

Nicht-pharmakologische Therapie der Demenz

Traitement non pharmacologique de la démence

Albert Wettstein

Quintessenz

- Nicht pharmakologische Therapien von Frühstadien von Demenzkranken sind wirkungsvoller als die heute erhältlichen Pharmakotherapien, wenn sie in Kombination angewendet werden.
- Nicht medikamentöse Therapieformen finden einerseits in der Prävention und andererseits vor allem zur Verbesserung der Lebensqualität Demenzkranker Verwendung.
- Besonders wirkungsvoll ist die Kombination von Beratung, Schulung, Entlastungsangeboten und regelmässigen Besuchen von Aussenstehenden, was eine Heimverzögerung um etwa ein Jahr bewirken kann.
- Besuche, auch kurze, von Angehörigen verbessern zudem die Lebensqualität der Demenzkranken erheblich.
- Von einem Gedächtnistraining profitieren Erkrankte, die im Mini-Mental-Status Werte über 18 erreichen.
- Als wirksame Behandlung bei pflegebedürftigen Demenzkranken bewährt sich die Unterbringung in einer spezialisierten Demenzabteilung. Damit kann eine Verbesserung der Selbständigkeit in alltäglichen Verrichtungen erreicht werden.

Quintessence

- *Les traitements non pharmacologiques des stades initiaux des démences sont plus efficaces que les pharmacothérapies actuellement à disposition, pour autant qu'ils soient appliqués en association.*
- *Les formes de traitement non médicamenteuses sont utilisées d'une part dans la prévention et d'autre part et surtout dans le but d'améliorer la qualité de vie des déments.*
- *L'association conseil, apprentissage, soulagement et visites régulières de personnes de l'extérieur est particulièrement efficace, et peut retarder d'environ une année l'admission dans un home.*
- *Les visites, même brèves, de proches améliorent elles aussi considérablement la qualité de vie des déments.*
- *Les patients ayant un résultat supérieur à 18 au Mini Mental Status profitent d'un entraînement de la mémoire.*
- *Le traitement efficace chez les déments devant être pris en charge est un séjour dans un service spécialisé dans les démences. Il permet d'améliorer leur autonomie dans les activités courantes.*



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 645 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 646 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einleitung

Demenz führt nicht nur zu einem progressiven Verlust der kognitiven Fähigkeiten der Erkrankten, sondern auch zu einem zunehmenden Pflegebedarf, der in industrialisierten Gesellschaften meist zur Institutionalisierung in Langzeitpflegeheimen führt. Vorher kommt es in fast allen Fällen zu einer zunehmenden Belastung der Umgebung der Kranken, meist Familie oder Nachbarschaft, die informell die Betreuung und Pflege übernommen haben. Beides, der zunehmende Pflegebedarf und die Belastung für die Betreuenden und deren Auswirkung auf die Kranken, bewirken eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Dementen. In der grossen Berliner Querschnittsstudie ist die Reduktion der Lebenszufriedenheit von Demenzkranken im Vergleich zu gleichaltrigen, nicht dementen Senioren – unter anderem dank eines markanten Selektionsbias – zwar minim [1], aber in der Fremdwahrnehmung ist diese so ausgeprägt, dass 80% von befragten Erwachsenen lieber tot als dement sein möchten.

Nicht-pharmakologische Demenztherapien werden – ausser in der Prävention – deshalb meist nicht anhand der Wirkung auf die kognitiven Leistungen, sondern auf Lebensqualität, auf die

Belastung der Betreuenden, oder auf den Pflegeheimeintritt, sowie auf Verhaltensstörungen evaluiert.

Demenzpräventive Therapien

Demenzpräventive Therapien basieren auf der Überlegung, nachgewiesene Risikofaktoren für eine Demenz zu eliminieren. Therapeutisch relevant ist das Vermeiden von Schädel-Hirntraumata, von Hirnschlägen und von körperlicher und geistiger Inaktivität oder Disuse (Tab. 1 ) . Die Evidenz für das Helmtragen und für Massnahmen für eine Hirnschlagprävention sind nicht mit randomisierten kontrollierten Studien mit Endpunkt Demenzentwicklung getestet, sondern beruhen auf nachgewiesenermassen wirkungsvollen Interventionen zur Reduktion von Gehirnverletzungen beziehungsweise Hirnschlag. Von beiden Hirnläsionen ist bekannt, dass sie die Wahrscheinlichkeit einer Demenzentwicklung massiv erhöhen. So ist zum Beispiel aus der «Nonnenstudie» bekannt, dass allein subklinische, kleine lakunäre Läsionen in Kombination mit geringen, allein ebenfalls subklinischen Alzheimer-Veränderungen zu einer klinisch markanten Demenz führen.

Die Kombinationen von Fitness- und Gedächtnistraining hingegen wurden mit der grossen randomisierten prospektiven Interventionsstudie SIMA («selbstständig im Alter») [2] mit bester Evidenz belegt: Von 375 durchschnittlich 80jährigen erhielten 32 ein Jahr lang wöchentlich ein Fitnesstraining und 57 ein Gedächtnistraining und 32 beides, während 102 eine Kontrollbehandlung oder keine Therapie erhielten. Alle wurden während 5 Jahren nachkontrolliert. Die Wirkungen sind in Tabelle 2  zusammengefasst. Insgesamt nahmen unter Kontrollbehandlung die psychopathologischen Symptome, insbesondere Demenzsymptome, kontinuierlich zu, aber nach kombiniertem Fitness- und Gedächtnistraining nahmen sie initial ab und erreichten die Ausgangswerte erst wieder im 4. Jahr.

Gedächtnistraining bei Demenz

Yesavage [3] konnte als erster zeigen, dass auch bei leichter Demenz (Werte im Mini-Mental-Status MMS von 17–24/30) Gedächtnistraining wirkungsvoll ist und besonders kognitive Messgrössen verbessert, während der Alltag sich nur wenig beeinflussen liess. Demenzkranke mit MMS-Werten unter 18 konnten vom Gedächtnistraining nicht mehr profitieren [3]. Die Basler Memory-Klinik, die seit ihrer Gründung Gedächtnistraining für leicht Demenzkranke anbietet, konnte in einer randomisiert kontrollierten Studie dessen Wirkung belegen: Von 53 Demenz-

Tabelle 1. Demenzpräventive Therapien.

<i>Therapie zur Hirntraumaprävention:</i>	
Helmtragen beim Velofahren oder anderen Sportarten	
<i>Therapien zur Hirnschlagprävention:</i>	
Hypertoniebehandlung mit Ziel Blutdruck <140/85 mm Hg	
Mittelmeerkost, d. h.	
5 Portionen Früchte oder Gemüse pro Tag	
Fett, vor allem als Oliven-, Raps-, Senfsamen- oder Sojaöl	
Wenig rotes Fleisch und andere tierische Fette	
Energie, vor allem durch Getreide- oder Kartoffelprodukte	
>2 Portionen Fisch pro Woche	
vegetarische Variante: 25 g Walnüsse oder Mandeln pro Tag	
Optimales Blutzuckermanagement bei Diabetes mellitus	
Statinebehandlung bei Hyperlipidämie oder klinisch manifester Arteriosklerose	
<i>Therapie zur Erhöhung der zerebralen Reserve:</i>	
Kombination von	
Fitnesstraining oder anderer körperlicher Bewegung,	
die >3 Stunden pro Woche zum Schwitzen führt und	
Gedächtnistraining von 1 Stunde pro Woche	

Tabelle 2. Wirkung von kombiniertem Fitness- und Gedächtnistraining bei gesunden 80jährigen [2].

Wirkung auf	Gedächtnistraining allein	Gedächtnistraining + Fitnesstraining
Hirnleistung, gemessen mit 20 Subtests	++ (0,4 SA, während 5 J.) ¹	+++ (0,88 SA während 5 J.) ¹
Selbständigkeit ³	n. s.	++ (0,5 SA während 4 J.) ² + (0,3 SA im 5. J.) ²
Demenzsymptome ²	n. s.	++ (0,5 SA während 5 J.) ¹

SA = Standardabweichung der verwendeten Tests, J. = Jahre, n. s. = keine signifikante Wirkung, ¹ = p >0,001, ² = p >0,05, ³ = basierend auf subjektiver und fremder Beobachtung.

kranken (durchschnittlich 75 ± 8 Jahre alt) mit Werten im MMS zwischen 18 und 29 Punkten (durchschnittlich 25 Punkte), wurden 17 zufällig ausgewählt und erhielten ein Jahr lang wöchentlich eine Stunde multimodales Gedächtnis- und Kompetenztraining, während die 36 anderen einer Warteliste zugewiesen wurden [4]. Während sich kein signifikanter Effekt auf die kognitive Leistung und die fremdbeurteilten Alltagsaktivitäten und die Stimmung ergab, verbesserte sich die individuelle Lebensqualität der Demenzkranken und ihrer Angehörigen signifikant (Tab. 3 [4]). Die Lebensqualität wurde

Tabelle 3. Wirkung von Gedächtnistraining bei leichter Demenz (MMS 18–29/30).

Wirkung auf	1 J. KKT (n = 17)	1 J. Warteliste (n = 36)	P
Lebensqualität Demente	+ 0,2 SA	- 0,5 SA	<0,05
Lebensqualität Angehörige ¹	+ 0,4 SA	- 0,3 SA	<0,01

KKT = kognitives Kompetenztraining = Gedächtnistraining, SA = Standardabweichung, J. = Jahr, ¹ = befragt wurden 11 Angehörige von Dementen mit KKT und 23 von der Warteliste, P = Wahrscheinlichkeit im Signifikanztest in der ANOVA-Analyse von Zeit- und Gruppeneffekt

gemessen mit dem «schedule for the individualized quality of life» und basiert auf einem individualisierten Ansatz der Lebensqualität, in dem jeder die für ihn persönlich bedeutendsten Lebensqualitätsaspekte benennt, beurteilt und gewichtet [5].

Heimeintrittsverzögernde Therapien

Entlastende Angebote wie stundenweise Entlastung durch Spitexesätze [6, 7], tageweise Entlastung durch Besuch von Tagesheimen oder Tageskliniken [8, 9] oder wochenweise Entlastungen durch temporäre Heimplatzierung [10] allein bringen keine Verzögerung der Heimplatzierung. Dazu braucht es eine Kombination von Schulung, Beratung und die Empfehlungen

von Entlastungsangeboten, wie sie zum Beispiel von Mittelmann angewendet wurden [11]. Insgesamt 4 Studien belegen eine Verzögerung der Heimplatzierung um durchschnittlich 1 Jahr [12]. Diese Interventionen sind besonders effektiv in frühen Stadien der Demenz, in schweren Demenzstadien führen sie hingegen zu einer Beschleunigung des Heimeintritts. Besonders wirkungsvoll sind die kombinierten Interventionen bei Männern als Betreuende (Verzögerung der Heimplatzierung um 551 ± 274 Tage, im Vergleich zu 244 ± 169 Tage bei Frauen als Betreuende) [12].

Verbesserung des Wohlbefindens

In der Meta-Analyse von 34 randomisiert kontrollierten Studien konnte Brodaty [12] zeigen, dass nicht medikamentöse Interventionen bei Alzheimer-Patienten und deren informellen Betreuern in bezug auf die gewählten Erfolgsparameter wie Wohlbefinden der Betreuenden und der Kranken sowie Verhaltensstörungen der Kranken im Durchschnitt stärkere Wirkung zeigten (höhere Z-Werte, das heisst Wirkung ausgedrückt in Standardabweichungen (= SA) der verwendeten Parameter), nämlich $Z = 0,30$ SA im Vergleich zu der pharmakologischen Behandlung mittels Cholinesterasehemmer ($Z = 0,25$ SA) oder zu der Behandlung von Depressionen mit trizyklischen Medikamenten ($Z = 0,25$ SA).

Bei Studien zur spezifischen Verminderung der Pflegelast von informell pflegenden Angehörigen ergab sich kein signifikanter Effekt beim Einsatz allein von Angehörigengruppen, von Schulung, von Beratung oder von Entlastungsangeboten. Auch mit diesen Zielsetzungen ergaben sich signifikante Verbesserungen um 0,5 Standardabweichungen (0,15–0,87 je nach Studie) nur mit einer Kombination verschiedener obiger Interventionen [13].

Bei Demenzkranken in Pflegeinstitutionen sind besonders zwei Interventionen wirkungsvoll:

- Erstens die Platzierung in einer auf die Betreuung von Demenzkranken spezialisierten Abteilung, einer sogenannten «special care unit» oder Demenzabteilung. Patienten auf solchen Abteilungen erreichen eine höhere Selbständigkeit in den täglichen Verrichtungen, höhere kognitive Leistungen während 4 beziehungsweise 12 Monaten ($p < 0,001$ respektive $< 0,005$), statt der erwarteten klinischen Progression [14]. Ausserdem konnten freiheitseinschränkende Massnahmen vermieden werden und die Anzahl verordneter Psychopharmaka reduzierte sich von 41% auf 8% (im Vergleich zur Entwicklung bei Demenzkranken in gemischten Abteilungen von 45% auf 33%).
- Zweitens die Organisation von regelmässigen Besuchen: Wenn diese auch nur eine Stunde

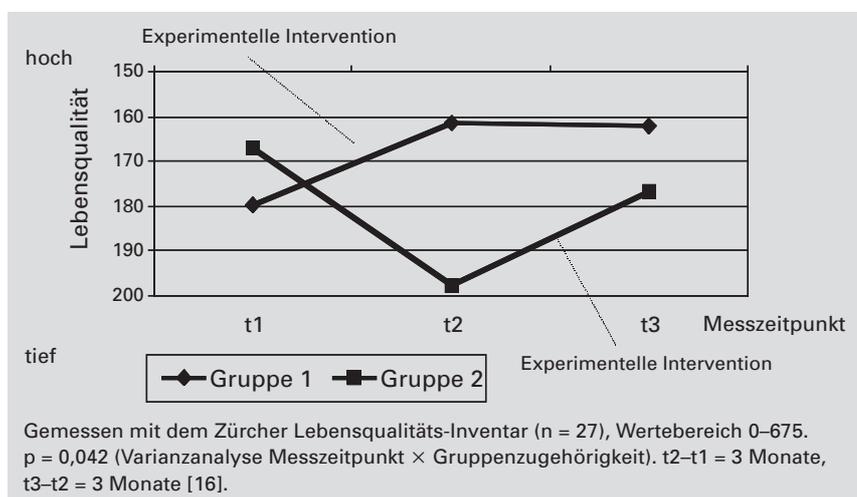


Abbildung 1. Effekte von 1 Stunde Besuch pro Woche auf das allgemeine Wohlbefinden der Besuchten.

pro Woche dauern, aber von einem mit dem Foto des Besuchers versehenen Memo mit Hinweis auf den wöchentlichen Besuch begleitet sind, steigt das Wohlbefinden bei den Besuchten, während es bei den nicht besuch-

ten Erkrankten erwartungsgemäss abnimmt. Analoge Befunde konnten auch bei noch zuhause lebenden, leicht demenzkranken Betagten gezeigt werden [15–16] (Abb. 1 )

Literatur

- 1 Mayer KU, Baltess P. Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag Berlin, 1996.
- 2 Oswald WD, et al. Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im hohen Lebensalter (SIMA) Z für Gerontopsychologie, -Psychiatrie 1986;11:202–56.
- 3 Yesavage JA, Westphal J, Rush L. Senile Dementia; combined pharmacological and psychological treatments. J Am Ger Soc 1981;29:164–71.
- 4 Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, Staehelin HB. Kognitives Kompetenztraining mit Patienten im Anfangsstadium einer Demenz. Z Gerontopsychologie, -Psychologie 1996; 9:207–17.
- 5 O'Boyle CA, et al. Individual quality of life under going hip replacement. Lancet 1992;339:1088–91.
- 6 Askham J, Thompson C. Dementia and homecare: Mitham, Survey Age Concern 1990.
- 7 Wettstein A. Warum führt auch mehr Spitex nicht zu weniger Krankeneinweisungen? Intercura 1993;40:2–16.
- 8 Ballinger BR. The Effects of opening a geriatric psychiatry day hospital. Acta Psychiatr Scand 1984;70:400–3.
- 9 Greene JG, Timburry GC. A Geriatric Psychiatry Hospital Service: A five year review Age Aging 1979;8:49–53.
- 10 Lawton MP, Brody EM, Sapperstein AR. A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer-Patients, Gerontologist 1989;21:8–16.
- 11 Mittelman M, et al. A family intervention to delay nursing home placement. JAMA 1996;27:1725–31.
- 12 Brodaty H. Caregiver interventions for dementia: They are important and effective. J Internat Psychoger Assoc 13 Supplement 2 P 72.
- 13 Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia. A Metaanalysis. Research in Nursing and Health 2001;24:349–60.
- 14 Benson DM, et al. Establishment and impact of a dementia unit within the nursing home. J Am Geriatr Soc 1987;5: 319–23.
- 15 Oppikofer S, Albrecht K, Schelling HR, Wettstein A. Die Käferberg-Besucherstudie, die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Z Gerontol Geriater 2002;35:39–48.
- 16 Albrecht K, Oppikofer S. Das Projekt «More» Wohlbefinden und soziale Kompetenz durch freiwillige Tätigkeit, Dissertation Philosophische Fakultät der Universität Zürich, 2003.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Albert Wettstein
 Chefarzt Stadtärztlicher Dienst
 und Co-Leiter Zentrum für
 Gerontologie
 Universität Zürich
 Postfach
 CH-8035 Zürich
albert.wettstein@akh.stzh.ch