

Demenz – multiprofessionelle Diagnostik und Therapie

Dr. phil. Gerald Gatterer



Demenzkrankungen stellen mit einem Anteil von 6–8% die häufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter dar. Sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz von Demenzkrankungen steigen mit dem Alter an. Im Jahr 2000 litten in Österreich etwa 90.500 Personen an einer dementiellen Erkrankung. Neuere demographische Daten zeigen, dass Demenzkrankungen in stärkerem Ausmaß ansteigen, als noch vor wenigen Jahren angenommen. Hochrechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognosen des Jahres 1999 lassen im Jahr 2050 etwa 262.300 Demenzkranke erwarten (Wancata et al., 2003). Die Alzheimer-Krankheit stellt die häufigste Demenzform (60–80%) gefolgt von vaskulärer Demenz (10–25%) und Lewy-Körperchen-Demenz (7–25%) dar. Andere Demenzformen sind seltener und machen einen Anteil von höchstens 10% aus. Mischformen sind häufig (Gatterer, 2005).

Demenzkrankungen führen häufig zu Pflegebedürftigkeit und erhöhen das Risiko einer Aufnahme ins Pflegeheim. Die informelle häusliche Pflege wird vorwiegend von Familienangehörigen geleistet, wobei heute bereits mehr als ein Viertel aller Betreuer über 60 Jahre alt ist.

Die Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hat dazu geführt, dass die Diagnose Demenz nicht mehr als unbehandelbar und schicksalhaft angesehen werden kann. Grundlage aller therapeutischen Maßnahmen im Alter stellt ein fundiertes multiprofessionelles geriatrisches Assessment dar. Das geriatrische Assessment versteht sich als ein interdisziplinä-

res Instrument zur Evaluierung des körperlichen und psychischen Ist-Zustandes sowie der sozialen Lebenssituation des betagten Menschen. Ziel dieses Assessments ist es, Problembereiche möglichst früh zu erkennen und weitere Behandlungsstrategien zu planen. Besonderes Augenmerk muss dabei auf die häufig gegebene Multimorbidität im Alter gelegt werden. Die Diagnose der Demenz erfordert hier eine enge Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt (Neurologie/Psychiatrie), Psychologen, den Angehörigen und natürlich den erkrankten Menschen selbst. Im Spätstadium der Demenzkrankung werden auch vermehrt pflegerische Aspekte notwendig.

Zur Prävention und Behandlung von kognitiven Defiziten im Alter werden sowohl medikamentöse, ernährungsphysiologische und nichtmedikamentöse (psychosoziale) Interventionen sowie körperliche Bewegung angeführt (Gatterer und Croy, 2005; Baltes, 1998).

Ein therapeutischer Nihilismus hinsichtlich der mit dem Alterungsprozess verbundenen Veränderungen ist somit heute nicht mehr zeitgemäß. Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit dieser Methoden, jedoch gibt es auch immer wieder kritische Stimmen hinsichtlich der Effizienz dieser Behandlungen. So wird im aktuellen Österreichischen Alzheimer-Konsensuspapier (Alf et al., 2006) zwar die Notwendigkeit von kognitiven Trainingsprogrammen betont, deren Effizienz jedoch deutlich hinter pharmakologischen Interventionen gereiht. Das Expertenstatement der Österreichischen Alzheimer-Liga (2007) betont hingegen die Wirksamkeit von nichtmedikamentö-

sen Maßnahmen im gesamten Behandlungsplan.

Die vorliegende Arbeit möchte exemplarisch den derzeitigen Standard der medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen bei der Prävention und Behandlung kognitiver Veränderungen differenziert anhand von Studien aber auch eigenen Erfahrungen darstellen. Besonderer Wert wird hierbei auf die Notwendigkeit eines strukturierten diagnostischen und therapeutischen Vorgehens gelegt, da nur dadurch eine individuelle Therapie eingeleitet werden kann. Grundsätzlich gilt hierbei die Überlegung, dass durch eine frühe Diagnostik und eine medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlung die Selbstständigkeit und Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessert werden kann. Das vorherrschende Ziel ist einerseits eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Selbständigkeit, aber auch des Selbstwertgefühls, des Gefühls der Kompetenz trotz Defizit und der Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität.

Die medizinische Diagnostik basiert auf einer genauen Anamnese, einer internistischen Abklärung der Symptomatik, einer neurologischen und psychiatrischen Untersuchung sowie einem CT bzw. MRT. Funktionelle Imagingverfahren können vor allem in Frühstadien differentialdiagnostisch hilfreich sein. Eine prädiktive genetische Testung kann bei Risikopersonen mit autosomal dominanter Familienanamnese veranlasst werden, wird aber aus ethischen Gründen nicht empfohlen. Genetisches Screening des Apolipoprotein-E-Status

(APOE) wird wegen zu niedriger Spezifität und Sensitivität nicht empfohlen. Liquormarker können in diagnostisch unklaren Fällen zusätzliche diagnostische Hinweise erbringen. Die kombinierte Auswertung von tau, phospho-tau und amyloid- β -42 im Liquor zeigt für die Abgrenzung des Morbus Alzheimer von anderen Erkrankungen eine Sensibilität und Spezifität von 85–90% (Alzheimer-Konsensus-Papier, 2006).

Die Aufgabe der klinischen Psychologie und Neuropsychologie besteht darin, eine fundierte klinisch-neuropsychologische Diagnostik durchzuführen. Hauptaugenmerk wird dabei auf die affektive Befindlichkeit, eine genaue neuropsychologische Erfassung der kognitiven Ressourcen und Defizite sowie die Diagnostik dementieller Erkrankungen und deren Schweregrad gelegt. Neben dem Erkennen von Defiziten darf das Erfassen von Fähigkeiten und Ressourcen im Sinne einer Ressourcen orientierten Diagnostik nicht vernachlässigt werden. Nach der Diagnostik ist es eine wichtige Aufgabe, die Basis für weitere multiprofessionell ausgerichtete Maßnahmen zu schaffen und eine notwendige klinisch-neuropsychologische Behandlung einzuleiten. An Hand des Assessments ist es möglich, rehabilitative Maßnahmen zu planen, zu dokumentieren, ihren Verlauf zu evaluieren und die Behandlung entsprechend anzupassen. Am besten erfolgt dies im Rahmen von Memory-Kliniken.

Die Einteilung der Stadien einer Demenz erfolgt am einfachsten mittels der Reisberg-Skalen (Reisberg, et al. 1982; 1983; 1988) und des Clinical Dementia Ratings (CDR; Hughes, et al. 1982). Das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit und der Pflegebedürfnisse bzw. Betreuungsnotwendigkeit kann im Rahmen der Retrogenese-Theorie der Alzheimer Krankheit gut verstanden werden (Reisberg, 2002). Eine genauere psychologische Abklärung mittels spezifischer Test ist jedoch für die Planung der entsprechenden Interventionen oft notwendig (Gatterer, 2007; Gunzelmann und Oswald, 2005). Hierbei gelten die Mini-Mental-State-Examination, der Uhren-Test und eine Depressions-skala, z.B. die Geriatriische Depressions Skala, als Minimal-Standard. Die CERAD stellt eine umfangreiche Testbatterie für den Bereich der Früherkennung einer Demenz dar. Weitere ergänzende Verfahren werden entsprechend ihrer Notwendigkeit eingesetzt.

Darauf aufbauend erfolgt die Auswahl der entsprechenden Maßnahmen, die entweder den Betroffenen selbst, seine soziale Umwelt oder auch die Wohnbedingungen betreffen. Positive Auswirkungen auf den Verlauf einer Demenzerkrankung haben auch Begleitkonzepte für betreuende Angehörige, die in den letzten Jahren vermehrt entwickelt wurden. Diese zeigen, dass eine Unterstützung pflegender Angehöriger zu einer signifikanten Verzögerung der Institutionalisierung führt (Brodsky, 1997).

Medikamentöse Therapie der Demenzerkrankungen

In diesem Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die derzeit gängige medikamentöse Therapie der Demenzerkrankung gegeben werden. Entsprechend Österreichischem Alzheimer-Konsensus-Papier (Alf et al., 2006) werden derzeit drei Substanzgruppen für den Einsatz bei der Alzheimerschen Demenzerkrankung empfohlen.

Bei leichter bis mittelschwerer Demenz vom Alzheimerstyp sind **Cholinesterasehemmer** die Mittel der ersten Wahl. Verschiedene Studien belegen deren Wirksamkeit bei der Verzögerung des Krankheitsverlaufes. Sie sollten auch bei Fortschreiten der Erkrankung nicht abgesetzt werden.

Beim Übergang von leichter zu mittelschwerer Demenz vom Alzheimerstyp wird **Memantine** empfohlen. Auch diese Substanz verbessert sowohl die geistige Leistungsfähigkeit als auch die Selbstständigkeit.

Als dritte, derzeit noch weniger gut untersuchte, aber ebenfalls wirksame Substanz kann **Ginkgo Biloba** angesehen werden. Dieses pflanzliche Präparat verbessert ebenfalls die Kognition und beeinflusst den Krankheitsverlauf positiv.

Die Therapie sollte bei allen Präparaten früh im Krankheitsverlauf begonnen werden, eine Kombination ist möglich.

Bei vaskulärer Demenz werden die Therapie von Risikofaktoren (Bluthochdruck etc.) und eine gezielte Behandlung der Grundkrankheit empfohlen.

Die Therapie depressiver Störungen erfolgt derzeit mittels Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI), eventuell mit noradrenerger Komponente.

Diese Medikamente sind besser verträglich als alte Antidepressiva und diesen deshalb vorzuziehen.

Bei der Therapie von Verhaltensstörungen ist Risperidon das Mittel der ersten Wahl. Andere Substanzen sind jedoch ebenfalls wirksam und können nach entsprechender ärztlicher Einschätzung verwendet werden.

Generell wird auf die bei Menschen mit Demenzerkrankungen oft veränderte Verarbeitung der Substanzen und die Wechselwirkungen hingewiesen (siehe hierzu auch Anditsch, 2007). Präventive Aspekte medikamentöser Maßnahmen können nicht als gesichert angesehen werden. Auch Nahrungsmittelergänzungen zur Demenzprävention werden nicht empfohlen und sollten nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden.

Als neuer Ansatz der Demenztherapie ist derzeit die Impfung in Erprobung. Heute gelten die sogenannten Beta-Amyloide, giftige Bruchstücke eines körpereigenen Eiweißes, das auf jeder Gehirnzelle zu finden ist, als wesentliche Ursache für die Entstehung von Alzheimer. Im Hirngewebe von Alzheimer-Patienten kommen diese Bruchstücke in großer Zahl vor und bilden Eiweißklumpen, die Amyloid-Plaques. Ein solches Überangebot von Beta-Amyloiden führt zum Absterben von Gehirnzellen und somit zum schleichenden Verlust der Fähigkeit Informationen abspeichern und verarbeiten zu können. Versucht wird einen Wirkstoff zu entwickeln, der den Beta-Amyloid nach Impfung eine Immunabwehr des Körpers hervorrufen soll – gegen die originären schädlichen Beta-Amyloide.

Der Stellenwert nichtpharmakologischer Behandlungsmethoden

Nichtpharmakologische, therapeutische Methoden werden sowohl für die Prävention als auch für die verschiedensten Stadien der Demenz und für die Behandlung von Verhaltensstörungen im Verlauf der Demenz diskutiert. Ein Großteil der Studien kommt aus dem klinisch-psychologischen Bereich. In der Literatur seltener beschrieben werden neuropsychologische Konzepte für Demenz im engeren Sinn.

Explizit oder implizit gehen die meisten nichtpharmakologischen Methoden von einem Personen zentrierten Ansatz aus (z.B. Kitwood, 1997). Dieser Perso-

nen zentrierte Ansatz stellt nicht die Krankheit Demenz in den Vordergrund (wie dies das medizinische Modell macht), sondern schlägt vor, Menschen mit ihrer Individualität und Besonderheit, ihren Vorlieben und ihrer spezifischen Lebensgeschichte in den Vordergrund zu stellen. Auf dieser Basis macht man sich Gedanken über eine optimale Gestaltung der Umgebung, die Organisation des Tagesablaufes, die Art der Betreuung und des Trainings sowie die Bedeutung von Verhaltensstörungen.

Die Durchführung klinisch-psychologischer Maßnahmen im höheren Lebensalter sollte hypothesengeleitet und auf einer psychologischen Diagnostik aufbauend erfolgen. Als Grundlage für die Wirkung können sowohl biologische als auch psychologische Alternstheorien (Gatterer, 2003) herangezogen werden.

Als wesentliche Theorien im Rahmen der psychologischen Behandlung haben sich hierbei

- auf biologischer (Zell) Ebene
 - der metabolische Ansatz (der Stoffwechsel als Ursache des Alterungsprozesses; Ernährungsfaktoren),
 - die Organtheorien (Training und gesund Erhaltung der Organe).
- sowie auf psychologischer Ebene
 - die Aktivitätstheorie (positive Auswirkungen von körperlichen, sozialen und kognitiven Aktivitäten),
 - die kognitive Alternstheorie (subjektive Bewertung des Alterns und seiner Veränderungen),
 - das Kompetenzmodell (Nützen von Ressourcen),
 - die Kontinuitätstheorie (Beibehaltung von bewährten, alterskonformen Lebensstilen) und
 - das ökologische Modell (Lebensraumgestaltung) bewährt (Gatterer, 2007).

Studien zur Effizienz von nichtmedikamentöser Therapie bei älteren Menschen zeigen sowohl einen gewissen präventiven als auch therapeutischen Effekt in Bezug auf die Entwicklung einer Demenzerkrankung.

Aspekte und Bereiche der Behandlung von kognitiven Veränderungen im Alter

Die Behandlung kognitiver Veränderungen im Alter sollte einerseits den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, aber auch die Stärke der Beeinträchtigung und

das Ziel berücksichtigen. Insofern sollten sie die Bereiche der Prävention, der Rehabilitation aber auch des Managements funktionaler Restzustände betreffen. Die auf diesen theoretischen Überlegungen aufbauenden Maßnahmen sind sehr heterogen und sollen im folgenden Abschnitt genauer betrachtet werden:

Präventive Maßnahmen zur Verhinderung bzw. zur Hinauszögerung von kognitiven Störungen im Alter: Diese beziehen sich auf maximal sehr leichte Störungsbilder bzw. geistig aktiv gealterte Menschen. Hier steht einerseits die Förderung der geistigen aber auch körperlichen Leistungen im Vordergrund. Erstere sind meist verbal orientiert, betreffen ein gezieltes Training der gefährdeten Funktionen (meist „Speed-Funktionen“, Gedächtnis, Lernfähigkeit und Flexibilität der Denkabläufe) bzw. deren Einsatz im Alltag und haben das Ziel, Abbausyndrome zu verhindern und Kompetenz zu erhalten.

Motorisches Training zur Verbesserung der Beweglichkeit und der Kraft und deren Wechselwirkung mit psychischen Faktoren kann einerseits einen körperlichen Abbau verzögern und ist auch eine Sturzprohylaxe. Wesentlich sind in diesem Bereich eine gezielte Beratung hinsichtlich des Alterungsprozesses sowie das Training kognitiver, sozialer und körperlicher Funktionen. So zeigen Ergebnisse des PAQUID-Projektes (Letenneur et al., 1999), dass Menschen mit einer höheren Schulbildung ein geringeres Risiko aufweisen an einer Demenz zu erkranken. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der Conselice Study of Brain Aging (Ravaglia et al., 2005) und in der Canadian Study of Health and Aging (Lindsay et al., 2002). Die Ergebnisse der „Nonnen-Studie“ (Riley et al., 2005) weisen linguistische Fähigkeiten und grammatikalische Komplexität als wesentliche Faktoren für ein erfolgreiches Altern aus. Weiters werden auch Parameter wie Ideendichte, Gedächtnis und Schreibfähigkeit als positiv angeführt. Die Bronx Aging Study (Verghese et al., 2003) zeigt, dass kognitive Aktivitäten das Risiko an einer Alzheimerschen Demenz zu erkranken reduzieren. Hingegen stellt übermäßiger Fernsehkonsum einen Risikofaktor dar (Lindstrom, et al., 2005).

Eine randomisierte Studie zur Effizienz eines kognitiven Trainings bei älteren Menschen stellt Ball (Ball et al., 2002) vor. Mittels verschiedener Strate-

gien wurden Freiwillige zwischen 65 und 94 Jahren gesucht und in die Studie aufgenommen. Nach dem Zufall wurden sie einer der drei Interventionsgruppen für ein Gedächtnis-, Problemlösungs- oder Prozessgeschwindigkeitstraining oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Trainingsprogramme beinhalteten jeweils zehn Gruppensitzungen, bei gut der Hälfte wurden nach elf Monaten zusätzlich vier Sitzungen zur Auffrischung durchgeführt. Als Endpunkte wurden kognitive Funktionen und Funktionen des alltäglichen Lebens untersucht. 2.832 Personen machten bei der Studie mit; davon beendeten 98% die Studie und 80% konnten zwei Jahre später nachuntersucht werden. Alle drei Trainingsmethoden führten zu einer Verbesserung in den Tests bezüglich der trainierten Funktionen, die auch nach zwei Jahren noch nachweisbar blieb. Quantitativ waren die Wirkungen größer bezüglich Prozessgeschwindigkeit und Problemlösung als bezüglich Gedächtnis. Beim Training der Prozessgeschwindigkeit und der Problemlösung fand sich auch ein zusätzlicher Effekt durch die Auffrischung nach elf Monaten. Ein statistisch signifikanter Effekt auf Funktionen des alltäglichen Lebens konnte hingegen nach den zwei Beobachtungsjahren nicht nachgewiesen werden.

Weiters berichten Wilson und Kollegen (2002) im Rahmen einer Langzeitstudie über die positiven Auswirkungen von unspezifischen Aktivitäten zur Verminderung des Risikos an einer Alzheimerschen Demenz zu erkranken. 801 katholische Nonnen, Priester und Mönche ohne Anzeichen von Demenz wurden bezüglich der Frequenz von kognitiven Aktivitäten untersucht. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes von vier bis fünf Jahren entwickelten 111 Personen eine Demenz, wobei es sich hierbei um signifikant mehr Personen aus der Gruppe mit geringerem Aktivitätsniveau handelte. Insofern kann unspezifischer corticaler Aktivierung eine gewisse protektive Wirkung gegen die Entwicklung einer Demenz zugesprochen werden.

Ähnliche Ergebnisse, jedoch mit stärkerer Betonung der positiven Auswirkungen eines Gedächtnistrainings in Kombination mit körperlicher Aktivierung, brachte auch das SIMA-Projekt (Oswald et al., 2002).

An spezifischen neuropsychologischen Interventionen wurde die „Spaced retri-

val., Methode intensiv untersucht. „Spaced retrieval“ erleichtert das Lernen und Erinnern von Informationen. Lernmaterial wird dabei präsentiert und immer wieder abgefragt. Erfolgt eine richtige Wiedergabe, so wird das Abfrageintervall verlängert. Wird ein Fehler gemacht, so bekommt die Person die richtige Antwort und wird gebeten, die Antwort zu wiederholen. Diese Interventionen konnten in Studien erfolgreich eingesetzt werden und es konnte gezeigt werden, dass Namen und bekannte Objekte besser behalten werden (z.B. Abrahams und Camp, 1993). Der Effekt war über mehrere Wochen konstant.

Davis und Kollegen (2001) untersuchten mehrere Methoden kognitiven Trainings (Gesicht-Namen-Assoziationen, „Spaced retrieval“ und kognitive Stimulation als Heimtraining). Die Fragestellung wurde in einem randomisierten Placebo kontrollierten Cross-over-Design mit blinder Testung auf zahlreichen neuropsychologischen Tests untersucht. Das Training dauerte fünf Wochen (eine Stunde pro Woche, individuelle Trainingseinheiten). 37 Personen nahmen an dem Training teil. Während der Trainingszeit zeigten die Personen der Trainingsgruppe eine Verbesserung der Erinnerungsfähigkeit persönlicher Informationen. Die Verbesserungen waren jedoch nicht statistisch signifikant und es kam nicht zu einer allgemeinen Verbesserung der erfassten neuropsychologischen Funktionen.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich folgende Überlegungen für gezielte neuropsychologische Maßnahmen zur Prävention von pathologischen Altersveränderungen ableiten:

- Vor Beginn des Trainings sollte zumindest eine Screeninguntersuchung zum Ausschluss dementieller Erkrankungen durchgeführt werden um Überforderung zu vermeiden.
- Präventive Maßnahmen beziehen sich primär auf das Training von kognitiven Basisfunktionen im gesamten Alltagsleben und können unter dem Motto „Leben, lieben, laufen, lernen, lachen!“ bzw. „Use it or lose it!“ zusammengefasst werden.
- Kognitive Programme zur Prävention von Hirnleistungsstörungen müssen primär die Bereiche Informationsverarbeitung, Geschwindigkeit der Denkläufe, Neugedächtnis, Flexibilität des Denkens und Problemlösen trainieren.
- Eine Kombination mit körperlichen Aktivitäten erscheint hinsichtlich der bes-

seren Durchblutung des Gehirns, als Herz-/Kreislauf-Training und des Trainings motorischer Funktionen (Kraft und Ausdauer) zur Sturzprophylaxe sowie aufgrund psychischer Faktoren (Stimmung) sinnvoll.

- Das Training muss regelmäßig, mindestens 3x/Woche durchgeführt werden.
- Ein überdauernder Effekt nach Beendigung des Trainings ist nicht gesichert, insofern erscheint ein „lebenslanges Lernen und Trainieren“ zur Prävention von Abbausyndromen notwendig.
- Als gut gelungene Trainings für diesen Bereich können das SimA-Gedächtnistraining (Oswald und Rödel, 1995), das SimA-Psychomotorisches-Training (Baumann und Leye, 1995), das SimA-basic-Gedächtnistraining und Psychomotorik (Oswald, 2005), das Gehirnjogging von Lehl und Fischer (1986), die Gedächtnistrainingsprogramme nach Stengel (1982), Geistig fit ins Alter 1, 2 und 3 (Gatterer und Croy 2003, 2004, 2007), das Gedächtnistraining 1 und 2 (Schmid, 2005) bzw. computerunterstützte Trainingsprogramme wie etwa Rehacom (Schuhfried), Geistig fit ins Alter 1 und 2 mit CD (Gatterer und Croy, 2004, 2007), SimA-basic-PC-Gedächtnistraining und Psychomotorik (Oswald, 2005); die Programme von Rigling Reha Service (www.rigling.de) und Memofit (www.plejad.net) angesehen werden.

Rehabilitative Maßnahmen im engeren Sinn betreffen in erster Linie leichte bis mittelgradige Störungsbilder. Eine völlige Restitution (Wiederherstellung der psychischen Funktion) ist jedoch im Alter nur selten möglich. Im Vordergrund der klinisch-psychologischen Therapie stehen deshalb Kompensationsmechanismen (teilweise Übernahme durch andere psychische Funktionen), Substitution durch den Einsatz von Hilfsmitteln und adaptive Maßnahmen zur besseren Anpassung der Umwelt. Hier stehen meist verbal orientierte, vom Schwierigkeitsgrad aufbauende Trainingsprogramme im Vordergrund, wobei in vielen Bereichen bereits nonverbale Unterstützung und emotionale, kreative therapeutische Maßnahmen zur Motivation notwendig sind. Ziel ist eine Verbesserung in Teilbereichen, eine Stabilisierung sowie ein möglichst langer Verbleib in der gewohnten bzw. eine Reintegration in die ursprüngliche Wohnsituation. Ebenso sind diese Maßnahmen teilweise auch auf eine bessere

Integration in einem neuen Wohnbereich (z.B. Heim) ausgerichtet. Lebensqualität steht hier oft vor Funktionalität. Gerade in diesem Bereich ist die Kooperation des Psychologen mit anderen Fachdisziplinen besonders wichtig.

- Teilweise können auch hier noch Trainingsprogramme leicht modifiziert aus dem Bereich der Prävention verwendet werden. So sind adaptive Computerprogramme bzw. Papier-Bleistift-Übungen mit verschiedenen aufbauenden Schwierigkeitsstufen besonders geeignet. Ebenso wichtig ist das Nützen vorhandener Ressourcen, wie etwa aus dem Altgedächtnis, der Biografie und sozialen Automatismen. Ergänzt werden diese therapeutischen Maßnahmen durch spezifisch für Demenzerkrankte entwickelte (psychosoziale) Programme wie
- das Realitäts-Orientierungs-Training (Folsom, 1968; Gatterer, 2005),
 - die Reminiszenztherapie (Schweitzer und Trilling, 2005),
 - die Selbsterhaltungstherapie (Romero, 1992),
 - die Resensibilisierung (Basale Stimulation; Bienstein und Fröhlich, 2007) und
 - die Validation (Feil, 2002).

Die Ergebnisse zu diesen therapeutischen Maßnahmen sind hinsichtlich ihrer Effektivität auf die Alzheimersche Demenz uneinheitlich. Bei vaskulärer Erkrankung stellen sie jedoch wesentliche Bestandteile des therapeutischen Behandlungsprogramms dar. Signifikant positive Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit zeigen primär Studien zum Realitäts-Orientierungs-Training und andere kognitive Programme, wobei jedoch der Transfer in den Alltag umstritten ist. Cahn-Weiner und Kollegen (2003) berichten von einem Gedächtnistrainingsprogramm bei Personen mit beginnender Demenz. Dabei wurden die Personen mit verschiedenen spezifischen Gedächtnisstrategien (Stimulusorganisation, Visualisierungs- und Assoziationstechniken) trainiert und mit zahlreichen neuropsychologischen Tests während der Studie untersucht. Die Fragestellung wurde in einem randomisierten Kontrolldesign (einzelblind) untersucht. 34 Personen nahmen an dem sechswöchigen Training teil. Es konnten keine signifikanten Haupteffekte erzielt werden. Leichte Verbesserungen wurden beobachtet, die jedoch nicht auf andere, nicht spezifisch trainierte Bereiche übertragen werden konnten.

Positive Ergebnisse eines neuropsychologischen Trainings bei Alzheimer-Patienten mit leichten Beeinträchtigungen berichten Loewenstein et al. (2004). Sie fanden nach 24 Trainingseinheiten bei den trainierten Personen deutliche Leistungsverbesserungen in den trainierten Bereichen, die auch über einen Zeitraum von drei Monate anhielten.

Die Wirksamkeit neuropsychologischer Trainingsprogramme kann derzeit auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse nicht endgültig beurteilt werden. So dürften Programme mit individuell gestalteten Übungen und Inhalten, die Bezug auf die Interessen und Vorlieben der Trainingsperson nehmen sowie solche, die auf den Stärken der Person aufbauen und vor allem eine längere Trainingsdauer aufweisen, bessere Ergebnisse zeigen. Von einigen Autoren wird auch die Spekulation geäußert, dass eine Kombination von Pharmakotherapie und kognitivem Training zu besseren Ergebnissen führen könnten (z.B. Cahn-Weiner et al., 2003).

Zusätzlich zu diesen rein kognitiven Effekten kommt aber solchen Programmen auch wesentliche Bedeutung hinsichtlich der Lebensqualität und psychischen Situation der Betroffenen und der Betreuer zu, da sie das „ausgeliefert sein Gefühl“ vermindern. Insofern sind sie auch unter einem „psychosozialen Aspekt“ zu diskutieren.

Ein neues multimodales Programm für Pflegeheimbewohner wurde von Oswald et al. (2006) vorgestellt. 294 Pflegeheimbewohner im Alter von 70–99 Jahren wurden einer Kombination von kognitiver und körperlicher Aktivierung unterzogen. Weiters wurde ein spezielles biografisch ausgerichtetes Aktivierungsprogramm für stärker an einer Demenz erkrankte Bewohner durchgeführt. Sogar bei dieser stärker beeinträchtigten Gruppe konnten positive Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Sturzhäufigkeit festgestellt werden.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse ist bei Programmen für kognitiv stärker beeinträchtigte ältere Menschen folgendes zu beachten:

- Vor der Durchführung sollte eine ausführliche psychologische Diagnostik hinsichtlich der Defizite aber vor allem auch der Ressourcen erfolgen.
- Im Vordergrund klinisch-psychologischer Therapien steht deshalb neben

kognitiven Trainingsprogrammen primär die Nutzung von Kompensationsmechanismen, der Einsatz von Hilfsmitteln und das vermehrte Nutzen von vorhandenen Ressourcen (Altgedächtnis, Automatismen) sowie speziell für Demenzerkrankungen entwickelte kombinierte Programme.

- Die Übungen müssen dem kognitiven Niveau angepasst sein. Überforderung ist zu vermeiden.

• Biografische und emotionale Faktoren spielen bei der Auswahl der Übungen eine wesentliche Rolle. Individuelle Programme sind deshalb vorzuziehen.

- Ergänzt werden diese kognitiven Programme durch basale Aktivitäten wie essen und trinken, Musik, malen und andere psychosoziale Faktoren.

Ein Wiederherstellen verlorener Funktionen ist oft nicht mehr möglich, jedoch sind Verbesserungen in Teilbereichen möglich.

- Die Effizienz solcher Programme ist unter einem anderen Gesichtspunkt zu sehen. Ziele sind nunmehr die Verbesserung in Teilbereichen, die Kompensation und Stabilität über einen bestimmten Zeitraum sowie vor allem die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit. Das Normalitätsprinzip tritt in den Hintergrund, ebenso das Erreichen einer spezifischen Leistung.

Bei schweren und schwersten Störungsbildern (z.B. Menschen mit schwerer Demenz) steht das multiprofessionelle Management funktionaler Restzustände im Vordergrund. Ziel ist eine möglichst hohe Lebensqualität durch das Nutzen noch vorhandener Ressourcen. Das „Normalitätsprinzip“ tritt in den Hintergrund. Verbale und übende therapeutische Maßnahmen werden hierbei von kreativen Therapien (Musiktherapie, Kunsttherapie,...) und dem Nutzen von (kognitiven, sozialen und emotionalen) Automatismen abgelöst. Auch basale Stimulation kann die noch vorhandenen sensorischen Mechanismen stimulieren und eine Besserung bewirken. Besondere Bedeutung kommt auch emotional stimulierenden therapeutischen Interventionen z.B. durch den Einsatz von Tieren (tierunterstützte Therapie), Pflanzen (Gartentherapie) und Kindern zu. Hier ist vor allem eine Verbesserung der Stimmung, das vermehrte Nutzen von Verhaltenressourcen durch die Kopplung mit emotionalen Inhalten (bei Demenz länger erhalten als die rein semantische Kodierung) und die verbesserte Lebensqualität sowie eine Verminderung

von Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten.

Gerade bei schwerer Demenz muss auch die Definition von „Effektivität einer Maßnahme“ und „Normalität“ neu diskutiert werden. Primär gilt hier die Frage „welches Verhalten ist tatsächlich abnorm und gefährlich, bzw. welches Verhalten stört uns nur als Betreuer?“ Die Effekte dieser Maßnahmen sind noch weitgehend ungeklärt jedoch zeigen eigene Erfahrungen und die Ergebnisse des SimA-Projektes (Oswald, 2006) sehr positive Auswirkungen solcher alternativer Therapieformen auf die Befindlichkeit und die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern (Gatterer, 2007).

Psychosoziale und milieutherapeutische Ansätze, bei denen die Umgebung den kranken älteren Menschen so angepasst werden soll, dass diese ihre noch vorhandenen Fähigkeiten gut entfalten können. Durch den regelmäßigen Einsatz dieser Fähigkeiten sollen vermeidbare oder weitere Beeinträchtigungen verhindert oder ein bereits bestehender Abbau verlangsamt werden. Ebenso können dadurch Verhaltensstörungen positiv beeinflusst werden. Zu diesen Maßnahmen zählen Aktivierungsprogramme, körperliche Fitnessprogramme (siehe z.B. Übersichtsartikel von Jeschke und Zeilberger, 2004), Milieuthapie, Remotivation, Resozialisierung, Resensibilisierung und Revitalisierung (zit. Gatterer, 2007). Im Bereich der Prävention von pathologischen Abbauerscheinungen bzw. der Förderung eines positiven Alterns sind Beratung und Aufklärung über Altersveränderungen (körperlich, psychisch, sozial, ökologisch), der Aufbau und das Fördern von sozialen Kontakten sowie verschiedene andere aktivierende Maßnahmen zielführend.

Psychosoziale Maßnahmen sind vor allem hinsichtlich ihrer Effektivität auf Verhaltensstörungen genauer untersucht. 80–100% von Personen mit Demenz zeigen Verhaltensweisen (v.a. in den späteren Stadien der Krankheit), welche von der Umgebung als störend empfunden werden. Derartige Verhaltensweisen („Verhaltensstörungen“, „Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia BPSSD“) führen nicht selten zu frühzeitiger Institutionalisierung und können sehr belastend für Betroffene und Betreuer sein.

Eine pharmakologische Therapie von Verhaltensstörungen zeigt oft nicht das gewünschte Resultat und weist nicht selten erhebliche Nebenwirkungen auf. Aus diesem Grund wurden psychosoziale Methoden entwickelt, die versuchen, Verhaltensstörungen zu minimieren. Die Anwendung psychosozialer Methoden basiert auf der Annahme, dass störendes Verhalten auf eine defiziente Interaktion zwischen der Umgebung und der betroffenen Person zurückzuführen ist (z. B. Kitwood, 1999; Cohen-Mansfield, 2001; Auer, 1994, 1996, 2003). Cohen-Mansfield (2001) hat in einem Überblicksartikel 83 nichtpharmakologische Interventionen zur Verbesserung von Verhaltensstörungen analysiert. Das Ergebnis der Zusammenschau war, dass die meisten der Studien einen positiven, jedoch nicht immer signifikanten Effekt zeigen. Die Autorin zieht den Schluss, dass alle angewandten Methoden noch wirksamer wären, wenn sie den Bedürfnissen des Betroffenen angepasst, d.h. individualisiert würden. Teri et al. (2003) berichten in einer Studie über ein Kombinationsprogramm (körperliches Fitnessprogramm für Betroffene, Schulung im Umgang mit Verhaltensstörungen für Angehörige). Es kam zu einer signifikanten Verringerung von Verhaltensstörungen, zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und einer Verbesserung der Depressionswerte.

Stimulations- und Aktivierungsprogramme haben in der Begleitung von Personen mit Demenz Tradition und finden schon lange Anwendung (z.B. Realitäts-Orientierungs-Training, Reminiscenztherapie). Stimulationsprogramme verwenden eine Vielfalt von Methoden zur Aktivierung von Personen mit Demenz. Viele der Methoden weisen keine theoretische Grundlage auf und haben sich oft aus der Praxis entwickelt. Sie basieren auf dem Glauben, dass Personen mit Demenz, die aktiv gehalten und stimuliert werden (geistig, körperlich und sozial), einen verzögerten Verlauf der Krankheit (kognitiv und funktional) zeigen. Viel versprechende Evaluierungen solcher Programme liegen vor. Arkin (2003) berichtet von einem Programm, in dem körperliches Training, kognitive und soziale Stimulation Personen in den frühen Stadien der Erkrankung angeboten wurde. 24 Personen (Alter 54–88 Jahre) nahmen an 16 bis 20 Turneinheiten (Flexibilität, Balance, Aerobic und Gewichts-Widerstandstraining) und zehn Aktivitätseinheiten pro Semester

für zwei bis acht Semester teil. Die Hälfte der wöchentlichen Trainingseinheiten enthielten Inhalte von Gedächtnis- und Sprachstimulation. Der körperliche Zustand der Teilnehmer verbesserte sich signifikant, der kognitive Abbau konnte verringert und die Stimmung verbessert werden. Spector et al. (2003) kamen in einer multizentrischen Studie (n = 201) mit Kontrollgruppendesign zu dem Ergebnis, dass die Effektivität der angewandten psychosozialen Methode (Kognitive Stimulationstherapie, Realitäts-Orientierungs-Training) vergleichbar mit der Wirksamkeit von Medikamenten ist. Die Entwicklung spezifischer, individualisierter und wissenschaftlich überprüfter Programme wird gefordert. Dies geschieht derzeit vorwiegend in ambulanten Settings, sollte jedoch auch im stationären Bereich erfolgen.

Bei fortgeschrittener Demenz sind als milieutherapeutische Maßnahmen der Bau von Demenzstationen und das Anlegen von Therapiegärten zu nennen. Auch hier kommt vermehrt klinisch-psychologisches Wissen (Farbe, Orientierungshilfen, Lerntheorien,...) zum Einsatz. Erste Ergebnisse (Gatterer und Croy 2005) zeigen positive Auswirkungen dieser Maßnahmen sowohl auf die betroffenen Personen selbst (Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten, Verbesserung der Stimmung, längerer Erhalt der kognitive Leistungsfähigkeit) als auch auf die professionellen Betreuer (reduzierte Burn-Out-Rate, größere Arbeitszufriedenheit).

Die Ergebnisse zu psychosozialen und milieutherapeutischen Maßnahmen sind nicht immer einheitlich, es lassen sich jedoch auch hier einige grundlegenden Faktoren zusammenfassen:

- Präventive Maßnahmen (Aufklärung, Information über den Alterungsprozess) sind auch hier wesentlich.
- Unspezifische Stimulation scheint jedoch auch bei Menschen mit stärkeren kognitiven Defiziten einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Demenzerkrankung zu haben.
- Individualisierte, auf der Biografie aufgebaute Programme, sind effizienter als globale Trainings von Funktionen. Wesentlich erscheint der „Spaßfaktor“.
- Die Kombination mit körperlichen Übungen verbessert auch hier die Effizienz.
- Überforderung ist zu vermeiden, die Übungen sollten spielerisch erfolgen und in den Tagesablauf integriert werden.

- Milieutherapeutische Maßnahmen (Demenzstationen, tierunterstützte Therapie, Gartentherapie) zeigen vor allem positive Auswirkungen auf Verhaltensstörungen (Agitiertheit, Aggression, Depression).

Beratung und Unterstützung professioneller und nicht professioneller Helfer und der Angehörigen

Die Betreuung einer Person mit Demenz stellt eine große Herausforderung für pflegende Angehörige dar. Erhöhte Depressionswerte, psychiatrische Symptomatologie und reduzierte Immunstärke wurden u.a. als Reaktion auf die extreme Belastung berichtet (Gräsel, 2002). Aus diesem Grund wird heute die Unterstützung pflegender Angehöriger als wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Demenzbetreuungskonzeptes angesehen. Betreuer sollen in einem derartigen Konzept über den Verlauf der Krankheit und über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen. Strategien zum besseren Umgang mit Verhaltensstörungen sollen vermittelt und eine kontinuierliche Unterstützung in Form von Selbsthilfegruppen und Beratungen sollte angeboten werden. Verschiedene Formen der kurzfristigen und längerfristigen Entlastung sollten entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Mittelman et al. (1996) und Brodaty et al. (1997) veröffentlichten die ersten Studien, die in beeindruckender Weise auf die Wirksamkeit von Unterstützungsprogrammen für pflegende Ehepartner hinweisen. Beide Interventionsstudien konnten eine signifikant längere Betreuungszeit zu Hause für die Versuchsgruppe zeigen. Cooke (2001) analysierte 40 Studien zur Angehörigenbetreuung auf ihre methodische Grundlage. Unterschieden wurden Programme zur Weiterbildung und solche zur Beratung. Zwei Drittel der Studien zeigten keine positiven Resultate. Jene Studien, die positive Resultate zeigten, beinhalten Komponenten wie soziale Unterstützung oder eine Kombination zwischen Unterstützung und Problemlösungsstrategien. Das Problem vieler Studien war die fehlende detaillierte Beschreibung der angewandten Methoden. Weiters wiesen viele Studien kleine Stichproben auf.

Ein gelungenes Produkt auf PC-Basis stellt der neue Ratgeber Demenz für Betreuer und Angehörige (Novartis& Plejaden, 2006). Hier werden einerseits

von Fachleuten wichtige Informationen zum Thema Demenz vermittelt, es finden sich jedoch auch verschiedene kognitive Übungen, Anleitungen zur Biografiearbeit und pflegerischen Maßnahmen.

Psychotherapeutische Ansätze und psychologisch orientierte Gespräche sind bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten oft unterstützende Maßnahmen, die durch gezielte Gespräche darauf abzielen, dem Kranken und auch seinen Angehörigen emotionale Unterstützung zur besseren Krankheitsbewältigung anzubieten. Ebenso können sie auch zur Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz eingesetzt werden. Besonders bewährt haben sich in dieser Hinsicht verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Gesprächspsychotherapie, psychoanalytische Kurztherapien (Gatterer, 2003; Maerker, 2002), aber auch Validation (Feil, 2002), jedoch sind auch alle anderen Psychotherapiemethoden nach entsprechender Anpassung für ältere Menschen geeignet.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Diagnose und Therapie dementieller Erkrankungen erfordert eine enge Kooperation zwischen Arzt, Psychologen, Angehörigen und den Betroffenen selbst. Sowohl die medikamentöse als auch die nichtmedikamentöse Therapie kann in ihrer Wirkung als gesichert angesehen werden kann. Wesentlich ist jedoch eine frühe Diagnostik und darauf aufbauend eine stadienspezifische Therapie. Klinisch-psychologische Interventionen unterstützen hierbei die medikamentösen Maßnahmen und verbessern die Selbstständigkeit der Betroffenen.

Im Bereich der Prävention sind primär Inhalte die „Speed-Funktionen“ trainieren zur Vermeidung bzw. Verminderung von alterskorrelierten Leistungsdefiziten wesentlich. Hier finden auch computerunterstützte Programme ihre Hauptanwendung. Günstig erscheinen die Kombination mit psychomotorischen Übungen und eine entsprechende Gesundheitsvorsorge.

Im Rahmen der Rehabilitation von leichten bis mittelschweren Störungsbildern ist auf einen gezielten Aufbau der Übungen zu achten, um Unter- bzw. Überforderung zu vermeiden. Günstig

ist hier die gezielte Kombination von Trainingsaufgaben zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der „Power-Funktionen (Wissen, Automatismen, Altgedächtnis etc.) als motivationaler Faktor und von stärker beeinträchtigten Bereichen. Bei Menschen mit schwerer Demenz werden „Trainings“ von eher „psychosozialen Betreuungsprogrammen“ abgelöst. Diese beziehen sich auf die therapeutische Nutzung von Altgedächtnisinhalten, von Automatismen und emotional gespeicherten Verhaltensweisen und Fertigkeiten. Ebenso kommt in diesem Bereich milieutherapeutischen Maßnahmen und der Gestaltung der Wohnsituation wesentliche Bedeutung zu. Neue Ansätze sind in dieser Hinsicht tierunterstützte Therapieprogramme und Gartentherapie.

Ergänzt werden sollten diese eher neuropsychologischen Maßnahmen durch psychotherapeutische Interventionen und die Betreuung der professionellen und nichtprofessionellen Helfer (Angehörige). Vor allem pflegende Angehörige müssen in den Betreuungsplan mit aufgenommen werden, um selbst eine Begleitung und Hilfestellungen bei der Bewältigung dieser schwierigen Aufgabe zu bekommen.

Aufgrund vorliegender Effizienzstudien zur medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie von Demenzerkrankungen sollte der oft noch immer bestehende therapeutische Nihilismus auf diesem Gebiet von einer positiven Sicht des Alterns und auch von Rehabi-

litation im Alter abgelöst werden. Auch ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind lernfähig und können in entsprechende stadienspezifische Förderprogramme eingebunden werden. Präventivmaßnahmen sind aus heutiger Sicht am sinnvollsten, denn ein verlorenes Gedächtnis kann nicht wieder voll aktiviert werden! Sinnvoll ist auch die Förderung und Maximierung der Funktionen bei Personen, deren Kognition beeinträchtigt ist (stadiengerechte Förderung). Diese Förderung sollte individualisiert sein und sollte von einer tiefen multidisziplinären Diagnostik und Verlaufskontrolle begleitet sein.

Die Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erscheint jedoch sehr sinnvoll. Insofern sollten medikamentöse und nicht medikamentöse Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich ergänzen.

*Dr. phil. Gerald Gatterer
Geriatrizentrum am Wienerwald
Psychologisch-psychotherapeutische
Ambulanz, Pavillon XVII
Jagdschlossgasse 59, A-1130 Wien
Tel.: +43/1/80 110-34 75
gerald.gatterer@wienkav.at
Anschrift Praxis:
Schloßmühlgasse 22
A-2351 Wiener Neudorf
Tel./Fax: +43/2236/63 752
gerald@gatterer.at*