

Wissenschaftlicher Hintergrund und Ergebnisse

a) Ausgangspunkt

Die meisten Demenzformen sind langsam fortschreitend („degenerativ“). Sie sind nicht ursächlich behandelbar, das heißt, es gibt keine Therapiemöglichkeit, den de-generativen Demenzprozess so zu beeinflussen, dass die Krankheit langfristig zum Stillstand kommt. Die gegenwärtige Behandlung der Krankheitszeichen (Symptome) mit Arzneimitteln hat deshalb das umschriebene Ziel, die Symptome der Demenz zu lindern.

Die beiden zur Behandlung der häufigsten Form einer degenerativen Demenz, der Alzheimer-Demenz, zugelassenen Arzneimittelgruppen wurden vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wie folgt bewertet: Der Vorteil der Cholinesterase-Hemmer (Name der Wirkstoffgruppe) ist nur für 6 Monate verlässlich nachgewiesen (IQWiG 2007). Der Effekt von Memantin (Name des Wirkstoffs) auf Kognition und Alltagspraxis hat fragliche Relevanz (IQWiG 2009). Es gibt somit zurzeit kein Arzneimittel, mit der die Alzheimer-Demenz effektiv und gleichzeitig nebenwirkungsarm behandelt werden kann.

Obwohl degenerative Demenzen nicht heilbar sind, ist es für die Betroffenen und die sie versorgenden Personen besonders wichtig, dass die Demenzsituation günstig beeinflusst wird. Ziel ist es, auf die Krankheitssymptome möglichst vorteilhaft einzuwirken, das Fortschreiten des Krankheitsprozesses deutlich zu verlangsamen und die Lebensqualität aller Beteiligten möglichst gut zu erhalten bzw. zu fördern. Zu diesem Zweck wurde MAKS® entwickelt.

Aus Vorstudien war bekannt, dass die Wirkung einer Kombination aus psychomotorischen Übungen zusammen mit Gedächtnisübungen wirksamer ist, als die einzelne Komponente (Oswald et al. 2001). Außerdem wirkte sich eine nicht strukturierte „Beschäftigungstherapie“, die regelmäßig (bis zu 5mal pro Woche) angewandt wurde, zwar signifikant positiv auf die alltagspraktischen Fähigkeiten der Demenzbetroffenen aus, aber nicht auf die Kognition (Gedächtnis- und andere das Denken betreffende Funktionen) (Pickel et al. 2011).

Eine nicht auf Arzneimitteln beruhende, sogenannte psychosoziale Intervention zur Behandlung der Demenzsymptome, die bestmöglich wirken soll, muss somit „multi-modal“, d.h. aus mehreren Komponenten bestehend, und „strukturiert“, d.h. mit fest-gelegtem Ablaufplan versehen sein!

b) Wissenschaftliche Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von MAKS®

Zur Ermittlung der Wirkung der MAKS-Therapie® wurden bisher zwei große Studien durchgeführt, die MAKS®-Studie in Pflegeheimen und die DeTaMAKS-Studie in Tagespflege-Einrichtungen („De“ steht hier für Demenz und „Ta“ für Tagespflege). Es nahmen 98 beziehungsweise 453 Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verschiedener Schweregrade daran teil. Nähere Informationen zu den wissenschaftlichen Studien siehe www.maks-therapie.de

In beiden Studien wurde MAKS® in Gruppen von 10 bis 12 Personen am Vormittag durchgeführt. Im Pflegeheim nahmen die Personen fast täglich an den MAKS®-Gruppen teil, in der Tagespflege nur an den Tagen in der Woche, an denen sie die Einrichtung aufsuchten. Somit schwankte hier die Teilnahme an den MAKS®-Gruppen von 1 Tag bis zu 5 Tagen pro Woche.

Ziel beider Studien war es zu überprüfen, ob durch MAKS® ein günstiger Effekt bedeutsamen Ausmaßes auf die kognitiven (a) und alltagspraktischen (b) Fähigkeiten sowie auf die emotionalen (c) und Verhaltenssymptome (d) der von einer Demenz betroffenen Menschen erreicht werden kann. Kognitive Fähigkeiten (a) betreffen Gedächtnis, Sprache, Auffassungsfähigkeit etc. Alltagspraktische Fähigkeiten (b), wie Telefonieren, Einkaufen etc. sowie Ankleiden, Körperpflege etc., sind die Grundlage für die Selbstständigkeit im Alltag. Emotionale Symptome (c) bei Demenz sind vor allem Angst und Niedergeschlagenheit (Depressivität). Die Verhaltenssymptome (d) reichen von Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen bis Antriebslosigkeit (Apathie).

In beiden Studien zeigte sich, dass bei leichter oder mittelschwerer Demenz während des Zeitraums der Anwendung von MAKS® die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten durchschnittlich auf dem Ausgangsniveau erhalten blieben, während sie in den Kontrollgruppen signifikant nachließen (die wissenschaftlichen Ergebnisse sind in Form der Originalarbeiten als pdf-Dateien kostenlos herunterladbar unter www.maks-therapie.de). Im Vergleich zu den Kontrollgruppen entwickelten sich emotionale und Verhaltenssymptome unter MAKS® günstiger: weniger Angst und Depressivität sowie weniger Unruhezustände und sonstige Verhaltensauffälligkeiten.

MAKS® ist somit eine wirksame psychosoziale Intervention zur Behandlung der Demenzen (bei leichtem oder mittlerem Schweregrad).

Die DeTaMAKS-Studie zeigte zusätzlich, dass zumindest bei zuhause lebenden Menschen mit Demenz ein regelmäßiger Besuch einer MAKS-Gruppe in der Häufigkeit von ein- bis zweimal pro Woche ebenso wirksam ist, wie der Besuch an drei bis fünf Tagen in der Woche.

Außerdem war MAKS® bereits wirksam bei Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (abgekürzt engl. MCI für „mild cognitive impairment“), die noch keine so starken Fähigkeitseinbußen wie bei einer Demenz aufwiesen.

c) Schlussfolgerungen für die Praxis

Die nachweislich günstigen Effekte der MAKS®-Therapie auf kognitive und alltagspraktische Fähigkeiten sowie auf emotionale und Verhaltenssymptome stellen eine Verbesserung der Lebensqualität dar. Es profitieren von der MAKS®-Therapie somit in erster Linie die Betroffenen. Aber auch die Pflegenden, entweder die Angehörigen bei zuhause lebenden Menschen mit Demenz oder das Pflegepersonal in Einrichtungen, werden bei Anwendung von MAKS® erlebbar entlastet.

Es lassen sich drei normative, d.h. auf offiziellen Empfehlungen/Vorgaben beruhende Ansatzpunkte nennen, die die flächendeckende Anwendung von MAKStm® rechtfertigen:

- MAKStm® entspricht der Zielsetzung des Präventionsgesetzes (Bundesgesetzblatt 2015; Artikel 6: Änderung des SGB XI § 5; Absatz 1, Satz 1 lautet): „Die Pflegekas-sen sollen Leistungen zur Prävention [...] erbringen, indem sie [...] Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“
- MAKStm® erfüllt zudem die Anforderungen des Leitfadens „**Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI**“ (GKV-Spitzenverband 2016). Es deckt zwei Handlungsfelder ab: das eine mit dem Ziel des Erhalts der kognitiven Leistungsfähigkeit, indem „Aktivitäten zur Stärkung kognitiver Ressourcen“ durchgeführt werden, und das andere mit dem Ziel der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, indem eine „Förderung der Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten“ erfolgt.
- MAKStm® ist ausgerichtet auf Kommunikation und Interaktion zwischen den Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie zwischen diesen und den anleitenden Personen. Diese Ausrichtung wird durch das Soziale Modul verstärkt. Deshalb ermöglicht MAKStm® den Pflegefachkräften die **Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“**. Hier heißt es im Prozesskriterium 4: „Die Pflegefachkraft gewährleistet und koordiniert das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen.“ (DNQP 2018)
- MAKStm® ermöglicht die **leitliniengerechte Behandlung von Verhaltenssymptomen bei Demenz**. Die Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie „Demenzen“ empfiehlt einen Behandlungsversuch durch eine psychosoziale Intervention bevor eine Behandlung mit einem Arzneimittel (Psychopharmakon) versucht wird (DGN, DGPPN 2016, Empfehlung 54).

Begründet ist deshalb folgende „Indikation“ für den Einsatz von MAKStm®:

Die Anwendung von MAKStm® empfiehlt sich überall dort, wo Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, leichter Demenz oder mittelschwerer Demenz regelmäßig (mindestens 1-mal pro Woche) in einer Kleingruppe zusammenkommen können: in Betreuungsgruppen, Tagespflege-Einrichtungen, Pflegeheimen, Demenz-Wohngemeinschaften, etc.

Literatur zu Wissenschaftlicher Hintergrund und Ergebnisse:

Bundesgesetzblatt (2015) Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2016). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Demenzen.

<http://www.dgn.org/leitlinien/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2018). Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Osnabrück: DNQP

GKV-Spitzenverband (2016). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband

Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQWiG) (2007). Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19A. Köln: IQWiG.

Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009). Memantin bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19C. Köln: IQWiG.

Oswald, W. D., Hagen, B., & Rupprecht, R. (2001). Nichtmedikamentöse Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34:116-121.

Pickel S, Gräbel E, Luttenberger K (2011). Wirksamkeit eines beschäftigungstherapeutischen Gruppenangebots bei degenerativen Demenzen: eine kontrollierte Verlaufsstudie im Pflegeheim. Psychiatrische Praxis 38:389-396.