

AUSSPRACHE

auch die Bearbeitung von Störungen von Strategie und Planung, Beeinträchtigungen des Antriebs sowie Störungen der sozialen Intelligenz. Auch diese Funktionsdefizite lassen sich heute diagnostisch abgrenzen und therapeutisch angehen.

Neuropsychologische Rehabilitation ist eindeutig nicht allein die Aufgabe des betreuenden Hausarztes, der mit den dabei auftretenden vielfältigen Problemen überfordert wäre. Eine solche Rehabilitation erfordert vielmehr ein multidisziplinäres Team, in dem der Neurologe und Psychiater zusammen mit dem klinischen Psychologen, Neurolinguisten, Logopäden und Ergotherapeuten arbeitet.

Es ist vielleicht von Interesse, daß es auch in der Bundesrepublik Deutschland inzwischen solche multidisziplinär arbeitenden Rehabilitationsteams gibt (z. B. Aachen, Bonn, Gailingen und München).

Privatdozent Dr. D. von Cramon
Leiter der
Neuropsychologischen
Abteilung am
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 10
8000 München 40

Schlußwort

Der Leserbrief zu unserem Übersichtsaufsatz läßt eindrucksvoll erkennen, daß die Neuropsychologie sich ihrer eigenen, dem Nichteingeweihten nicht ohne weiteres verständlichen Nomenklatur bedient. Er offenbart zudem, daß eine Übersicht sich ganz leicht auch so darstellen lassen würde, daß sie alles andere als übersichtlich ist und nur noch von Experten verstanden wird. Ohne eine vertretbare Selektion, Gewichtung und gelegentlich auch gewollte Schematisierung ist dieses Gebiet derzeit für den Nichtfachmann kaum eini-

germaßen verständlich zu beschreiben. Ausdrücke wie „selektive wortkategoriale Defizite“, oder „semantische, phonematische und syntaktische Struktur von Sprachäußerungen“ dürften bestenfalls abschreckend auf den Leser wirken.

Die Modellvorstellung der Aphasie als Kodierungs- und Dekodierungsstörung, von dem langjährigen Aphasieforscher Leischner stammend, ist immerhin sinnfällig; andere sind nicht deshalb richtiger, weil sie gegenwärtig heiß diskutiert werden. Natürlich kann eine Hirnerkrankung sowohl eine Aphasie als auch eine zerebelläre oder bulbäre Dysarthrie verursachen, wenn sie mit entsprechenden Herden im Gehirn einhergeht – letztere Störungen sind jedoch keine neuropsychologischen. Daß zerebrale Symptome bei einem Hirntumor progredient sind, ist neurologisches Grundwissen und steht sinngemäß in der Einleitung.

„Im Hinblick auf das auditive Sprachverständnis sind Patienten mit amnestischer Aphasie im Gespräch unauffällig, und auch bei Tests unterscheiden sie sich kaum von hirnorganisch Geschädigten ohne Aphasie“ ist auch bei Poeck (Klinische Neuropsychologie, Thieme 1982, Seite 85) zu lesen. Ob sich der Leser unter den verschiedenen Aphasieformen, wie wir sie unter 2.2 beschrieben haben, etwas vorzustellen vermag, müßte ihm selbst überlassen bleiben. Die „stark gestörte Prosodie“ wird auch bei Poeck als eines der Leitsymptome der Broca-Aphasie aufgeführt (siehe oben, Seite 86). Auch uns ist nicht verborgen geblieben, daß die Bezeichnung „Telegrammstil“ eine Simplifizierung darstellt; aber selbst der Laie kann sich darunter etwas vorstellen, und diese Vorstellung kommt zumindest dem Phänomen recht nahe.

Über die Spontanprognose von Aphasien war bislang nichts Verlässliches bekannt. Die jetzt erscheinende multizentrische Stu-

die aus 17 Kliniken der Bundesrepublik an 200 Patienten, die mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführt und von Aachen initiiert wurde, wird erstmals die besonders für die Therapie und deren Nutzen benötigten Daten liefern („Der Nervenarzt“, im Druck).

Unsere Tabelle 1 zeigt Möglichkeiten – unter anderen – auf, wie man in der Praxis verfahren kann, wenn man einen Aphasiker vor sich hat – ähnlich wie man einem Ortsunkundigen in einer ihm fremden Stadt einige Orientierungshilfen gibt (Fluß, Hauptstraße, Rathaus, Kirche usw.). Irreführend wäre nur, wenn man den so Unterrichteten glauben machen wollte, er könne sich damit morgen als versierter Taxifahrer verdingen. Wir haben aber nirgends behauptet, der Leser unseres Artikels werde damit zum perfekten Neuropsychologen.

Es ging uns allein darum zu zeigen, wie mit Mitteln der Praxis ohne unzumutbaren Zeitaufwand die Diagnose Aphasie oder Apraxie gestellt werden kann, nicht, welche Spezifizierungen in Fachinstituten aufgrund der dort vorhandenen Ausstattung mit Personal, Apparaten und Zeit möglich sind.

Wenn zu einer orientierenden Aphasieuntersuchung unter anderem auch die Prüfung des Lautlesens, des Spontanschreibens und des Schreibens nach Diktat obligatorisch ist, wie v. Cramon fordert, so dürften ihm die vielen Aphasiker mit rechtsseitiger Hemiplegie und/oder Hemianopsie entweder noch nicht begegnet sein, oder er klassifiziert sie als „nicht untersuchbar“. Daß zur Effizienz einer Aphasie-therapie noch viele Fragen offen sind, wird im Leserbrief zugestanden, auf die wichtigste Frage hierzu, den Spontanverlauf, ist oben bereits eingegangen worden.

Es ist bekannt, daß sich in einem Münchner Vorort eine Abteilung zur Diagnostik und Therapie von

Störungen höherer Hirnleistungen (z. B. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Antrieb) in der Planung befindet. In dieser Situation nimmt es nicht wunder, wenn dieses Gebiet sich dem Ortsansässigen überdeutlich aufdrängt und therapeutische Möglichkeiten sich in einem besonders günstigen Licht darstellen. Noch weniger als bei den Aphasien liegen aber hier Behandlungserfahrungen vor, geschweige denn fundierte Untersuchungen über Spontanverläufe.

Der Hinweis auf einige neuropsychologische Rehabilitationszentren in der Bundesrepublik (Aachen, Bonn, Gailingen, München) ist tröstlich. Dieser Trost ist jedoch schwach, wenn man weiß, daß es bei uns jährlich allein 9000 bis 10 000 behandlungsbedürftige Aphasiker nach Schlaganfall gibt. Hinzu kommen die nicht vaskulär entstandenen Aphasien (z. B. die traumatischen) und die übrigen neuropsychologischen Störungen.

Leider sagt der Leserbrief nichts darüber, wie viele Patienten mit neuropsychologischen Störungen in einem solchen Spezialinstitut jährlich behandelt werden können. Diese Zahl wäre tatsächlich höchst wertvoll gewesen. Aber auch ohne diese Kenntnis wird man mit Recht annehmen dürfen, daß die vorhandenen Zentren weniger als 10 Prozent der Bedürftigen behandeln können.

Wir möchten deshalb nur hoffen, daß Neurologen, Psychiater, Internisten, vor allem aber auch praktische Ärzte, die Freude an der Neuropsychologie haben, sich durch die Leserbriefdiskussion nicht entmutigen lassen.

Dr. med. Peter Berlit
Dr. med. Gabriele Haack
Neurologische Klinik der
Universität Heidelberg
Voßstraße 2
6900 Heidelberg 1

Endoskopie der Nase und der Nasennebenhöhlen

Zu dem Beitrag von Professor
Dr. med. W. Draff in Heft 9/1983

Unter der Überschrift: „Endoskopie der Nase und der Nasennebenhöhlen“ veröffentlicht Herr Professor Dr. Wolfgang Draff eine sehr lesenswerte Arbeit, in der zu lesen ist: „Die Diaphanoskopie (Valtolini 1888) ist in der Praxis als diagnostische Hilfe berechtigt, wenn man sich ihrer Unzulänglichkeiten bewußt ist.“ In mehr als 50jähriger Arbeit als HNO-Arzt hatte ich hinlänglich die Möglichkeit, alle älteren und neueren diagnostischen Möglichkeiten bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen gründlich kennenzulernen und ihren Wert zu beurteilen. Auch in den Kliniken von Uffenorde und Zange wurde diaphanoskopiert, und der Vorteil liegt in der einfachen Anwendungsweise und der enormen Preisgünstigkeit. Diaphanoskopie kann allerdings nur für die Diagnostik der Kieferhöhlen und der Stirnhöhlen angewendet werden. Röntgenbilder der Nasennebenhöhlen haben den Nachteil, das auch von sehr erfahrenen Röntgenologen gar nicht so selten eine nicht zutreffende Diagnose gestellt wird; denn auch die geringste Verkantung des Kopfes aus dem Zentralstrahl respektive der Zentralebene liefert „Verschattungen“, in die man einiges hineinlesen kann, was am Ende nicht zutrifft. Auch der Sonographie haften Fehlermöglichkeiten an, und die neuesten Untersuchungsmethoden sind wenigstens in bezug auf die HNO-Diagnostik noch nicht ausreichend erprobt. Jede von ihnen erfordert bis heute einen kostspieligen Apparatenaufwand. Somit erscheint mir die Diaphanoskopie als Mittel der Wahl, um kurzzeitig, ohne Belastung des Patienten besonders auch in der freien Praxis zu einem klaren Resultat zu kommen. Im Zweifel ste-

hen weitere diagnostische Schritte immer zur Verfügung. Meiner Frau habe ich das Diaphanoskopieren als praktischer Ärztin beigebracht, und da in recht weitem Umkreis praktische Ärzte nicht diaphanoskopieren, steht sie mit einer Überschreitung von 15 000% (fünfzehntausend) in ihrer Fachgruppe mit dieser Leistung allein auf weiter Flur, laut Berechnung des Prüfungsausschusses ihrer KV. Oder war's der Computer?

Dr. med. Rudolf Wiegand
Facharzt für HNO
Wielandstraße 15
5300 Bonn 2-Bad Godesberg

Schlußwort

Herrn Kollegen Wiegand danke ich für die ausführliche Darstellung der Diaphanoskopie. Ich glaube, daß seine Bemerkungen nicht im Gegensatz zu meiner Feststellung bezüglich der Diaphanoskopie stehen. Mit Ausnahme der Endoskopie der Kieferhöhle sind alle anderen Untersuchungen, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchung und auch die Diaphanoskopie, letztlich auch die Computertomographie, keine direkten, sondern indirekte Untersuchungen mit allen Vor- und Nachteilen. Herr Kollege Wiegand wird mit mir übereinstimmen, daß die Diaphanoskopie nicht immer ein klares Resultat liefern kann. Dies bedeutet für die Praxis, daß bei normalem Diaphanoskopiebefund und klinischen Beschwerden in jedem Falle weitere Untersuchungen zu veranlassen sind, um zu einer Diagnose zu kommen. Darüber hinaus wird man sich bei geringfügigen Beschwerden und pathologischem Diaphanoskopiebefund zumindest vor einer größeren Intervention durch weitere Befunde absichern wollen.

Professor Dr. med. Wolfgang Draff
Chefarzt der Klinik für
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten
und plastische Gesichtschirurgie
Pacelliallee 4, 6400 Fulda