

Zusammenfassung der Diplomarbeit am Institut für Interdisziplinäre
Gerontologie an der Hochschule Vechta

Januar 2004

Thema:

**Standardisierte Demenz- Diagnostik und die subjektive
Wahrnehmung kognitiver Beeinträchtigungen**

Verfasserin: Brigitte Metje
e-mail: Brigitte.Metje@web.de

Oktober 2004

Gliederung

	Seite
1. Einleitung	3
2. Nutzen und Grenzen einer Demenzfrüherkennung	6
3. Demenz- Diagnostik	7
3.1. Standardisierte Diagnostik mit dem SIDAM- Test	7
3.1.1. Potentiale der standardisierten Demenzdiagnostik	7
3.1.2. Grenzen der standardisierten Demenzdiagnostik	8
3.1.2.1. Die Existenz unterschiedlicher Diagnosesysteme	9
3.1.2.2. Die Auswertung des SIDAM- Tests und die cut-off-Werte	10
3.1.2.3. Die Bildungsabhängigkeit des Testergebnisses	11
3.2. Die quantitative Erfassung subjektiver kognitiver Beeinträchtigungen	13
3.2.1. Mögliche Einflussfaktoren auf die Selbstberichte	13
3.2.2. Der Zusammenhang zwischen Testleistung und Selbsteinschätzung	15
4. Die empirische Untersuchung in der Gedächtnissprechstunde Recklinghausen	16
4.1. Die Problemstellung und die Forschungsfragen	16
4.2. Das Forschungsdesign	18
4.2.1. Die Untersuchungspopulation	18
4.2.2. Die durchgeführte Erhebung	18
4.3. Die Auswertungsmethoden	20
4.3.1. Die qualitativen Auswertungsmethoden	20
4.3.2. Die quantitative Auswertungsmethode	20
4.4. Die Untersuchungsergebnisse	21
4.4.1. Die Interviewteilnehmer	21
4.4.2. Der Vergleich der Interviewaussagen und der SIDAM- Ergebnisse	22
4.4.3. Gründe für den Besuch der Gedächtnissprechstunde und die Selbstberichte	24
4.4.4. Teilnehmer mit Demenzerkrankungen	25
4.4.5. Resümee	26
5. Literatur	28

1. Einleitung

Zur Zeit erkranken jährlich etwa 200.000 Menschen in Deutschland neu an einer Demenz. Dabei tritt etwa die Hälfte der Neuerkrankungen in der Altersgruppe der 80 bis 89jährigen auf, und weitere 10% in der Gruppe der Personen ab 90 Jahren (vgl. Bickel 1999, 16). Da die Lebenserwartung älterer Menschen nach heutigen Vorausberechnungen in Zukunft kontinuierlich ansteigen wird (vgl. www.destatis.de), wenn keine unerwarteten Ereignisse eintreten, und die Inzidenzraten in verschiedenen Studien konstant blieben und somit nicht von einem Geburtskohorteneffekt auszugehen ist (vgl. Bickel 1999, 16), wird auch die Zahl der Demenzneuerkrankungen voraussichtlich in der Zukunft weiter zunehmen. Schon im Jahr 1981 erkannte die WHO diese Entwicklung und forderte daher die Einrichtung von Institutionen für die Früherkennung von psychischen Erkrankungen im Alter, mit dem Ziel, eine Behandlung von Demenzerkrankungen schon im Frühstadium einleiten zu können (vgl. Stoppe 1998, 9). Die erste Memory-Clinic entstand 1983 in London und 1985 wurde in München an der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität die erste deutsche Einrichtung dieser Art gegründet. In Deutschland, Österreich und der Schweiz gab es 2001 insgesamt 50 Memory-Kliniken. (vgl. Lautenschläger/ Kurz 2001, 291) Neben den Memory-Kliniken nehmen in Deutschland Gedächtnissprechstunden die Aufgabe der Früherkennung, Untersuchung und Beratung bei Demenzerkrankungen wahr.

Auch wenn zur Zeit mit Medikamenten keine Heilung von Demenzerkrankungen zu erreichen ist, kommt der Demenzfrüherkennung sowie der medizinischen und psychosozialen Intervention eine große Bedeutung zu. Medizinisch besteht die Möglichkeit, den Krankheitsverlauf beim Vorliegen einer Demenz zu verzögern, Begleitsymptome einer Demenzerkrankung zu behandeln und Krankheiten mit demenzähnlichen Symptomen, die reversibel oder teilreversibel sein können, zu diagnostizieren. Darüber hinaus können Personen, bei denen in der Untersuchung keine kognitiven Defizite festgestellt werden, die Ängste vor einer Demenzerkrankung genommen werden. Eine weitere wichtige Aufgabe besteht darin, in einer Angehörigenberatung Verständnis für die Veränderungen des Demenzerkrankten zu wecken und Hilfen für Betroffene und Angehörige bereitzustellen, um eine frühzeitige Institutionalisierung zu vermeiden.

Das zentrale Diagnoseinstrument zur Früherkennung von Demenzerkrankungen ist der Demenztest, mit dem Defizite in den verschiedenen kognitiven Leistungsbereichen, die bei einer Demenz beeinträchtigt sein können, objektiviert werden können. In Deutschland stehen dazu eine Reihe verschiedener Testverfahren zur Verfügung. Darüber hinaus sind Tests entwickelt worden, die nicht nur zwischen Demenzerkrankten und nicht Erkrankten differenzieren können, sondern darüber hinaus auch noch das Stadium einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ identifizieren. Dabei handelt es sich um geringe, zum Teil nur subjektiv wahrgenommene Gedächtnisstörungen und um Vorstadien einer dementiellen Erkrankung (vgl. Zaudig/ Hiller 1995, 1). Etwa 50% der Personen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung entwickeln nach 3- 4 Jahren eine Demenz, so dass Erkrankungen in Verlaufsuntersuchungen möglicherweise schon in einem sehr frühen Stadium festgestellt werden können (vgl. Zaudig 2001, 92). Allerdings ist die Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung und einer leichten Demenz immer mit Unsicherheiten behaftet, da nur der aktuelle Leistungsstand erfasst wird und kein Bezug zum Ausgangsniveau kognitiver Leistungen hergestellt werden kann. So kann eine Minderbegabung zu einer falsch-positiven Demenzdiagnose führen und bei einem hohen Bildungsausgangsniveau können die vorhandenen Defizite leicht unterschätzt werden. Außerdem existieren weitere Faktoren, die das Testergebnis verfälschen können. Dazu gehören sensorische Einschränkungen wie Hör-, Seh- und Kommunikationsprobleme, aber auch Ängste vor prüfungähnlichen Situationen, mangelnde Motivation oder ein fehlendes Verständnis für den Sinn der gestellten Anforderungen. Aufgrund dieser verschiedenen Einflussfaktoren auf das Testergebnis besteht das Problem, dass sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Demenzdiagnosen gestellt werden können. Bei einer falsch-negativen Diagnose kann keine frühzeitige medizinische Behandlung eingeleitet werden, weil die Demenz erst im höhergradigen Stadium offensichtlichere Formen annimmt. Eine falsch-positive Diagnose kann starke Ängste auslösen und eine Stigmatisierung sowie eine vorzeitige Institutionalisierung zur Folge haben kann.

Um die Diagnosesicherheit zu erhöhen, können weitere Informationsquellen herangezogen und in ein Gesamturteil integriert werden. Wichtige Hinweise auf kognitive Defizite können Einschätzungen von Angehörigen oder anderen Personen, die dem Untersuchten nahe stehen, liefern, da dieser Personenkreis in die Beurteilung des kognitiven Ausgangsniveaus und Veränderungen in den Alltagsaktivitäten einbeziehen kann. Für die Befragung von

Angehörigen stehen mehrere quantitative Erhebungsinstrumente zur Verfügung. Darüber hinaus sind auch quantitative Messinstrumente entwickelt worden, auf denen der Betroffene selbst eine Einschätzung seiner kognitiven Beeinträchtigungen vornehmen kann. In zahlreichen Studien wurde untersucht, ob die Selbstwahrnehmung des Untersuchten zu einer Erhöhung der Diagnosesicherheit beitragen kann und welche persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren die Selbstberichte beeinflussen können. In mehreren Längsschnittstudien ist darüber hinaus der Frage nachgegangen worden, ob subjektive kognitive Beeinträchtigungen möglicherweise sehr frühe Anzeichen einer Demenzerkrankung sein können, für deren Diagnose die zur Verfügung stehenden Demenztests nicht sensitiv genug sind. Die Studien kamen zu divergenten Ergebnissen bezüglich der Höhe der Korrelation zwischen den Ergebnissen kognitiver Leistungstests und der Selbsteinschätzung der Betroffenen sowie der Signifikanz des Zusammenhangs. Allerdings wurde die subjektive kognitive Beeinträchtigung anhand von quantitativen Instrumenten erfasst, die standardisierte Antwortalternativen vorgeben und die keinen Raum lassen für die individuellen Erfahrungen der untersuchten Personen. So stellt sich die Frage, ob möglicherweise ein Zusammenhang zwischen der qualitativen Selbsteinschätzung kognitiver Beeinträchtigungen und den Ergebnissen eines quantitativen Demenztests zu finden ist, und ob eine Integration beider Methoden zu weiterreichenden Erkenntnissen und einer größeren Diagnosesicherheit führen kann.

Um die Relevanzsetzungen und subjektiven Wahrnehmungen der Betroffenen erheben und analysieren zu können, wurde von März bis Oktober 2003 von der Autorin eine empirische Untersuchung in der Gedächtnissprechstunde Recklinghausen durchgeführt, bei der die Teilnehmer mit qualitativen Interviews zu ihren Gedächtnisschwierigkeiten befragt wurden. Die von den Interviewten genannten Bereiche kognitiver Beeinträchtigungen wurden mit den Ergebnissen des SIDAM-Tests verglichen, um Übereinstimmungen und Divergenzen zwischen der Selbstwahrnehmung und quantitativen Leistungstestergebnissen herauszuarbeiten.

2. Nutzen und Grenzen einer Demenzfrüherkennung

Eine Demenzfrüherkennung hat die Aufgabe, zum einen zwischen einer Demenzerkrankung und subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert zu differenzieren und zum anderen eine leichte kognitive Beeinträchtigung mit einem erhöhten Risiko für die spätere Entwicklung einer Demenz zu diagnostizieren. Sind die subjektiv erlebten Schwierigkeiten in einem Demenztest nicht objektivierbar, können den Patienten ihre Ängste vor einer Erkrankung genommen werden. Wird eine leichte kognitive Beeinträchtigung festgestellt, sollte der weitere Entwicklungsverlauf überwacht werden, um das Entstehen einer Demenz rechtzeitig zu erkennen. Weiterhin können in diesem Stadium Gedächtnisleistungen durch kognitive Trainingmethoden noch stimuliert werden (vgl. Füsgen 2000, 17-18). Werden Defizite im Bereich einer Demenzerkrankung diagnostiziert, ist zunächst zu unterscheiden, ob möglicherweise eine Erkrankung mit demenzähnlichen Symptomen vorliegt, die behandelbar und in bis zu 10% der Fälle reversibel oder teilreversibel ist (vgl. Zaudig 2001, 33). Besteht nach der Untersuchung ein Verdacht auf das Vorliegen einer Demenz, kann eine Differentialdiagnose durchgeführt werden, um den Demenztyp zu diagnostizieren. Zur genauen Sicherung einer Diagnose des Demenztyps sollten zusätzlich zur neuropsychologischen Untersuchung bildgebende Verfahren wie die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztomographie (MRT) eingesetzt werden. Durch diese Untersuchung kann geklärt werden, ob sich Befunde für eine vaskuläre Demenz oder andere Hirnerkrankungen wie Infektionen und Tumore als Ursache feststellen oder ausschließen lassen. Eine Alzheimer Demenz kann nur nach dem Tode durch eine Obduktion sicher festgestellt werden, so dass zu Lebzeiten eine Alzheimer Diagnose immer nur durch den Ausschluss anderer Demenzarten gestellt werden kann (vgl. Riemenschneider/ Bertram 2001, 263). Weiterhin können in der Demenzfrüherkennung medizinische Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt, eine Behandlung von Begleitsymptomen einer Demenz eingeleitet und eine Angehörigenberatung durchgeführt werden. Für die Gesellschaft kann eine Früherkennung erhebliche ökonomische Vorteile mit sich bringen, wenn ein Heimeintritt herausgezögert oder sogar verhindert werden kann (vgl. Stübner 2003, 114).

3. Demenz- Diagnostik

3.1. Standardisierte Diagnostik mit dem SIDAM-Test

Zur Diagnostik von Demenzerkrankungen stehen eine Reihe verschiedener Tests zur Verfügung. Von Zaudig ist auf der Grundlage des MMSTs (Mini Mental State Test) ein Instrument entwickelt worden, das den Namen SIDAM-Test trägt, und das nicht nur zwischen „dement“ und „nicht dement“ unterscheiden, sondern auch das Stadium der „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ diagnostizieren soll. Der SIDAM-Test ist zwischen 1987 und 1989 im Max-Planck-Institut für Psychiatrie entwickelt worden (vgl. Zaudig/ Hiller 1995, 2). Der SIDAM- Test wurde in der durchgeführten Untersuchung zur quantitativen Erfassung kognitiver Defizite verwendet.

3.1.1. Potentiale der standardisierten Demenzdiagnostik

Der Demenztest ist ein zentrales Diagnoseinstrument in der Demenzfrüherkennung. Nach Helmchen et al. (1996, 190) hat er die Aufgabe, zum einen eine „leichte kognitive Beeinträchtigung“ oder eine Demenz und zum anderen den Schweregrad der Erkrankung zu diagnostizieren. Kühl (1992, 88) hält den Einsatz psychometrischer Untersuchungsverfahren in der klinischen Demenzdiagnostik für unverzichtbar, um Funktionseinbußen in spezifischen Leistungsbereichen zu objektivieren und zu quantifizieren, darauf aufbauend für den individuellen Fall adäquate rehabilitative und therapeutische Behandlungskonzepte zu entwickeln und benigne altersbedingte kognitive Abbauprozesse von dementiellen Erkrankungen abzugrenzen. Weiterhin kann das Testergebnis nach Förstl/ Einhüpl (2002, 52) als Grundlage für Verlaufsstudien der dementiellen Erkrankung oder einer leichten kognitiven Beeinträchtigung herangezogen werden und zur Therapiekontrolle dienen, indem Verbesserungen oder Verschlechterungen unter medikamentöser Therapie objektiviert werden.

Mit neuropsychologischen Testverfahren werden standardisiert spezifische Leistungsbereiche erfasst, in denen demente Patienten Einschränkungen zeigen (vgl. Engel/ Satzger 2003, 134).

Dadurch können auch Fähigkeitsbeeinträchtigungen, die im ersten Gespräch und im Alltagsleben zunächst nicht auffällig werden, gezielt abgefragt und objektiviert werden. Besonders Einschränkungen in der zeitlichen und räumlichen Orientierung und im Gedächtnis für neu erlernte Informationen werden häufig erst durch Testfragen evident. „Die möglichst genaue Erhebung des Ausmaßes einer kognitiven Störung ist zurzeit die wichtigste Informationsquelle für die Diagnose einer Demenz.“ (Engel/ Satzger 2003, 145) Erfasst werden sollten nach Pientka (1999a, IV 3(1)) zumindest die folgenden Funktionsbereiche: das allgemeine Gedächtnis, das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis, Sprachverständnis, Sprachflüssigkeit, Wiederholung, Wortfindung, Lesen, Schreiben, Rechnen, Abstraktionsvermögen und visuell-konstruktive Fähigkeiten. Anhand der vorhandenen Defizite lassen sich Hinweise auf vorhandene kognitive Syndrome finden wie z.B. Delir, Depression oder Demenz.

Durch die Entwicklung und den Einsatz von standardisierten Interview-Verfahren ist nach Zaudig/ Hiller (1995, 14) der Versuch unternommen worden, eine weitgehende Vereinheitlichung der Diagnosekriterien für eine Demenz zu erreichen und die häufig sehr unterschiedlichen Befunderhebungen einander anzunähern, so dass Diagnostiker nach verallgemeinerbaren Standards arbeiten können. So werden durch standardisierte Messinstrumente Ergebnisse vergleichbar und Informationen zwischen Experten austauschbar.

3.1.2. Grenzen der standardisierten Demenzdiagnostik

Bei der Einordnung eines individuellen Testergebnisses anhand von Normwerten wird vernachlässigt, dass auch Variablen wie Motivationsmangel, Ermüdung, emotionale Störungen und vererbte Dispositionen Auswirkungen auf das Testergebnis haben können. Das aktuelle Leistungsvermögen eines Probanden wird ferner mitbedingt durch nicht zu kontrollierende prämorbid Leistungs- und Persönlichkeitsvariablen. Wenn lediglich aufgrund dieser Standard-Grenzwerte eine kognitive Beeinträchtigung des untersuchten Patienten angenommen wird, können leicht Fehldiagnosen gestellt werden. Ein weiteres Problem, das sich bei der Konstruktion eines Tests gerade für ältere Menschen ergibt, besteht darin, dass die Platzierung von Fragen im Test Auswirkungen auf das Ergebnis haben kann, da die Konzentrationsfähigkeit im Laufe der Befragung abnehmen kann. Im SIDAM-Test

werden in der Abfolge unterschiedliche Leistungsbereiche geprüft, so dass möglicherweise Defizite am Ende des Tests diagnostiziert werden, die nicht auf kognitiven Einschränkungen sondern auf Ermüdungserscheinungen der Teilnehmer beruhen.

3.1.2.1. Die Existenz unterschiedlicher Diagnosesysteme

Zur Diagnose einer Demenz existieren mehrere gebräuchliche Diagnosesysteme, die unterschiedliche Kriterien für das Vorliegen der Erkrankung formulieren. Mit dem SIDAM-Test kann eine Diagnose nach den Kriterien der Diagnosesysteme DSM-III-R und ICD-10 gestellt werden.

Die Differenzen zwischen beiden Diagnosesystemen beschreiben Henderson et al. (1994, 480). Das ICD-10 System fordert eine objektive Verifikation der Gedächtnisverschlechterungen durch kognitive Leistungstests und die Bestätigung dieser Veränderungen durch eine Fremdanamnese, während DSM-III-R nur die Diagnose für das Vorliegen einer Beeinträchtigung anhand von einfachen Fragen zur Kognition vorsieht. Weiterhin soll auf Grundlage des ICD-10 eine verminderte Affektkontrolle und eine Dauer der Beeinträchtigung von mindestens 6 Monaten festgestellt werden, Kriterien, die das DSM-III-R nicht beinhaltet. Auch nach Ihl (1999, 109) wählen die verschiedenen Diagnosesysteme engere oder weitere Definitionen des Demenzsyndroms. Das engste Diagnosesystem, das die strengsten Maßstäbe für die Diagnose einer Demenz anlegt, ist das ICD-10. Daraus resultiert, dass die Prävalenzraten, die anhand der ICD-10 Kriterien erhoben wurden, erheblich niedriger lagen als die mit den DSM-III-R Kriterien erhobenen (vgl. Henderson et al. 1994) Es wurden folgende Prävalenzraten gefunden:

	Prävalenzrate nach ICD-10	Prävalenzrate nach DSM-III-R
Altersgruppe		
70-74 Jahre	1,4%	3,2%
75-79 Jahre	1,2%	5,5%
80-84 Jahre	5,2%	12,4%
85 Jahre und älter	10,3%	21,0%

Quelle: Henderson et al. (1994, 476)

3.1.2.2. Die Auswertung des SIDAM-Tests und die cut-off-Werte

Der SIDAM-Score (SISCO) errechnet sich aus der Addition der erreichten Punktzahlen für die Items 1-40. Es können maximal 55 Punkte erlangt werden. Je nach Diagnosesystem, das für die Auswertung zugrunde gelegt wird, ergeben sich unterschiedliche Wertebereiche für eine Diagnose anhand des SISCO.

SIDAM-Kategorien	SISCO ICD-9	SISCO DSM-III-R	SISCO ICD-10
keine kognitive Beeinträchtigung	47-55 Punkte	48-55 Punkte	52-55 Punkte
leichte kognitive Beeinträchtigung	34-46 Punkte	34-47 Punkte	34-51 Punkte
Demenz	0-33 Punkte	0-33 Punkte	0-33 Punkte

Quelle: Zaudig/ Hiller (1995, 55)

Um die cut-off-Werte festlegen zu können, wurden die drei Gruppen „keine kognitive Beeinträchtigung“ (KKB), „leicht kognitiv Beeinträchtigte“ (LKB) und Demenz (DEM) nach klinischen Maßstäben beurteilt, und diese Beurteilung wurde mit den Punktwerten im SIDAM-Test verglichen. Dabei ergaben sich folgende Werte:

- Wenn „keine kognitive Beeinträchtigung“ vorlag, ergab sich in 98% ein SISCO zwischen 45 und 55 Punkten. Der Durchschnitt lag bei 50,5 Punkten mit einer Standardabweichung von 3,5 Punkten und einem Wertebereich zwischen 38 und 55 Punkten.
- Beim Vorliegen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ wiesen 98% einen Wert von 34 und mehr auf. Der Durchschnittswert betrug 43,8 Punkte mit einem Wertebereich zwischen 32 und 54 Punkten und einer Standardabweichung von 5,5 Punkten.
- Für Demente ergaben sich in 92% der Fälle SISCO-Werte bis maximal 32 Punkte. 8% der Dementen wiesen Werte zwischen 33-41 Punkten auf. Dabei wurde ein Durchschnittswert von 21,5 Punkten mit einer Standardabweichung von 9,0 Punkten ermittelt. (vgl. Zaudig/ Hiller 1995, 48)

Wie anhand der obigen Wertebereiche festgestellt werden kann, überschneiden sich die Punktwerte aller drei kognitiven Niveaus. So gab es Personen, die 41 Punkte erreichten und als „dement“ eingestuft wurden, andere Personen erlangten 38 Punkte und wurden als „kognitiv nicht beeinträchtigt“ eingeordnet. Somit wird die Diagnose nicht nur aufgrund der Punktwerte im Test gestellt, sondern es fließen weitere Einschätzungen, die auch subjektiv geprägt sein können, in die Interpretation des Testergebnisses ein.

Eine Demenzdiagnose ist schwerwiegend und bestimmt entscheidend das weitere Leben des Erkrankten. Für den Betroffenen bedeutet eine falsch-negative Diagnose, dass er zunächst keine Behandlung erfährt und die Demenzerkrankung erst in einem späteren Stadium offensichtlichere Form annimmt, so dass die Chance der Frühbehandlung und Verzögerung des Krankheitsverlaufs nicht genutzt wird. Da zur Zeit noch keine Heilung einer Demenz erreicht werden kann, ist die falsch-negative Diagnose weniger problematisch einzustufen als eine falsch-positive Diagnose, die für den Betroffenen sicherlich mit großen Ängsten vor einem Verlust der Selbstständigkeit verbunden ist und möglicherweise eine Stigmatisierung zur Folge hat. Weiterhin kann eine falsch-positive Diagnose dazu führen, dass durch den Betroffenen selbst oder durch die Angehörigen eine vorzeitige Heimunterbringung initiiert wird, so dass sowohl ethisch als auch ökonomisch ein großer Schaden entsteht. Deshalb sollte eine Diagnose immer mit größter Sorgfalt gestellt werden und eher eine falsch-negative als eine falsch-positive Beurteilung abgegeben werden.

3.1.2.3 Die Bildungsabhängigkeit des Testergebnisses

Bei der Entwicklung einer Demenz reduzieren sich die Fähigkeiten in gelernten und regelmäßig genutzten Bereichen häufig langsamer als bei selten ausgeübten Tätigkeiten. Bei hoher Sozialkompetenz und hoher Ausgangsintelligenz kann lange eine Fassade aufgebaut werden, hinter der die Demenz zunächst unbemerkt bleibt. Weiterhin besteht nach Henderson et al. (1994, 481) die Möglichkeit, dass ein hohes Bildungsniveau die klinische Manifestation zeitlich verzögert, so dass eine Demenz erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erkrankung diagnostiziert werden kann. Demgegenüber kann soziale Isolation und das Gefühle von Leere und Nutzlosigkeit die geistige Leistungsfähigkeit so weit einschränken, dass ohne eine

weitergehende Untersuchung und eine Anamnese eine Demenz angenommen wird. Entscheidend ist deshalb die Erhebung von Daten zur Schul- und Berufsausbildung und zur letzten beruflichen Tätigkeit, um die Ergebnisse der neuropsychologischen Testverfahren vor diesem Hintergrund interpretieren zu können, da die Fähigkeit einer „systematischen Denk- und Arbeitsweise zur Kompensation von Verlusten bei verschiedenen Demenzformen beitragen kann.“ (Nehen 1992, 2319) Dabei führt ein hohes Bildungsausgangsniveau eher zur Unterschätzung, ein niedriges Ausgangsniveau eher zur Überschätzung der Demenz und es werden nach Henderson et al. (1994, 481) mehr falsch-positive Demenzdiagnosen bei Personen mit niedrigem Bildungsausgangsniveau gestellt als bei Personen mit höherem Bildungsniveau. Um individuelle Bildungsvoraussetzungen beurteilen zu können, ist der Untersucher auf eine ausführliche Anamnese angewiesen. Allerdings wird seine Einschätzung auch subjektiv geprägt sein.

Um die Diagnosesicherheit zu erhöhen, können weitere Informationen in eine Diagnosefindung einbezogen werden.

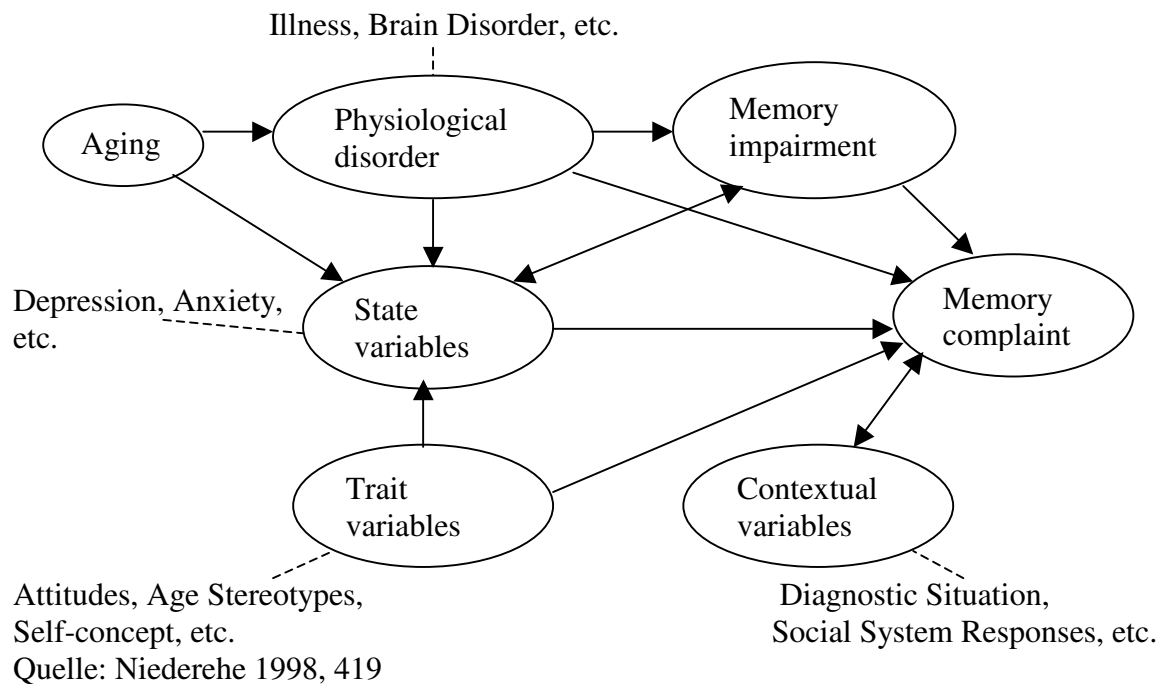
1. Fremdbeurteilungsskalen: zahlreiche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Angehörige oder andere Personen, die kognitiv beeinträchtigten Personen nahe stehen, Defizite der Betroffenen valide einschätzen können. Eine Fremdanamnese ist eine wichtige Informationsquelle für die Diagnosefindung, da Angehörige z.B. Auskunft über das Bildungsausgangsniveau, wahrgenommene Gedächtnisprobleme und affektive Veränderungen geben können.
2. subjektive kognitive Beeinträchtigungen

3.2. Die quantitative Erfassung subjektiver kognitiver Beeinträchtigungen

Die subjektive Wahrnehmung kognitiver Beeinträchtigungen und ihr Zusammenhang zu Testleistungen ist in einer Vielzahl von Studien untersucht worden. Dabei wurden auch verschiedene individuelle Einflussfaktoren auf die Selbstberichte identifiziert. Das wissenschaftliche Interesse gründet sich vor allem darauf, zuverlässige Informationsquellen zu finden, die zusätzlich zu einem quantitativen Leistungstest in die Diagnose einbezogen werden können. Für den klinischen Alltag könnten die Selbsteinschätzungen darüber hinaus Relevanz besitzen, wenn sie sich als sehr frühe Indikatoren für beginnende Demenzerkrankungen erweisen, für die Demenztests nicht sensitiv genug sind. Deshalb ist in mehreren Studien die Veränderungen von Testleistungen bei subjektiv beeinträchtigten Personen im Längsschnitt untersucht worden.

3.2.1. Mögliche Einflussfaktoren auf die Selbstberichte

Bisher ist wissenschaftlich noch nicht erschöpfend geklärt, welche Bandbreite von Informationen die Berichte über Gedächtnisschwierigkeiten enthalten und wie sie klinisch interpretiert werden können, da verschiedene individuelle und gesellschaftliche Faktoren die Berichte beeinflussen. Niederehe (1998, 418) postuliert, dass zwischen vorhandenen Gedächtnisverschlechterungen und den Klagen über Gedächtniseinbußen unterschieden werden muss. Die verschiedenen Einflussfaktoren auf die beiden Bereiche stellt er anhand eines Modells dar.



Einen Einfluss auf die Selbstberichte können unter anderem tatsächlich vorhandene Demenzerkrankungen haben. So kommen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass von Erkrankten in einem niedrigeren Demenzstadium die kognitiven Beeinträchtigungen noch relativ präzise wahrgenommen werden, dass aber im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf die Bewusstheit für den Abbau immer weiter abnimmt. (vgl. Johansson et al. 1997, 143-145)

Weiterhin sind die Selbstberichte beeinflusst durch vorhandene Depressionserkrankungen, durch Persönlichkeitsmerkmale wie eine Hypochondrie oder ein geringes Selbstvertrauen, durch Stimmungen, durch Alterntheorien und durch die Intelligenz. Bei Personen mit subjektiven kognitiven Defiziten wurden in Studien signifikant höhere IQ- Ausgangswerte gefunden, aber keine Anzeichen für eine stärkere Abnahme der Leistungsfähigkeit als in einer Kontrollgruppe. (vgl. Barker et al. 1995, 779-780)

3.2.2. Der Zusammenhang zwischen Testleistung und Selbsteinschätzung

In einem Vergleich der Forschungsergebnisse zeigte sich in der „Mehrheit von Fall-Kontroll-Studien und Querschnitterhebungen bei ausgewählten Stichproben“ (Riedel-Heller et al. 2000, 9) kein Zusammenhang zwischen Testleistung und Selbsteinschätzung. Bei diesen Studien wurden Stichproben untersucht, die sich aus Patienten von Gedächtnissprechstunden oder aus freiwilligen Teilnehmern zusammensetzten. Im Gegensatz dazu wurden in mehreren Feldstudien anhand repräsentativer Stichproben der Gesamtbevölkerung ein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden. Dabei waren allerdings die Methoden der Erhebung von Gedächtnisstörungen in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich, sie reichten von einer dichotomisierten „ja/nein“ Antwort bis zu differenzierten Fragebögen.

Weiterhin wurde in Längsschnittstudien untersucht, „ob subjektive Gedächtnisstörungen zukünftige Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistung prädizieren“ (Riedel-Heller et al. 2000, 14), weil Personen möglicherweise subjektive Beeinträchtigungen erleben, die im Test aufgrund mangelnder Sensitivität noch nicht objektiviert werden können. In Studien mit ausgewählten Stichproben hatten subjektive Beeinträchtigungen keine prädiktive Aussagekraft für künftige Leistungseinbußen. In nahezu allen Bevölkerungsstichproben mit Ausnahme der Untersuchung von Jorm (1997) wurden hingegen Zusammenhänge zwischen subjektiv erlebten Leistungseinbußen und der späteren Entwicklung einer Demenz gefunden (vgl. Riedel-Heller et al. 2000, 14).

Insgesamt kommen die Autoren allerdings zu dem Ergebnis, dass subjektive kognitive Beeinträchtigungen nicht als erstes Anzeichen für eine beginnende kognitive Störung angesehen werden können, da auf die Berichte von Defiziten zahlreiche Faktoren Einfluss nehmen, wie z.B. depressive Erkrankungen, Selbstkonzepte, Kontrollüberzeugungen oder Altersbilder in der Gesellschaft. Ein Faktor davon sind auch die objektiv vorhandenen Leistungseinbußen, so dass kein direkter eindeutiger Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzungen kognitiver Fähigkeiten und objektiven kognitiven Leistungen hergestellt werden kann (vgl. Riedel-Heller et al. 2000, 15).

4. Die empirische Untersuchung in der Gedächtnissprechstunde Recklinghausen

4.1. Die Problemstellung und die Forschungsfragen

In einem fünfmonatigen Praktikum, im Rahmen ihres Studiums, führte die Autorin gemeinsam mit dem verantwortlichen Arzt der Gedächtnissprechstunde Untersuchungen der kognitiven Leistungsfähigkeit unter Anwendung des SIDAM-Tests durch. In der gemeinsamen Analyse der Diagnosestellungen zeigte sich, dass das Ergebnis je nach Untersucher variieren kann, da subjektive Einschätzungen in das Testergebnis einfließen können, und dass auch bei der Ergebnisinterpretation Differenzen auftreten können. In der intensiven Auseinandersetzung mit den eingesetzten Methoden zur Demenzfrüherkennung wurden Grenzen einer quantitativen Leistungsmessung und einer darauf basierenden Diagnose deutlich. So stellte sich die Frage, durch welche zusätzlichen Informationen die Validität der Diagnose erhöht werden kann. In zahlreichen Studien wurde die Korrelation zwischen einem Leistungs- oder Demenztest und einer quantitativen Selbsteinschätzungsskala bestimmt. Die durchgeführten Untersuchungen kommen zu divergenten Ergebnissen, in mehreren Studien zeigte sich nur ein geringer Zusammenhang zwischen subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen und Ergebnissen in quantitativen Leistungstests, in anderen fanden sich signifikante Korrelationen zwischen beiden Instrumenten. Darüber hinaus wurden zahlreiche Faktoren identifiziert, die Einfluss auf die Selbstberichte nehmen können. Da aber in allen der Autorin vorliegenden Studien die subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen mit einem quantitativen Messinstrument erhoben wurden, ist möglicherweise die mangelnde Übereinstimmung durch die Erhebungsmethode bedingt, da in einer quantitativen Erfassung festgesetzte Items vorgegeben werden, die für individuelle Sichtweisen, Probleme und Besonderheiten keinen Raum lassen. Wenn die qualitativen Selbstberichte von Betroffenen Rückschlüsse auf vorhandene Defizite in Demenztests zulassen, könnte eine Anamnese in eine Diagnosestellung einbezogen werden und möglicherweise zu einer höheren Validität des Gesamtergebnisses führen, sofern sich die quantitativen und qualitativen Datenquellen auf denselben Gegenstand beziehen (vgl. Kelle/Erzberger 1999, 515). Werden mit beiden Erhebungsmethoden unterschiedliche Aspekte des Gegenstandes angesprochen, kann in der Zusammenschau möglicherweise ein umfassenderes

Gesamtbild entwickelt werden (vgl. Kelle/ Erzberger 2001, 111). Darüber hinaus plädiert Niederehe (1998, 423) dafür, eine verbesserte Erhebung und Auswertung der subjektiven Wahrnehmung vorzunehmen, um möglicherweise Muster identifizieren zu können, die Personen mit einer beginnenden Demenz zur Beschreibung ihrer Defizite benutzen, um diese Beschreibungen abgrenzen zu können von Defiziten, die Personen mit einem benignen Gedächtnisabbau wahrnehmen. Weiterhin betont Niederehe (1998, 431), dass das Verständnis von der Thematik der subjektiven kognitiven Beeinträchtigung trotz jahrzehntelanger Forschung immer noch begrenzt ist und neue Wege in der Erforschung gefunden werden müssen. Bisher war der Fokus sehr stark auf die kognitiven Funktionen gerichtet und weitere ebenfalls relevante Aspekte wurden vernachlässigt. Durch quantitative Verfahren der Neuropsychologie und der kognitiven Psychologie wurde versucht, die Gedächtnisleistungen „objektiv“ messbar zu machen, aber Selbstkonzepte von Menschen sind nicht immer in logischen Strukturen und in quantifizierten Kategorien erfassbar, so dass auch die subjektive Seite und die individuelle Bedeutung für die Betroffenen in den Blick genommen werden sollte.

In der Zusammenschau der bisher durchgeführten Untersuchungen und den festgestellten Defiziten entstanden die folgenden zentralen Forschungsfragen für die empirische Untersuchung:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der qualitativen Selbsteinschätzung kognitiver Beeinträchtigungen und den Ergebnissen eines quantitativen Demenztests und führt eine Integration beider Methoden zu weiterreichenden Erkenntnissen und zu einer größeren Diagnosesicherheit?

Sind in den qualitativen Interviews Muster von Beschreibungen kognitiver Defizite zu identifizieren und zeigt sich ein Zusammenhang zum Grad der kognitiven Beeinträchtigung?

Welche Einflussfaktoren auf die Selbstberichte sind in den qualitativen Interviews zu erkennen?

4.2. Das Forschungsdesign

4.2.1. Die Untersuchungspopulation

Die Daten für die Untersuchung stammen aus der Gedächtnissprechstunde in Recklinghausen, die dort im Gesundheitsamt von einem Facharzt für Innere Medizin mit einer Zusatzausbildung in Klinischer Geriatrie eingerichtet worden ist. Die Gedächtnissprechstunde wird als niederschwelliges, kostenloses Angebot des Gesundheitsamtes vorgehalten, zu dem jeder Bürger des Kreises ohne Beschränkung Zugang hat. Damit unterscheidet sie sich von den meisten anderen Einrichtungen dieser Art, die an Universitäten, Bezirkskrankenhäusern, städtischen Kliniken, bei privaten Trägern und Rehabilitationskliniken eingerichtet wurden, und die häufig nur in Anspruch genommen werden können, wenn ein behandelnder Arzt den Patienten an die Gedächtnissprechstunde überweist.

4.2.2. Die durchgeführte Erhebung

Alle 15 Personen, die zwischen dem 22. 4. 2003 und dem 14. 10. 2003 die Gedächtnissprechstunde in Recklinghausen aufsuchten, wurden in die Untersuchung einbezogen. Nach einem einleitenden Gespräch wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie damit einverstanden wären, wenn ihre persönliche Darstellung der kognitiven Probleme auf einem Bandgerät aufgezeichnet werden würde. Waren die Personen nicht bereit, eine Aufzeichnung vornehmen zu lassen, wurden ihre Aussagen schriftlich festgehalten und anschließend wurde noch ein Gedächtnisprotokoll angefertigt. Eine Teilnehmerin kam in die Gedächtnissprechstunde, ohne Defizite zu bemerken, und ein Besucher versuchte, eine Fassade aufzubauen und den Eindruck zu erwecken, dass keinerlei Probleme bei ihm bestünden. In diesen Fällen passte die Fragestellung nicht zur Untersuchungssituation, so dass hier keine Bandaufzeichnung vorgenommen werden konnte. Nach den Interviews wurde das Gerät abgeschaltet und der SIDAM-Test durchgeführt. Dabei wurden in einigen Fällen noch neue Aspekte kognitiver Beeinträchtigungen angesprochen, die nachträglich schriftlich aufgezeichnet wurden.

Für die qualitative Befragung wurde ein episodisches Interview führt, das anhand eines Leitfadens strukturiert wurde.

Der Leitfaden zum episodischen Interview

1. Was führt Sie zu uns? Fühlen Sie sich krank oder haben Sie Schwierigkeiten bei sich bemerkt?
2. Könnten Sie mir bitte schildern, welche Gedächtnisschwierigkeiten Sie bei sich festgestellt haben.
3. Können Sie die Begebenheiten beschreiben, bei denen Ihnen aufgefallen ist, dass Sie Gedächtnisprobleme haben?
4. In welchen Bereichen und bei welchen Tätigkeiten sind diese Schwierigkeiten aufgetreten? Können Sie Beispiele nennen?
5. Wann haben sich diese Schwierigkeiten zum ersten Mal gezeigt? Was ist da passiert?
6. Hat seit diesem Zeitpunkt eine Veränderung stattgefunden? Woran bemerken Sie diese Veränderung?
7. Fallen Ihnen Beispiele/Ereignisse/Begebenheiten ein, an denen sie merken, dass Sie früher ein besseres Gedächtnis hatten? Beispiele von früher und von heute?
8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis früher gut war, oder war es für Sie schon immer schwierig, Dinge im Gedächtnis zu behalten?
9. Verändert sich Ihrer Meinung nach allgemein das Gedächtnis im Alter? Glauben Sie, dass bei allen Menschen im Alter das Gedächtnis schlechter wird?
10. Womit vergleichen Sie Ihre Gedächtnisleistungen, wenn Sie von einer Verschlechterung sprechen?

4.3. Die Auswertungsmethoden

Da die Auswertung zum einen qualitativ, zum anderen quantitativ erfolgte, und beide Ergebnisse miteinander verglichen und einander gegenübergestellt wurden, werden im folgenden zunächst die verwendeten qualitativen Methoden und daran anschließend die quantitative Methode dargestellt.

4.3.1. Die qualitativen Auswertungsmethoden

Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte mit der Methode der Kodierung anhand wissenschaftlicher Konstrukte. (vgl. Strauss 1994, 64) Diese Konstrukte wurden dem SIDAM-Test entnommen, der verschiedene kognitive Leistungsbereiche, die im Fall einer Demenz oder einer leichten kognitiven Beeinträchtigung Defizite aufweisen können, überprüft. Im einzelnen handelt es sich um die Bereiche „zeitliche und räumliche Orientierung“, „Gedächtnis“ mit den Unterbereichen „unmittelbare Wiedergabe“ und „Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis“, „intellektuelle Leistungsfähigkeit“, „verbale und rechnerische Fähigkeiten“, „Konstruktionsfähigkeit“ und „Aphasie“. Aussagen der Befragten, die über diese vorgegebenen Bereiche hinausgingen oder die sich nicht unmittelbar auf kognitive Leistungsfähigkeiten bezogen, wurden offen kodiert, soweit sie im Zusammenhang mit Gedächtnisbeeinträchtigungen standen. Inhalte, die keinen direkten Bezug zur untersuchten Thematik aufwiesen, wurden nicht in die Kodierung einbezogen.

4.3.2. Die quantitative Auswertungsmethode

Quantitativ wurden die vorhandenen kognitiven Defizite mit dem SIDAM-Test erfasst. Der Test besteht insgesamt aus 40 Items, die verschiedene kognitive Bereiche erfassen. Die Ergebnisse des SIDAM-Tests wurden den anhand der qualitativen Interviews entwickelten Kategorien gegenübergestellt und beide Ergebnisse miteinander verglichen.

4.4. Die Untersuchungsergebnisse

4.4.1. Die Interviewteilnehmer

Insgesamt wurden 15 Personen in der Zeit zwischen dem 22. 4. 2003 und dem 14. 10. 2003 in der Gedächtnissprechstunde in Recklinghausen interviewt und mit dem SIDAM-Test untersucht.

Person	Tag des Interviews	Geschlecht	Alter	Schulabschluss	Beruf	Initiative	Diagnose	Sonstiges
Frau A.	22.4.03	weiblich	70 Jahre	Hauptschule	Hausfrau	Tochter	leichte Demenz	
Frau B.	27.5.03	weiblich	67 Jahre	Hauptschule	eigenes Geschäft	Ehemann	minimale Defizite	Depression
Herr C.	17.6.03	männlich	47 Jahre	Fachhochschule	Sozialarbeiter	Selbst	minimale Defizite	
Frau D.	17.6.03	weiblich	61 Jahre	Hauptschule	Hausfrau	Ehemann	mittelschwere Alzheimer-Demenz	Sozialberatung
Frau E.	24.6.03	weiblich	52 Jahre	Hauptschule	Gärtnerin	Sozialarbeiterin	leichte Demenz	Depression- in Polen geboren
Frau F.	24.6.03	weiblich	93 Jahre	Hauptschule	eigene Bäckerei	Tochter	minimale Defizite	
Frau G.	8.7.03	weiblich	58 Jahre	Hauptschule	Schuhmacherin	Selbst	minimale Defizite	Depression- aus Russland
Frau H.	8.7.03	weiblich	72 Jahre	Realschule	Kauffrau	Selbst	keine kogn. Defizite	
Herr I.	8.7.03	männlich	72 Jahre	Abitur	Ingenieur	Selbst	keine kogn. Defizite	in Indien geboren
Frau K.	22.7.03	weiblich	69 Jahre	Hauptschule	Sekretärin	Selbst	keine kogn. Defizite	
Frau L.	13.8.03	weiblich	72 Jahre	Hauptschule	Hausfrau	Ehemann	mittelschwere Demenz	
Herr M.	13.8.03	männlich	68 Jahre	mittlere Reife	Versicherungskaufmann	Ehefrau	leichte Demenz	

Frau N.	30.9.03	weiblich	63 Jahre	Volksschule	Bürohilfe	Selbst	minimale Defizite	
Frau O.	30.9.03	weiblich	50 Jahre	Volksschule	Verkäuferin	Selbst	minimale Defizite	Depression
Frau P.	14.10.03	weiblich	84 Jahre	Realschule	Physiotherapeutin	Selbst	minimale Defizite	

4.4.2. Der Vergleich der Interviewaussagen und der SIDAM-Ergebnisse

Zunächst sollen die Aussagen, die die Teilnehmer der Gedächtnissprechstunde in den qualitativen Interviews zu ihren Gedächtnisproblemen gemacht haben, mit den Ergebnissen des SIDAM-Tests verglichen werden. Dabei erfolgt eine Gegenüberstellung in tabellarischer Form und eine Unterscheidung aufgrund der verschiedenen kognitiven Niveaus.

4.4.2.1. Teilnehmer mit einer Demenzerkrankung

Interviewpartner	Demenzstadium	Interviewaussagen	Defizite im SIDAM-Test
Frau A.	leichte Demenz	Kurzzeitgedächtnis Speicherung neuer Inhalte über einen Zeitraum von einigen Tagen (Termine)	Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis rechnerische Fähigkeiten intellektuelle Leistungsfähigkeit zeitliche und räumliche Orientierung
Frau D.	mittelschwere Demenz	kein Interview	kein Testeinsatz
Frau E.	leichte Demenz	Kurzzeitgedächtnis Speicherung neuer Inhalte über einen Zeitraum von einigen Tagen (Termine), Konzentrationsprobleme	Kurzzeitgedächtnis Langzeitgedächtnis zeitliche und räumliche Orientierung intellektuelle Leistungsfähigkeit
Frau L.	mittelschwere Demenz	Kurzzeitgedächtnis Langzeitgedächtnis (Namen- semantisch) ADL (Kochen und Putzen)	Kurzzeitgedächtnis räumliche und zeitliche Orientierung Konstruktionsfähigkeit rechnerische Fähigkeiten
Herr M.	leichte Demenz	Kurzzeitgedächtnis	Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis räumliche und zeitliche Orientierung rechnerische und verbale Fähigkeiten Konstruktionsfähigkeit intellektuelle Leistungsfähigkeit

4.4.2.2. Teilnehmer mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung

Interviewpartner	Interviewaussagen	Defizite im SIDAM-Test
Frau B.	Langzeitgedächtnis (Namen- semantisch)	zeitliche und räumliche Orientierung rechnerische Fähigkeiten Aphasie (vollständiger Satz) ¹ Testabbruch nach der 14 Frage
Herr C.	Kurzzeitgedächtnis Speicherung neuer Inhalte im Langzeitgedächtnis (semantisch und episodisch)	Kurzzeitgedächtnis
Frau F.	Kurzzeitgedächtnis	Kurzzeitgedächtnis zeitliche Orientierung (Datum)
Frau G.	räumliche Orientierung Kurzzeitgedächtnis	räumliche Orientierung (Bundesland) Kurzzeitgedächtnis Item 16 (2 Pkt.), 27, 28 (3Pkt.) Langzeitgedächtnis (1. Weltkrieg) kulturell bedingt? rechnerische Fähigkeiten
Frau N.	keine Gedächtnisprobleme	rechnerische Fähigkeiten Kurzzeitgedächtnis Item 16 (1 Pkt.), 27 (2 Pkt.), 28 Langzeitgedächtnis Item 21 und 22 intellektuelle Leistungsfähigkeit Item 30
Frau O.	Kurzzeitgedächtnis Langzeitgedächtnis (episodisch und semantisch) (Namen und Familiengespräche) Konzentrationsprobleme	Kurzzeitgedächtnis Item 16 (2 Punkte) Langzeitgedächtnis (Item 21 und 22)
Frau P.	Kurzzeitgedächtnis rechnerische Fähigkeiten	Kurzzeitgedächtnis rechnerische Fähigkeiten Langzeitgedächtnis (Ende der Schulzeit) unmittelbare Wiedergabe (unkorrekte Zahl) intellektuelle Leistungsfähigkeit (Leiter- Treppe)

¹ Die Aphasie von Frau B. ist fraglich, da nicht zu entscheiden ist, ob sie nicht in der Lage war, einen vollständigen Satz zu schreiben, oder ob eine Verweigerungshaltung vorlag.

4.4.2.3. Teilnehmer ohne kognitive Defizite

Interviewpartner	Interviewaussagen	Defizite im SIDAM-Test
Frau H.	Wortfindungsstörung (einmalig 5- 10 Minuten)	keine Fehler im Test
Herr I.	Kurzzeitgedächtnis	Kurzzeitgedächtnis (Item 16/ 1 Punkt) zeitliche Orientierung (Datum)
Frau K.	Wortfindungsstörungen	keine Fehler im Test

4.4.3. Gründe für den Besuch der Gedächtnissprechstunde und die Selbstberichte

Die Teilnehmer der Gedächtnissprechstunde nannten vielfältige Gründe dafür, ihre kognitive Leistungsfähigkeit untersuchen zu lassen. In der Analyse der Interviews zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den Gründen und den Selbstberichten. Zunächst ist zu unterscheiden, von welcher Person die Initiative zur Untersuchung ergriffen wurde. Entweder melden sich die Teilnehmer selbst an, oder ein Angehöriger bewegt den Besucher dazu, einen Test vornehmen zu lassen. Aus der Übersichtstabelle wird ersichtlich, dass 8 der 15 Teilnehmer selbst die Initiative ergriffen, sechs Personen durch einen Angehörigen angemeldet wurden und eine Person aufgrund der Vermittlung durch ihre Sozialarbeiterin erschien.

4.4.3.1. Teilnehmer, bei denen die Initiative zur Untersuchung von Angehörigen ausging

Von den sieben Personen, die die Gedächtnissprechstunde aufgrund der Initiative von Angehörigen aufsuchten, machte nur Frau E. konkrete Ausführungen zu ihren Gedächtnisproblemen. Die meisten berichteten nur pauschal von Gedächtnisschwierigkeiten und „schlechterer Fähigkeit zu behalten“. Zu erklären ist dieser Befund möglicherweise dadurch, dass bei einigen der Untersuchten kein eigener Leidensdruck vorhanden war, die Probleme ärztlich abklären zu lassen. Weiterhin wurden aber auch fünf der Personen, die in Begleitung erschienen, als dement eingestuft.

4.4.3.2. Teilnehmer, die selbst die Initiative zur Untersuchung ergriffen

Die Zugangsweisen zur Gedächtnissprechstunde und die subjektiv empfundene Schwere der kognitiven Beeinträchtigung beeinflussen in besonderem Maße die Selbstberichte. Bei allen Personen, die allein in der Gedächtnissprechstunde erschienen, wurden maximal leichte kognitive Beeinträchtigungen festgestellt, Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Demenzerkrankung ließen sich aufgrund der Ergebnisse des SIDAM-Tests für keinen aus dieser Gruppe ziehen. Dennoch unterschieden sich die Selbstbeschreibungen und die Schwere der berichteten Symptome erheblich. Die Personen, die mit einem starken persönlichen Leidensdruck kamen, waren emotional sehr engagiert, und differenzierten die wahrgenommenen Defizite weitreichend. Somit könnten die Selbstberichte von der Schwere der Symptome beeinflusst sein, aber auch von den Ängsten und Persönlichkeitsstrukturen. Da bei Frau G. und bei Frau O. Depressionen festgestellt wurden, sind die emotionalen Berichte möglicherweise zum Teil auf diese Erkrankung zurückzuführen.

4.4.4. Teilnehmer mit Demenzerkrankungen

Aufgrund der Analyseergebnisse kann vermutet werden, dass Demenzerkrankte möglicherweise ihre Beeinträchtigungen weniger differenziert wahrnehmen, als Personen mit geringeren kognitiven Defiziten. Eine Ausnahme unter den Personen mit einer leichten Demenz bildete allerdings Frau E., die mehrere defizitäre Bereiche beschrieb. Ein Unterschied zwischen Frau E. und den anderen Personen mit einer Demenzdiagnose besteht allerdings im Alter und in der Erwartung, noch arbeitsfähig zu sein. Frau E. war mit 52 Jahren die jüngste Besucherin der Gedächtnissprechstunde, bei der eine leichte Demenz diagnostiziert wurde. Da Frau E. aufgrund ihres Alters und einer anscheinend vorhandenen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Gedächtnisbeeinträchtigungen massive Schwierigkeiten mit dem Arbeitsamt hatte, waren die Auswirkungen der kognitiven Defizite auf ihr Leben beträchtlich. Frau E. hatte Termine beim Arbeitsamt nicht wahrgenommen und war dadurch in eine finanzielle Notlage geraten. Möglicherweise haben sowohl das Alter als auch die Auswirkungen der Defizite auf das Alltagsleben Einfluss auf die Selbstwahrnehmung. Schwierigkeiten werden als bedrohlicher erlebt werden, wenn die Betroffenen durch sie in existentielle Probleme geraten.

Um verallgemeinerbare Schlüsse ziehen zu können, ist das vorhandene Datenmaterial noch nicht umfassend genug. Alle Demenzerkrankten in dieser Untersuchung kamen mit einer Begleitperson und suchten nicht aus eigener Initiative die Gedächtnissprechstunde auf. Deshalb müssten über die vorhandenen Interviews hinaus Selbstberichte von Demenzerkrankten, die aus eigener Entscheidung eine Untersuchung vornehmen lassen, analysiert werden, um festzustellen, ob auch von dieser Personengruppe eher pauschale Gedächtnisdefizite beschrieben werden, oder ob bei diesen Besuchern die Wahrnehmung differenzierter ist. Darüber hinaus müssten weitere Interviews mit jungen Demenzerkrankten geführt und mit denen älterer Erkrankter verglichen werden.

4.4.5. Resümee

In der empirischen Untersuchung ließen sich mehrere Einflussfaktoren auf die Selbstberichte identifizieren, die die bisherigen vorliegenden Forschungsergebnisse ergänzen können. Der Grad der Differenzierung in der Wahrnehmung kognitiver Defizite hing entscheidend davon ab, ob die Teilnehmer selbst einen Leidensdruck verspürten, oder ob die Angehörigen die Initiative zur Untersuchung ergriffen. Gerade ältere Probanden, die nur noch wenigen Verpflichtungen nachkommen müssen, scheinen weniger Defizite wahrzunehmen als jüngere Personen, die noch berufliche Leistungen zu erbringen haben und an die höhere familiäre und gesellschaftliche Erwartungen gestellt werden. Die Selbstberichte Demenzerkrankter im leichten bis mittelschweren Stadium zeigten, dass die Betroffenen bis zu einem gewissen Erkrankungsgrad selbst eher diffuse Beeinträchtigungen wahrnahmen und die betroffenen Bereiche wenig differenziert beschreiben konnten. Eine Ausnahme bildete Frau E., bei der eine leichte Demenz diagnostiziert wurde, die aber spezifische kognitive Beeinträchtigungen benennen konnte. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass kein simpler kausaler Zusammenhang zwischen einem einzelnen Einflussfaktor und der Beschreibung kognitiver Beeinträchtigungen hergestellt werden kann, sondern dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt, das bei Frau E. möglicherweise durch ihr Alter, durch an sie gestellte Anforderungen oder durch ihre Depressionserkrankung beeinflusst ist.

Bei Depressionserkrankten konnte kein einheitliches Muster von Darstellungsformen kognitiver Beeinträchtigungen gefunden werden. Jüngere Teilnehmer mit dieser Erkrankung scheinen ihre Probleme zu dramatisieren und überzubewerten, aber auch eine Verweigerungshaltung kann angenommen werden, wenn ein Angehöriger die Initiative zur Untersuchung ergreift.

Auch die geäußerten Gefühle schienen auf das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung hinzudeuten. Wurde Angst oder eine leichtere Betroffenheit wie eine „Störung“ geäußert, lag in der Untersuchung maximal eine leichte kognitive Beeinträchtigung vor. Gefühle wie Scham und Peinlichkeit wiesen bei zwei Teilnehmern auf eine stärkere Beeinträchtigung hin, bei einer Person auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung. Nach Erklärungen für die wahrgenommenen Schwierigkeiten suchten vorwiegend Personen ohne objektivierbare Defizite oder mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen. Lediglich eine Frau mit einer leichten Demenz versuchte einen Zusammenhang zwischen ihren Schwierigkeiten und äußeren Faktoren bzw. einer spezifischen Lebenssituation herzustellen. Diesem Bereich qualitativer Darstellung sollte weitere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Der Bereich der sozialen Auswirkungen kognitiver Probleme und die persönliche Betroffenheit verdient besondere Beachtung. In den Interviews wurde deutlich, dass kognitive Defizite eine große Verunsicherung bei den Betroffenen hervorrufen können, die zu einer Beeinträchtigung im täglichen und beruflichen Leben führen kann. Im sozialen Bereich können Missverständnisse mit Kontaktpersonen resultieren, die zu einer sozialen Isolation beitragen können. Im einem Extremfall, wie bei Frau E., kann sogar eine existentielle Notsituation entstehen. Besonders jüngere Personen, bei denen das soziale Umfeld noch keine kognitiven Probleme erwartet, können auf Unverständnis stoßen und von Vereinsamung bedroht sein.

5. Literatur

Barker, A.; Prior, J.; Jones, R. (1995): Memory complaint in attenders at a self-referral memory clinic: the role of cognitive factors, affective symptoms and personality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, PP. 777- 781.

Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.): Alzheimer Demenz: Grundlagen, Klinik, Therapie. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer. S. 9- 26.

Engel, R. R.; Satzger, W. (2003): Psychometrische Untersuchungen. In: Hampel, H.; Padberg, F.; Möller, H. J. (Hrsg.): Alzheimer- Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. S. 134- 148.

Förstl, H.; Einhäupl, K. M. (2002): Diagnose und Differenzialdiagnose der Demenzen. In: Beyreuther, K.; Einhäupl, K. M.; Förstl, H.; Kurz, A. (Hrsg.): Demenzen: Grundlagen und Klinik. Stuttgart, New York: Thieme. S. 43- 70.

Füsgen I. (2000): Leichte kognitive Störungen im Alter- Vorboten einer Demenz? *Geriatric Journal*, 10, S. 17- 20.

Helmchen, H.; Baltes, M. U. ; Geiselman, B.; Kanowski, S.; Linden, M.; Reischies, F. M.; Wagner, M.; Wilms. H.U. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U.; Baltes, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie :[das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive]. Berlin: Akademie Verlag. S. 185- 220.

Henderson, A. S.; Jorm, A. F.; Mackinnon, A.; Christensen, H.; Scott, L. R.; Korten, A. E.; Doyle, C. (1994): A survey of dementia in a Canberra population: experience with ICD- 10 and DSM- III- R criteria. *Psychological Medicine*, 24, PP 473- 482.

Ihl, R. (2003): Tests und Skalen. In: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychologie: Grundlagen- Klinik- Therapie. Stuttgart, New York: Thieme. S. 542- 583.

Johansson, B.; Allen- Burge, R.; Zarit, S. H (1997): Self- Reports on Memory Functioning in a Longitudinal Study of the Oldest Old: Relation to Current, Prospective, and Retrospective Performance. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, Vol. 52B, No. 3 PP. 139- 146.

Jorm, A. F.; Christensen, H.; Korten, A. E.; Henderson, A. S.; Jacob, P. A.; Mackinnon, A. (1997): Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. *Psychological medicine*, 27, PP. 91- 98.

Kelle, U.; Erzberger, C. (1999): Integration qualitativer und quantitativer Methoden. Methodologische Modelle und ihre Bedeutung für die Forschungspraxis. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 3, S. 509- 531.

Kelle, U.; Erzberger, C. (2001): Die Integration qualitativer und quantitativer Forschungsergebnisse. In: Kluge, S.; Kelle, U. (Hrsg.): *Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung*. Weinheim, München: Juventa. S. 89- 133.

Kühl, K.- P. (1992): Grundzüge der psychometrischen Demenz- Diagnostik. In: Gutzmann, H. (Hrsg.): *Der dementielle Patient: das Alzheimer- Problem- Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber. S. 87- 103.

Lautenschlager, N.; Kurz, A. (2001): Alzheimer Zentren (Memory Kliniken). In: Förstl, H. (Hrsg.): *Demenzen in Theorie und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer. S. 291- 306.

Nehen, H. G. (1992): Frühdiagnose der Demenz. *Therapiewoche*, 42, S. 2314- 2322.

Niederehe, G. (1998): The significance of memory complaints in later life: Methodological and theoretical considerations. In: Lomranz, J. (Ed.): *Handbook of aging and mental health: an integrative approach*. Plenum Press: New York. PP: 417- 434.

Pientka, L. (1999a): Mentale Gesundheit (Kognition). In: Nikolaus, T.; Pientka, L. (Hrsg.): Funktionelle Diagnostik: Assessment bei älteren Menschen. Wiebelsheim: Quelle und Meyer, IV, 3(S. 1-16).

Riedel- Heller, S. G.; Schork, A.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C. (2000) Subjektive Gedächtnisstörungen- ein Zeichen für kognitive Beeinträchtigung im Alter? Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, S. 9- 16.

Riemenschneider, M.; Bertram, L. (2001): Apparative Diagnostik. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer. S. 257- 274.

Stoppe, G. (1998): Gedächtnissprechstunde/ Memory Clinic: zur gegenwärtigen Situation. *Spektrum* 1/ 1998, 27. Jahrgang S. 9- 12.

Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink.

Stübner, A. (2003): Diagnose der Alzheimer Demenz. In: Hampel, H.; Padberg, F.; Möller, H. J.; (Hrsg.): Alzheimer- Demenz- Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 113- 133.

Zaudig, M.; Hiller, W. (1995): SIDAM- Handbuch. Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM- III- R, DSM- IV und ICD 10. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

Zaudig, M. (2001): Demenzen im Alter- Aktuelle Diagnostik und Therapie für die Praxis. Bremen: UNI- MED.