

Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie

Nicht-medikamentöse Therapieansätze bei der Demenz – Möglichkeiten und Grenzen

VON PROF. DR. JOHANNES PANTEL UND DIPL.-PSYCH. ARTHUR SCHALL, M.A., GOETHE-UNIVERSITÄT, FRANKFURT



Der Stellenwert nicht-medikamentöser und psychosozialer Interventionen im Rahmen einer ganzheitlichen Demenztherapie ist heutzutage unumstritten. Das Spektrum der Interventionen umfasst kognitiv aktivierende Verfahren, körperliche Aktivität und multisensorische Anregung ebenso wie den Einsatz künstlerischer Medien oder technischer Artefakte. Allen Ansätzen gemeinsam ist eine ressourcenorientierte Ausrichtung im Sinne einer Förderung von Wohlbefinden, Lebensqualität und positiver Emotionen, seltener wird ein Ausgleich vorhandener Defizite angestrebt. In diesem Beitrag werden die wichtigsten nicht-medikamentösen und psychosozialen Maßnahmen für Menschen mit Demenz übersichtsartig vorgestellt.

1. Einleitung

Neben einer adäquaten Basisversorgung in Form einer guten allgemeinmedizinischen Betreuung, Behandlung von Begleiterkrankungen, Optimierung der Umwelt- und Pflegebedingungen sowie einer Medikation mit Antidementiva zählen heute auch nicht-medikamentöse und psychosoziale Interventionen zu den anerkannten Therapieoptionen der Demenz (Göhner et al. 2018). In Abhängigkeit vom jeweiligen Verfahren lassen sich positive Wirkungen auf Kognition, Alltagskompetenz, psychopathologische Symptome, emotionale Verfassung und nicht zuletzt auf Wohlbefinden und Lebensqualität beschreiben (Haberstroh und Pantel 2011; Pantel 2017). Entsprechend wird in der aktuellen AWMF-S3-Leitlinie „Demenzen“ darauf hingewiesen, dass diese Interventionsmaßnahmen zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen darstellen (DGPPN und DGN 2016).

Die in Therapiestudien beobachteten Effektstärken für die Wirksamkeit nicht-medikamentöser und psychosozialer Verfahren sind teilweise vergleichbar mit den Effekten pharmakologischer Maßnahmen, teilweise übertreffen sie diese sogar (Haberstroh und Pantel 2011; Schall et al. 2018). Autoren evidenzbasierter Empfehlungen bemängeln jedoch häufig die Qualität der Studien, die die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Verfahren belegen sollen (Abraha et al. 2017). Dies verweist jedoch weniger auf deren unzureichende Wirksamkeit als vielmehr auf die Notwendigkeit qualitativ hochwertiger Studien in diesem Bereich. Der in der Praxis beobachtete Nutzen von psychosozialen Therapien auf z. B. psychopathologische und Verhaltenssymptome von Demenzpatienten kann im Einzelfall erheblich sein. Insofern

werden diese Interventionen zu Recht als nebenwirkungsarme Alternativen zum Einsatz psychotroper und sedierender Arzneimittel betrachtet (Seitz et al. 2012).

Auf gerontopsychiatrischen Stationen und Krankenhausabteilungen sowie in Einrichtungen der Langzeitpflege (Pflegeheimen) hat sich der Einsatz psychosozialer Interventionen in der Versorgung von Menschen mit Demenz bereits seit vielen Jahren bewährt (Göhner et al. 2018). Das Vorhalten derartiger Angebote gilt als Qualitätskriterium für die Beurteilung eines Pflegeheims, z. B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (Pantel 2018). Erfahrungen über den Einsatz im (somatischen) Akutkrankenhaus bzw. in geriatrischen Fachabteilungen liegen dagegen bisher nur vereinzelt vor (Rösler et al. 2010). Im ambulanten Bereich sind diese Angebote teilweise im Rahmen des Heilmittelkatalogs verschreibungsfähig (z. B. Ergotherapie, kognitives Training).

2. Welche Interventionen stehen zur Verfügung?

Die nicht-medikamentösen und psychosozialen Interventionen und Therapieverfahren bei Demenz lassen sich in folgende Hauptkategorien unterteilen (DGPPN und DGN 2016; Karakaya et al. 2014):

- Kognitive Verfahren
- Ergotherapeutisches Funktions- und Fertigkeitstraining
- Sensorische Verfahren
- Körperliche Aktivierung
- Kreative Interventionen
- Kompetenz-Trainings für professionelle und nicht-professionelle Betreuungspersonen
- Sonstige Angebote.

Eine (nicht erschöpfende) Übersicht der eingesetzten Einzelverfahren findet sich in Abbildung 1. Diese Einteilung ist pragmatisch und orientiert sich an den Haupt-Wirkkomponenten der jeweiligen Interventionen. Eine strikte Trennung dieser Wirkkomponenten innerhalb der verschiedenen Ansätze ist allerdings nicht immer möglich, da in der Praxis zum Teil unterschiedliche Elemente zu komplexen Interventionen kombiniert werden. Dies gilt zum Beispiel für die Ergotherapie oder die Selbsterhaltungstherapie (siehe weiter unten). Und auch bei den kreativen Therapien finden sich häufig verschiedene Wirkkomponenten innerhalb einer Intervention untrennbar verwoben. So können z. B. beim Einsatz von Kunst sensorisch-ästhetische, kognitive, soziale und biografisch-identitätserhaltende Wirkelemente eine Rolle spielen.

2.1 Indikationsstellung in Abhängigkeit von der Schwere der Demenz

Bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz ist insbesondere von einer Wirksamkeit derjenigen Verfahren auszugehen, deren Anwendung eine ausreichende (verbale) Kommunikationsfähigkeit voraussetzt. Hierzu zählen neben den kognitiven Verfahren vor allem die Ergotherapie (DGPPN und DGN 2016). Körperliche Aktivität, Kreativtherapien und Trainingsprogramme für Betreuungspersonen (z. B. angehörigensbasierte Verfahren) sind in allen Stadien der Demenz sinnvoll und wirksam. Auch für die fortgeschrittene bzw. schwere Demenz liegen Wirksamkeitsnachweise für zahlreiche psychosoziale Interventionen vor (Abraha et al. 2017). Hier sind insbesondere nonverbale und sensorisch orientierte Verfahren zu bevorzugen (z. B. Musiktherapie, sensorische Stimulation). Zu beach-

Übersicht nicht-medikamentöser inkl. psychosozialer und kreativer Interventionen und Therapien bei Demenz

- **Kognitive Verfahren** (inkl. kognitive Stimulation und Rehabilitation, kognitives Training, Logopädie, Reminiszenztherapie bzw. Biographiearbeit, Selbsterhaltungstherapie, Realitätsorientierung)
- **Ergotherapie** (i.e.S. Funktions- und Fertigkeitstraining)
- **Sensorische Verfahren** (inkl. Aromatherapie, „Snoezelen“, (multi)sensorische Stimulation, Massagen, Lichttherapie)
- **Körperliche Aktivierung** (inkl. Physiotherapie, sportliche Aktivität, Tanz, allgemeine körperliche Aktivierung)
- **Kreativtherapeutische Interventionen** (inkl. Kunst-, Musik- und Tanztherapie)
- **Trainingsprogramme für professionelle und nicht-professionelle Betreuungspersonen** (z.B. Kommunikationstrainings, Validation, Trainings zum Verhaltensmanagement bei herausforderndem Verhalten, angehörigensbasierte Verfahren)
- **Sonstige Angebote** (z.B. „Sinnesgarten“, tiergestützte Therapien, Einsatz sozial-emotionaler Roboter, Simulated Presence Therapy, Märchenerzählen, „Geronto-Clowns“, Yoga)

Quelle: Prof. Dr. Johannes Pantel



Abbildung 1: Die Einteilung orientiert sich pragmatisch an den Haupt-Wirkkategorien der jeweiligen Interventionen.

ten ist darüber hinaus, dass insbesondere bei den übenden Verfahren (z. B. kognitives Training, Ergotherapie zu Förderung der Alltagskompetenz) zufriedenstellende Therapieerfolge häufig erst bei kontinuierlicher Anwendung über einen Zeitraum von z. B. mehreren Wochen zu erwarten sind, während sich bei den kreativen oder sensorischen Verfahren nachweisbare Effekte bereits nach kurzfristigem Einsatz zeigen können (Schall et al. 2015).

2.2 Kognitive Verfahren

Als Kognitive Verfahren werden solche Interventionen bezeichnet, bei denen eine Anregung kognitiver Funktionen (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit etc.) im Vordergrund steht (DGPPN und DGN 2016). Die Instruktionen werden in der Regel verbal vermittelt und die Teilnahme an den Angeboten setzt eine gewisse Kooperationsfähigkeit seitens der Patienten voraus. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz am ehesten profitieren. In der Praxis handelt es sich bei den im Folgenden näher vorgestellten Ansätzen um sehr heterogene Verfahren. So heterogen wie die Ansätze ist auch die Studienlage bezüglich ihrer Wirksamkeit. Effekte sowohl auf die Alltagsfunktionen und die kognitive Leistungsfähigkeit als auch auf psychopathologische und Verhaltenssymptome werden berichtet (Abraha et al. 2017). Die deutsche S3-Leitlinie „Demenzen“ und die britische NICE-Leitlinie empfehlen daher die Anwendung unter Vorbehalt der noch unzureichenden Evidenzlage (Empfehlungsgrad C, Evidenzlevel IIb).

2.2.1 Kognitive Stimulation

Unter dem Begriff Kognitive Stimulation werden strukturierte Beschäftigungs- und Freizeitangebote subsumiert, die vom gemeinsamen Spielen oder Singen, über das Diskutieren gegenwärtiger und vergangener Ereignisse (z. B. anhand von Zeitungsartikeln) bis hin zur angeleiteten Gartenarbeit (zum Konzept des „Sinnesgartens“ siehe unten) eine Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten umfassen können. Die Tätigkeiten sollten als angenehm empfunden werden und den Teilnehmern die Möglichkeit bieten, vorhandene Wissensbestände mit neuen Erfahrungen zu verknüpfen. Die Angebote finden auf regelmäßiger Basis (z. B. zwei-, dreimal pro Woche à 45 Minuten) in offenen Kleingruppen statt und werden durch Pflegekräfte, Ergotherapeuten oder Sozialbetreuer angeleitet.

2.2.2 Kognitives Training

Im Gegensatz zur kognitiven Stimulation steht beim Kognitiven Training, die gezielte und systematische Übung (spezifischer) kognitiver Fertigkeiten im Vordergrund (z. B. unter Einsatz von Computerprogrammen). Es kann im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden und setzt eine spezielle Qualifikation der Trainingsleitung voraus (z. B. Ergotherapeuten, Geragogen). Kognitives Training sollte insbesondere Patienten mit leichtgradigen Demenzsyndromen oder in möglichen präklinischen Vorstadien der Demenz (leichte kognitive Beeinträchtigung) angeboten werden. Es gibt empirische Hinweise, dass die Trainings umso wirkungsvoller sind, je mehr kognitive Domänen gleichzeitig dabei angesprochen werden (Gates und Sachdev 2014).

2.2.3 Reminiszenz- und Selbsterhaltungstherapie

Bei der Reminiszenztherapie, die ebenfalls im Einzel- oder Gruppensetting angeboten werden kann, steht die Beschäftigung mit autobiografisch relevanten Altgedächtnisinhalten im Mittelpunkt. Auch das Anlegen und gemeinsame Betrachten eines Erinnerungsalbums kann im weitesten Sinne als eine Anwendungsform der Reminiszenztherapie angesehen werden. Einen vergleichbaren Ansatz verfolgt die Selbsterhaltungstherapie (Romero 2004). Ein Ziel dieser Ansätze ist die emotionale Stabilisierung der Demenzpatienten und durch Bezugnahme auf bedeutsame individuelle biografische Aspekte ein Erhalt der durch die Krankheit bedrohten personalen Identität.

2.2.4 Realitätsorientierung

Im Gegensatz zur Reminiszenz- und Selbsterhaltungstherapie stehen bei der Realitätsorientierung bzw. beim Realitätsorientierungstraining (ROT) weniger die Bezüge zur biografischen Vergangenheit, sondern vielmehr Erinnerungsstützen für eine bessere Bewältigung des gegenwärtigen Alltags (Datum, Uhrzeit, Jahreszeit, Ort etc.) im Vordergrund. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass gerade Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien von einer ständigen proaktiven Konfrontation mit der aktuellen Realität nicht mehr profitieren und dass es durch die Defizitorientierung dieses Ansatzes sogar zu negativen Effekten wie Frustrationserfahrungen kommen kann. Daher kann aus heutiger Sicht das ROT nicht mehr uneingeschränkt empfohlen werden. Sinnvoller ist es dagegen, Elemente der Realitätsorientierung in architektonische Überlegungen sowie Konzepte zur Raum- und Milieugestaltung gezielt mit einfließen zu lassen.

2.3 Ergotherapeutisches Funktions- und Fertigkeitstraining

Im Bereich der Demenztherapie zielt die Ergotherapie insbesondere auf die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag. Im engeren Sinne wird unter Ergotherapie also ein alltagsbezogenes Funktions- und Fertigkeitstraining verstanden. Neben der Übung spezifischer alltagspraktischer Aktivitäten, zählen auch das kognitive Training (s.o.), die (Angehörigen-) Beratung sowie Empfehlungen zur Wohnraumgestaltung zu den Aufgaben der Ergotherapie (Voigt-Radloff 2011). Empirische Wirksamkeitsbelege liegen insbesondere für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz vor (DGPPN und DGN 2016). Die Maßnahmen

sollten individuell angepasst sein, nahe Angehörige und Betreuungspersonen einbeziehen und soweit wie möglich im unmittelbaren Lebensumfeld des Patienten ansetzen.

2.4 Sensorische und multisensorische Stimulation

Für Verfahren mit sensorischer und multisensorischer Stimulation wurden zahlreiche positive Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten sowie auf Stimmung und Affekt von Patienten mit mittelgradig bis schwer ausgeprägter Demenz beschrieben und teilweise auch wissenschaftlich bestätigt (Abraha et al. 2017). Zum Einsatz kommen Massagen und andere Formen der taktilen Stimulation (z. B. Shiatsu und Akkupressur), ätherische Öle (sog. Aromatherapie), beruhigende und entspannende Geräusche (z. B. sanftes Meeresrauschen). Beim sogenannten „Snoezelen“ werden diese Maßnahmen in einer (gemütlichen) Liegelandchaft mit beruhigenden Lichteffekten zu einem multisensorischen Erlebnis kombiniert, das im Idealfall auf die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben des Patienten abgestimmt werden kann. Dies setzt jedoch in der Regel eine entsprechende technische Infrastruktur (z. B. „Snoezelen-Raum“) voraus. Aufgrund der vorliegenden Evidenz werden sowohl die Aromatherapie als auch das Snoezelen von der S3-Leitlinie „Demenzen“ zur Anwendung bei Patienten mit mittel- bis schwer ausgeprägter Demenz empfohlen (DGPPN und DGN 2016).

Eine spezielle Form der sensorischen Stimulation insbesondere für Menschen mit schwer ausgeprägter Demenz stellt die Simulated Presence Therapy (SPT) dar. Dabei wird dem Betroffenen ein Audio- oder Videoband mit der Stimme und/oder dem Gesicht einer vertrauten Person und deren persönlicher Ansprache vorgespielt, die auf schöne gemeinsame Erlebnisse und Erinnerungen Bezug nimmt (Abraha et al. 2017). Aufgrund der bislang noch unzureichenden Evidenzlage kann eine klare Empfehlung der SPT zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gegeben werden (Abraha et al. 2017).

2.5 Körperliche Aktivierung

An demenziell erkrankten Altenheimbewohnern durchgeführte Studien berichten über positive Effekte körperlicher Trainingsprogramme auf Kognition sowie auf die alltagspraktischen Kompetenzen (Forbes et al. 2015). Daneben wurden günstige Effekte auf psychopathologische und Verhaltenssymptome bei Demenz (z. B. Depressivität, Agitation, Apathie oder Schlaf-Wach-Rhythmusstö-

nungen) nachgewiesen (Matura et al. 2016; Pantel et al. 2017). Angesichts der erheblichen Risiken, die z. B. eine psychopharmakologische Behandlung (insbesondere mit Neuroleptika und Sedativa) für die Patienten mit sich bringen kann, einerseits und der überwiegend positiven Berichte über Auswirkungen körperlicher Trainings auf diese Symptome andererseits, sollte dieser Interventionsansatz in Zukunft sowohl praktisch als auch wissenschaftlich weiterverfolgt werden.

2.6 Kreativtherapeutische Interventionen

Eine besondere Stellung innerhalb der Bandbreite psychosozialer Interventionen bei Demenz nehmen die kreativtherapeutischen Ansätze ein. Hierzu zählen in erster Linie musik- und kunstbasierte Interventionen. Zahlreiche andere Maßnahmen, um demenziell veränderten Menschen Gelegenheiten für sinnstiftende Beschäftigung, soziale Kontakte und kulturelle Teilhabe zu ermöglichen, werden zurzeit in der Praxis erprobt (z. B. Theaterspiel, kreatives Schreiben, Tanz, Märchenerzählen). Was die Anwendung dieser künstlerisch-kreativen Ansätze bei Demenzerkrankungen anbetrifft, so gibt es zwar eine Vielzahl an Erfahrungsberichten und qualitativen Beobachtungen aus der Praxis, jedoch nur wenige systematische Studien.

Ganz allgemein formuliert, wird beim therapeutischen Einsatz von künstlerischen Medien versucht, mit kreativen (und oftmals nonverbalen) Ausdrucks- und Gestaltungsmitteln das Wohlbefinden und die psychische Ausgeglichenheit der Patienten zu verbessern. Als zentrale Wirkfaktoren werden dabei neben der Visualisierung und Verarbeitung von Gefühlen insbesondere die vielfältigen Möglichkeiten der biografischen Arbeit ebenso wie der Aktivierung von Ressourcen hervorgehoben (Mechler-Schönach 2012).

2.6.1 Musiktherapie

Im kreativtherapeutischen Spektrum gehört die Musiktherapie zu den vielleicht ältesten und bisher am besten erforschten Ansätzen. Ihre Spuren lassen sich bis zu den Anfängen der Menschheit zurückverfolgen (Horden 2000). Die klinische Forschung zur Wirkungsweise von Musiktherapie bei Demenz beginnt im Wesentlichen in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts im anglo-amerikanischen Raum. Neben einer Vielfalt an qualitativen Studien und Einzelfallberichten finden sich in der jüngeren Zeit immer mehr empirische Belege für die positiven Effekte musiktherapeutischer Interventionen bei Menschen mit Demenz.

Autoren berichten u. a. von der Reduktion problematischer Verhaltensweisen wie Agitation, der Verbesserung des Sozialverhaltens, der Kommunikation und der Lebensqualität sowie der Förderung positiver Emotionen und Wohlbefindens (Argstatter et al. 2007; Ueda et al. 2013; Vasilyte und Madison 2013; Vink et al. 2004, 2013).

Während der Begriff „Musiktherapie“ eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche psychotherapeutisch ausgerichtete Konzepte mit gezielter therapieorientierter Anwendung von Musik darstellt, lässt sich in der Praxis zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie unterscheiden. Bei der ersteren geht es zumeist in Form instrumentaler oder stimmbasierter Improvisation um die aktive Einbeziehung der Patienten ins musikalische Geschehen und die dabei entstehenden sozial-kommunikativen Interaktionen. Dagegen stehen im Zentrum rezeptiver Ansätze das Hören von oftmals biografisch relevanter Musik sowie der gemeinsame verbale wie nonverbale Austausch darüber. Wird Musiktherapie auf gerontopsychiatrischen Stationen angeboten, so zumeist im Gruppen-, seltener im Einzelsetting.

Die Stärken von Musiktherapie im Kontext von Demenz liegen vor allem in der Ressourcenaktivierung und Anregung nonverbaler Kommunikation (Schmitt und Frölich 2007, Schall et al. 2015). Mit dem Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung werden die emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten zwar auch eingeschränkt, insbesondere die verbale Vermittlung von Emotionen, doch lässt sich davon ausgehen, dass Emotionalität als solche sowie deren nonverbale Äußerung selbst im Spätstadium der Demenz erhalten bleiben.

Wie bei den übrigen kreativtherapeutischen Ansätzen ist das größte Problem der meisten musiktherapeutischen Studien ihre methodische Qualität, deren Mängel sich beispielsweise in der Wahl inadäquater Untersuchungsdesigns und wenig sensitiver Erfassungsinstrumente offenbaren (Argstatter et al. 2007; Vasilyte und Madison 2013). Aufgrund der verbesserten Studienlage in der demenzbezogenen Musiktherapieforschung werden diese Ansätze jedoch, insbesondere die biografisch ausgerichtete rezeptive Musiktherapie, in der S3-Leitlinie „Demenzen“ mit Evidenzgraden IIa/III und einer „Kann“-Empfehlung versehen (DGPPN und DGN 2016).

2.6.2 Kunstbasierte Interventionen

In ihrer ressourcenorientierten Ausrichtung zielen auch kunstbasierte Interventionen in erster Linie auf das Auf-



© Arthur Schall, Goethe-Universität Frankfurt

Abbildung 2: Teilnehmer des ARTEMIS-Projekts bei der Atelierarbeit zum Thema „Die Farbe BLAU“ im Städel Museum Frankfurt.

decken und Fördern vorhandener Kompetenzen, um auf diese Weise das Wohlbefinden, die emotionale Verfassung und das Selbstwertgefühl von demenziell erkrankten Menschen zu verbessern. Während die Zahl qualitativ hochwertiger Studien auf dem Gebiet von Musik und Demenz stetig wächst, sind die therapeutischen Auswirkungen von Kunst und künstlerischer Betätigung im Kontext demenzieller Erkrankungen bisher nur wenig erforscht. Dies hat zur Folge, dass die Wirksamkeit von Kunsttherapie in der aktuellen S3-Leitlinie „Demenzen“ nicht als ausreichend evidenzgestützt gilt und somit keine eindeutige Empfehlung ausgesprochen wird (DGPPN und DGN 2016). Dabei existiert eine Fülle an qualitativen Praxisberichten und Fallbeobachtungen bezüglich positiver Effekte unterschiedlicher kunsttherapeutischer Ansätze bei Demenz, jedoch kaum randomisierte-kontrollierte Studien (Tesky et al. 2016).

Dies gilt insbesondere für die noch recht innovative Interventionsform der museumsbasierten Angebote für Menschen mit Demenz, die zumeist in Kunstmuseen initiiert werden. Das kürzlich in Kooperation der Goethe-Universität mit dem Städel Museum in Frankfurt am Main abgeschlos-

sene Forschungsprojekt ARTEMIS (Art Encounters – Museum Intervention Study) sollte der Entwicklung eines speziell für Menschen mit Demenz ausgerichteten Kunstvermittlungsangebots dienen. ARTEMIS ist zugleich die erste randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppe im deutschsprachigen Raum zum Einfluss von interaktiven thematischen Kunstführungen mit anschließender kreativer Atelierarbeit auf emotional-kommunikative Parameter der Betroffenen und ihrer begleitenden Angehörigen (siehe Abbildung 2). Die im Rahmen der Studie nachgewiesenen signifikanten Verbesserungen u.a. im emotionalen Wohlbefinden und subjektiver Bewertung von Lebensqualität der Teilnehmer geben erste Hinweise auf die noch zu erforschenden Potenziale kunstbasierter Interventionen und sind zweifellos von großer praktischer Relevanz (Schall et al. 2018).

2.7 Trainings- und Schulungsprogramme für professionelle und nicht-professionelle Betreuungspersonen

Obwohl sie nicht unmittelbar, sondern allenfalls indirekt bei den Betroffenen ansetzen, haben Trainings- und Schulungsprogramme für professionelle (z. B. Pflegekräfte) und nicht-professionelle (z. B. Angehörige, ehrenamtliche Hel-

fer) Betreuungspersonen einen nachweisbar positiven Effekt auf Verhalten, Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen mit Demenz (Haberstroh und Pantel 2011). Dies bestätigt die inzwischen allgemein etablierte Auffassung, wonach z. B. sog. herausforderndes Verhalten als Symptom nicht isoliert vom sozialen Kontext verstanden werden kann. In diesem Sinne ist psychopathologisches Erleben und herausforderndes Verhalten bei Demenz nicht unikausal als Folge einer krankheitsbedingt gestörten Hirnfunktion erklärbar, sondern vielmehr aus einer Interaktion zwischen Hirnfunktionsstörungen und situativen bzw. sozial definierten Bedingungen.

Die eingesetzten Interventionen umfassen z. B. Kommunikationstrainings, Validation und Trainings zum Verhaltensmanagement bei herausforderndem Verhalten (vgl. Übersicht in Haberstroh und Pantel, 2011). Einige der untersuchten Maßnahmen sind manualisiert und lassen sich daher je nach Versorgungskontext auch außerhalb der Wirksamkeitsstudien gut in der Versorgungspraxis einsetzen. So steht z. B. zur Durchführung eines gruppenbasierten Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige und

für professionelle Betreuungskräfte von Demenzkranken das Manual „Kommunikation bei Demenz“ (TANDEM-Training; Haberstroh und Pantel 2011a) zur Verfügung, dessen Einsatz durch den gleichnamigen Ratgeber ergänzt werden kann (Haberstroh et al. 2011).

2.8 Sonstige Interventionen

2.8.1 Tiergestützte Therapie und verwandte Ansätze

Der Einsatz von z. B. speziell hierfür abgerichteten Therapiehunden oder anderen Tieren wird unter dem Begriff „Pet-Therapie“ bzw. „Animal assisted Therapy“ bereits in einigen Altenpflegeeinrichtungen praktiziert. In ersten Beobachtungsstudien konnten positive Wirkungen auf (agitiertes) Verhalten und Kommunikationsvermögen demenzkranker Menschen aufgezeigt werden (Bernabei et al. 2013). Allerdings ist der Einsatz von lebendigen Tieren z. B. im Pflegeheim oder im Krankenhaus nicht allein aus organisatorischen, sondern auch aus hygienischen Gründen mit teils sehr hohen Hürden verbunden. Als Alternative könnte sich hier der Einsatz von „Emotionalen Robotern“



Abbildung 3: Die Roboter-Robbe PARO wird bereits in Pflegeheimen oder auf geriatrischen Krankenhaustationen eingesetzt.

anbieten, die in der Lage sind, das Verhalten lebendiger Tiere zu simulieren.

Emotionale Roboter sind technische Systeme oder Artefakte, deren zentrale Funktion darin besteht, soziale Interaktionen und Kommunikation zu fördern und den emotionalen sowie spezifisch psychologischen Bedürfnissen von Menschen entgegenzukommen (Kolling et al. 2016). Der medial bekannteste Vertreter dieser Gruppe ist vermutlich die japanische Roboter-Robbe PARO, die schon in Pflegeeinrichtungen und auf geriatrischen Krankenhausstationen in Deutschland eingesetzt wird (siehe Abbildung 3).

Der positive Einfluss solcher „Kuschelroboter“ auf Kommunikation, Stimmung und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz konnte in einer Reihe von Forschungsarbeiten aus der Arbeitsgruppe des PARO-Erfinders Dr. Shibata demonstriert werden (z. B. Wada et al. 2008; Shibata und Wada 2011). Auch zu anderen Roboter-Artefakten existieren einzelne Wirkungsnachweise im gerontopsychiatrischen Bereich. Neueste Studien zeigen für robotikgestützte Interventionen bei Menschen mit Demenz vergleichbare Effekte, wie sie auch bei tiertherapeutischen Maßnahmen beobachtet werden, und eine Überlegenheit der Roboter gegenüber der Verwendung einfacher (nicht animierter) Puppen oder Stofftiere (Moyle et al. 2017). Wichtig ist hierbei zu betonen, dass ein emotionaler Roboter als therapeutisches Medium fungieren sollte, um (ähnlich einem Musikinstrument in der Musiktherapie) eine kommunikative Interaktion anzuregen oder Emotionen zu evozieren, doch keinesfalls als Ersatz für menschliche Zuwendung.

2.8.2 Märchenerzählungen

Mit Märchenerzählungen als einer psychosozialen Intervention für Menschen mit Demenz wird in den letzten Jahren Neuland betreten. Zwar gibt es auch hier positive Erfahrungen aus der Praxis, jedoch fehlt es bisher an empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen. Ein Pionier-Projekt auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum ist das durch die Alice Salomon Hochschule Berlin wissenschaftlich begleitete „Es war einmal... MÄRCHEN UND DEMENZ“ (2014/2015). Die Evaluation wies auf eine Steigerung des Wohlbefindens und verstärkte Aktivierung von Verhaltenskompetenzen, die herausforderndes Verhalten ersetzen, hin (Kollak 2016). Den Autoren zufolge lässt sich schlussfolgern, dass regelmäßiges und strukturiertes Märchenerzählen als ressourcen- und bedürfnisorientierte Intervention zu einem Mehr an Lebensqualität bei Men-

schen mit Demenz beitragen kann und deswegen in Pflegeeinrichtungen angeboten werden sollte.

2.8.3 „Geronto-Clowns“

Der Einsatz von „Geronto-Clowns“ ist eine ebenfalls relativ neue Entwicklung, die sich wachsender Beliebtheit erfreut. Die ursprünglich im kinderonkologischen Bereich erfolgreich eingesetzten Klinikclowns scheinen auch auf Menschen mit Demenz in ähnlich positiver Weise zu wirken, da sie die Betroffenen auf einer unmittelbar emotionalen Ebene erreichen und ihnen helfen können, sich in einer fremden Krankenhausumgebung geborgener und wohler zu fühlen. Humor und menschliche Zuwendung fungieren hierbei als die wichtigsten Wirkfaktoren. Eine bisher noch sehr überschaubare Zahl von Studien gibt erste Hinweise auf die gute Akzeptanz von Klinikclowns auf gerontopsychiatrischen Stationen (Wild et al. 2007) sowie die förderlichen Auswirkungen auf verbale und nonverbale Kommunikationsparameter während der interaktiven Clownsvisten (Kontos et al. 2017). Insbesondere ehrenamtliche Helfer können sich mittlerweile zu Klinikclowns speziell für Demenzpatienten fortbilden lassen. Im deutschsprachigen Raum wäre in dieser Hinsicht beispielhaft das Modellprojekt „Geronto-Clowns für Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ zu nennen, an dem aktuell 16 Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz teilnehmen.

2.8.4 Der „Sinnesgarten“

Ein seit Kurzem immer populärer werdender Ansatz ist die Einrichtung von „Sinnesgärten“ oder „Therapiegärten“ in geschützten Außenbereichen von z. B. Altenpflegeeinrichtungen. Verbindliche Kriterien dafür, was einen geeigneten Sinnesgarten für kognitiv eingeschränkte Patienten auszeichnet, gibt es bisher nicht. In der neueren Literatur (z. B. Spring 2016) oder im Internet (unter dem Stichwort „Sinnesgarten und Demenz“) finden sich jedoch zahlreiche Erfahrungsberichte und nützliche Hinweise. Im Idealfall kann ein solcher Garten sensorische, ästhetische, motorische, kognitive und soziale Anregungen in einem geschützten und überschaubaren Erfahrungsraum darbieten.

3. Fazit

Neben der bereits erwähnten Ressourcenorientierung und der Bevorzugung nonverbaler Wahrnehmungs- und Handlungsbereiche (wodurch auch Menschen mit schwer aus-

geprägter Demenz profitieren können) lassen sich weitere Vorteile der hier vorgestellten nicht-medikamentösen Therapien benennen: So sind sie im Vergleich zu pharmakologischen Interventionen in der Regel nebenwirkungs- bzw. risikoarm und durch einen raschen Wirkungseintritt ohne zeitliche Latenz gekennzeichnet. Allein schon aus diesem Grund finden nicht-medikamentöse Interventionen zumeist eine hohe Akzeptanz sowohl bei den Betroffenen als auch in der Öffentlichkeit.

Einschränkend festzustellen ist jedoch, dass diese Maßnahmen überwiegend nicht kausal, sondern lediglich symptomatisch bzw. palliativ wirksam sind. Nach dem aktuellen Forschungsstand stellt dies allerdings keinen Nachteil im Vergleich zu den verfügbaren pharmakologischen Therapiemöglichkeiten dar, denn auch diese lindern überwiegend nur die Symptome. Personalintensität, die häufig nicht gesicherte Refinanzierung über SGB V bzw. SGB XI und die nicht flächendeckend gegebene Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit sind als noch bestehende Hürden für den Einsatz vieler nicht-medikamentöser Therapien anzuführen. Vor dem Hintergrund des hier dargestellten Forschungsstandes und der bislang fehlenden krankheitsmodifizierenden pharmakologischen Behandlungsalternativen kann jedoch festgestellt werden, dass nicht-medikamentöse und psychosoziale Interventionen im Rahmen einer ganzheitlichen Demenztherapie schon jetzt ihren festen Platz haben.

E-Mail-Kontakt: pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Hinweis:

Dieser Beitrag basiert auf einer überarbeiteten Fassung des Artikels: Pantel J., Schall A. (2019): Nicht-pharmakologische und psychosoziale Therapien: Was sonst noch hilft. In: Horneber M., Püllen R., Hübner J. (Hrsg.): Das demenzsensible Krankenhaus: Grundlagen und Praxis einer patientenorientierten Betreuung und Versorgung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Literatur

1. Abrahá I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A (2017) Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-On-Top series. *BMJ Open* 7: e012759.
2. Argstatter H, Hillecke TK, Brandt J, Dileo C (2007) Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematischer Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28(1), 39–61.
3. Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, Forlani M, Atti AR (2013) Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. *J Psychiatr Res* 47(6): 762–773.
4. DGPPN, DGN (2016) S3-Leitlinie „Demenzen“. Revidierte Langversion, Januar 2016. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf, Zugriff am 18.3.2018.
5. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S (2015) Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 15(4): CD006489.
6. Gates NJ, Sachdev P (2014) Is cognitive training an effective treatment for preclinical and early Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis* 42 Suppl 4: 551–559.
7. Göhner A, Hüll M, Voigt-Radloff S (2018) Nichtmedikamentöse Behandlung von Demenz in gerontopsychiatrischen Einrichtungen. Systematischer Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 51(2): 169–183.
8. Haberstroh J, Neumeyer K, Pantel J (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Berlin: Springer.
9. Haberstroh J, Pantel J (Hrsg.) (2011) Demenz psychosozial behandeln. Heidelberg: AKA.
10. Haberstroh J, Pantel J (2011a) Kommunikation bei Demenz - TANDEM-Trainingsmanual. Berlin: Springer.
11. Horden P (Hrsg.) (2000) Music as medicine: The history of music therapy since antiquity. Aldershot: Ashgate.
12. Karakaya T, Pantel J, Fußer F (2014) Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A (Hrsg.) Praxis-handbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 299–330.
13. Kollak I (2016) Fairy tale telling effects people with dementia. *J Gen Pract (Los Angel)* 4: 268.
14. Kolling T, Baisch S, Schall A, Selic S, Rühl S, Kim Z, Rossberg H, Klein B, Pantel J, Oswald F, Knopf M (2016) What is emotional about emotional robotics? In: Tettegah SY, Yolanda EG (Hrsg.) Emotions, Technology & Health. Amsterdam: Elsevier Publishing Group. S. 85–103.
15. Kontos P, Miller K-L, Mitchell GJ, Stirling-Twist J (2017) Presence redefined: The reciprocal nature of engagement between elder-clowns and persons with dementia. *Dementia* 16(1): 46–66.
16. Matura S, Carvalho AF, Alves GS, Pantel J (2016): Physical exercise for the treatment of neuropsychiatric disturbances in Alzheimer's dementia: possible mechanisms, current evidence and future direction. *Curr Alzheimer Res* 13(10): 1112–1123.
17. Mechler-Schönach C (2012) InSzene Kunsttherapie. In: von Sprei, F, Martius P, Förstl H (Hrsg.) Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Urban & Fischer. S. 19–24.
18. Moyle W, Jones CJ, Murfield JE, Thalib L, Beattie ERA, Shum DKH, O'Dwyer ST, Mervin MC, Draper BM (2017) Use of a robotic seal as a therapeutic tool to improve dementia symptoms: a cluster-randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 18(9): 766–773.
19. Pantel J (2017): Alzheimer-Demenz: Frühe Diagnostik – Frühe Therapie. *Consilium Themenheft Heft 1/2017*. S. 2-30.
20. Pantel J, Oertel-Knöchel, Banzer (2017) Bewegung und Mentale Gesundheit. In: Banzer W (Hrsg.) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin. Berlin: Springer. S. 319–340.
21. Pantel J (2018) Pflegeheimversorgung. In: Jessen F (Hrsg.) Handbuch Alzheimer-Krankheit: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Versorgung – Prävention. Berlin: De Gruyter. S. 591–602.
22. Rösler A, Hofmann W, von Renteln-Kruse W, Flesch P, Greuel HW, Hoffmann J, Hofmann W, Kopf D, Meyer AK, Merk B, Nehen HG, Püllen R, Schwab J, von Renteln-Kruse W, Weil K (2010) Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 43(4): 249–253.
23. Romero B (2004) Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *ZfGP* 17: 119–134.
24. Schall A, Haberstroh J, Pantel J (2015) Time series analysis of individual music therapy in dementia: Effects on communication behavior and emotional well-being. *GeroPsych* 28(3): 113–122.
25. Schall A, Tesky VA, Adams A-K, Pantel J (2018) Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dementia* 17(6): 728–743.

26. Schmitt B, Frölich L (2007) Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen – eine systematische Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75: 699–707.
27. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, Rines J, Le Clair K, Conn D (2012) Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 13(6): 503–506.e2.
28. Shibata T, Wada K (2011) Robot therapy: a new approach for mental healthcare of the elderly - a mini-review. *Gerontology* 57(4): 378–386.
29. Spring JA (2016) Design of evidence-based gardens and garden therapy for neurodisability in Scandinavia: data from 14 sites. *Neurodegener Dis Manag* 6(2): 87–98.
30. Tesky VA, Schall A, Pantel J (2016) Kunsttherapeutische Ansätze bei Menschen mit Demenz: Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und Ausblick. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 26(2): 79–87.
31. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S (2013) Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 12(2): 628–641.
32. Vasionyte I, Madison G (2013) Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 22(9-10): 1206–1216.
33. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJPM (2004, 2013). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD003477.
34. Voigt-Radloff S (2011) Ergotherapie bei Demenz. In: Haberstroh J, Pantel J (Hrsg.) *Demenz psychosozial behandeln*. Heidelberg: AKA. S. 135–149.
35. Wada K, Shibata T, Musha T, Kimura S (2008) Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Eng Med Biol Mag* 27: 53–60.
36. Wild B, Wetzels P, Gottwald U, Buchkremer G, Wormstall H (2007) Clowns in der Psychiatrie? Ein Pilotprojekt. *Nervenarzt* 78(5): 571–574.

.....

PROF. DR. MED. JOHANNES PANTEL

.....



Prof. Pantel ist Psychiater und Geriater und seit 2011 Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Er studierte Medizin, Philosophie und Psychologie an den Universitäten Münster, Heidelberg und London bevor er seine Weiterbildung zum Facharzt an den Universitätskliniken in Essen (Neurologie) und Heidelberg (Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie) abschloss. Nach Forschungs- und Studienaufenthalten u.a. in den USA habilitierte er sich 2001 an der Universität Heidelberg. Im Jahr 2003 erhielt er den Ruf auf die Stiftungsprofessur Gerontopsychiatrie der Goethe-Universität Frankfurt und war am dortigen Universitätsklinikum über viele Jahre u.a. als Leiter der Gerontopsychiatrie sowie stellvertretender und kommissarischer Klinikdirektor tätig.

