Vom Screening bis zur umfassenden Testdiagnostik: Psychodiagnostische Verfahren bei Demenz im Vergleich

From Screening to Comprehensive Test Diagnostics: A Comparison of Psychodiagnostic Procedures for Dementia

Ulrike Kipman

Themenschwerpunkt Demenz

Zusammenfassung

Die Psychodiagnostik spielt eine zentrale Rolle in der Diagnosestellung und Verlaufsbeurteilung bei Demenz. Sie umfasst verschiedene Verfahren zur Bewertung kognitiver, emotionaler und sozialer Funktionen. Diese Methoden reichen von standardisierten Screening-Tests über umfassende neuropsychologische Untersuchungen bis hin zu Verhaltensbeobachtungen. In diesem Beitrag werden etablierte Tests wie der Mini-Mental-Status-Test (MMST), der Uhrentest, das Montreal Cognitive Assessment (MoCA), das CERAD-Testverfahren, der Syndrom-Kurztest (SKT) und das Nürnberger Altersinventar (NAI) vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen wird deren Anwendung in der Praxis illustriert und kritisch diskutiert. Jedes Verfahren bietet spezifische Stärken: Während der MMST und MoCA als Screening-Tools eine schnelle Orientierung über die kognitive Leistungsfähigkeit ermöglichen, bieten umfassendere Testbatterien wie CERAD oder NAI differenzierte Einblicke in verschiedene kognitive Domänen. Der SKT hingegen ist besonders auf die Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsdefiziten ausgerichtet. Fallbeispiele und Analyse der Zielsetzungen in den Verfahren zeigen jedoch, dass die Verfahren unterschiedliche Empfindlichkeiten und Spezifizitäten aufweisen, insbesondere in der Differenzierung von Demenztypen oder in frühen Stadien der Erkrankung.

Abstract

Psychodiagnostics play a central role in the diagnosis and assessment of the course of dementia. It includes various methods for assessing cognitive, emotional, and social functions. These methods range from standardized screening tests to comprehensive neuropsychological examinations and behavioral observations. This article presents established tests such as the Mini-Mental Status Test (MMST), the Clock Test, the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the CERAD test procedure, the Syndrome Short Test (SKT), and the Nuremberg Aging Inventory (NAI). Case studies are used to illustrate and critically discuss their application in practice. Each method offers specific strengths: While the MMST and MoCA as screening tools provide a quick orientation of cognitive performance, more comprehensive test batteries such as CERAD or NAI offer differentiated insights into various cognitive domains. The SKT, on the other hand, is particularly geared towards recording memory and attention deficits. However, case studies and test manuals show that the methods have different sensitivities and specificities, particularly in the differentiation of dementia types or in the early stages of the disease.

1. Einleitung

Die Demenzdiagnostik ist ein interdisziplinäres Unterfangen, das neben neuropsychologischer Expertise auch bildgebende Verfahren und laborchemische Untersuchungen einbezieht, um ein möglichst vollständiges diagnostisches Bild zu erhalten (Jessen et al., 2020; McKhann et al., 2011). Sie stellt eine der größten Herausforderungen in der modernen Medizin dar. Mit der steigenden Lebenserwartung und der damit einhergehenden Zunahme von Demenzerkrankungen gewinnt die präzise und frühzeitige Erkennung dieser Krankheitsbilder zunehmend an Bedeutung (Alzheimer's Association, 2023).

Im Zentrum der psychodiagnostischen Bemühungen stehen dabei unter anderem die neuropsychologischen Verfahren, die es ermöglichen, kognitive Veränderungen frühzeitig zu erkennen und zu quantifizieren (Petersen et

al., 2018). Die Komplexität der Demenzdiagnostik ergibt sich aus der Vielfalt der möglichen Ursachen und Erscheinungsformen der Erkrankung. Von der Alzheimer-Demenz über vaskuläre Demenzen bis hin zu selteneren Formen wie zum Beispiel der Lewy-Körperchen-Demenz reicht das Spektrum der zu differenzierenden Krankheitsbilder (McKeith et al., 2017). Jede dieser Formen erfordert spezifische diagnostische Ansätze und Testverfahren, um eine möglichst genaue Diagnose erstellen zu können.

Neuropsychologische Testverfahren ermöglichen es, verschiedene kognitive Domänen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und exekutive Funktionen systematisch zu untersuchen (Salmon & Bondi, 2009). Diese Verfahren reichen von einfachen Screening-Instrumenten bis hin zu umfangreichen Testbatterien, die eine detaillierte Analyse der kognitiven Leistungsfähigkeit erlauben, und gehen dabei über die reine Erfassung kognitiver Defizite hinaus (Lezak et al., 2012). Die Diagnostik zielt darauf ab, ein umfassendes Bild der funktionellen Kapazitäten von PatientInnen zu erstellen. Dies umfasst aber nicht nur kognitive Aspekte, sondern auch die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und die soziale Interaktionsfähigkeit (Clare et al., 2017).

Ziel dieses Beitrags ist es, einen umfassenden Überblick über Verfahren in der Demenzdiagnostik zu geben, mit besonderem Fokus auf neurokognitive Verfahren.

In den folgenden Abschnitten werden die gängigsten neuropsychologischen Testverfahren vorgestellt, ihre Stärken und Limitationen im Hinblick auf die Demenzdiagnostik diskutiert und Vorschläge für eine umfassende neurokognitive Testung gemacht.

2. Neuropsychologische Verfahren in der Demenzdiagnostik: Ein Vergleich etablierter Testinstrumente

Im Folgenden werden sechs bekannte, vielverwendete und zentrale (Screening-)Instrumente der Demenzdiagnostik – MMST, MoCA, Uhrentest (Screening-Instrumente), CERAD, SKT und NAI (Testbatterien) – vorgestellt und deren Stärken sowie Limitationen unter Bezugnahme auf aktuelle Forschungsergebnisse zusammengestellt.

2.1. CERAD-Plus (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)

Die CERAD-Plus-Testbatterie gilt als Goldstandard in der neuropsychologischen Demenzdiagnostik. Sie umfasst 10 Untertests, die 5 kognitive Domänen evaluieren: Sprache, Gedächtnis, exekutive Funktionen, Aufmerksamkeit und Visuokonstruktion (Oedekoven & Dodel, 2019). Ein besonderer Fokus liegt auf der Früherkennung der Alzheimer-Demenz, wobei die Integration des Mini-Mental-Status-Tests (MMST) und zusätzlicher Aufgaben wie dem Trail-Making-Test eine differenzierte Profilerstellung ermöglicht (Memory Clinic, o. J.).

Stärken:
- Standardisierung: Alters-, geschlechts- und bildungskorrigierte Normen ermöglichen eine präzise Einordnung der Ergebnisse (Oedekoven & Dodel, 2019).
- Umfassende Domänenabdeckung: Die Kombination aus Gedächtnisaufgaben (z. B. Recognition und Recall) und exekutiven Funktionstests (Trail-Making-Test B) erlaubt die Identifikation spezifischer Defizitmuster (Memory Clinic, o. J.).
- Kostenfreie Verfügbarkeit: Die Testunterlagen stehen Fachpersonal online zur Verfügung, was die breite Anwendung fördert (Memory Clinic, o. J.).

Schwächen:
- Zeitaufwand: Mit 45 bis 60 Minuten Durchführungsdauer ist die CERAD-Plus für stark eingeschränkte PatientInnen weniger geeignet (Oedekoven & Dodel, 2019).
- Kulturspezifität: Trotz deutschsprachiger Adaptation können sprachbasierte Aufgaben (z. B. semantische Wortflüssigkeit) bei multilingualen PatientInnen verzerrte Ergebnisse liefern (Beck et al., 2014).

2.2. MMST (Mini-Mental-Status-Test)

Der MMST ist der am weitesten verbreitete Screening-Test zur Erfassung globaler kognitiver Beeinträchtigungen. Er umfasst 11 Aufgaben in den Bereichen Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Sprache (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Stärken:
- Praktikabilität: Die Durchführung dauert nur 10 bis 15 Minuten und erfordert keine spezielle Ausbildung (Folstein et al., 1975).
- Verlaufsbeobachtung: Der MMST eignet sich zur Dokumentation des Demenzfortschritts, insbesondere bei mittelschweren bis schweren Stadien (Alzheimer Forschung Initiative, 2024).

Schwächen:
- Bildungsbias: PatientInnen mit hohem Bildungsniveau erreichen trotz Demenz häufig unauffällige Werte, während Niedriggebildete falsch-positive Ergebnisse zeigen (Dittrich, 2008).
- Geringe Sensitivität für leichte Defizite: Leichte kognitive Störungen (MCI) werden in 38 % der Fälle nicht erkannt (Selekler et al., 2010).
- Fehlende Differenzierung: Der MMST liefert keinen Aufschluss über die kognitive Leistung in spezi-

fischen Domänen, weil lediglich der Gesamtwert interpretiert wird (Oedekoven & Dodel, 2019).

2.3. MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

Das MoCA wurde ursprünglich entwickelt, um leichte kognitive Einschränkungen mit höherer Sensitivität als der MMST zu erfassen. Er umfasst 14 Aufgaben, darunter exekutive Funktionen, visuokonstruktive Fähigkeiten und abstraktes Denken (Nasreddine et al., 2005).

Stärken:
- Praktikabilität: Die Durchführung dauert nur 10 bis 15 Minuten und erfordert keine spezielle Ausbildung.
- Früherkennung: Das MoCA erkennt leichte Demenzen in 89 % der Fälle, verglichen mit 62 % beim MMST (Ciesielska et al., 2016).
- Bildungskorrektur: Ein Punktabgleich für Personen mit weniger als 12 Bildungsjahren verbessert die Validität (Selekler et al., 2010).
- Kostenfreie Verfügbarkeit: Die Testunterlagen stehen Fachpersonal online zur Verfügung, was die breite Anwendung fördert.

Schwächen:
- Kulturelle Anpassungsprobleme: Beispielsweise muss die Wortliste in nicht-christlichen Kontexten angepasst werden (z. B. „Moschee“ statt „Kirche“) (Demir & Özcan, 2015).
- Fehlende Differenzierung: Das MoCA liefert – wie auch der MMST – keinen Aufschluss über die kognitive Leistung in spezifischen Domänen, weil lediglich der Gesamtwert interpretiert wird.

2.4. NAI (Nürnberger Altersinventar)

Das NAI kombiniert kognitive Leistungstests mit Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, um ein ganzheitliches Bild der Alltagskompetenz zu erstellen. Es umfasst u. a. den Zahlen-Symbol-Test und den Labyrinth-Test (Ivemeyer & Zerfaß, o. J.).

Stärken:
- Modularer Aufbau: Tests können je nach möglichen Einschränkungen der PatientInnen (z. B. Sehbehinderung) individuell kombiniert werden (Dittrich, 2008).
- Alltagsrelevanz: Die Einbindung von Fremdbeurteilungen (z. B. Nürnberger Alltagsbeobachtungsskala) erhöht die ökologische Validität (Ivemeyer & Zerfaß, o. J.).

Schwächen:
- Komplexität: Mit 40 bis 45 Minuten Gesamtdauer ist das NAI für Routineuntersuchungen sehr aufwendig (Dittrich, 2008).
- Eingeschränkte Normierung: Die Altersspanne der Normstichprobe ist unzureichend für Hochbetagte, da die Normen nur bis 85 Jahre aufgelistet sind (Wang et al., 2019).

2.5. SKT (Syndrom-Kurztest)

Der SKT dient der Erfassung aufmerksamkeits- und gedächtnisbezogener Defizite durch neun Untertests, darunter figurale Gedächtnisaufgaben und eine Interferenzaufgabe (Erzigkeit, 1989).

Stärken:
- Kurze Durchführung: Der Test ist in 15 bis 20 Minuten abschließbar.
- Schweregradeinteilung: Der SKT unterscheidet klar zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz (Polcher et al., 2022).
- Eine gesplittete Auswertung nach Gedächtnis und Aufmerksamkeit ist möglich.

Schwächen:
- Fehlende Exekutivfunktionsprüfung: Planungs- und Problemlösefähigkeiten werden nicht erfasst (Polcher et al., 2022).

2.6. Uhrentest

Der Uhrentest ist ein schnelles Screening-Verfahren zur Beurteilung kognitiver Beeinträchtigungen, insbesondere bei Demenz. Die Testperson wird gebeten, eine Uhr mit einer bestimmten Uhrzeit zu zeichnen.

Stärken:
- Kurze Durchführung: Der Test ist in 1 bis 3 Minuten abschließbar und auch für kognitiv eingeschränkte Personen geeignet (Shulman, 2000).
- Erfassung visuell-räumlicher und exekutiver Funktionen: Im Gegensatz zu rein gedächtnisbasierten Tests prüft der Uhrentest auch Planung, visuelle Konstruktion und Problemlösen (Freedman et al., 1994).
- Einfache Auswertung: Die Beurteilung erfolgt anhand standardisierter Scoring-Systeme, die eine objektive Bewertung ermöglichen (Mendez et al., 1992).
- Der Uhrentest zeigt bereits frühe Zeichen von Demenz, selbst wenn andere kognitive Tests noch unauffällig sind (Nishiwaki et al., 2004).

Schwächen:
- Der Test unterscheidet nicht klar zwischen verschiedenen Demenzformen wie Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz (Shulman et al., 2006).
- Der Uhrentest ist ein Screening-Instrument, bei dem weder Gedächtnis noch Aufmerksamkeit geprüft werden.

- Kein Ersatz für umfassende Diagnostik: Der Uhrentest ist nur ein Screening-Instrument und reicht nicht für eine gesicherte Demenzdiagnose aus (Agrell & Dehlin, 1998).
- Bildungs- und Kulturabhängigkeit: Personen mit niedriger Schulbildung oder wenig Erfahrung mit analogen Uhren können schlechtere Ergebnisse erzielen, auch ohne kognitive Störungen (Manos & Wu, 1994).
- Begrenzte Aussagekraft bei leichten kognitiven Störungen.

Wichtig zu wissen ist unter Umständen, dass der MMST in der CERAD und der Uhrentest im MoCA enthalten ist.

3. Fallbeispiel

Nachstehend wird ein Fallbeispiel (Fragestellung war, welche Einschränkungen vorliegen und welche Fähigkeiten noch gegeben sind) präsentiert, bei welchem mit einer umfassenden Diagnostik eine gute psychodiagnostische Einschätzung der Einschränkungen möglich war[1]:

SKT (Normwerte von NW = 0 sind unauffällig, Normwerte von 1 und höher sind auffällig):

Frau XXXX kann im SKT alle Gegenstände benennen (NW = 0), beim unmittelbaren Recall kann sie erst nur 2 der 12 Bilder nennen, dann nach nochmaligem Zeigen 3 von 12 Bildern (NW = 1), später, nach Wiederansehen und Ablenkung, kann sie 5 der 12 Bilder aktiv reproduzieren (NW = 1). Das Wiedererkennen fällt ihr sehr schwer, sie erkennt 4 der 12 gezeigten Bilder wieder (NW = 2) und hat eine Intrusion. Beim Zahlenlesen braucht sie 13 Sekunden (NW = 0), das Ordnen und Zurücklegen gelingt ihr in 52 und 31 Sekunden, was auf eine starke Einschränkung beim Ordnen hindeutet (NW = 2, NW = 1), das Zählen der Symbole bereitet ihr keine Schwierigkeiten (24 Sekunden, NW = 0). Die Interferenzaufgabe fällt ihr nicht schwer (30 Sekunden, NW = 0). Gesamt ergibt sich im SKT ein leicht auffälliger Wert von 7 und damit ein Verdacht auf ein leichtes hirnorganisches Psychosyndrom.

CERAD:

Frau XXXX zeigt in den kognitiven Leistungen eine mittelschwere Beeinträchtigung beim Lernen der Wortliste (mit dieser Aufgabe wird die Fähigkeit erfasst, neue, nicht assoziierte verbale Informationen zu erlernen), sie kann sich in jedem der Durchgänge nur wenige der gezeigten Wörter merken, damit ergibt sich gesamt eine schwere Beeinträchtigung beim Wortgedächtnis (visuell und auditiv). Zudem zeigt sich eine mittelschwere Beeinträchtigung beim Wiedererkennen von bekannten verbalen und auditiven Inhalten (Recall). Das figurale Gedächtnis ist leicht beeinträchtigt. Bei der verbalen Flüssigkeit (Geschwindigkeit und Leichtigkeit der verbalen Produktionsfähigkeit, semantisches Gedächtnis, Sprache, exekutive Funktionen und kognitive Flexibilität) und beim Benennen zeigt sich ebenfalls eine leichte Beeinträchtigung. Der MMST ist mit 18 auffällig.

MoCA:

Im MoCA-Test erreicht sie 18 von 30 Punkten (die Uhr gelingt nicht vollständig, Abstraktion gelingt nicht mehr, beim auditiven Gedächtnis erinnert sie nach Ablenkung keines der Wörter, die Wortflüssigkeit ist beeinträchtigt und die Orientierung örtlich ist beeinträchtigt). Das Ergebnis zeigt eine zumindest leichte kognitive Beeinträchtigung.

NAI:

In Bezug auf planerisches Denken und visuell-räumliche Problemlösung ergeben sich, gemessen mit dem Labyrinth-Test aus dem NAI, leichte Einschränkungen.

ISR:

Eine differentialdiagnostisch durchgeführte Diagnostik mit dem ICD-10-Symptom-Rating [ISR][2] (depressive und ängstliche Kognitionen, Symptome einer Belastungsstörung) war unauffällig.

Ergänzend wird vom Sohn der Patientin unter anderem angegeben, dass die Patientin sich örtlich nicht mehr gut zurechtfinde, Dinge oft wiedererzähle [lässt sich auch in der Untersuchung feststellen] und dass sie auch fallweise Probleme mit dem Kochen habe.

4. Zusammenfassender Vergleich

Der Uhrentest ist aufgrund seiner Einfachheit und schnellen Durchführbarkeit ein beliebtes Screening-Instrument. Er eignet sich besonders gut zur Erfassung visuell-räumlicher und exekutiver Funktionen, die bei verschiedenen Demenzformen beeinträchtigt sein können. Bei der Alzheimer-Demenz zeigen sich oft früh Schwierigkeiten bei der korrekten Platzierung der Ziffern und Zeiger. Der Uhrentest ist jedoch weniger sensitiv für leichte kognitive Störungen und eignet sich daher besser für die Erkennung fortgeschrittener Stadien oder als ergänzendes Verfahren in einer umfassenderen Testbatterie.

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) ist eines der wohl am häufigsten eingesetzten Screening-Instrumente weltweit. Er bietet einen schnellen Überblick über verschiedene kognitive Domänen wie Orientierung, Aufmerksamkeit, Sprache und Gedächtnis. Der MMST eignet sich gut zur Verlaufskontrolle bei mittelschweren bis schweren Demenzen, insbesondere bei der Alzheimer-Demenz. Allerdings ist er weniger sensitiv für leichte kognitive Störungen und frühe Stadien der Demenz. Zudem kann er bei PatientInnen mit hohem Bildungsniveau zu Deckeneffekten führen, während er bei Personen

mit geringer Bildung möglicherweise zu falsch-positiven Ergebnissen führt.

Die CERAD-Testbatterie (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) ist ein umfassenderes Instrument, das speziell für die Diagnose der Alzheimer-Demenz entwickelt wurde. Empfohlen wird eine Durchführung dann, wenn entweder der MMST und/oder der Uhrentest auffällige Ergebnisse zeigen. Die CERAD umfasst mehrere Untertests, die verschiedene kognitive Domänen abdecken, darunter verbales Gedächtnis, Sprachfunktionen, konstruktive Praxis und exekutive Funktionen. Die CERAD-Batterie eignet sich besonders gut zur Differenzierung zwischen gesundem Altern, leichter kognitiver Störung (MCI) und Alzheimer-Demenz. Sie ist sensitiver für frühe Stadien der Erkrankung als der MMST und ermöglicht eine detailliertere Analyse der kognitiven Profile. Allerdings erfordert die CERAD-Batterie mehr Zeit und Expertise in der Durchführung und Auswertung.

Das Nürnberger Altersinventar (NAI) ist eine umfangreiche Testbatterie, die neben kognitiven Funktionen auch Aspekte der Alltagskompetenz und des subjektiven Wohlbefindens erfasst. Es eignet sich besonders gut für eine ganzheitliche Beurteilung älterer Menschen, nicht nur im Kontext der Demenzdiagnostik. Das NAI kann wertvolle Informationen für die Differenzialdiagnose zwischen verschiedenen Demenzformen liefern und ist besonders nützlich, wenn es darum geht, den Unterstützungsbedarf im Alltag einzuschätzen. Die Stärke des NAI liegt in seiner Breite, was allerdings auch mit einem höheren Zeitaufwand einhergeht.

Der Syndrom-Kurztest (SKT) konzentriert sich hauptsächlich auf die Erfassung von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Er ist besonders geeignet für die Diagnose und Verlaufskontrolle von leichten bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigungen. Der SKT ist weniger bildungsabhängig als einige andere Tests und kann daher bei PatientInnen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund eingesetzt werden. Er eignet sich gut zur Differenzierung zwischen normaler Alterung und beginnender Demenz, ist jedoch weniger sensitiv für spezifische Demenzformen wie die frontotemporale Demenz, bei der exekutive Funktionen stärker betroffen sind.

Das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) wurde entwickelt, um die Schwächen des MMST bei der Erkennung leichter kognitiver Störungen zu überwinden. Es ist besonders sensitiv für frühe kognitive Veränderungen und eignet sich daher gut für das Screening auf MCI und frühe Stadien verschiedener Demenzformen. Das MoCA umfasst Aufgaben zu exekutiven Funktionen, visuell-räumlichen Fähigkeiten, Aufmerksamkeit, Sprache, Abstraktion und Orientierung. Es ist besonders nützlich bei der Erkennung vaskulärer kognitiver Beeinträchtigungen und der Lewy-Körper-Demenz, die oft mit frühen exekutiven Dysfunktionen einhergehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jedes der vorgestellten Testverfahren seine spezifischen Stärken und Einsatzbereiche hat. Der Uhrentest und der MMST eignen sich gut als schnelle Screening-Instrumente, während die CERAD-Batterie und das NAI eine umfassendere Beurteilung ermöglichen. Das MoCA bietet einen guten Kompromiss zwischen Zeitaufwand und Sensitivität, insbesondere für leichte kognitive Störungen. Der SKT hat seine Stärken in der Erfassung von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen.

Die Auswahl und Kombination der Tests sollte stets auf die individuelle klinische Fragestellung und die Charakteristika der PatientInnen abgestimmt sein, um eine möglichst präzise und aussagekräftige Diagnostik zu gewährleisten.

Pseudodemenzen und andere mögliche Ursachen für die auftretenden Symptome sollten nach Möglichkeit differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

5. Limitationen

Es ist wichtig zu betonen, dass keiner dieser Tests allein für eine endgültige Diagnose ausreicht. Sie sind vielmehr Teil eines umfassenden diagnostischen Prozesses, der auch bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen und eine gründliche Anamnese einschließt. Die Inter-

Tab. 1: Übersicht und Vergleich zu den behandelten Verfahren

Test	Dauer (min)	Sensitivität für MCI	Domänenabdeckung	Kulturelle Adaptierbarkeit	Bildungsabhängigkeit
Uhrentest	5	Niedrig	Begrenzt	Hoch	Niedrig
MMST	10-15	Niedrig	Moderat	Moderat	Hoch
CERAD	45-60	Hoch	Umfassend	Moderat	Moderat
NAI	60+	Hoch	Sehr umfassend	Niedrig	Moderat
SKT	10-15	Moderat	Moderat	Moderat	Niedrig
MoCA	10-15	Hoch	Umfassend	Moderat	Moderat

pretation der Testergebnisse sollte immer im Kontext der individuellen PatientInnengeschichte und anderer klinischer Befunde erfolgen.

6. Fazit

Die Wahl des geeigneten neuropsychologischen Testverfahrens in der Demenzdiagnostik hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter die vermutete Demenzform, das Stadium der Erkrankung und die spezifischen kognitiven Domänen, die untersucht werden sollen. Jedes Testverfahren hat seine eigenen Stärken und Schwächen, die es für bestimmte Situationen besonders geeignet oder weniger geeignet machen.

Jedes Testverfahren hat spezifische Vor- und Nachteile, die eine kombinierte Anwendung notwendig machen. Während der MMST als Screening-Tool unverzichtbar bleibt, bietet die CERAD-Plus Tiefe für die Differentialdiagnostik. Das MoCA glänzt in der Früherkennung, das NAI in der Alltagsrelevanz. Künftige Forschung sollte kulturadaptierte Versionen und kürzere Testbatterien priorisieren, um die Versorgungsqualität für heterogene PatientInnengruppen zu verbessern.

Literatur

Agrell, B. & Dehlin, O. (1998). The clock-drawing test. Age and Ageing, 27(3), 399-403.

Alzheimer's Association (2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia, 19(3), 159-257. https://doi.org/10.1002/alz.12856.

Alzheimer Forschung Initiative. (2024). Diagnose Demenz. https://www.alzheimer-forschung.de.

Beck, I. A. et al. (2014). Standardisierte Testbatterien in der Geriatrie. Hogrefe.

Ciesielska, N., Sokołowski, R., Mazur, E., Podhorecka, M., Polak-Szabela, A. & Kędziora-Kornatowska, K. (2016). Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. Psychiatria Polska, 50(5), 1039-1052.

Clare, L., Kudlicka, A., Oyebode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I. … & Victor, C. (2017). Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (GREAT). The Lancet Psychiatry, 4(9), 766-776. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30345-1.

Demir, N. & Özcan, T. (2015). MoCA-Anpassungen in der Türkei. Journal of Gerontology, 12(3), 45-52.

DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) (2023). S3-Leitlinie Demenzen (Version 4.0). Verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013.

Dittrich, B. (2008). Fallstricke bei Demenztests. Ärzte Woche, 22, 20.

Erzigkeit, H. (1989). Der Syndrom-Kurz-Test (SKT): Ein Verfahren zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen. Hogrefe.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198.

Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Shulman, K. I. & Delis, D. C. (1994). Clock Drawing: A Neuropsychological Analysis. Oxford University Press.

Ivemeyer, A. & Zerfaß, R. (o. J.). Demenztests in der Praxis. Urban & Fischer.

Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., van der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L. … & Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. The Lancet Neurology, 19(3), 271-278. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D. & Tranel, D. (2012). Neuropsychological assessment (5. Aufl.). Oxford University Press.

Manos, P. J. & Wu, R. (1994). The ten point clock test: A quick screen and grading method for cognitive impairment in medical and surgical patients. International Journal of Psychiatry in Medicine, 24(3), 229-244.

McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D. … & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Neurology, 89(1), 88-100. https://doi.org/10.1212/WNL.

Memory Clinic (o. J.). CERAD-Plus Testbatterie. https://www.memory-clinic.ch.

Mendez, M. F., Ala, T. & Underwood, K. L. (1992). Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatrics Society, 40(11), 1095-1099.

Mistridis, P., Krumm, S., Monsch, A. U., Berres, M. & Taylor, K. I. (2015). The 12 Years Preceding Mild Cognitive Impairment Due to Alzheimer's Disease: The Temporal Emergence of Cognitive Decline. Journal of Alzheimer's Disease, 48(4), 1095-1107.

Nasreddine, Z. S. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment. Journal of the American Geriatrics Society, 53(4), 695-699.

Nishiwaki, Y., Breeze, E., Smeeth, L. & Bulpitt, C. J. (2004). Validity of the Clock-Drawing Test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. American Journal of Epidemiology, 160(8), 797-807.

Oedekoven, C. & Dodel, R. (2019). Diagnostische Kriterien der Alzheimer-Demenz. Neurologie up2date, 2, 91-105.

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., … & Rabinstein, A. A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. Neurology, 90(3), 126-135.

Polcher, A., Fromm, A. & Koppara, A. (2022). Limitations of the Syndrom-Kurztest in assessing executive functions in dementia patients. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 51(3), 123-130.

Salmon, D. P. & Bondi, M. W. (2009). Neuropsychological assessment of dementia. Annual Review of Psychology, 60, 257-282.

Selekler, K., Cangöz, B. & Karakoç, E. (2010). Norm determination and cut-off score of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Turkish subjects. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30(4), 269-274.

Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? International Journal of Geriatric Psychiatry, 15(6), 548-561.

Wang, C., Dong, X., Lian, Y. & Tang, Y. (2019). The applicability of the Nuremberg Age Inventory in the elderly aged over 85 years. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 32(1), 3-10.

Autorin

Prof.in DDDr.in Ulrike Kipman

Professorin an der Pädagogischen Hochschule Salzburg für Diagnostik und Bildungsforschung, Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Zertifizierung als Arbeitspsychologin, Zertifizierung als Forensische Psychologin, Spezialisierung Neuropsychologie, Spezialisierung Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie.

© Daniela Gruber

Pädagogische Hochschule Salzburg
Akademiestr. 23
A-5020 Salzburg
+43 650 7783302
u_kipman@yahoo.de
www.kipman.at

[1] Festgehalten wird: Exploration und Anamnese sowie Angehörigeninterview werden aufgrund der möglichen Rückschlüsse auf die Person an dieser Stelle in weiten Teilen ausgespart.

[2] ISR (ICD-10-Symptom-Rating)
Mit dem ISR können depressive Symptome, Angst, Zwang, Somatisierung, Essstörung und diverse Nebenvariablen wie Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen erhoben werden (lizenzfrei von Karin Tritt, Friedrich von Heymann, Michael Zaudig, Irina Zacharias, Wolfgang Söllner und Thomas Loew; auch bei Schuhfried erhältlich).