RCT-Studie über eine nicht-medikamentöse Demenz-Therapie

Was Lebensqualität wirklich wert ist

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel, Leiter des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen, hat etwas geschafft, was bislang als zumindest schwierig galt: Er hat die Wirksamkeit einer exakt festgelegten, aus mehreren Komponenten bestehenden, nicht-medikamentösen Therapie - genannt MAKS aktiv - auf die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz überprüft und zwar in der Umgebung des Pflegeheims. Die Studie - von Mai 2008 bis Februar 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Initiative „Leuchtturmprojekt Demenz" als eines von insgesamt 29 Projekten gefördert - wurde in Kooperation mit fünf Pflegeheimen der Diakonie Neuendettelsau durchgeführt und von der Katholischen Fachhochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, fachlich begleitet. Die gute Nachricht für Forscher wie Betroffene: RCT ist anwendbar und MAKS funktioniert. Die schlechte: MAKS kostet zwar nur 12 Euro mehr pro Tag und Patient, doch das scheint den Pflegeheimen zu viel zu sein.

>> Immer wieder erlebten Dipl. theol. Dipl. Rel. päd. Stephan M. Abt, der Leiter des Sigmund-Faber-Heimes in Hersbruck, Alten- und Pflegeheim in der Trägerschaft der Diakonie Neuendettelsau, und seine Mitarbeiter während der Anwendung von MAKS aktiv (s. Info rechts), dass von Gedächtniseinbußen Betroffene trotz der für sie durchaus anstrengenden zweistündigen Therapiesitzungen positiv beeinflusst wurden: nicht nur, was ihre motorischen, alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten betraf, sondern vor allem auch was ihre merklich aufgehellte Stimmung, ja die Freude der Bewohner bei den gemeinsamen Aktivitäten betraf. „Das hat der Max gemacht" - waren sich Demenzpatienten sicher, die dem Akronym MAKS, das für „motorische, alltags-praktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie" steht, gleich personifizierten.

Für die Studie erhielten in fünf Pflegeheimen je zehn Bewohnerinnen und Bewohner mit Gedächtniseinbußen sechs Monate lang sechs Tage die Woche für je zwei Stunden Förderung in den vier MAKS-Bereichen: alltagspraktische Fähigkeiten, Kognition, Motorik und spirituelles Empfinden. 50 weitere Personen bildeten die Kontrollgruppe.

Nach Ablauf des ersten halben Jahres wurde die Studie für nochmals sechs Monate weitergeführt. Insgesamt konnten die Daten von 129 Personen für den 6-Monats-Zeitraum und von 70 Bewohnern für den 12-Monats-Zeitraum in die Auswertung einbezogen werden. Bereits nach sechs Monaten hatten die durch MAKS aktiv geförderten Personen erkennbar mehr Freude an ihrem Leben, waren besser gestimmt, sozial stärker eingebunden und zeigten weniger demenztypische Verhaltensauffälligkeiten als die herkömmlich versorgten Personen. „Über den Studienzeitraum eines ganzen Jahres zeigte sich bei unserer Untersuchung, dass die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS aktiv-Therapie auf gleichem Niveau blieben, während sie in einer Kontrollgruppe vor allem im zweiten Halbjahr weiter abnahmen, wie dies für den „natürlichen", untherapierten Verlauf von degenerativen Demenzen (insbesondere Alzheimer-Demenz) typisch ist", erklärt Gräßel. Die Verbesserung der Gesamtsymptomatik, die beobachtet werden konnte, sei insbesondere auf eine Abnahme depressiver Symptome, eine Abnahme sogenannter herausfordernder Verhaltensweisen (z. B. Aggressivität) und eine Verbesserung des Sozialverhaltens zurückzuführen. Im Vergleich zur Arzneimittel-Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz zeige sich, dass die MAKS-aktiv-Therapie stärker, länger und ohne Nebenwirkungen auf die alltagspraktischen Fähigkeiten und die Gesamtsymptomatik einwirke. Im Vergleich zu den spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der leichten und mittelschweren Alzheimer-Demenz - den Acetylcholinesterase-Hemmern - zeigt sich laut Gräßel, dass die MAKS-aktiv-Therapie stärker auf die alltagspraktischen Fähigkeiten und auf die Gesamtsymptomatik wirkt - „mindestens genau so lange, eher länger, und das ohne Nebenwirkungen".

Dennoch empfiehlt Gräßel eine Kombinationstherapie mit Demenz-Medikamenten, die jedoch erst im nächsten Schritt zu erforschen wäre. Dann könne auch die Frage beantwortet werden, ob eine kombinierte Therapie aus MAKS aktiv und wirksamen Arzneimitteln gegen Demenz einer Einzeltherapie überlegen sei. Gräßel: „Die Beantwortung dieser Forschungsfrage hat für die Lebensqualität der Betroffenen und damit für die Versorgung der Menschen mit Demenz in den kommenden



Gräßel

MAKS aktiv

Die Abkürzung MAKS aktiv steht für motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie für Menschen in Pflegeheimen, die von Gedächtnisstörungen betroffen sind. Aus Sicht der Pflege ist besonders interessant, dass mit MAKS aktiv endlich ein Therapieangebot mit belegter Wirksamkeit zur Verfügung steht, das von Pflegenden (später auch ambulant und zu Hause) selbstständig eingesetzt werden kann. Dabei wird anhand eines praxisnahen und benutzerfreundlichen Handbuchs über 200 Übungen in einen strukturierten Therapie-Rahmen gebracht, anstatt wie fast überall sonst auf rudimentäres Material oder zufällige Therapieansätze zu setzen, die jeder Betreuer aus Schulungen oder über Medien kennengelernt, aber nie evidenzbasiert angewandt hat. Dazu kam, so Abt, dass bislang die eine Mitarbeiterin oft nicht wusste, was die andere Kollegin tat, denn „Vieles glich einer Black Box". Damit ist Schluss, denn durch das einheitliche Handbuch, das leider in gedruckter Fassung erst im Jahr 2011 vorliegen wird, ermöglicht MAKS aktiv eine Art „roten Faden" für die Betreuungsangebote eines ganzen Hauses und alle Mitarbeitenden sowie für die innerbetriebliche Fortbildung einer Gesamteinrichtung.



Abt

Jahrzehnten allergrößte Bedeutung."

Das multi-modal aufgebaute MAKS aktiv kann, nach Überzeugung von Abt, auch in Pflegeheimen mit einem geringen Personalschlüssel realisiert werden, indem die Module auf verschiedene Tage aufgeteilt werden. Und auch nach Abschluss der Studie wird in dem von ihm geleiteten Heim MAKS weitergeführt, jedoch nicht vollständig. Abt ist sich vollauf bewusst, dass damit der Studienerfolg nicht auf die Folgejahre übertragen werden kann, denn niemand kann evidenzbasiert wissen, welche Module, die Abt zukünftig einsetzt, welchen Anteil am gesamttherapeutischen Erfolg haben - und welche nicht.

Doch Abt kann (obwohl er dies durchaus möchte) MAKS nicht gesamthaft einsetzen - aus reinen Kostengründen! Denn die Therapieform kann zwar einen Rückgang der IADL-Pflegezeit (telefonieren, kleinere Besorgungen, Frisörbesuche etc.) erzielen, jedoch gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Therapie und Kontrollgruppe in Hinsicht auf die Gesamtpflegezeit pro Tag sowie den Basis-Pflegeaufwand (Mobilität, Körperpflege etc.). Will heißen: MAKS erhöht zwar die Lebensqualität, aber steigert nicht die Ökonomie. Und auf vage Vermutungen, dass man durch den Einsatz von MAKS Medikationskosten senken kann, will sich Gräßel nicht einlassen. So bleibt für den gesamthaften Einsatz von MAKS ein von Gräßel errechneter Zusatzaufwand von etwa 12 Euro pro Tag und Patient - der für Pflegeleiter Abt und sicher für die meisten anderen Pflegeheime einfach nicht darstellbar ist. Solange zumindest ein nicht-medikamentöser Betreuungsansatz wie dieser nicht Einfluss in die derzeit laufende Qualitätsdebatte im Pflegebereich gefunden hat und eines fernen Tages vielleicht einmal zwingend vorgeschrieben ist. <<

Die Studie

Mitmachen konnten alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Beeinträchtigungen von Gedächtnis und anderen kognitiven Funktionen (degenerative Demenz), die in der Lage waren, an einem Gruppenangebot teilzunehmen. Für den Zeitraum von sechs Monaten konnten 129 Personen in die Auswertung einbezogen werden. Über die gesamte Laufzeit von zwölf Monaten waren es 70 Personen.

Wie wurde die Studie durchgeführt?
In jedem der fünf beteiligten Pflegeheime wurden zu Beginn nach dem Zufallsprinzip 20 geeignete Personen auf eine Kontrollgruppe mit zehn Personen und auf eine Therapiegruppe, ebenfalls aus zehn Personen bestehend, verteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Versorgung, ohne MAKS aktiv, während die Therapiegruppe zusätzlich mit einer zweistündigen MAKS-aktiv-Therapie versorgt wurde. Sämtliche nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapien in beiden Gruppen wurden laut Gräßel zudem identifiziert und deren mögliche Einflüsse auf das Ergebnis gewichtet.

Welche Auswirkungen wurden im Verlauf untersucht?
Die wichtigsten Zielgrößen waren die kognitiven Fähigkeiten einschließlich des Gedächtnisses und die alltagspraktischen Fähigkeiten. Beide Bereiche wurden in Leistungstests zu Beginn, nach sechs und nach zwölf Monaten genau erfasst. Dies geschah durch Personen, die nicht wussten, ob jemand MAKS aktiv erhielt oder nicht. Von Pflegekräften im Wohnbereich wurde die Gesamtsymptomatik älterer Patienten, Pflegezeit pro Tag und Basis-Pflegeaufwand (für Mobilität, Körperpflege etc.) zu Beginn und nach sechs Monaten beurteilt.

Welche Auswirkungen hatte die MAKS-aktiv-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe?
Über den Zeitraum eines ganzen Jahres zeigte sich, dass die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS-aktiv-Therapie auf gleichem Niveau blieben, während sie in der Kontrollgruppe vor allem im zweiten Halbjahr weiter abnahmen, wie dies für den „natürlichen", untherapierten Verlauf von degenerativen Demenzen (insbesondere Alzheimer-Demenz) üblich ist. Während die Gesamtsymptomatik in der Kontrollgruppe unverändert blieb, verbesserte sie sich unter der MAKS-aktiv-Therapie sogar (nur in den ersten sechs Monaten erfasst). Dies ist insbesondere auf eine Abnahme depressiver Symptome, eine Abnahme sog. herausfordernder Verhaltensweisen (z. B. Aggressivität) und eine Verbesserung des Sozialverhaltens zurückzuführen. Für die insgesamt aufgewendete Pflegezeit pro Tag und für den Basis-Pflege-Aufwand bezüglich Mobilität, Körperpflege etc. zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe. Ausnahme ist die notwendige Zeit für Hilfen im IADL-Bereich (z. B. beim Telefonieren, bei kleineren Besorgungen etc.): Diese „Pflegezeit" wird für Personen unter der MAKS-aktiv-Therapie geringer, da die Betroffenen auf diesem Gebiet selbstständiger werden, während sie in der Kontrollgruppe in unverändertem Umfang notwendig ist.

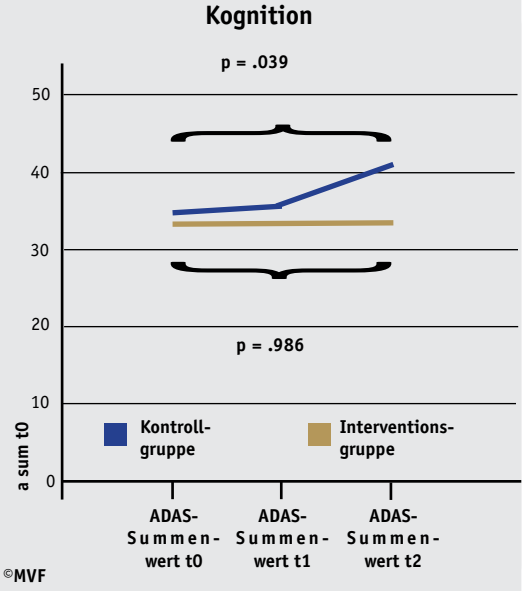


Abb. 1: *ADAS-kog, 12 Monate: n=61, (AT-Analyse), p-Werte: t-Test für verbundene Stichproben*

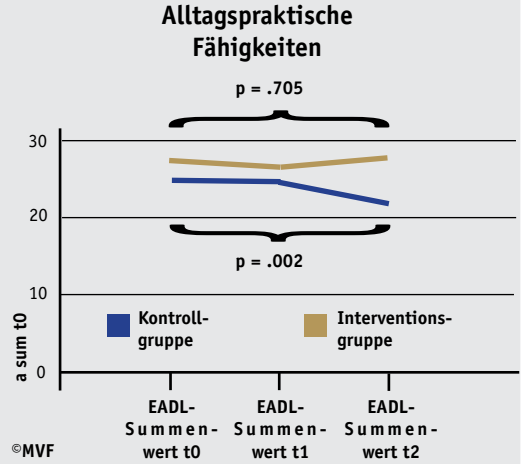


Abb. 2: *E-ADL-Test , 12 Monate: n=61, (AT-Analyse) p-Werte: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben*