LANDMANN & PARTNER

LANDMANN - ZOBL - KRUMM - GROTH

SESPP
12 AOUT 2024

Einschreiben
Etat de Fribourg
Amt für Justizvollzug und Bewährungshilfe
Frau O. Urbach
Rte d'Englisberg 3
1763 Granges-Paccot

RECHTSANWÄLTE
Dr. iur. Valentin Landmann
Dr. iur. Christoph Zobl
Dr. iur. Jürg Krumm
lic. iur. Stephan Groth, LL.M.*
MLaw Lea Herzig
MLaw Fiorina Amgwerd
MLaw Stefanie Torres
Dr. iur. George Poulikakos
MLaw Nicolas Simon
* Fachanwalt SAV Strafrecht

KONSULENT
Dr. iur. Markus Oertle

SUBSTITUTEN
MLaw Anja Sartorius
MLaw Prisca Gut
MLaw Loïck Himmelreich
BLaw Luca Gambino

Zürich, 9. August 2024
B0813602.docx

XO/OU / Daniel Seewer

Sehr geehrte Frau Urbach

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 26. Juli 2024 in rubrizierter Angelegenheit, mit welchem Sie Herrn Daniel Seewer Frist gesetzt haben, um allfällige Bemerkungen zu den wesentlichen Aktenstücken betreffend bedingte Entlassung aus der Verwahrung nach Art. 64 StGB anzubringen.

Die Interessenwahrung von Herrn Daniel Seewer haben wir Ihnen bereits mit Schreiben vom 5. August 2024 angezeigt. Die entsprechende Vollmacht reichen wir Ihnen hiermit nach.

Ihrer Aufforderung zur Stellungnahme an unseren Mandanten kommen wir hiermit namens und auftrags unseres Klienten fristgerecht nach und zwar wie folgt:

1. Vorerst ist auf die Vorankündigung der beratenden Kommission für die bedingte Strafentlassung und die Abklärung der Gemeingefährlichkeit (KBSAG) vom 26. Juni 2024 Bezug zu nehmen. Diese anerkennt, dass sich die pathologische Situation des Mandanten stark verschlechtert hat. Ausserdem konstatiert sie, dass im Falle einer Bestätigung der Demenz des Mandanten das Rückfallrisiko nicht unbedingt gesenkt würde und angesichts des mit der Pathologie verbundenen Impulsivitätsrisikos sogar als erheblich angesehen werden könnte.

2. Aufgrund dieser Schlussfolgerungen war die KBSAG der Ansicht, dass ein weiteres Gutachten eingeholt werden sollte, um über die Gefährlichkeit des Mandanten sowie über die Art und Weise der Fortsetzung des Vollzugs der Verwahrung zu entscheiden. Die Einholung eines erneuten Gutachtens wird verteidigerseits nicht zurückgewiesen. Insbesondere kann es sich als sinnvoll erweisen, die Frage der Gefährlichkeit unter spezieller Berücksichtigung der Erkrankung des Mandanten neu zu prüfen, zumal das letzte Gutachten im Jahr 2018 erstellt wurde. Jedoch sollte in jedem Fall auch auf die vorhandenen medizinischen Berichte sowie die Ergebnisse der Anhörung vom 17. Juni 2024 durch die KBSAG abgestellt werden.

BO:	Vorankündigung (Préavis) der KBSAG vom 26.06.2024	bei den Akten

3. Bereits im Februar 2023 wurde beim Mandanten anlässlich einer MRI-Untersuchung eine hochgradige Alzheimer-Erkrankung im Frühstadium diagnostiziert. Aufgrund bereits bestehender, erheblicher sprachlicher Verständnisprobleme musste aber damals schon auf eine ausführliche Anamnese verzichtet werden. Dem untersuchenden Arzt fiel auf, dass Fragen nicht präzise beantwortet werden konnten und Begriffe nicht verstanden wurden bzw. immer wieder nach solchen gesucht wurde. Instruktionen mussten mehrmals repetiert werden und es bestanden Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben. Damals stellten die untersuchenden Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich (USZ) noch fest, dass es sich ebenfalls «nur» um eine primäre progressive Aphasie handelt könnte. Diese Befunde wurden durch die nachfolgenden Untersuchungen gestützt bzw. ergibt sich der Eindruck, dass sich die kognitive Beeinträchtigung fortlaufend verschlechtert hat. In diesem Zusammenhang gehen die Ärzte von einer voranschreitenden Demenzerkrankung aus.

BO:	Bericht der neuropsychologischen Untersuchung am USZ vom 24.08.2023	Beilage 1
	Bericht der Sprechstunde für kognitive Neurologie am USZ vom 06.11.2023	Beilage 2
	Bericht der Sprechstunde für kognitive Neurologie am USZ vom 03.01.2024	Beilage 3

4. Anlässlich der Anhörung vom 17. Juni 2024 gab der Mandant denn auch an, dass er seiner Beschäftigung im Atelier der JVA Pöschwies nicht mehr nachgehen könne, da man nicht mehr wolle, dass er dort arbeite. Dies notabene obschon er stets sehr gute Zeugnisse im Rahmen seiner Verlaufsberichte erhielt. Ausserdem brachte der Mandant auf die Nachfrage eines Wechsels in ein Alterspflegeheim zum Ausdruck, dass ein solches nur in Frage komme, wenn es in der Nähe seiner Familie sei, da diese regelmässig zu Besuch komme. Interessant fallen aber

insbesondere die Bemerkungen der Gerichtsschreiberin zur gesamten Anhörung aus: Diese bemerkt wieder, dass dem Mandanten regelmässig die Worte fehlen, er sich an einfachstes Vokabular nicht erinnern kann und er ständig auf Themen zu sprechen kam, welche zuvor bereit abgehandelt wurden. Teilweise könne der Mandant seine eigene Schrift nicht mehr erkennen und kaum lesen. Seine Gedankenabfolge wirke gestört bzw. sei eine logische Abfolge der Gedanken nicht immer erkennbar.

BO: Protokoll der Anhörung durch die KBSAG vom 17.06.2024 bei den Akten

5. Gemäss dem Vollzugsbericht der JVA Pöschwies vom 14. Mai 2024 gab es im Februar 2023 erste Meldungen aus der hauseigenen Metallwerkstatt über eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten und einen Leistungsabbau des Mandanten. Er wirke verlangsamt, könne jahrelange Routinen nicht mehr abrufen und Werkzeuge etc. nicht mehr benennen. Als Reaktion auf die beschriebenen ärztlichen Befunde (Beilage 1, 2 und 3) wurde der Mandant per 19. Februar 2024 in die anstaltsinterne Wohngruppe für Alter und Gesundheit versetzt. Auch im Vollzug macht sich die Demenz des Mandanten durch seine Vergesslichkeit bemerkbar. So sei er schon öfters im falschen Stock zu seiner vermeintlichen Zelle gelaufen, könne alltägliche Dinge nicht mehr benennen oder vergesse die Namen des Personals. An dieser Stelle ist jedoch auf das tadellose Verhalten des Mandanten im Vollzug sowie seine ansonsten sehr guten Arbeitsleistungen hinzuweisen.

BO: Vollzugsbericht der JVA Pöschwies vom 14.05.2024 bei den Akten

6. Einigermassen zu irritieren vermag jedoch das Fazit der Anstaltsleitung. Darin verweist sie auf die noch wie vor bestehenden und gutachterlich diagnostizierten Störungen, welche die Legalprognose des Mandanten nach wie vor belasten würden und die sehr hohe Rückfallgefahr unverändert liessen. Das jüngste Gutachten ist jedoch aus dem Jahr 2018, also lange vor der Alzheimerdiagnose. Die Anstaltsleitung lässt also völlig ausser Acht, dass die Rückfallgefahr mit fortschreitender Alzheimererkrankung zwingend abnehmen muss. So merkt jeder, der mit dem Mandanten in einem Raum sitzt, dass von diesem nicht mehr die Gefahr ausgehen kann, wie dies möglicherweise einmal der Fall war. Die kognitiven Einbussen werden mit Voranschreiten der Erkrankung des Mandanten überdies laufend zunehmen, weshalb schon jetzt eine bedingte Entlassung vorzubereiten ist.

7. Was den prognoserelevanten sog. «sozialen Empfangsraum» angeht (vgl. dazu BSK StGB-HEER, Art. 64a N 21), ist festzustellen, dass dieser beim Mandanten ohne jeden Zweifel besteht. Die Direktion der JVA Pöschwies schreibt dazu, dass dieser erst noch zu klären wären. Dabei zeigen die Einträge im Insassenstammblatt des Mandanten, wie oft er von seinen beiden Schwestern und der betagten Mutter Besuch bekommt. Diese Beziehungen werden rege gepflegt und es ist einigermassen aussergewöhnlich, dass der Mandant bei einer solchen Vollzugsgeschichte noch so enge Kontakte zu seiner Familie hat. Der soziale Empfangsraum liegt somit in überdurchschnittlichem Masse vor, weshalb hier kein Hindernis für eine bedingte Entlassung zu erblicken ist.

8. Zuletzt kann gesagt werden, dass die Erstellung eines neuen Gutachtens durchaus befürwortet wird. Es wird unterstreichen, dass eine bedingte Entlassung des Mandanten in naher Zukunft angezeigt ist. Was die Überführung in eine stationäre therapeutische Massnahme angeht, so erhellen die Erwägungen der einweisenden Behörde nicht. Die Anforderungen an die Legalprognose sind dieselben, wie für die bedingte Entlassung aus der stationären therapeutischen Massnahme (vgl. Art. 64a Abs. 1 StGB und Art. 62 Abs. 1 StGB; BSK StGB-HEER, Art. 64a N 12). Ist also eine bedingte Entlassung aus der Verwahrung angezeigt, so kommt auch keine Massnahme nach Art. 59 StGB in Betracht. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass auch wegen Aussichtslosigkeit keine stationäre therapeutische Massnahme anzuordnen ist. Die letzte 59er-Massnahme musste wegen erfolglosem Therapieverlauf am 25. Oktober 2019 abgebrochen und in einer Verwahrung umgewandelt werden. Wieso nun plötzlich von gesteigerten Therapiechancen ausgegangen werden könnte, ist nicht ersichtlich.

Freundliche Grüsse

Jürg Krumm

Beilagen erwähnt
Kopie an den Klienten

VOLLMACHT

SESPP
12 AOUT 2024

Ich/wir bevollmächtige/n

RA Dr. iur. Valentin N. J. Landmann
RA Dr. iur. Christoph Zobl
RA Dr. iur. Jürg Krumm
RA lic. iur. Stephan Groth, LL.M.
RA Dr. iur. Markus Oertle
RAin MLaw Lea Herzig
RAin MLaw Fiorina Amgwerd
RAin MLaw Stefanie Torres
RA Dr. iur. George Poulikakos
RA MLaw Nicolas Simon
MLaw Anja Sartorius*
MLaw Prisca Gut*
MLaw Loïck Himmelreich*
BLaw Luca Gambino**

in Sachen: Seewer, Daniel; geb. 02.11.1966

betreffend: _____

zu allen Rechtshandlungen eines Generalbevollmächtigten mit dem Recht, Stellvertreter zu ernennen.

Die Vollmacht schliesst insbesondere ein: aussergerichtliche Vertretung, Vertretung vor allen Gerichten, Verwaltungsbehörden und Schiedsgerichten, Abschluss von Gerichtsstandsvereinbarungen und Schiedsverträgen, Ergreifung von Rechtsmitteln, Abgabe von Abstandserklärungen, Abschluss von Vergleichen, Vollzug von Urteilen und abgeschlossenen Vergleichen, Empfangnahme und Herausgabe von Wertschriften, Zahlungen und anderen Streitgegenständen, Anhebung und Durchführung von Schuldbetreibungen, einschliesslich Stellung des Konkursbegehrens, Vertretung in Erbschaftssachen und bei öffentlichen Beurkundungen und Grundbuchgeschäften, Vertretung in Strafsachen, insbesondere Stellung und Rückzug von Strafklagen und -anträgen.

Abweichende prozessrechtliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit dem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust der Handlungsfähigkeit oder dem Konkurs des Vollmachtgebers.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns in allen Fällen, auch bei Tätigkeit des Bevollmächtigten vor Bundesgericht und ausserhalb des Kantons Zürich und der Schweiz, zur Bezahlung das Honorars und der Barauslagen des Bevollmächtigten gemäss den Bestimmungen und Ansätzen der Gebührenordnung des zürcherischen Obergerichtes und des Vereins Zürcherischer Rechtsanwälte und beauftrage/n den Bevollmächtigten, das Inkasso der zugesprochenen Streitsumme zu besorgen. Ich/wir verpflichte/n mich auch, einen angemessenen Kostenvorschuss zu leisten und diesen auf Verlangen zu ergänzen, ansonst die Ausführung oder weitere Besorgung des Auftrages unterbleiben kann. Ferner trete ich dem Bevollmächtigten allfällige Prozessentschädigungen bis zur Höhe seiner Ansprüche zahlungshalber ab.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, die Handakten nach Ablauf von zehn Jahren seit Erledigung der Sache ohne vorherige Anfrage zu vernichten.

Für die Erledigung von Streitigkeiten aus diesem Auftragsverhältnis **anerkennt der Auftraggeber die Gerichte am Geschäftssitz des Bevollmächtigten als zuständig** und das schweizerische Recht als anwendbar.

*Nicht im Anwaltsregister eingetragen, mit Venia zur Vertretung vor Gerichten im Kanton Zürich befugt.
**Nicht zur Vertretung vor Gerichten befugt.

Regensdorf, den 7.8.2024

(Ort) (Datum)

Der/die Vollmachtgeber/in:

Daniel Seewer

-811- CB.0124 ÷ /

Landmann & Partner
Beilage 1

SESPP
12 AOUT 2024

USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Neurologie

USZ, NOS, HAL A 7, 8091 Zürich

Justizvollzugsanstalt JVA Pöschwies
Herr med. pract. Aldo V. Fischer
Ärztlicher Dienst
Roosstr. 49
8105 Regensdorf

Prof. Dr. med. M. Weller
Klinikdirektor

Prof. Dr. med. H. Jung
Leitender Arzt

Dr. phil. Sandra Loosli
Fachpsychologin für
Neuropsychologie FSP

Universitätsspital Zürich
Klinik für Neurologie
Abteilung Neuropsychologie
und Kognitive Neurologie
Frauenklinikstrasse 26
CH-8091 Zürich
www.neurologie.usz.ch

Tel.: 043 254 03 00
neuropsychologie@usz.ch

Zürich, 03.01.2024/SLRKA

SEEWER Daniel, 02.11.1966, Roosstrasse 49, 8105 Regensdorf

Sprechstunde für kognitive Neurologie

Kontrolle 03.01.2024, detaillierter Bericht

Hauptdiagnosen
Mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung gemäss (Frei et al. 2016)

- ätiologisch: offen, a.e. Mischätiologie aus St. n. Substanzabusus und psychiatrischer Komorbidität (s.u.), beginnende neurodegenerative Erkrankung im Sinne einer primär Progressiven Aphasie, semantische Variante (svPPA) aber nicht mit Sicherheit ausgeschlossen; keine Hinweise für Alzheimer-Pathologie
- anamnestisch: zunehmende Vergesslichkeit, Sprachverständnisstörungen und Wortfindungsstörungen seit über 1 Jahr
- klinisch: Sprachverständnis eingeschränkt, teilweise stockende Sprache, sonst kein FND.
- diagnostisch:
  - MOCA vom 06.11.2023: 16/30 Pkt.
  - neuropsychologische Testung vom 24.08.2023: sprachliche, verbal-mnestische (Lernen, Abruf, eher keine Speicherstörung) und exekutive Minderleistungen im Sinne einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung orientierend an den SVNP Kriterien von Frei et al. (2016)
  - cMRI vom 28.03.2023: Corticale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts sowie leichte corticale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal, im Rahmen eines M. Alzheimer möglich. Leukoaraiosis (Fazekas 1), a.e. mikrovaskulärer Genese.
  - externe neurokognitive Untersuchungen: TMT A: 47s (Norm < 90 Sec.), TMT B: 1005s (Norm < 3 Min.), MMS: 25/30 Pkt., Uhrentest: 2/7 Pkt., MoCA: 16/30 Pkt.
  - Liquordiagnostik vom 08.12.2023: Liquor wasserklar, 0 Zellen/µl, QGlukose 0.7, Totalprotein 659 mg/l, QAlbumin 7.8 x 10^3, oligoklonale Banden: negativ, Amyloid-beta 1-42: 578 pg/ml, Amyloid-beta 1-40: 5659 pg/ml, Erlangen-Score 1/4 (AD unwahrscheinlich)
- therapeutisch:
  - Beginn mit Tebokan 240 mg
  - prokognitive Massnahmen
  - nach Möglichkeit Logopädie
  - Wiederaufnahme der psychotherapeutischen Anbindung

Dissoziale Persönlichkeitsstörung
St. n. Cannabis- und Alkoholabusus
St. n. Orchiektomie, 21.12.2009
St. n. Parathyreoidektomie rechts, 14.04.2010

Prozedere

- **diagnostisch** Verlaufsbeobachtung
- **therapeutisch**
  - Beginn mit Tebokan 240 mg 1-0-0
  - Grundsätzlich wäre eine logopädische Therapie empfehlenswert um die sprachlichen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten und allenfalls andere Kommunikationsmittel zu erlernen. Inwiefern dies in der JVA Pöschwies möglich ist, muss vor Ort beurteilt werden.
  - Nach Möglichkeit Wiederaufnahme der psychotherapeutischen/psychiatrischen Anbindung
  - Reduktion von kardio-vaskuläre Risikofaktoren (Blutdruck, Lipidprofil, HbA1c)
  - geregelte Tagesstruktur
  - geistige, soziale und körperliche Aktivierung
  - Stressreduktion (Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training/ Meditation)
  - ausgewogene Ernährung und regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus
- **nächste Kontrolle** Wir bitten um Anmeldung einer neuropsychologischen Verlaufskontrolle in 1-2 Jahren und je nach Resultaten anschliessende Befundbesprechung in der neurokognitiven Sprechstunde.

Mit besonderem Dank für die geschätzte Zuweisung und freundlichen Grüssen

Prof. Dr. med. H. Jung,
Leitender Arzt

K. Schuler, Assistenzärztin

Dieser Bericht wurde elektronisch visiert und bedarf keiner Unterschrift.

Kopie

- Herr Daniel Seewer, c/o Justizvollzugsanstalt Pöschwies, Roosstrasse 49, 8105 Regensdorf

Krankengeschichte

Relevante Anamnese

JL Der Patient berichtet von keiner Veränderung der Symptomatik seit der letzten Konsultation. Weiterhin liegt seit ca. 1 Jahr eine zunehmende Vergesslichkeit vor, welche auch von extern z.B. bei der Arbeit oder von der Mutter bemerkt wurde. Dominierend seien zudem weiterhin Verständnisprobleme, er verstehe nach Aufforderungen häufig nicht, was er machen solle. Bücher lese er nicht, da er den geschriebenen Inhalt ebenfalls nicht verstehe. Schreiben führe er am Computer durch, er mache viele Rechtschreibfehler. Zudem werden leichte Orientierungsschwierigkeiten berichtet. Insgesamt schwanke die Symptomatik tageweise sehr stark. Psychiatrisch sei er nicht mehr angebunden, er bekomme von dem Psychiater lediglich die Medikamente ausgehändigt.
Zudem berichtet er von rechtsseitigen stechenden Kopfschmerzen und von rezidivierenden Armschmerzen.
Nächste Woche stehe ein Gespräch mit dem Sozialdienst, seiner Mutter und Schwester an mit der Evaluation einer Verlegung in ein Pflegezentrum.

Bemerkungen: Angaben wurden teilweise aus den Vorbefunden übernommen.

FA negativ für neurologische Erkrankungen

Soz Schul-, Bildungs- und Sozialanamnese: Primarschule und Oberstufe (Patient kann nicht genauer erläutern welches Niveau), Maurerlehre und später Metallbauer-Lehre mit Note 5.2 in der JVA abgeschlossen. Aktuell müsse er Stühle zusammenschweissen. Lebt seit 2014 in der Pöschwies. 98-jährige Mutter und zwei Schwestern, welche ihn regelmässig besuchen würden. Sein Vater sei früh verstorben, er wisse nicht woran.

SA Noxen: Nikotin: 15 - 20 Zigaretten/Tag; Alkohol: nihil; sonstige Drogen: nihil

Aktuelle Medikation

- Aspirin cardio 100 mg morgens
- Co Lisinopril 20/12.5 mg morgens
- Amlodipin 5 mg morgens

Neurostatus

Kursorisch keine Veränderungen zur Voruntersuchung.

Labor extern vom 22.06.2023

Thrombozyten 351.000/ul

MRI des Kopfes vom 28.03.2023

Corticale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts sowie leichte corticale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal, im Rahmen eines M. Alzheimer möglich. Leukoaraiosis (Fazekas 1), a.e. mikrovaskulärer Genese.

LP vom 08.12.2023

Unauffälliger Liquorbasisbefund. Grenzwertiges Amyloid-β 1-42 bei jedoch normalem Aβ 1-42/Aβ 1-40 Quotient und unauffälliger Tau-Biomarkergruppe. Neurochemisch Alzheimer-Demenz unwahrscheinlich.

Beurteilung

Wir sahen Herrn Seewer heute nach durchgeführter Liquorpunktion zur Befundbesprechung in der neurokognitiven Sprechstunde. Anamnestisch berichtete er von unverändert vorliegender Vergesslichkeit und von Sprachverständnisstörungen.

Klinisch konnte das eingeschränkte Sprachverständnis auffällig werden. In einer MoCa Testung erzielte der Patient 16/30 Punkten.

In der neuropsychologischen Testung von August 2023 wurden starke sprachliche, verbal-mnestische (Lernen, Abruf, eher keine Speicherstörung) und exekutive Minderleistungen im Sinne einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung orientierend an den SVNP Kriterien von Frei et al. (2016) deutlich.

In der cMRI von März 2023 zeigten sich eine deutliche linksbetonte kortikale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung sowie ebenfalls eine leichte kortikale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal.

In der nun ergänzten Liquoranalyse zeigte sich ein unauffälliger Liquorbasisbefund ohne Hinweise für ein entzündliches Liquorsyndrom. Das Amyloid-β 1-42 war grenzwertig bei jedoch normalem Aβ 1-42/Aβ 1-40 Quotienten und unauffälliger Tau-Biomarkergruppe. Neurochemisch ist hiermit eine Alzheimer-Pathologie bei einem Erlangen Score von 1/4 als unwahrscheinlich anzusehen.

Die Minderleistungen verweisen dabei a.e. auf eine Beeinträchtigung links fronto-temporaler Hirnareale, was Hinweise für eine semantische Variante einer Primär Progressiven Aphasie (svPPA) liefert. Nach liquorchemischer Analyse kann eine dem zugrundeliegende Alzheimerpathologie bei unauffälligen Demenzmarkern jedoch in den Hintergrund gerückt werden. Ebenfalls sprechen die unauffälligen Total-Tau Werte relativ gegen einen vorliegenden neurodegenerativen Prozess. Zum aktuellen Zeitpunkt vermuten wir am ehesten eine Mischätiologie aus St. n. Substanzabusus und psychiatrischer Komorbidität als ursächlich für die kognitiven Auffälligkeiten. Allerdings wäre hierfür das Ausmass der Hirnvolumenminderung ungewöhnlich.

Therapeutisch empfehlen wir zur Unterstützung der Gedächtnisfunktionen den Beginn mit Tebokan gemäss oben stehendem Schema. Zudem empfehlen wir nach Möglichkeit die Durchführung einer Logopädie. Die Durchführung von prokognitiven Massnahmen, welche geistige, körperliche und soziale Aktivierung, gesunde Ernährung, die Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren und einen regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus umfassen, ist weiterhin essentiell. Zudem raten wir zu einer Wiederaufnahme der Psychotherapie. Wir bitten um Anmeldung einer neuropsychologischen Verlaufskontrolle in 1-2 Jahren zur Beurteilung einer möglichen Progredienz im Jahresverlauf. Je nach Befund kann anschliessend eine Besprechung in der neurokognitven Sprechstunde aufgegleist werden. Für Rückfragen stehen wir bei Bedarf gerne zur Verfügung.

SESPP
12 AOÛT 2024

81

Landmann & Partner
Beilage 3

USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Neurologie

Herr
med. pract. Aldo V. Fischer
FMH Praktischer Arzt
Roosstr. 49
8105 Regensdorf

Prof. Dr. med. M. Weller
Klinikdirektor

Prof. Dr. med. H. Jung
Leitender Arzt

Dr. phil. Sandra Loosli
Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP

Universitätsspital Zürich
Klinik für Neurologie
Abteilung Neuropsychologie und Kognitive Neurologie
Frauenklinikstrasse 26
CH-8091 Zürich
www.neurologie.usz.ch

Tel.: 043 254 03 00
neuropsychologie@usz.ch

Zürich, den 24.08.2023/MOCKN

SEEWER Daniel, 02.11.1966, Roosstrasse 49, 8105 Regensdorf

Neuropsychologische Untersuchung

Untersuchung 24.08.2023, Schlussbericht

Sehr geehrter Herr Fischer
Vielen Dank für die geschätzte Zuweisung von Herrn Seewer, den wir am 24.08.2023 ambulant neuropsychologisch untersucht haben. Im Folgenden berichten wir Ihnen gerne über Befunde und Beurteilung.

Fragestellung
Neuropsychologische Standortbestimmung bei Vd.a.Alzheimer Demenz im Frühstadium

Neuropsychologische Diagnose
Mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung gemäss (Frei et al. 2016) bei Vd. a. Primär Progressive Aphasie, semantische Variante

Medizinische Diagnose bei Zuweisung
1. Hochgradiger Vd. a. Alzheimer Demenz im Frühstadium
- cMRI, 28.03.2023:Hirnvolumenminderung i. R. M. Alzheimer
- TMT A: 47s (Norm < 90 Sec.), TMT B: 1005s (Norm < 3 Min.)
- MMS: 25/30 Pkt.
- Uhrentest: 2/7 Pkt.
- MoCA: 16/30 Pkt
- aktuell: subj. MC; zunehmende Schwierigkeiten bei Vollzugsabläufen ausserhalb der normalen Tagesstruktur

2. Dissoziale Persönlichkeitsstörung
3. St. n. Cannabis- und Alkoholabusus
4. St. n. Orchiektomie, 21.12.2009
5. St. n. Parathyreoidektomie rechts, 14.04.2010 Sch.: Adenom / Nebenschilddrüsen

Neuropsychologische Vorbefunde
Keine

Zur Anamnese
Bemerkungen: Aufgrund der sprachlichen Verständnisprobleme muss auf eine ausführliche Anamnese verzichtet werden.

Eigenanamnese: Der Patient berichtet, dass er in letzter Zeit vergesslich geworden sei und plötzlich Wörter nicht

mehr wisse und spezifische Ausdrücke nicht mehr kenne bzw. nicht mehr verstehe. Manchmal verstehe er bei der Arbeit nicht genau was er machen müsse. Dies sei auch seinem Chef aufgefallen und deshalb habe man ihn für diese Abklärung angemeldet. Er könne sich gut konzentrieren, habe keine Wahrnehmungsstörungen und schlafe gut. Er müsse sich am Mittag ab und zu hinlegen. Keine Stürze und keine sichtlichen Orientierungsprobleme. Normaler Appetit. Er habe früher viel Cannabis und Alkohol konsumiert, in diesem Rahmen sei es auch zu den Delikten gekommen. Heute kein Konsum mehr.

Schul-, Bildungs- und Sozialanamnese: Primarschule und Oberstufe (Patient kann nicht genauer erläutern welches Niveau), Maurerlehre und später Metallbauer-Lehre mit Note 5.2 in der JVA abgeschlossen. Aktuell müsse er Stühle zusammenschweissen. Lebt seit 2014 in der Pöschwies. 98-jährige Mutter und zwei Schwestern, welche ihn regelmässig besuchen würden. Sein Vater sei früh verstorben, er wisse nicht an was.

Aktuelle Medikamente: Stimmungsaufheller, Blutdrucksenker (Patient weiss nicht wie die Medikamente heissen

Aktuelle Therapien: keine genannt

Noxen: Nikotin: 15 Zigaretten/Tag; Alkohol: nihil; sonstige Drogen: nihil

Befunde

Mutter- und Untersuchungssprache: Deutsch.
Händigkeit: Rechts

Orientierung: Zu allen Dimensionen mehrheitlich orientiert, weiss aber Name des Spitals nicht.

Affekt und Verhalten: Der 56-jährige Patient wird im Rollstuhl mit Hand- und Fussschellen von zwei Polizeibeamten zur Untersuchung gebracht. Im Sozialkontakt freundlich und zugewandt und im Verhalten adäquat. Im Gespräch etwas langsam sprechend und wenige Male nach Wörtern (wie heisst das Wort, das ich im Berndeutsch für Zopf sage? Gemeint ist Züpfe) suchend. Es fallen deutliche sprachliche Verständnisprobleme auf, wobei der Patient auf Fragen nicht präzise zu antworten vermag und mehrere Begriffe nicht versteht (Butter: ist das etwas zum essen? Was ist ein Zündholz?). Flüssige Ausdrucksweise ohne agrammatische Fehler. Sehr Kooperative und motivierte Aufgabenbearbeitung, normale Anstrengungsbereitschaft. Wiederholt Schwierigkeiten im Instruktionsverständnis, sodass Instruktionen teilweise mehrmals repetiert werden müssen. Normales Arbeitstempo und unauffälliger Antrieb. Grösstenteils gerichteter Aufmerksamkeitsfokus. Belastbarkeit unauffällig und über die Untersuchung hinweg konstant ohne sichtliche Ermüdung im Verlauf. Vom klinischen Eindruck her in der Grundstimmung ausgeglichen, affektive Schwingungsfähigkeit gegeben. Es fällt auf, dass er die Defizite teilweise rationalisiert und bagatellisiert ("bin da halt sehr aus der Übung", "habe ich Jahre nicht mehr gemacht"). Der Patient scheint die Schwierigkeiten zwar wahrzunehmen, wirkt aber diesbezüglich eher unbekümmert.

Verwendete Testverfahren

Aufmerksamkeit/Konzentration: Verarbeitungsgeschwindigkeit: Farbe-Wort Interferenztest (D-KEFS, 2001); TMT A (CERAD). *Gedächtnis*: Wortliste Lernen, Abrufen, Wiedererkennen (CERAD); Figuren Abzeichnen, Abrufen (CERAD); Verbale und visuelle Merkspannen vorwärts (WMS-R, 2000); Kursorische Prüfung von Alt-, episodischem und autobiographischem Gedächtnis. *Exekutive Funktionen* Phonematische und semantische Wortflüssigkeit (CERAD); Figurale Ideenproduktion (5-Punkte Test, Haid, 2002); Farbe-Wort Interferenztest (D-KEFS, 2001); TMT B/A (CERAD); Verbale und visuelle Merkspannen rückwärts (WMS-R, 2000). *Sprache:* Boston Naming Test (CERAD), kursorische Prüfung der Rechenfertigkeiten. *Motorische Frontalhirnfunktionen- und Apraxie-Prüfung. Visuokonstruktion und visuelle Wahrnehmung*: Figuren Abzeichnen (CERAD); REY-Figur Kopie (RCFT, 1995), Agnosie-Prüfung. Prüfung der sprachlichen Funktionen (Kurzform; nach Weniger, 2006).

Klassifikation neuropsychologischer Testergebnisse

Prozentrang	Z-Wert	T-Wert	Klassifikation
>84	>1.0	>60	überdurchschnittlich
16-84	1.0 bis -1.0	40-60	durchschnittlich
>5 - <16	> -1.6 - < -1.0	>33.6 - < 40	leicht
≥ 2 - ≤ 5	≥ -2.0 - ≤ -1.6	≥ 30 – ≤ 33.6	mittelschwer
0- <2	. -3.0 - < -2.0	20 - < 30	schwer

Basierend auf den Leitlinien zur Klassifikation und Interpretation neuropsychologischer Testergebnisse des Schweizerischen Verbandes der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP).

Die testdiagnostischen Befunde sind aus der beigelegten neuropsychologischen Befundtabelle zu entnehmen.

Beurteilung

Herr Seewer wird heute vorstellig zur neuropsychologischen Standortbestimmung bei hochgradigem Vd. a. Alzheimer Demenz im Frühstadium. Eigenanamnestisch berichtet der Patient über eine erhöhte Vergesslichkeit und darüber, dass er manchmal Begriffe und Aufträge nicht verstehe oder Wörter nicht finde.

Klinisch präsentiert sich in der neuropsychologischen Untersuchung, durchgeführt unter reizarmen und strukturierten Bedingungen, ein mehrheitlich orientierter, kooperativer und anstrengungsbereiter 56-jähriger Patient, welcher deutliche sprachliche Verständnisprobleme zeigt, mehrere Begriffe (z.B. Butter, Zündholz) nicht versteht und an Fragen vorbeiredet. Im Verhalten adäquat, jedoch leicht bagatellisierend und teilweise eher unbekümmert wirkend, normales Arbeitstempo und Antrieb.

Formal neuropsychologisch ergeben sich vordergründige bis schwer reichende sprachliche Minderleistungen i.S. eines schwer eingeschränkten konfrontativen Benennens, Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben, Verständnisproblemen (Einzelwort und im Gespräch) und einer schwer verminderten semantischen Wortflüssigkeit. Zudem zeigen sich im Bereich der exekutiven Funktionen eine schwer verminderte Interferenzkontrolle, planerische Auffälligkeiten bei der Kopie einer komplexen Figur sowie ein deutlich auffälliger Uhrentest. Weiter besteht eine leichte Bagatellisierungstendenz mit fraglich reduzierter Krankheitseinsicht. Mnestisch ergeben sich bei durchwegs intaktem nonverbalen Gedächtnis ein schwer vermindertes Lernen und Abrufen mit jedoch relativ besserem Wiedererkennen. Zudem fallen deutliche Minderleistungen im semantischen und autobiographischen Altgedächtnis auf. Keine Hinweise für visuo-perzeptive oder visuokonstruktive Defizite, keine Apraxie.

Insgesamt entsprechen die dargelegten Befunde mit sprachlichen, verbal-mnestischen (Lernen, Abruf, eher keine Speicherstörung) und exekutiven Minderleistungen einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung orientierend an den SVNP Kriterien von Frei et al. (2016). Die Minderleistungen verweisen dabei a.e. auf eine Beeinträchtigung links fronto-temporaler Hirnareale, teilweise übereinstimmend mit der in der Bildgebung ersichtlichen Hirnvolumenminderung betont links mesiotemporal und weniger bifrontoparietal. Bei anamnestisch berichteten zunehmenden Leistungseinbussen erscheint eine neurodegenerative Entwicklung wahrscheinlich, auch wenn bei erstmaliger Untersuchung eine Leistungsabnahme rein formal noch nicht objektiviert werden kann.

Phänomenologisch sprechen das links fronto-temporale Ausfallsmuster mit deutlichen sprachlichen Verständnisproblemen (klinisch v.a. auf Wortebene und im Gespräch), schwer vermindertem konfrontativem Benennen sowie Symptomen einer Dyslexie und Dysgraphie bei gleichzeitig intakter Sprachproduktion und relativ erhaltenem Nachsprechen a.e. für eine semantische Variante einer Primär Progressiven Aphasie (svPPA), a.e. mit TDP43 Pathologie. Differentialdiagnostisch lässt sich aber auch eine Alzheimerpathologie, insbesondere bei bildgeberisch nachgewiesener fortgeschrittener mesiotemporaler Hirnvolumenminderung (links MTA 4 und rechts MTA 2) nicht gänzlich ausschliessen.

Empfehlungen und Prozedere

- Ad Diagnostik: Wir empfehlen eine neurologische Untersuchung in unserer Sprechstunde für kognitive Neurologie und werden, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, den Patienten direkt dazu aufbieten. Weitere diagnostische Schritte wie Lumbalpunktion (Demenzmarker, Entzündungswerte) und ggf. FDG-PET werden an dieser Stelle diskutiert werden.
- Ad Therapie:
  - Eine medikamentöse Therapie wird ggf. in der Sprechstunde für kognitive Neurologie diskutiert und aufgegleist.
  - Grundsätzlich wäre eine logopädische Therapie empfehlenswert um die sprachlichen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten und allenfalls andere Kommunikationsmittel zu erlernen. Inwiefern dies in der JVA Pöschwies möglich ist, muss vor Ort beurteilt werden.
- *Ad Verlauf*: Eine neuropsychologische Verlaufskontrolle ist derzeit nicht geplant. Sollten sich neue Aspekte oder Schwierigkeiten ergeben, stehen wir für eine erneute neuropsychologische Verlaufskontrolle auf Zuweisung hin gerne zu Verfügung.

Die Befunde sowie deren Beurteilung wurden im Anschluss an die Untersuchung mit dem Patienten besprochen.

Freundliche Grüsse

Dr. phil. N. Mock

vis. Prof. Dr. med. H. Jung

Fachpsychologin für
Neuropsychologie FSP

Leitender Arzt

Dieser Bericht wurde elektronisch visiert und bedarf keiner Unterschrift.

SESPP
12 AOUT 2024

Neuropsychologische Untersuchung

USZ Universitäts Spital Zürich

SEEWER Daniel, 02.11.1966 — **Untersuchungsdatum 24.08.2023**

Kognitive Funktionsbereiche	Schweregrad [2] <<<	<<	<	•	>	Bemerkungen
Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit						
Aufmerksamkeit klinisch				×		
Arbeitstempo klinisch				×		
Visuo-verbale Geschwindigkeit	×					
Visuo-motorische Geschwindigkeit				×		
Lernen und Gedächtnis verbal						
Erfassungsspanne			×			
Lernvermögen	×					CERAD: 1-2-4/10
Konfabulationen/Intrusionen/Perseverationen	×					
Langfristiger Abruf LD	×					2/10
Savings (%)	×					50
Wiedererkennen (%)		×				90
Lernen und Gedächtnis non-verbal						
Erfassungsspanne					×	
Langfristiger Abruf LD					×	CERAD: 11/11
Savings (%)				×		100
Wiedererkennen				×		4/4 erkannt, 0 Falsch Positive
Komplexe Figur						
Spätabruf				×		
Exekutivfunktionen						
Verbale Ideenproduktion - phonematisch						
Anzahl Richtige				×		S-Wörter
Perseverationen/Regelbrüche				×		
Verbale Ideenproduktion - semantisch						
Anzahl Richtige	×					Tiere
Perseverationen/Regelbrüche				×		
Figurale Ideenproduktion						
Anzahl Richtige				×		
Perseverationen/Regelbrüche				×		0 Fehler
Arbeitsgedächtnis verbal			×			
Arbeitsgedächtnis visuell				×		
Interferenzkontrolle						
Relative Geschwindigkeit				×		
Fehler	×					8 Fehler
Visuo-motorische Flexibilität				×		
Visuo-verbale Flexibilität						
Relative Geschwindigkeit				×		
Fehler				×		2 Fehler
Handlungsplanung / Strukturierung (klinisch)			×			Kann Uhr nicht korrekt vervollständigen.
Sprache						
Spontansprache				×		

Sprachverständnis auditiv		x				Versteht einzelne Wörter und Fragen teilweise nicht, spricht an Fragen vorbei.
Konfrontationsbenennen						CERAD 3/15
Nachsprechen (kursorisch)			x			Bei komplexeren Sätzen einzelne Schwierigkeiten. Phonematisch stets ähnlich nachgesprochen.
Lesen (kursorisch)			x			Versteht nicht was er liest, liest Buchstabe für Buchstabe
Schreiben (kursorisch)			x			Schreibt nach Gehör mit vielen Rechtschreibefehlern (z.B. "Seule" statt Säule; "Pechfogel", " Das kann nicht imer Gutgehen"
Rechnen (kursorisch)				x		
Praktische Fähigkeiten						
Ideomotorisch				x		Versteht nicht immer was er machen soll und hat entsprechend
Ideatorisch				x		
Bukkofazial				x		
Visuell-räumliche Fertigkeiten / Visuoperzeption						
Räumlich-konstruktiv - Kompiexe Figur				x		
Räumlich-konstruktiv CERAD				x		
Assoziative/apperzeptive Agnosie				x		
Screeningverfahren [1]						
Orientierung					unauffällig	
Kognitives Profil					valide	

[1] Beurteilung wo möglich nach Testmanual ansonsten klinisch

[2] Schweregrad bei vorhandenen Normwerten Einteilung gemäss untenstehender Tabelle / Nicht standardisierte Werte Einteilung kursorisch und/oder auf Basis Verhaltensbeobachtung

	Prozentrang	z-Wert	T-Werte	Schweregrad
>	>84	>1.0	>60	überdurchschnittlich
•	16 bis 84	1.0 bis -1.0	40 bis 60	durchschnittlich
<	>5 bis <16	>-1.6 bis <-1.0	>33.6 bis <40	leicht beeinträchtigt
<<	≥2 bis ≤5	≥-2.0 bis ≤-1.6	≥30 bis ≤33.6	mittelgradig beeinträchtigt
<<<	0 bis <2	-3.0 bis <-2.0	20 bis <30	schwer beeinträchtigt

SESPP
12 AOUT 2024

07 AS. 2

Landmann & Partner
Beilage 2

USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Neurologie

USZ, NOS, HAL A 7, 8091 Zürich

Justizvollzugsanstalt JVA Pöschwies
Herr med. pract. Aldo V. Fischer
Ärztlicher Dienst
Roosstr. 49
8105 Regensdorf

Prof. Dr. med. M. Weller
Klinikdirektor

Prof. Dr. med. H. Jung
Leitender Arzt

Dr. phil. Sandra Loosli
Fachpsychologin für
Neuropsychologie FSP

Universitätsspital Zürich
Klinik für Neurologie
Abteilung Neuropsychologie
und Kognitive Neurologie
Frauenklinikstrasse 26
CH-8091 Zürich
www.neurologie.usz.ch

Tel.: 043 254 03 00
neuropsychologie@usz.ch

Zürich, 06.11.2023/SLRKA

SEEWER Daniel, 02.11.1966, Roosstrasse 49, 8105 Regensdorf

Sprechstunde für kognitive Neurologie

Erstkonsultation 06.11.2023, detaillierter Bericht

Hauptdiagnosen

Mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung gemäss (Frei et al. 2016) bei

- ätiologisch: Verdacht auf eine beginnende neurodegenerative Erkrankung im Sinne einer Primär Progressive Aphasie, semantische Variante bzw. einer Alzheimer Erkrankung mit Sprachmitbeteiligung, DD aggraviert durch St. n. Substanzabusus (s.u.)
- anamnestisch: zunehmende Vergesslichkeit, Sprachverständnisstörungen und Wortfindungsstörungen seit über 1 Jahr
- klinisch: Sprachverständnis eingeschränkt, teilweise stockende Sprache, sonst kein FND.
- diagnostisch:
  - MOCA vom 06.11.2023: 16/30 Pkt.
  - neuropsychologische Testung vom 24.08.2023: sprachliche, verbal-mnestische (Lernen, Abruf, eher keine Speicherstörung) und exekutive Minderleistungen im Sinne einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung orientierend an den SVNP Kriterien von Frei et al. (2016)
  - cMRI vom 28.03.2023: Corticale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts sowie leichte corticale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal, im Rahmen eines M. Alzheimer möglich. Leukoaraiosis (Fazekas 1), a.e. mikrovaskulärer Genese.
  - externe neurokognitive Untersuchungen: TMT A: 47s (Norm < 90 Sec.), TMT B: 1005s (Norm < 3 Min.), MMS: 25/30 Pkt., Uhrentest: 2/7 Pkt., MoCA: 16/30 Pkt.
  - LP: geplant
- therapeutisch: prokognitive Massnahmen, nach Möglichkeit Logopädie

2. Dissoziale Persönlichkeitsstörung

3. St. n. Cannabis- und Alkoholabusus

4. St. n. Orchiektomie, 21.12.2009

5. St. n. Parathyreoidektomie rechts, 14.04.2010

Prozedere

- **diagnostisch** Wir meldeten die Durchführung einer Lumbalpunktion zur Bestimmung der Demenzmarker und Suche einer inflammatorischen Ursache an. Ein Aufgebot folgt.
- **therapeutisch**
  - Grundsätzlich wäre eine logopädische Therapie empfehlenswert um die sprachlichen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten und allenfalls andere Kommunikationsmittel zu erlernen. Inwiefern dies in der JVA Pöschwies möglich ist, muss vor Ort beurteilt werden.
  - Reduktion von kardio-vaskuläre Risikofaktoren (Blutdruck, Lipidprofil, HbA1c)
  - geregelte Tagesstruktur
  - geistige und körperliche Aktivierung (Teilhabe an sozialen Aktivitäten z.B.)
  - Stressreduktion (Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training/ Meditation)
  - ausgewogene Ernährung und regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus
- **nächste Kontrolle** Im Rahmen einer telefonischen Befundbesprechung nach Lumbalpunktion.

Mit besonderem Dank für die geschätzte Zuweisung und freundlichen Grüssen

Prof. Dr. med. H. Jung,
Leitender Arzt

K. Schuler, Assistenzärztin

Dieser Bericht wurde elektronisch visiert und bedarf keiner Unterschrift.

Kopie

- Herr Daniel Seewer, c/o Justizvollzugsanstalt Pöschwies, Roosstrasse 49, 8105 Regensdorf

Krankengeschichte

Relevante Anamnese

JL Der Patient berichtet von einer seit ca. 1 Jahr zunehmenden Vergesslichkeit, welche auch von extern z.B. bei der Arbeit oder von der Mutter bemerkt wurde. Dominierend sein Verständnisprobleme im Gespräch, er verstehe nach Aufforderungen häufig nicht was er machen solle, ebenfalls habe er Wortfindungsprobleme. Bücher lese er nicht, dies falle ihm sehr schwer. Schreiben führe er am Computer durch, er mache viele Rechtschreibfehler. Zudem werden leichte Orientierungsschwierigkeiten berichtet. Psychiatrisch sei er nicht mehr angebunden, er bekomme von dem Psychiater lediglich die Medikamente ausgehändigt.
Zudem berichtet er von rechtsseitigen Kopfschmerzen.

Bemerkungen: Aufgrund der sprachlichen Verständnisprobleme konnte eine ausführliche Anamnese nicht durchgeführt werden.

FA negativ für neurologische Erkrankungen

Soz Schul-, Bildungs- und Sozialanamnese: Primarschule und Oberstufe (Patient kann nicht genauer erläutern welches Niveau), Maurerlehre und später Metallbauer-Lehre mit Note 5.2 in der JVA abgeschlossen. Aktuell müsse er Stühle zusammenschweissen. Lebt seit 2014 in der Pöschwies. 98-jährige Mutter und zwei Schwestern, welche ihn regelmässig besuchen würden. Sein Vater sei früh verstorben, er wisse nicht an was.

SA Noxen: Nikotin: 15 - 20 Zigaretten/Tag; Alkohol: nihil; sonstige Drogen: nihil

Aktuelle Medikation

- Aspirin cardio 100 mg morgens
- Co Lisinopril 20/12.5 mg morgens
- Amlodipin 5 mg morgens

Neurostatus

Allgemein: Wacher, allseits orientierter und kooperationsfähiger Patient. Kein Meningismus. Sprachveständnis eingeschränkt, teilweise stockende Sprache.
Hirnnerven:
HN II: Visus anamnestisch intakt.
HN III/IV/VI: Pupillen mittelweit, isokor und prompt direkt und indirekt lichtreagibel. Glatte Augenfolgebewegungen, keine pathologischen Nystagmen, Konvergenzreaktion intakt. Keine Doppelbilder, keine Schmerzen bei den Augenbewegungen.
HN V: Gesichtssensibilität seitengleich intakt.
HN VII: Gesichtsmotorik seitengleich intakt.
HN VIII: Fingerreiben bds. gehört.
HN IX/X: Seitengleich hebendes Gaumensegel, keine Uvuladeviation.
HN XI: Mm. trapezii und Mm. sternocleidomastoidei beidseits intakt.
HN XII: Beidseits normale Zungenmotilität und regelrechte Zungentrophik.
Motorik: Allseits normaler Muskeltonus und normale Muskeltrophik. Kein Absinken im Arm-Vorhalte-Versuch. Kraftgrade in der Einzelkraftprüfung allseits M5/5. Kein Rigor. Kein Tremor, erschöpflicher Klonus bei Dorsalextension des Fusses.
Reflexe (rechts/links): BSR ++/++, TSR ++/++, RPR ++/++, PSR ++/++, ASR ++/++.
Sensibilität: Sensibilität für Berührung allseits intakt.
Koordination: Finger-Nase-Versuch beidseits zielsicher und metrisch. Eudiadochokinese beidseits. Finger-Tapping unauffällig.
Stand und Gang: Romberg negativ, Zehenspitzen- und Fersengang möglich.
Frontale Disinhibitionszeichen: Luriasequenz 2 Pkt. Applause sign negativ.
Primitivreflexe: Palmomentalreflex bds. negativ. Glabellareflex erschöpflich. Greifreflex negativ

Labor extern vom 22.06.2023

Thrombozyten 351.000/ul

MRI des Kopfes vom 28.03.2023

- Corticale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung beidseits, fortgeschritten links und mässig rechts sowie leichte corticale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal, im Rahmen eines M. Alzheimer möglich.
- Leukoaraiosis (Fazekas 1), a.e. mikrovaskulärer Genese.

Beurteilung

Wir sahen Herrn Seewer heute erstmalig nach durchgeführter neuropsychologischer Testung in der neurokognitiven Sprechstunde. Anamnestisch berichtete er, dass seit ca. 1 Jahr eine zunehmende Vergesslichkeit,

Wortfindungsstörungen und insbesondere Sprachverständnisstörungen bestehen.

In der klinischen Untersuchung konnte das eingeschränktes Sprachverständnis bestätigt werden, ebenso fiel eine teilweise stockende Sprache auf. In einer heute durchgeführten MoCa Testung erzielte der Patient 16/30 Punkten.

In der cMRI von März 2023 zeigten sich eine deutliche linksbetonte kortikale und mesiotemporale Hirnvolumenminderung sowie ebenfalls eine leichte kortikale Hirnvolumenminderung bi-frontoparietal.

In der neuropsychologischen Testung von August 2023 wurden starke sprachliche, verbal-mnestische (Lernen, Abruf, eher keine Speicherstörung) und exekutive Minderleistungen im Sinne einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung orientierend an den SVNP Kriterien von Frei et al. (2016) deutlich. Die Minderleistungen verweisen dabei a.e. auf eine Beeinträchtigung links fronto-temporaler Hirnareale, was Hinweise für eine semantische Variante einer Primär Progressiven Aphasie (svPPA) liefert. Differentialdiagnostisch ist aber auch eine Alzheimerpathologie, insbesondere bei bildgeberisch nachgewiesener fortgeschrittener mesiotemporaler Hirnvolumenminderung (links MTA 4 und rechts MTA 2), zu diskutieren.

Zur weiteren diagnostischen Eingrenzung vereinbarten wir mit dem Patienten die Durchführung einer Lumbalpunktion mit Bestimmung der Demenzmarker und Suche einer differentialdiagnostisch zu erwägenden inflammatorischen Hirnerkrankung. Ein Aufgebot hierfür folgt.

Für die Zwischenzeit empfehlen wir nach Möglichkeit die Durchführung einer Logopädie. Zusätzlich raten wir zur Durchführung von prokognitiven Massnahmen, welche geistige, körperliche und soziale Aktivierung, gesunde Ernährung, die Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren und einen regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus umfassen. Im Anschluss an die durchgeführte Lumbalpunktion planen wir eine telefonische Befundbesprechung. Für Rückfragen stehen wir zur Verfügung.