit Pflanzen- und Baumschutz zu tun und muss Regularien der Behörde kennen bzw. Auflagen bei Anfragen formulieren. Aktuell wird ein Lehrer betreut, der Übungen/Lehrstunden mitbringt. Diese werden aufgenommen und auch zu Hause mit der Partnerin nachgesprochen. Bei schriftnahen Berufen fällt es leichter, passende Übungen zu finden als bei schriftfernen. Unter „plan a day“ lässt sich die berufliche Tagesorganisation verstehen, im Büro, in einem Betrieb oder einer Firma.

Eine weitere Behandlung besteht im Rollenspiel von beruflichen Alltagssituationen. Dazu gehören auch Verkaufsgespräche o.ä. Dabei muss man etwas die Fantasie spielen lassen. Ein Beispiel habe ich ausgearbeitet (Tab. 7). Bei einigen PatientInnen muss davon ausgegangen werden, dass sie ihre beruflichen Aufgaben nicht sicher ausführen können. Gründe sind mangelnde Auffassungsgabe, zu langsamem Lesen oder Unsicherheiten im Schreiben. Selbst wenn wir den Berufsalltag nicht genau kennen, haben wir u.U. Beobachtungen aus der Therapie. Möglicherweise wären dann Hilfsmittel angebracht (Tab. 8).

Mit einem Smartphone bestehen effektive Hilfen für einen Berufsalltag, ohne dass wir den praktischen Nutzen überprüfen können. Eine „Assistenz“ ist mir bei keinem Angestellten vorgekommen. Allerdings braucht der Laborant seine Ehefrau als Assistentin für Telefonate, Auslieferungen und den Schriftverkehr. Ähnliche, sehr erfolgreiche Konstruktionen haben wir bei anderen Selbstständigen gefunden (Teichmann 2013).

Schließlich kann es zu Situationen kommen, in denen die erwartete Arbeit im Einzelnen vorgeplant werden sollte. Dazu kann man ein Coaching vornehmen. Wie soll mit den Kollegen und Kolleginnen am Arbeitsplatz umgegangen werden, was möchte man über die Erkrankung preisgeben? Wie soll man mit der Flut von Aufgaben bei Problemen mit der Aufmerksamkeit umgehen, und welches Hilfsmittel passt? Was mache ich bei eigenen Fehlern? Der Informatiker wurde gecoacht.

Zunächst wird eine Themenliste angefertigt, welche Aspekte überhaupt vorzubereiten sind: Offenheit gegenüber Chef und Kollegen, notwendige Flexibilität bei täglichen Aufgaben, Herausforderungen bei neuen Aufgaben und/oder Umgang mit Schwäche beim Schreiben, Lesen und Behalten. Dabei greift auch die Suche nach Hilfsmitteln (s.o.). Bei JM gab es nur zwei Termine, sicherlich kann es auch viel mehr Zeit in Anspruch nehmen.

## Verläufe

Mit dem Arbeitsbeginn in Rahmen der Wiedereingliederung endet i.d.R. die ambulante Logopädie. Bei GH kommt es zu einer erneuten Behandlungsserie, sodass ich ihre Erfahrungen sammeln kann. Während ihr die Kundengespräche viel Spaß machen, stöhnt sie über die anstrengenden Pausengespräche. Das Durcheinandergerede, wechselnde Aufmerksamkeiten und Lärm bereiten ihr die größte Mühe.

Überhaupt berichten ehemalige PatientInnen, dass sie die anfänglichen Belastungen unterschätzt haben. Nicht immer kann der Arbeitsplatz wie zuvor ausgefüllt werden; die Krankenschwester z.B. lässt sich in der Klinik umsetzen. Der Steinmetz sieht die Chance auf berufliche Veränderungen; sein Arbeitsweg beträgt mehr als 60 Kilometer (ein Weg) und der Job besteht aus schwerer körperlicher Arbeit.

Obwohl mit dem Informatiker diverse Unwägbarkeiten vorbesprochen werden, reißt der Kontakt mit Arbeitsbeginn komplett ab. Mein Interesse an seinem Arbeitsleben bleibt mehrfach unbeantwortet. „Plan B“ (zusätzliche Unterstützung aus der Therapie) tritt nicht ein. Bei den Selbstständigen helfen eingeübte und repetitive Arbeitsschritte, das Geschäft mit einer Assistenz aufrechtzuerhalten.

## Zusammenfassung und Ausblick

Aus wenigen Andeutungen habe ich den Eindruck gewonnen, dass manche ehemalige PatientInnen aus Scham gar nicht an ihre neurologische Erkrankung erinnert werden möchten und neugierige Nachfragen vermeiden. Eine Hirnverletzung ist in der öffentlichen Wahrnehmung mit Abwehr und Unverständnis verbunden. Ein äußerlich intakter Patient wird bei einer Betriebsfeier mit den Worten begrüßt „Was machen denn die Behinderten hier?“ Nicht umsonst wird bei Arbeitsbeginn auf therapeutische Begleitung, auf Supervision und Unterrichtung von Vorgesetzten und Kollegen verwiesen (Kursawe & Pössl 2002, Kursawe et al. 2012, Vorländer et al. 2000).

Die emotionalen Begleiterscheinungen bei Aphasiel haben nichts mit pathologischen Krankheitseinsichten zu tun. Im Gegensatz zur Bedeutung von „awareness“-Defiziten von SHT-PatientInnen (Schellhorn et al. 2005), sind mir derartige Probleme bei Betroffenen mit Aphasiel nicht bekannt geworden. Auch bei den wenigen späteren Begegnungen wurden die neuen beruflichen Erfahrungen realistisch beurteilt.

Das Zwischenstadium zwischen Reha und Arbeitsbeginn kann in der ambulanten Logopädie therapeutisch sinnvoll ausgefüllt werden.

Allerdings betrifft das nur solche PatientInnen, die in ihren Chancen auf Genesung nicht länger als 18 Monate brauchen. Es ist sozialrechtlich festgelegt, dass nach 18 Monaten Krankschreibung automatisch eine Befreiung erfolgen muss. Das kann eine Erwerbsminderungsrente (EU-Rente) sein, auch in Teilberentung oder eine Vollberentung. Meine klinische Erfahrung bestätigt leider, dass dreimal mehr PatientInnen nicht wieder in ihr Erwerbsleben zurückkehren. Bei den anderen werden einige noch bestehende Defizite bearbeitet und reduziert. Emotionale Unsicherheiten können besprochen werden und insgesamt lassen sich Zukunftssorgen erfolgreich minimieren. Gerade aus meinen letzten aktuellen Fällen kann ich für alle PatientInnen nur hoffen, dass sie eine gezielte Begleitung von LogopädiInnen/SprachtherapeutInnen bekommen, vielleicht sogar bis in den Arbeitsplatz hinein, um Missverständnissen vorzubeugen.

## : LITERATUR

- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasia im Alltag*. Stuttgart: Thieme
- Benassi, A., Gödde, V. & Richter, K. (2012). *BIWOS. Bielefelder Wortfindungsscreening für leichte Aphasien*. Hofheim: NAT
- Ben-Yishay, Y., Silver, S.M., Piasetzky, E. & Rattok, J. (1987). Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2 (1), 35-48
- BRA (2017). Flyer „Junge Menschen in der Selbsthilfe“. Würzburg: BRA
- Büttner, J. (2014). *Sprache und Kognition*. Tübingen: Stauffenburg
- Claros-Salinas, D. (1993). *Texte verstehen*. Dortmund: Borgmann
- Claros-Salinas, D., Greitemann, G. & Jeske, A. (2000). Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestischer Daten. *Neurologie & Rehabilitation* 6 (2), 82-92
- Claros-Salinas, D. (2001) Therapiekonzepte zur beruflichen Wiedereingliederung aphasischer Patienten. *Forum Logopädie* 15 (1), 7-15
- Claros-Salinas, D. (2003). Therapie von Zahlenverarbeitung und Rechnen nach Hirnschädigung. *Aphasie und verwandte Gebiete* 17 (2/3), 43-60
- Claros-Salinas, D., Cunderlik, V.C. & Greitemann, G. (2012). Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 18 (5), 275-290
- Dettmers, C., Stein, H., Bock, H., Simon, U. & Slowik, M. (2003). Begleitung des Patienten während der beruflichen Wiedereingliederung komplettiert die neurologische Rehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 9 (5), 217-225
- Fries, W. & Seiler, S. (1998). Erfolg ambulanter neurologischer/neuropsychologischer Rehabilitation: Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurologie & Rehabilitation* 4 (3-4), 141-147
- Graf, M., Nuerk, H.-C. & Willmes, K. (2003). Zahlenverarbeitung und Rechenschwierigkeiten bei Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete* 17 (2-3), 7-28
- Guthke, T., Jäckle, S. & Claros-Salinas, D. (2012). Eine Pilotstudie zur Evaluation neuropsychologischer Berufstherapie. *Neurologie & Rehabilitation* 18 (5), 291-302
- Hielscher-Fastabend, M. & Jaecks, P. (2010). Textverarbeitung. In: Blanken & Ziegler (Hrsg.), *Klinische Linguistik und Phonetik* (329-352). Mannheim: Hochschulverlag
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). Der Aachener Aphasia Test. Göttingen: Hogrefe
- Jaecks, P. (2015). Restaphasie. Stuttgart: Thieme
- Kursawe, U. & Pössl, J. (2002). Stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. In: Goldenberg, G., Pössl, J. & Ziegler, W. (Hrsg.), *Neuropsychologie im Alltag* (149-164). Stuttgart: Thieme
- Kursawe, U., Schellhorn, A. & Pössl, J. (2012). Berufliche Wiedereingliederung nach Hirnschädigung – die Notwendigkeit therapeutischer Supervision. *Neurologie & Rehabilitation* 18 (5), 309-317
- Prigatano, G. (2004). *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin: Springer
- 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. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 9, 91-102
- Schellhorn, A., Pössl, J., Kursawe, U. & Goldenberg, G. (2005). Therapeutische Supervision während der beruflichen Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. *Neurologie & Rehabilitation* 11 (2), 57-64
- Scherrer, K., Schrott, K., Bertoni, B., Ska, B., Coté, H., Ferré, P. & Joannette, Y. (2016). *MEC Testverfahren. Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication*. Dtsch. Köln: Prolog
- Schupp, W. (2012). DGNR-Leitlinien-Projekt Schlaganfall: Schlaganfall und Beruf. *Neurologie & Rehabilitation* 18 (5), 342-355
- Spitzer, L., Binkofski, F., Willmes, K. & Abel, S. (2017). Exekutivfunktion bei Aphasie: Entwicklung und Evaluation eines neuen Therapiekonzeptes zur Verbesserung der Umstelltfähigkeit bei Aphasie. *Sprache – Stimme – Gehör* 41 (4), 204-212
- Teichmann, H. (2013). *Arbeit trotz Aphasie. Eine Interview- und Berichtsammlung*. Kreischa: Selbstverlag
- Vorländer, T.D. & Fischer, S. (2000). Berufliche Wiedereingliederung. In: Sturm, W., Hermann, M. & Wallesch, C.-W. (Hrsg.), *Lehrbuch der klinische Neuropsychologie* (321-342). Lisse: Swets & Zeitlinger



**Frank Ostermann** studierte Linguistik und arbeitete von 1985 bis 2003 in der neurologischen Rehabilitation. Von 2004 bis 2021 war er selbstständig mit eigener Praxis in Dresden.

### SUMMARY. Work and aphasia – A work report from outpatient speech therapy

Neurological patients with residual aphasia are at risk of not receiving adequate aphasia therapy between inpatient rehabilitation and return to work. Three case studies are presented to illustrate diagnostic procedures and therapeutic interventions focusing on return to work despite aphasic symptoms. Limitations of this approach will be discussed and specific procedures for therapeutic training will be presented.

KEY WORDS. Aphasia – professional rehabilitation – outpatient practice

**DOI** 10.2443/skv-s-2021-53020210503

### KONTAKT

**Frank Ostermann**

Klinischer Linguist und akademischer Sprachtherapeut  
frank.ostermann@bkl-ev.de