



Severe Mini Mental State Examination

Neuropsychologie für schwer demente Menschen

STEFAN STROTZKA, ASITA SEPANDJ, GEORG PSOTA, Gerontopsychiatrisches Zentrum des PSD Wien



► ZUSAMMENFASSUNG

Im angloamerikanischen Raum gibt es bereits einige Verfahren für die neuropsychologische Diagnostik schwer dementer Patienten. Eine genaue Kenntnis der individuell beeinträchtigten sowie der relativ erhaltenen Funktionen kann die medizinische Betreuung und Pflege besser an die Bedürfnisse der Klienten anpassen. Von den im schweren Demenzbereich verwendeten Tests erscheint die in diesem Artikel erstmals im deutschen Sprachraum vorgestellte „Severe Mini Mental State Examination“ besonders praktikabel. Die ausführlich beschriebene „Theorie der Retrogenese“ soll betreuenden Angehörigen und professionellen Bezugspersonen eine präzisere Vorstellung von den Bedürfnissen schwer dementer Menschen vermitteln und kann für eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung hilfreich sein.

► EINLEITUNG

In der neuropsychologischen Diagnostik findet man im deutschsprachigen Raum derzeit kei-

nen verfügbaren Test für Menschen mit schweren Demenzerkrankungen. Eine möglichst genaue Kenntnis der individuell beeinträchtigten sowie der relativ erhaltenen Funktionen bei schwer dementen Patienten ist aus mehreren Gründen wünschenswert. Die medizinische Betreuung und Pflege könnten besser an die Bedürfnisse der Klienten angepasst und die am wenigsten beeinträchtigten Bereiche vermehrt angesprochen und gefördert werden (Spiegel et al., 2001). Mit Hilfe der Testergebnisse wird es möglich, wichtige Fragen von Angehörigen zu beantworten und Förderungsprogramme sowie medikamentöse Behandlungen objektiv zu dokumentieren und zu evaluieren (Auer, 2004).

Von den im angloamerikanischen Raum verwendeten Verfahren erscheint die „Severe Mini Mental State Examination“ (SMMSE, Harrell et al., 2000) für diesen Bereich besonders praktikabel und geeignet zu sein. Der SMMSE-Test wurde von uns übersetzt und wird in diesem Artikel erstmals im deutschen Sprachraum vorgestellt.

Weiters soll mit der in unseren Breiten noch relativ unbekanntem und hier ausführlich beschriebenen „Theorie der Retrogenese“ ein besseres Verständnis von Menschen mit schweren Demenzerkrankungen ermöglicht werden.

► THEORIE DER RETROGENESE

Im Theaterstück „Wie es euch gefällt“ von William Shakespeare meint der weise Jacques am Ende eines Monologs, in dem er das Leben der Menschen in sieben Akten beschreibt: „Der letzte Akt, mit dem die seltsam wechselnde Geschichte schließt, ist zweite Kindheit, gänzlich Vergessen ohne Augen, ohne Zahn, Geschmack und alles“. Bereits vor 2500 Jahren lässt Aristophanes in der Komödie „Die Wolken“ einen Sohn zu seinem Vater sagen: „Ein Greis ist zwiefach kindisch“.

In den 60-er und 70-er Jahren des 20. Jahr-



hundreds stellten de Ajuriaguerra (1964) und seine Mitarbeiter fest, dass die in der kindlichen Entwicklung erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten bei einer Demenzerkrankung in umgekehrter Reihenfolge wieder verloren gehen. Der bedeutende New Yorker Alzheimer-Forscher Barry Reisberg beschäftigte sich intensiv mit der Theorie der Retrogenese und definierte diese als Prozess, bei dem degenerative Mechanismen den Mechanismus der normalen Kindheitsentwicklung umkehren. Ähnlichkeiten zwischen den beiden Prozessen wurden neuropathologisch, biomolekular, neurologisch und verhaltensmäßig beschrieben (Reisberg et al., 2002).

Bei einer mittelschweren Demenzerkrankung befinden sich die Patienten kognitiv etwa auf dem Entwicklungsstand eines fünf- bis siebenjährigen Kindes und verlieren die Fähigkeit, angemessene Kleidung auszuwählen. Das Stadium der schweren Demenz entspricht in der Kindheitsentwicklung der frühen Kindheit (2-5 Jahre). Zunächst gibt es Schwierigkeiten, sich selbständig anzuziehen, dann kommt es zu Problemen selbständig ein Bad oder eine Dusche zu nehmen. Die Toilettenspülung wird nicht mehr betätigt, später kommt es zu Harn- und Stuhlinkontinenz. Im weiteren Verlauf der Erkrankung befinden sich die Menschen kognitiv auf dem Entwicklungsstand eines Säuglings und benötigen vollzeitige Pflege und Betreuung. Die Sprechfähigkeit endet meist mit einem einzigen Wort, später verlernen die Patienten zu gehen, dann selbständig zu sitzen und zuletzt gehen die Fähigkeiten zum Lächeln und zum Aufrechterhalten des Kopfes verloren.

Die Betreuung schwer dementer Menschen erfordert so wie die Betreuung kleiner Kinder einen großen Arbeitsaufwand und man findet dabei viele Parallelen. So werden bei Ärger und Frustration gelegentlich notwendige Aktivitäten wie Waschen und Baden verweigert und das Schreien wird nach dem Verlust der Sprache zu einer möglichen Ausdrucksform. Tageszentren können für Angehörige eine große Entlastung bedeuten und den Betroffenen Abwechslung und neue Anregungen bieten. In der ersten Zeit im Tageszentrum sind die Ängste, alleine gelassen zu werden, ähnlich den Verlustängsten von Kindern in den ersten Tagen im Kindergarten. Schwer demente Menschen brauchen so wie Kinder sehr viel Liebe

und Zuwendung, bekommen diese aber seltener. Kleine Kinder sind niedlich und süß, während Demenz-Kranke häufig gegenteilige Reaktionen auslösen. Beide mögen oft das Singen einfacher Lieder und lieben es zu tanzen und sich zur Musik zu bewegen.

Man findet zwar viele Parallelen zwischen kleinen Kindern und schwer dementen Menschen, es gibt aber auch ganz wesentliche Unterschiede. So ist es Demenz-Kranken oft noch möglich auf alte Fertigkeiten zurückzugreifen und gelegentlich gibt es so genannte Episoden der Luzidität, bei denen für die Betreuenden überraschend kurzfristig sinnvolle Sätze (z.B.: „Danke, dass ich an wichtiger Forschung teilnehmen konnte“) gesprochen werden (Noriega, 2004).

Niebergall (2005) kritisiert an der Theorie der Retrogenese, dass ihr etwas Schematisches anhaftet und sie eine extrem einseitige kognitiv-neurologische Sicht auf die Welt eines demenzkranken Menschen hat und meint, dass ein nur auf kognitiven Funktionen beruhendes Verständnis das Personenverständnis von Menschen mit Demenz untergräbt. Wenn man die Artikel von Barry Reisberg zur Retrogenese-Theorie genau liest (Reisberg et al., 1999; Reisberg et al., 2002) erkennt man, dass diese Kritik nicht ganz gerechtfertigt ist. Die Theorie geht weit über eine einseitige kognitive Weltsicht hinaus, beschreibt immer wieder die Gefühlsebene der Menschen und betont die Wichtigkeit der Erhaltung der Würde schwer dementer Menschen.

Die Erklärung der Retrogenese kann be-

Man findet zwar viele Parallelen zwischen kleinen Kindern und schwer dementen Menschen, es gibt aber auch ganz wesentliche Unterschiede.





LITERATUR

ALBERT M. & COHEN, C. (1992). *The test for severe impairment: an instrument for the assessment of patients with severe cognitive dysfunction*. *Journal of the American Geriatric Society*, 40, 449-453.

ALEXOPOULOS, G.S., ABRAMS, R.C., YOUNG, R.C. & SHAMOIAN, C.A. (1988). *Cornell Scale for Depression in Dementia*. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.

ARISTOPHANES (1963). *Die Wolken*. Stuttgart: Reclam.

AUER, S.R., SCLAN, S.G., YAFFEE, R.A. & REISBERG, B. (1994). *The Neglected Half of Alzheimer Disease: Cognitive and Functional Concomitants of Severe Dementia*. *Journal of the American Geriatric Society*, 42 (12), 1266-1272.

AUER, S.R. & REISBERG, B. (1996). *Reliability of the Modified Ordinal Scales of Psychological Development: A Cognitive Assessment Battery for Severe Dementia*. *International Psychogeriatrics*, 8 (2), 225-231.

AUER, S.R., MONTEIRO, I.M. & REISBERG, B. (1996). *The Empirical Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (E-BEHAVE-AD) Rating Scale*. *International Psychogeriatrics*, 8 (2), 247-266.

AUER, S.R. (2004). *Assessing cognition in the late stages of Alzheimer's disease: The Modified Ordinal Scales of Psychological Development (M-OSPD)*. 2nd International Conference on Interdisciplinary Gerontology, Bad Ischl (Austria).

BICKEL, H. (1996). *The Hierarchic Dementia Scale: usage*. *International Psychogeriatrics*, 8 (2), 213-224.

BOLLER, F., VERNY, M., HUGONOT-DIENER, L. & SAXTON, J. (2002). *Clinical features and assessment of severe dementia. A review*. *European Journal of Neurology*, 9, 125-136.

BOLLER, F. (2004). *How to determine the cognitive abilities of persons with severe dementia*. 2nd International Conference on Interdisciplinary Gerontology, Bad Ischl (Austria).

BOLLER, F. & SAXTON, J. (2004). *Short version of the Severe Impairment Battery (SIB)*. *Neurology*, 62 (5), 131-132.

BOYCZUK, J. (2003). *A Person-Centred Approach to Dementia*. *Geronto - Mc Gill*, 19 (1), 1-2.

COLE, M.G., DASTOOR, D.P. & KOSZYCKI, D. (1983). *The Hierarchic Dementia Scale*. *Journal of Clinical Experimental Gerontology*, 5, 219-234.

COLE, M.G. & DASTOOR, D.P. (1996). *The Hierarchic Dementia Scale: conceptualization*. *International Psychogeriatrics*, 8 (2), 205-212.

CUMMINGS, J.L., MEGA, M., GRAY, K., ROSENBERG-THOMPSON, S., CARUSI, D.A. & GORNBEIN, J. (1994). *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology*, 44, 2308-2314.

DE AJURIAGUERRA, J., REY, M., BELLET-MULLER, M. & TISSOT, R. (1964). *A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire des vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution*. *Cortex*, 1, 232-256.

FOLDI, N.S., MAJEROVITZ, S.D., SHEIKH, K. & RODRIGUEZ, E. (1999). *The Test for Severe Impairment: Validity with the Dementia Rating Scale and Utility as a Longitudinal Measure*. *The Clinical Neuropsychologist*, 13 (1), 22-29.

FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E. & MC HUGH, P.R. (1975). *„Mini-Mental State“ - A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician*. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

treuenden Angehörigen und professionellen Bezugspersonen eine präzisere Vorstellung von den Bedürfnissen dementer Menschen vermitteln und für eine adäquate und menschliche Behandlung und Begleitung hilfreich sein.

►TESTVERFAHREN

Im angloamerikanischen Raum ist die „Severe Impairment Battery“ (SIB, Saxton et al., 1990) das am häufigsten verwendete und am besten untersuchte Verfahren für die Diagnostik schwer dementer Menschen. Der Test dauert 30-40 Minuten und ist so konstruiert, dass die Fragen vorwiegend zu natürlichen Antworten führen und sich die Patienten nicht zu stark in einer Testsituation fühlen (Boller et al., 2002). So werden der Augenkontakt beim Grüßen, das Schütteln der Hände und die Reaktion auf den eigenen Namen bereits mit Punkten bewertet. In der ersten publizierten Version betrug das Punktemaximum 152 Punkte und wurde dann auf 100 Punkte reduziert. Bei einem Wert von weniger als 63 Punkten spricht man von einer sehr schweren Demenz.

Die „Severe Impairment Battery“ (SIB) ist ein reliabler und valider Test, wurde mit einer Faktorenanalyse überprüft (Pélissier et al., 2002) und die Korrelation zwischen der SIB und dem MMSE-Test betrug in einer Untersuchung 0,82 (Panisset et al., 1994). Spiegel et al. (2001) untersuchten mit 57 hospitalisierten demenzten Patienten eine deutschsprachige Version der SIB, die aber noch nicht im Testkatalog bestellbar ist. In dieser Studie betrug die Korrelation zwischen SIB und MMSE 0,91. Das Verfahren wurde auch in Studien, welche die Wirksamkeit der Substanz Memantine im schweren Demenzbereich nachweisen konnten, eingesetzt (Tariot et al., 2004).

Wegen der relativ langen Durchführungsdauer und den vielen verwendeten Materialien (vorwiegend Küchenutensilien) scheint die SIB für den klinischen Alltag nicht besonders praktikabel zu sein. Inzwischen wird eine kurze Version der SIB mit 26 Items und einem Punktemaximum von 50 validiert. Sie soll 10-15 Minuten dauern und in ersten Untersuchungen genauso valide wie die lange Form sein (Boller, 2004; Boller & Saxton, 2004).

Die „Hierarchic Dementia Scale“ (HDS, Cole et al., 1983) wurde zwar nicht speziell für den schweren Demenzbereich entwickelt, wird aber auch häufig in der Diagnose schwerer De-

menzkerkrankungen verwendet. Die Skala dauert 40-50 Minuten und umfasst 20 Bereiche (z.B.: orientation, concentration, reading, writing, memory etc.), die mit jeweils maximal 10 Punkten bewertet werden. Das Punktemaximum beträgt somit 200, bei einer leichten Demenzerkrankung erreicht man etwa 160 Punkte und Menschen mit schweren Demenzen erzielen meist weniger als 40 Punkte.

Die einzelnen Bereiche sind hierarchisch organisiert und Kliniker beginnen meist in der Mitte der jeweiligen Skala und gehen dann nach oben oder nach unten weiter (Boyczuk, 2003). In die „Hierarchic Dementia Scale“ (HDS) sind auch entwicklungspsychologische Konzepte von Jean Piaget miteingeflossen sowie die persönliche Erfahrung der Mitautorin Dolly Dastoor, deren Mutter an einer Demenz erkrankt war (Cole & Dastoor, 1996). Der Test ist reliabel und valide sowie für Verlaufskontrollen gut geeignet (Bickel, 1996). Die Korrelation zwischen der HDS und dem MMSE-Test beträgt 0,86 (Ronnberg & Ericsson, 1994).

Den „Modified Ordinal Scales for Psychological Development“ (M-OSPD, Auer & Reisberg, 1996) liegen ebenfalls entwicklungspsychologische Ansätze nach Piaget zugrunde. Hier wird vor allem die sensomotorische Entwicklung von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr berücksichtigt. Das Verfahren dauert 20-30 Minuten und benötigt keine sprachlichen Fähigkeiten. Ein spielerischer Zugang mit einer vertrauten Person bewährt sich bei der Durchführung. So sollen die Patienten zum Beispiel einem Licht folgen oder zwischen zwei Objekten hin und her schauen, Objekte werden unter einem von drei Bechern versteckt sowie Scheiben auf einen Stab gesteckt (Auer, 2004). Die Korrelation zwischen den M-OSPD und dem „Functional Assessment Staging“ (FAST) beträgt -0,77 (Auer et al., 1994).

Das „Severe Cognitive Impairment Profile“ (SCIP, Peavy et al., 1996) dauert etwa 30 Minuten und ist ein reliabler und valider Test für Menschen mit schweren Demenzerkrankungen. Das Verfahren besteht aus acht Subskalen (Aufmerksamkeit, Sprache, Gedächtnis, motorische Koordination, Konzeptbildung, Rechnen, visuell-räumliche Fähigkeiten, Verhalten) und das Punktemaximum beträgt 245 Punkte. Die Korrelation zwischen SCIP und MMSE betrug in der Studie von Peavy et al. 0,84.

Der „Test for severe impairment“ (TSI, Al-



HARRELL, L.E., MARSON, D., CHATTERJEE, A. & PARRISH, J.A. (2000). *The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychological instrument for bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 14 (3), 168-175.*

IVEMEYER, D. & ZERFASS, R. (2002). *Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser. München: Urban & Fischer.*

KOJER, M. (2005). *Kommunikation im Alter. In Likar, R., Bernatzky, G., Pipam, W., Janig, H. & Sadjak, A. (Hrsg.), Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden (S. 31-37). Wien: Springer-Verlag.*

LAWTON, M.P. & BRODY, E.M. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9, 179-186.*

NIEBERGALL, C. (2005). *Zurück in die Kindheit im Alter? Lebenszyklische Vorstellung in der Demenzforschung. Österreichische Pflegezeitschrift, 58, 04/2005.*

NORBERG, A. (2004). *Leben mit schwerer Demenz. Die Perspektive des Patienten, der Angehörigen und der Hilfsorganisationen. 2nd International Conference on Interdisciplinary Gerontology, Bad Ischl (Austria).*

PANISSET, M., ROUDIER, M., SAXTON, J. & BOLLER, F. (1994). *Severe Impairment Battery. A Neuropsychological Test for Severely Demented Patients. Archives of Neurology, 51 (1), 41-45.*

PEAVY, G.M., SALMON, D.P., RICE, V.A., GALASKO, D., SAMUEL, W., TAYLOR, K.I., ERNESTO, C., BUTTERS, N. & THAL, L. (1996). *Neuropsychological assessment of severely demented elderly: the severe cognitive impairment profile. Archives of Neurology, 53 (4), 367-372.*

PÉLLISIER, C., ROUDIER, M. & BOLLER, F. (2002). *Factorial Validation of the Severe Impairment Battery for Patients with Alzheimer's Disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 13, 95-100.*

PSOTA, G. & SEPANDJ, A. (2003). *Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GPZ) des PSD Wien. In Gatterer, G. (Hrsg.), Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. (S. 251-256). Wien: Springer-Verlag.*

RAMAROSON, H., HELMER, C., BARBERG-GATEAU, P., LETENNEUR, L. & DARTIGUES, J.F. (2003). *Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort. Rev. Neurol., 159 (4), 405-411.*

REISBERG, B., FERRIS, S.H., DELEON, M.J. & CROOK, T. (1982). *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry, 139, 1136-1139.*

REISBERG, B., BORENSTEIN, I., SALOB, S.P., FERRIS, S.H., FRANSSON, E. & GEORGOTAS, A. (1987). *Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. Journal of Clinical Psychiatry, 48 (5), 9-15.*

REISBERG, B. (1988). *Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacology Bulletin, 24, 653-659.*

REISBERG, B., FRANSSON, E.H., HASAN, S.M., MONTEIRO, I., BOKSAY, I., SOUREN, L., KENOWSKY, S., AUER, S., ELAHI, S. & KLUGER, A. (1999). *Retrogenesis: clinical, physiologic and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 249, Suppl.3, 28-36.*

REISBERG, B., FRANSSON, E.H., SOU-

bert & Cohen, 1992) dauert etwa 10 Minuten und wurde ebenfalls speziell für schwer demente Menschen entwickelt. Er ist reliabel und valide und für Verlaufskontrollen gut geeignet (Foldi et al., 1999). Der TSI wurde so wie das SCIP, die M-OSPD und die „Hierarchic Dementia Scale“ noch nicht ins Deutsche übersetzt.

Das „Neuropsychiatric Inventory“ (NPI, Cummings et al., 1994) beschreibt Verhaltensauffälligkeiten, die bei schwerer Demenz häufig auftreten und wird mit Unterstützung der Angehörigen ausgefüllt. Das Verfahren dauert 10-20 Minuten und beinhaltet zehn Bereiche (delusions, hallucinations, dysphoria, anxiety, agitation/aggression, euphoria, disinhibition, irritability/lability, apathy, aberrant motor behaviour) mit einem Maximum von 144 Punkten.

Mit Hilfe der BEHAVE-AD (Reisberg et al., 1987) und der empirisch überprüften E-BEHAVE-AD (Auer et al., 1996) werden ebenfalls Verhaltensauffälligkeiten bei einer Demenzerkrankung beschrieben. Für eine genaue Depressionsabklärung im schweren Demenzbereich empfehlen Boller et al. (2002) die „Cornell Scale for Depression in Dementia“ (Alexopoulos et al., 1988).

Das „Functional Assessment Staging“ (FAST, Reisberg, 1988) ist eine Einstufungsskala für den schweren Demenzbereich und kann als Teil der „Global Deterioration Scale“ verwendet werden. Die „Instrumental Activities of Daily Living Scale“ (IADL, Lawton & Brody, 1969) erfasst Aktivitäten des täglichen Lebens wie zum Beispiel Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, Einnahme von Medikamenten sowie Regelung der Finanzen und wird in einer Fremdanamnese erhoben (Ivimeyer & Zerfaß, 2002).

Im Geronto Psychiatrischen Zentrum des PSD Wien (Psota & Sepandj, 2003; Strotzka et al., 2004) verwenden wir für die Diagnostik schwer dementer Klienten die „Mini Mental State Examination“ (Folstein et al., 1975), den „Uhrentest nach Sunderland“ (1989), die „Global Deterioration Scale“ (Reisberg et al., 1982), die „Severe Mini Mental State Examination“ (Harrell et al., 2000) sowie einen selbst entwickelten „Clock Reading-Test“ („Schneller Uhren-Vierer“), bei dem vier Uhrzeiten erkannt werden sollen. Bei einer schweren Demenzerkrankung ist das Erkennen der beiden einfachen Zeiten „2 Uhr“ und „6 Uhr“ oft schon zu schwierig.

Die „Mini Mental State Examination“ ist zwar ein sehr bewährter Demenztest (Strotzka, 2004) und für die Krankenkassengenehmigung von Antidementiva notwendig, die meisten Aufgaben sind aber bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung viel zu schwierig und für die Betroffenen frustrierend. Das Zeichnen des Zifferblattes einer Uhr ist im schweren Demenzbereich meist nicht mehr möglich (Strotzka et al., 2003). Bei der „Global Deterioration Scale“ bewährt sich die Aufgabe, die Klienten von eins bis zehn vorwärts und anschließend von zehn bis eins rückwärts zählen zu lassen. Die „Severe Mini Mental State Examination“ wird im folgenden Abschnitt ausführlich vorgestellt.

In der Diagnostik von Menschen mit sehr schweren Demenzerkrankungen sind besonders viel Einfühlungsvermögen und Gespür für die Situation erforderlich. Die Patienten sind überaus sensibel und feinfühlig, ihre emotionale „Intelligenz“ verhilft ihnen oft zu verblüffenden Erkenntnissen und es ist unmöglich sie zu täuschen (Kojer, 2005). Die Testdauer sollte möglichst kurz sein und es bewährt sich auch eine vertraute Person, welche den Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit gibt, zur Testung mitzunehmen.

► SEVERE MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Im Jahr 2000 entwickelte Lindy Harrell mit ihren Mitarbeitern an der University of Alabama in den U.S.A. die „Severe Mini Mental State Examination“ (SMMSE). Der Test dauert etwa fünf Minuten und das Punktemaximum beträgt 30 Punkte, eine Skala, die vielen Klinikern von der „Mini Mental State Examination“ (MMSE) bereits vertraut ist. Durch die einfacheren Aufgaben gibt es für die Patienten mehr Erfolgserlebnisse und der Test differenziert in diesem Bereich viel besser.

Zunächst werden die Klienten nach ihrem Namen gefragt und das Nennen des Vornamens sowie des Nachnamens wird bei komplett richtiger Antwort mit jeweils drei Punkten, bei annähernd richtiger Beantwortung mit jeweils einem Punkt bewertet. Für die Frage nach dem eigenen Geburtsdatum bekommt man für ein richtiges Elementing einen Punkt, für die ganz richtige Antwort zwei Punkte.

Das unmittelbare Wiederholen von drei Wörtern (Buch, Haus, Blume) findet sich ge-



nauso wie das Benennen von Gegenständen auch im MMSE-Test. Bei der SMMSE soll aber neben der Uhr und dem Bleistift auch noch ein Schuh benannt werden (1 Punkt für jeden Gegenstand). Weiters bittet man die Klienten die Augen zu schließen und danach sollten sie ihre Hand heben. Das Beibehalten der beiden Handlungsanweisungen für ca. fünf Sekunden wird mit jeweils zwei Punkten bewertet.

Da das Schreiben eines Satzes im schweren Demenzbereich meist zu schwierig ist, geht es bei der folgenden Aufgabe um das Schreiben des eigenen Namens. Bei annähernd richtiger Schreibweise bekommt man für den Vornamen und den Nachnamen jeweils einen Punkt, bei komplett richtig geschriebenen Namen jeweils zwei Punkte. Anschließend werden die Klienten gebeten, einen Kreis frei zu zeichnen (1 Punkt) und ein Quadrat zu kopieren (1 Punkt).

Bei der vorletzten Aufgabe sollte man in einer Minute so viele Tiere wie möglich nennen. Ein bis zwei genannte Tiere werden mit einem Punkt, drei bis vier Tiere mit zwei Punkten und mehr als vier Tiere mit drei Punkten gewertet. Zuletzt wird das Wort RAT (in der Originalversion CAT) von vorne nach hinten buchstabiert, für jeden richtigen Buchstaben erreicht man einen Punkt.

In der Studie von Harrell et al. (2000) entspricht ein Wert von fünf bis neun Punkten im MMSE-Test einem Punktwert von 24,7 + 3,3 im SMMSE-Test. Bei weniger als fünf Punkten in der MMSE erzielt man etwa 13,9 + 6,1 Punkte in der SMMSE. Bei dieser Untersuchung wurden 182 Patienten (durchschnittl. Alter: 73 Jahre; 65% Frauen, 35% Männer) getestet. Die Korrelation zwischen MMSE und SMMSE betrug bei einem MMSE-Wert von fünf bis neun Punkten 0,51, bei einem MMSE-Wert kleiner als fünf Punkte 0,61. Das freie Zeichnen des Kreises, die einfachen Handlungsanweisungen und das Nennen des eigenen Namens gingen meist zuletzt verloren.

Im Geronto Psychiatrischen Zentrum des PSD Wien verwenden wir die „Severe Mini Mental State Examination“ seit etwa eineinhalb Jahren und untersuchten damit insgesamt 52 Klienten (durchschnittl. Alter: 81 Jahre; 65% Frauen, 35% Männer; MMSE-Werte: 0-15 Punkte), davon waren 36 Personen an einer schweren Demenz (0-11 Punkte im MMSE-Test)

erkrankt. Der durchschnittliche MMSE-Wert betrug in der schweren Demenzgruppe 7,7 Punkte, der durchschnittliche SMMSE-Wert 19,6 Punkte. Die Korrelation zwischen MMSE und SMMSE lag bei 0,87. Das Verfahren bewährt sich in unserer Arbeit außerordentlich gut.

►AUSBLICK

Aufgrund der zunehmend älter werdenden Bevölkerung wird in den nächsten Jahren die Zahl Demenzkranker in Österreich stark zunehmen. So wurden im Jahr 2000 ca. 90.500 Betroffene geschätzt, im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 233.800 sein (Wancata et al., 2001). Die Häufigkeit mittelschwerer und schwerer Demenzerkrankungen steigt von 5 Prozent bei den 65-69-jährigen auf Werte bis zu 20 Prozent bei 80-84-jährigen und auf fast 40 Prozent bei den über 90-jährigen an (Zaudig, 1995).

Nach den Ergebnissen einer großen französischen Untersuchung (PAQUID-Studie mit etwa 1500 über 75-jährigen Personen) schätzt man, dass sich 30 Prozent aller Demenzkranken im schweren Demenzstadium befinden und somit über 300.000 schwer demente Patienten in Frankreich leben (Ramaroson et al., 2003). Der Anteil schwer Demenzkranker in Pflegeheimen im Staat New York wird auf etwa 65 Prozent geschätzt (Boller, 2004) und Kojer (2005) stellt fest, dass etwa 70 Prozent der in Pflegeheimen untergebrachten Menschen demenz sind, mittelfristig ist zu erwarten, dass ihre Zahl auf etwa 85 Prozent ansteigt.

75 Prozent aller Alzheimer-assoziierten Kosten entfallen auf das späte Stadium der Erkrankung, davon wiederum entfällt der überwiegende Teil der Kosten auf die Pflege in Heimen (Wimo et al., 2003). Mittelschwere bis schwere Demenzerkrankungen führen nicht nur die Liste der Gründe für Heimaufnahmen (43%), sondern auch für Pflegebedürftigkeit überhaupt (47%) mit großem Abstand vor allen anderen Ursachen an (Wancata et al., 2001).

So wird die Entwicklung neuer Formen von Diensten und Einrichtungen notwendig sein, die es Demenzkranken ermöglichen, so lange wie gewünscht, ihren Bedürfnissen entsprechend, in der eigenen Wohnung zu bleiben. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Betreuung und Behandlung schwer dementer Patienten in Zukunft immer größere Bedeutung erlangen. ■

REN, L., AUER, S.R., AKRAM, I. & KENOWSKY, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: Management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17 (4), 202-212.

RONNBERG, L. & ERICSSON, K. (1994). Reliability and validity of the Hierarchic Dementia Scale. *International Psychogeriatrics*, 6 (1), 87-94.

SAXTON, J., MC GONIGLE-GIBSON, K., SWIHART, A., MILLER, M. & BOLLER, F. (1990). Assessment of severely impaired patients: description and validation of a new neuropsychological test battery. *Psychological Assessment*, 2, 298-303.

SHAKESPEARE, W. (1955). *Werke*. München: Knaur.

SPIEGEL, R., FELDMANN, C., BEUTLER, M., STUDER, A., BENES, M., STÄHELIN, H.B. & MONSCH, A.U. (2001). Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der SIB. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 14 (2), 75-86.

STROTZKA, S., PSOTA, G. & SEPANDI, A. (2003). Uhrentest in der Demenzdiagnostik - Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. *Psychopraxis*, 4/2003, 16-24.

STROTZKA, S. (2004). 30 Jahre Mini-Mental State Examination - Eine kritische Würdigung. *Psychopraxis*, 5/2004, 24-34.

STROTZKA, S., SEPANDI, A. & PSOTA, G. (2004). Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GPZ) des PSD Wien. *Neuropsychiatrie*, 18 (5), 45-50.

SUNDERLAND, T., HILL, M., MELLOW, A., LAWLER, B.A., GUNDERSHEIMER, J., NEWHOUSE, P.A. & GRAFMANN, J.H. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease: A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 725-729.

TARIOT, P.N., FARLOW, M.R., GROSSBERG, G.T., GRAHAM, S.M., MC DONALD, S. & GUGEL, I. (2004). Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291 (3), 317-324.

WANCATA, J., KAUP, B. & KRAUTGARTNER, M. (2001). Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951-2050. *Wiener Klinische Wochenschrift* 5/6, 2001.

WIMO, A., WINBLAD, B., STÖFFLER, A., WIRTH, Y. & MÖBIUS, H.J. (2003). Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoconomics*, 21 (5), 327-340.

ZAUDIG, M. (1995). *Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie*. Bern: Huber.