

5 Tests zur Demenzdiagnostik

Es gibt eine schiere Flut von Tests und Screenings im Bereich von kognitiven, neuropsychologischen und weiteren Verfahren. Der Psyndex (Verzeichnis für Testverfahren; Stand Herbst 2009) verzeichnet u. a. 82 gerontologische Verfahren, 36 Lernfähigkeitstests, 75 Gedächtnistests, 76 Tests aus den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration und Vigilanz, acht Untergruppen über viele Seiten zum Bereich Sensomotorik sowie 322 neuropsychologische Verfahren (manche mehrfach aufgeführt).

Jeder Untersucher hat sein Repertoire von Tests, mit denen er Erfahrung hat und die er in bestimmten Untersuchungssituationen für sinnvoll erachtet. Obwohl ich inzwischen doch eine ganze Reihe von Tests kenne und verwenden kann, passiert es mir auch gelegentlich, dass ärztliche Kollegen vom Kongress zurückkommen und betonen: „Wie! *Diesen* Test kennen Sie nicht? Aber *der* ist doch Standard!“ Gerade im ärztlichen Bereich werden gerne Screeningverfahren zur „objektiven“ Absicherung herangezogen und teilweise „neu“ entwickelt, indem man Subtests aus einigen altbekannten Testverfahren neu zusammenfügt. Und schon ist „ein neuer Test geboren“ oder eine Testbatterie, wobei „Batterie“ sehr militärisch klingt.

Hinweis für Einsteiger: Mangelnde Erfahrung mit einem Test sollte durch gründliche Vorbereitung und zunächst nicht zu ausgearbeitete, „elaborierte“ Interpretationen aufgewogen werden. Nützlich waren und sind in unserem Bereich die „Probetestungen“ unter Kollegen oder mit Praktikanten sowie die Bitte an nicht Betroffene, mitzuarbeiten, um zunächst Erfahrung sammeln zu können.

Hinweis für die Praxis

Nicht die Menge der eingesetzten bzw. zur Anwendung bereitstehenden Verfahren ist entscheidend. Wichtig erscheint mir, dass die jeweiligen Untersucher einige der gebräuchlichsten validierten Tests ihres Untersuchungsfeldes in der praktischen Erprobung kennen und sich ein Repertoire von gängigen Tests zusammenstellen, mit dem sie die in ihrem Bereich entscheidenden Fragestellungen untersuchen und Leistungen bzw. Schweregraddifferenzen von Leistungsminderungen abbilden können. Dies entbindet jedoch nicht von der Pflicht, sich immer wieder über nützliche Neuerscheinungen zu informieren und dazuzulernen.

5.1 Zur Systematik der Vorstellung der Tests und Testauswahl

Die Angaben zu den besprochenen Tests habe ich aus Gründen der Systematik übersichtlich zu gestalten gesucht. Auch nur die einfachsten Angaben in den Manualen zu finden (wie z. B. die Durchführungsdauer), war oft recht schwierig, weil sie inmitten von Bleiwüsten an unterschiedlichsten Stellen im Text versteckt waren. Jeder Praktiker würde sich über eine Übersicht, ein Datenblatt mit den gängigsten Angaben freuen. Die Ergebnisse des Testkuratoriums Deutscher Psychologen könnten dafür ein Anhalt sein. Hier jedoch habe ich mir eine eigene Systematik erarbeitet:

Der **Überblick** beschreibt den Test allgemein mit seinen Aufgabenstellungen, Schwerpunkten und Subtests. Wo möglich, habe ich Bezüge zu den jeweiligen kognitiven Funktionen herzustellen gesucht.

Voraussetzungen: Welche Anforderungen ergeben sich aus der Testung, z. B. hinsichtlich Seh- und Hörvermögen bzw. motorischen Fähigkeiten? Instruktionsverständnis wird in jedem Fall vorausgesetzt. Die Pharmakosensibilität bei kognitiven Leistungsmessungen wird meist nicht bedacht und oft unterschätzt. Nur in einem Verfahren (Reisberg-Skalen) gab es einen Hinweis zu dem Thema.

Dauer (der Durchführung): Die Zeitangaben sind Erfahrungswerte, die ich mit Angaben der Autoren nach Möglichkeit abgeglichen habe. Teilweise waren sie in den Manualen angegeben. Bei Verlangsamung werden die Zeiten für die Testdurchführung dementsprechend länger sein.

Auswertung: Ist sie objektiv, ein Rating, eine Einschätzung? Ist die Verrechnung einfach oder komplex? Was in den Testanweisungen meist nicht beschrieben ist: Die wertvollsten Erkenntnisse zur Diagnostik erfahre ich am ehesten durch eine genaue Beobachtung des Testverhaltens und spätere Nachfragen: Was ist da geschehen? Was war los? Wie, weshalb, warum haben Sie das so und so gemacht?

Reliabilität und Validität: Die mir jeweils zugänglichen Daten habe ich knapp zusammengefasst. Zur Einschätzung der jeweiligen Untersuchungen bitte ich darum, in den Handbüchern nachzulesen. Hier war es z. T. besonders bei Screeningverfahren schwierig, an entsprechende Informationen zu kommen, die eigentlich zu jeglichem Testmaterial gehören. Für Praktiker ohne eine Universitätsbibliothek im Hintergrund ist es nur schwer möglich, an Artikel in spezialisierten Zeitschriften zu kommen. Sind die Zeitschriften im Internet präsent, werden horrenden Preise für kurze Angaben verlangt. Dies erscheint mir für die Praxis indiskutabel.

Eine wirklich wichtige *theoretische Grundsatzfrage* ist die Validierung psychodiagnostischer Befunde durch andere Screenings/Tests, das beschworene „klinische Urteil“ oder „bildgebende Diagnostik“ (CT, MRT

o. ä.) als jeweiliges Außenkriterium. Wie man sehen wird, war dies meist der Fall. „Diesen Anspruch kann aber keines der genannten Verfahren erfüllen. Deshalb sollte (nach Poeck) die psychometrische Frage lauten, in welchen Leistungen ein Patient beeinträchtigt ist. Überträgt man diese Annahmen auf Menschen mit höherem Lebensalter, bei denen sich zunehmend häufiger die Frage nach degenerativen Abbauprozessen bzw. dementiven Leistungseinbußen stellt, so wird man für verschiedene relevante Hirnfunktionen bei älteren Menschen – wie z. B. die visuelle Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis usw. – entsprechende Normwerte benötigen, um altersphysiologische Funktionsminderungen von pathophysiologisch bedingten dementiven Funktionseinbußen unterscheiden zu können“ (DCS-Manual von Weidlich et al. 2001, 26). Hier sind meine Bedenken zusammengefasst. Und damit wird aufgezeigt, dass sich nach 20 Jahren in diesem Bereich der Forschung qualitativ immer noch kaum etwas weiterentwickelt hat.

Normierung: Die Art bzw. der Umfang der Normierung wird, so zugänglich, dargestellt. Auffällig war, dass meist *nicht* randomisierte repräsentative Normstichproben vorlagen. Es wurde entweder im universitären Umfeld untersucht, Angehörige von Patienten wurden zur Normierung getestet oder Angehörige und Bekannte von Klinikmitarbeitern stellten sich für eine Untersuchung zur Verfügung. Auch Zeitungsannoncen wurden zur Rekrutierung von Testpersonen geschaltet. Wenn dann u. a. die Grauen Panther Wuppertal, Angestellte in Aachener Behörden, die Nutzer von Seniorenfreizeiten in Villingen-Schwenningen und Celle, Altenbeggnungsstättenbesucher in Kassel oder Berufskraftfahrer in die Stichprobe eingingen, ist die Rekrutierung der Probanden offenbar zwar kreativ, jedoch nicht zufällig und auch nicht repräsentativ (u. a. LPS 50+, FWIT, aber auch WMS-R). Auffällig war, dass dies besonders für die sogenannten „Demenztests“ und Screenings gilt, in der Gruppe der Intelligenztests wurde meist ordentlich normiert und validiert. Die einzige Ausnahme bildete wiederum der Intelligenztest, der speziell für Ältere entwickelt wurde und die Probanden nicht als randomisierte Stichprobe rekrutierte. Fast wäre man bei den Beschreibungen einiger Testautoren geneigt, von einem Verdacht auf Buschtrommelrekrutierung zu sprechen. Klar ist, dass es nicht einfach ist, ältere Mitbürger für eine Teilnahme zu gewinnen. Sie schämen sich oft vermeintlicher oder tatsächlicher Leistungseinbußen. Aber andererseits kann man so nicht von einer verlässlichen Normierung sprechen und auch die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt.

Normierung

Für mich ist die Normierung ein entscheidender Punkt zur Validierung eines Tests. Stimmt die Normierung nicht, sind die anderen Gütekriterien entsprechend herabzustufen. Daneben sollte man auf valide **Außenkriterien** für ein Untersuchungsmerkmal achten.

Das starke Augenmerk der Testautoren von „Demenztests“ auf Probanden aller Altersgruppen und die meist mangelnde Differenzierung von Altersstufen verweist darauf, dass das Hauptaugenmerk bei vielen Tests eher auf Folgen neurologischer Erkrankungen und Ausfälle nach traumatischen Verletzungsfolgen bei Jüngeren liegt.

Praktische Einsetzbarkeit: Hier stelle ich die praktischen Einsatzbereiche, Schwerpunkte und Einschränkungen vor. Sofern es Angaben der Testautoren gibt, werden sie – neben den praktischen Erfahrungen – einbezogen.

Manche Ärzte delegieren die Durchführung von Screeninguntersuchungen an Hilfskräfte. Das bedeutet: Selbst für die Basisdiagnostik nimmt man sich kaum Zeit. Fundierte psychologische Diagnostik wird dagegen als „zu teuer“ abgetan. Bedenken Sie bitte in diesem Zusammenhang die Kosten für eine mittlerweile fast obligatorische Liquoruntersuchung oder ein MRT. Diese sind auch notwendig, das möchte ich nicht bestreiten. Aber es wird eben mit zweierlei Maß gemessen. Und die Probanden können sich schlecht wehren, wenn sie eine rechtliche Betreuung zugeordnet bekommen.

Es wird sicher noch viel über die Notwendigkeit psychologischer Demenzdiagnostik und deren Finanzierung diskutiert werden.

„Was machen Sie nun?“, fragte mein vorgesetzter Arzt. „Die Tests noch sorgfältiger auswählen und die Ergebnisse mit Vorsicht gewichten“, habe ich geantwortet.

Noch eine Bemerkung zur Auswahl der hier vorgestellten Tests, Screenings und Verfahren: Die Auswahl ist sicher nicht umfassend. Jedoch habe ich versucht, die gebräuchlichsten Tests vorzustellen, soweit ich sie kennengelernt, erprobt und in der Praxis eingesetzt habe, abgesehen von VABIA und einigen Ratingskalen, die ich noch nicht verwendet habe.

Es gibt jedoch auch ökonomische Limits in einer psychiatrischen Klinik, sodass ich das *WTS-Neuro – Wiener Testsystem* aus diesen Gründen nicht genügend einschätzen und vorstellen kann. Das *HTS – Hogrefe Testsystem* hat teilweise andere Untersuchungsschwerpunkte. Einige Tests aus

dem HTS kämen infrage, sind aber in der Regel nicht für Demente normiert, manche Tests im HTS führen Untergruppen zu Rehabilitationspatienten Sucht bzw. Neurologie.

Einige Testautoren haben die Angaben zur Normierung bzw. Validierung ihrer Testverfahren in Zeitschriften veröffentlicht, die ich auch im Rahmen der nächstgelegenen Universitätsbibliothek nicht erhalten konnte. Für Praktiker ist es nicht akzeptabel, diese grundlegenden Informationen zu einem Test nicht allgemein zugänglich zu erhalten.

5.2 Demenzerfassung – Tests in der praktischen Anwendung

5.2.1 Übersichtsartige Screenings

Screening

Ein Screeningverfahren ist eine übersichtsartige kurze Untersuchung, um in einem Überblick rasch Hinweise zu finden, ob eine Krankheit nachgewiesen oder ausgeschlossen werden kann. Es ist daher nicht zur differenzierten Diagnostik und Verlaufskontrolle geeignet.

Diese Art der „Testung“ erscheint einfach und ist ungeheuer beliebt. Es kommt auch immer „etwas heraus“. Die „Testergebnisse“ in Form von Zahlen werden gern absolut gesetzt („... aber die Zahlen sprechen doch wohl für sich...“ sagte mir eine Kollegin) und manchmal wird verkannt, dass neben Gedächtnisstörungen auch andere Beeinträchtigungen Leistungsminderungen hervorrufen können. Oder dass man Artefakte gemessen hat.

Schuri (2000) betont: „Nach den bisherigen Ausführungen“ (zum Gedächtnis) „dürfte klar sein, dass Störungen des komplexen multidimensionalen Gefüges von Lern- und Gedächtnisleistungen nicht mit Hilfe weniger oder gar eines Tests sicher aufzuspüren sind. Da jedoch ökonomische Gesichtspunkte“ (und die Belastbarkeit der Probanden) „eine Begrenzung der Testung erfordern, stellt sich die Frage, wie das Risiko, durch reduzierten Testaufwand relevante Defizite zu übersehen, möglichst gering gehalten werden kann“ (Schuri 1995, 116). Auch Markowitsch/Calabrese (2003) merken „den indikativen Charakter“ von Screeningverfahren „kritisch“ an, diese können „eine ausführliche psychometrische Testbatterie