

Alzheimer und Diagnose Teil II

©2002 Mike Pictor

I. Vorbemerkung:

Die Alzheimer Krankheit ist eine hirnorganische Erkrankung; das Absterben (der Verlust) von Gehirn-Nervenzellen, welches zum Verlust von funktionalen Bereichen des menschlichen Gehirns führt, ist das signifikante Merkmal dieser tragischen Erkrankung, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts von Dr. Alois Alzheimer entdeckt und nach ihm benannt wurde.

Treten bei Menschen Funktionsdefizite (z.B. nachlassende Gedächtnisleistung, Einbrüche bei der zeitlichen oder örtlichen Orientierung etc.) auf, könnte es Alzheimer sein, **es muß aber nicht sein !**

Da eine Untersuchung am geöffneten Gehirn eines Menschen ausscheidet, können nur **mit externen Untersuchungen** Verhaltensauffälligkeiten und Gehirnleistungsdefizite einem Krankheitsbild zugeordnet werden. Solche externen Untersuchungsmethoden müssen aber, damit die aufgetretenen Symptome von anderen Ursachen abgegrenzt werden, eine Mindestdauer der Symptomatik von 6 Monaten umfassen; alle bekannten und verwandten, anerkannten Testmethoden geben aber nur Anhaltspunkte und sind für sich alleine noch nicht ausreichend, um eine relativ sichere Verdachtsdiagnose zu begründen (>**Diagnose Teil I**).

Wichtig: die Testergebnisse alleine erlauben noch keine gesicherte Diagnose !

II. Test-Arten

Die folgenden Testverfahren werden als „**psychometrische Tests**“ bezeichnet. Da man aber die Seele (Psyche) eines Menschen mit keinem Testverfahren verlässlich und abschließend „messen“ kann, man allenfalls nach Standardkriterien Auffälligkeiten und Abweichungen von Erfahrungswerten oder der „Norm“ feststellen oder bewerten kann, sollten diese Tests als das bezeichnet werden, was sie sind: **Gehirnleistungstests!**

1. **Uhrentest**, mit dem u.a. die Fähigkeit, abstrakt zu denken, und „visual-konstruktorische Funktionen“ überprüft werden,
2. **Mini-Mental Status Test (MMST)**, mit dem unter anderem die Orientierungsfähigkeit, das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, Sprache und Rechnen überprüft werden. Patienten werden z.B. nach Datum, Ort und Bezeichnungen von gezeigten Gegenständen befragt,
3. **„DemTect“ (Demenz-Detektion-) Test**, ein weiterer „psychometrischer Test“, mit dem geistige Beeinträchtigungen erkannt werden sollen.

Die Wissenschaft spricht auch von „DemTect (Demenz-Detektion)“, RDST (Rapid Dementia Screening Test) und TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung). Der Mini Mental Status Test (MMST) ist der noch immer am weitesten verbreitete Kurztest.

III. Testverfahren

Alle o.g. Tests sind „Formulartests“; d.h. dem Patienten/der Patientin werden schematisierte Vordrucke vorgelegt oder es werden ihm/ihr vorgegebene Fragen nach vorgegebener Reihenfolge gestellt, die der Patient beantworten muß. Bei dem Uhrentest

soll er/sie eine Uhr zeichnen und Uhrzeiten mit den entsprechenden Zeigerstellungen in die Uhr einzeichnen (vereinfacht dargestellt).

Die auf Grund der einzelnen Testergebnisse festgestellten „kognitiven Störungen“ werden mit einer Punktzahl versehen, die Punkte werden am Ende addiert.

Anm.:

„ ihr gewonnener Punktwert ist aber kein Ersatz für anamnestische (Anm.: Vorgeschichte einer Krankheit betreffend) und psychopathologische Befunde und kann nicht mit der Diagnose Demenz gleichgesetzt werden. Diese Tests lassen zudem keine Schlussfolgerungen über Alltagsbeeinträchtigungen und nicht kognitive Störungen, also Störungen der Stimmung und des Verhaltens zu“ (Priv.- Doz. Dr. med. M. Haupt in: MMW Fortschritt der Medizin Nr. 20 v. 16.05.2002).

IV. Verhalten des Arztes/der Ärztin

Ärzte wissen, dass für viele Patienten alleine schon der Arztbesuch aufregend und belastend ist, erst Recht dann, wenn es um den Verdacht einer Gehirnerkrankung geht!

Jeder Mensch hat Sorgen, wenn er erkrankt; Angst, ja Verzweiflung, oft geradezu Existenzangst haben sehr viele, wenn sie an sich selbst Einbrüche beim Gedächtnis, der Orientierung oder der Erledigung alltäglicher Dinge feststellen. Die Alzheimer Krankheit ist eine noch weitgehend tabuisierte Krankheit, und dies nicht nur aus „Schamgefühl“, falscher Peinlichkeit oder Unkenntnis über deren Ursachen und Verlauf. Sie macht einfach Angst, weil ihre Auswirkungen in ein wesentliches Grundbedürfnis des Menschen hineinreichen: den Wunsch und Willen, niemals hilflos, von der Hilfe Dritter abhängig zu werden, niemals in eine Situation zu geraten, in der sie sich nicht wehren können, in der „man mit ihnen macht, was man will“ !

Nicht ohne Grund haben statistische Erhebungen von Universitätsinstituten ergeben, dass die Mehrzahl der befragten Älteren, sich einen Aufenthalt in einem Heim nicht vorstellen können. „Angst vor dem Alter“ ist sicherlich auch in den vielfältigen **Mißständen** im Pflege- und Gesundheitswesen begründet (>medikamentöse und mechanische Fixierungen >Dehydration u.a.m.).

Den Tests müssen daher einfühlsame Vorgespräche vorausgehen, damit den Betroffenen Ängste genommen werden. Hier kommt den begleitenden **Angehörigen** eine besondere Bedeutung zu: sie sollten zu Hause vor dem Arztbesuch in ruhigem Gespräch auf Sinn und Zweck solcher Tests hinweisen, beruhigen (nicht beschwichtigen oder bagatellisieren!) und der/dem Betroffenen das Gefühl und die Sicherheit geben, nicht alleine gelassen zu sein **und zu werden**.

Die Tests müssen daher in ruhiger Atmosphäre erfolgen, der/die die Tests durchführende Arzt/Ärztin sollte sich **viel Zeit dafür nehmen**.

Solche Vorklärungen dürfen nicht in ca. **8 -10 Minuten „erledigt“ werden**, erst Recht nicht durch Arzthelferinnen, wie es in einigen Hinweisen als **praktikabel und zeitsparend** dargestellt wird!

Wenn es in einer Beschreibung zum RDST- Test heißt:

„die Kurzform des DemTect **für den eiligen Untersucher**“, (vgl. MMW Fortschritt der Medizin Nr. 20, 16.Mai 2002)

überschreitet dies die Grenze zur Geschmacklosigkeit und degradiert solche u.U. schicksals- mitentscheidenden Untersuchungen zum bloßen Tatbestand nach der Gebührenordnung für Ärzte !

V. Fehlentwicklungen

Es sind „fachpsychiatrische, neurologische oder fachpsychologische Gutachten“ bekannt, in denen die Diagnose „Verdacht auf Vorliegen einer Demenz vom Alzheimer Typ“ hauptsächlich mit den Ergebnissen solcher Vorklärungs- Tests begründet wurde, ohne dass zusätzlich z.B. eine Computer- oder Kernspintomographie und weitere Untersuchungen veranlasst wurden (>Differentialdiagnose).

Solche „Gutachten“ werden dann häufig von Vormundschaftsgerichten zur Begründung von Betreuungsanordnungen herangezogen; es werden dann in Einzelfällen Betreuungen mit mehreren Wirkungskreisen für die Betreuer/Betereuerinnen angeordnet (>**Recht >Betreuungsrecht**) wie z.B.:

- Aufenthaltsbestimmungsrecht
- Gesundheitsfürsorge, Zustimmung zu ärztlichen Heilbehandlungen,
- Vermögensfürsorge,
- Recht zur Öffnung der Post des Betroffenen und
- Wohnungsauflösung.

Betreuungen mit derart umfangreichen Wirkungskreisen haben in der Praxis oft die Wirkung von Entmündigungen, die aber nach dem neuen Betreuungsrecht, welches das alte, obrigkeitliche Entmündigungsrecht abgelöst hatte, nicht mehr zulässig sein sollten!

Alle mit einer Begutachtung Beauftragte müssen wissen, dass ihre Gutachten Juristen (Richterinnen und Richtern) zur Entscheidungsfindung in Betreuungssachen mit weitreichenden Folgen dienen, oft auch die Grundlage für eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psych. Klinik sind, mit häufig scherwiegenden Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen!

Ein Gutachten einer Diplomsoziologin, in welchem diese zu Anregung einer Betreuung noch nicht einmal auf solche Testergebnisse oder weitere, notwendige Untersuchungen verweisen konnte, sondern im Wesentlichen auf die von Nachbarn einer Betroffenen behauptete „Gefahr, dass die Betroffene wieder einmal die Herdplatte nicht ausmacht und die Platte dann „durchzuknallen droht“), führte zur Anordnung einer umfassenden Betreuung durch ein Vormundschaftsgericht! Nach vollständiger Klärung des Sachverhaltes hob das Gericht die Betreuung wieder auf.

Gutachter müssen sich auch bewusst sein, dass sie sich u.U. einer strafbaren Handlung durch allzu leichtfertige Schlussfolgerungen schuldig machen können.

VI. Literatur- und Quellenhinweise

Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, Hrsg. Alzheimer- Europe, Thieme Verlag Stuttgart 1999

MMW- Münchner Medizinische Wochenschrift- Fortschritte der Medizin, Ausgabe Nr. 20, 16. Mai 2002, Urban & Vogel, München

„Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 4. Auflage 2002, Berlin