



Podcast I: Aphasie aus Sicht der Wissenschaft mit Prof. Dr. med. Susanne Wegener

«Aphasie verstehen» aus verschiedenen Blickwinkeln. In unserer Podcast-Reihe geben wir Einblick, klären auf und schaffen Verständnis für eine Erkrankung, die die Sprache und das Leben verändern. Mein Name ist Ines Konzett, ich bin Logopädin und freue mich, an dieser Podcast-Reihe das Thema «Aphasie und Interprofessionalität» zu beleuchten. Es freut mich ausserordentlich, weil das sind genau die zwei Themen, die mich im beruflichen Alltag begleiten und interessieren.

I: Heute bei mir ist Susanne Wegener. Du darfst gerne erzählen, woher wir uns kennen und dich gerade auch selber vorstellen.

S: Sehr gerne, danke Ines. Also mein Name ist Susanne Wegener, ich bin auch interprofessionell tätig, jeden Tag eigentlich. Und wir kennen uns aus dem SNG-Kommissionsteam Interprofessionelle Neurologie. Ich bin Ärztin, Neurologin im Unispital Zürich und Professorin an der Universität Zürich, und meine Spezialgebiete sind eigentlich Schlaganfall und Kopfschmerzen. Aber ich habe jeden Tag sehr häufig mit dem Thema Aphasie zu tun. Ich freue mich sehr auf das Gespräch mit dir.

I: Sehr schön. Aphasie. Was bedeutet denn Aphasie? Kannst du uns das erklären, also einfach, für jedermann verständlich, an Aphasie?

S: Ja, also eine Aphasie ist in erster Linie eine Störung der Kommunikation der Sprache und die muss unterschieden werden von der Dysatrie. Das ist im Medizinstudium immer das Erste, was man lernt. Bei der Dysatrie sind quasi: die Sprechwerkzeuge, funktionieren nicht. Also man spricht undeutlich oder verwaschen oder merkwürdig, aber man versteht die Sprache oder man versteht, worum es geht. Und bei der Aphasie gibt es das Problem, dass die Sprache vielleicht nicht richtig verstanden wird inhaltlich, oder dass das, was man versteht und sagen will, nicht richtig rauskommt. Also dass die Sprache, die man produziert, nicht richtig stimmt. Wir unterscheiden da die flüssige und die nicht flüssige Aphasie. Bei der nichtflüssigen Aphasie kann man einfach nicht richtig flüssig Sprache produzieren, kann aber vielleicht ganz gut verstehen, was die Anderen von einem wollen. Und bei der flüssigen Aphasie kann es sein, dass man ganz viel Sprache produziert, aber dass die nicht richtig stimmt, und dass man überhaupt nicht versteht, was die Anderen von einem möchten.

I: Also du bist ja Neurologin und das hat mit der Sprache zu tun, sagst du uns. Und wie muss man sich denn das vorstellen? Was passiert denn bei diesen Menschen? Also was könnten denn die Ursachen sein? Wann reden wir von einer Aphasie? Was kann eine Ursache sein?

S: Also die Aphasie hat ja ihre Grundlage im Gehirn, eine Störung von der Funktion des Gehirns. Und häufig sehen wir das sehr akut, also sehr plötzlich. Und in meinem Spezialgebiet beim Schlaganfall ist das ein sehr häufiges Symptom, dass also ganz plötzlich die Sprache nicht mehr



funktioniert. Und Beispiele können eben sein, dass die Betroffenen zum Beispiel einfach gar nicht mehr sprechen können, überhaupt nicht, oder dass sie nur Ja, Ja, Ja, Ja sagen können. Oder dass sie einfach überhaupt nicht verstehen, was passiert. Und dass, wenn man sie um etwas bittet oder dass man sie anspricht, dass sie nicht so reagieren, wie man es eigentlich gewohnt ist. Und Ursachen können eben zum Beispiel ein Schlaganfall sein, aber auch andere Erkrankungen. Meistens betrifft es eben die linke Seite vom Gehirn, also die linke Hemisphäre, sagen wir dazu. Und weil die linke Seite vom Gehirn auch die rechte Körperhälfte steuert, also die Motorik und das Gefühl, geht diese Aphasie dann häufig auch mit einer rechtseitigen Lähmung oder Gef hlst rung einher. Muss sie aber nicht. Das sind so die akuten Störungen. Es kann auch nach einem epileptischen Anfall zum Beispiel zu einer Aphasie kommen oder wenn man sich verletzt hat, wenn man das Gehirn verletzt hat, beim Unfall zum Beispiel. Es kann aber auch sein, dass die Aphasie ein Teil einer chronischen neurologischen Erkrankung ist, die sich über längere Zeit hinzieht und dass dann auch die Symptome eher so allmählich entstehen. Da denke ich zum Beispiel an. Das kann auch mit einer Aphasie einhergehen.

I: Man weiss ja, dass im Fall eines Hirnschlags man sehr schnell reagieren muss. Warum ist das so? Also, manchmal, ich bin ja auch klinisch tätig, dann hört man, «dann habe ich plötzlich nicht mehr reden können. Dann ging ich ins Bett und dachte, morgen ist es wieder besser». Dann hat man einfach viel zu spät reagiert. Warum ist es wichtig, dass man so früh reagiert? Wenn man merkt, ich kann nicht mehr reden, ich habe eine Gef hlst rung oder mein Arm lampt.

S: Wenn die Ursache z.B. ein Schlaganfall ist, dann kann man eben viel retten, wenn man früh behandelt. Also wenn zum Beispiel ein Blutgefäss verstopft ist, was die linke Seite vom Gehirn versorgt, und das ist die Ursache von der Sprachstörung, von der Aphasie, dann muss man einfach sofort mit der Rettung ins Spital, damit man zum Beispiel eine sogenannte Lysetherapie macht, wo man dieses Blutgerinnsel auflöst. Und dann kann es durchaus sein, dass die Aphasie verschwindet oder sich deutlich bessert. Und wenn man zu lange wartet, dann geht eben der Teil vom Gehirn unter. Und dann hat man nicht mehr so gute Chancen, dass sich das wieder gut erholt. Und ausserdem ist natürlich die Aphasie dann immer ein Zeichen, dass irgendetwas ist nicht in Ordnung, etwas Ernsthaftes. Neurologische Erkrankungen sind ja schon, anders als ein Schnupfen, häufig etwas sehr Ernsthaftes. Und da könnten also noch mehr Symptome auftreten. Das heisst, sicher keine gute Idee, mit einer Aphasie sich ins Bett zu legen und zu sagen, morgen wird es schon besser sein, sondern das ist etwas, wo man sofort Hilfe suchen sollte.

I: Du hast die Lysetherapie angesprochen. Wie darf man sich das vorstellen? Der Patient kommt mit der Ambulanz oder direkt ins Spital. Was passiert denn da genau?

S: Also das ist sehr stressig. Es geht alles sehr geordnet, aber sehr schnell zu. Man kommt auf eine Stroke-Unit oder zu einem Stroke-Center. Dort ist ein interprofessionelles Team aus Pflege, aus Ärzten unterschiedlicher Disziplinen. Radiologie, das sind die, die die Bilder vom Gehirn machen und befunden. Oder die auch mit einem Katheter das Gerinnsel vielleicht mechanisch herausholen können. Die Neurologen, die kurz fragen, was ist passiert, eine kurze Untersuchung machen. Gleichzeitig wird Blut abgenommen, ein EKG geschrieben. Und dann kommt man so schnell, wie es geht, zum CT oder MRT. Das ist eine neuroradiologische Methode, um ein Bild vom Gehirn zu machen, damit man wirklich weiss, was los ist und wie man am besten behandelt.



Und die Behandlung muss dann möglichst schnell erfolgen. Also es ist häufig ein sehr stressiger und schneller Ablauf. Und es ist immer ganz wichtig für das gesamte Team, sehr schnell alle Informationen zu bekommen. Man muss dann auch sehr viel miteinander kommunizieren und reden, damit es möglichst schnell geht für die Patienten.

I: Und wenn wir jetzt davon ausgehen, dass man da schnell reagieren konnte. Wie ist denn der Verlauf für jemanden? Wie geht es denn weiter? Man konnte alle Untersuchungen machen, man konnte die Lyse erfolgreich machen. Was erwartet den Betroffenen in den nächsten Wochen oder sogar Monaten?

S: Es ist eben sehr, sehr unterschiedlich und hängt sehr davon ab, was das Problem ist und wie gut die Therapie anspricht. Die meisten kommen dann erst mal auf eine  berwachungsstation, was eine Stroke-Unit ist, häufig, und werden wirklich kontinuierlich überwacht und auch immer wieder gefragt, wie es geht, immer wieder untersucht. Wenn man eine Aphasie hat, wird man auch immer wieder gechallenged, um zu schauen, ob sich die Sprache verbessert oder das Sprachverständnis verändert hat. Weil in den ersten 24 Stunden kann es eben in alle Richtungen sich bewegen. Es kann sich wahnsinnig toll erholen. Also es kann sein, dass eine schwere Störung von der Sprache und Lähmung sich wirklich komplett erholt. Es kann aber auch sein, dass es einen erneuten Schlaganfall gibt oder dass sich die Situation verschlechtert. Also es ist eine sehr vulnerable Phase, so die ersten ein, zwei Tage. Und wichtig ist, dass man weiss, man ist aber dann, zum Glück haben wir ein Gesundheitssystem, wo wir dann wirklich geschultes Personal haben, ein super Team haben, was sich auskennt. Und die Behandlung, unabhängig von diesem Gerinnsel, beginnt ja schon auf der Stroke Unit mit Therapeuten, mit Logopädinnen, Logopäden, die Ahnung haben von Aphasie, die das dann richtig beurteilen und versuchen, schon von Anfang an, Hilfestellung zu geben.

I: Ich finde es noch einen wichtigen Punkt, was mit den Angehörigen passiert. Ich stelle mir immer so vor, man ist so betroffen, man kann sich nicht mitteilen, man kommt in ein Spital und das Team ist ganz professionell usw. Ist sich das ja auch gewöhnt, aber für den Betroffenen ist es ja das erste Mal, wenn er das erleidet meistens. Wie geht man mit den Angehörigen um in diesen Situationen? Werden die auch betreut? Was passiert da auf der Stroke-Unit?

S: Ja, das ist ganz, ganz wichtig. Doch, die werden auch betreut. Die sind ja auch ganz wichtig, weil wir eben häufig ganz dringend Informationen brauchen und die Betroffenen sie manchmal nicht mitteilen können, besonders bei einer Aphasie. Wenn Patienten eine Aphasie haben, können sie mir ja nicht sagen, dass schon vorgestern etwas nicht gestimmt hat. Und das kann entscheidend sein, wie wir die Therapie auswählen. Oder sie können mir vielleicht nicht sagen, dass sie noch Blutverdünner nehmen. Das kann ganz, ganz wichtig sein. Also wir kontaktieren immer die Angehörigen, versuchen auch immer, die mit dabei zu haben am Anfang. Zumindest für ein kurzes Gespräch. In der ganzen Hektik, ist immer jemand vom Team, oft von der Pflege, aber auch jemand von uns Ärzten da, der kurz erklärt, was passiert jetzt, dass es alles sehr schnell gehen muss, dass man leider nicht so viel Zeit hat, sich jetzt noch länger zu unterhalten; an holt die Informationen, die man braucht; man erklärt, wir machen ein Bild, wir fangen die Therapie an und dann kommen wir nochmal in Ruhe. Dann können sie auch natürlich zu ihren Angehörigen. Das ist natürlich auch für die Patienten unglaublich wichtig, dass da jemand aus ihrer Familie ist.



I: Du hast es erwähnt, die interprofessionelle Zusammenarbeit ist sehr, sehr wichtig. Und du bist ja auch bei der tätig. Warum ist für dich die Interprofessionalität so wichtig?

S: Weil wir einfach unterschiedliche Expertisen reinbringen, unterschiedliche Ausbildungen, die komplementär sind. Und jeder alleine ist nicht genug. Und wir werden ja sicher auch noch über die, Aphasie finde ich, ist ein klassisches Beispiel, wo wir von ärztlicher Seite zwar schon die erkennen und auch ein bisschen verstehen, was könnte da passiert sein und das ist für uns für die Diagnostik wichtig, aber therapeutisch stehen wir da sehr an und ohne Expertinnen und Experten könnten wir überhaupt nicht weiterhelfen. Und wir brauchen sowieso gerade bei der Aphasie auch von ärztlicher Seite sehr viel Führung und Unterstützung, wie wir jetzt eigentlich mit den Betroffenen richtig umgehen können, wie wir sie optimal unterstützen können.

I: Es gibt ja auch von der Aphasie-Suisse ganz klare Regeln oder Tipps, wie man mit aphasischen Menschen umgehen soll. Du hast am Anfang ganz schön beschrieben, dass das ganze Sprachsystem betroffen ist, im Gegensatz zu der Dysarthrie, wo es ja eine reine motorische Problematik ist. Das heisst, man könnte davon ausgehen, dass der Patient nicht lesen kann, den Buchstaben nicht mehr erkennt, seinen Namen nicht mehr schreiben kann bei der Aphasie. Die Regeln, die die Aphasie in Suisse vorgibt, sind ja wirklich der Blickkontakt, nonverbale Kommunikation mit einzubeziehen, mit Bildern, mit Einbezug von allem. Und Zeit ist ganz ein wesentlicher Faktor. Hat man denn Zeit im klinischen Alter?

S: Nein. Nein, das haben wir nicht. Besonders in so einer Akutphase haben wir das nicht. Und leider haben wir ja, wenn jemand mit einem akuten Stroke zum Beispiel kommt, häufig nicht die Logopädin oder den Logopäden direkt auch dabei. Das heisst, wir können nur mit unseren dürftigen Mitteln versuchen, den Betroffenen zu begegnen. Aber was schon wichtig ist, und das versuche ich auch immer umzusetzen, so wie man sich ja jedem nähert, wo man weiss, der braucht jetzt Hilfe, dass man sich zeigt, dass man auch sein Verständnis zum Ausdruck bringt. Zum Beispiel, wenn man merkt, aha, die Person hat eine Aphasie und kann jetzt keine Sprache produzieren, dass man zu verstehen gibt, dass man sagt, ah, das funktioniert nicht mit der Sprache. Das verstehe ich, das ist jetzt wegen diesem Schlaganfall, oder? Dem werden wir uns widmen, wir hoffen, das wird besser. Dass man den Betroffenen nicht das Gefühl gibt, man nimmt das einfach so hin, sondern man versteht das. Und dass man auch probiert, selbst wenn sie keine Sprache produzieren können, natürlich, ob sie dich verstehen. Das ist ja ganz, ganz wichtig. Da muss man manchmal mit einfachen Mitteln, also können Sie die Augen schliessen, können Sie die Augen  ffnen. Und das ist ganz essentiell, dass man sich zumindest in der kurzen Zeit Mühe gibt, herauszufinden, ob die Person, auch wenn sie nicht sprechen kann, in der Lage ist, grob zu verstehen, was läuft. Aber auch in dem Verständnis, das ist eine Ausnahmesituation, das ist wahrscheinlich ein wahnsinniger Stress. Man kann nicht mit komplexen Inhalten kommen. Das ist zum Beispiel auch für Studien oder für Einwilligungen, für irgendwelche Eingriffe ganz, ganz wichtig. Man kann nicht davon ausgehen, dass auch Leute ohne Aphasie überhaupt in der Lage sind, eine sehr komplizierte Einwilligungserklärung zu lesen und zu unterschreiben. Bei Aphasie ist das natürlich noch viel mehr so. Das heisst, man muss sich in der Minute bewusst sein, ich muss jetzt einfach im besten Wissen und Gewissen für diese Person mitentscheiden. Unter Einbezug natürlich der Angehörigen, wenn sie da sind.



I: Eine sehr schwierige Aufgabe an Patienten mit Betroffenen, die Sprachstörung haben. Ich denke, da ist man immer sehr fest herausgefordert. Das Menschliche, das du so schön geschildert hast, ist das A und das O. Sich in die Person hineinversetzen, zu verbalisieren, was man sieht. Es ist im Moment schwierig für sie zu reden und diese Problematik aufzufangen. Aber zaubern können wir alle nicht. Die Probleme, wenn man sich nicht mitteilen kann, sind massiv. Und da sind manchmal alle am Bett gefordert. Und nachdem Sie bei euch auf der Stroke waren, wenn es ein schwerer Schlaganfall ist, wo gehen die Patienten hin? Was passiert im Verlauf?

S: Also häufig schliesst sich eine Rehabilitation an, in einer Rehabilitationsklinik, die auch über Wochen dauern kann, weil man eben in dieser Anfangsphase noch so viel Fortschritt finden kann, sowohl motorisch als auch mit der Sprache und vielen anderen Einschränkungen, die man von so einem Schlaganfall auch davontragen kann und die häufig in dieser Akutphase ja unentdeckt sind. Also zum Beispiel auch sowas wie mit Zahlen umgehen oder lesen. Das tun wir in den ersten ein, zwei Tagen völlig ignorieren und wir haben gar keine Zeit, das richtig anzuschauen. Und dann, wenn es den Patientinnen und Patienten besser geht, stellen sie plötzlich fest, sie können die Dinge, die sie vorher konnten, gar nicht richtig machen. Das kann Lesen oder Fernseh, Film oder so richtig zu verstehen, aber das kann auch sein, dass sie eben ihre Handys nicht richtig bedienen können. Die Apps, die sie sonst benutzen, um durchs Leben zu gehen, ihr Konto zu verwalten, das geht plötzlich nicht mehr. Das ist ja extrem wichtig. Und dafür braucht es eben viel Zeit und Therapie und Unterstützung. Und dafür braucht es auch wieder interprofessionelle Arbeit.

I: Früher ist man auch so ein bisschen davon ausgegangen, dass es so gewisse Fenster gibt, wo die Rehabilitation Sinn macht. Kann man da etwas dazu sagen, von der Plastizität des Gehirn? oder kann es das Gehirn unendlich lang lernen? Oder gibt es da wirklich so eine Phase, wo man kann sagen, ja, bis dann, oder so. Kann man das in Zeitdauer feststellen?

S: Das würde ich versuchen, nicht zu machen. Also man weiss immer, in der Akutphase ändert sich am meisten. Also da ist am meisten Möglichkeit, etwas zu verbessern. Deswegen bestärken wir ja auch die Betroffenen immer, auch eine Reha zu machen. Das ist ja auch nicht für jeden so das Allerschönste, dann direkt nach dem Spital nicht nach Hause zu gehen, sondern in eine Reha. Vielleicht kann man ja sogar ganz gut laufen, aber man hat eben eine Aphasie. Und dann den Betroffenen zu erklären, mach das jetzt, weil jetzt ist dein Gehirn eben noch am ehesten in der Lage, schnell sich anzupassen und das schnell wieder zu lernen. Und trotzdem lernt man immer, man lernt ja sowieso sein Leben lang und es ist auch durchaus möglich, in einer chronischen Phase, mit einer guten Therapie oder vielleicht mit einer neuen Therapie oder mit neuer Motivation, nochmal etwas zu verändern.

I: Also es ist nie zu spät. Man kann immer mit Motivation oder einer speziellen Zielsetzung nach einer Krankheitsdauer sinnvoll sein, weiter zu investieren.

S: Unbedingt, ja.

I: Viele Patienten haben wahrscheinlich auch Angst, dass ihnen das wieder passieren könnte. Gibt es da Zahlen dazu oder wichtige Sachen, wo man sagen kann, man kann auch präventiv etwas machen, dass das nicht passiert?



S: Ja, gerade wenn es jetzt um Schlaganfall geht, Das kann natürlich immer wieder passieren. Auch da ist die Gefahr im ersten Jahr am grössten. Aber Schlaganfall ist so etwas Häufiges, dass wir mit dem Alter alle irgendwann ein Risiko haben, dass uns das trifft. Und das Beste, was man machen kann, ist eben die sogenannten Risikofaktoren zu beachten oder möglichst zu kontrollieren. Das ist wieder hohe Blutdruck, Rauchen, Zucker, dass man sich mehr bewegt, dass man aktiv ist. Das sind so die Dinge, die man machen kann. Und auch das ist natürlich ein wichtiger Teil der Behandlung und der Rehabilitation. Und das ist auch super interprofessionell, dass es nicht einem immer nur gesagt wird, sondern dass man auch so ein bisschen lernt, wie mache ich das eigentlich? Wie kriege ich jetzt den Sport in mein Leben integriert? Wie höre ich auf mit dem Rauchen zum Beispiel? Auch was sehr interprofessionell ist. Das ist ganz wichtig. Und da muss man am Ende auch einfach Glück haben, dass es nie wieder passiert. Und bei vielen Leuten ist es ja zum Glück so.

I: Interprofessionalität, das ist ein Thema, das in der letzten Zeit wahrscheinlich viel an Bedeutung gewonnen hat. Medizin ist komplexer geworden. Ja, es gibt viele Fachrichtungen. Das BAG hat auch eine Studie über das gemacht. In der SNG befasst ihr euch mit der Interprofessionalität. Was sind Sachen, dass das gelingt? Faktoren, dass die Interprofessionalität erfolgreich ist?

S: Also zum einen ist das eine gute Team-Atmosphäre, kein hierarchisches System, sondern ganz wichtig ist, dass sich alle wertschätzen, gleich wertschätzen. Und ich glaube, das ist jetzt bei uns sehr oft der Fall in unserer Kommission sowieso, weil wir eben alle unterschiedliche Expertise reinbringen. Das war vielleicht vor 50 Jahren noch ein anderes Miteinanderzusammenarbeiten. Und heute sind ja auch Therapien, Therapeuten und die Pflege so gut ausgebildet, dass auch auf ärztlicher Seite völlig klar ist, dass so viel Wissen und Können, das haben wir einfach nicht. Und jeder muss sich so ein bisschen auf seine Spezialgebiete fokussieren. Und daher ist es, das ist also die Hauptbedingung, dass man wertschätzend mit den verschiedenen Berufsbildern umgeht und dass man sich auch interessiert, was machen die anderen eigentlich, wie machen die das eigentlich. Das ist manchmal schwierig wegen der geringen Zeit, die wir oft haben, dass man mal so ein bisschen schnuppert. denke ich auch oft, ich müsste mal wieder bei der Logopädie gucken, wie läuft das eigentlich ab, oder? Das würde mir sicher sehr viel helfen. Manchmal schafft man es einfach zeitlich nicht. Aber durch so Kommissionsarbeiten, auch überhaupt durch solche Projekte, gewinnt man tolle Einblicke und die sind sehr bereichernd. Also Interesse, Neugierde, Wertschätzung. Und es ist einfach insgesamt ein grosses Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit, weil man ist produktiver, es ist besser für die Patienten. Und es gibt ja auch viele neue Berufsbilder, die entstehen, wie zum Beispiel die Advanced Practice Nurses APN oder Physician Assistant, also verschiedene Berufsbilder, die zwischen den therapeutischen Berufen stehen und den ärztlichen, die wieder ganz neue Dinge machen können und dadurch andere Arbeit abnehmen und auch wieder neue Expertise bringen. Also da passiert gerade auch sehr viel.

I: Die SAMW hat ja auch eine Charta rausgegeben über die interprofessionelle Zusammenarbeit. Alle Leute, die im Gesundheitswesen arbeiten, denke ich, ist wertvoll, wenn sie dort mal einen Blick reinwerfen. Dort ist neben den Sachen, die du jetzt ganz wichtig gesagt hast, wie die Kommunikation auf Augenhöhe, Wertschätzung, Neugier, ist darin auch beschrieben, dass es auf



der Chef-Etage stattfinden muss. Also nicht nur Pflege und Therapeuten am Bett, sondern dass es auch eine Haltung von der Institution sein muss und sogar auch von den Kostenträgern. Was kannst du dazu sagen? Gibt es Unterschiede vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich?

S: Ja, es gibt unterschiedliche Herausforderungen auf jeden Fall, weil es geht ja oft dann auch um das Finanzielle. Also selbst wenn die Wertschätzung da ist, kann Arbeit ja nur gelingen, wenn sie auch irgendwie entgolten wird, sonst funktioniert es nicht. Und da ist es im stationären Bereich vielleicht ein bisschen einfacher, weil die Rollen klar geregelt sind. Oder bei diesen neuen Berufsbildern auch ärztlich delegiert gearbeitet werden kann. Und im ambulanten Bereich ist es vielleicht manchmal noch ein bisschen schwieriger, weil so wie ich höre, also zum einen gibt es einen grossen Mangel an Therapeutinnen und Therapeuten in verschiedenen Fachrichtungen. Logopäden meines Wissens sind ein sehr gesuchter Berufsstand. Und das merken wir auch. Also unsere Patientinnen und Patienten finden keine Termine. Das ist wirklich sehr frustrierend und sehr schade, oder? Und ich höre auch immer wieder, dass häufig die Leistung nicht richtig abgegolten wird. Und gerade auch das Gespräch, das ist ja auch sehr wichtig, wahrscheinlich in eurer Arbeit, dass das gar nicht richtig abgerechnet werden kann. Das ist natürlich auch schade, wenn man dann nur sehr kurze Zeit hat, um seine Therapie zu machen und würde eigentlich gerne viel mehr machen. Das wird aber nicht mehr sehr abgegolten. Ich weiss nicht, ob das die Frage jetzt richtig beantwortet hat. Aber ja, ich glaube, die Herausforderungen sind anders ambulant, stationär. Ich glaube, eine super Situation ist die Reha. Weil da eben dieses Therapeutische, da steht das sehr im Vordergrund, das Medizinische vielleicht ein bisschen im Hintergrund.

I: Und auch Konstanz. Im Akutbereich ist ja, wie du das so schön geschildert hast, hektisch. Es geht um Leben und Überleben. Und in der Rehabilitation hat man dann Patienten länger. Man kann Ziel definieren. Alle können an den Zielen mitwirken. Und im Ambulanten verteilt es sich wieder, weil einfach die Wege weiter sind. Man ist nicht mehr einfach Tür an Tür. Und von daher hat Interprofessionalität in jedem Stadium wahrscheinlich seine Herausforderung. Und wir sind uns wahrscheinlich einig, dass durch die interprofessionelle Zusammenarbeit eigentlich das Beste kann entstehen. Und auch in der Charta beschrieben, dass es auch ganz wichtig ist, den Patienten mit einzubeziehen. Wir haben unsere Studien und unsere Guidelines, wir haben unsere Vorstellungen, wie wir den Patienten bestmöglich betreuen. Aber ganz wichtig, dass wir auch mit dem Patienten zusammen entscheiden, was wichtig und nicht richtig für den Patienten ist. Und gerade mit Menschen mit Aphasie, wie du es geschildert hast, auch noch einmal zusätzlich herausfordernd.

Du bist auch in der Forschung tätig, weniger im Aphasie-Bereich, aber mit was, wenn du nicht auf der Stroke bist, darfst du dich noch gerne befassen?

S: Also schon mit Forschung zum Bereich Schlaganfall, wie wir das schaffen, dass die Therapien besser funktionieren, dass wir die Therapien auch zuschneiden auf die Person, also dass wir anhand von den Patientencharakteristika, aber auch von der Bildgebung besser verstehen, für wen ist welche Therapie die beste und wie ist die Prognose für die Einzelnen betroffenen. Das ist so das eine. Und wir machen aber auch viel Forschung im Bereich Kopfschmerz. Das ist ein anderes Steckenpferd von mir. wo wir auch mit Linguistinnen und Linguisten zusammenarbeiten.



Das sind ja Sprachforscher oder Sprachexperten. Wobei es da weniger um Aphasie geht, als um die Gespräche, die wir haben, über Kopfschmerzen und die zu analysieren und zu verstehen, worüber sprechen wir da eigentlich? Wie werden eigentlich die Kopfschmerzen beschrieben? Weil Schmerz kann man ja nicht sehen, das muss man ja kommunizieren. Und auch so ein bisschen, wie laufen die Gespräche ab, wie zufrieden sind die Patientinnen und Patienten, mit den Gesprächen und was ist ihnen eigentlich wirklich wichtig. Und gerade wir Ärztinnen und Ärzte, auch wieder wenig Zeit, der Bericht muss getippt werden, vielleicht wird während des Gesprächs am Computer geschrieben oder bieten nicht immer die ideale Gesprächssituation. Und das ist bei Kopfweh-Patienten so. Und jetzt muss man sich mal vorstellen, da sitzt jemand mit einer Aphasie. Da sind die Bedürfnisse ja noch mal ganz anders. Es braucht noch mehr Zeit und da kommen wir sehr schnell an unsere Grenzen. Und das zu verbessern ist eine Sache und ich weiss, dass hier auch, also KI ist ja in aller Munde, künstliche Intelligenz, dass auch hier viel Forschung läuft, nicht bei mir, aber bei Kollegen von mir, die auch Unterstützungsmittel für Menschen mit Aphasie entwickeln wollen, die vielleicht helfen, die Sprache verständlicher zu machen oder das, was an der Sprache vorhanden ist, für andere, um die Kommunikation zu erleichtern. Aber ich weiss, da sind wir noch ganz am Anfang.

I: Wow, da sind wir gespannt, was uns noch alles kann und wird erwarten. Und wie du schön geschildert hast, Kommunikation in allen medizinischen Bereichen ist unglaublich wichtig. In der Aphasie noch speziell, weil der eine betroffen ist, eingeschränkt in seinen kommunikativen Fähigkeiten, aber überall im Gesundheitswesen denke ich immens wichtig, die Kommunikation.

Zum Abschluss, wenn du dir so etwas wünschen darfst für Menschen mit Aphasie, Was wirst du dir hoffen oder was wirst du dir für das Gesundheitswesen wünschen, dass es irgendwie noch etwas besser laufen könnte oder anders sein könnte? Was findest du ganz wichtig?

S: Also ich glaube einfach mehr Möglichkeiten zur Therapie und auch ein bisschen besseres Verständnis von Aphasie und was man so erwarten kann und was es für Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Also es sind gar nicht so riesige Sachen, die ich mir da erträumen würde, aber ich glaube, es gibt viel auch so in den Bereichen Wissensvermittlung, Therapievermittlung, womit man schon viele Fortschritte erzielen kann. Ich glaube nicht, dass es eine Zauberwaffe gibt. Es gibt ja auch keine Pille für die Aphasie, sondern man muss es einfach individuell und therapeutisch angehen. Und ich kann mir vorstellen, dass Hilfsmittel, also ich könnte mir vorstellen, wenn ich Betroffene wäre oder Angehörige, Wenn ich sowas in der Hand hätte, was mir so ein paar Tipps gibt, wie gehe ich denn jetzt um damit, wenn jetzt mein Mann zum Beispiel mich einfach nicht versteht? Und in der und der Situation, was kann ich denn jetzt konkret tun? Gibt es irgendein Bilderbuch oder eine Karte oder eine App, die ich benutzen kann? Oder ist das vielleicht kontraproduktiv, weil ich nicht so viele elektronische Hilfsmittel einsetzen muss? Ich glaube, Hilfsmittel für die Angehörigen wären sehr wichtig. Und auch für die Ärzteschaft, oder? Wie mache ich das eigentlich richtig? Ich glaube, dass wir da zu wenig Zeit investieren in das.

I: Danke vielmals für die ganz eindrücklichen Schilderungen. Ich glaube, wir wissen alle jetzt ein bisschen mehr, wie das ist mit der Aphasie, dem Akutbereich, über die Rehabilitation, die



Swiss Neurological Society
Schweizerische Neurologische Gesellschaft
Société Suisse de Neurologie
Societ  Svizzera di Neurologia

Ambulanz, das Interprofessionelle, was ganz, ganz wichtig ist, die Zeit, die wir haben oder nicht haben.

Ja, ich glaube, wir haben ganz viel gesehen und ich freue mich, in den nächsten Podcast-Reihen, die wir haben, auch mit einer Logopädin und einem Pfleger zu reden, die vielleicht dort auch noch mal Tipps mitgeben können. Und auch mit einem Betroffenen und seiner Ehefrau, die das genau aus seiner Perspektive berichten können, wie sie das erlebt haben. Die Löse, ob die möglich war und die Gespräche und sich nicht mitzuteilen können. Ich freue mich auf die weiteren Reihen und danke vielmals, Susanne, dass wir so miteinander reden konnten. Danke dir.

Der Podcast ist in Zusammenarbeit der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft entstanden.