Zuyd Hogeschool
te Heerlen
opleiding Logopedie
2011 - 2012

Aphasie – was nun?

Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihr direktes Umfeld

Studenten:
Doris Esser (0845329); dorisesser89@web.de
Dana Krisch (0809721); danakrisch2001@web.de

Studienkreis:
ICF / Afasie

Dozentin:
Dr. Ruth Dalemans

Externe Begleiterin:
Anne Schumacher

Zweite Beurteilerin:
Pernelle van Loon

Abgabedatum:
05. Juni 2012

@ Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt oder gespeichert werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche Form, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der *Hogeschool Zuyd*.

@ Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van *Hogeschool Zuyd*.

Danksagung

Wir möchten uns bei allen bedanken, die zum Gelingen unserer Bachelorarbeit und der daraus resultierenden Informations-CD-ROM „Aphasie was nun? – Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihr direktes Umfeld“ beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt unserer begleitenden Dozentin Dr. Ruth Dalemans, die uns bei Fragen und Problemen stets beistand. Zudem hat sie uns durch ihre fachliche Kompetenz immer unterstützt. Ihre konstruktiven Rückmeldungen regten uns stets zum Nachdenken an, was zur erfolgreichen Erstellung dieser Bachelorarbeit beigetragen hat. Auch für die emotionale Unterstützung in schwierigen Zeiten möchten wir uns bei ihr bedanken.

Großer Dank gilt auch dem Studienkreis *ICF / Afasie* für die gute und effektive Zusammenarbeit. Allen Mitgliedern dieses Studienkreises wünschen wir viel Erfolg beim Abschließen des Studiums.

Auch möchten wir Laura Knauff ganz herzlich für ihre anfängliche Unterstützung danken und ihr für ihren weiteren Werdegang viel Erfolg wünschen.

Unserer externen inhaltlichen Begleiterin, Frau Anne Schumacher, danken wir im besonderen Maße für ihre guten Ideen und fachliche Beratung.

Ein besonderer Dank gilt auch Frau Pernelle van Loon, die unsere Bachelorarbeit als zweite Beurteilerin bewertet hat. Da sie Niederländerin ist, möchten wir ihr besonders dafür danken, dass sie trotz der sicherlich aufgetretenen Sprachbarrieren die Mühe auf sich genommen hat und bereit war, unsere Bachelorarbeit zu beurteilen.

Für das umfassende Korrekturlesen möchten wir uns bei Frau Annegret Krüppel bedanken. Ohne ihre Hilfe wären die formalen Gegebenheiten sicherlich nicht so gut gelungen.

Ein außerordentlicher Dank geht an die Firma *Vertikahl Kommunikation*. Ohne ihre technische und grafische Unterstützung wäre es uns nicht möglich gewesen, die Informations-CD-ROM auf diese Weise zu gestalten. Besonders möchten wir uns bei der Firma *Vertikahl Kommunikation* für die unentgeltliche Erstellung der Informations-CD-ROM bedanken.

Selbstverständlich möchten wir uns auch bei den folgenden Firmen und Personengruppen für ihre Unterstützung bedanken:
AOK; Barbara Brender (Reha-Beraterin HAM); Bartl GmbH; Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.; DAK; Drive Medical; Felitec; Handicap Anglerverband; Handicare; Haushall; Haushaltswaren-Shop24; Invacare; Maximex; McCall InterTrade; med.-techn. Handelsvertretung; MEDICPROOF; Midiland; Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur; Nullbarriere; Ovata; PPGolf; Rebotec; Rehavista; Russka; Sanitätshaus-Bodensee; Schlaganfall-Hilfe; Selbsthilfenetz; SiSenior; Stortz Köln GmbH; Strack AG; Thomashilfen; Topro; Versorgungsämter und *Zipperlein*.

Abschließender Dank gilt besonders unseren Familien und Freunden für ihre Geduld, ihr Einfühlungsvermögen und ihren Rat. Ohne ihre stetige Unterstützung und ihr Verständnis wäre das Erstellen der vorliegenden Bachelorarbeit und der dazugehörigen Informations-CD-ROM nicht so erfolgreich verlaufen.

Vielen Dank an alle, die uns so zahlreich unterstützt haben!

Doris Esser & Dana Krisch

Zusammenfassung: Deutsch

Jährlich erleiden deutschlandweit 150.000 bis 200.000 Menschen einen Schlaganfall. In 30% der Fälle ist Aphasie die Folge. Nicht mehr sprechen können, sich nicht mehr wie gewohnt ausdrücken können und sein direktes Umfeld nicht mehr verstehen können – alles Merkmale von Aphasie. Was vor der Aphasie möglich war, ist ohne Hilfe von Dritten nicht mehr zu bewältigen. Aphasie trifft nicht nur den Betroffenen, sondern auch das direkte Umfeld, bestehend aus Angehörigen, Freunden, Bekannten, Nachbarn und Arbeitskollegen. Durch die Unterstützung des direkten Umfeldes kann die Teilhabe von Betroffenen am alltäglichen Leben erleichtert werden. Aus den Wünschen und Bedürfnissen des direkten Umfelds von Menschen mit Aphasie und Schlaganfallpatienten geht hervor, dass der bestehende Informationsbedarf bisher nicht ausreichend gedeckt wurde. Doch wo bestehen noch Lücken in der Übermittlung der Informationen und wie können diese leser- und anwendungsfreundlich angeboten werden? Um den fehlenden Informationsbedarf der Angehörigen und der Betroffenen zu decken, wurde eine Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld entwickelt.
Die Gestaltung, Entwicklung und den Inhalt der Informations-CD-ROM stellen die Studierenden in der Bachelorpräsentation vor.

Schlüsselwörter: Aphasie – Teilhabe – Informations-CD-ROM – direktes Umfeld

Zusammenfassung: Niederländisch

In Duitsland ondergaan per jaar 150.000 à 200.000 mensen een beroerte. In 30% van de gevallen is afasie het gevolg ervan. Niet meer kunnen praten, zich niet meer als gewoon kunnen uitdrukken en de eigen omgeving niet meer kunnen begrijpen, zijn kenmerken van afasie. Door hun beperkingen hebben getroffenen hulp van derden nodig. Afasie treft niet alleen de getroffene zelf, maar ook zijn directe omgeving. De directe omgeving bestaat hierbij uit het gezin, vrienden, bekenden, buren en collega's. Met hulp van de directe omgeving is het voor de afatici weer mogelijk aan het leven deel te kunnen nemen, te participeren. Vanuit de wensen en behoeften van de directe omgeving van mensen met afasie wordt duidelijk, dat er een onvoldoende informatie beschikbaar is. Maar hoe kan men dit gebrek aan informatie opheffen en hoe moet de informatie cliëntvriendelijk aangereikt worden? Hiervoor werd een informatie-cd-rom voor mensen met afasie in de chronische fase en hun directe omgeving ontwikkeld. De vormgeving, ontwikkeling en de inhoud van deze informatie-cd-rom gaan de studenten tijdens de bachelorpresentatie presenteren.

Sleutelwoorden: afasie – participatie - informatie-cd-rom – directe omgeving

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
u.a.	unter anderem
vgl.	Vergleich
z.B.	zum Beispiel
ZNS	zentrales Nervensystem

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ätiologie von Aphasie (nach Wehmeyer et al., 2010)
Abbildung 2:	Phasen der Aphasie (nach Tesak, 2010)
Abbildung 3:	Begleiterscheinungen der Aphasie (nach Huber et al., 2006; Tesak, 2010; Van der Gaag et al., 2005; Wehmeyer et al., 2010)
Abbildung 4:	Faktoren, die die Prognose beeinflussen (nach Dalemans et al., 2010)
Abbildung 5:	ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (WHO, 2005, S.23)
Abbildung 6:	Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner
Abbildung 7:	Beschreibung der einzelnen Schritte auf dem Weg zur Informations-CD-ROM
Abbildung 8:	Übersicht der Bedürfnisse

Anmerkungen

Wenn in der vorliegenden Bachelorarbeit von der männlichen Personenform die Rede ist, werden sowohl weibliche als auch männliche Personengruppen angesprochen. Die Autoren haben die männliche Personenform zur besseren Lesbarkeit des Textes gewählt.

Des Weiteren werden einzelne Fachbegriffe unter Anlage 1 im Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung III
Zusammenfassung: Deutsch V
Zusammenfassung: Niederländisch VI
Abkürzungsverzeichnis VII
Abbildungsverzeichnis VIII
Anmerkungen IX
Inhaltsverzeichnis X

1. Einleitung 1

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Definition Aphasie 4
2.2. Inzidenz und Prävalenz der Aphasie 4
2.3. Ursachen der Aphasie 5
2.4. Klinisches Bild 6
2.5. Verlauf der Aphasie 7
2.6. Begleitstörungen der Aphasie 8
2.7. Diagnostik bei Aphasie 9
2.8. Behandlungsmöglichkeiten 10
2.9. Prognose 11
2.10. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Zusammenhang mit Partizipation 12
2.11. Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner 15
2.12. Angehörigenarbeit in der Aphasietherapie 17
2.13. Die Bedürfnisse der Angehörigen von Menschen mit Aphasie und Patienten nach einem Schlaganfall im Allgemeinen 19
2.14. Informations-CD-ROM 21
2.15. Klientenfreundliche Sprache 22

3. Methodologie

3.1. Problemstellung 23

3.2. Zielsetzung 23
3.2.1. Hauptziel 23
3.2.2. Teilziele 24
3.3. Zielgruppe 25
3.4. Literaturstudie 25
3.4.1. Litertaturstudie bezüglich der Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld 26
3.4.2. Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM 28
3.4.3. Literaturstudie zum Inhalt der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld 29
3.4.4. Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ 29
3.5. Die Informations-CD-ROM 31

4. Resultate

4.1. Resultate der Literaturstudie 34
4.1.1. Resultate der Literaturstudie bezüglich der Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld 34
4.1.2. Resultate der Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM 38
4.1.3. Resultate der Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ 39
4.2. Resultate der Informations-CD-ROM 43
4.2.1. Verantwortung des Themas „Einleitung“ 46
4.2.2. Verantwortung der Themen „Welche Versicherung leistet was?“, „Pflege-Stufen“, „Betreuungs-Recht“, „Schwer-Behinderten-Ausweis“ und „Der Aphasiker-Ausweis“ 46
4.2.3. Verantwortung des Themas „Wieder-Eingliederung in den Beruf“ 46
4.2.4. Verantwortung des Themas „Auto-Fahren nach dem Schlag-Anfall“ 47

4.2.5. Verantwortung der Themas „Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation“ und „Unterstütze Kommunikation“ 47
4.2.6. Verantwortung des Themas „Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt“ 47
4.2.7. Verantwortung des Themas „Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung“ 48
4.2.8. Verantwortung des Themas „Selbsthilfe-Gruppen“ 48
4.2.9. Verantwortung des Glossars 48

5. Diskussion

5.1. Reflektion auf die vorab aufgestellten Zielsetzungen der Bachelorarbeit und der Informations-CD-ROM 49
5.2. Kritische Betrachtung des Inhaltes der Informations-CD-ROM 52
5.3. Kritische Betrachtung der Wahl einer Informations-CD-ROM 54
5.4. Kritische Betrachtung der Gestaltung der Informations-CD-ROM 55
5.5. Unerwartete Resultate 56
5.6. Methodische Mängel 56
5.7. Mögliche Folgestudien 57
5.8. Schlussfolgerung 58

6. Literaturverzeichnis 59

7. Anlagen

Anlage 1: Glossar der vorliegenden Bachelorarbeit 1
Anlage 2: Suchstrategie und –Begriffe vom Inhalt der Informations-CD-ROM 7
Anlage 3: Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Literaturstudie zu den Bedürfnissen von Betroffenen und deren direktem Umfeld 12
Anlage 4: Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Litertaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM 16
Anlage 5: Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ 17
Anlage 6: Bildliche Auszüge der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“ 18
Anlage 7: Gesamter Inhalt der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“ 24

1. Einleitung

> *„Ich kann nicht mehr sprechen und nicht mehr schreiben, nicht lesen und kaum noch verstehen. Die Umwelt versteht auch nicht, was mit mir los ist.“*
> (Zitat eines Betroffenen, Tesak, 2010, S.8)

Dieses Zitat eines Probanden einer Studie bezüglich der Erfahrungen von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und ihren Angehörigen, macht die Schwierigkeiten im Alltag mit Aphasie deutlich (Cebulla, Koof & Thomas, 2008). Doch was ist eigentlich Aphasie und wieso wird der Alltag durch Aphasie erschwert?

Aphasie (griechisch für Sprachlosigkeit) beschreibt den Verlust der sprachlichen Fähigkeiten (Dalemans, 2010). Hierbei sind alle vier Sprachmodalitäten Lesen, Schreiben, Sprechen und Verstehen in unterschiedlichem Ausmaß betroffen (Marshall, 2002). Die häufigste Ursache für Aphasie ist der Schlaganfall (Dalemans, 2010). Etwa 30 – 40 % der von einem Schlaganfall Betroffenen hat Aphasie. Deutschlandweit gibt es konstant rund 100.000 Menschen mit Aphasie (Huber, Poek & Springer, 2006).
Bei den meisten Betroffenen geht Aphasie mit diversen Begleiterscheinungen einher. Diese Begleiterscheinungen beeinträchtigen das Funktionieren im Alltag zusätzlich (Dalemans, Overländer & Knors, 2011), wodurch Betroffene auf die Hilfe von Dritten angewiesen sind (Marshall, 2002). Die direkte Umgebung von Menschen mit Aphasie stellt somit für die Betroffenen einen wichtigen Bestandteil zur Bewältigung des Alltags dar. So bieten Angehörige und Familie dem Betroffenen sowohl emotionale Unterstützung als auch praktische Hilfestellungen (Scholte & Richter, 2008).

Aphasien werden häufig als Familienkrankheit definiert (Tesak, 2006). Aber was bedeutet Aphasie für das direkte Umfeld von Betroffenen?

> *„[…] Ich selbst befinde mich zurzeit in einer tiefen Depression. In den ersten Monaten bewältigte ich den Schock recht gut. Es war unendlich viel zu tun.“*
> (Zitat einer Angehörigen, Tesak, 2010, S.53)

Dieses Zitat zeigt, dass Aphasie nicht nur den Betroffenen beeinträchtigt, sondern auch sein direktes Umfeld (Avent et al., 2005). So erfordern Aphasien vor allem von der Familie des Betroffenen ein permanentes Einfühlungsvermögen, Verständnis und Geduld. Oft müssen bestehende Rollenverteilungen innerhalb der Familie verändert oder angepasst werden

(Scholte et al., 2008). War ein Betroffener vor der Erkrankung beispielsweise Alleinverdiener, so muss nun geschaut werden, wer diese Rolle übernehmen kann.
Doch nicht nur die bestehenden Rollen müssen innerhalb der Familie angepasst werden. Auch in der Kommunikation zwischen Gesprächspartnern muss aufgrund der Erkrankung eine Anpassung stattfinden. Hinsichtlich der beeinträchtigten sprachlichen Fähigkeiten der Betroffenen und dem damit verbundenen verminderten Verständnis des Umfeldes, kommt es in der Kommunikation häufig zu Missverständnissen (Dalemans et al., 2011; Rodgers, Bond & Curless, 2001).

Aphasie hat jedoch nicht nur Einfluss auf das Familienleben, sondern auch auf die Partizipationsfähigkeit des Betroffenen (Mariën, Janssen & Manders, 2009). Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Partizipation ist eine gelungene Interaktion zwischen Gesprächspartnern. Bei dieser Interaktion sind Kommunikation und die damit zusammenhängenden kommunikativen Fähigkeiten ein wichtiger Grundstein. Diese Fähigkeiten sind bei Menschen mit Aphasie eingeschränkt
(Dalemans, Witte, Wade & van den Heuvel, 2010).

Wie kann dem Betroffenen und seinem direkten Umfeld Unterstützung beim Umgang mit Aphasie geboten werden?
Eine Möglichkeit bringt das Anbieten von Informationen, wodurch die Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern effektiver gestaltet werden kann (Schütz, 2009). Darüber hinaus hat das Bereitstellen von Informationen einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit der Betroffenen (Eeames, Hoffman, McKenna & Worrall, 2008).
Im Verlauf der Rehabilitation ändert sich der Bedarf an Informationen. Zu Beginn der Aphasie liegt der Schwerpunkt der erwünschten Informationen vor allem auf medizinischer und therapeutischer Ebene. Mit voranschreitendem Rehabilitationsprozess wird das Bedürfnis an Informationen hinsichtlich gesellschaftlicher Aspekte größer (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008).
Betroffene in der chronischen Phase und ihr direktes Umfeld wünschen sich unter anderem mehr Informationen zu administrativen Angelegenheiten, beruflicher Rehabilitation, Freizeitgestaltungen und zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis (Durzak, Kleinings & Thiemann, 2008; Worrall et al., 2011).
Rezente Literatur beschreibt, dass viele Informationen die dem Betroffenen und seinem direktem Umfeld gegeben werden, unmittelbar nach der Übermittlung vergessen werden

(Jaken & Neven, 2006). Um dem Verlust der dargebotenen Informationen entgegenzuwirken, sollten diese daher möglichst alle Sinne ansprechen (Jaken et al., 2006). Hierfür eignet sich eine multimediale Darstellung in Form einer CD-ROM (Pompea & Morrrow, 2000), welche sich durch die Kombination von Text, Ton und/ oder Bewegtbild auszeichnet (Jarzina, 2005). Die zu übertragenen Informationen sollten sowohl aus Schrift als auch aus visuellem, computerbasiertem Material bestehen (Eames et al., 2008; Kerr, Hilari & Litosseliti, 2010).

Um dem Betroffenen und seinem direktem Umfeld Hilfe bei der Partizipation zu bieten und den bestehenden Bedürfnissen an Informationen gerecht zu werden, wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit eine Informations-CD-ROM mit folgendem Namen erstellt:

Aphasie – was nun?
Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihr direktes Umfeld

Zur leser- und anwendungsfreundlichen Gestaltung der Informations-CD-ROM, ist die Verwendung von klientenfreundlicher Sprache von großer Bedeutung (Weiss, 2007). Hierbei wird auf einen einfachen und verständlichen Sprachgebrauch geachtet (Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008). Folgendes Zitat verdeutlicht die Notwendigkeit von klientenfreundlicher Sprache:

> *„The provision of accessible health information is an essential component of successful health care.“*
> (Rose, Worrall & McKenna, 2003, S.948)

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund beschrieben. Hierbei wird sowohl auf die Sprachstörung „Aphasie“ eingegangen, als auch auf die Bedürfnisse von Angehörigen, sowie auf die Relevanz einer Informations-CD-ROM. Daraufhin wird in der Methodologie die Problemstellung, sowie die Zielsetzung und –Gruppe beschrieben. In dem Kapitel „Resultate“ wird auf die Literaturstudie und die Resultate der Informations-CD-ROM eingegangen. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund dient der Beschreibung und der Untermauerung der Bachelorarbeit.
Zu Beginn wird die Sprachstörung „Aphasie“ definiert, sowie die Inzidenz und Prävalenz erläutert. Daraufhin folgen die Ursachen, das klinische Bild, der Verlauf, die Begleitstörungen, die Diagnostik, die Behandlungsmöglichkeiten, sowie die Prognose der Aphasie. Außerdem wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Zusammenhang mit Partizipation dargestellt. Zudem werden der ökosystemische Ansatz nach Bronfenbrenner, die Angehörigenarbeit in der Aphasietherapie, sowie die Bedürfnisse der Angehörigen von Betroffenen erläutert. Abschließend wird auf die Informations-CD-ROM und die damit verbundene klientenfreundliche Sprache eingegangen.

2.1. Definition Aphasie

> *„Aphasia is a neurological disorder caused by damage to the portions of the brain that are responsible for language. Primary signs of the disorder include difficulty in expressing oneself when speaking, trouble understanding speech, and difficulty with reading and writing.”*
> (Dalemans, 2010, S.8)

Aphasien (griechisch für *aphasia* = Sprachlosigkeit) sind erworbene Sprachstörungen, die durch eine plötzlich auftretende Erkrankung des zentralen Nervensystems entstehen (Bastiaanse, 2010). Aphasien betreffen in unterschiedlichem Ausmaße sowohl die expressiven, als auch die rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten des Betroffenen (Diener & Putzki, 2008). Alle vier Sprachmodalitäten (Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben) sind bei Aphasie in mehr oder weniger geringem Ausmaße betroffen (Marshall, 2002).

2.2. Inzidenz und Prävalenz der Aphasie

Zu jedem gegebenen Zeitpunkt gibt es in Deutschland rund 100.000 Menschen mit Aphasie (Huber et al., 2006). Pro Jahr überleben etwa 150.000 Einwohner Deutschlands einen

Schlaganfall, wobei etwa 30 - 40% der Betroffenen in den ersten Tagen nach dem Schlaganfall aphasische Symptome aufweisen (Huber et al., 2006). Jährlich kommen rund 50.000 behandlungsbedürftige Aphasien infolge eines Schlaganfalls hinzu. Nimmt man neben der Hauptursache von Aphasien, dem Schlaganfall, auch andere Ursachen (Hirntumore, Schädel–Hirn–Traumata, entzündliche Erkrankungen des Gehirns, hypoxische Schädigungen oder Hirnabbauprozesse) hinzu, so ergeben sich folgende Inzidenzen und Prävalenzen (Diener et al., 2001; Huber et al., 2006):

- Inzidenz:
    - Akut erkranken in Deutschland jährlich 80 Menschen pro 100.000 Einwohner an Aphasie.
    - 40 von 100.000 Einwohner leiden jährlich an chronischer Aphasie.

- Prävalenz
    - 120 – 160 pro 100.000 Einwohner
    - Mindestens 1.200 pro 1.000.000 Einwohner
    - Mindestens 100.000 bei 82,5 Mill. Einwohner (Deutschland)
    - Mindestens 580.000 bei 483,3 Mill. Einwohner (Europäische Union)

2.3. Ursachen der Aphasie

In den meisten Fällen wird Aphasie durch eine Schädigung des Sprachzentrums verursacht. Das Sprachzentrum liegt bei rund 90% der Bevölkerung in der linken Großhirnhemisphäre (Diener et al., 2008).

Der zerebrovaskuläre Infarkt, auch Schlaganfall genannt, ist die häufigste Ursache für Aphasie (Dalemans, 2010). Etwa 80% der Aphasien werden durch einen Schlaganfall versursacht (Bastiaanse, 2010). In Deutschland erleiden jährlich etwa 150.000 bis 200.000 Menschen einen Schlaganfall (Marler, 2007; Wehmeyer et al., 2010).

Weitere Ursachen von Aphasie sind Abbildung 1 zu entnehmen:

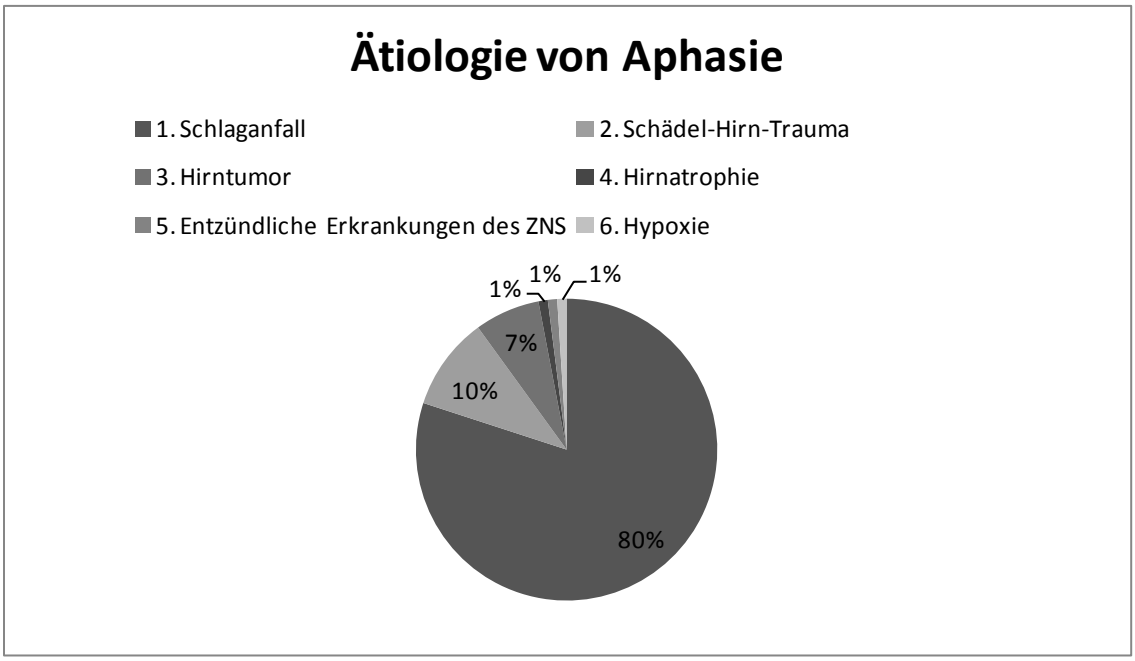


Abb.1: Ätiologie von Aphasie (nach Wehmeyer et al. 2010)

2.4. Klinisches Bild

Die Einteilung von Aphasien in die vier Standardsyndrome *Broca-Aphasie*, *Wernicke-Aphasie*, *Globale Aphasie* und *Amnestische Aphasie* ist in der Praxis und in vielen Publikationen üblich. Diese Einteilung gibt lediglich einen Hinweis auf die funktionelle Anatomie des Gehirns. Die Bedeutung dieser Einteilung für die logopädische Therapie ist fragwürdig, da immer die aphasischen Symptome und ihre Auswirkungen auf die Partizipation des Betroffenen im Mittelpunkt der Therapie stehen sollten (Wehmeyer & Grötzbach, 2010).

Günther, Hofman & Promes (2009) stellten zudem fest, dass die Einteilung in die vier Standartsyndrome zu vielen Missverständnissen führen kann, da zu große Unterschiede zwischen den einzelnen Syndromen bestehen. So ist eine deutliche Abgrenzung der Symptome anhand der vier Standardsyndrome nicht möglich, wodurch eine reine Klassifizierung der Aphasie nicht gewährleistet werden kann (Günther et al., 2009). Faßmann (2008) kritisiert, dass etwa 30 – 40% der Aphasien nicht den vier Standardsyndromen zugeordnet werden können.

Eine Aufstellung von Therapiezielen ist für die logopädische Therapie von großer Bedeutung. Die Einteilung in die vier Standardsyndrome erschwert diese Zielsetzung, da die Symptome der Aphasie hierbei nicht berücksichtigt werden (Günther et al., 2009). Um jedoch bestmöglich auf die Bedürfnisse des Betroffenen eingehen zu können, ist eine umfassende und somit auch symptomorientierte Diagnostik der Aphasie nötig (Faßmann, 2008).

2.5. Verlauf der Aphasie

Wie bereits unter Punkt 2.2. erwähnt, sind etwa 30% der Betroffenen nach einem Schlaganfall aphasisch. Etwa 44% dieser Betroffenen weisen nach sechs Monaten keinerlei aphasische Symptome mehr auf (Faßmann, 2008). Teilt man Aphasien nach ihrer Dauer und damit nach ihrem Verlauf ein, so können folgende drei Formen unterschieden werden (Tesak, 2006):

- **Akute Aphasie**

  Mit dem Begriff *akute Aphasie* werden Aphasien innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen post-onset verstanden. Während der Akutphase ist es dem Großteil der Betroffenen nicht möglich, Sprache korrekt zu produzieren und/ oder diese zu verstehen. Jede dritte bis vierte Aphasie bildet sich während der Akutphase zurück, was auch als Spontanremission bezeichnet wird (Durzak et al., 2008; Grohnfeldt, 2007). Oftmals gehen akute Aphasien mit einer verminderten Aufmerksamkeit, einer geringeren Belastbarkeit und/ oder einem reduzierten Bewusstsein einher (Tesak, 2006).

- **Postakute Aphasie**

  Betroffene mit postakuten Aphasien weisen auch noch während der Rehabilitationsphase aphasische Symptome auf (Cebulla et al., 2008). Grohnfeldt (2007) unterscheidet zwischen einer frühen (ab ca. ein bis drei Monate post-onset) und einer späten (ca. fünf bis zwölf Monate post-onset) postakuten Phase. Die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission ist innerhalb der postakuten Phase geringer, als noch während der akuten Phase (Cebulla et al., 2008).

- **Chronische Aphasie**

  Ab dem zwölften Monat post-onset wird von *chronischen Aphasien* gesprochen. Bei chronischen Aphasien haben sich stabile Symptommuster gebildet, die sich ohne therapeutische Hilfe kaum noch verbessern (Schlenck & Perleth, 2004). Während dieser Phase tritt keine Spontanremission mehr auf. Der Betroffene erfährt innerhalb der chronischen Phase, mit welchen Einschränkungen er im Hinblick auf die Komponenten *Aktivität* und *Partizipation* (vgl. 2.10.) umgehen muss. Das Verarbeiten und Akzeptieren, sowie das Lernen mit den eigenen Einschränkungen umzugehen, ist ein zentraler Bestandteil dieser Phase (Durzak et al., 2008).

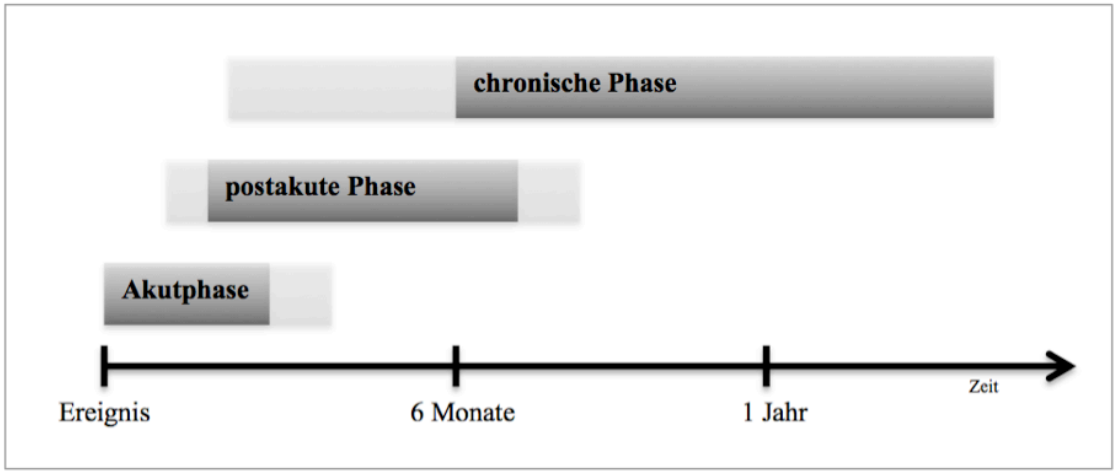


Abb. 2: Phasen der Aphasie (nach Tesak, 2010)

2.6. Begleitstörungen der Aphasie

Bei den meisten Betroffenen geht die Aphasie mit diversen Begleiterscheinungen einher, wodurch das alltägliche Leben zusätzlich erschwert werden kann (Tesak, 2010).

Die auftretenden Begleiterscheinungen können in vier Gruppen gegliedert werden. Eine Einteilung der Gruppen mit jeweiligen Beispielen sind Abbildung 3 zu entnehmen. Die Erläuterung der einzelnen Fachbegriffe ist im Glossar vorzufinden.

Gruppe der Begleiterscheinung	Begleiterscheinung
medizinisch-pflegerische Probleme	Epilepsie; (zentrale) Schmerzen; veränderte Temperatur- und Tastempfindungen; Dekubitus; Inkontinenz
sensomotorische Probleme	Hemiplegie; Hemiparese; Fazialisparese; Dysphagie; Sprechapraxie
neuropsychologische Probleme	Hemianopsie; Neglect; Anosognosie; Apraxie; Agnosie; Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit; Einschränkungen der auditiven Merkspanne
psychopathologische Probleme	Depression; Angststörungen; Schlafstörungen

Abb. 3: Begleiterscheinungen der Aphasie (nach Huber et al., 2006; Tesak, 2010; Van der Gaag et al., 2005; Wehmeyer et al., 2010)

2.7. Diagnostik bei Aphasie

Mit Hilfe einer neurolinguistischen Diagnostik sollen aphasische Störungen von nicht-aphasischen Störungen differenziert werden. Darüber hinaus soll die Diagnostik den Störungsschwerpunkt, sowie den Störungsgrad der Aphasie bestimmen (Wehmeyer et al., 2010).

Bis zur frühen postakuten Phase (vgl. 2.5.) ist eine zuverlässige Diagnose von Art und Ausmaß der Aphasie noch nicht möglich (Bauer et al., 2001). In dieser Phase sollte jedoch die sprachliche Stimulierbarkeit des Patienten untersucht werden (Ziegler, 2008). Erst gegen Ende der akuten Phase stabilisieren sich die aphasischen Symptome soweit, dass eine ausführliche neurolinguistische Diagnostik möglich ist (Wehmeyer et al., 2010).

Die Aphasiediagnostik sollte zunächst die bestehende Aphasie von anderen sprachlichen Störungen abgrenzen (Diener et al., 2008). Darüber hinaus ist es für eine ausführliche Aphasiediagnostik notwendig, dass der Schweregrad der Störung der einzelnen Sprachmodalitäten (Sprechen, Lesen, Schreiben, Verstehen) im Hinblick auf die verschiedenen sprachlichen Ebenen (Laute, Wörter, Sätze) gemessen wird (Bauer et al., 2001). In einem weiteren Schritt sollten die der Aphasie zugrunde liegenden Beeinträchtigungen diagnostiziert werden (Bastiaanse, 2010). Ebenso wichtig, wie die

Diagnostik der sprachlichen Symptome der Aphasie, ist die Diagnostik der psychosozialen Folgen von Aphasie. Diese werden mit Hilfe der kommunikativen Fähigkeiten und Alltagsstrategien des Betroffenen, sowie den daraus resultierenden Konsequenzen für die beruflichen bzw. schulischen Leistungsfähigkeiten erfasst (Ziegler, 2008).

2.8. Behandlungsmöglichkeiten

In der Aphasietherapie werden häufig drei Phasen unterschieden (Tesak, 2006; Wehmeyer et al., 2010):

- **Aktivierungsphase**
  In der Aktivierungsphase, die zeitlich in die akute Phase (vgl. 2.5.) fällt, ist die Unterstützung der Spontanremission durch generelle sprachliche Stimulierung das primäre Ziel (Tesak, 2006).

- **störungsspezifische Übungsphase**
  Die störungsspezifische Übungsphase umfasst den Zeitraum der ersten zwei Jahre post-onset. In dieser Phase zeigen sich bereits stabile Störungsprofile. In der Therapie werden sprachliche Beeinträchtigungen so lange gezielt behandelt, wie sich Lernfortschritte zeigen (Wehmeyer et al., 2010).

- **Konsolidierungsphase**
  In der Konsolidierungsphase (ab zwei Jahre post-onset) wird versucht, die Ergebnisse der störungsspezifischen Phase in den Alltag des Betroffenen einzubeziehen. Für einen bestmöglichen Transfer ins alltägliche Leben werden innerhalb dieser Phase meist auch Gruppentherapien durchgeführt (Tesak, 2006; Wehmeyer et al., 2010).

Da Menschen mit Aphasie oftmals soziale Rückzüge erleiden (Dalemans, 2010), geht es in der Therapie vor allem darum, sie vor dieser Isolation zu bewahren. Für den Betroffenen und sein direktes Umfeld sind daher in allen zu durchlaufenden Rehabilitationsphasen Informationen bezüglich des aktuellen Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Versorgung von großer Bedeutung. Auch Informationen hinsichtlich der resultierenden

Folgen der Erkrankung, sowie die Aufklärung über mögliche Behandlungsstrategien sollten hierbei berücksichtigt werden (Eames et al., 2008).

2.9. Prognose

Die Chance auf eine vollständige, spontane Rückbildung der Aphasie ist im ersten Monat post-onset am größten (Ziegler, 2008). Ab dem vierten bis zum siebten Monat post-onset verringert sich die Wahrscheinlichkeit auf eine spontane Rückbildung der Symptome stetig, sodass ab dem zwölften Monat keine Spontanremission mehr auftritt (Wehmeyer et al., 2010). Die wichtigsten Prädiktoren für eine Besserung der aphasischen Symptome sind der anfängliche Schweregrad der Aphasie, sowie die Größe und Lokalisation der Hirnläsion (Ziegler, 2008). Neben diesen Prädiktoren hängt die Remission der Aphasie von der Ursache der Erkrankung und dem Zeitraum seit Krankheitsbeginn ab (Tesak, 2006).
Darüber hinaus beschreiben Dalemans et al. (2010) weitere Faktoren, die die Prognose beeinflussen können.

Gliederung der beeinflussenden Faktoren	**Beeinflussende Faktoren**
persönliche Faktoren	Motivation physische und psychologische Kondition kommunikative Fähigkeiten
soziale Faktoren	Rolle des Betreuers Charaktereigenschaften des Kommunikationspartners
Umgebungsfaktoren	Geduld familiäres und freundschaftliches Umfeld der Betroffenen

Abb. 4: Faktoren, die die Prognose beeinflussen (nach Dalemans et al., 2010)

2.10. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Zusammenhang mit Partizipation

Die Weltgesundheitsorganisation WHO veröffentlichte 1980 die *ICIDH* („*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps"*). Die Aufgabe dieses Modells bestand darin, die Folgen unterschiedlicher Erkrankungen auf übersichtliche Art und Weise zu klassifizieren (Manders, Dammekens, Leemans & Michiels, 2008). Im Jahr 2000 wurde die ICIDH überarbeitet und unter dem Begriff ICIDH-2 publiziert (Wehmeyer et al., 2010).

Ein Jahr später (2001) trat die „*International Classification of Functioning, Disability and Health"* (ICF) in Kraft. Die ICF wurde 2004 ins Deutsche übersetzt („*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit"*) und daraufhin 2005 durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information bekannt gegeben (Grötzbach & Iven, 2009). Im Gegensatz zur ICIDH orientiert sich die ICF an der funktionellen Gesundheit und an der Partizipation der Betroffenen (Dalemans, 2010). Zudem werden in der ICF Erkrankungen als ein Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Faktoren gesehen (Wehmeyer et al., 2010).

Das Hauptziel der ICF-Klassifikation besteht darin, die Gesundheit und die mit ihr verbundenen Zustände zu beschreiben. Dies soll in einer einheitlichen, standardisierten und somit für jede Disziplin verständlichen Form der Sprache (Codierung) ermöglicht werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005).

Da es sich bei der ICF um ein bio-psycho-soziales Modell handelt, werden sowohl personbezogene, soziale, materielle, als auch strukturelle Kontextfaktoren berücksichtigt. Diese Faktoren können sich entweder positiv, als *Förderfaktor*, oder negativ, als *Barriere*, auf die Partizipation der Betroffenen auswirken. Eine unterstützende direkte Umgebung stellt beispielsweise eine fördernde Umweltbedingung dar, wohingegen intolerante Arbeitskollegen als eine hemmende Umweltbedingung angesehen werden (Wehmeyer et al., 2010).

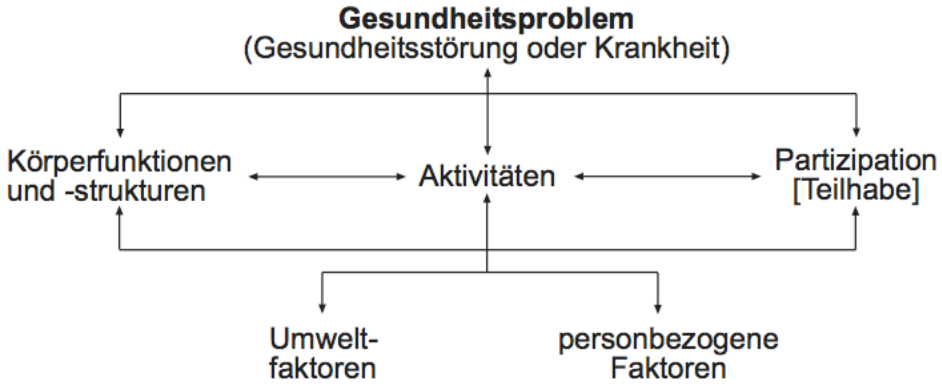


Abb. 5: ICF Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (WHO, 2005, S.23)

Das ICF-Klassifikationsmodell besteht aus folgenden Komponenten:

- **Körperfunktionen**

  Unter dem Begriff *Körperfunktion* werden kognitive, sensorische, motorische oder physiologische Funktionen vereint. Die Aphasietherapie beschäftigt sich mit der Restitution und der Aufrechterhaltung kommunikativer Fähigkeiten, sowie mit der Kompensation von gestörten kommunikativen Leistungen. Zudem sollte die direkte Umgebung von Betroffenen an die Sprachstörung angepasst werden (Wehmeyer et al., 2010).

- **Körperstruktur**

  Diese Komponente beinhaltet die anatomischen Teile des Körpers, wie zum Beispiel Organe oder Gliedmaßen (WHO, 2005).

- **Aktivität**

  Unter *Aktivität* werden die ausgeführten Aufgaben und Handlungen des Betroffenen beschrieben. Während der Aphasietherapie wird unter anderem daran gearbeitet, die vom Patienten als besonders wichtig empfundenen kommunikativen Gebiete mit einer größtmöglichen Selbstständigkeit auszuführen (Wehmeyer et al., 2010).

- **Partizipation**

  Dalemans et al. (2010) definieren den Begriff Partizipation als *„the performance of people in social life domains through interaction with others in the context in which they live"* (S.537). Ziel der Aphasietherapie ist es daher, den Rückzug der Betroffenen aus dem gesellschaftlichen Leben zu verhindern (Wehmeyer et al., 2010).

- **Umweltfaktoren**

  Die *Umweltfaktoren* gehören zu den externen Kontextfaktoren und beeinflussen die Komponente der Funktionsfähigkeit. Die Umweltfaktoren stellen die soziale und materielle Umwelt der Betroffenen dar. Zudem reproduzieren sie die Einstellung der Umwelt der Betroffenen, wie zum Beispiel die bereits genannten intoleranten Arbeitskollegen (WHO, 2005). Die Aphasietherapie beschäftigt sich hinsichtlich der Umweltfaktoren vor allem mit der Hilfsmittelversorgung, der Anpassung der häuslichen Umgebung, sowie der Angehörigenarbeit (Neurologische Therapie RheinAhr, 2008).

- **Personbezogene Faktoren**

  Unter diesem Punkt werden die internen Kontextfaktoren beschrieben. Die *personbezogenen Faktoren* stellen die inneren Einflüsse der Betroffenen im Hinblick auf ihre Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung dar. Zu den personbezogenen Faktoren zählen beispielsweise das Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit, das Alter, der Lebensstil oder eventuelle Gewohnheiten der Betroffenen. Die personbezogenen Faktoren werden im ICF-Modell zwar aufgeführt (vgl. Abb. 5), jedoch nicht klassifiziert (WHO, 2005).

Die Partizipation von Betroffenen wird im ICF-Modell besonders hervorgehoben. Der Ausdruck *Partizipation* stammt aus dem Lateinischen und heißt übersetzt „*Teilhabe*". Unter Partizipation wird also die aktive Teilnahme am sozialen Leben, in Interaktion mit der Umgebung, bezüglich der individuellen Lebensumstände verstanden (Dalemans, 2009). Zudem stellt sie den Menschen als Subjekt in der Gesellschaft und der Umwelt dar (Grötzbach et al., 2009). Die Voraussetzung für eine gelungene Partizipation ist das Interagieren mit anderen Menschen. Aufgrund der beeinträchtigten kommunikativen

Fähigkeiten von Menschen mit Aphasie erweist sich die Partizipation als schwierig (Dalemans, 2010).

Menschen mit Aphasie fühlen sich oftmals aus der Gesellschaft ausgeschlossen, haben jedoch das Bedürfnis als gleichwertig angesehen zu werden (Dalemans et al., 2010). Dies spiegelt sich auch in den Therapiezielen der Betroffenen im Hinblick auf die ICF-Komponenten wieder. Dabei liegt der Hauptfokus auf den alltäglichen Aktivitäten, der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Umgebungsfaktoren sowie der Körperfunktionen und -Strukturen (Worrall et al., 2011).

Um die Betroffenen und ihr direktes Umfeld wieder in die Gesellschaft zu integrieren, ist es wichtig, während der gesamten Rehabilitation aktuelle Informationen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung weiterzugeben. Hierbei stehen vor allem Informationen bezüglich der aus dem Schlaganfall resultierenden Konsequenzen und der praktischen Behandlungsstrategien im Mittelpunkt (Eames et al., 2008). Damit der Betroffene und sein direktes Umfeld die erhaltenen Informationen bestmöglich aufnehmen und verarbeiten kann, sollten diese sowohl mündlich als auch schriftlich mit visueller Unterstützung und computerbasiertem Material ausgehändigt werden (Eames et al., 2008).

Je informierter die Betroffenen und deren direktes Umfeld sind, desto besser können sie an pflegerischen Entscheidungen teilhaben (Eames, McKenna, Worrall & Read, 2003). Dies ist von großer Bedeutung, da das direkte Umfeld eine soziale Unterstützung für die Betroffenen gewährleistet und somit die stabilsten Prädiktoren für eine funktionelle Verbesserung darstellt. Jedoch zeigen sich viele Angehörige unzufrieden bezüglich der Informationen, die ihnen von professioneller Seite überreicht werden (Rodgers et al., 2001). So wünschen sie sich beispielsweise mehr Informationen über die Pflege und finanzielle Beiträge (Scholte et al., 2008). Auch ist es wichtig, dass die angebotenen Informationen leserfreundlich dargestellt werden (Weiss, 2007).

2.11. Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner

In dem ökosystemischen Ansatz nach Bronfenbrenner wird davon ausgegangen, dass die Lebensbedingungen eines Menschen von seinem direkten Umfeld geprägt werden (Dorrance, 2010). Mit dem Begriff *Ökologie* meint Bronfenbrenner eine selbstgestaltete und gestaltbare

Umwelt des Menschen. Unter *Umwelt* wird der unmittelbare Lebensbereich einer Person verstanden, z.B. die Familie und der Arbeitsplatz (Haslberger, 2010).

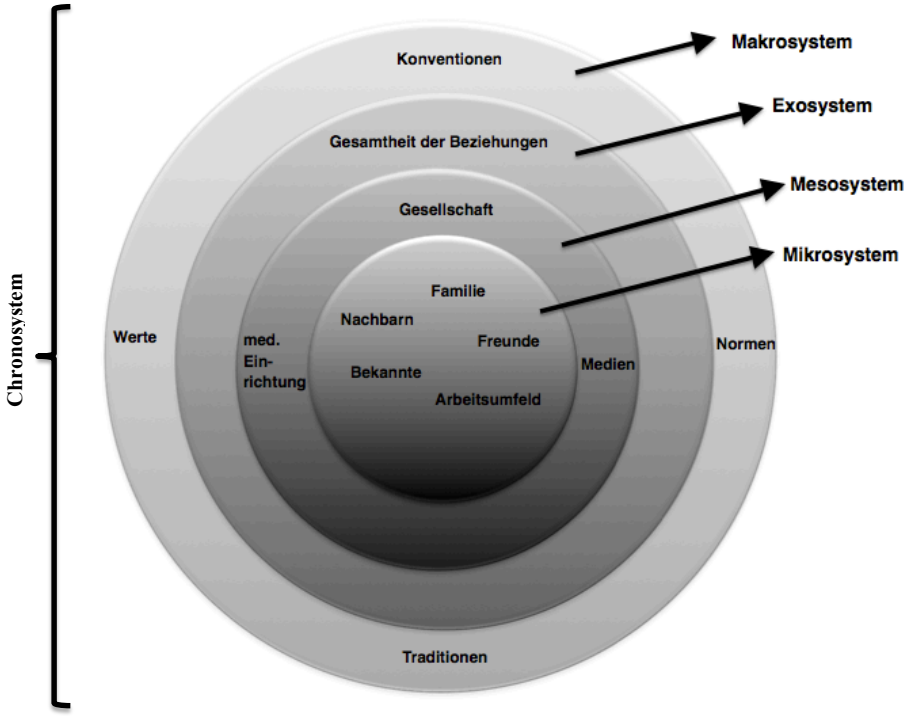


Abb. 6: Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner

Das Modell nach Bronfenbrenner besteht aus folgenden Systemen (Strigl, 2003):

- **Mikrosystem**

  Das Mikrosystem umfasst die Beziehung zu anderen Menschen und Gruppen. Es wird hierbei individuell gestaltet. Dieses System kann beispielsweise aus Familie, Freunden, Nachbarn und dem Arbeitsumfeld bestehen. Bei Erwachsenen verändert sich das Mikrosystem häufiger, da sie in unterschiedlichen Gruppen agieren (Haslberger, 2010; Strigl, 2003).

- **Mesosystem**

  Das Mesosystem beschreibt die Gesamtheit der Beziehungen einer Person (Strigl, 2003).

- **Exosystem**

  Das Exosystem umfasst verschiedene Umwelteinflüsse, die auf eine Person einwirken (Haslberger, 2010).

- **Chronosystem**

  Das Chronosystem umfasst das zeitliche Ausmaß der Entwicklung (Strigl, 2003).

- **Makrosystem**

  Im Makrosystem sind alle Beziehungen der Gesellschaft aufgenommen. Hierzu gehören u.a. Normen, Werte und Traditionen einer Kultur (Dorrance, 2010).

Der ökosystemische Ansatz dient der Definierung des direkten Umfeldes als Teil der Zielgruppe der Informations-CD-ROM.

2.12. Angehörigenarbeit in der Aphasietherapie

> *„Vor 6 Jahren hatte meine Frau eine Hirnblutung. […] Sie hat seitdem eine Halbseitenlähmung, eine Aphasie […]. Unser Leben hat sich dadurch sehr verändert.“*
> (Huber et al., 2006, S.4)

Auch die Angehörigen von Menschen mit Aphasie sind von den Auswirkungen der Erkrankung mitbetroffen und daher auf Unterstützung angewiesen (Wehmeyer et al., 2010). Viele der Angehörigen berichten, dass Aphasien für gewöhnlich das normal funktionierende Familienleben zerstören (Mariën et al., 2009). Dies hat unter anderem damit zu tun, dass sie permanent Geduld und Einfühlungsvermögen aufbringen müssen (Huber et al., 2006).

> *„Mit Aphasie leben heißt für die Partnerin/ den Partner sich dauerhaft zu überfordern, seine Bedürfnisse zurückzunehmen, sich nicht richtig wiederfinden zu können und damit allein zu sein.“*
> (Steiner, 2002, S.10)

Dieses Zitat zeigt, warum Buck (1968) und Davis (1983) Aphasie auch als „*Familienkrankheit*“ charakterisieren.

Familien stellen ein System mit exakt verteilten Rollen dar. Kommt es dazu, dass ein Familienmitglied aufgrund einer Erkrankung seine Rolle nicht mehr hundertprozentig ausführen kann, verändern sich zwangsläufig die Rollen anderer Familienmitglieder (Tesak, 2006). Die Erkrankung setzt voraus, dass die Rollen neu verteilt und neue Beziehungsmuster ausgebildet werden müssen (Scholte et al., 2008). Etwa 40% der Lebenspartner von Betroffenen berichten von depressiven Symptomen, wie Angst, Schuldgefühlen, Reizbarkeit und Schlafproblemen. Darüberhinaus erwähnen 25% des direkten Umfeldes eine psychische Belastung (Scholte et al., 2008). Auch kann es zu Veränderungen der Vorgehensweise und Qualität der Interaktion zwischen dem Betroffenen und seinen Angehörigen kommen (Tesak, 2006), die der neuen Situation angepasst werden müssen (Scholte et al., 2008). Das Unwissen der Angehörigen in Bezug auf das Störungsbild „Aphasie“ und deren Folgen äußert sich oftmals in Missverständnissen mit den Betroffenen oder den behandelnden Disziplinen (Tesak, 2006). Diese Missverständnisse sind häufig auf die wechselnden sprachlichen Leistungen der Betroffenen zurückzuführen (Huber et al., 2006). Daher sollten die Angehörigen der Betroffenen nach Möglichkeit in die Rehabilitation mit einbezogen werden (Wehmeyer et al., 2010).

> „*Einem guten familiären und sozialen Rückhalt wird ein positiver Einfluss auf die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten zugeschrieben“*
> (Diener et al., 2008, S.926)

Dieses Zitat zeigt, warum die Angehörigenarbeit in Form von Einzelgesprächen, Gruppenberatungen und Kommunikationstrainings eine wichtige Rolle in der Rehabilitation von Personen mit Aphasie einnehmen sollte (Diener et al., 2008).

Die Einzelberatung der Angehörigen von Menschen mit Aphasie stellt die Basis des Rehabilitationsprozesses dar (Bauer et al., 2001). Bauer et al. 2001 empfiehlt *„mindestens je eine Beratungsstunde nach Beginn und bei Abschluss der Therapiephase“* (S.9) einzuplanen.

Hierbei hat es sich als effektiv erwiesen, wenn der Betroffene bei diesem Gespräch nicht anwesend ist. Zu Beginn der Therapiephase sollte innerhalb eines Einzelgesprächs eine Fremdanamnese durchgeführt werden. Während des weiteren Verlaufs der Therapiephase sollten zudem Erklärungen bezüglich der sprachsystematischen Störung, der Prognose, der Behandlungsschwerpunkte und bezüglich des Umgangs mit den sprachsystematischen Symptomen folgen. Zum Abschluss der Therapiephase sollten die Angehörigen der Betroffenen noch einmal über die Behandlungserfolge, sowie über weitere Therapieempfehlungen beraten werden (Bauer et al., 2001).

Im Rahmen von stationären oder teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen können die oben beschriebenen Einzelberatungen durch Gruppenseminare ergänzt werden. Laut Bauer et al. (2001) tragen Gruppenseminare zur verbesserten Verarbeitung der Krankheit und der daraus entstandenen Veränderung des Lebens bei. Der Schwerpunkt dieser Gruppenseminare sollte daher auf dem Austausch der Angehörigen liegen und durch allgemeinere Vorträge zum Thema *Aphasie* ergänzt werden (Bauer et al., 2001). Zudem verringert die Teilnahme an Selbsthilfegruppen auch die psychische Belastung der Angehörigen (Scholte et al., 2008).

2.13. Die Bedürfnisse der Angehörigen von Menschen mit Aphasie und Patienten nach einem Schlaganfall im Allgemeinen

Das direkte Umfeld der Betroffenen gilt als wesentlicher Faktor in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall (Scholte et al., 2008). Die Unterstützung des direkten Umfeldes gibt den Betroffenen ein Gefühl von Nähe und Geborgenheit. Hierbei kann es sich beispielsweise um die Übernahme von administrativen Angelegenheiten oder die Reintegration in die Familie/ den Freundeskreis handeln. Das durch die Unterstützung der Angehörigen ausgelöste positive Gefühl, hat einen positiven Einfluss auf den Rehabilitationsprozess der Betroffenen (Durzak et al., 2008). Doch auch das direkte Umfeld benötigt emotional-soziale Unterstützung. Rund 62% der Familienmitglieder von Menschen mit Aphasie berichten, dass sie zu wenige Informationen erhalten haben, wie sie mit anderen Familien/ Gleichgesinnten in Kontakt treten können. Meist findet nur die medizinische Begleitung der Betroffenen statt, wobei die soziale und emotionale Unterstützung der direkten Umgebung oftmals vernachlässigt wird (Mariën et al., 2009).

Viele Angehörige schildern, dass die beiden Rollen „Partner“ und „Pfleger“ schwer zu vereinen sind:

> „(...) *Because if I should be his caregiver, then it means that I can’t be his wife.// I get so unbelievably frustrated and irritated... one day I’m a wife, and the other day I’m a caregiver“* (Bäckström & Sundin, 2009, S.1481)

Angehörige fühlen sich in Bezug auf das Gesundheitssystem oftmals hilflos und verletzlich. Sie vermissen die Anwesenheit einer Fachkraft, die ihnen hilfreiche Informationen und Unterstützung bietet (Bäckström et al., 2009). Das direkte Umfeld der Betroffenen zeigt ein großes Bedürfnis an Informationen, bezüglich administrativer Angelegenheiten. Hierzu zählen die Beantragung von Rentengeldern und/ oder einem Schwerbehindertenausweis, sowie Sachverhalte, die mit der Krankenkasse oder dem Arbeitsamt geklärt werden müssen. Diese administrativen Angelegenheiten stellen oft eine Überforderung für das direkte Umfeld dar (Durzak et al., 2008).

Darüber hinaus besteht häufig eine finanzielle Einschränkung, welche mit den häuslichen Umbauten für den Betroffenen zusammenhängen. Auch kommen höhere medizinische Kosten und Reisekosten hinzu (Bäckström et al., 2009). Aus diesem Grund wünscht sich das direkte Umfeld mehr Informationen bezüglich der Finanzierungsmöglichkeiten von häuslichen Anpassungen und der Hilfsmittelversorgung (Durzak et al., 2008).

Während der chronischen Phase von Aphasie besteht vor allem das Bedürfnis nach mehr Informationen zur Organisation des Alltags (Mariën et al., 2009). Die Betroffenen und ihr direktes Umfeld wünschen sich mehr Aufklärung hinsichtlich des weiteren Verlaufs nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik und welche Freizeitaktivitäten vorhanden sind (Durzak et al., 2008).

Aus den Wünschen und Bedürfnissen der direkten Umgebung von Menschen mit Aphasie und Schlaganfallpatienten im Allgemeinen geht hervor, dass wesentlich mehr Informationsbedarf besteht, als bisher gedeckt wurde. Eine Informations-CD-ROM für das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie würde für eine ideale Aufklärung von Angehörigen, Freunden und/ oder Arbeitskollegen der Betroffenen sorgen. Durch die Aufklärung und die damit verbundene Zufriedenstellung der Bedürfnisse des direkten Umfeldes soll auch die Partizipation der Betroffenen erleichtert werden. Dies wird von mehr als 90% der Familienmitglieder als wichtig bis sehr wichtig empfunden (Mariën et al., 2009).

2.14. Informations-CD-ROM

In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass Menschen mit Aphasie und deren direktes Umfeld etwa 50% der erhaltenen Informationen nach der Übertragung vergessen (Jaken et al., 2006). Der Einsatz von verschiedenen „Hilfsmitteln“ hat jedoch einen positiven Effekt auf die Merkfähigkeit der erhaltenen Informationen. Je mehr Sinne gleichzeitig stimuliert werden, desto effektiver ist die Informationsübertragung (Jaken et al., 2006). Die Kombination aus visuellen und auditiv dargestellten Informationen trägt zu einer optimalen Aufklärung des direkten Umfelds der von Aphasie Betroffenen bei (Eames et al., 2008).

Visuelle Informationen können mit Hilfe von Texten, Bildern und Videos dargestellt werden (Jarzina, 2005). Bilder und Grafiken helfen dabei, die Informationsaufnahme zu unterstützen, da diese vom Gehirn mit weniger Anstrengung und einer verminderten Verarbeitungsleistung aufgenommen werden können (Jarzina, 2005). Eines der Ziele der visuell dargestellten Informationen ist die Strukturierung von Zusammenhängen, Illustrationen und Erklärung von Inhalten. Bilder, die im Zusammenhang mit Texten verwendet werden, sollen zudem die Aussage des Textes verdeutlichen, illustrieren und konkretisieren, sodass die Aussagekraft und das Einprägen der Informationen erhöht werden kann (Jarzina, 2005).

Die auditiv wiedergegebenen Informationen zeichnen sich vor allem durch Sprache aus (Jarzina, 2005). Um eine selektive Nutzung der auditiven und visuellen Informationen gewährleisten zu können und damit das Einprägen der erhaltenen Informationen zu unterstützen, sollten diese am besten mit Hilfe einer CD–ROM dargestellt werden (Pompea et al., 2000).

Die Erstellung einer Informations-CD-ROM für das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie trägt zur Profilierung des Berufsfeldes der Logopädie bei (Jaken et al., 2006). Auch wird mit dieser Informations-CD-ROM auf die unter Punkt 2.13. beschriebenen Bedürfnisse und Wünsche der direkten Umgebung von Menschen mit Aphasie und Schlaganfallpatienten im Allgemeinen eingegangen. Auf diese Weise wird das direkte Umfeld unterstützt, bedürfnisgerecht informiert und aufgeklärt, was wiederum zu einer Erleichterung der Partizipation der Betroffenen führen soll.

2.15. Klientenfreundliche Sprache

> *„Die Fähigkeit zu Lesen gibt Menschen ein enormes Selbstbewusstsein, da sie in der Lage sind, ihre Sichtweise der Welt zu erweitern und Einfluss über ihr eigenes Leben zu gewinnen. Durch das Lesen sind die Menschen in der Lage, Ideen, Gedanken und Erfahrungen zu teilen und sich als Person weiter zu entwickeln“*
> (Freyhoff et al., 1998, S.7)

Aus verschiedenen Studien wird deutlich, dass Informationen für Patienten oft unverständlich formuliert und gestaltet sind (Eames et al., 2003). Dem kann mit klientenfreundlicher Sprache entgegengewirkt werden. Klientenfreundliche Sprache gilt als barrierefrei. Sie zeichnet sich durch eine klare und deutliche Satzstruktur, sowie einem übersichtlichen Layout aus (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008).
Das Ziel der klientenfreundlichen Sprache besteht in der Förderung des Leseverständnisses, sowie einer anwendungsfreundlichen Gestaltung (Weiss, 2007). Die Verwendung von klientenfreundlicher Sprache trägt dazu bei, soziale Isolation von Betroffenen zu vermeiden (Rose et al., 2003). So können Informationen auch von Betroffenen gelesen und verstanden werden, wodurch das Selbstbewusstsein, sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützt werden (Worrall et al., 2011).

3. Methodologie

Im Folgenden wird die Methodologie der vorliegenden Bachelorarbeit und der dazugehörigen Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld beschrieben.
Um einen deutlichen Überblick über die verwendete Methode zu erhalten, wird in diesem Kapitel zunächst auf die Problemstellung eingegangen. Anschließend werden die aus der Problemstellung resultierenden Fragestellungen, sowie die Zielsetzung und die -Gruppe beschrieben. Abschließend werden die jeweiligen Literaturstudien und das Erstellen der Informations-CD-ROM näher erläutert.

3.1. Problemstellung

Wie im theoretischen Hintergrund ersichtlich, besteht ein Ungleichgewicht zwischen angebotener Information und den eigentlichen Wünschen und Bedürfnissen von Betroffenen und deren direktem Umfeld (vgl. 2.13.). Sowohl Menschen mit Aphasie als auch ihre Angehörigen wünschen sich mehr Informationen über administrative Angelegenheiten, berufliche Wiedereingliederung, zuständige Dienste und Freizeitgestaltungen (Cebulla et al., 2008; Durzak et al., 2008.; Worrall et al., 2011). Rund 50% der angebotenen Informationen werden von Menschen mit Aphasie und ihrem direkten Umfeld nach der Übertragung wieder vergessen. Durch eine gleichzeitige Stimulierung mehrerer Sinne in Form von visuell und auditiv dargebotenen Informationen, kann die Merkfähigkeit verbessert werden (Eames et al., 2008; Jaken et al., 2006). Eine solche multimediale Darstellung kann am besten durch eine CD-ROM erlangt werden (Pompea et al., 2000).

3.2. Zielsetzung

3.2.1. Hauptziel

Das Ziel der Bachelorarbeit besteht darin, eine leser- und anwendungsfreundliche Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld zu erstellen.

3.2.2. Teilziele

Folgende Teilziele mit möglichen Unterzielen sollen mit Hilfe der Informations-CD-ROM erreicht werden:

1. Mit Hilfe der Informations-CD-ROM soll die Partizipation von Betroffenen und deren direktem Umfeld erleichtert werden.

2. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, durch die Anreicherung von Informationen die Kommunikation zwischen dem Betroffenen und seinem direkten Umfeld zu erleichtern.

3. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, die durch bereits bestehende Studien herausgefundenen Bedürfnisse des direkten Umfeldes mit Hilfe der angebotenen Informationen zufrieden zu stellen.

4. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht in der Erleichterung des Alltags und der Alltagsgestaltung von Betroffenen und deren direktem Umfeld, die durch die Anreicherung von Informationen erreicht werden soll.

5. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, durch die Anreicherung von Informationen die Selbstbestimmung im Hinblick auf die Freizeit- und Lebensgestaltung von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase zu fördern.

6. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, mit Hilfe der Anreicherung der Informationen dem direkten Umfeld des Betroffenen mit Hilfe einer persönlichen Ansprache das Gefühl zu vermitteln, am Partizipationsprozess beteiligt zu sein.

7. Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, die Informationen multimedial darzustellen.
    - Das Ziel der multimedialen Darstellung ist die Gewährleistung eines strukturierten Aufbaus der Informations-CD-ROM.

3.3. Zielgruppe

Die Zielgruppe der Informations-CD-ROM besteht sowohl aus Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase als auch aus deren direktem Umfeld. Die chronische Phase beschreibt den Zeitraum ab dem zwölften Monaten post-onset (Schlenck et al., 2004). Das direkte Umfeld der Betroffenen setzt sich nach dem ökosystemischen Ansatz von Bronfenbrenner (vgl. 2.11.) aus Familie, Freunden, Bekannten, Nachbarn und dem Arbeitsumfeld zusammen (Haslberger, 2010).

Sowohl bei dem Betroffenen als auch bei dem direkten Umfeld spielen weder Alter, Geschlecht noch sozialer Status eine Rolle.

3.4. Literaturstudie

Eine Literaturstudie kann anhand der folgenden sieben Stufen durchgeführt werden (Zielhuis, Heydendael, Maltha & van Riel, 2010):

Stufe 1:	Formulieren einer präzisen Fragestellung
Stufe 2:	Erstellen eines Suchplans
Stufe 3:	Selektieren und Studieren der Literatur
Stufe 4:	kritische Beurteilung der Literatur
Stufe 5:	Zusammenstellen der relevanten Informationen
Stufe 6:	Zusammenfassen und Analysieren der relevanten Informationen
Stufe 7:	Schreiben des Berichts oder der Publikation

In der ersten Stufe „Formulierung einer präzisen Fragestellung“ wurden PICO-Fragstellungen verwendet. PICO-Fragen sind ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems und bilden den ersten Schritt der Evidenzbasierten Medizin (Zielhuis et al., 2010).

Im folgenden Abschnitt werden die jeweiligen Literaturstudien chronisch und hinsichtlich ihrer Durchführung zu den Themen „Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld“, „Verwendung einer CD-ROM“, „Inhalt der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld“ und „klientenfreundliche Sprache“ wiedergegeben.

Bei den Suchtermen orientierte man sich an der jeweiligen Rechtschreibung des Landes, wodurch einige Suchbegriffe groß- und andere kleingeschrieben wurden.

3.4.1. Literaturstudie bezüglich der Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld

Das Ziel dieser Literaturstudie bestand darin, eine Übersicht der Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld zu erhalten. Die für diese Literaturstudie relevante PICO-Frage setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen:

P Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld
I Informationen
C /
O Zufriedenstellung der Bedürfnisse

➔ *Welche Informationen (I) benötigen Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld (P), um ihre Bedürfnisse zufrieden zu stellen (O)?*

Um die Bedürfnisse der Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld zufrieden stellen zu können, wurden verschiedene wissenschaftliche Artikel, Bachelorarbeiten und die Dissertation *„Stroke survivors with aphasia and their social participation“* von Dr. Ruth Dalemans (2010) verwendet.
Zur Recherche wurden folgende Datenbanken und Online-Suchmaschinen eingesetzt:

- www.google.de
- www.google.nl
- www.medpilot.de
- www.scholar.google.de
- www.scholar.google.nl
- www.pubmed.com
- www.science-direct.com

Des Weiteren wurden die Bibliothek der *Hogeschool Zuyd Heerlen* sowie die *Universitäts- und Stadtbibliothek Köln* aufgesucht.

Folgende Begriffe wurden zur Litertatursuche verwendet:

- Aphasie AND Partizipation
- Aphasie AND Bedürfnisse
- Aphasie AND Informationen
- Aphasie AND direktes Umfeld
- aphasiefreundlich AND Umgebung
- aphasia friendly environment
- aphasia AND needs
- aphasia AND direct environment
- aphasia AND psychosocial problems
- aphasia AND need for information
- aphasia AND information access
- aphasia AND relatives
- aphasia AND rehabilitation
- participation AND aphasia
- participation AND neurological rehabilitation
- participation AND stroke
- afasievriendelijk AND omgeving
- afasie AND partners
- afasie AND behoeften
- afasie AND levenskwaliteit
- afasie AND participatie

Durch das Lesen und Beurteilen von Zusammenfassungen wurde die recherchierte Literatur auf ihre Relevanz für die vorliegende Bachelorarbeit überprüft. Hierbei haben die Autoren die gewählte Literatur individuell gelesen und beurteilt. Bei der Beurteilung der Literatur wurde besonders darauf geachtet, dass diese nicht wesentlich älter als zehn bis fünfzehn Jahre ist. Ein weiteres Kriterium für das Verwenden der Literatur war, dass eine Studie zu den Bedürfnissen von sowohl Menschen mit Aphasie als auch von Schlaganfallpatienten durchgeführt wurde. Auch Studien, in denen die Bedürfnisse der Angehörigen untersucht und erläutert werden, wurden studiert. Alle relevanten Artikel wurden durch die Autoren

schriftlich zusammengefasst, um den oben beschriebenen sieben Schritten zu folgen. So konnte ein schneller und ausführlicher Überblick über die jeweilige Literatur erreicht werden. Auf den Resultaten der Literaturstudie basiert der Inhalt der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“.

3.4.2. Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM

Um die Verwendung einer Informations-CD-ROM begründen zu können, wurden wissenschaftliche Artikel zum technischen Aufbau und der Gestaltung einer CD-ROM verwendet. Die folgende PICO-Fragstellung wurde zur Suche der Artikel verwendet:

P /
I Verwenden einer CD-ROM zur Übertragung von Informationen
C /
O Effektivität

➔ *Wie effektiv (O) ist das Verwenden einer CD-ROM zur Übertragung von Informationen (I)?*

Um geeignete Literatur zu finden, wurde die Suchmaschine www.google.de genutzt. Folgende Begriffe wurden hierzu verwendet:

- Gestaltung AND CD-ROM
- technischer Aufbau AND CD-ROM
- Nutzung AND CD-ROM
- Entwicklung AND CD-ROM
- Informations-CD-ROM
- how to make a CD-ROM

Auch bei dieser Litertaturstudie haben die Autoren die jeweilige Literatur individuell studiert und beurteilt. Bei der Beurteilung der Literatur wurde darauf geachtet, dass die verwendete Literatur aktuell ist. Zudem wurde darauf geachtet, dass sich die studierte Literatur mit der multimedialen Darstellung einer CD-ROM befasst. Artikel, in denen ausschließlich technische Daten einer CD-ROM beschrieben wurden, wurden daher nicht verwendet. Um

einen schnellen Zugang zu den erhaltenen Informationen zu ermöglichen, wurde auch diese Literatur vor der Verwendung zusammengefasst.
Die Resultate dieser Literaturstudie dienten der Begründung der Wahl einer Informations-CD-ROM (vgl. 4.1.2.).

3.4.3. Literaturstudie zum Inhalt der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld

Für die Ausarbeitung des Inhalts der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld wurden Bücher, Broschüren, Artikel und Internetseiten verwendet. Hierbei wurde darauf geachtet, dass vor allem Angaben von Zahlen (z.B. bei Rentengeld, Gebühren bei der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis) nicht älter als zwei Jahre sind. Da die einzelnen Kapitel des Inhalts der Informations-CD-ROM von den Autoren individuell bearbeitet wurden, wurde auch die entsprechende Literatur einzeln studiert. Durch einen mündlichen Austausch über die verwendete Literatur wurde festgelegt, welche Literatur verwendet werden kann. Mit Hilfe dieser Literatur konnte dem bereits festgelegten Inhalt der Informations-CD-ROM Form gegeben werden.
Aufgrund der umfassenden Themen der Informations-CD-ROM ist eine genaue Beschreibung der jeweiligen Suchstrategie und -Begriffe in Anlage 2 zu finden.

3.4.4. Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“

Um eine leser- und anwendungsfreundliche Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld zu erstellen, wurde eine Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ durchgeführt.
Die für diese Literaturstudie relevante PICO-Frage beinhaltet folgende Aspekte:

P Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld
I geschriebene und aufgebaute Informations-CD-ROM
C /
O Erleichterung des Lesens

➔ *Wie muss eine Informations-CD-ROM (I) für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld (P) geschrieben und aufgebaut sein, um das Lesen von Informationen zu erleichtern (O)?*

Für eine klientenfreundliche Gestaltung der Informations-CD-ROM wurden verschiedene wissenschaftliche Artikel und Publikationen verwendet. Diese Literatur wurde mit Hilfe der Suchmachine www.google.de recherchiert. Des Weiteren wurden die Literaturangaben der bereits gelesenen Artikel auf mögliche relevante Literatur durchsucht. Folgende Begriffe wurden zur Recherche verwendet:

- leichtes Lesen
- leichte Sprache
- leichtes Schreiben
- patientenfreundliche Sprache
- leicht lesbare Informationen
- Kriterien leichte Sprache
- aphasia-friendly information
- aphasia-friendly written information
- readability of written information
- toegankelijk schrijven
- patiëntenvriendelijke informatie
- patiëntenvriendelijk schrijven

Die vorgeschlagene Literatur wurde durch das Lesen von Zusammenfassungen selektiert. Bei der Auswahl der Literatur wurde darauf geachtet, dass möglichst umfassende Informationen bereitgestellt werden. Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der verwendeten Literatur bestand darin, dass sowohl die Form, als auch eine Begründung der klientenfreundlichen Sprache beschrieben wurde. Durch diese Kriterien hat sich die Anzahl der gefundenen Literatur reduziert.
Die Resultate dieser Literaturstudie wurden beim Erstellen der Informations-CD-ROM verwendet, sodass eine leser- und anwendungsfreundliche Gestaltung erzielt wurde.

3.5. Die Informations-CD–ROM

In Abbildung 7 werden die einzelnen Schritte zum Erstellen der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“ wiedergegeben. Diese werden anschließend ausführlich beschrieben.

Abb. 7: Beschreibung der einzelnen Schritte auf dem Weg zur Informations-CD-ROM

Schritt 1: Literaturstudien (Bedürfnisse der Betroffenen und deren direktem Umfeld; CD-ROM)

Wie bereits unter Punkt 3.4.1. und 3.4.2. ausführlich beschrieben, wurden zu Beginn zwei Literaturstudien durchgeführt. Diese Literaturstudien befassten sich mit den Bedürfnissen von Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld, sowie mit der Gestaltung einer CD-ROM. Die jeweiligen Ergebnisse der Literaturstudien wurden sowohl auf der Informations-CD-ROM, als auch in der vorliegenden Bachelorarbeit verwendet. Eine ausführliche Beschreibung der Resultate ist Punkt 4.1.1. und 4.1.2. zu entnehmen.

Schritt 2: Festlegung des Inhalts der Informations-CD-ROM

Der Inhalt der Informations-CD-ROM wurde aufgrund der zuvor zusammengetragenen Bedürfnisse festgelegt. Eine genaue Übersicht der einzelnen Themen ist unter Punkt 4.2. zu finden.

Schritt 3: Literaturstudie bezüglich des Inhalts der Informations-CD-ROM

Um der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld Form zu geben, wurde eine Literaturstudie basierend auf den zuvor zusammengetragenen Bedürfnissen durchgeführt. Eine Beschreibung der Suchstrategie und –Begriffe ist unter Punkt 3.4.3. zu finden. Die Resultate der Literaturstudie sind auf der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“ vorzufinden. Der ausführliche Inhalt der Informations-CD-ROM ist darüber hinaus in Anlage 7 zu finden.

Schritt 4: Verfassen des Inhalts der Informations-CD-ROM

Basierend auf den vorherigen Schritten wurde im vierten Schritt der Inhalt der Informations-CD-ROM verfasst.

Schritt 5: Literaturstudie bezüglich „klientenfreundliche Sprache“

Nachdem der Inhalt der Informations-CD-ROM verfasst wurde, haben die Autoren auf Anraten ihrer begleitenden Dozentin, Dr. Ruth Dalemans, eine Literaturstudie bezüglich des Themas „klientenfreundliche Sprache“ durchgeführt. Diese Literaturstudie befasste sich mit Aspekten, die den bereits verfassten Inhalt der Informations-CD-ROM leser- und anwendungsfreundlich darstellen sollen. Eine Übersicht der Resultate der Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ ist unter Punkt 4.1.3. zu finden.

Schritt 6: Umformulieren des Inhalts der Informations-CD-ROM in klientenfreundliche Sprache

Der in Schritt vier verfasste Inhalt der Informations-CD-ROM wurde in diesem Schritt auf die Aspekte der klientenfreundlichen Sprache angepasst. Hierfür wurden die Ergebnisse der zuvor durchgeführten Literaturstudie verwendet. Eine genaue Übersicht dieser Ergebnisse ist unter Punkt 4.2. ersichtlich.

Schritt 7: Entwickeln der Informations-CD-ROM mit Hilfe der Firma *Vertikal Kommunikation*

Für die technische Gestaltung und Entwicklung der Informations-CD-ROM haben die Autoren die Kommunikationsfirma *Vertikahl Kommunikation* beauftragt. Die Firma *Vertikahl Kommunikation* ist eine Full-Service-Agentur in Köln. Sie ist für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Kommunikationskonzepten und – Designs zuständig.

Ihre Aufgabengebiete sind: Kommunikationsdesign, Marketing, Public Relations und Social Media. Da sich die Firma *Vertikal Kommunikation* in direkter Nachbarschaft der Autoren befindet, wurde Kontakt mit der Firma aufgenommen. Aufgrund des ansprechenden, jungen Designs und der Kompetenz der Firma entschieden sich die Autoren, die Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld dort entwickeln zu lassen.

4. Resultate

In diesem Kapitel werden die Resultate der vorliegenden Bachelorarbeit und der dazugehörigen Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld beschrieben. Zu Beginn sind die Resultate der verschiedenen Literaturstudien detailliert beschrieben. Abschließend werden die Resultate der Informations-CD-ROM dargestellt.

4.1. Resultate der Literaturstudie

Im folgenden Teil der Bachelorarbeit werden die Resultate der Literaturstudien beschrieben. Da die Resultate zum Inhalt der Informations-CD-ROM auf der CD-ROM ersichtlich sind, werden diese nicht zusätzlich erläutert.

4.1.1. Resultate der Literaturstudie bezüglich der Bedürfnisse von Betroffenen und deren direktem Umfeld

Wie bereits unter Punkt 3.4.1. beschrieben, wurden unterschiedliche Begriffskombinationen zur Literatursuche verwendet. Eine Übersicht über die jeweiligen Begriffskombinationen mit dazugehörigen Treffern ist in Anlage 3 zu finden. Aufgrund der ausgewählten Treffer wurde folgende Literatur verwendet:

- Bäckström, B., Sundin, K. (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person hoe has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 64*, 1475-1484.
- Cebulla, K., Koof, E., Thomas, J. (2008). *Partizipieren in der Gesellschaft – Die Erfahrungen von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und die ihrer Bezugspersonen.* Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Durzak, L., Kleinings, M., Thiemann, T. (2008). *Die Bedürfnisse an Informationen von Menschen mit Aphasie und ihrem direkten Umfeld in der Rehabilitationsphase*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology, 21(1),* 89-123.
- Scholte, A., Richter, M. (2008). Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Stimme Sprache Gehör, 32,* 147-156.
- Schütz, S. (2009). Möglichkeiten der Angehörigenarbeit bei Aphasie – Ein Überblick. *Forum Logopädie, 3(23),* 10-15.
- Steiner, J. (Hrsg.). (2001). Von Aphasie mitbetroffen: zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener Menschen. *Erforschen und Behandeln der Sprache als Teilhabe an der Person*. (S.9-12). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Tesak, J. (2010). *Aphasie: Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel – Hirn – Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige und medizinische Fachberufe.* (S.42–44; 46–51; 57). Idstein: Schulz – Kirchner Verlag.
- Mariën, A., Janssen, V., Manders, E. (2009). De begeleiding van partners and kinderen van personen met afasie: Een vergelijking van behoeften en aanbod. *Logopedie, 22(2),* 14-24.
- Worrall, L., Sherratt, S., Rodgers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: There goals according to the ICF. *Aphasiology, 25(3),* 309-322.

Der Begriff Bedürfnis wird laut Durzak et al. (2008) wie folgt definiert:

> *„Bedürfnis ist ein Sammelbegriff für materielle und nicht-materielle Dinge und Zustände.“*
> (Durzak et al., 2008, S.10)

Die folgende Abbildung gibt die unterschiedlichen Bedürfnisse an Informationen von Betroffenen und ihrem direkten Umfeld wieder.

Übersicht der Bedürfnisse

- mehr soziale und emotionale Unterstützung der direkten Umgebung
- mehr seelische Unterstützung
- mehr Unterstützung bei psychosozialen Problemen
- mehr Unterstützung im Austausch mit anderen Betroffenen
- mehr Informationen bezüglich des Umgangs mit dem Betroffenen
    - besonders Informationen über Kommunikationsmöglichkeiten und –Strategien
- mehr Informationen in Bezug auf administrative Angelegenheiten
- mehr Informationen zur beruflichen Rehabilitation
- mehr Informationen zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis
- mehr Informationen zur Freizeitgestaltung
- mehr Informationen hinsichtlich der Hilfsmittelbeschaffung
- mehr Informationen im Hinblick auf die Pflege und deren Finanzierung

Abb. 8: Übersicht der Bedürfnisse

Aus Studien wird deutlich, dass ein großes Bedürfnis an mehr Wissen und Verständnis für die Angehörigen von Betroffenen besteht (Bäckström et al., 2009). Die soziale und emotionale Unterstützung des direkten Umfeldes wird meist aufgrund der medizinischen Begleitung der Betroffenen nicht berücksichtigt (Mariën et al., 2009). Wie Studien herausfanden, besteht sowohl beim Betroffenen, als auch bei seinem direktem Umfeld ein großes Bedürfnis nach seelischer Unterstützung und dem Austausch mit anderen (Avent et al., 2005; Durzak et al., 2008). Rund 62% des direkten Umfeldes von Menschen mit Aphasie gaben zu verstehen, dass sie zu wenig Informationen erhalten haben, auf welche Weise sie mit Gleichgesinnten Kontakt aufnehmen können (Mariën et al., 2009). Zudem wird die Umgebung von Betroffenen oft mit psychosozialen Problemen, die mit der Erkrankung der Betroffenen einhergehen, alleine gelassen (Schütz, 2009). Um sich mit Anderen über bestehende Schwierigkeiten austauschen zu können, wünschen sich Menschen mit Aphasie und ihr direktes Umfeld einen Zugang zu Aphasieselbsthilfegruppen (Steiner, 2001).

> *„Ich habe ihnen damals erklärt, sie sollen langsam sprechen, aber nicht mit mir reden wie mit einem Doofen.“*
> (Zitat eines Betroffenen, Tesak, 2010, S.27)

Nur 49% des direkten Umfeldes der von Aphasie Betroffenen fühlt sich ausreichend über den korrekten Umgang mit Betroffenen informiert (Steiner, 2001). Besonders groß ist hierbei das

Bedürfnis an Informationen über Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Betroffenen und deren direktem Umfeld (Durzak et al., 2008). Zusätzlich werden Tipps für effektive Kommunikationsstrategien im Umgang mit Menschen mit Aphasie gewünscht (Schütz, 2009; Steiner, 2001).

Gerade Antragsstellungen und formelle Anforderungen gelten als große Herausforderungen und überfordern oft das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie (Scholte et al., 2008). Dadurch besteht ein großes Bedürfnis an Informationen über administrative Angelegenheiten, wie zum Beispiel der Beantragung von Rentengeldern, des Schwerbehindertenausweises oder der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse und/ oder der Rentenkasse (Durzak et al., 2008).

Vor allem jüngere Betroffene zeigen den Wunsch, wieder in ihren Beruf zurückzukehren (Durzak et al., 2008; Hilari & Byng, 2009; Worrall et al., 2011). So kann die Eigenständigkeit wiedererlangt und bewahrt werden (Cebulla et al., 2008). Darüber hinaus beugt dieser Schritt der sozialen Isolation vor (Parr, 2007).

Ein Großteil der Betroffenen wünscht sich mehr Informationen zum Wiedererlangen der Fahrtüchtigkeit (Durzak et al., 2008).

Viele aphasische Menschen fühlen sich bei öffentlichen Veranstaltungen unwohl (Cebulla et al., 2008), was auch das folgende Zitat deutlich hervorhebt:

> *„Am schlimmsten sind unsere Hemmungen im Alltag."*
> (Zitat von zwei Betroffenen, Tesak, 2010, S.22)

Dennoch erhoffen sie sich mehr Informationen über die Freizeitgestaltung (Cebulla et al., 2008; Durzak et al., 2008). Sport als Freizeitgestaltung dient beispielsweise der körperlichen Erholung (Worrall et al., 2011).

Sowohl bei Betroffenen als auch bei ihrem direkten Umfeld besteht ein großer Informationsbedarf hinsichtlich der Hilfsmittelbeschaffung. Diese sollen ein relativ normales Leben ermöglichen (Durzak et al., 2008). Darüber hinaus vermissen Angehörige hilfreiche Informationen bezüglich der Pflege und deren Finanzierung (Bäckström et al., 2009; Scholte et al., 2008).

4.1.2. Resultate der Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM

Wie bereits unter Punkt 3.4.2. beschrieben, wurden unterschiedliche Begriffskombinationen zur Literatursuche verwendet. Eine Übersicht über die jeweiligen Begriffskombinationen mit dazugehörigen Treffern ist in Anlage 4 zu finden. Aufgrund der ausgewählten Treffer wurde folgende Literatur verwendet:

- Jaken, S., Neven, V. (2006). *What's missing – De ontwikkeling van de logopedische voorlichtings cd-rom "Communicatieproblemen na een laesie in de rechter hemisfeer, voorlichting voor communicatiepartners"*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Jarzina, K.R. (2005). *Nutzung und Gestaltungsmöglichkeiten von multimedia-CD-ROMs in der Marketing-Kommunikation mit Konsumenten.* Kassel University, 1-342.
- Kerr, J., Hilari, K., Litosseliti, L. (2010). Information needs after stroke: What to include and how to structure it on a website. A qualitative study using focus groups and card sorting. *Aphasiology, 24(10),* 1170-1196.
- Pompea, S., Morrow, C.A. (2000). So You Want to Make a Science Educational CD-ROM? Ten Basic Questions to Consider. Space Science Institute and Pompea & Associates. [Online]. Verfügbar unter: http://www.spacescience.org/education/papersCD_Rom_Template.pdf [2011, December 1].

Die Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM ergab, dass etwa 50% der angebotenen Information von Menschen mit Aphasie und deren direktem Umfeld wieder vergessen werden. Durch die gleichzeitige Stimulierung von mehreren Sinnen, kann die Merkfähigkeit der angereicherten Informationen verbessert werden (Jaken et al., 2006). Um diese umfassende Stimulierung der Sinne gewährleisten zu können, sollte eine multimediale Darstellungsweise gewählt werden. Eine CD-ROM gilt hierfür als optimales Medium (Pompea et al., 2000).

Eine multimediale Darstellungsweise einer CD-ROM wird durch die Wiedergabe von Informationen in auditiver und visueller Form gewährleistet. Auditive Informationen werden durch Musik, Sprache und Geräusche dargestellt, visuelle Informationen durch Text, Bild und Bewegtbild (Jarzina, 2005; Kerr et al., 2010).

Bilder und Grafiken dienen der Strukturierung von Zusammenhängen, Illustrationen und Erklärung von Inhalten. In Verbindung mit Texten sollen Bilder die Textaussage verdeutlichen, illustrieren und konkretisieren. Auf diese Weise können die Aussagekraft und die Einprägsamkeit der angereicherten Informationen erhöht werden. Das menschliche Gehirn kann visuelle Informationen mit einer geringeren Aktivität und einem verminderten Arbeitsaufwand verarbeiten. Daher erhöhen Bilder und Grafiken die Merkfähigkeit von angebotenen Informationen (Jarzina, 2005).

4.1.3. Resultate der Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“

Wie bereits unter Punkt 3.4.4. beschrieben, wurden unterschiedliche Begriffskombinationen zur Literatursuche verwendet. Eine Übersicht über die jeweiligen Begriffskombinationen mit dazugehörigen Treffern ist in Anlage 5 zu finden. Aufgrund der ausgewählten Treffer wurde folgende Literatur verwendet:

- Aleligay, A., Worrall, L.E., Rose, T.A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, *22(4),* 383-407.
- Brennan, A., Worrall, L., McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: An exploratory study. *Aphasiology, 19(8),* 693-711.
- Dalemans, R.J.P. (2010). Social participation in working age people with aphasia: A review of the literature. *Stroke survivors with aphasia and their social participation*. (S.17–40; 98-150) Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Freyhoff, G., Heß, G., Kerr, L., Menzel, E., Tronbacke, B., Van Der Veken, K. (1998). *Europäische Richtlinien für die Erstellung von leicht lesbaren Informationen für Menschen mit geistiger Behinderung.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.webforall.info/downloads/EURichtlinie_sag_es_einfach.pdf [2012, April 10].
- Howe, T., Worrall, L., Hickson, L. (2004). What is an aphasia-friendly environment?. *Aphasiology, 18(11),* 1015-1037.

- Kerr, J., Hilari, K., Litosseliti, L. (2010). Information needs after stroke: What to include and how to structure it on a website. A qualitative study using focus groups and card sorting. *Aphasiology, 24(10),* 1170-1196.
- Matausch, K., Peböck, B. (2010). *Studie zum Projekt "EasyWeb": Verbreitung und Einsatz von Einfacher Sprache in Europa & Österreich.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.ki-i.at/fileadmin/pdf/Studie%20Easy-Web%20final.pdf [2012, April 10].
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. (2008). *Leichte Sprache: Leitfaden für die Erstellung von Briefen und Veröffentlichungen im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.* Mainz.
- Programma Versterking CliëntenPositie. (2008). *Hoe maak ik informatie toegankelijk? Informatie voor actieve lokale belangenbehartigers die willen dat hun informatie voor iedereen toegankelijk is.* Utrecht: VCP.
- Rochette, A., Corner-Bitensky, N., Tremblay, V., Kloda, L. (2008). Stroke rehabilitation information for clients and families: assessing the quality of the StrokeEnging-Family website. *Disability and Rehabilitation, 30(19),* 1506-1512.
- Rose, T., Worrall, L., McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology, 17(10),* 947-963.
- Walsh, TM., Volsko, TA. (2008). Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care, 53(10),* 1310-1315.
- Weiss, B.D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand – A Manual for clinicians.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf [2012, March 10].

Laut rezenter Literatur werden Patienteninformationen oftmals nur schwer verstanden (Kerr, 2010; Rochette, Corner-Bitensky, Tremblay & Kloda, 2008). Das Verständnis der Informationen kann durch eine angepasste Sprache verbessert werden. Das Ministerium für

Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2008) definiert leichte, klientenfreundliche Sprache wie folgt:

> *„Mit Leichter Sprache wird eine barrierefreie Sprache bezeichnet, die sich durch einfache, klare Sätze und ein übersichtliches Schriftbild auszeichnet.“*
> (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008, S.6)

Lesefreundliche Sprache gilt als demokratisches Grundrecht für Betroffene (Matausch & Peböck, 2010; Rose et al., 2003).

Die Breitstellung an Informationen ist für Menschen mit Aphasie inadäquat, unzugänglich und nicht zeitgerecht (Aleligay et al., 2008; Brennan, Worrall & McKenna, 2005; Rose et al., 2003). Darüber hinaus sind die angebotenen Informationen nicht ausreichend auf das Niveau der Betroffenen angepasst (Aleligay et al., 2008; Dalemans, 2010). So beinhalten viele geschriebene Informationen eine zu komplizierte Sprache und sind somit nicht leserfreundlich. Die meisten Informationen sind für Betroffenen zu komplex formuliert, wodurch Frustrationen auftreten (Aleligay et al., 2008). Lang geschriebene Sätze stellen eine Barriere für Menschen mit Aphasie dar (Howe et al., 2004). Außerdem verringern schwierige Wörter die Lesegeschwindigkeit, was zusätzlich zu einem verminderten Leseverständnis führt (Weiss, 2007). Mit Aphasie einhergehende Begleiterscheinungen können die Lesefähigkeit und das Leseverständnis von Betroffenen zusätzlich beeinträchtigen (Rose et al., 2003). Daher ist es wichtig, dass sich die Autoren der klientenfreundlichen Sprache über die Lesefähigkeiten der Zielgruppe bewusst sind. Dies gilt vor allem für Menschen mit Aphasie (Aleligay et al., 2008).

Leicht lesbare Informationen sind für Betroffene eine wichtige Voraussetzung, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (Programma Versterking CliëntenPositie, 2008). Um eine aphasiefreundliche Umwelt zu schaffen, ist die Modifizierung von Lesematerial und der dargebotenen Informationen wichtig (Howe et al., 2004; Walsh & Volsko, 2008). Dies ermöglicht eine erfolgreiche Partizipation (Brennan et al., 2005).

Leichte Sprache sollte zielgerichtet und zielgruppengerecht eingesetzt werden, sodass das Verständnis des Lesers gefördert wird (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008). Laut Freyhoff et al. (1998) sollten folgende Schritte beim Verfassen von leserfreundlichen Dokumenten berücksichtigt werden:

1. Festlegung der Ziele
2. Festlegung des Inhaltes
3. erster Textentwurf
4. Überprüfung des Textentwurfes mit Hilfe der Zielgruppe
5. Anpassen und Ergänzen des Textentwurfes
6. abschließende Überprüfung des Textentwurfes mit Hilfe der Zielgruppe

Folgende Aspekte sollten bei den einzelnen Schritten beachtet werden (nach Dalemans, 2010; Freyhoff et al., 1998; Matausch et al., 2010; Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008; Weiss, 2007):

- Schriftgröße von mindestens zwölf
- Verwendung einer geraden Schrift, wie z.B. Arial, Verdana, Tahoma, Century Gothic
- durchschnittliche Satzlänge von sieben bis zehn Worten
- Vermeidung von Passiv und Genetiv
- Trennung von langen Worten mit Bindestrich
- Verwendung von arabischen, ausgeschriebenen Zahlen
- eine Aussage pro Satz
- jeweils eine neue Zeile pro neuem Satz
- keine Trennung der Wörter am Ende einer Zeile
- persönliche Ansprache des Lesers
- Erläuterung schwieriger Wörter
- Verwendung von einfachen Sätzen
- keine Verwendung von mehr als zwei Schrifttypen
- keine Verwendung von Blockschrift
- dunkle Schrift auf hellem Hintergrund
- Vermeidung von Schachtelsätzen
- Verzicht auf Fußnoten und Querverweise

Studien zeigen, dass die Verwendung von Bildern und Fotos das Verständnis der gelesenen Informationen erhöhen (Freyhoff et al., 1998; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 2008; Weiss, 2007).

Eine CD-ROM gilt laut Weiss (2007) als bestes Mittel für die Übertragung von Informationen in klientenfreundlicher Sprache.

4.2. Resultate der Informations-CD–ROM

Aus Probandenbefragungen ging hervor, dass sowohl Menschen mit Aphasie, als auch ihre direkte Umgebung eine CD-ROM als meist geeignetes Medium zur Informationsübertragung sehen (Jaken et al., 2006). Um einen zeitgemäßen Zugang zu gewünschten Informationen gewährleisten zu können (Rodgers et al., 2001), wurde daher eine Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld erstellt. Diese hat das Ziel, die Bedürfnisse von Betroffenen und die ihres direkten Umfeldes zu erfüllen (vgl. 4.1.1.).

Die entwickelte Informations-CD-ROM besteht aus 16 Kapiteln. Folgender Inhalt wurde aufgrund der zuvor zusammengetragenen Bedürfnisse auf der Informations-CD-ROM realisiert:

Einleitung

Welche Versicherungen leisten was?

Pflege-Stufe

Betreuungs-Recht

Schwer-Behinderten-Ausweis

Der Aphasiker-Ausweis

Wieder-Eingliederung in den Beruf

Auto-Fahren nach dem Schlag-Anfall

Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation

Unterstütze Kommunikation

Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt

Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung

Selbsthilfe-Gruppen

Glossar

Literatur-Verzeichnis

Abbildungs-Verzeichnis

Um die CD-ROM leser- und anwendungsfreundlich zu gestalten, wurde klientenfreundliche Sprache verwendet (vgl. 4.1.3.).

> *„Patients have a right to be given factual, supportable, understandable and appropriate information."*
> (Rodgers et al., 2001, S.129)

Um die Informations-CD-ROM in klientenfreundlicher Sprache zu gestalten, wurde die Schriftart Verdana in Schriftgröße 14 verwendet (Dalemans, 2010; Weiss, 2007). Die durchschnittliche Satzlänge der einzelnen Sätze beträgt zehn Worte (Matausch et al., 2010). Zudem wurde größtenteils auf die Verwendung von Passiv und Genetiv verzichtet (Aleligay et al., 2008; Brennan et al., 2005). Um eine möglichst einfache Verarbeitung der Sätze zu ermöglichen, wurde in manchen Fällen die Passivform des Verbs verwendet. Des Weiteren wurden auch die Zahlen von eins bis zwölf ausgeschrieben (Freyhoff et al., 1998). Jeder Satz enthält lediglich eine Aussage (Freyhoff et al., 1989). Beginnt ein neuer Satz, so beginnt auch eine neue Zeile (Programma Versterking CliëntenPositie, 2008). Auch wurde für eine leser- und anwendungsfreundliche Gestaltung darauf geachtet, keine Worte am Ende einer Zeile zu trennen (Menschen zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008). Lange, zusammengesetzte Worte bestehend aus mehr als drei Silben wurden zum Verbessen des Leseflusses und der Lesefreundlichkeit mit einem Bindestrich getrennt (Menschen zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008). Damit die Informations-CD-ROM von allen Lesern gleichermaßen verstanden werden kann, wurden unbekannte Worte mit Hilfe von Tooltips erläutert (Weiss, 2007). Zudem wurde die direkte Anrede „Sie" verwendet, um die Leser persönlich anzusprechen (Menschen zuerst-Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008). Um den Wünschen der Zielgruppe, nach einer verständlichen Informations-CD-ROM, gerecht zu werden (Jaken et al., 2006), wurden Piktogramme, Bilder, Fotos und Grafiken verwendet. Um auch Betroffene mit Beeinträchtigungen im Lese-Sinnverständnis an der Informations-CD-ROM teilhaben zu lassen, besteht die Möglichkeit, die aufgeführten Informationen auditiv abspielen zu lassen. Des Weiteren kann die Schriftgröße verkleinert oder vergrößert werden, sodass auch Betroffene mit visuellen Schwierigkeiten die Informations-CD-ROM verwenden können.

Einige bildliche Auszüge der Informations-CD-ROM sind in Anlage 6 zu finden.

4.2.1. Verantwortung des Themas „Einleitung“

Die Einleitung der Informations-CD-ROM soll den Einstieg in die Bedienung erleichtern. Daher wurde genauestens erläutert, wie die jeweiligen Themen aufgerufen werden können. Des Weiteren wurde anhand eines Beispiels das Auftreten der Tooltips mit der entsprechenden Erläuterung von schwierigen Wörtern und Fachbegriffen aufgeführt.

Auch wurden die Symbole für die auditive Wiedergabe der Informationen, sowie das Symbol zur Veränderung der Schriftgröße beispielhaft wiedergegeben. Um dem Leser die Bindestriche innerhalb der zusammengesetzten Substantive zu erläutern, wurde zudem kurz auf die klientenfreundliche Sprache eingegangen.

4.2.2. Verantwortung der Themen „Welche Versicherungen leisten was?“, „Pflege-Stufen“, „Betreuungs-Recht“, „Schwer-Behinderten-Ausweis“ und „Der Aphasiker-Ausweis“

Das Bedürfnis an Unterstützung und Hilfe bei administrativen Angelegenheiten wurde vor allem aus den Studien von Durzak et al. (2008) und Kerr et al. (2010) deutlich. Da die Antragsstellungen und formellen Anforderungen bei den Angehörigen als große Herausforderung und oftmals auch als Überforderung wahrgenommen werden (Scholte et al., 2008), sind die oben genannten Themen zur Unterstützung der Angehörigen hinzugefügt worden. Die jeweiligen Themen enthalten neben Erörterungen auch Beschreibungen von Antragstellungen

4.2.3. Verantwortung des Themas „Wieder-Eingliederung in den Beruf“

Vor allem jüngere Betroffene haben den Wunsch, wieder in den Beruf zurückzukehren (Hilari et al., 2009; Worrall et al., 2011). Darum haben die Autoren in diesem Thema Informationen über die *Stufenweise Wiedereingliederung* zusammengetragen. Um deutlicher auf die Bedürfnisse von Menschen mit Aphasie eingehen zu können, wurde die Wiedereingliederung in den Beruf anhand des *Heidelberger Aphasie Modells* beschrieben. Mit Hilfe dieses Themas soll die Eigenständigkeit, sowie die Selbstständigkeit von Betroffenen unterstützt werden.

4.2.4. Verantwortung des Themas „Auto-Fahren nach dem Schlag-Anfall“

Laut Durzak et al. (2008) wünschen sich die Betroffenen mehr Informationen zur Wiedererlangung der Fahrtüchtigkeit. Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, wurden die Faktoren, die sowohl für, als auch gegen das Autofahren nach einem Schlaganfall sprechen, aufgeführt. Darüber hinaus wurden allgemeine Informationen zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis gegeben.

4.2.5. Verantwortung der Themen „Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation“ und „Unterstützte Kommunikation“

Um eine Grundlage an Informationen zu diesen Themen zu schaffen, wurde zunächst eine Definition des Begriffs *Kommunikation* gegeben. Anschließend wurden allgemeine Umgangstipps und Verständigungstipps für die Kommunikation mit dem Betroffenen erläutert. Auch Informationen zur *unterstützen Kommunikation* mit Betroffenen wurden bereitgestellt.

Wie bereits unter Punkt 4.1.1. erwähnt, fühlen sich nur 49% des direkten Umfeldes von Menschen mit Aphasie ausreichend über den Umgang mit den Betroffenen informiert (Steiner, 2001). Durch die Bereitstellung der Umgangs- und Verständigungstipps kann auf dieses Bedürfnis eingegangen werden. Auch der Wunsch nach effektiven Kommunikationstipps (Avent et al., 2005; Schütz, 2009; Steiner, 2001) kann mit Hilfe dieses Themas erzielt werden.

4.2.6. Verantwortung des Themas „Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt“

Aus Studien geht hervor, dass ein großer Informationsbedarf bezüglich der Hilfsmittelbeschaffung besteht (Durzak et al., 2008). Zur Erleichterung des Einstiegs in dieses Thema haben die Autoren zunächst den Begriff *Hilfsmittel* definiert und näher erläutert. Um weiterhin Hilfestellungen und Unterstützung bei der Antragsstellung zu gewährleisten, wurde diese auch beschrieben. Für einen näheren Einblick in die unterschiedlichen Hilfsmittel und Hilfsmittelanbieter, wurden einige Hilfsmittel näher beschrieben, Abbildungen aufgeführt, sowie Internetadressen aufgenommen.

4.2.7. Verantwortung des Themas „Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung“

Da sich viele Betroffene bei öffentlichen Veranstaltungen nicht mehr wohl fühlen, aber dennoch den Wunsch verspüren, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Cebulla et al., 2008; Durzak et al., 2008), wurden unterschiedliche Ratschläge zur Freizeitgestaltung erläutert. Dies soll den Betroffenen Mut machen, daran teilzunehmen. Da Betroffene sportliche Aktivitäten als körperliche Erholung ansehen (Worrall et al., 2011), wurde beispielsweise die Internetseite des „PPGolf: Ein Schlag gegen den Schlag“ aufgeführt.

4.2.8. Verantwortung des Themas „Selbsthilfe-Gruppen“

Um den Betroffenen und deren Angehörigen einen Einblick in das Thema *Selbsthilfegruppe* zu ermöglichen, haben die Autoren dieses zunächst erläutert. Zudem wurden die Ziele und Aufgaben von Selbsthilfegruppen beschrieben. Um umfassende Informationen zusammenzustellen, wurden sowohl Selbsthilfegruppen für Betroffene, als auch für deren Angehörige aufgeführt. Des Weiteren wurde eine Internetadresse zur näheren Erläuterung aufgenommen.

Mit Hilfe dieses Themas soll das Wissen und Verständnis sowohl für das direkte Umfeld von Betroffen, als auch für den Betroffenen selbst erhöht werden (Bäckström et al., 2009). Auf diese Weise wird zudem die soziale und emotionale Unterstützung des direkten Umfeldes gewährleistet (Mariën et al., 2009; Rodgers et al., 2001). Laut Avent et al. (2005) weist die Zielgruppe ein großes Bedürfnis nach einem direkten Austausch mit anderen Betroffenen auf. Da sich auf der aufgeführten Internetseite verschiedene Kontaktdaten von Selbsthilfegruppen befinden, kann die Basis für den Austausch mit Anderen gelegt werden.

4.2.9. Verantwortung der Tooltips und des Glossars

Für eine leichte Verständlichkeit wurden schwierige Wörter und Fachbegriffe mit Hilfe von Tooltips und einem Glossar erläutert. Dies soll das Leseverständnis und somit die Lesegeschwindigkeit verbessern (Weiss, 2007). Die im Glossar beschriebenen Worte wurden durchgehend erläutert, da die Benutzer die Möglichkeit erhalten, die Themen der Informations-CD-ROM selektiv zu lesen.

5. Diskussion

Innerhalb dieses Kapitels werden die Resultate und Ziele der vorliegenden Bachelorarbeit, sowie der dazugehörigen Informations-CD-ROM kritisch betrachtet, reflektiert und diskutiert. Des Weiteren werden unerwartete Resultate, methodische Mängel, sowie mögliche Folgestudien beschrieben. In der abschließenden Schlussfolgerung wird noch einmal kurz auf das gesamte Thema eingegangen.

5.1. Reflektion auf die vorabgestellten Zielsetzungen der Bachelorarbeit und der Informations-CD-ROM

Das Hauptziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es, eine leser- und anwendungsfreundliche Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld zu erstellen. Durch eine klientenfreundliche Sprache (Griffin, McKenna & Worrall, 2004) und eine einfache Gestaltung (Kerr et al., 2010) wurde eine leser- und anwendungsfreundliche Informations-CD-ROM mit dem Titel „Aphasie – was nun?“ erarbeitet.

Die Autoren haben sich im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit mit der Gestaltung und Formgebung der Informations-CD-ROM beschäftigt. Auf diese Weise konnten die in der Literaturstudie festgestellten Bedürfnisse der Betroffenen (vgl. Abb. 8) und ihrem direkten Umfeld erfüllt werden. Aufgrund des eingeschränkten zeitlichen Rahmens war es nicht mehr möglich, eine praktische Erprobung der Informations-CD-ROM durchzuführen.

Im Folgenden wird beschrieben, in welcher Weise die zuvor festgelegten Teilziele mit den möglichen Unterzielen erreicht wurden.

Teilziel 1:

Mit Hilfe der Informations-CD-ROM soll die Partizipation von Betroffenen und deren direktem Umfeld erleichtert werden.

Ob mit Hilfe der aufgestellten Informations-CD-ROM eine Erleichterung der Partizipation eintritt, konnte aufgrund der umfassenden Arbeit an der Erstellung der

Informations-CD-ROM und dem begrenzten zeitlichen Rahmen nicht getestet werden. Die Autoren erhoffen sich jedoch, dass die leser- und anwendungsfreundliche Gestaltung der Informations-CD-ROM, sowie die Erfüllung der Bedürfnisse zur Erleichterung der Teilhabe führen.

Teilziel 2:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, durch die Anreicherung von Informationen die Kommunikation zwischen dem Betroffenen und seinem direkten Umfeld zu erleichtern.

Wie bereits unter 4.2.5. erwähnt, fühlen sich lediglich 49% der direkten Umgebung ausreichend über den korrekten Umgang mit Betroffenen informiert (Steiner, 2001). Mit Hilfe der in der Informations-CD-ROM aufgenommen Kommunikations- und Umgangstipps mit Betroffenen, soll die Kommunikation zwischen dem Betroffenen und dem direkten Umfeld erleichtert werden. Da sich die Autoren, wie bereits erwähnt, ausschließlich mit dem Inhalt, der Formgebung und der Erstellung der Informations-CD-ROM beschäftigt haben, konnte nicht überprüft werden, ob die angereicherten Informationen zu einer Erleichterung der Kommunikation führen. Aufgrund der dargebotenen Informationen wird erhofft, dass die angereicherten Kommunikationstipps die Kommunikation zwischen dem Betroffenen und dem direkten Umfeld erleichtern.

Teilziel 3:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, die durch bereits bestehende Studien herausgefundenen Bedürfnisse des direkten Umfeldes mit Hilfe der angebotenen Informationen zufrieden zu stellen.

Die Autoren haben die Bedürfnisse an Informationen des direkten Umfeldes von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase beim Erstellen der Informations-CD-ROM berücksichtigt. Aufgrund der unter Schritt 1 (vgl. 3.5.) zusammengetragenen Bedürfnisse konnte der bestehende Informationsbedarf gedeckt werden. Somit wurde dieses Teilziel erfüllt.

Teilziel 4:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht in der Erleichterung des Alltags und der Alltagsgestaltung von Betroffenen und deren direktem Umfeld, die durch die Anreicherung von Informationen erreicht werden soll.

Auf der erstellten Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld befinden sich Ratschläge zur Alltags- und Freizeitgestaltung. Mit Hilfe dieser Ratschläge soll der Alltag und die Alltagsgestaltung von Betroffenen und deren direktem Umfeld erleichtert werden. Somit wurde dieses Teilziel was die Anreicherung von Information bezüglich der Alltagsgestaltung betrifft, erreicht. Ob die erstelle Informations-CD-ROM jedoch den Alltag und die Alltagsgestaltung von Betroffenen und deren direktem Umfeld erleichtert, konnte im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit nicht nachgewiesen werden.

Teilziel 5:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, durch die Anreicherung von Informationen die Selbstbestimmung im Hinblick auf die Freizeit- und Lebensgestaltung von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase zu fördern.

Wie bereits unter Teilziel 4 beschrieben, enthält die Informations-CD-ROM Ratschläge und Informationen zur Gestaltung des Alltags und der Freizeit. Diese Informationen sollen die Selbstbestimmung der Betroffenen hinsichtlich der Freizeit- und Lebensgestaltung fördern. Da die Freizeit- und Lebensgestaltung jedoch individuell von der Person abhängig ist, konnte nur ein Teil der bestehenden Bedürfnisse erfüllt werden. Die Selbstbestimmung von Betroffenen, die durch das Anreichern von Informationen erlangt werden sollte, konnte im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit nicht nachgewiesen werden.

Teilziel 6:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, mit Hilfe der Anreicherung der Informationen dem direkten Umfeld des Betroffenen mit Hilfe einer persönlichen Ansprache das Gefühl zu vermitteln, am Partizipationsprozess beteiligt zu sein.

Aus der studierten Literatur geht hervor, dass eine persönliche Ansprache des Lesers die Übertragung von Informationen begünstigt (Mensch zuerst – Netzwerk People First

Deutschland e.V., 2008). Diese persönliche Ansprache wurde daher von den Autoren mit in die Informations-CD-ROM integriert. Ob diese persönliche Ansprache jedoch das Gefühl vermittelt, am Partizipationsprozess des Betroffenen beteiligt zu sein, konnte innerhalb der vorliegenden Bachelorarbeit nicht überprüft werden.

Teilziel 7 mit entsprechendem Unterziel:

Das Ziel der Informations-CD-ROM besteht darin, die Informationen multimedial darzustellen.

Das Ziel der multimedialen Darstellung ist die Gewährleistung eines strukturierten Aufbaus der Informations-CD-ROM.

Durch die visuelle und auditive Gestaltung der Informations-CD-ROM konnten die Informationen der Informations-CD-ROM multimedial dargestellt werden (Jarzina, 2005; Pompea et al., 2000). Dies wurde mit Hilfe von Bildern, Fotos, Piktogrammen, Grafiken sowie einer auditiven Wiedergabe der aufgeführten Informationen erreicht. Auf diese Weise konnte ein strukturierter und anwendungsfreundlicher Aufbau der Informations-CD-ROM erzielt werden.

5.2. Kritische Betrachtung des Inhaltes der Informations-CD-ROM

Innerhalb der kritischen Betrachtung des Inhaltes der Informations-CD-ROM sind einige unerfüllte Bedürfnisse von aphasischen Personen und deren direktem Umfeld zum Vorschein gekommen. Diese beschriebenen Bedürfnisse beziehen sich vorrangig auf die Akut- und Rehabilitationsphase. So besteht bei den Angehörigen von Menschen mit Aphasie ein großes Bedürfnis an Informationen zum Krankheitsbild (Durzak et al., 2008; Mariën et al., 2009). Worrall et al. (2011) stellten fest, dass das Krankheitsbild Aphasie oftmals nur mäßig und undeutlich erklärt wird. Das direkte Umfeld von Betroffenen, sowie die Betroffenen selbst wünschen sich daher mehr Informationen zum Thema Schlaganfall, praktische Behandlungsstrategien, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen (Durzak et al., 2008; Eames et al., 2008; Kerr et al., 2010; Steiner, 2001; Worrall et al., 2011).

Da die Zielgruppe der vorliegenden Informations-CD-ROM aus Betroffenen in der chronischen Phase und ihrem direkten Umfeld besteht, wurden diese Bedürfnisse nicht mit in den Inhalt der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“ aufgenommen.

Bei der Betrachtung des Inhaltes der Informations-CD-ROM wird deutlich, dass bezüglich des Themas „Wieder-Eingliederung in den Beruf“ Mängel vorliegen. Hierbei wird lediglich das Heidelberger Aphasie Modell als Modell zur Wiedereingliederung in den Beruf für Menschen mit Aphasie (Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasie e.V. – Bundesverband Aphasie, 2007) näher erläutert. Für die Wiedergabe des Heidelberger Aphasie Modells haben sich die Autoren entschieden, da aufgrund von benötigten Informationen Kontakt mit Frau Barbara Brender, Reha-Beraterin HAM, aufgenommen wurde. Sie wies die Autoren auf das entsprechende Modell hin. Da sich das Heidelberger Aphasie Modell nicht ausschließlich mit der beruflichen Wiedereingliederung der Betroffenen befasst, sondern auch therapeutisch, medizinische Begleitung bietet (Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasie e.V. – Bundesverband Aphasie, 2007), haben sich die Autoren für eine Beschreibung dieses Modells entschieden.

Da die Darstellung aller einzelnen elektronischen Kommunikationshilfsmittel äußerst umfassend ist, wurde auf diese Beschreibung beim Thema „Unterstützte Kommunikation“ verzichtet. Um keine elektronischen Hilfsmittel besonders hervorzuheben, haben sich die Autoren dazu entschlossen, lediglich einige Internetseiten von Kommunikationshilfsmittel-Anbietern aufzunehmen. Bei der Auswahl der Internetseiten wurde darauf geachtet, dass der Inhalt der dargestellten Internetseiten zum entsprechenden Thema passt und Hilfe bei der Suche nach weiteren Informationen bietet. Beim Thema „Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt“ wurde ebenfalls nur eine Auswahl der entsprechenden Hilfsmittel dargestellt und erläutert.

Das Thema „Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung“ befasst sich mit einigen Angeboten zur Freizeitgestaltung. Hierbei war es den Autoren nicht möglich, auf alle Wünsche von Betroffenen einzugehen, da diese oftmals individuell sind. Daher wurden einige Gemeinden und Verbände aufgeführt, bei denen die Betroffenen weitere Informationen bezüglich ihrer individuellen Wünsche erhalten. Wie bereits erwähnt stellten Worrall et al. (2011) fest, dass Sport der körperlichen Erholung dient (vgl. 4.1.1.). Daher haben sich die Autoren außerdem dazu entschieden, einige sportliche Freizeitaktivitäten vorzustellen. Zudem wurde darauf

verwiesen, dass Selbsthilfegruppen unterschiedliche Freizeitaktivitäten anbieten (Pohlmann, 2007).

Laut einem Gespräch mit dem Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. – Bundesverband Aphasiker befinden sich die meisten Aphasie-Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen und Bayern. Da Nordrhein-Westfalen jedoch das bevölkerungsreichste Bundesland der Bundesrepublik Deutschland ist (Statistisches Bundesamt, 2012), in dem jährlich etwa 17.000 Menschen an Aphasie erkranken (Aphasiker-Zentrum NRW e.V., 2012), haben sich die Autoren dazu entschlossen, eine Internetseite mit Adressen von Selbsthilfegruppen aus Nordrhein-Westfalen aufzuführen. Diese Internetadresse wurde ausschließlich als Beispiel aufgeführt, da deutschlandweit rund 200 Aphasie-Selbsthilfegruppen bestehen (Mundt, 2010).

5.3. Kritische Betrachtung der Wahl einer Informations-CD-ROM

Bei der kritischen Betrachtung der Wahl der Informations-CD-ROM haben die Autoren festgestellt, dass eine Internetseite zur Übertragung der Informationen ebenfalls geeignet wäre (Griffin et al., 2004). Eine Internetseite bietet gegenüber einer CD-ROM den Vorteil, dass die aufgeführten Informationen laufend aktualisiert werden können (Pompea et al., 2000). Dies ist vor allem bei Zahlen und Prozentangaben, sowie rechtlichen Grundlagen wichtig, da diese laufend aktualisiert werden. Eine Internetseite steht zudem öffentlich zur Verfügung, sodass mehr Menschen auf diese zugreifen können (Kerr et al., 2010).

Da laut Weiss (2007) klientenfreundliche Sprache am besten mit Hilfe einer CD-ROM übertragen wird, haben sich die Studieren für die Entwicklung einer Informations-CD-ROM entschieden. Diese Entscheidung wird durch Probandenaussagen in einer Studie von Jaken et al. (2006) bekräftigt. In dieser Studie wird deutlich, dass die entsprechende Zielgruppe eine CD-ROM als meist geeignetes Medium zur Übertragung von Informationen ansieht. Zudem ist eine CD-ROM im Gegensatz zu Printmedien wesentlich preiswerter in der Herstellung (Pompea et al., 2000).

5.4. Kritische Betrachtung der Gestaltung der Informations-CD-ROM

> *„The provision of accessible health information is an essential component of successful health care.“*
> (Rose, Worrall & McKenna, 2003, S.948)

Das bereits in der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit verwendete Zitat verdeutlicht, dass einfache und leserfreundliche Sprache als demokratisches Grundrecht für Betroffene gilt (Matausch et al., 2010; Rose et al., 2003). Aufgrund dessen haben sich die Autoren für die Verwendung von klientenfreundlicher Sprache entschieden. Somit ist die Informations-CD-ROM nicht nur für das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie zugänglich, sondern auch für die Betroffenen selbst (Weiss, 2007).
Wie aus der Literatur hervorgeht, sollten schwierige Wörter bzw. Fachbegriffe erläutert werden (Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V., 2008; Weiss, 2007). Daher haben sich die Autoren dazu entschieden, die Erklärungen der entsprechenden Begriffe in Tooltips und einem Glossar darzustellen. Da der Inhalt der Informations-CD-ROM themenspezifisch ist, wurde keine rezente Literatur darüber gefunden, welche genannten Begriffe als hoch- bzw. niedrigfrequent gelten.

Wie Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. (2008) beschreibt, sollten lange Wörter mit einem Bindestrich getrennt werden. Die Autoren konnten keine Evidenzbasierte Literatur zur Art und Weise der Trennung von langen Wörtern finden. Darüber hinaus wurde in keiner gefundenen Literatur eine Definition für „lange Wörter“ wiedergegeben. Im Duden (2009) wird beschrieben, dass ein Bindestrich zur Hervorhebung einzelner Wortbestandteile, sowie zur Verdeutlichung von zusammengesetzten Wörtern verwendet werden kann. Um die leser- und anwendungsfreundliche Gestaltung der Informations-CD-ROM zu gewährleisten (Freyhoff et al., 1998), haben sich die Autoren dazu entschieden, zusammengesetzte Substantive mit mehr als drei Silben zu trennen. Diese Entscheidung wurde in Anlehnung an den Duden (2009), sowie an die Literatur von Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. (2008) getroffen.

Laut Jarzina (2005) sollten zur multimedialen Darstellung von Informationen Bewegtbilder und Videos verwendet werden. Aufgrund der umfassenden Arbeit an der Gestaltung und Entwicklung der Informations-CD-ROM und der vorliegenden Bachelorarbeit war es den Autoren nicht mehr möglich, Bewegtbilder und Videos aufzunehmen. Jedoch konnte mit

Hilfe einer auditiven Textwiedergabe, Bildern, Piktogrammen, Fotos und Grafiken eine multimediale Darstellung der Informationen gewährleistet werden.

5.5. Unerwartete Resultate

Den Autoren war vor der Auseinandersetzung mit der rezenten Literatur nicht bewusst, dass bei den Betroffenen und deren Angehörigen noch viele Wünsche und Bedürfnisse offen liegen.

Dass noch mehr Informationen zum Thema Aphasie und Schlaganfall erwünscht werden (Steiner, 2001; Worrall et al., 2010), war daher für die Autoren unerwartet. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Wünsche bereits in der Akut- und Rehabilitationsphase erfüllt werden (vgl. 2.13.). Darüber hinaus war es den Autoren neu, dass auch die Ziele der logopädischen Therapie den Angehörigen oft nicht deutlich sind (Steiner, 2001; Worrall et al., 2010). Auch die Tatsache, dass viele Angehörige Schwierigkeiten haben mit bestimmten Diensten und Selbsthilfegruppen in Kontakt zu treten (Durzak et al., 2008; Mariën et al., 2009; Scholte et al., 2008), ist von den Autoren nicht erwartet worden. Bei der studierten Literatur zum Thema „klientenfreundliche Sprache“ verwunderte es die Autoren, dass auch Nicht-Betroffene oftmals Schwierigkeiten beim Verstehen von ärztlichen Informationen haben (Weiss, 2007).

5.6. Methodische Mängel

Betrachtet man die vorliegende Bachelorarbeit und die dazugehörige Informations-CD-ROM, so werden einige methodische Mängel deutlich. So war es den Autoren nicht möglich, rezente und geeignete Literatur zum Erstellen einer Informations-CD-ROM für die gewählte Zielgruppe zu finden. Es gelang den Autoren lediglich Evidenzbasierte Literatur zur Erstellung einer multimedialen CD-ROM ausfindig zu machen (Jarzina, 2005; Kerr et al., 2010; Pompea et al., 2000). Um die Informations-CD-ROM dennoch an die Zielgruppe anpassen zu können, wurde vor allem die klientenfreundliche Sprache verwendet (Weiss, 2007). Beim Gebrauch der klientenfreundlichen Sprache konnte keine themenspezifische Literatur bezüglich dem Trennen von langen Wörtern, sowie der Selektion von schwierigen Wörtern und Fachbegriffen gefunden werden.

5.7. Mögliche Folgestudien

Da nicht alle aufgestellten Ziele der vorliegenden Bachelorarbeit und der dazugehörigen Informations-CD-ROM erfüllt werden konnten (vgl. 5.4.), ergeben sich, basierend auf der vorliegenden Bachelorabreit, einige weitere Studienprojekte.

Rezente Literatur beschreibt, dass lesefreundliche Informationen auch immer durch die jeweilige Zielgruppe gegengelesen werden sollte (Freyhoff et al., 1998; Matausch et al., 2010; Weiss, 2007). Daher wäre es in einer möglichen Folgestudie interessant herauszufinden, ob die Informations-CD-ROM sowohl für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase, als auch von deren direktem Umfeld verwendet und verstanden werden kann. Hieraus könnten folgende Fragestellungen formuliert werden:

- *Wie effektiv ist die Informations-CD-ROM mit dem Titel „Aphasie – was nun? Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihrem direkten Umfeld“ für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase hinsichtlich einer leser- und anwendungsfreundlichen Verwendung?*
- *Wie effektiv ist die Informations-CD-ROM mit dem Titel „Aphasie – was nun? Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihrem direkten Umfeld“ für das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase hinsichtlich einer leser- und anwendungsfreundlichen Verwendung?*

Laut Freyhoff et al. (1998) kann aufgrund der beiden oben genannten Fragestellungen die bestehende Informations-CD-ROM angepasst werden (vgl. 4.1.3.). Folgt man den Schritten nach Freyhoff et al. (1998), so sollte nach der Überprüfung der Leser- und Anwendungsfreundlichkeit die Informations-CD-ROM noch einmal angepasst werden:

- *Auf welche Weise muss das Schriftbild und die visuell-auditive Gestaltung der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase optimiert werden, um die Partizipation von Betroffenen zu unterstützen?*

Des Weiteren kann ermittelt werden, ob der Informationsgehalt der Informations-CD-ROM die Bedürfnisse der Anwender zufriedenstellt. Hieraus resultiert folgende Fragestellung:

- *Inwiefern werden die Bedürfnisse der Anwender durch den Informationsgehalt der Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld im Alltag zufriedengestellt?*

Um die Erleichterung der Partizipation zu überprüfen, kann folgende Fragstellung beantwortet werden:

- *Inwiefern unterstützt die Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld die Partizipation?*

5.8. Schlussfolgerung

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit bestand darin, eine Informations-CD-ROM für Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und deren direktem Umfeld basierend auf ihren Bedürfnissen zu erstellen.

Aus der bestehenden Literatur wurde deutlich, dass ein großer Informationsbedarf bezüglich des Umgangs mit administrativen Angelegenheiten besteht. Auch Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung und der Wiedererlangung der Fahrtüchtigkeit wurden von den Betroffenen und ihrem direktem Umfeld erwünscht. Vor allem Angehörige berichteten über den Informationsmangel bezüglich der Kommunikation und dem Umgang mit Betroffenen, dem Hilfsmittelangebot, der Freizeitgestaltung und dem Zugang zu entsprechenden Selbsthilfegruppen.

In der erstellten Informations-CD-ROM mit dem Titel „Aphasie – was nun? Eine Informations-CD-ROM für Betroffene in der chronischen Phase und ihr direktes Umfeld“ wurden daher die erwünschten Themen leser- und anwendungsfreundlich dargestellt.

Das direkte Umfeld von Menschen mit Aphasie stellt eine wesentliche Stütze für die Betroffenen dar. Um die Partizipation des Betroffenen bestmöglich unterstützen zu können, sollte daher auch auf die alltäglichen Bedürfnisse aller Beteiligten eingegangen werden.

6. Literaturverzeichnis

Aleligay, A., Worrall, L.E., Rose, T.A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, *22(4),* 383-407.

Aphasiker-Zentrum NRW e.V. (2012). *Öffentlichkeitsarbeit.* [Online]. Verfügbar unter: http://apha-zent-nrw.de/%C3%B6ffentlichkeitsarbeit [2012, May 21].

Avent, J., Gelista, S., Wallace, S., Jackson, J., Nishioka, J., Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology, 19(3-5)*, 365-375.

Bäckström, B., Sundin, K. (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 46,* 1475-1484.

Bartels, H. (2010). Erworbene Sprachstörungen bei Erwachsenen – Aphasien. In: Bartels, H., Siegmüller, J. (Eds.). *Leitfaden Sprache – Sprachen – Stimme – Schlucken.* (S. 220–256). München: Elsevier Urban & Fischer.

Bastiaanse, R. (2010). *Afasie*. (S. 79). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J., Huber, W. (2001). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Sprache-Stimme-Gehör*, *25,* 148–161.

Brennan, A., Worrall, L., McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: An exploratory study. *Aphasiology, 19(8),* 693– 711.

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasie e.V. – Bundesverband Aphasie. (2007). *Aphasie – erworbene Sprachbehinderung – Leben mit Aphasie.* Würzburg.

Cebulla, K., Koof, E., Thomas, J., (2008). *Partizipieren in der Gesellschaft – Die Erfahrungen von Menschen mit Aphasie in der chronischen Phase und die ihrer Bezugspersonen*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Dalemans, R.J.P. (2009). Denken voorbij de stoornis – een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, *12*, 380-383.

Dalemans, R.J.P. (2010). Social participation in working age people with aphasia: A review of the literature. *Stroke survivors with aphasia and their social participation*. (S. 17–40; 98-150) Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.

Dalemans, R.J.P., de Witte, L., Wade, D., van den Heuvel, W. (2010). Research Report: Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 45(5),* 537-550.

Dalemans, R.J.P., Overländer, S., Knors, A. (2011). Family Needs Questionnaire: Vertaling naar het Nederlands, onderzoek naar de begrijpelijkheid en de betrouwbaarheid. *Logopedie en Foniatrie, 3,* 82-86.

Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., Thoger, L. (2008). Social Participation for Older People with Aphasia: The Impact of Communication Disability on Friendships. *Top Stroke Rehabiel, 15(4),* 325-340.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO – Kooperationszentrum für das System internationaler Klassifikation (Hrsg.), (2005), *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. (S. 9-26; 95-123) Genf: WHO.

Dharmaperwira – Prins, R., Maas, W. (2006). *Afasie – Beschrijving, onderzoek, behandeling.* (S. 72- 78). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Diener, H.C., Putzki, N. (Hrsg.) (2008). Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. (S. 920–928). Stuttgart : Georg Thieme Verlag KG.

Dorrance, C. (2010). *Barrierefrei vom Kindergarten in die Schule? Eine Untersuchung zur Kontinuität von Integration aus der Sicht betroffener Eltern.* (S.31-34). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Dudenredaktion (2009). *Duden: Die deutsche Rechtschreibung.* Mannheim: Bibliografisches Institut.

Durzak, L., Kleinings, M., Thiemann, T., (2008). *Die Bedürfnisse an Informationen von Menschen mit Aphasie und ihrem direkten Umfeld in der Rehabilitationsphase*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Eames, S., Hoffman, T., McKenna, K., Worrall, L., (2008). Community – based stroke information for clients with stroke and their carers: is there congruency between actual and recommended practice?. *Top Stroke Rehabil; 15* (4), 295-306.

Eames, S., McKenna, K., Worrall, L., Read, S., (2003). The Suitability of Written education Materials for Stroke Survivors and Their Carers. *Top Stroke Rehabil*; *10* (3). 70-83.

Faßmann, H. (2008). *Evaluation des Modellprojekts „integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)“*. Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität.

Franke, U. (2008). *Logopädisches Handlexikon.* (S. 56). München: Ernst Reinhard Verlag.

Freyhoff, G., Heß, G., Kerr, L., Menzel, E., Tronbacke, B., Van Der Veken, K. (1998). *Europäische Richtlinien für die Erstellung von leicht lesbaren Informationen für Menschen mit geistiger Behinderung.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.webforall.info/downloads/EURichtlinie_sag_es_einfach.pdf [2012, April 10].

Griffin, E., McKenna, K., Worrall, L. (2004). Stroke Education Materials on the World Wide Web: An Evaluation of Their Quality and Suitability. *Top Stroke Rehabil, 11(3),* 29-40.

Grohnfeldt, M. (2007). *Lexikon der Sprachtherapie.* Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Grötzbach, H., Iven, C. (2009), Einführung in die ICF. In: Grötzbach, H., Iven, C., *ICF in der Sprachtherapie – Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. (S. 9–22). Idstein: Schulz–Kirchner–Verlag.

Günther, T., Hofman, M., Promes, M. (2009). Afasiesyndromen: twijfels over de klassieke taxonomie. In: *Logopedie en Foniatrie*, 5, 148–152.

Haslberger, J. (2010). *Persönliche Zukunftsplanung im Übergang von der Schule ins Berufsleben.* Wien: Universität Wien.

Hilari, K., Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders, 44(2),* 193-205.

Howe, T., Worrall, L., Hickson, L. (2004). What is an aphasia-friendly environment?. *Aphasiology, 18(11),* 1015-1037.

Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie.* (S. 1-5; 24–64; 105-142). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Jaken, S., Neven, V. (2006). *What's missing – De ontwikkeling van de logopedische voorlichtings cd-rom "Communicatieproblemen na een laesie in de rechterhemisfeer, voorlichting voor communicatiepartners "*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Jarzina, K.R. (2005). *Nutzung und Gestaltungsmöglichkeiten von Multimedia-CD-ROMs in der Marketing-Kommunikation mit Konsumenten.* Kassel University, 1–342.

Kerr, J., Hilari, K., Litosseliti, L. (2010). Information needs after stroke: What to include and how to structure it on a website. A qualitative study using focus groups and card sorting. *Aphasiology, 24(10),* 1170-1196.

Kessler, J., Kalbe, E., Heiss, W-D. (2003). *Sprachstörungen-Phänomenologie, Diagnostik und Therapie bei Aphasie.* Bremen-London-Posten: Uni-MED Verlag AG.

Lutz, L. (2010). *Das Schweigen verstehen.*(S. 23–37; 113-132) Berlin: Springer Verlag.

Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I., Michiels, K. (2008). De levenskwaliteit en de mate van sociale steun bij afasiepatiënten – Een onderzoek aan de hand van de Stroke and Aphasia Quality of Life-schaal. *Logopedie en Foniatrie, 5,* 154-160.

Mariën, A., Janssen, V., Manders, E. (2009). De begeleiding van partners en kinderen van personen met afasie: Een vergelijking van behoeften en aanbod. *Logopedie, 22(2),* 14-24.

Marler, J.R. (2007). *Schlaganfall für Dummies.* (S. 200; 221–232). Weinheim: WILEY – VCH Verlag GmbH & CO KGaA.

Marshall, R.C. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders, 35,* 139-152.

Matausch, K., Peböck, B. (2010). *Studie zum Projekt "EasyWeb": Verbreitung und Einsatz von Einfacher Sprache in Europa & Österreich.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.ki-i.at/fileadmin/pdf/Studie%20Easy-Web%20final.pdf [2012, April 10].

Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. (2008). *Halt-Leichte Sprache*. [Online]. Verfügbar unter: http://www.leichtesprache.org/downloads/Regeln_Netzwerk_Leichte_Sprache.pdf [2012, April 20].

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. (2008). *Leichte Sprache: Leitfaden für die Erstellung von Briefen und Veröffentlichungen im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.* Mainz.

Mundt, H. (2010). Symptome - Begleitende Störungen - Praktische Hinweise zum Umgang mit aphasischen Menschen. [Online]. Verfügbar unter: http://www.tettricks.de/therapien/logopaedie/aphasie/index.php [2012, May 8].

Nederlandse Vereniging voor Neurologie- (2008). *Richtlijn: Diagnostiek, behandeling en zorg van patiënten met een beroerte.* Utrecht.

Neurologische Therapie RheinAhr. (2008). Besonderen Hinweise: Information für Ärzte, Fachberater und Therapeuten. [Online]. Verfügbar unter: http://www.neuro-therapie.de/hinweise.html [2012, February 17].

Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology, 21(1),* 89-123.

Pohlmann, M. (2007). *Die Aphasie-Selbsthilfegruppe: Theorie und Praxis – Von der Gründungsidee bis zur Umsetzung.* (S.4-58). Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller

Rochette, A., Corner-Bitensky, N., Tremblay, V., Kloda, L. (2008). Stroke rehabilitation information for clients and families: assessing the quality of the StrokeEnging-Family website. *Disability and Rehabilitation, 30(19),* 1506-1512.

Rodgers, H., Bond, S., Curless, R. (2001). Inadequacies in the provision of information to stroke patients and there families. *Age and Ageing, 30,* 129-133.

Rose, T., Worrall, L., McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principles for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology, 17(10),* 947-963.

Programma Versterking CliëntenPositie. (2008). *Hoe maak ik informatie toegankelijk? Informatie voor actieve lokale belangenbehartigers die willen dat hun informatie voor iedereen toegankelijk is.* Utrecht: VCP.

Pompea, S., Morrow, C.A. (2000). So You Want to Make a Science Educational CD – ROM? Ten Basic Questions to Consider. Space Science Institute and Pompea & Associates [Online]. Verfügbar unter: http://www.spacescience.org/education/papersCD_Rom_Template.pdf [2011, December 1].

Sackett, D.L., Sharon, E.S., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000). *Evidenced Based Medicine – How to Practice & Teach EBM,* (S. 3-14) Churchill: Livingstone.

Schlenck, K.J., Perleth, S. (2004). Langzeitverlauf bei Aphasie und der Effekt von Sprachtherapie in der chronischen Phase. *Die Sprachheilarbeit, 49 (6),* 269-274.

Scholte, A., Richter, M. (2008). Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Stimme Sprache Gehör, 32,* 147-156.

Schütz, S. (2009). Möglichkeiten der Angehörigenarbeit bei Aphasie – Ein Überblick. *Forum Logopädie, 3(23),* 10-15.

Statistisches Bundesamt (2012). *Bevölkerungsstand 2010.* [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Regionaldaten.html [2012, May 21].

Steiner, J. (Hrsg.). (2001). Von Aphasie mitbetroffen: zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener Menschen. *Erforschen und Behandeln der Sprache als Teilhabe an der Person*. (S.9-12). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Strigl, J. (2003). *„Normal ist, wenn man auszieht…" – Möglichkeiten der Begleitung des Ablösungsprozesses aus dem Elternhaus.* (S. 12-16) Köln: Universität zu Köln.

Tesak, J., (2006). *Einführung in die Aphasiologie.* (S. 2–6; 68–71;74–81) Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Tesak, J. (2007). *Aphasie – Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma; Ein Ratgeber für Angehörige und medizinische Fachberufe.* (S. 46 - 51). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Tesak, J. (2010). *Aphasie: Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel – Hirn – Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige und medizinische Fachberufe.* (S. 42–44; 46–51; 57). Idstein: Schulz – Kirchner Verlag.

Walsh, TM., Volsko, TA. (2008). Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care, 53(10),* 1310-1315.

Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2010). *Wege aus dem Sprachdschungel.* (S. 5–37; 71–124). Berlin: Springer Verlag.

Weiss, B.D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand – A Manual for clinicians.* [Online]. Verfügbar unter: http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf [2012, March 10].

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology, 25(3),* 309–322.

Van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., Mowles, C. (2005). Therapie and support services for people with long term stroke and aphasia and their relatives: a six month follow up study. *Clinical Rehabilitation, 19,* 372-381.

Ziegler, W. (2008). Leitlinien der DGN – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. [Online]. Verfügbar unter: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/ll08kap_099.pdf [2011, Juli 26].

Zielhuis, G.A., Heydendael, P.H.J.M., Matlha, J.C., van Reil. P.L.C.M. (2010). *Handleiding medisch-wetenschappelijk onderzoek.* (S. 94–105). Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

7. Anlagen

Anlage 1:

Glossar der vorliegenden Bachelorarbeit

A

Agnosie	neuropsychologische Störung; Unfähigkeit, Bedeutungen von sensorischen Reizen zu erfassen, wobei keine Störung der peripheren Sinnesorgane vorliegt
Agrammatismus	durch Fehlen von grammatikalischen Funktionswörtern charakterisierte Störung der Sprachproduktion; Patient spricht im Telegrammstil
Anamnese	systematische Befragung über die Vorgeschichte des Betroffenen und seiner Erkrankung
Aneurysma	begrenzte irreversibel verdünnte oder erweiterte Arterie
Anosognosie	das Nichterkennen der eigenen Körperhälfte infolge einer hirnorganischen Schädigung
anterior	anatomische Bezeichnung für „weiter vorne gelegen“
Aphasie	Sprachstörungen, die durch eine Beeinträchtigung der Sprachproduktion und/ oder des Sprachverständnisses entstehen
Apraxie	angeborene oder erworbene neurologische Bewegungsstörung, wobei willkürlich zielgerichtete und/oder zweckmäßige Bewegungen nicht mehr durchgeführt werden können

D

Dekubitus	Gewebe zerfällt aufgrund von zu langer Belastung; auch *Wundliegen* genannt

Dysphagie	Schluckstörung

E

efferent	lat. für „wegführend“
Eigenanamnese	Angaben, die während der Anamnese gemacht wurden, beruhen auf Aussagen des Patienten
Eigenbefragung	der Betroffene selbst wird schriftlich oder mündlich befragt
Epilepsie	anfallsartiges Krampfleiden ohne vorausgehende, erkennbare Ursache

F

Fazialisparese	Beeinträchtigung der Gesichts- und Lippenmuskulatur, meist durch eine Schädigung des Nervus facialis (VII. Hirnnerv) bedingt
Fremdanamnese	Angaben, die während der Anamnese gemacht werden, beruhen nicht auf die Aussage des Patienten selbst, sondern auf die eines Angehörigen, Bekannten oder sonstigem Dritten(z.B. Pflegekraft)
Fremdbefragung	Angehörige eines Betroffenen oder Fachpersonal wird schriftlich oder mündlich befragt

H

Hemianopsie	halbseitiger Ausfall des Gesichtsfeldes
Hemiparese	unvollständige Halbseitenlähmung, verursacht durch eine Schädigung der entgegengesetzten Hirnhälfte
Hemiplegie	Hemiplegie ist die komplette Lähmung einer Körperseite
Hemisphären	anatomische Bezeichnung der beiden Hirnhälften

Hirnatrophie	Schwund des Hirngewebes, bedingt durch Alter oder Krankheit
Hypoxie	Sauerstoffmangel in der Atemluft, der zur Sauerstoffunterversorgung des Körpers führt

I

Inzidenz	Häufigkeit des Neuauftretens einer bestimmten Krankheit innerhalb einer bestimmten Zeitspanne
Ischämie	Verminderung oder vollkommener Ausfall des Blutflusses in einer bestimmten Körperregion
ischämisch	siehe -> Ischämie

K

kognitiv	das Denken betreffend
Kompensation	Ersetzung
kortikal	den Kortex (Hirnrinde) betreffend

L

Läsion	Verletzung, Schädigung
Lobus frontalis	Lobus = Lappen; frontalis = zur Stirn gehörend; Frontalappen des Gehirns
Lobus parietalis	Lobus = Lappen; parietalis = zur Wand gehörend; Lappen, der hinter dem Frontallappen liegt; auch Parietallappen genannt
Lobus temporalis	Lobus = Lappen; temporalis = zur Schläfe gehörend; Lappen, der unterhalb und seitlich des Frontallappens und des Parietallappens liegt; auch Temporallappen genannt

M

motorisch	den Bewegungsablauf betreffend

N

Neglect	neurologische Aufmerksamkeitsstörung, bei der Raum- oder Körperhälften und/oder Objekthälften vernachlässigt werden

P

Paragrammatismus	Störung des Syntax (Satzbau- und Gliederung), wobei Satzverschränkungen und Verdopplungen von Satzteilen auftreten
Partizipation	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
post-onset	Zeitfenster nach dem Einsetzen der Symptome eines Schlaganfalls
posterior	anatomische Bezeichnung für „weiter hinten gelegen“
Prävalenz	Häufigkeit eines Vorkommens zum Beispiel einer Krankheit

R

recurring utterances	sich wiederholende Sprachäußerungen, auch Sprachautomatismen genannt
Restitution	Wiederherstellung

S

Signifikanz (statistische)	Unterschied zwischen zwei Variablen in der Statistik
Spontanremission	eine nicht durch eine Therapie eintretende Verbesserung der Erkrankung

Sprachautomatismen	ein ständig wiederkehrendes formstarres Wort, dass weder lexikalisch noch syntaktisch in den Kontext des Gesprächs passt und daher entgegen der Erwartung des Gesprächspartners hervorgebracht wurde
Sprechapraxie	Störung der Handlungsplanung beim Sprechen, wobei die Programmierung von Sprechbewegungen gestört ist
Subarachnoidalblutung	Blutung aufgrund eines geplatzten Gefäßes im Subarachnoidalraum (Raum, zwischen Gehirn und Schädelknochen)
Symptom	in der Medizin verwendetes Wort für typische Krankheitsanzeichen
Syndrom	Gruppe von Symptome, die bei einer Krankheit auftreten

T

Tooltip	Ein Tooltip beschreibt ein Pop-up-Fenster, welches eine Beschreibung und/ oder Erläuterung eines entsprechenden Wortes anzeigt.
transitorisch ischämische Attacke	ischämischer Schlaganfall (-> Ischämie), der nicht lange genug andauert, um eine Hirnschädigung oder einen Hirninfarkt auszulösen

U

überzufällig	Signifikanz ist hoch genug, um mehr als Zufall zu sein

V

vaskulär	die Blutgefäße betreffend

W

Wortfindungsstörungen	Schwierigkeiten beim Abruf eines passendes Wortes oder Ausdruckes

Z

zentrale Schmerzen	Schmerz, dessen Entstehungsherd im zentralen Nervensystem (Gehirn oder Rückenmark) liegt
zerebrovaskulär	das Gefäßsystem im Gehirn betreffend

Anlage 2:

Suchstrategie und –Begriffe vom Inhalt der Informations-CD-ROM

Da die Suchstrategien und –begriffe für den Inhalt der Informations-CD-ROM zu umfassend für eine Beschreibung in der Bachelorarbeit sind, werden diese im Folgenden näher erläutert.

Die Autoren haben bei der Recherche nach dem Inhalt der Informations-CD-ROM folgende Datenbanken und Online-Suchmaschinen genutzt:

- www.google.de
- www.google.nl
- www.scholar.google.de
- www.scholar.google.nl
- www.science-direct.com

Des Weiteren wurde Literatur aus den Bibliotheken der *Hogeschool Zuyd Heerlen* sowie der *Universitäts- und Stadtbibliothek Köln* verwendet.
Eine genaue Übersicht der studierten Literatur ist im Literaturverzeichnis der Informations-CD-ROM zu finden.

1. Suchbegriffe zum Thema „Welche Versicherung leistet was?“

- Deutsche Sozialversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Pflegeversicherung
- Gesetzliche Arbeitslosenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Krankenversicherung

2. Suchbegriffe zum Thema „Pflegestufe“

- Pflegestufe
- Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2
- Pflegestufe 3
- Pflegebedürftigkeit
- Behinderung AND Pflege
- Pflegeverrichtungen
- Medizinischer Dienst
- MEDICPROOF
- Pflegegutachten

3. Suchbegriffe zum Thema „Betreuungsrecht“

- Betreuungsrecht
- Betreuung
- Betreuer
- Gesetzliche Betreuung
- Betreuungsgesetz
- Definition Betreuung

4. Suchbegriffe zum Thema „Schwerbehindertenausweis“

- Schwerbehindertenausweis
- Schwerbehindertenausweis AND Beantragung
- Schwerbehindertenausweis AND Nutzen
- Schwerbehindertenausweis AND Antrag
- Grad der Behinderung

5. Suchbegriffe zum Thema „Aphasiker-Ausweis“

- Aphasikerausweis
- Ausweis UND Aphasie

6. Suchbegriffe zum Thema „Wiedereingliederung in den Beruf“

- stufenweise Wiedereingliederung
- Wiedereingliederung in den Beruf
- Beruf AND Schlaganfall
- Beruf AND Aphasie
- berufliche Rehabilitation AND Aphasie
- Heidelberger Aphasiemodell
- HAM AND Aphasie
- work AND stroke
- aphasia AND work
- aphasia AND rehabilitation AND work

7. Suchbegriffe zum Thema „Autofahren nach dem Schlaganfall“

- Schlaganfall AND Autofahren
- Führerscheinstelle
- Auto fahren AND Schlaganfall
- Schlaganfall AND Fahreignung
- Autofahren AND Hirninfarkt

8. Suchbegriffe zum Thema „Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation“

- Kommunikationstipps
- Kommunikationstipps AND Aphasie
- communicatietips
- communicatietips AND aphasia
- communication AND aphasia
- communication tips AND aphasia

9. Suchbegriffe zum Thema „Unterstütze Kommunikation“

- Kommunikationshilfen
- unterstütze Kommunikation
- unterstütze Kommunikation AND Aphasie
- unterstütze Kommunikation AND Kommunikationsstörungen
- unterstütze Kommunikation AND zentral erworbene Kommunikationsstörungen
- unterstütze Kommunikation AND Erwachsene
- Hilfsmittel AND rechtliche Grundlagen
- Kommunikationshilfen AND Produkte

10. Suchbegriffe zum Thema „Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt“

- Hilfsmittel
- Pflegehilfsmittel
- Hilfsmittel AND Schlaganfall
- Hilfsmittel AND Aphasie
- Hilfsmittel Freizeit AND Schlaganfall
- Hilfsmittel Mobilität AND Schlaganfall
- Hilfsmittel Haushalt AND Schlaganfall
- Hilfsmittel AND Senioren

11. Suchbegriffe zum Thema „Ratschläge zur Freizeitgestaltung“

- Freizeit AND Schlaganfall
- Freizeitgestaltung AND Schlaganfall
- Freizeit AND Aphasie
- Freizeitgestaltung AND Aphasie
- Ratschlag AND Freizeitgestaltung
- Sport AND Schlaganfall
- Sport AND Aphasie

12. Suchstrategie- und Begriffe zum Thema „Selbsthilfegruppen“

- Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfegruppen AND Aphasie
- Selbsthilfegruppen AND Angehörige
- Aphasie-Selbsthilfegruppen
- Ziele von Selbsthilfegruppen
- Aufgaben von Selbsthilfegruppen

Anlage 3:

Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Literaturstudie zu den Bedürfnissen von Betroffenen und deren direktem Umfeld

Datenbank und Online-Suchmachine	Suchbegriffe	erhaltene Treffer
www.google.de	Aphasie AND Partizipation	24.600 Treffer
	Aphasie And Bedürfnisse	156.000 Treffer
	Aphasie AND Informationen	112.000 Treffer
	Aphasie AND direktes Umfeld	1.960 Treffer
	aphasiefreundlich AND Umgebung	4 Treffer
	aphasia friendly environment	36.100 Treffer
	aphasia AND needs	2.780.000 Treffer
	aphasia AND direct environment	1.090.000 Treffer
	aphasia AND psychosocial problems	525.000 Treffer
	aphasia AND need for information	11.700.000 Treffer
	aphasia AND information access	5.290.00 Treffer
	aphasia AND relatives	1.850.000 Treffer
	aphasia AND rehabilitation	2.910.000 Treffer
	participation AND aphasia	499.000 Treffer
	participation AND neurological rehabilitation	3.190.000 Treffer
	participation AND stroke	15.400.000 Treffer
www.google.nl	afasievriendelijk AND omgeving	26 Treffer
	afasie AND partners	168.000 Treffer

	afasie AND behoeften	93.300 Treffer
	afasie AND levenskwaliteit	5.650 Treffer
	afasie AND participatie	24.800 Treffer
www.medpilot.de	Aphasie AND Partizipation	952 Treffer
	Aphasie AND Bedürfnisse	1.698 Treffer
	Aphasie AND Informationen	1.205 Treffer
	Aphasie AND direktes Umfeld	26 Treffer
	aphasiefreundliche AND Umgebung	0 Treffer
	aphasia friendly environment	17 Treffer
	aphasia AND needs	1.706 Treffer
	aphasia AND direct environment	71 Treffer
	aphasia AND psychosocial problems	123 Treffer
	aphasia AND information access	330 Treffer
	aphasia AND relatives	4.872 Treffer
	aphasia AND rehabilitation	2.294 Treffer
	participation AND aphasia	954 Treffer
	participation AND neurological rehabiliation	3.403 Treffer
	participation AND stroke	98.459 Treffer
www.scholar.google.de	Aphasie AND Partizipation	5.530 Treffer
	Aphasie AND Bedürfnisse	1.620 Treffer
	Aphasie AND Informationen	11.900 Treffer
	Aphasie AND direktes Umfeld	1.100 Treffer
	aphasiefreundlich AND Umgebung	3 Treffer

	aphasia friendly environment	4.050 Treffer
	aphasia AND needs	34.100 Treffer
	aphasia AND direct environment	24.200 Treffer
	aphasia AND psychosocial problems	8.500 Treffer
	aphasia AND need for information	51.200 Treffer
	aphasia AND relatives	29.900 Treffer
	aphasia AND rehabilitation	31.200 Treffer
	participation AND aphasia	20.900 Treffer
	participation AND neurological rehabilitation	44.000 Treffer
	participation AND stroke	463.000 Treffer
www.scholar.google.nl	afasievriendelijk AND omgeving	105 Treffer
	afasie AND partners	474 Treffer
	afasie AND behoeften	426 Treffer
	afasie AND levenskwaliteit	48 Treffer
	afasie AND participatie	162 Treffer
www.pubmed.com	aphasia friendly environment	0 Treffer
	aphasia AND needs	104 Treffer
	aphasia AND direct environment	0 Treffer
	aphasia AND psychosocial problems	8 Treffer
	aphasia AND need for information	17 Treffer
	aphasia AND information access	64 Treffer
	aphasia AND relatives	460 Treffer

	aphasia AND rehabilitation	2.019 Treffer
	participation AND aphasia	107 Treffer
	participation AND neurological rehabilitation	158 Treffer
	participation AND stroke	1.147 Treffer
www.science-direct.com	aphasia friendly environment	12 Treffer
	aphasia AND needs	929 Treffer
	aphasia AND direct environment	202 Treffer
	aphasia AND psychosocial problems	78 Treffer
	aphasia AND need for information	732 Treffer
	aphasia AND information access	619 Treffer
	aphasia AND relatives	1.542 Treffer
	aphasia AND rehabilitation	5.259 Treffer
	participation AND aphasia	3.155 Treffer
	participation AND neurological rehabilitation	5.870 Treffer
	participation AND stroke	29.130 Treffer

Anlage 4:

Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Literaturstudie zur Verwendung einer CD-ROM

Datenbank und Online-Suchmaschine	**Suchbegriffe**	**erhaltene Treffer**
www.google.de	Gestaltung AND CD-ROM	1.340.000 Treffer
	technischer Aufbau AND CD-ROM	6.570.000 Treffer
	Nutzung AND CD-ROM	2.110.000 Treffer
	Entwicklung AND CD-ROM	3.480.000 Treffer
	Informations-CD-ROM	179.000.000 Treffer
	how to make a CD-ROM	285.000.000 Treffer

Anlage 5:

Suchbegriffe mit entsprechenden Treffern der Literaturstudie zum Thema „klientenfreundliche Sprache“

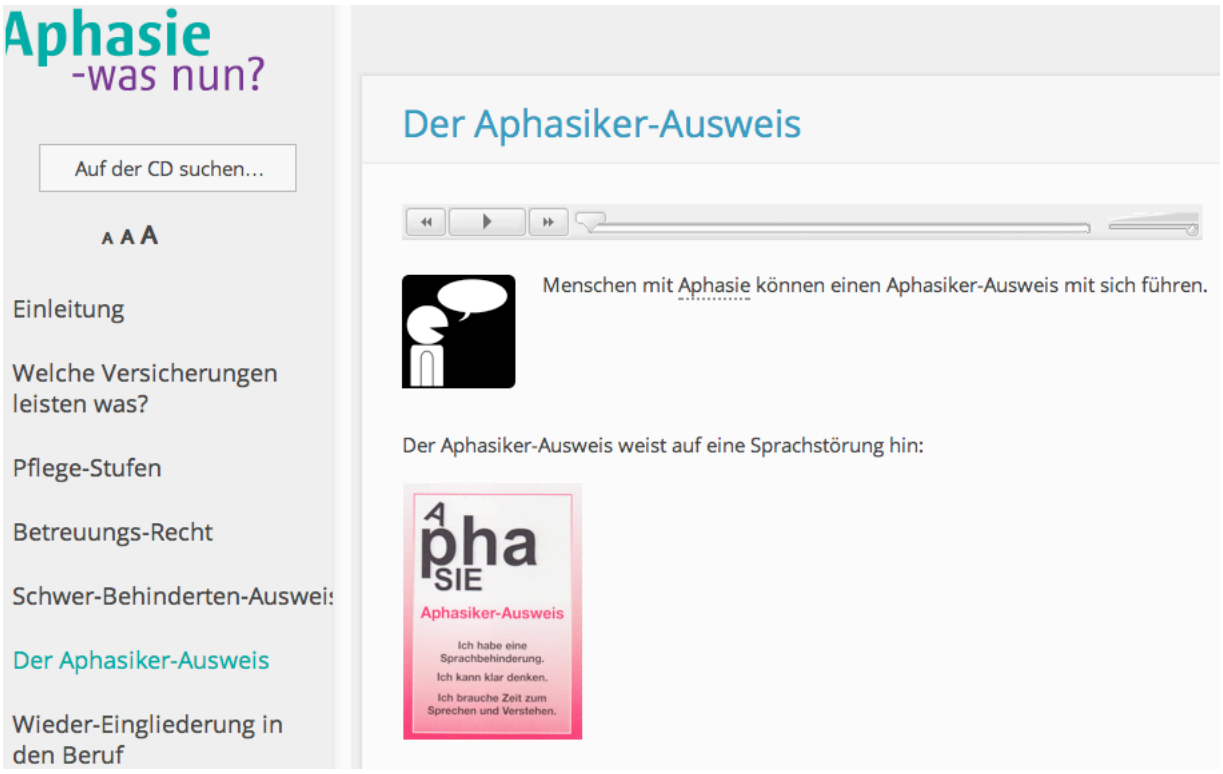
Datenbank und Online-Suchmaschine	Suchbegriffe	erhaltene Treffer
www.google.de	leichtes Lesen	19.800.000 Treffer
	leichte Sprache	22.400.000 Treffer
	leichtes Schreiben	89.600.000 Treffer
	patientenfreundliche Sprache	17.100 Treffer
	leicht lesbare Informationen	1.340.000 Treffer
	Kriterien leichte Sprache	485.000 Treffer
	aphasia-friendly information	2.210.000 Treffer
	aphasia-friendly written information	732.000 Treffer
	readability of written information	6.090.000 Treffer
www.google.nl	toegankelijk schrijven	2.040.000 Treffer
	patiëntvriendelijke informatie	75.100 Treffer
	patiëntvriendelijk schrijven	6.260 Treffer

Anlage 6:

Bildliche Auszüge der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“

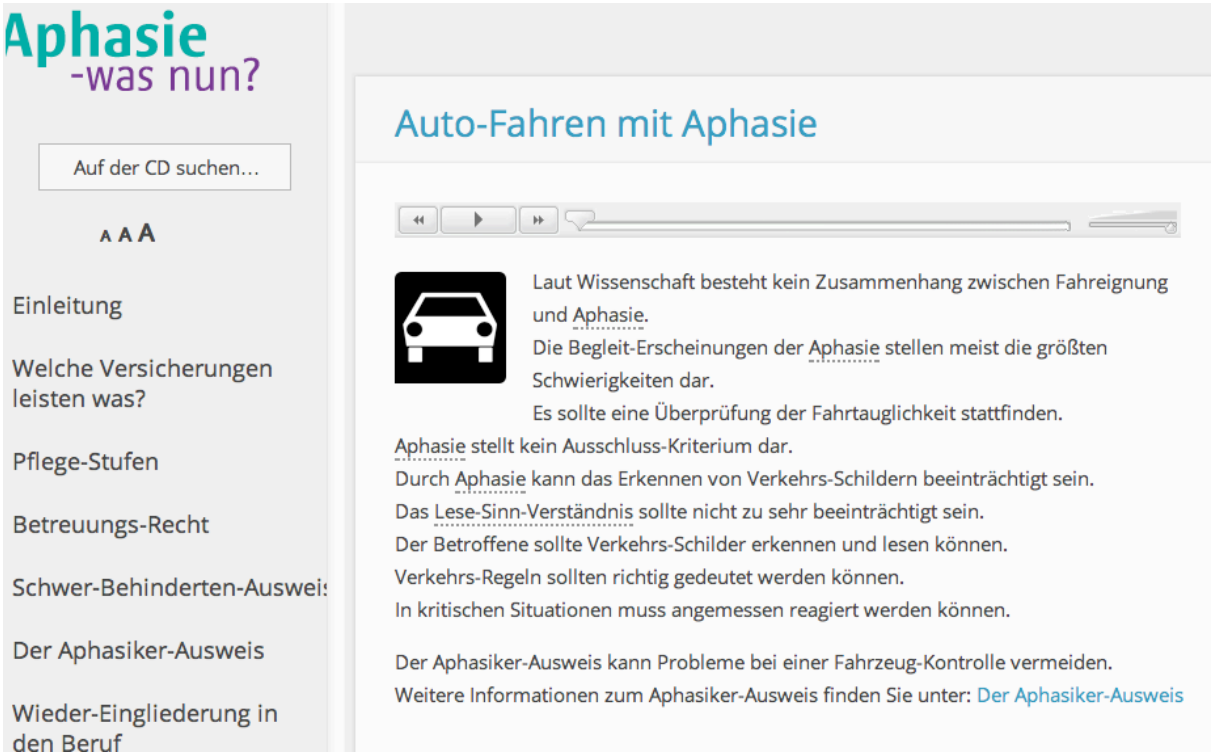
Beispielaufnahme der Einleitung

Beispielaufnahme des Kapitels „Der Aphasiker-Ausweis“

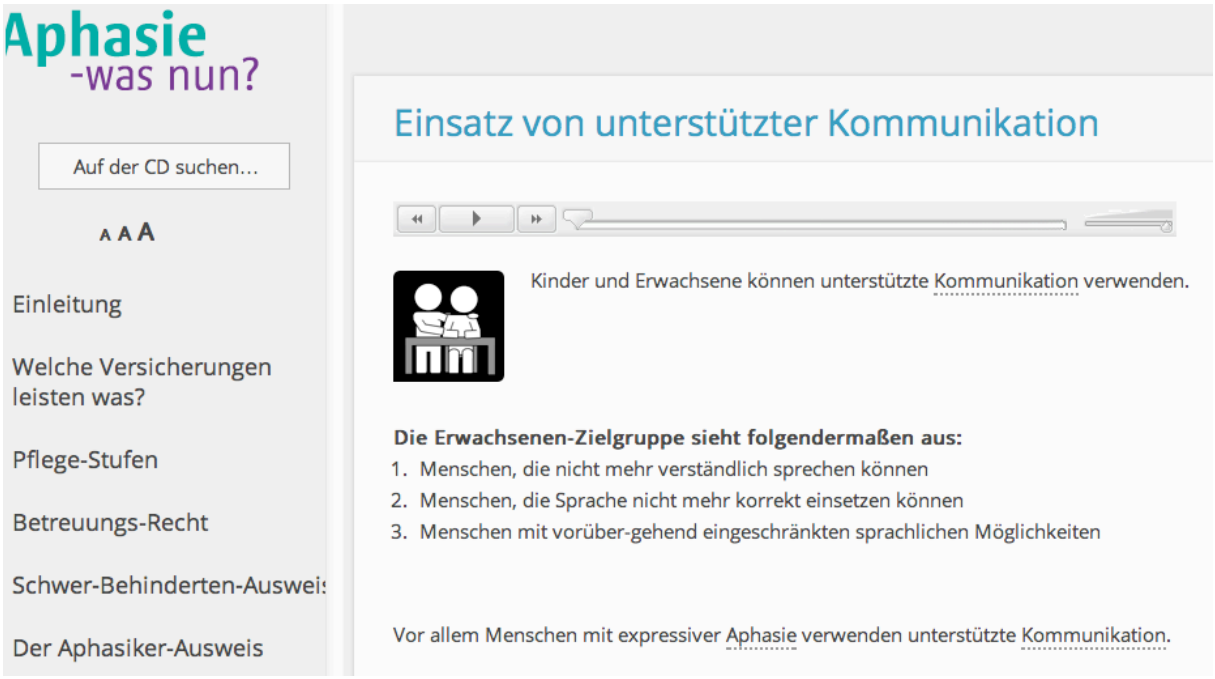


Beispielaufnahme des Kapitels „Wieder-Eingliederung in den Beruf“

Beispielaufnahme des Kapitels „Auto-Fahren nach dem Schlag-Anfall“

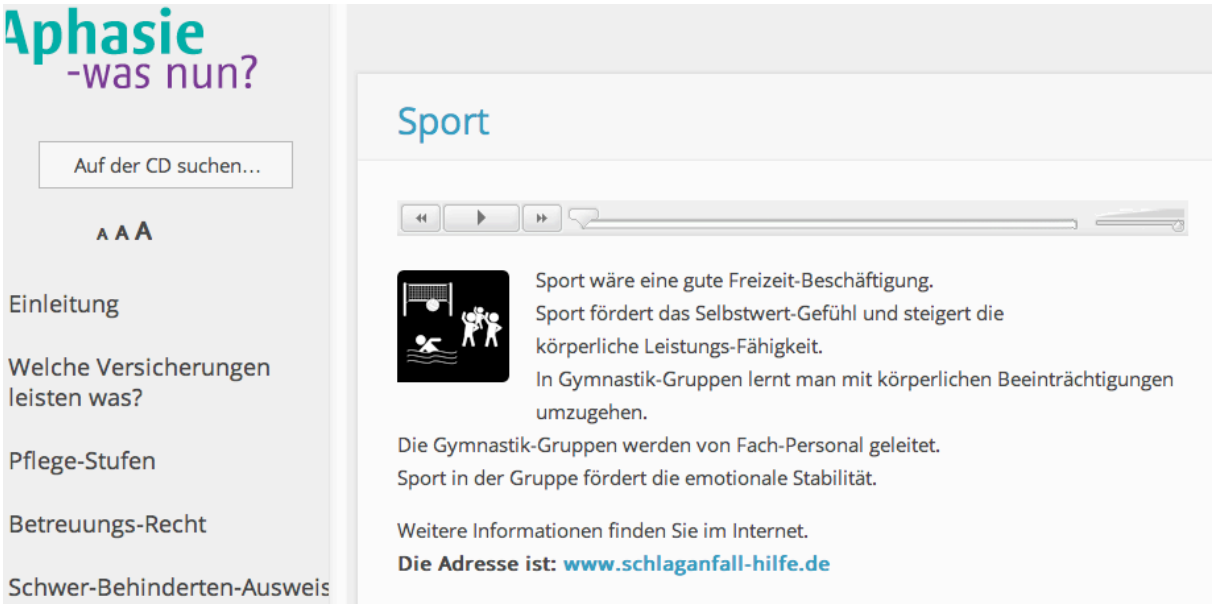


Beispielaufnahme des Kapitels „Unterstützte Kommunikation“



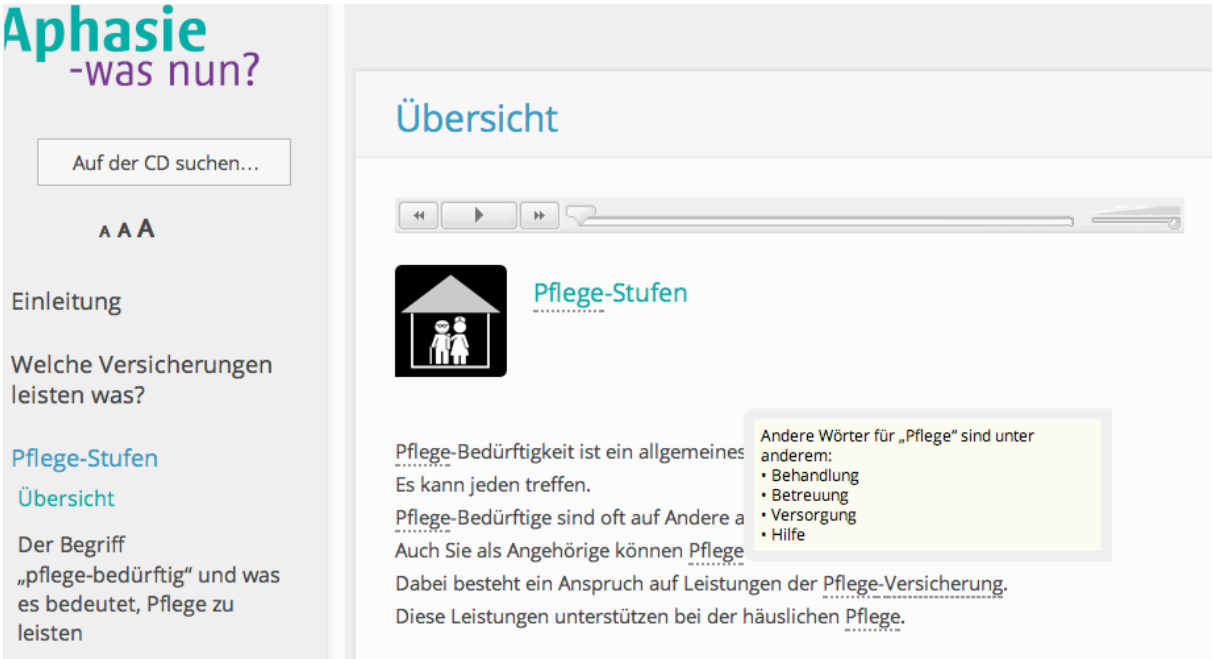
Beispielaufnahme des Kapitels „Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt“

Beispielaufnahme des Kapitels „Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung“

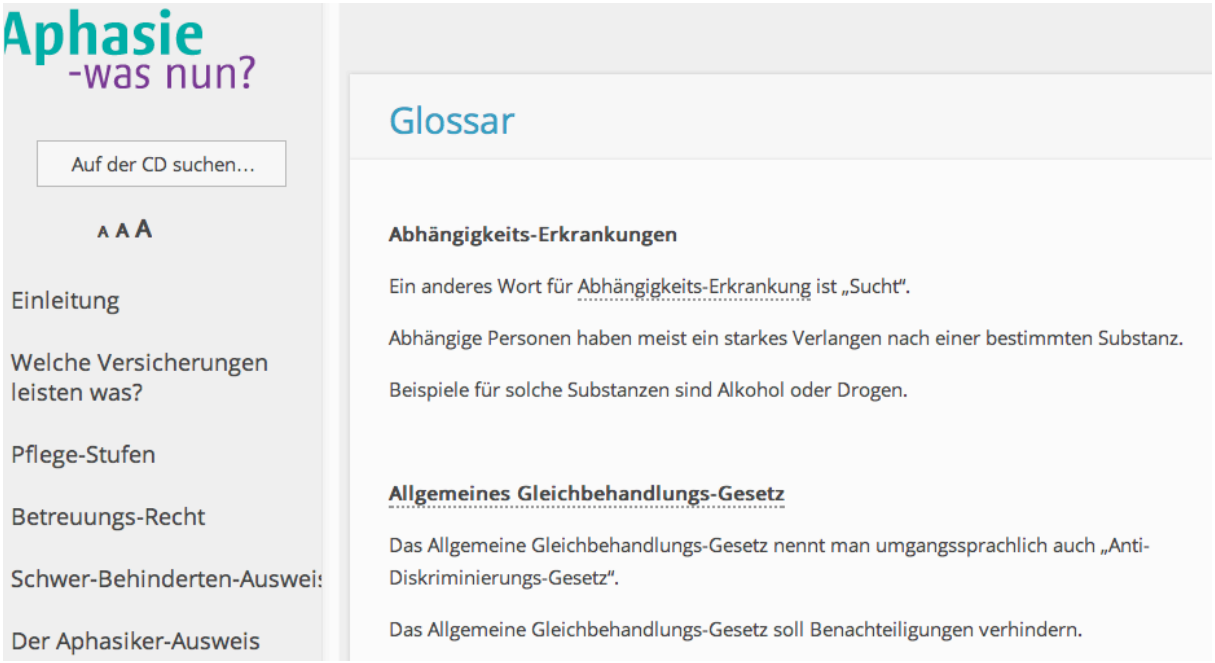


Beispielaufnahme des Kapitels „Selbsthilfe-Gruppen“

Beispielaufnahme eines geöffneten Tooltips



Beispielaufnahme des Glossars



Anlage 7:

Gesamter Inhalt der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“

Im folgenden Anhang wird der gesamte Inhalt der Informations-CD-ROM wiedergegeben. Es ist zu erwähnen, dass im eigentlichen Inhalt der Informations-CD-ROM sowohl Piktogramme, Bilder als auch Fotos aufgenommen sind. Hierauf wird in dieser Anlage aus technischen Gründen verzichtet. Diese Anlage zeigt jedoch die klientenfreundliche Schreibweise in Form von der Verwendung von Bindestrichen. Des Weiteren sind die unterstrichenen Wörter ersichtlich, zu denen auf der Informations-CD-ROM eine Erklärung gegeben wird.
Anlage 6 gewährt einen Einblick in das Layout der Informations-CD-ROM „Aphasie – was nun?“.

Einleitung

Herzlich Willkommen bei **Aphasie – was nun?**

Wir freuen uns, Sie hier begrüßen zu dürfen.
Diese Informations-CD-ROM soll Sie im Alltag nach dem Schlaganfall begleiten.
Wir hoffen, dass die aufgeführten Informationen die Teilhabe am Leben erleichtern.

Die Informations-CD-ROM ist in **leichter Sprache** geschrieben.
Dies soll die Verständlichkeit vom Inhalt erleichtern.
Daher finden Sie Piktogramme und Bilder vor.
Lange Worte sind mit Binde-Strichen getrennt.

Um die Schrift-Größe zu verändern, finden Sie oben rechts folgende Symbole:
A A A

Am linken Bildrand finden Sie den Inhalt dieser Informations-CD-ROM.

Um das gewünschte Thema zu öffnen, folgen Sie diesen Schritten:

1. Suchen Sie sich Ihr gewünschtes Thema aus.
2. Fahren Sie mit dem Maus-Zeiger auf den Titel vom Thema.
3. Klicken Sie mit der linken Maus-Taste auf den Titel vom Thema.
4. Ihr gewünschtes Thema öffnet sich nun in einer weiteren Seite.
5. Nun können Sie die gewünschten Informationen lesen.

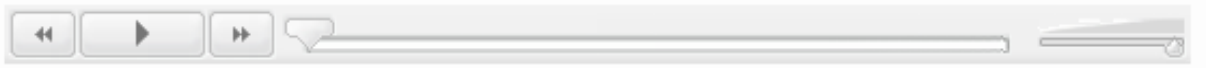
Im gesamten Inhalt finden Sie unter-strichene Wörter.
Diese Wörter werden Ihnen erklärt.
Um eine Erklärung zu erhalten, gehen Sie folgender-maßen vor:

1. Fahren Sie mit dem Maus-Zeiger auf das unter-strichene Wort.
2. Klicken Sie mit der linken Maus-Taste auf das unter-strichene Wort.
3. Die Erklärung vom unter-strichenen Wort öffnet sich.

Im Folgenden finden Sie ein Beispiel:

> „Kommunikation spielt in vielen Berufs-Feldern eine wichtige Rolle."

Um sich den Inhalt anhören zu können, finden Sie oben rechts folgendes Symbol:



Im gesamten Inhalt finden Sie jeweils die männliche Bezeichnung.
Beispiele hierfür sind „Betreuer“ und „Betroffener“.
Hierbei ist jeweils auch die weibliche Person gemeint.
Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit **Aphasie – was nun?**.
Sollten Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, können Sie uns kontaktieren:

Name: Doris Esser
Handy-Nummer: 0175 4 72 35 67
E-Mail: dorisesser89@web.de

Name: Dana Krisch
Handy-Nummer: 0172 2 60 50 22
E-Mail: danakrisch2001@web.de

Welche Versicherungen leisten was?

Die Sozial-Versicherungen bieten Schutz vor persönlichen Notlagen.
Ziel der Sozial-Versicherungen ist es, allen Personen einen Versicherungs-Schutz zu ermöglichen.
Die Sozial-Versicherungen bestehen aus 5 verschiedenen Versicherungs-Arten:

In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Sozial-Versicherungen:

- Die gesetzliche Renten-Versicherung
- Die gesetzliche Kranken-Versicherung
- Die gesetzliche Pflege-Versicherung
- Die gesetzliche Unfall-Versicherung
- Die Arbeitslosen-Versicherung

Die gesetzliche Renten-Versicherung

1. Die Versicherten der gesetzlichen Renten-Versicherung

   Die gesetzliche Renten-Versicherung ist eine Pflicht-Versicherung.
   Grundsätzlich sind folgende Personen versichert:
   - alle Arbeit-Nehmer
   - Auszubildende
   - bestimmte Gruppen selbstständiger Personen (beispielsweise Handwerks-Meister, Lehrer, Erzieher, Hebammen, Künstler, Publizisten)
   - nicht-erwerbstätige Personen
   - Bezieher von Entgelt-Leistungen (Kranken-Geld, Arbeitslosen-Geld, Unterhalts-Geld)
   - Menschen mit Behinderung, die in Behinderten-Werkstätten arbeiten
   - Eltern während der Eltern-Zeit

2. Leistungen der gesetzlichen Renten-Versicherung

   Die gesetzliche Renten-Versicherung bietet einen lebenslangen Schutz gegen die Erwerbs-Minderung.
   Auch Risiken wie Alter und Tod sind abgesichert.
   Die Haupt-Aufgabe ist die Finanzierung von Renten.
   Renten verhindern Alters-Armut.
   Die Renten-Versicherung kann Renten aus folgenden Gründen zahlen:
   - Renten aufgrund vom Alter
     Ein Versicherter kann mit frühestens 60 Jahren einen Renten-Antrag stellen.
     Die Regel-Alters-Grenze liegt momentan bei 65 Jahren.

Die Renten-Versicherung zahlt folgende Renten:

- Regel-Rente ab dem 65. Lebensjahr
- Alters-Rente für lang-jährige Versicherte
- Alters-Rente für schwer-behinderte Menschen
- Alters-Rente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Alters-Teilzeit-Arbeit
- Alters-Rente für lang-jährige unter Tage beschäftigte Berg-Leute

- Renten aufgrund von verminderter Erwerbs-Tätigkeit

  Die Zahlung der Rente hängt vom Grad der Erwerbs-Minderung ab.
  Ein ärztliches Gutachten ist hierfür erforderlich.
  Die Höhe der Rente hängt von der Arbeits-Fähigkeit vom Betroffenen ab.

  Unter 3 Stunden pro Tag erwerbs-tätig:
  Betroffener erhält volle Erwerbs-Minderungs-Rente.

  3 bis 6 Stunden pro Tag erwerbs-tätig:
  Betroffener erhält halbe Erwerbs-Minderungs-Rente.

  Mehr als 6 Stunden pro Tag erwerbs-tätig:
  Betroffener hat keinen Anspruch auf Erwerbs-Minderungs-Rente.

  Für geltende Ansprüche muss der Betroffene 5 Jahre versichert sein.
  Ausgeschlossen hiervon sind Arbeits-Unfälle oder Berufs-Krankheiten.
  Hierbei besteht Anspruch auf Erwerbs-Minderungs-Rente ab dem Tag der

Arbeits-Aufnahme.
Erwerbs-Minderungs-Renten zahlt man meist für begrenzte Zeit.
Danach prüft die Renten-Versicherung den Anspruch erneut.

- Renten aufgrund von Tod
  Die Renten-Versicherung zahlt diese Renten als:
  - Kleine Witwen- oder Witwer-Rente
  - Große Witwe- oder Witwer-Rente
  - Erziehungs-Rente
  - Rente an den geschiedenen Ehe-Gatte
  - Waisen-Rente

Auch Leistungen der Rehabilitation gehören zu den Leistungen der gesetzlichen Renten-Versicherung.
Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente".
Rehabilitation verhindert das Zahlen von früh-zeitiger Rente.
Außerdem fördert die Rehabilitation die Arbeits-Kraft vom Versicherten.
Die Leistungen umfassen medizinische und andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-Leben.
Nähere Informationen zur beruflichen Rehabilitation erhalten Sie unter:
Wieder-Eingliederung in den Beruf

3. Finanzierung der Renten-Versicherung

Folgende Beiträge finanzieren die Renten-Versicherung:

- Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeit-Geber

- Zuschüsse vom Bund
- sonstige Einnahmen der Versicherungs-Träger

Zur Zeit beträgt der Beitrags-Satz für Versicherte rund 20 Prozent vom Brutto-Lohn.
Diesen Beitrags-Satz finanzieren die Arbeit-Geber und Arbeit-Nehmer jeweils zur Hälfte.
Es gilt:
Wer einen höheren Beitrag zahlt, der bekommt eine höhere Rente.

Die gesetzliche Kranken-Versicherung

1. Die Versicherten der gesetzlichen Kranken-Versicherung

   Etwa 90 Prozent der Bevölkerung ist in gesetzlichen Kranken-Versicherungen versichert.
   Die gesetzliche Kranken-Versicherung ist eine Pflicht-Versicherung.
   Versicherte dürfen selbst entscheiden, bei welcher Kranken-Kasse sie sich versichern.
   Folgende Personen sind versicherungs-pflichtig:
   - Arbeit-Nehmer, einschließlich Auszubildende
   - Bezieher von Arbeits-Losen-Geld oder Arbeits-Losen-Hilfe
   - land-wirtschaftliche Unternehmer und deren Familien-Angehörige
   - Künstler und Publizisten
   - Personen in Einrichtungen der Jugend-Hilfe
   - Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-Leben

- Menschen mit Behinderung in anerkannten Werkstätten, Anstalten, Heimen oder gleich-artigen Einrichtungen
- Studenten
- Praktikanten und Auszubildende ohne Arbeits-Entgelt
- Auszubildende im zweiten Berufs-Weg
- Rentner, die eine bestimmte Vorversicherungs-Zeit erfüllt haben

Nicht versichert sind:

- Beamte
- Richter
- Lehrer
- die Mehrheit der Selbstständigen
- Pensionäre

Auch Ehe- oder Lebens-Partner, sowie Kinder von Mitgliedern sind mitversichert.

2. Leistungen der gesetzlichen Kranken-Versicherung

Die gesetzliche Kranken-Versicherung garantiert eine optimale Versorgung mit Gesundheits-Leistungen.
Die Leistungen gewährt die Versicherung nach dem Bedarfs-Prinzip.
Vertrags-Ärzte überprüfen die Art und den Umfang der nötigen Leistungen.
Die Haupt-Aufgaben der gesetzlichen Kranken-Versicherung sind:

- Gesundheit von Versicherten zu erhalten
- Gesundheit von Versicherten wieder-herzustellen
- Gesundheit von Versicherten zu verbessern

Hierbei ist das Leistungs-Spektrum weit gefächert.
Die gesetzliche Kranken-Versicherung bietet folgende Leistungen:

- Sach-Leistungen, Dienst-Leistungen, Geld-Leistungen
  - Medikamente (Sach-Leistungen)
  - Krankenhaus-Behandlungen (Sach-Leistungen)
  - ärztliche Behandlungen (Dienst-Leistungen)
  - Kranken-Geld bei Arbeits-Unfähigkeit (Geld-Leistungen)
  - Mutterschafts-Geld (Geld-Leistungen)

- Gesundheits-Förderung und Krankheits-Verhütung
  - Schutz-Impfungen
  - Gesundheits-Vorsorge bei Schwangeren
  - Krebs-Vorsorge

- Früh-Erkennung von Krankheiten

  Die gesetzliche Kranken-Versicherung übernimmt alle Kosten für notwendige Vorsorge-Maßnahmen.
  Versicherte ab dem 35. Lebensjahr haben Anspruch auf einen Gesundheits-Check.
  Der Gesundheits-Check kann alle 2 Jahre durchgeführt werden.
  Die gesetzliche Kranken-Kasse übernimmt hierbei alle Kosten.

- Kranken-Behandlungen
  - ärztliche und zahn-ärztliche Behandlungen
  - Krankenhaus-Behandlungen
  - Arznei-Mittel, Verbands-Mittel,

Heilmittel, Hilfsmittel

- häusliche Kranken-Pflege
- bei Versicherten bis zum 18. Lebens-Jahr auch kiefer-orthopädische Behandlungen
- Maßnahme zur Vorsorge und Rehabilitation

- Kranken-Geld

  Alle Arbeit-Nehmer, die arbeits-unfähig sind, bekommen Kranken-Geld.
  Die Kranken-Versicherung zahlt das Kranken-Geld als Fortzahlung vom Arbeits-Entgelt.

- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

  Für Mitglieder besteht in der Schwangerschaft Anspruch auf Mutterschafts-Geld.
  Dieses zahlt die gesetzliche Kranken-Versicherung 6 Wochen vor der Geburt.
  Die Versicherte erhält zudem 8 Wochen nach der Geburt Mutterschafts-Geld.

- Leistungen im Ausland

  Mit einer europäischen Kranken-Versicherungs-Karte besteht Versicherungs-Schutz in den folgenden Ländern:

  - Alle 27 europäische Staaten
  - Bosnien-Herzegowina
  - Kroatien
  - Island
  - Lichtenstein
  - Marokko
  - Mazedonien
  - Montenegro
  - Norwegen

- Schweiz
- Serbien
- Türkei
- Tunesien

Für nähere Informationen informieren Sie sich bei Ihrer Kranken-Versicherung.

3. Finanzierung der gesetzlichen Kranken-Versicherung

   Die gesetzliche Kranken-Versicherung finanziert sich durch die Beiträge der Versicherten.
   Die Beitrags-Höhe ist abhängig von den Leistungen der jeweiligen Versicherten.
   Es gilt ein Beitrags-Satz von rund 16 Prozent.
   Arbeit-Nehmer und Arbeit-Geber tragen den Beitrags-Satz zusammen.
   Der Arbeit-Nehmer zahlt rund 8 Prozent.
   Der Arbeit-Geber zahlt rund 7 Prozent.

Die gesetzliche Pflege-Versicherung

1. Die Versicherten der gesetzlichen Pflege-Versicherung

Die gesetzliche Pflege-Versicherung ist eine Pflicht-Versicherung.
Die gesetzliche Pflege-Versicherung gehört den gesetzlichen Kranken-Versicherungen an.
Es gilt der Grundsatz: „Pflege-Versicherung folgt der Kranken-Versicherung".
Versicherte einer gesetzlichen Kranken-Kasse sind auch immer pflege-versichert.
Hierbei sind auch Familien-Angehörige mitversichert.
Privat-versicherte müssen eine private Pflege-Versicherung abschließen.

2. Leistungen der gesetzlichen Pflege-Versicherung

   Die gesetzliche Pflege-Versicherung sichert das finanzielle Risiko von Pflege-Bedürftigkeit ab.
   Grundsätzlich gilt: „Rehabilitation vor Pflege".
   Die gesetzlichen Kranken-Kassen überprüfen die bereit-gestellten Leistungen.
   Maß-gebend für die Höhe der Leistungen ist der Grad der Hilfs-Bedürftigkeit.
   Der Medizinische Dienst stellt den Pflege-Bedarf fest.
   Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter: Pflege-Stufen

   Der Betroffene kann die Leistungen als Geld- oder Sach-Leistungen wahrnehmen.
   Folgende Leistungen stellt die Pflege-Versicherung zur Verfügung:
   - Pflege-Kurse für Angehörige und ehren-amtliche Pflege-Personen
   - Pflege-Geld für selbst-beschaffte Pflege-Hilfe
   - Tages- und Nacht-Pflege
   - Pflege-Hilfs-Mittel und technische Hilfen
   - Zuschüsse zur pflege-gerechten Gestaltung der Wohnung

3. Finanzierung der gesetzlichen Pflege-Versicherung

   Die Pflege-Versicherung finanziert sich aus den Beiträgen der Versicherten.
   Die Beitrags-Höhe beträgt rund 2 Prozent.
   Arbeit-Nehmer und Arbeit-Geber übernehmen die Beitrags-Höhe gleicher-maßen.
   Jeder bezahlt rund 1 Prozent vom Beitrag.

Die gesetzliche Unfall-Versicherung

1. Die Versicherten der gesetzlichen Unfall-Versicherung

   Die gesetzliche Unfall-Versicherung ist eine Pflicht-Versicherung.
   Die gesetzliche Unfall-Versicherung sichert jeden Arbeit-Nehmer und Arbeit-Geber ab.
   Die gesetzliche Unfall-Versicherung besteht aus:
   - der Berufs-Genossenschaft der gewerblichen Wirtschaft
   - der Berufs-Genossenschaft der Land-Wirtschaft

   In der öffentlichen Hand sind dies die:
   - Gemeinde-Unfall-Versicherungs-Verbände
   - Unfall-Kassen

   Durch die gesetzlichen Kranken-Versicherungen erhalten folgende Personen Schutz:
   - Arbeit-Nehmer und Arbeit-Geber sowie deren Familien-Angehörige
   - Land-Wirte und deren Familien-Angehörige
   - Kinder in einer Tages-Einrichtung
   - Schüler
   - Studenten
   - Menschen mit Behinderung, die in Behinderten-Werkstätten arbeiten
   - Helfer bei Unglücks-Fällen
   - Zivil- und Katastrophen-Schutz-Helfer
   - Blut- und Organ-Spender
   - häuslich Pflegende und Haushalts-Hilfen
   - Helfer bei nicht gewerbsmäßigen Haushalts-Hilfen

- Ehren-amtliche Personen-Gruppen: für Bund, Land, eine Gemeinde oder eine andere öffentlich-rechtliche Institution
- Zeugen vor Gericht
- Arbeitslose und Sozial-Hilfe-Empfänger bei Erfüllung ihrer Melde-Pflicht
- Straf-Gefangene
- Entwicklungs-Helfer
- freiwillig versicherte Unternehmer

2. Leistungen der gesetzlichen Unfall-Versicherung

   Arbeits-Unfälle oder Schul-Unfälle fallen unter den Schutz der Unfall-Versicherung.
   Unfälle auf dem Arbeits-Weg fallen unter den Versicherungs-Schutz der Unfall-Versicherung.
   Die Aufgaben der Unfall-Versicherung lassen sich in 3 Bereiche gliedern:
   - Verhütung von Arbeits-Unfällen, Berufs-Krankheiten und arbeits-bedingter Gesundheits-Gefahren
   - Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungs-Fähigkeit bei Arbeits-Unfällen oder Berufs-Krankheiten
   - Gelingt das nicht mehr, so gilt:
     Entschädigung vom Versicherten und Hinterbliebenen durch Geld-Leistungen

   Bei einem Versicherungs-Fall sorgt die Unfall-Versicherung für:
   - eine best-mögliche medizinische Rehabilitation
   - eine best-mögliche berufliche Rehabilitation
   - eine best-mögliche soziale Rehabilitation

- eventuelle Entschädigungen

Hierzu erbringt die Versicherung folgende Leistungen:

- umfassende Heil-Behandlung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-Leben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- ergänzende Leistungen
- Geld-Leistungen an Versicherte und Hinterbliebene

In folgenden Fällen zahlt die Versicherung eine Rente:

- keine vollständige Wieder-Herstellung der Erwerbs-Fähigkeit nach einem Unfall
- keine vollständige Wieder-Herstellung der Erwerbs-Tätigkeit nach einer Berufs-Krankheit

Dies gilt bei einer Erwerbs-Minderung von mindestens 20 Prozent.

3. Finanzierung der gesetzlichen Unfall-Versicherung
   Für die Versicherten ist die Unfall-Versicherung beitragsfrei.
   Die Arbeitsgeber zahlen die Beiträge.

Die Arbeitslosen-Versicherung

1. Die Versicherten der Arbeitslosen-Versicherung

   Die Arbeitslosen-Versicherung ist eine Pflicht-Versicherung.
   Personen mit einer mehr als geringfügigen Beschäftigung sind daher versicherungs-pflichtig.
   Dies gilt auch für Auszubildende.

2. Leistungen der Arbeitslosen-Versicherung

Die Arbeitslosen-Versicherung erbringt eine vielfältige Anzahl an Leistungen.
Die Leistungen richten sich nach der Personen-Gruppe.
Zu den Personen-Gruppen gehören:

- Arbeit-Nehmer
- Arbeit-Geber
- Träger

Diese haben zuvor entsprechende Beiträge gezahlt.
Im Folgenden sind einige Leistungen beschrieben.
Eine Übersicht der Leistungen erhalten Sie bei der zuständigen Bundes-Agentur für Arbeit.

a) Leistungen für Arbeit-Nehmer
   - Arbeitslosen-Geld I
   - Arbeitslosen-Geld II
   - Unterstützung und Beratung bei der Vermittlung
   - Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungs-Aussichten
   - Entgelt-Sicherung für ältere Arbeit-Nehmer
   - Kurzarbeits-Geld
   - Verschiedene Förderungen
     - Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung
     - Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
     - Förderung der Berufs-Ausbildung
     - Förderung der beruflichen Weiter-Bildung
     - Förderung von Menschen mit Behinderung am Arbeits-Leben

- Förderung der ganz-jährigen Beschäftigung

b) Leistungen für Arbeit-Geber
   - Unterstützung bei der Einstellung von Arbeit-Nehmern
   - Förderung von Menschen mit Behinderung am Arbeits-Leben
   - Leistungen zur beruflichen Eingliederung von schwer-behinderten Menschen
   - Leistungen nach dem Alters-Teilzeit-Gesetz
   - Förderung der beruflichen Weiter-Bildung

c) Leistungen für Träger
   - Förderung der Berufs-Ausbildung
   - Förderung von Einrichtungen zur beruflichen Aus- oder Weiterbildung
   - Förderung zur beruflichen Rehabilitation
   - Förderung von Jugend-Wohnheimen
   - Zuschüsse zu Sozialplan-Maßnahmen
   - Förderung von Arbeits-Beschaffungs-Maßnahmen
   - Förderung von Beschäftigung schaffende Infrastruktur-Maßnahmen
   - Beauftragung von Trägern mit Eingliederungs-Maßnahmen

3. Finanzierung der Arbeits-Losen-Versicherung

   Die Versicherten finanzieren die
   Arbeits-Losen-Versicherung mit ihren Beiträgen.
   Der aktuelle Beitrags-Satz beträgt hierbei 3 Prozent vom Lohn.
   Arbeit-Nehmer und Arbeit-Geber zahlen den Beitrags-Satz jeweils zur Hälfte.

Pflege-Stufen

Pflege-Bedürftigkeit ist ein allgemeines Lebens-Risiko.
Es kann jeden treffen.
Pflege-Bedürftige sind oft auf Andere angewiesen.
Auch Sie als Angehörige können Pflege leisten.
Dabei besteht ein Anspruch auf Leistungen der Pflege-Versicherung.
Diese Leistungen unterstützen bei der häuslichen Pflege.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Der Begriff „pflege-bedürftig" und was es bedeutet, Pflege zu leisten
- Feststellung der Pflege-Bedürftigkeit
- Die Pflege-Stufen
- Antrags-Stellung zur Leistung der Pflege-Versicherung

Der Begriff „pflege-bedürftig" und was es bedeutet, Pflege zu leisten

> *„Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichen oder höheren Maße der Hilfe bedürfen."*
> (§14 SGB XI)

Pflege zu leisten bedeutet:

- eine pflege-bedürftige Person zu unterstützen
- eine pflege-bedürftige Person zu beaufsichtigen

- eine pflege-bedürftige Person anzuleiten
- Aufgaben vom täglichen Leben für die pflege-bedürftige Person zu übernehmen

Pflege soll die Eigenständigkeit von Betroffenen erhalten.
Ein Pfleger kann auf unterschiedlichen Gebieten Pflege leisten.
Die zu leistende Pflege kann er auf unterschiedliche Art ausführen.

Tabelle zum Überblick der Tätigkeiten in der Pflege:

Bereich der Pflege	**Verrichtungen**
Körper-Pflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahn-Pflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasen-Entleerung
Ernährung	Mund-gerechte Zubereitung der Nahrung, Aufnahme der Nahrung
Mobilität	Selbstständiges Aufstehen und Zubett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppen-Steigen, Verlassen und Wieder-Aufsuchen der Wohnung
Haus-wirtschaftliche Versorgung	Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Wachsen der Wäsche und Kleidung, Beheizen

Feststellung der Pflege-Bedürftigkeit

Der Medizinische Dienst prüft die Pflege-Bedürftigkeit und damit die Pflege-Stufe.
Der Medizinische Dienst gehört den Pflege-Kassen an.
MEDICPROOF ist für die Überprüfung aller privat Versicherten zuständig.
Der Medizinische Dienst ist für alle gesetzlich Versicherten zuständig.
Die Überprüfung der Pflege-Bedürftigkeit ist keine medizinische Untersuchung.
Der Gutachter überprüft den individuellen Hilfs-Bedarf durch folgende Maßnahmen:

- Fragen-Katalog mit Fragen zur aktuellen Erkrankung und Vor-Erkrankung
- Funktions-Prüfung zur Selbstständigkeit der Mobilität
- Beurteilung von eventuellen psycho-mentalen Einschränkungen
- Untersuchung vom Wohnbereich zur Beurteilung von Pflege- und Versorgungs-Situation
- Vorschlag zur Verbesserung der Pflege-Situation

Diese Maßnahmen unterstützen eine geeignete Pflege-Situation.

Beispiele für eine Pflege-Begutachtung finden Sie im Internet.
Die Adresse ist:
http://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Bildmaterial/PDF/Pflegeprotokoll_01_2012.pdf

Die Pflege-Stufen

Insgesamt gibt es 3 verschiedenen Pflege-Stufen:

Pflege-Stufe 1 – erheblich pflege-bedürftig

Der Betroffene benötigt in mindestens 2 Verrichtungen Hilfe.
Diese Hilfe muss mindestens 1-mal täglich stattfinden.
Außerdem benötigt der Betroffene mehrmals wöchentlich Hilfe im Haushalt.
Die geleistete Hilfe muss mindestens 90 Minuten pro Tag beanspruchen.
Mindestens 45 Minuten entfallen hiervon für die Grund-Pflege.
Zur Grund-Pflege gehören alle körperlichen Tätigkeiten.
Folgende Leistungen kann der Betroffene in Anspruch nehmen:

- Pflege-Geld in Höhe von 235 Euro monatlich
- Unterstützung zur teil-stationären Pflege in Höhe von 450 Euro monatlich
- Pflege-Sach-Leistungen in Höhe von 450 Euro monatlich
- Unterstützung zur voll-stationären Pflege in Höhe von 1.023 Euro monatlich

Pflege-Stufe 2 – schwer-pflegebedürftig

Der Betroffene benötigt bei Körper-Pflege, Ernährung oder Mobilität Hilfe.
Diese Hilfe muss mindestens 3-mal täglich stattfinden.
Außerdem benötigt der Betroffene mehrmals wöchentlich Hilfe im Haushalt.
Die geleistete Hilfe muss mindestens 3 Stunden pro Tag beanspruchen.
Mehr als 2 Stunden entfallen hiervon für die Grund-Pflege.
Folgende Leistungen kann der Betroffene in Anspruch nehmen:

- Pflege-Geld in Höhe von 440 Euro monatlich

- Unterstützung zur teil-stationären Pflege in Höhe von 1.100 Euro monatlich
- Pflege-Sach-Leistungen in Höhe von 1.100 Euro monatlich
- Unterstützung zur voll-stationären Pflege in Höhe von 1.279 Euro monatlich

Pflege-Stufe 3 – schwerst-pflegebedürftig

Der Betroffene benötigt rund um die Uhr Hilfe.
Außerdem benötigt der Betroffene mehrmals wöchentlich Hilfe im Haushalt.
Die Pflege muss mindestens 5 Stunden betragen.
Mehr als 3 Stunden entfallen hiervon für die Grund-Pflege.
Folgende Leistungen kann der Betroffene in Anspruch nehmen:

- Pflege-Geld in Höhe von 700 Euro monatlich
- Unterstützung zur teil-stationären Pflege in Höhe von 1.550 Euro monatlich
- Pflege-Sach-Leistungen in Höhe von 1.550 Euro monatlich
- Unterstützung zur voll-stationären Pflege in Höhe von 1.550 Euro monatlich

Ab der Antrags-Stellung zahlen die Pflege-Versicherungen die Leistungen.

Antrags-Stellung zur Leistungen der Pflege-Versicherung

Sie als Angehöriger können keinen Antrag auf Pflege-Leistungen stellen.
Nur der Versicherte kann Ansprüche bei der Versicherung geltend machen.
Außerdem ist der gesetzliche Vertreter vom Betroffenen hierzu befugt.

Ein Antrag auf Pflege-Leistungen kann folgender-maßen gestellte werden:

Der Betroffene stellt den Antrag auf Pflege-Leistungen durch ein formloses Schreiben.
Dieser Antrag geht an die zuständige Pflege-Kasse.
Die Pflege-Kasse leitet diesen Antrag an den zuständigen Medizinischen Dienst weiter.
Der Medizinische Dienst führt eine Begutachtung zur Empfehlung der Pflege-Stufe durch.
Hierfür kommt ein Gutachter vom Medizinischen Dienst zum Betroffenen.
Nach der Begutachtung leitet der Medizinische Dienst das Gutachten an die Pflege-Kasse.
Die Pflege-Kasse entscheidet dann über die Pflege-Stufe.
Die Pflege-Kasse teilt dem Betroffenen das Ergebnis schriftlich mit.

Ist der Betroffene hiermit nicht einverstanden, kann er Widerspruch einlegen.
Verschiedene Maßnahmen vom Medizinischen Dienst bei Widerspruch:

1. Pflege-Kasse entscheidet selbstständig über den Widerspruch.
   Die Pflege-Kasse teilt das erneute Ergebnis dem Betroffenen mit.
2. Pflege-Kasse leitet den Widerspruch an den Medizinischen Dienst weiter.
   Der Erst-Gutachter erhält den Widerspruch.
   Der Erst-Gutachter kann das Ergebnis noch einmal anpassen.
   Der Medizinische Dienst teilt das erneute Ergebnis der Pflege-Kasse mit.
   Die Pflege-Kasse entscheidet erneut über das endgültige Ergebnis.
3. Pflege-Kasse leitet den Widerspruch an den Medizinischen Dienst weiter.
   Der Erst-Gutachter erhält den Widerspruch.
   Der Erst-Gutachter passt das Ergebnis nicht an.
   Ein Zweit-Gutachter erhält den Widerspruch.
   Der Zweit-Gutachter erstellt nun ein Kurz-Gutachten.
   Bei Übereinstimmung der Gutachten erhält die Pflege-Kasse das Ergebnis.
   Bei Unstimmigkeiten entscheidet ein dritter Gutachter über das endgültige Ergebnis.
4. Der Betroffene kann bei erfolglosem Widerspruch beim Sozial-Gericht Klage einreichen.

Der Betroffene muss in den letzten 10 Jahren mindestens 2 Jahre versichert sein.
Erst dann kann der Betroffene einen Anspruch erheben.

Betreuungs-Recht

Manche Betroffene können sich nicht mehr selbst versorgen.
Diese Betroffenen benötigen dann Hilfe.
Im Jahr 2007 waren deutschland-weit 1,2 Millionen Menschen auf Hilfe angewiesen.
Die Ziel-Gruppe vom Betreuungs-Gesetz umfasst alle, die Hilfe brauchen.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Definition Betreuung und die gesetzliche Regelung
- Voraussetzungen einer Betreuung
- Voraussetzungen von Betreuern
- Aufgaben von Betreuern
- Rechte von Betreuern
- Dauer der Betreuung
- Auswirkungen der Betreuung

Definition Betreuung und die gesetzliche Regelung

Betreuung bedeutet, sich um jemanden zu kümmern.
Betreute Personen können nicht mehr selbst für sich sorgen.
Eine Betreuung hat folgende Ziele:

- Aufrecht-Erhaltung vom Selbst-Bestimmungs-Recht
- Wahrnehmen von Bedürfnissen vom Betroffenen
- Wahrnehmen von Wünschen vom Betroffenen
- Vertretung von Bedürfnissen vom Betroffenen
- Vertretung von Wünschen vom Betroffenen

Das Gericht ordnet eine gesetzliche Betreuung an.
Die gesetzliche Betreuung gilt für Volljährige.

Betreute Personen können ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst ausführen.
Betreuung stellt daher eine wichtige Hilfe dar.
Eine festgelegte Betreuung kann jedoch auch zu Unstimmigkeiten führen.
Beispielsweise wenn der Betreuer gegen den Willen vom Betroffenen handelt.
Der Betroffene kann das als Eingriff in seine Rechte auffassen.
Das Betreuungs-Recht wurde aufgrund von diesen Unstimmigkeiten entwickelt.
Das Betreuungs-Recht gilt für folgende Bereiche:

- Finanzen
- Behörden
- Wohnen
- Gesundheit

Voraussetzungen einer Betreuung

> *„Kann ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise auf Grund einer psychischen Krankheit, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht regeln, ist Betreuung von Amts wegen oder auf Antrag anzuordnen."*
> (§ 1896 Abs. 1 II BGB)

Psychische Krankheit

Psychische Krankheiten sind seelische Erkrankungen mit einer körperlichen Ursache.
Auch Abhängigkeits-Erkrankungen, Neurosen und Persönlichkeits-Störungen zählen zu den psychischen Krankheiten.

Körperliche Behinderung

Die Fähigkeiten zum Erledigen von Angelegenheiten müssen teilweise eingeschränkt sein.
Erst dann erhält der Betroffene einen Betreuer.

Geistige Behinderung

Eine geistige Behinderung ist eine Minderung vom Verstand.
Diese Verstands-Minderung ist durch eine Hirn-Schädigung entstanden.
Hirn-Schädigungen können bei der Geburt entstehen.
Oder auch im frühen Kindesalter.

Seelische Behinderung

Seelische Behinderungen sind psychische Beeinträchtigungen.
Seelische Behinderungen sind aufgrund von einer psychischen Erkrankung entstanden.
Auch das Alter kann eine seelische Behinderung hervorrufen.
Hierbei handelt es sich um den geistigen Abbau aufgrund vom Alter.

Das zuständige Betreuungs-Gericht prüft den Grund-Satz der Erforderlichkeit.
Folgende Punkte werden bei der Überprüfung kontrolliert:

- Ist eine Betreuung nötig?
- Wie hoch ist der Umfang der Betreuung?
- Welche Auswirkungen hat die Betreuung?
- Wie lange soll die Betreuung dauern?

Auch ein Angehöriger, Freund oder Bekannter kann die Betreuung übernehmen.
In diesem Fall lehnt das Betreuungs-Gericht eine gesetzliche Betreuung ab.

Voraussetzungen von Betreuern

Jeder Bundes-Bürger hat die Pflicht, eine Betreuung zu übernehmen.
Die Betreuung muss jedoch nur übernommen werden, wenn:

- der Betreuer dazu in der Lage ist und
- die Betreuung erträglich ist.

Ein Betreuer muss keine bestimmten Eigenschaften erfüllen.
Der Betreuer sollte jedoch:

- vertrauens-voll sein
- bemüht sein
- sich gut um die zu betreuende Person kümmern
- Erfahrung mit Problemen im Alltag haben
- Aufgaben gewissenhaft ausführen.

Betreuer können ehren-amtlich oder rechtlich bestimmt sein.
Auch Sie als Angehörige können einen Betroffenen betreuen.
Ebenso können Freunde und Bekannte einen Betroffenen betreuen.
Familie und Freunde sind als Betreuer meist sogar besser geeignet.
Familie und Freunde kennen den Betroffenen genauer.
Dadurch verstehen sie Wünsche und Bedürfnisse vom Betroffenen schneller.
Für alle Betreuer gelten die gleichen Rechte.
Das Gericht kann auch einen Betreuer stellen.
Der Betroffenen hilft bei der Suche nach einem Betreuer mit.
Der Betroffene kann dem Gericht einen Betreuer vorschlagen.
Das Gericht ist an die Vorschläge vom Betroffenen gebunden.

Aufgaben von Betreuern

Ein Betreuer vertritt den Betroffenen.
Betreuer halten zu den Betroffenen Kontakt und helfen ihnen.
Betreuer fördern die Fähigkeiten von Betroffenen.
Sie als Betreuer übernehmen vor allem Behörden-Gänge.
Außerdem kümmern Sie sich um die Rehabilitation vom Betroffenen.
Pflegerische Tätigkeiten fallen nicht in Ihr Aufgaben-Gebiet als Betreuer.
Die Aufgaben von Betreuern umfassen folgende Tätigkeiten:

- Vermögens-Sorge
- Aufenthalts-Bestimmung
- Sorge um das persönliche und gesundheitliche Wohl der zu betreuenden Person
- Sicher-Stellung von Heil-Behandlungen
- Vertretung gegenüber Behörden und/ oder Versicherungen

Bei der Erfüllung der Aufgaben sollten Betreuer folgendes beachten:

- Persönliche Betreuung

Der persönliche Kontakt zwischen Betreuer und dem Betroffenen ist sehr wichtig.
Durch diesen persönlichen Kontakt leistet der Betreuer eine ausgewogene Pflege.

Der Betreuer erstattet 1-mal jährlich dem Betreuungs-Gericht Bericht.
Der Betreuer teilt die persönlichen Verhältnisse vom Betroffenen schriftlich oder mündlich mit.
Betreuung sollte sich daher nie nur auf den Schrift-Verkehr beschränken.

- Das Wohl und die Wünsche vom Betroffenen
  Der Betreuer sollte die Aufgaben immer nach den Wünschen vom Betroffenen ausführen.
  Auch das Wohl vom Betroffenen sollte stets im Mittelpunkt stehen.
  Es sollten daher Gespräche zwischen dem Betreuer und dem Betroffenen stattfinden.
  Der Betreuer sollte außerdem Kontakt mit den Angehörigen halten.
  So kann sich der Betreuer umfassend über den Betroffenen informieren.

Doch was müssen Sie als Betreuer für Aufgaben übernehmen?
Um einen kleinen Einblick zu verschaffen, sind 2 Aufgaben beschrieben.
Umfang und Art der Aufgabe hängen vom Maß der Betreuung ab.
Für weitere Informationen fragen Sie doch das zuständige Betreuungs-Gericht.
Auch Betreuungs-Vereine können Ihnen hierbei weiter helfen.

- Geld verwalten
  Bei der Geld-Verwaltung gilt folgendes Ziel:
  vorhandenes Geld setzt man nach den Wünschen und Bedürfnissen vom Betroffenen ein.
  Das gilt beim Kauf von Lebens-Mitteln.
  Aber auch beim Kauf von einem neuen Auto.
  Die Meinung vom Betroffenen zählt hierbei immer mit.

- Existenz-Sicherung
  Der Betroffene kann zur Existenz-Sicherung Sozialhilfe beantragen.
  Ist dies nötig, wenden Sie sich an das zuständige Sozialamt.

Man kann folgende Leistungen beantragen:

- Hilfe zum Lebens-Unterhalt
- Grund-Sicherung im Alter
- Grund-Sicherung bei Erwerbs-Minderung
- Hilfen zur Gesundheit
- Eingliederungs-Hilfen für Menschen mit Behinderung
- Hilfen in anderen Lebens-Lagen

Weitere Hilfen erhalten Sie beim örtlichen Sozial-Träger.
Auch Pflege-Einrichtungen helfen Ihnen gerne weiter.

Rechte von Betreuern

Als Betreuer können Sie einige Rechte geltend machen.
Einige Beispiele der Rechte sind hier beschrieben:

- Ersatz auf Aufwendungen
  Der Betreuer muss keine Aufwendungen zahlen, die mit der Betreuung zusammenhängen.
  Der Betreuer kann den entsprechenden Geld-Betrag vom Konto der betreuten Person abheben.

- Haft-Pflicht-Versicherung
  Es besteht die Möglichkeit, für die Kosten der Haft-Pflicht-Versicherung Ersatz zu verlangen.
  Dies gilt nicht für die Kraft-Fahrzeug-Versicherung.
  Nähere Informationen erhalten Sie beim zuständigen Betreuungs-Gericht.

- Vergütung
  Betreuer sind ehren-amtlich tätig.
  Daher erhalten Betreuer keine Vergütung.

Übt der Betreuer die Betreuung als Beruf aus, erhält er Vergütung.
Die Höhe der Vergütung richtet sich nach dem Vormünder und Betreuer-Vergütungsgesetz (VBVG).
Die Vergütung kann zwischen 27 Euro und 44 Euro pro Stunde liegen.
Die Höhe ist abhängig von der Qualifikation vom Betreuer.
Die Vergütung gilt nur für bis zu 7 Stunden im Monat.

- Hilfen durch Behörden und Vereine
  Betreuer bekommen Begleitung, Beratung und Hilfen.
  Diese Hilfen können die Betreuer beim Betreuungs-Verein oder beim Betreuungs-Gericht wahrnehmen.

Dauer der Betreuung

Das Gericht entscheidet über die Dauer der Betreuung.
Das Gericht legt schon beim Beschluss der Betreuung ein Überprüfungs-Datum fest.
An diesem Datum überprüft das Gericht die Betreuungs-Maßnahmen.
Eine Betreuung dauert nur so lange wie nötig.
Das Gericht hebt die Betreuung auf, wenn diese nicht mehr notwendig ist.
Spätestens nach 7 Jahren prüft das Gericht den Anspruch auf Betreuung erneut.
Der Betreuer kann mitteilen, wenn die Ansprüche für Betreuung nicht mehr gegeben sind.
Das kann auch schon vor der erneuten Prüfung geschehen.

Auswirkungen der Betreuung

Die Rechte vom Betreuten sind auch mit Betreuung unantastbar.
Die betreute Person darf auch unter der Betreuung weiterhin Geschäfte abwickeln.
Auch persönlich Rechte darf die betreute Person weiterhin wahrnehmen.
Hierzu muss nicht einmal die Einwilligung vom Betreuer vorliegen.
Das Gericht kann auch einen sogenannten Einwilligungs-Vorbehalt aussprechen.
Das Gericht spricht einen Einwilligungs-Vorbehalt aus, wenn dem Vermögen Schaden zugefügt werden kann.
Diese Gefahr geht dann vom Betroffenen selbst aus.
Der Betroffene ist beispielsweise nicht mehr fähig, mit dem Geld umzugehen.
Der Einwilligungs-Vorbehalt dient dem Schutz vom Betroffenen.
Durch den Einwilligungs-Vorbehalt darf der Betroffene keine Geschäfte mehr selbstständig abwickeln.
Zum Abwickeln von Geschäften ist eine Einstimmung vom Betreuer nötig.

Schwer-Behinderten-Ausweis

Ende 2009 waren rund 7.101.682 schwer-behinderte Menschen in Besitz von einem Schwer-Behinderten-Ausweis.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Definition „Behinderung"
- Grad der Behinderung und Feststellung der Behinderung
- Beantragung vom Schwer-Behinderten-Ausweis
- Widerspruch gegen einen negativen Bescheid
- Merkzeichen im Schwer-Behinderten-Ausweis
- Vorteile von einem Schwer-Behinderten-Ausweis

Definition *„Behinderung"*

> *„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist."*
> (§ 2 SGB IX)

Für alle Formen von Behinderungen gilt das Allgemeine Gleich-Behandlungs-Gesetz.
Dieses Gesetzt stärkt die Gesetze von Menschen mit Behinderung im Berufs-Leben.
Außerdem stärkt das Gesetz auch die Rechte im Alltag.
Neben dem Allgemeinen Gleich-Behandlungs-Gesetz gilt auch ein Benachteiligungs-Verbot für Menschen mit Behinderung.
Liegt der Grad der Behinderung über 50 gilt ein Mensch als schwerst-behindert.

Für die Anerkennung der Behinderung gelten folgende Voraus-Setzungen:

- der Betroffene wohnt in der Bundes-Republik Deutschland oder
- der Betroffene hat seinen gewöhnlichen Aufenthalts-Ort in der Bundes-Republik Deutschland
  oder
- der Betroffene hat seinen Arbeits-Platz in der Bundes-Republik Deutschland

Grad der Behinderung und Feststellung der Behinderung

Man kann den **G**rad **d**er **B**ehinderung auch GdB abkürzen.
Der Grad der Behinderung gilt als Maß für alle:

- körperlichen Auswirkungen einer Funktions-Einschränkung
- seelischen Auswirkungen einer Funktions-Einschränkung
  oder
- geistigen Auswirkungen einer Funktions-Einschränkung

Ein Schaden der Gesundheit gilt hierbei als auslösender Faktor.

Der Grad der Behinderung beschreibt den Schwere-Grad der Behinderung.
Dies geschieht in Zehner-Schritten zwischen 10 und 100.
Erst ein Grad der Behinderung ab 20 gilt als Behinderung.
Zur Beantragung von einem Schwer-Behinderten-Ausweis muss man den Grad der Behinderung feststellen.
Hierfür stellt der Betroffene einen Antrag beim örtlichen Versorgungs-Amt.
Eine bundesweite Übersicht von Versorgungs-Ämtern finden Sie im Internet.
Die Adresse ist: www.versorgungsaemter.de/default.html

Das zuständige Versorgungs-Amt bemisst den Schwere-Grad der Behinderung anhand von:

- ärztlichen Gutachten
- ärztlichen Befund-Berichten
- Unterlagen von Kranken-Häusern
- Unterlagen von Kur-Anstalten
- Unterlagen von Rehabilitations-Kliniken
- Unterlagen von anderen ärztlichen Diensten

Beantragung vom Schwer-Behinderten-Ausweis

Der Betroffene kann den Schwer-Behinderten-Ausweis beim Versorgungs-Amt beantragen.
Zuvor stellt das Versorgungs-Amt den Grad der Behinderung fest.
Es ist nützlich, dem Antrag eine ärztliche Bescheinigung beizulegen.

Ein beantragter Schwer-Behinderten-Ausweis ist in der Regel 5 Jahre gültig.

Der Betroffene muss den Schwer-Behinderten-Ausweis nach 5 Jahren verlängern lassen.
Bei chronischen Krankheiten kann man den Schwer-Behinderten-Ausweis auch unbefristet ausstellen.
Schon 3 Monate vor Ablauf sollte man einen Verlängerungs-Antrag stellen.
Es besteht die Pflicht eine Veränderung vom Gesundheits-Zustand zu melden.
Dies gilt sowohl bei Verbesserung und als auch bei Verschlechterung.

Widerspruch gegen einen negativen Bescheid

Nach einem ablehnenden Bescheid kann der Betroffene Widerspruch einlegen.
Dies sollte innerhalb von einem Monat nach Ablehnung geschehen.
Der Betroffene kann hierzu ein formloses Schreiben einreichen.
Das Landes-Versorgungs-Amt prüft den eingereichten Widerspruch.
Der Betroffene erhält dann einen Widerspruch-Entscheid.
Diesem Entscheid kann man entnehmen, ob der Widerspruch bewilligt wurde.
Ist der Betroffene mit dem Ergebnis nicht zufrieden, kann er Klage einreichen.
Der Anwalt vom Betroffenen reicht die Klage beim zuständigen Sozial-Gericht ein.

Merkzeichen im Schwer-Behinderten-Ausweis

Die im Schwer-Behinderten-Ausweis eingetragenen Merkzeichen berechtigen zur besonderen Hilfe.
Ein Schwer-Behinderten-Ausweis kann folgende Merkzeichen enthalten:

Merkzeichen	**Erklärungen**
VB	Der Betroffene hat Anspruch auf Versorgung nach anderen Bundes-Gesetzen. Dies gilt ab einem Grad der Behinderung von mindestens 50.
EB	Dieses Merkzeichen bedeutet *„entschädigungs-berechtigt*". Der Betroffene erhält seine Entschädigung nach § 58 Bundes-Entschädigungs-Gesetz.

	Dies gilt ab einem Grad der Behinderung von mindestens 50.
G	Dieses Merkzeichen bedeutet *„geh-behindert"*. Geh-behindert sind Menschen deren Bewegungs-Freiheit im Straßen-Verkehr erheblich eingeschränkt ist. Dieses Merkzeichen gilt auch bei Orientierungs-Losigkeit.
aG	Dieses Merkzeichen bedeutet *„außer-gewöhnliche Geh-Behinderung"*. Außer-gewöhnlich geh-behinderte Menschen benötigen aufgrund ihres Leidens auf Dauer Hilfe. Sie können sich nur mit großer Mühe bewegen.
H	Dieses Merkzeichen bedeutet *„hilflos"*. Der Betroffene braucht zum persönlichen Dasein Hilfe.
Bl	Dieses Merkzeichen bedeutet *„blind"*. Betroffene mit einer sehr geringen Sehstärke gehören zu dieser Gruppe.
Gl	Dieses Merkzeichen bedeutet *„gehörlos"*. Auch Betroffene mit einer schweren Sprachstörung gehören zu dieser Gruppe.
RF	Dieses Merkzeichen bedeutet *„Rund-Funk-Gebühr"*. Der Betroffene ist von der Rund-Funk-Gebühr befreit. Die Befreiung gilt erst ab einem Grad der Behinderung von 80.
1. Kl	Betroffene dürfen bei Zugreisen die 1. Klasse benutzen. Dies gilt auch mit einem 2. Klasse-Ticket.
B	Betroffene sind zur Mitnahme einer Begleit-Person berechtigt.

Vorteile von einem Schwer-Behinderten-Ausweis

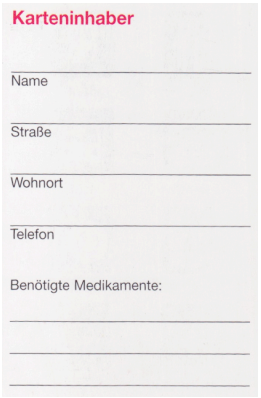
Auch ohne einen Schwer-Behinderten-Ausweis hat der Betroffene Anspruch auf Hilfe.
Folgende Hilfen kann der Betroffene nur mit einem Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen:

- steuerliche Erleichterungen
- Vergünstigungen im Personen-, Nah- und Fernverkehr
- Vergünstigungen beim Wohnen
- gesonderter Schutz nach dem Schwer-Behinderten-Gesetz
- Vergünstigungen in Freizeit-Einrichtungen
- Park-Erleichterungen
- arbeitsrechtliche Vergünstigungen

Der Aphasiker-Ausweis

Menschen mit Aphasie können einen Aphasiker-Ausweis mit sich führen.
Der Aphasiker-Ausweis weist auf eine Sprachstörung hin:

Der Aphasiker-Ausweis zeigt folgende Informationen:



- Name
- Straße
- Wohn-Ort
- Telefon
- benötigte Medikamente

Auch kann man Kontakt-Daten einer weiteren Person eintragen.

Sollte eine ausreichende Verständigung nicht möglich sein, setzen Sie sich bitte mit folgender Person in Verbindung:

Name

Straße

Wohnort

Telefon

Bundesverband Aphasie
Wenzelstraße 19, 97084 Würzburg
Telefon: 09 31 / 25 01 30 - 0
E-Mail: info@aphasiker.de

Der Aphasiker-Ausweis wurde gefördert durch: BARMER

Auf diesem Aphasiker-Ausweis sind Piktogramme für den täglichen Gebrauch dargestellt.

Die Piktogramme können bei der Verständigung helfen.
Den Aphasiker-Ausweis kann man unter anderem verwenden bei:

- Behörden-Gängen
- Einkäufen
- Freizeit-Aktivitäten
- Straßen-Verkehrs-Kontrolle

Der Aphasiker-Ausweis unterstützt die Selbstständigkeit von Betroffenen.
Auch sorgt der Aphasiker-Ausweis für mehr Verständnis der Mitmenschen.

Der hier verwendete Aphasiker-Ausweis ist nur ein Beispiel.
Andere Aphasiker-Ausweise können einen anderen Aufbau haben.
Weitere Informationen finden Sie im Internet.
Die Adresse ist:
www.aphasiker.de

Wieder-Eingliederung in den Beruf

Sprachliche Einschränkungen haben einen großen Einfluss auf die berufliche Wieder-Eingliederung.
Aphasien sind ein Beispiel für diese sprachlichen Beeinträchtigungen.
Kommunikation spielt in vielen Berufs-Feldern eine wichtige Rolle.
Nur wenige Betroffene kehren in ihren ehemaligen Beruf zurück.
Der Anteil dieser Betroffenen beträgt etwa 20 Prozent.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Was ist eine „stufen-weise Wieder-Eingliederung“?
- Voraus-Setzungen für eine stufen-weise Wieder-Eingliederung
- Antrag-Stellung auf eine stufen-weise Wieder-Eingliederung bei schwer-behinderten Arbeit-Nehmern
- Kosten-Träger und Finanzierung der stufen-weisen Wieder-Eingliederung
- Lohn vom Betroffenen
- Dauer der stufen-weisen Wieder-Eingliederung
- Tätigkeiten nach der Zustimmung der stufen-weisen Wieder-Eingliederung
- Aphasie und Beruf
- das Heidel-Berger Aphasie Modell

Was ist eine „stufen-weise Wieder-Eingliederung“?

Die „stufen-weise Wieder-Eingliederung“ bietet Hilfe bei der Rückkehr ins Berufs-Leben.
Verschiedene Ärzte können den Vorschlag für diese Maßnahme unterbreiten.
Hierzu gehören unter anderem:

- Haus-Arzt
- Rehabilitations-Arzt
- Betriebs-Arzt

Die Betreuer leiten die Betroffenen schrittweise in den Arbeits-Alltag.
Die Betroffenen beginnen beispielsweise mit 3 Arbeits-Stunden pro Tag.
Die Arbeits-Stunden können im Laufe der Zeit erhöht werden.

Voraus-Setzungen für eine stufen-weise Wieder-Eingliederung

Voraus-Setzung für eine stufen-weise Wieder-Eingliederung ist eine ärztliche Untersuchung.
Diese muss belegen, dass eine (zumindest) teilweise Wieder-Eingliederung möglich ist.
Absprachen mit folgenden Beteiligten sind ebenfalls notwendig:

- dem Arbeit-Geber
- der Schwer-Behinderten-Vertretung
- dem Leistungs-Träger
- dem Betroffenen selbst

Die stufen-weise Wieder-Eingliederung ist eine freiwillige Maßnahme.
Dies gilt für den Betroffenen und für den Arbeit-Geber

gleichermaßen.
Der Arbeit-Geber ist also berechtigt, die stufen-weise Wieder-Eingliederung zu verweigern.
Die Verweigerung ist ohne Angabe von Gründen möglich.
Bei schwer-behinderten Arbeit-Nehmern gelten bestimmte Einschränkungen.
Den entsprechenden Paragraphen finden Sie im Internet.
Die Adresse ist:
http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/81.html

Antrag-Stellung auf eine stufen-weise Wieder-Eingliederung bei schwer-behinderten Arbeit-Nehmern

Schwer-behinderte Arbeit-Nehmer müssen dem Arbeit-Geber eine ärztliche Bescheinigung aushändigen.
Diese Bescheinigung enthält einen Wieder-Eingliederungs-Plan.
Der Wieder-Eingliederungs-Plan führt mögliche berufliche Tätigkeiten vom Betroffenen auf.
Die ärztliche Bescheinigung beinhaltet eine Prognose der Arbeits-Fähigkeit vom Betroffenen.
Die aufgestellte Prognose beantwortet Fragen wie:

- Kann der Betroffene überhaupt Voll- oder Teilzeit arbeiten?
- Ab wann kann der Betroffene mit der Beschäftigung beginnen?

Der Arbeit-Geber kann die Realisierbarkeit der vorgesehenen beruflichen Tätigkeit abwägen.
Für diese Einschätzung verwendet der Arbeit-Geber die vorgelegte ärztliche Bescheinigung.
Empfinden Arbeit-Geber die Beschäftigung als untragbar, können sie die Mitarbeit verweigern.

Kosten-Träger und Finanzierung der stufen-weisen Wieder-Eingliederung

Die stufen-weise Wieder-Eingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation.
Betroffene können während der ambulanten Rehabilitation mit der Wieder-Eingliederung beginnen.
Zudem ist ein Start nach der medizinischen Rehabilitation möglich.

Die Renten-Versicherung trägt im folgenden Fall die Kosten:

- Beginn der Wieder-Eingliederung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung der Rehabilitations-Klinik

Tritt der oben beschriebene Fall nicht ein, so gilt:

- die Kranken-Versicherung ist im Allgemeinen der zuständige Leistungs-Träger

Es gelten folgende Voraus-Setzungen für die Kosten-Übernahme der Kranken-Versicherung:

- der Betroffene hat Anspruch auf Kranken-Geld
- der Betroffene ist innerhalb der gesamten Wieder-Eingliederung arbeits-unfähig
- Betroffener und Arbeit-Nehmer haben der stufen-weisen Wieder-Eingliederung zugestimmt
- der behandelnde Arzt erstellt einen Wieder-Eingliederungs-Plan
- der Betroffene kann an seinem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein

Es ist möglich, dass andere Kosten-Träger die stufen-weise Wieder-Eingliederung finanzieren.
Zu diesen „anderen" Kosten-Trägern gehören unter anderem:

- die Agentur für Arbeit
- die Unfall-Versicherung

Ist die Kranken-Kasse nicht der Kosten-Träger, gilt folgendes:

- der Betroffene ist arbeits-unfähig
- die ärztliche Untersuchung stimmt einer (zumindest) teilweisen Wieder-Eingliederung zu

Weitere Informationen zum Thema „Kranken-Kasse" finden Sie unter:
Die gesetzliche Kranken-Versicherung

Lohn vom Betroffenen

Der Betroffene hat innerhalb der stufen-weisen Wieder-Eingliederung Anspruch auf:

- Kranken-Geld der Kranken-Kasse
- Übergangs-Geld vom Renten-Versicherungs-Träger
- Verletzten-Geld von der Berufs-Genossenschaft

Dieser Anspruch gilt laut dem Entgelt-Fortzahlungs-Gesetz.

Bei Arbeits-Entgelt vom Arbeit-Geber ist der Anspruch auf Entgelt-Ersatz-Leistungen unterbrochen.
Zudem ist es möglich, den entsprechenden Betrag anzugleichen.
Es besteht keine Zahlungs-Pflicht für den Arbeit-Geber.

Dauer der stufen-weisen Wieder-Eingliederung

Die Dauer der stufenweisen Wieder-Eingliederung hängt vom Gesundheits-Zustand der Betroffenen ab.
Dadurch ist die Dauer von Person zu Person verschieden.
Generell dauert die stufen-weise Wieder-Eingliederung zwischen 6 Wochen und 6 Monaten.
Während der stufen-weisen Wieder-Eingliederung findet eine ständige medizinische Überwachung statt.

Tätigkeiten nach der Zustimmung der stufen-weisen Wieder-Eingliederung

Nach der Zustimmung aller Beteiligten setzt man einen Vertrag auf.
Diesen Vertrag erhält der zuständige Leistungs-Träger.
Die Kranken-Kassen stellen den Wieder-Eingliederungs-Plan auf.
Es muss eine schriftliche Bewilligung vom Wieder-Eingliederungs-Plan stattfinden.
Folgende Aspekte sollte man im Wieder-Eingliederungs-Plan festhalten:

- Beginn und Ende der stufen-weisen Wieder-Eingliederung
- Details im Bezug auf die einzelnen Stufen
- Rücktritts-Recht vor dem festgelegten Ende vom Wieder-Eingliederungs-Plan
- eventuelle Gründe für einen frühzeitigen Abbruch
- Pausen der Bestimmungen vom Wieder-Eingliederungs-Plan
- Festlegung vom eventuellen Lohn

Bei vollkommener Belastbarkeit vom Betroffenen gilt die stufen-weise Wieder-Eingliederung als erfolgreich.

Ist eine Vollzeit-Beschäftigung nicht machbar, gelten folgende Möglichkeiten:

- eine Teilzeit-Beschäftigung
- eine Umschulung für einen anderen Beruf

Bei Misslingen der Wieder-Eingliederung bestehen keine Nachteile bei der Arbeitslosen-Versicherung.

Daher bleiben Betroffene in der Renten-Versicherung versicherungs-pflichtig.
In diesem Fall besteht die Möglichkeit auf Rente wegen Erwerbs-Minderung.

Weitere Informationen zum Thema „Renten-Kasse" finden Sie unter:
Die gesetzliche Renten-Versicherung

Aphasie und Beruf

Es gibt unterschiedliche Gründe für die berufliche Wieder-Eingliederung:

- der finanzielle Aspekt
- der Erhalt von einem gewissen „sozialen Status"
- das Vermeiden von Langeweile
- das Vermeiden von dem Gefühl untätig zu sein

Voraus-Setzung für die berufliche Wieder-Eingliederung ist die Fähigkeit zu kommunizieren.
Dies hängt unter anderem mit der Gestaltung am Arbeitsplatz zusammen.
Der Arbeitsplatz ist meist kommunikativ gestaltet:

- Telefone
- Anruf-Beantworter

- Großraum-Büros mit vielen Hintergrund-Geräuschen

Diese kommunikative Gestaltung erschwert oft die berufliche Wieder-Eingliederung.
Es gibt spezifische Qualitäts-Anforderungen für die Rehabilitations-Fachkräfte von Betroffenen.
Diese Anforderungen trifft man in Berufs-Förderungs-Einrichtungen nur selten an.
Berufs-Förderungs-Einrichtungen haben sich kaum auf Teilnehmer mit sprachlichen Beeinträchtigungen spezialisiert.
Personen mit Aphasie erfordern mehr Zeit-Aufwand als andere Rehabilitanden-Gruppen.
Der größere Zeit-Aufwand hängt mit der Ausdrucksweise der Betroffenen zusammen.
Auch das verminderte Sprach-Verständnis hat einen negativen Einfluss hierauf.
Für eine erfolgreiche Wieder-Eingliederung ist eine medizinische Unterstützung wichtig.
Außerdem ist therapeutischer Beistand von großer Bedeutung.
Eben diese Unterstützung bietet unter anderem das „Heidel-Berger Aphasie Modell".

Das Heidel-Berger Aphasie Modell

Das Heidel-Berger Aphasie Modell stellt sich auf die individuellen Bedürfnisse von Betroffenen ein.
Ziel von diesem Modell ist die berufliche Wieder-Eingliederung von Betroffenen.
Berufliche Maßnahmen ermöglichen die berufliche Wieder-Eingliederung.
Zudem findet eine medizinische und therapeutische Begleitung statt.
Betroffene müssen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-Leben stellen.

Der Betroffene reicht den Antrag bei einem Kosten-Träger ein.
Entsprechende Kosten-Träger sind:

- Renten-Versicherung
- Agentur für Arbeit
- Berufs-Genossenschaft

Das Heidel-Berger Aphasie Modell findet nur bei wenigen Betroffenen Anwendung.
Die Ziel-Gruppe besteht hauptsächlich aus Jung-Aphasikern mit Rest-Aphasie.

Eine Bestimmung von möglichen Integrations-Zielen zählt zum ersten Schritt.
Denkbare Integrations-Ziele sind:

- die Reintegration in den noch bestehenden Arbeits-Platz
- eine neue behinderungs-gerechte Qualifizierung
- eine Ausbildung

Vor der eigentlichen beruflichen Qualifizierung findet ein 4-wöchiges Assessment statt.
In dem Assessment überprüft man die individuellen Integrations-Möglichkeiten vom Betroffenen.
Auch kontrolliert man den Bedarf an Unterstützung vom Betroffenen.
Die Assessment-Ergebnisse bieten die Grundlage für den Kosten-Träger.
Der Kosten-Träger entscheidet anhand der Assessment-Ergebnisse welche Reintegrations-Maßnahmen er bewilligt.
Generell kommen für die Wieder-Eingliederung nur folgende Personen-Gruppen in Betracht:

- Betroffene, die für eine Qualifizierung ab IHK-Niveau geeignet sind

- Betroffene, die für eine Ausbildung ab IHK-Niveau geeignet sind

Nach dem Assessment folgt eine 12-monatige Qualifizierungs-Maßnahme.
Diese Qualifizierungs-Maßnahme besteht aus:

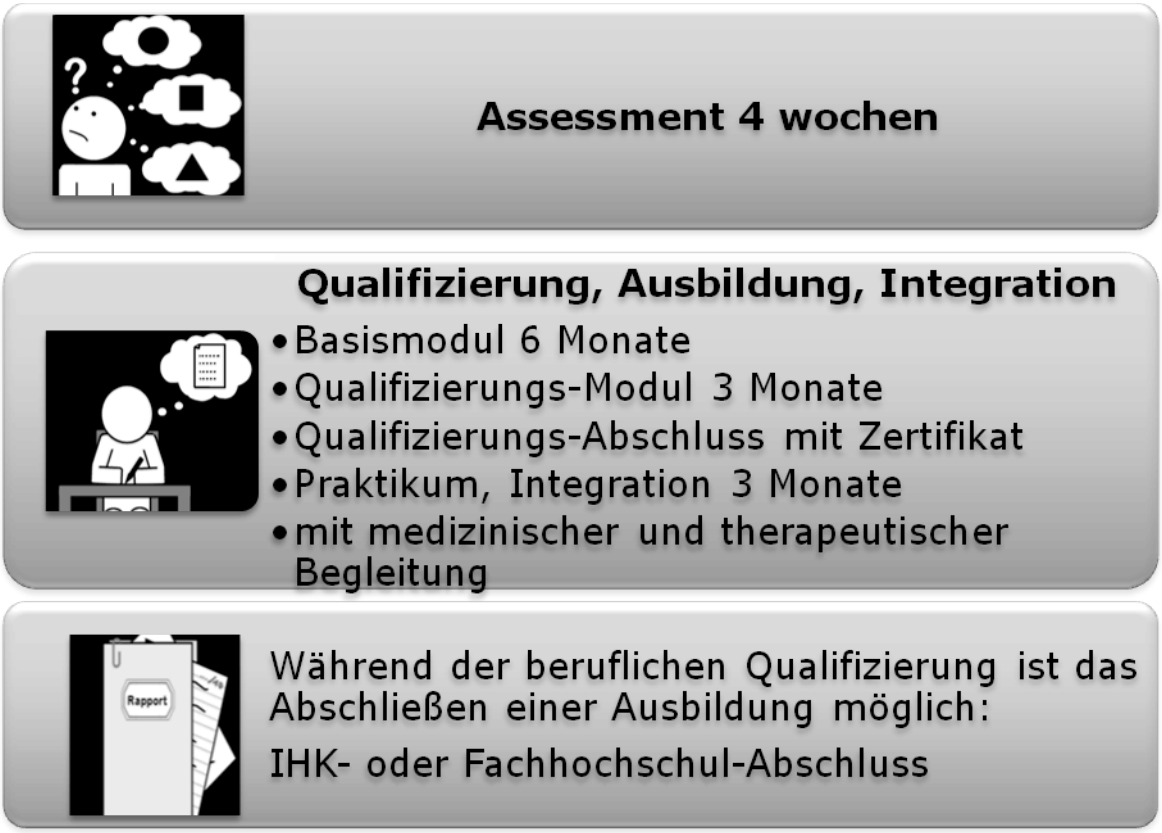
- einem 6-monatigen Basis-Modul
- einem 3-monatigen Qualifizierungs-Modul

(inklusive einem anschließenden Qualifizierungs-Abschluss mit Zertifikat)

- einem 3-monatigen Praktikum

Der Betroffene kann während der beruflichen Qualifizierung eine Ausbildung abschließen.
Die Ausbildung kann man mit einem IHK- oder Fachhochschul-Abschluss beenden.

Eine erklärende Abbildung:



Bei Interesse können Sie Kontakt mit Frau Barbara Brender aufnehmen.
Frau Barbara Brender ist Reha-Beraterin vom Heidel-Berger Aphasie Modell.

Kontaktadresse:
Telefon-Nummer: 06221 – 88 25 56
E-Mail: barbara.brender@bfw.srh.de

Auto-Fahren nach dem Schlaganfall

Viele Schlaganfall-Patienten möchten wieder selbstständig Auto fahren.
Auto-Fahren ist im Alltag und Beruf wichtig.
Aphasie schränkt die Fahrtüchtigkeit nicht ein.
Eine individuelle Feststellung der Fahrtüchtigkeit ist bei Aphasie wichtig.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Auto-Fahren nach dem Schlaganfall
- Faktoren, die gegen das Auto-Fahren nach dem Schlaganfall sprechen
- Auto-Fahren mit Aphasie
- Mögliche Auswirkungen beim Auto-Fahren nach dem Schlaganfall
- Wieder-Erlangung der Fahr-Erlaubnis
- Nachweisen der Fahrtauglichkeit
- Kosten für den Betroffenen

Auto-Fahren nach dem Schlaganfall

Das Auto-Fahren nach dem Schlaganfall hängt von dem Betroffenen ab.
Die Fahrtauglichkeit sollte von Ärzten, TÜV und Straßen-Verkehrs-Behörde überprüft werden.
Es gilt:

> *„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn in geeigneter Weise Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet. Die Pflicht der*

> *Vorsorge [...] obliegt dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einem für ihn Verantwortlichen.*"
> (§ 2 Abs. 1 FeV)

Ein Schlaganfall muss nicht bei der zuständigen Straßen-Verkehrs-Behörde gemeldet werden.
Der Betroffene muss „lediglich" eine geeignete Vorsorge treffen.
Auch die Begleit-Erscheinungen sollten mitgeteilt werden.
Melden Sie der Straßen-Verkehrs-Behörde, ob der Betroffene weiterhin fahren möchte.
Möglicherweise muss der Führerschein abgegeben werden.
Folgende Fahrzeuge dürfen nach einem Schlaganfall nicht mehr gefahren werden:

- LKW
- Busse
- Taxen

Faktoren, die gegen das Auto-Fahren nach dem Schlaganfall sprechen

Die geistige Leistungs-Fähigkeit kann nach einem Schlaganfall vermindert sein.
Der Gesundheits-Zustand vom Betroffenen sollte sich stabilisieren.
Experten raten 3 Monate kein Auto zu fahren.
Nach einem epileptischen Anfall ist das Auto-Fahren zeitweise verboten.
Daher sollte eine Klärung der Fahrtauglichkeit stattfinden.
Der Führerschein ist durch eine erneute Fahr-Erprobung nicht gefährdet.
Die Fahr-Erprobung sorgt für Sicherheit.

Auto-Fahren mit Aphasie

Laut Wissenschaft besteht kein Zusammenhang zwischen Fahreignung und Aphasie.
Die Begleit-Erscheinungen der Aphasie stellen meist die größten Schwierigkeiten dar.
Es sollte eine Überprüfung der Fahrtauglichkeit stattfinden.
Aphasie stellt kein Ausschluss-Kriterium dar.
Durch Aphasie kann das Erkennen von Verkehrs-Schildern beeinträchtigt sein.
Das Lese-Sinn-Verständnis sollte nicht zu sehr beeinträchtigt sein.
Der Betroffene sollte Verkehrs-Schilder erkennen und lesen können.
Verkehrs-Regeln sollten richtig gedeutet werden können.
In kritischen Situationen muss angemessen reagiert werden können.
Der Aphasiker-Ausweis kann Probleme bei einer Fahrzeug-Kontrolle vermeiden.
Weitere Informationen zum Aphasiker-Ausweis finden Sie unter:
Der Aphasiker-Ausweis

Mögliche Auswirkungen beim Auto-Fahren nach dem Schlag-Anfall

Fährt der Betroffene trotz Einschränkungen Auto, kann der Versicherungs-Schutz entfallen.
Mögliche Einschränkungen sind:

- Aufmerksamkeits-Störungen
- Konzentrations-Störungen
- geringe Ausdauer

Darüber hinaus können Geld-Strafen oder Schadens-Ersatz-Forderungen auf den Betroffenen zukommen.

Wieder-Erlangung der Fahr-Erlaubnis

Die Wieder-Erlangung der Fahr-Erlaubnis kann durch eine erneute Fahr-Erprobung stattfinden.
Auch ist eine informelle Abklärung der Fahr-Eignung möglich.
Folgende Verfahren sind zulässig:

- Untersuchung der Fahrtüchtigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitations-Einrichtung
- Erstellen eines Gutachtens zur Feststellung der Fahrtüchtigkeit.
  Hier ist ein Facharzt mit zusätzlicher verkehrs-medizinischer Qualifikation nötig.
- Eine amtlich anerkannte medizinisch-psychologische Untersuchungs-Stelle erstellt ein Gutachten.
  Die Untersuchung findet beim TÜV statt.
- Fahr-Verhaltensprobe und/ oder Fahr-Training mit Fahrlehrer

Hat der Betroffene den Schlaganfall bei der zuständigen Straßen-Verkehrs-Behörde gemeldet, dann gilt:
ein Antrag auf eine Änderung vom Führerschein muss gestellt werden.
Bei der Antrags-Stellung sollte ein fach-ärztliches Gutachten bereit liegen.
Das Gutachten darf nicht älter als 6 Monate sein.
Nähere Informationen zu einigen Fachärzten mit verkehrs-medizinischer Qualifikation finden Sie im Internet.

Die Adresse ist:
http://www.schlaganfall-was-nun.de/Auto/02_Verkehrsmedizin_kpl._fur_Homepage.pdf

Folgende körperliche Voraus-Setzungen sollten gegeben sein:

- stabile Symptome
- normales Gesichts-Feld mit ausreichender Seh-Stärke
- ausreichendes Gefühl und Beweglichkeit in allen Körper-Teilen
- ausreichende psychische Leistungen
- angemessene Selbst-Wahrnehmung

Ein Arzt sollte diese Voraus-Setzungen untersuchen.

Nachweisen der Fahrtauglichkeit

Die Fahrtauglichkeit kann amtlich oder nicht-amtlich nachgewiesen werden.
Amtlicher Weg:

1. Meldung der Erkrankung bei zuständiger Führerschein-Stelle
2. Begutachtung vom Facharzt mit verkehrs-medizinischer Qualifikation
3. Medizinisch-psychologisches Gutachten bei TÜV
4. Eignungs-Prüfung oder Fahr-Verhaltens-Prüfung mit einem amtlichen Prüfer

Nicht-amtlicher Weg:
Erkrankung wurde nicht der zuständigen Behörde gemeldet.

Eine erklärende Abbildung:

Erstellen von einem Gutachten zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit
1. Medizinisches Gutachten
2. Eignungs-Gutachten zum Führen von einem Fahrzeug
Eventuelle medizinisch-psychologische Untersuchung
1. Medizinische Untersuchung
2. Reaktions-Test
3. Gespräch mit Psychologen
Eventuell erneutes Fahr-Gutachten
Eintrag von Auflagen und/ oder Beschränkungen in den Führer-Schein
Führerschein ist wieder gültig

Der Betroffene sollte das Gutachten zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit dem Antrag auf erneute Prüfung der Fahr-Erlaubnis beilegen.
Dieses Gutachten enthält:

- medizinisches Gutachten
- Eignungs-Gutachten zum Führen von Fahrzeugen

Das medizinische Gutachten sollte folgende Punkte enthalten:

- persönliche Daten
- Bezeichnung der Behinderung oder Erkrankung
- Auswirkungen der Behinderung oder Erkrankung
- mögliche Bedenken im Hinblick auf das Führen von Fahrzeugen

Mit dem medizinischen Gutachten entscheidet die Straßen-Verkehrs-Behörde über eine medizinisch-psychologische Untersuchung.
Diese Untersuchung wird auch MPU genannt.
Die medizinisch-psychologische Untersuchung besteht aus:

1. medizinische Untersuchung
2. Reaktions-Test
3. Gespräch mit einem Psychologen

Es kann auch lediglich ein Fahr-Gutachten beim TÜV erforderlich sein.
Hierfür sind einige Fahrstunden anzuraten.
Das Fahr-Gutachten überprüft, wie der Betroffene im Straßen-Verkehr zurechtkommt.
Hiernach erhält der „Fahrschüler" ein abschließendes Gutachten über seine Fahr-Tauglichkeit.

Die Führerschein-Stelle erhält das abschließende Gutachten.
Die Führerschein-Stelle trägt die entsprechenden Ergebnisse in den Führerschein ein.

Kosten für den Betroffenen

Der Betroffene übernimmt in der Regel die entstehenden Kosten.
Die Kosten der Untersuchung beim TÜV betragen zwischen 250 Euro und 400 Euro.
Für eine Fahr-Erprobung kommen etwa 150 Euro hinzu.
Das Gutachten vom Facharzt mit verkehrs-medizinischer Qualifikation kostet etwa 300 Euro (Stand:2012).
Es ist möglich, das Auto auf körperliche Beeinträchtigungen anzupassen.
Hierfür kann der Betroffene eine Kosten-Beihilfe beantragen.
Renten-Versicherungen genehmigen diese Kosten-Beihilfe bei gewerblicher Nutzung vom Auto.

Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation

Jeder Mensch kommuniziert sprachlich und/ oder nicht-sprachlich.
Aphasien beeinträchtigen die Verständigung.
Für Mitmenschen ist die Verständigung oft schwierig.
Auch der Umgang mit Betroffenen kann schwer fallen.

Kommunikation

> *„Kommunikation bezeichnet den Austausch von Informationen zwischen zwei oder mehreren Personen, wobei die Mitteilung sprachlich (verbal) oder/ und nichtsprachlich (nonverbal) erfolgen kann.“*
> (Köck & Ott, 1994, S. 213)

Kommunikation findet also zwischen mindestens 2 Personen statt.
Es ist wichtig, sich auf seinen Kommunikations-Partner einzustellen.

Umgang mit Betroffenen

Folgende Tipps sollen Ihnen im Umgang mit Menschen mit Aphasie helfen:

1. Aphasie ist keine geistige Behinderung oder Denkstörung.
   Aphasie ist eine Sprachstörung.
   Beziehen Sie den Betroffenen normal in ein Gespräch mit ein.

2. Aphasie setzt keine verringerte Hör-Fähigkeit voraus.
   Sprechen Sie in normaler Lautstärke.

3. Bemitleiden Sie den Betroffenen nicht.
   Behandeln Sie ihn wie jeden Anderen auch.
   So fühlt sich der Betroffene als gleichwertiger Gesprächs-Partner.

4. Ist ein dritter Gesprächs-Partner anwesend:
   Beziehen Sie den Betroffenen mit in das Gespräch ein.

Verständigung mit Betroffenen

Tipps zur Verständigung können in 3 verschiedene Bereiche gegliedert werden:

1. Allgemeine Faktoren
   wie zum Beispiel Körper-Haltung

2. Umgebungs-Faktoren
   wie zum Beispiel räumliche und zeitliche Grundlagen

3. Tipps zur Verständigung mit Betroffenen
   wie zum Beispiel Sprechtempo

Allgemeine Faktoren

1. Der Betroffene sollte eine angenehme Körper-Haltung einnehmen.
   Schmerzen können die Verständigung zwischen Gesprächs-Partnern beeinträchtigen.
   Durch eine schmerzhafte Körper-Haltung kann sich die Konzentration verringern.

2. Beziehen Sie den Betroffenen in wichtige Entscheidungen mit ein.
   Das Ein-beziehen erweist dem Betroffenen Respekt und Wertschätzung.

Umgebungs-Faktoren

1. Achten Sie auf eine ruhige Gesprächs-Umgebung.
   Hintergrund-Geräusche können das Gespräch negativ beeinflussen.
   Hintergrund-Geräusche sind zum Beispiel:
   - ein laufender Fernseher
   - Musik
   - eine laute Straße
   - Stimmen von anderen Menschen

   Hintergrund-Geräusche können den Betroffenen ablenken.
   Schalten Sie daher störende Geräte aus.

2. Sprechen Sie in Gruppen nacheinander.
   Sprechen in einer Gruppe kann zu Ablenkung führen.
   Auch die Konzentration kann dadurch erschwert werden.
   Achten Sie darauf, dass in Gruppen nur eine Person spricht.

3. Sorgen Sie für eine angemessene Beleuchtung.
   So kann man Mimik und Gestik einfacher deuten.
   Auch Schrift-Bilder und Zeichnungen kann der Betroffene besser erkennen.

Tipps zur Verständigung mit Betroffenen

1. Bleiben Sie ruhig und geduldig.
   Menschen mit Aphasie brauchen mehr Zeit für ein Gespräch.
   Geben Sie den Betroffenen daher die benötigte Zeit.
   Gehen Sie geduldig mit ihm um.
   Das Gefühl unter Zeitdruck zu stehen, kann Stress auslösen.
   Dieses Gefühl kann zu einer verminderten Aufmerksamkeit führen.

2. Halten Sie Blick-Kontakt mit dem Betroffenen.
   Durch Blick-Kontakt können Sie überprüfen, ob der Betroffene Sie versteht.
   Achten Sie daher auf Mimik und Gestik vom Betroffenen.

3. Unterstützen Sie Ihre Aussage durch Mimik und Gestik.
   Mimik und Gestik machen das Gesagte für den Betroffenen deutlicher.
   Mimik und Gestik sollten hierbei natürlich bleiben.

4. Legen Sie Papier und Stift bereit.
   Mit Papier und Stift kann das Gespräch verdeutlicht werden.
   Stellen Sie die Aussage vom Gespräch zeichnerisch dar.
   Wenn möglich auch schriftlich.
   Dadurch kann die Aussage besser verstanden werden.
   Außerdem wird die Aussage besser behalten.
   Ermutigen Sie den Betroffenen ebenfalls Zeichnungen zu verwenden.

Dieser Tipp kann bei Wortfindungs-Störungen hilfreich sein.

5. Auch elektronische Hilfs-Mittel zur Verständigung können verwendet werden.
   Weitere Informationen zu elektronischen Hilfs-Mitteln finden Sie unter:
   Unterstützte Kommunikation

6. Machen Sie Themen-Wechsel deutlich.
   Machen Sie deutlich, wann das Gespräch beginnt.
   Weisen Sie auf einen Themen-Wechsel hin.
   Das kann sowohl sprachlich, als auch durch Berührungen geschehen.
   Teilen Sie dem Betroffenen das Gesprächs-Thema mit.
   Das fördert die Aufmerksamkeit.

7. Sprechen Sie langsam, aber normal. Verwenden Sie Pausen.
   Sprechen Sie nicht übertrieben langsam.
   Sprechen Sie auch nicht abgehackt.
   Der Betroffene soll sich als normaler Gesprächs-Partner fühlen.
   Verwenden Sie natürliche Pausen.
   Geben Sie dem Betroffenen Zeit, die Informationen zu verarbeiten.

8. Unterbrechen Sie den Betroffenen nicht.
   Zeigen Sie dem Betroffenen, dass er gleichwertig ist.
   Vermitteln Sie Ruhe.

9. Beenden Sie nicht die Sätze vom Betroffenen.
   Die Person mit Aphasie macht möglicherweise längere Pausen.
   Die Pausen können dabei helfen Wörter zu finden.
   Bleiben Sie geduldig.
   Beenden Sie nicht die Sätze vom Betroffenen.

10. Verwenden Sie kurze und einfache Sätze.
    Lange, komplizierte Sätze erschweren das Sprach-Verständnis.
    Betonen Sie wichtige Wörter. Sprechen Sie in vollständigen Sätzen.
    Es folgt ein Beispiel von einem einfachen Satz:
    „Herr Müller fährt Auto.“

11. Verwenden Sie (wenn nötig) geschlossene Fragen.
    W-Fragen oder offene Fragen kann der Betroffene schwer verstehen.
    W-Fragen sind:
    - Wer...?
    - Was...?
    - Wie...?
    - Wann...?
    - Wieso...?
    - Weshalb...?
    - Warum...?
    - Wo...?

    Stellen Sie Fragen, auf die mit *„Ja“* oder *„Nein“* geantwortet werden kann.
    Auf diese Fragen kann auch mit Kopfnicken oder Kopfschütteln geantwortet werden.

    Vermeiden Sie Fragen wie: „Was möchtest du machen?“

Verwenden Sie Fragen wie: „Möchtest du spazieren gehen?“

12. Verwenden Sie keine „Kinder-Sprache“.
    Sie unterhalten sich mit einem erwachsenen Menschen.
    Behandeln Sie die Person mit Aphasie gleichwertig.
    Vermeiden Sie Fragen wie: „Möchtest du in die Heia?“
    Verwenden Sie Fragen wie: „Möchtest du schlafen gehen?“

13. Sagen Sie, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.
    Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.
    So können Sie Meinungs-Verschiedenheiten vermeiden.

14. Achten Sie darauf, dass der Betroffene Sie versteht.
    Fragen Sie nach, ob der Betroffene Sie verstanden hat.
    So können eventuelle Unklarheiten aufgeklärt werden.
    Wieder-holen Sie Ihre Aussage noch einmal.
    Verwenden Sie hierzu andere Worte.

15. Fassen Sie wichtige Aussagen in eigenen Worten zusammen.
    So überprüfen Sie, ob Sie den Betroffenen richtig verstanden haben.
    Dadurch können Unstimmigkeiten aufgeklärt werden.

16. Kritisieren Sie den Betroffenen nicht.
    Der Inhalt vom Gespräch ist entscheidend.
    Es kommt nicht auf eine fehler-freie Kommunikation an.
    Haben Sie den Inhalt verstanden, verbessern Sie den Betroffenen nicht.
    Verbessern Sie den Betroffenen nur, wenn er dies wünscht.

17. Ermutigen Sie den Betroffenen, sich zu verständigen.
    Gibt der Betroffene auf, ermutigen Sie ihn weiter-zumachen.
    Machen Sie deutlich, dass Sie ihm genügend Zeit lassen.
    Machen Sie deutlich, dass der Betroffene Hilfsmittel verwenden kann.
    setzen Sie den Betroffenen nicht unter Druck.

Unterstützte Kommunikation

Unterstützte Kommunikation ist von großer Bedeutung.
Kennen Sie Situationen, in denen Betroffene sich nicht mehr verständigen können?
In solchen Situationen können schwierige Doppel-Rollen entstehen.
Einerseits sind Sie nun als Übersetzer vom Betroffenen tätig.
Die Krankheit hat jedoch auch Sie getroffen.
Dies bringt Ängste, Probleme und Wünsche mit sich.
Hierbei kann die unterstützte Kommunikation weiter-helfen.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Unterstützte Kommunikation
- Einsatz von unterstützter Kommunikation
- Beginn der unterstützten Kommunikation
- Verschiedene Formen von Kommunikations-Hilfsmitteln
- Finanzierung von Kommunikations-Hilfsmitteln
- Beantragung von Kommunikations-Hilfsmitteln

Unterstützte Kommunikation

> *„Unterstützte Kommunikation ist eine Methode zur Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die noch nicht oder nicht mehr sprechen können.“*
> (Tesak, 2005, S. 11)

Unterstützte Kommunikation dient der Verbesserung von Gesprächs-Situationen.
Die unterstützte Kommunikation erhöht die Lebens-Qualität vom Betroffenen.

Abhängig von der Behinderung besteht eine umfassende Anzahl an Kommunikations-Hilfsmitteln.
Durch die Kommunikations-Hilfen kann der Betroffene weitest-gehend selbstständig kommunizieren.

Einsatz von unterstützter Kommunikation

Kinder und Erwachsene können unterstützte Kommunikation verwenden.
Die Erwachsenen-Zielgruppe sieht folgendermaßen aus:

1. Menschen, die nicht mehr verständlich sprechen können
2. Menschen, die Sprache nicht mehr korrekt einsetzen können
3. Menschen mit vorüber-gehend eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten

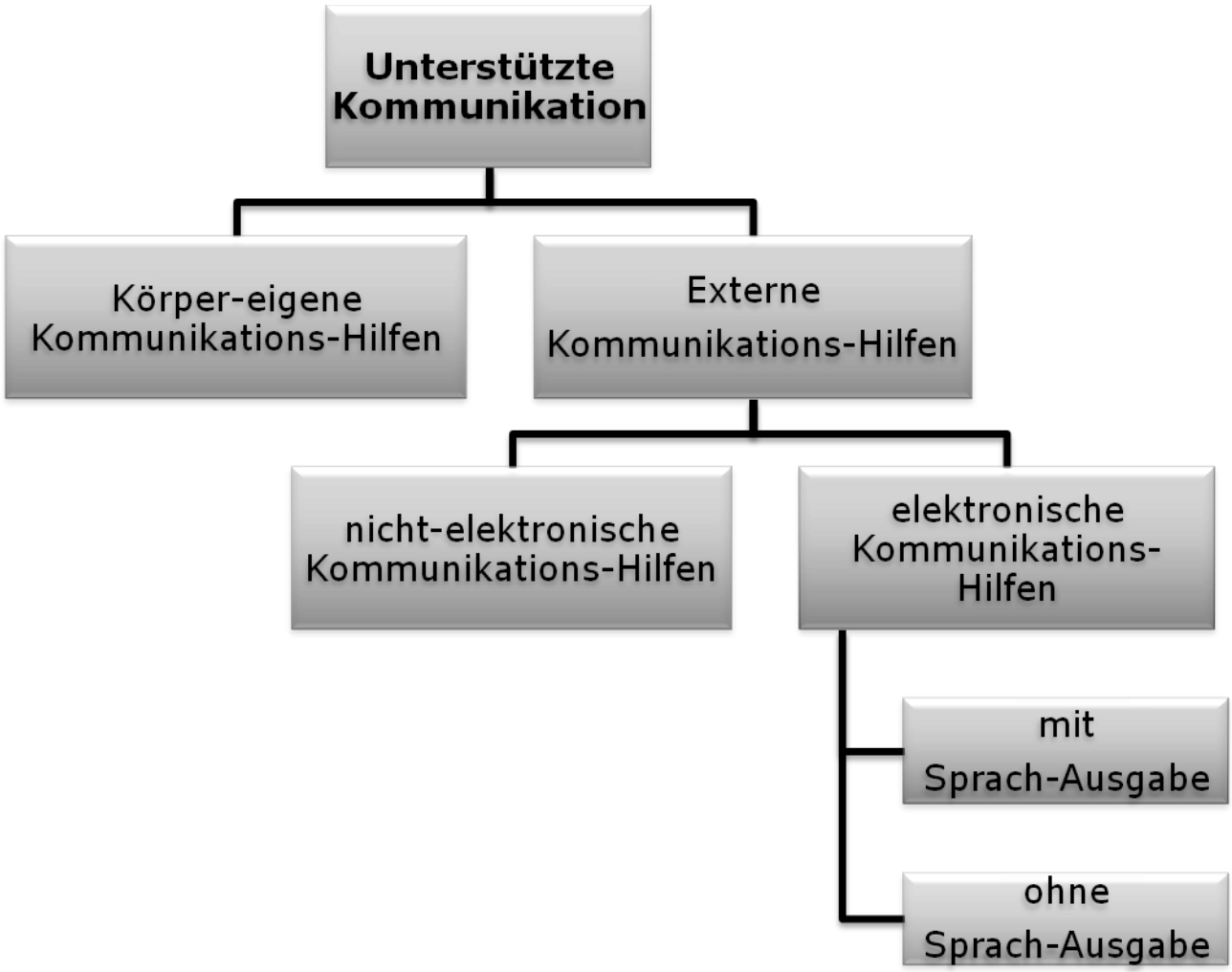
Vor allem Menschen mit expressiver Aphasie verwenden unterstützte Kommunikation.

Beginn der unterstützten Kommunikation

Unterstützte Kommunikation bietet neue Möglichkeiten der Gesprächs-Führung.
Es ist wichtig, so früh wie möglich mit unterstützter Kommunikation zu beginnen.
Der frühe Einsatz dient der Selbstständigkeit vom Betroffenen.

Verschiedene Formen von Kommunikations-Hilfs-Mitteln

Es bestehen 2 Hauptformen der unterstützten Kommunikation:



Körper-eigene Kommunikations-Hilfen

Körper-eigene Kommunikations-Hilfen umfassen:

- Mimik
- Blick-Bewegungen
- Zeige-Bewegungen
- Gebärden

- Finger-Alphabet
- selbst entwickelte Zeichen
- Lautsprache

Positive und negative Aspekte der körper-eigenen Kommunikations-Hilfen:

Positiv	Negativ
Körper-eigene Kommunikation ist jederzeit verfügbar.	Körper-Sprache reicht oft nicht aus, um Laut-Sprache zu ersetzen.
Körper-eigene Kommunikation ist orts-unabhängig.	Bei körperlichen Beeinträchtigungen fällt die körper-eigene Kommunikation schwer.
	Kommunikation über einen umfassenden Inhalt ist oft nicht möglich.
	Kommunikation in einer Gruppe stellt sich oft als schwierig dar.

Externe Kommunikations-Hilfen
Der Betroffene verwendet einen Gegenstand zur Kommunikation mit der Umgebung.
Der Betroffene produziert hierbei nicht selbstständig die Inhalte vom Gespräch.
Der Kommunikations-Gegenstand kann sowohl elektronisch, als auch nicht-elektronisch sein.

1. Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen
   Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen kommen ohne elektronische Unterstützung aus.

Beispiele für nicht-elektronische Kommunikation-Hilfen sind:

- Kommunikations-Bücher
- Kommunikations-Tafeln
- Bild-Poster

Positive und negative Aspekte der nicht-elektronischen Kommunikations-Hilfen:

Positiv	Negativ
Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen sind preiswert in der Herstellung.	Effektivität der Kommunikation hängt von der Nähe der Gesprächs-Partner ab.
Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen sind einfach in der Herstellung.	Effektivität der Kommunikation hängt von der Konzentration der Gesprächs-Partner ab.
Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen sind preiswert im Erwerb.	Meist kann der Betroffene nur eine begrenzte Anzahl an Symbolen verwenden.
Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen sind robust.	Die begrenzte Anzahl an Symbolen kann zu Schwierigkeiten im Gespräch führen.
Nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen sind leicht zu transportieren.	
Durch nicht-elektronische Kommunikations-Hilfen ist eine schnelle Kommunikation möglich.	

2. Elektronische Kommunikations-Hilfen
   Das Angebot an elektronischen Kommunikations-Hilfen wächst stetig.
   Die Auswahl für Betroffene ist daher entsprechend groß.
   Menschen mit Aphasie verwenden elektronische Kommunikations-Hilfen oft als letzte Möglichkeit.

   Elektronische Kommunikations-Hilfen kann man in 2 Bereiche einteilen.

   a. Elektronische Kommunikations-Hilfen mit Sprach-Ausgabe
   Die verwendeten Geräte geben den Gesprächs-Inhalt über einen Lautsprecher wieder.
   Die Sprache kann digitalisiert sein.
   Hierbei gibt der Lautsprecher eine aufgenommene Stimme wieder.
   Bei Geräten mit synthetischer Sprach-Ausgabe wird die Nachricht über die Tastatur eingegeben.
   Eine künstliche Stimme gibt die Nachricht wieder.

   b. Elektronische Kommunikations-Hilfen ohne Sprach-Ausgabe
   Die Geräte geben den Inhalt über folgende Medien wieder:
   - Bildschirm
   - Ausdruck auf Papier

   Für diese Form der Kommunikations-Hilfen ist ein gutes Schrift-Sprache-Verständnis Voraus-Setzung.

Positive und negative Aspekte der elektronischen Kommunikations-Hilfen:

Positiv	Negativ
Gesprächs-Partner sind durch die Verwendung von elektronischen Kommunikations-Hilfen weniger abhängig von einander.	Die Anschaffung von elektronischen Kommunikations-Hilfen ist mit hohen Kosten verbunden.
Die Kommunikation erfordert weniger Aufmerksamkeit.	Das Erlenen vom Umgang mit elektronischen Kommunikations-Hilfen kostet viel Zeit.
Das Gerät speichert längere Nachrichten.	Elektronische Kommunikations-Hilfen sind nicht so robust.
Gespräche über eine gewisse Entfernung sind möglich.	Elektronische Kommunikations-Hilfen sind eher anfällig für Störungen.
Gespräche sind über das Telefon möglich.	
Der Einsatz von elektronischen Kommunikations-Hilfen ermöglicht eine große Selbstständigkeit.	

Finanzierung von Kommunikations-Hilfsmitteln

Versicherte haben einen Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 Absatz 1 SGB V).
Der Betroffene kann diesen Anspruch gegenüber der Kranken-Kasse geltend machen.

Daraufhin überprüft die Kranken-Kasse drei Punkte:

1. Ist das Hilfsmittel erforderlich?
2. Ist das Hilfsmittel wirtschaftlich?
3. Ist Anspruch auf Versorgung gegeben?

Beantragung von Kommunikations-Hilfsmitteln

Der Antrag für ein Kommunikations-Hilfsmittel ist bei der zuständigen Kranken-Kasse einzureichen.
Der Antrag ist meist ein Kosten-Voranschlag vom Hilfsmittel.
Hersteller vom gewünschten Kommunikations-Hilfsmittel erstellen diesen Kosten-Voranschlag.
Der Antrag für ein Kommunikations-Hilfsmittel soll innerhalb von 4 Wochen bearbeitet werden.
Der Medizinische Dienst ist für die Genehmigung von Hilfsmitteln zuständig.
Die Kranken-Kasse trifft die endgültige Entscheidung über den Antrag.
Die Kranken-Kasse teilt ihre Entscheidung dem Betroffenen mit.
Bei Ablehnung vom Antrag kann der Betroffene Widerspruch einreichen.
Der Betroffene muss den Widerspruch innerhalb von einem Monat einreichen.
Fachliche Hilfe sollte beim Schreiben vom Widerspruch hinzu-gezogen werden.
Bei Ablehnung vom Widerspruch können Betroffene Klage beim Sozial-Gericht einreichen.

Hilfsmittel zur Mobilität, Freizeit und im Haushalt

Menschen mit Aphasie haben oft auch körperliche Beeinträchtigungen.
Die Beeinträchtigungen können den Alltag wesentlich erschweren.
Die Verwendung von Hilfsmitteln ermöglicht Betroffenen mehr Selbstständigkeit im Alltag.
Die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln ist im fünften Sozial-Gesetzbuch verankert.
Den entsprechenden Paragraphen finden Sie im Internet.
Die Adresse ist:
www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/33.html

In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Was ist ein Hilfsmittel?
- Finanzierung von Hilfsmitteln
- Beantragung von Hilfsmitteln
- Unterschiedliche Arten von Hilfsmitteln
- Adressen von Hilfsmittel-Anbietern

Was ist ein Hilfsmittel?

Der Begriff Hilfsmittel beschreibt einen elektrischen oder nicht-elektrischen Gegenstand.
Ein Hilfsmittel ersetzt, erleichtert oder gleicht Beeinträchtigungen aus.
Es bestehen verschiedene Formen von Hilfsmitteln:

- Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege (Produkt-Gruppe 50)
  Hierzu gehören beispielsweise Pflege-Betten und

Pflege-Zubehör, Pflegebett-Tische, Hebe-Geräte oder ähnliches

- Hilfsmittel zur Körper-Pflege und Hygiene (Produkt-Gruppe 51)
  Hierzu gehören beispielsweise Wasch-Systeme, Bett-Pfannen, Urin-Flaschen oder ähnliches
- Hilfsmittel zur selbstständigeren Lebens-Führung und Mobilität (Produkt-Gruppe 52)
  Hierzu gehören beispielsweise Notruf-Systeme, Roll-Stühle und Geh-Hilfen oder ähnliches
- Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden (Produkt-Gruppe 53)
  Hierzu gehören beispielsweise Lagerungs-Rollen, Lagerungs-Kissen oder ähnliches
- Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (Produkt-Gruppe 54)
  Hierzu gehören beispielsweise Desinfektions-Mittel, Schutz-Bekleidung, Inkontinenz-Material oder ähnliches

Finanzierung von Hilfsmitteln

Hilfsmittel zählt man innerhalb der sozialen Pflege-Versicherung zur häuslichen Pflege.
Die Pflege-Versicherung bietet folgende Leistungen an:

- Pflegegeld
- Pflege-Sachleistungen
- Kombinations-Leistungen
- verschiedene Hilfsmittel zur Förderung der Selbstständigkeit

Die technischen Hilfsmittel sind Leihgaben von der zuständigen Pflege-Kasse.
Technische Hilfsmittel sind Gegenstände aus der

Produkt-Gruppe 50 bis 53.
Die zuständige Pflege-Kasse übernimmt auch Hilfsmittel von der Produkt-Gruppe 54.
Die Pflege-Kasse übernimmt hierbei einen Betrag von 31 Euro im Monat.
Der Versicherte übernimmt eventuelle weitere Kosten.
Leistungs-Erbringer für Hilfsmittel der Produkt-Gruppe 54 sind Sanitäts-Häuser und Apotheken.
Die entsprechenden Adressen können Sie bei Ihrer zuständigen Pflege-Kasse erfragen.
Pflege-Kassen verordnen nur Hilfsmittel, die vom Betroffenen selbst verwendet werden.
Fragen Sie Ihre Pflege-Kasse oder Ihr Sanitäts-Haus nach einem Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnis.
Im Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnis erfahren Sie genaueres über die Kosten-Übernahme von Hilfsmitteln.

Auch das folgende Buch bietet weitere Informationen:

Titel:	*Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen*
Herausgeber:	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe

Dieses Buch erhalten Sie unter:

Telefon-Nummer:	09 31 – 2 50 13 00
E-Mail:	info@aphasiker.de
Internet-Seite:	www.aphasiker.de

Weitere Informationen zur Pflege-Kassen finden Sie unter: Pflege-Stufen und Welche Versicherung leistet was?

Beantragung von Hilfsmitteln

Zur Beantragung von Hilfsmitteln genügt ein formloser Antrag.
Reichen Sie diesen Antrag bei der Pflege-Kasse ein.
Geben Sie folgende Daten an:

- Name
- Geburts-Datum
- Versicherungs-Nummer
- Art vom Hilfsmittel
- Zweck vom Hilfsmittel
- Begründung vom Hilfsmittel mit ärztlicher Verordnung

Unterschiedliche Arten von Hilfsmitteln

Unterschiedliche Hilfsmittel ermöglichen dem Betroffenen Selbstständigkeit im Alltag.
Für eine richtige Handhabung von Hilfsmitteln ist eine Einweisung von Fachleuten erforderlich.
Zu den Fachleuten gehören unter anderem:

- Ergo-Therapeuten
- Physio-Therapeuten
- Orthopädie-Mechaniker

Diese Einweisungen sollen vor falschem Gebrauch und Verletzung schützen.
Im Folgenden finden Sie 3 verschiedene Hilfsmittel-Gebiete:

- Hilfsmittel für den Haushalt und alltägliche Aktivitäten
- Hilfsmittel für die Freizeit-Gestaltung
- Hilfsmittel für die Mobilität

Hilfsmittel für den Haushalt und alltägliche Aktivitäten

Im Folgenden finden Sie einen Teil der Hilfsmittel:

1. Griff-Verdickungen
   Griff-Verdickungen verwendet man bei Beeinträchtigungen der Hand-Motorik.
   Die Griff-Verdickung trägt zur Selbstständigkeit bei der Nahrungs-Aufnahme bei.
   Zudem bieten Griff-Verdickungen an Stiften einen besseren Halt.

2. Anti-Rutsch-Unterlagen
   Anti-Rutsch-Unterlagen verhindern das Wegrutschen von unter anderem:
   - Tellern
   - Gläsern
   - Telefon

3. Greifhilfen
   Greifhilfen werden als Art verlängerter Arm benutzt.
   Greifhilfen sind beispielsweise für Personen mit Bewegungs-Schwierigkeiten nützlich.

4. Verschluss-Öffner für Dreh-Verschlüsse
   Der Betroffene kann mit diesen Hilfsmitteln Verschlüsse öffnen.
   Die Verschluss-Öffner bestehen meist aus Gummi und bieten mehr Halt.

5. Spezielle Schälmesser
   Saug-Knöpfe befestigen die Schälmesser an der Tisch-Platte.
   So kann der Betroffene eigenständig Mahlzeiten vorbereiten.

6. Einknöpf-Hilfen
   Einknöpf-Hilfen unterstützen Betroffene mit schwacher Hand-Motorik beim Zuknöpfen von Kleidung.
   Der Betroffene führt eine Metall-Schlaufe durch das Knopfloch.
   Die Metall-Schlaufe legt sich dann um den Knopf.
   Somit ist der Knopf fixiert.
   Der Betroffene kann nun den Knopf durch das Knopfloch zurückziehen.

7. Elastische Schnür-Senkel
   Das Binden von Schnür-Senkel kann Schwierigkeiten darstellen.
   Elastische Schnür-Senkel verhindern das mühsame Binden.
   Der Betroffene kann somit einfach in den Schuh hinein-schlüpfen.

8. Hilfen im Bade-Zimmer
   Hierzu zählen unter anderem:
   - Einstiegs-Hilfen für die Bade-Wanne
   - Bade-Wannen-Sitze
   - Bade-Wannen-Lifte
   - rutschfeste Matten für Dusche und Bade-Wanne

9. Einfache Tipps
   Seien Sie selbst kreativ.
   Auch eine Grillzange kann zum Heran-holen von gewünschten Gegenständen dienen.
   Ein umgebundenes Tuch am Einkaufs-Wagen kann dabei helfen, diesen wiederzufinden.
   Ihrer Phantasie sind also keine Grenzen gesetzt.

Hilfsmittel für die Freizeit-Gestaltung

Im Folgenden finden Sie einen Teil der Hilfsmittel:

1. Spezielle Fern-Bedienung
   Betroffene können handels-übliche Fern-Bedienungen oft nicht mehr verwenden.
   Speziell angepasste Fern-Bedienungen sind wesentlich übersichtlicher.
   Die besonders wichtigen Tasten sind hierbei deutlich größer.

2. Spezielle Anpassungen von Spielen
   Den Betroffenen stehen spezielle Spiel-Karten in Post-Karten-Größe zur Verfügung.
   Auch Halte-Vorrichtungen für Karten dienen als nützliches Hilfsmittel.
   Betroffene können mit über-dimensionalen Würfeln und Spiel-Figuren Gesellschafts-Spiele spielen.

3. Touch-Screen
   Touch-Screens können als Ersatz der Computer-Tastatur oder der Maus dienen.

Touch-Screens helfen bei eingeschränkter Funktion der Hände.

Hilfsmittel für die Mobilität

Im Folgenden finden Sie einen Teil der Hilfsmittel:

1. Rollstuhl
   Ein Rollstuhl hilft bei Schwierigkeiten mit dem Laufen.
   Der Rollstuhl ist individuell anzupassen.
   Beachten Sie hierbei folgendes:
   - die Körper-Größe vom Betroffenen
   - die gewünschte Sitzhöhe
   - die Form der Armlehnen

   Fragen Sie daher Ergo-Therapeuten, Physio-Therapeuten oder in Sanitäts-Häusern um Rat.

2. Gehhilfen
   Gehhilfen erleichtern dem Betroffenen die Beweglichkeit.
   Gehhilfen fördern die Selbstständigkeit im Straßen-Verkehr.
   Beispiele für verschieden Gehhilfen:
   - Rollator
   - Gehbock
   - Gehstöcke mit Blinklichtern
   - Schuh-Spikes für den Winter

   Fragen Sie daher Ergo-Therapeuten, Physio-Therapeuten oder in Sanitäts-Häusern um Rat.

3. Anpassungen im Auto
   Es ist möglich, dass Auto auf die individuellen Bedürfnisse anzupassen.
   Rollstuhl-Fahrer können beispielsweise per Hand-Bedienungs-System bremsen und Gas geben.
   Das Gaspedal kann man auch auf die andere Seite verlegen.
   Weitere Informationen finden Sie im Internet.
   Die Adresse ist:
   www.autoanpassung.de/infothek/fahrzeugauswahl_und_umruestung.html

Adressen von Hilfsmittel-Anbietern

Sie können Hilfsmittel sowohl in Sanitäts-Häusern als auch im Internet finden.
Hier eine kleine Übersicht an Internet-Seiten:

- www.drivemedical.de
- www.invacare.de
- www.ovata.de
- www.rebotec.de
- www.russka.de
- www.thomashilfen.de
- www.topro.de

Fragen Sie auch in Sanitäts-Häusern nach entsprechenden Katalogen.
Auch behandelnde Therapeuten können Ihnen weiter-helfen.

Ratschläge zur Freizeit-Gestaltung

Sprache hat einen großen Einfluss auf das gesellschaftliche Leben.
Sprache hilft beim Knüpfen von neuen Kontakten.
Außerdem hilft Sprache beim Austausch von Erlebnisse.
Die Gestaltung der Freizeit kann für Menschen mit Sprach-Problemen schwierig sein.
Auch körperliche Beeinträchtigungen stellen Schwierigkeiten dar.
Viele Menschen mit Aphasie können ihren Interessen nur eingeschränkt nachgehen.
Das zeigt das folgende Zitat:

> *„... dat kränkt mich so .. deshalb geh ich nie irgendwo gerne unter Gesellschaft und so .. da bin ich lieber zu Hause und tu mir wat lesen oder sonst wat...“*
> (Huber et al. 2006, S. 140)

Für Menschen mit Aphasie bestehen viele Freizeit-Aktivitäten.
Durch die Einschränkung freizeitlicher Aktivitäten entstehen oft negative Gedanken.

Sport

Sport wäre eine gute Freizeit-Beschäftigung.
Sport fördert das Selbstwert-Gefühl und steigert die körperliche Leistungs-Fähigkeit.
In Gymnastik-Gruppen lernt man mit körperlichen Beeinträchtigungen umzugehen.
Die Gymnastik-Gruppen werden von Fach-Personal geleitet.
Sport in der Gruppe fördert die emotionale Stabilität.
Weitere Informationen finden Sie im Internet.

Die Adresse ist:
www.schlaganfall-hilfe.de
Auch Golf-Sport hilft soziale Kontakte aufzubauen.
Weitere Informationen finden Sie im Internet. Die Adresse ist:
www.ppgolf.de/index.html

Interessieren Sie sich oder der Betroffene fürs Angeln?
Hierzu finden Sie Informationen im Internet.
Die Adresse ist:
www.handicapanglerverband.de

Selbsthilfe-Gruppen

In Selbsthilfe-Gruppen kann man sich mit anderen Betroffenen austauschen.
Auch Sie als Angehöriger haben hierzu die Möglichkeit.
Selbsthilfe-Gruppen bieten verschiedene Freizeit-Aktivitäten an.
Auch gibt es kulturelle und unterhaltsame Ausflüge.
Nähere Informationen erhalten Sie bei den Selbsthilfe-Gruppen.
Weitere Informationen zu Selbsthilfe-Gruppen finden Sie unter:
Selbsthilfe-Gruppen

Weitere Informationen

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

- Kirchen-Gemeinden
- Wohlfahrts-Verbänden
- Volks-Hochschulen
- Sonstige Weiter-Bildungs-Einrichtungen
- Sozial-Ämter

Selbsthilfe-Gruppen

In Deutschland bestehen viele
Selbsthilfe-Gruppen.
Selbsthilfe-Gruppen vertreten Anliegen von Angehörigen und Betroffenen in der Öffentlichkeit.
Außerdem vermitteln Selbsthilfe-Gruppen konkrete Hilfs-Angebote.
Deutschlandweit bestehen rund 200
Aphasie-Selbsthilfe-Gruppen.
Die Aphasie-Selbsthilfe-Gruppen stehen für Betroffene zur Verfügung.
Auch Sie als Angehöriger können die Angebote einer Selbsthilfe-Gruppe wahrnehmen.
In diesem Kapitel erhalten Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Was sind Selbsthilfe-Gruppen?
- Ziele von Selbsthilfe-Gruppen
- Finanzierung von Selbsthilfe-Gruppen
- Selbsthilfe-Gruppen für Betroffene
- Selbsthilfe-Gruppen für Sie als Angehörige

Nähere Informationen zu Selbsthilfe-Gruppen finden Sie im Internet.
Die Adresse für Nordrhein-Westfalen ist:
http://www.selbsthilfenetz.de/content/e2994/e6997/e7447/index_html?stichwort_id=511

Was sind Selbsthilfe-Gruppen?

In Selbsthilfe-Gruppen kommen Menschen mit Beeinträchtigungen zusammen.
Durch die Aktivitäten der Selbsthilfe-Gruppen bewältigen die Teilnehmer gemeinsam Beeinträchtigungen.
Die Beeinträchtigungen können Krankheiten, psychische oder soziale Probleme sein.
Selbsthilfe-Gruppen sollen vor einem sozialen Rückzug schützen.
Freiwillige Helfer leiten die Selbsthilfe-Gruppen.
Gelegentlich bezieht man Fachleute zu bestimmten Themen hinzu.

Ziele von Selbsthilfe-Gruppen

Die Ziele richten sich nach den Wünschen der Teilnehmer.
Die Teilnehmer stehen also im Mittelpunkt von Selbsthilfe-Gruppen.
Selbsthilfe-Gruppen verfolgen folgende Ziele:

- Veränderung von persönlichen Lebens-Umständen
- Einflussnahme auf das soziale und politische Umfeld
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Austausch von Erfahrungen
- Informations-Austausch
- Gesprächs-Runden zum Austausch von Fragen und Problemen
- soziale Kontakte knüpfen
- Gestaltung von Freizeit-Angeboten

Weitere Ziele erfahren Sie bei den jeweiligen Treffen der Selbsthilfe-Gruppen.

Selbsthilfe-Gruppen für Betroffene

Selbsthilfe-Gruppen für Betroffene sollen den sozialen Rückzug vermeiden.
Zudem dienen Selbsthilfe-Gruppen der Ergänzung von medizinischen Versorgungen.
Die Selbsthilfe-Gruppen können stabilisierend auf die logopädische Therapie wirken.
In Selbsthilfe-Gruppen kann man das in der Therapie Erlernte direkt anwenden.
Die Selbsthilfe-Gruppen helfen den Betroffenen ihre Selbst-Ständigkeit im Alltag wiederzuerlangen.
Auch können sich die Betroffenen untereinander über Erfahrungen austauschen.

Selbsthilfe-Gruppen für Sie als Angehörige

Sie als Angehörige können lernen mit der veränderten Situation umzugehen.
Dazu kann der persönliche Austausch in Selbsthilfe-Gruppen beitragen.
Sie können entstandene Schwierigkeiten mit anderen Teilnehmern besprechen.
Darüber hinaus können Sie Tipps und Hilfe-Stellungen erfragen.
Selbsthilfe-Gruppen helfen dabei, Abstand vom Alltag zu gewinnen.
Eine Kommunikations-Störung ist nicht nur ein Problem vom Betroffenen.
Auch Sie als Angehörige sind davon betroffen.
In Selbsthilfe-Gruppen erhalten Sie beispielsweise Informationen zu Therapie- und Rehabilitations-Möglichkeiten.
Auch über sprachliche und nicht-sprachliche Kommunikations-Hilfsmittel können Sie sich informieren.

Weitere Informationen zu elektronischen Hilfsmitteln finden Sie unter:
Unterstützte Kommunikation

Außerdem erhalten Sie in Selbsthilfe-Gruppen Informationen zum Thema „Rechts-Grundlagen“.