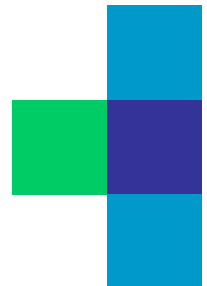


# Die MAKS-Therapie für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

**Prof. Dr. med. Elmar Gräbel**

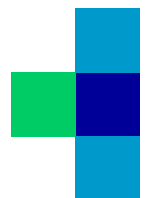
Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung  
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Demenzkongress Niedersachsen 2016  
Hannover, 16. November 2016



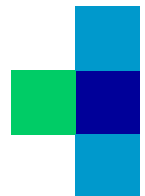
# Gliederung

1. Ausgangspunkt: Erfahrungen und Kenntnisstand
2. **MAKS**-Therapie
3. Wissenschaftliche Studien zur **MAKS**-Therapie
4. Resümee



# Erfahrungen

- Menschen mit Demenz haben Bedürfnisse, Wünsche, Stärken und Schwächen wie Sie und ich.
- Wenn wir Menschen mit Demenz als Individuen mit persönlicher Biographie begreifen und danach handeln, können wir für alle Beteiligten eine positive Interaktion gestalten.
- Die kognitiven Fähigkeiten sind nicht „Alles“ im Leben, es gibt weitere bedeutsame „Stärken“ – z.B. sich mit jemandem verbunden fühlen, sich freuen können, ...
- Wir können Menschen mit Demenz als kommunikative Mitglieder einer Gemeinschaft auffassen.



# **Kenntnisstand (1)**

## **Medikamentöse Therapie der Alzheimer Demenz – Nutzenbewertung des IQWiG**

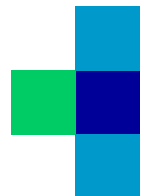
### Achetylcholinesterase-Hemmer:

Vorteil gegenüber Placebo ist nur „für 6 Monate  
verlässlich nachgewiesen“ (IQWiG 2007)

### Memantin:

Fragliche Relevanz der Effekte auf Kognition und  
Alltagspraxis (IQWiG 2009a)

**IQWiG:** Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

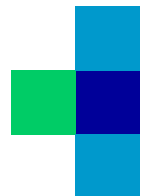


## **Kenntnisstand (2)**

### Medikamentöse Therapie der Alzheimer Demenz (AD)

Außerdem:

- Nur etwa  $\frac{1}{4}$  aller AD-Patienten spricht überhaupt auf die Therapie mit Achetylcholinesterase-Hemmer an
- Unerwünschte Wirkungen nicht selten



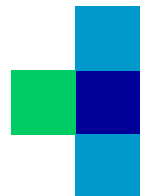
## Kennntnisstand (3)

### Fazit zur nichtmedikamentösen Therapie der Alzheimer Demenz (IQWiG 2009b)

„Für einzelne nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien der Alzheimer Demenz gibt es Hinweise auf einen Nutzen, *aber auch auf einen Schaden.*

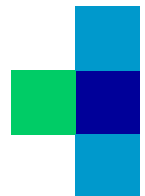
Der **langfristige Nutzen**, der untersuchten Behandlungsstrategien ist insgesamt **nicht belegt.**  
(...)

Um eine letztlich belastbarere Aussage zum Nutzen bzw. Zusatznutzen nichtmedikamentöser Verfahren zur Behandlung der Alzheimer Demenz treffen zu können, wären zusätzliche **randomisierte Studien** angemessener Qualität **wünschenswert.**“



# Gliederung

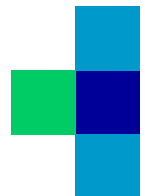
1. Ausgangspunkt: Erfahrungen und Kenntnisstand
2. **MAKS**-Therapie: die vier Module
3. Wissenschaftliche Studien zur **MAKS**-Therapie
4. Resümee



# Die vier Module der **MAKS**-Therapie

- **M**otorische Aktivierung
- **A**alltagspraktische Aktivierung
- **K**ognitive Aktivierung
- **S**oziale Einstimmung

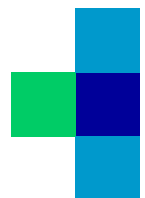
(Eichenseer & Gräbel 2015)





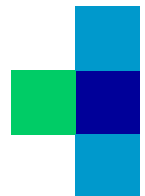
# Schema des Tagesablaufs

Zeit	MAKS-Tagesplan
ca. 10 Minuten	<b>Soziale</b> Einstimmung
ca. 30 Minuten	<b>(Psycho)-motorische</b> Aktivierung
ca. 10 Minuten	<b>Pause: Trinken und Toilettengang</b>
ca. 30 Minuten	<b>Kognitive</b> Aktivierung
ca. 40 Minuten	<b>Alltagspraktische</b> Aktivierung



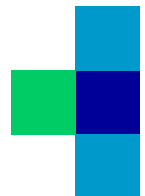
# Prinzipien von MAKs

- **Multimodalität:** motorische, alltagspraktische und kognitive Aktivierung sowie eine Einstimmung, die die sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Menschen anspricht
- **Abwechslung:** manualisierte Vielfalt
- **Regelmäßigkeit und Tagesstruktur bildend:** (werk-)täglich, 2 Stunden pro Tag, vormittags
- **An das Niveau der individuellen Ressourcen angepasst:** Durchgeführt von 1-2 Therapeutinnen in Gruppen von je 10 Personen; Übungen in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden



# Gliederung

1. Ausgangspunkt: Erfahrungen und Kenntnisstand
2. **MAKS**-Therapie
3. Wissenschaftliche Studien zur **MAKS**-Therapie
4. Resümee



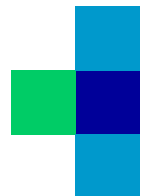
## MAKS-Studien

- **MAKS im Pflegeheim** (2008 – 2010):  
Menschen mit Demenz in allen Schweregraden  
Förderer: Bundesministerium für Gesundheit
- **DeTaMAKS in Tagesstätten** (2014 – 2017):  
Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung  
oder leichter bis mittelschwerer Demenz  
Förderer: GKV-Spitzenverband und Bayerisches  
Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

➡ **Kontrollierte Studien mit Vergleichsgruppe**

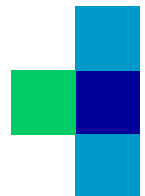
**Wir bedanken uns bei allen Förderern für die  
großzügige Unterstützung!**

Universitätsklinikum  
Erlangen



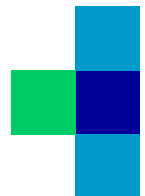
## MAKS im Pflegeheim: Einschlusskriterien

- Degenerative Demenz nach ärztlicher Diagnose
- Mini-Mental Status Test (MMST) < 24 Punkte
- Keine Psychose, kein Alkoholabusus sowie keine andere psychiatrisch-neurologische Erkrankung, die die kognitiven Leistungseinbußen erklären könnten
- Pflegestufe „0“ (EAK), I oder II, nicht bettlägerig
- Gruppenfähigkeit (Basale Seh-/Hörfähigkeit vorhanden)
- Einverständnis (nach Aufklärung)

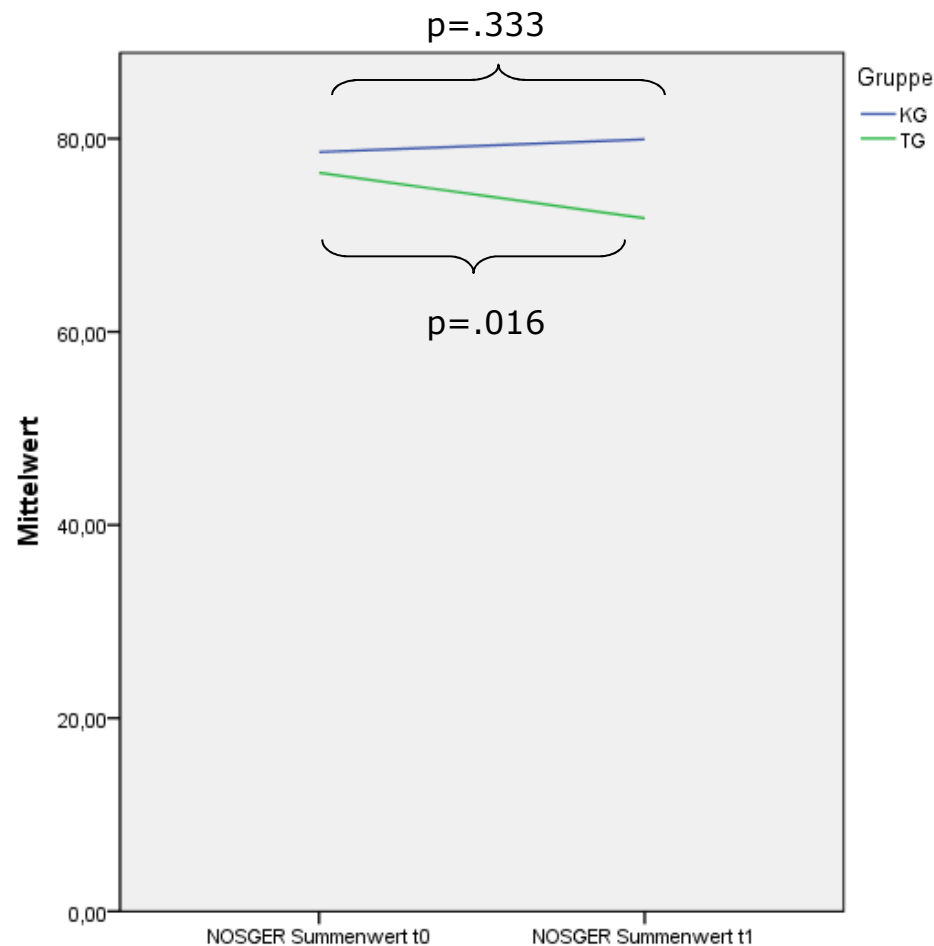


## MAKS im Pflegeheim: Stichprobe

- 98 Personen wurden zu Beginn auf Therapie- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip verteilt
- **Nach 12 Monaten konnten 61 „behandelte“ Personen in die Auswertung einbezogen werden.**



# Wirkung auf Emotion und Verhaltensweisen (MAKS-Studie)



(Luttenberger et al., 2012)

NOSGER

**6 Monate:** n=79  
(AT-Analyse)

p-Werte:  
t-Test für verbundene  
Stichproben

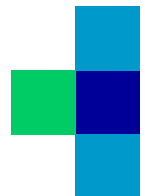
**Positive Wirkung auf  
Verhalten –**  
**↑ soziales Verhalten,**  
**↓ „herausforderndes“**  
**Verhalten –**  
**und Stimmung –**  
**↓ Depressivität**

Universitätsklinikum  
Erlangen



# Wer profitiert von der **MAKS**-Therapie in Pflegeheimen?

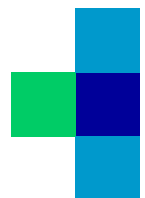
Menschen mit leichter oder mittelschwerer  
Demenz





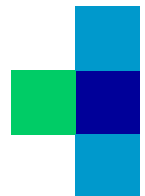
# DeTaMAKS in Tagespflege-Einrichtungen: Einschlusskriterien

- Positiv untersucht auf Demenz (MMST: 10-23) oder leichte kognitive Beeinträchtigung (MMST: 24-30 & MoCa < 23)
- keine Psychose, keine Suchterkrankung sowie keine andere psychiatrisch-neurologische Erkrankung, die die kognitiven Leistungseinbußen erklären könnten
- Gruppenfähigkeit (Basale Seh-/Hörfähigkeit vorhanden)
- mind. 1x die Woche in der Tagespflege
- kein Übertritt in ein Pflegeheim konkret geplant
- Einverständnis (nach Aufklärung)
- Vorhandensein & Projektteilnahme eines pflegenden Angehörigen

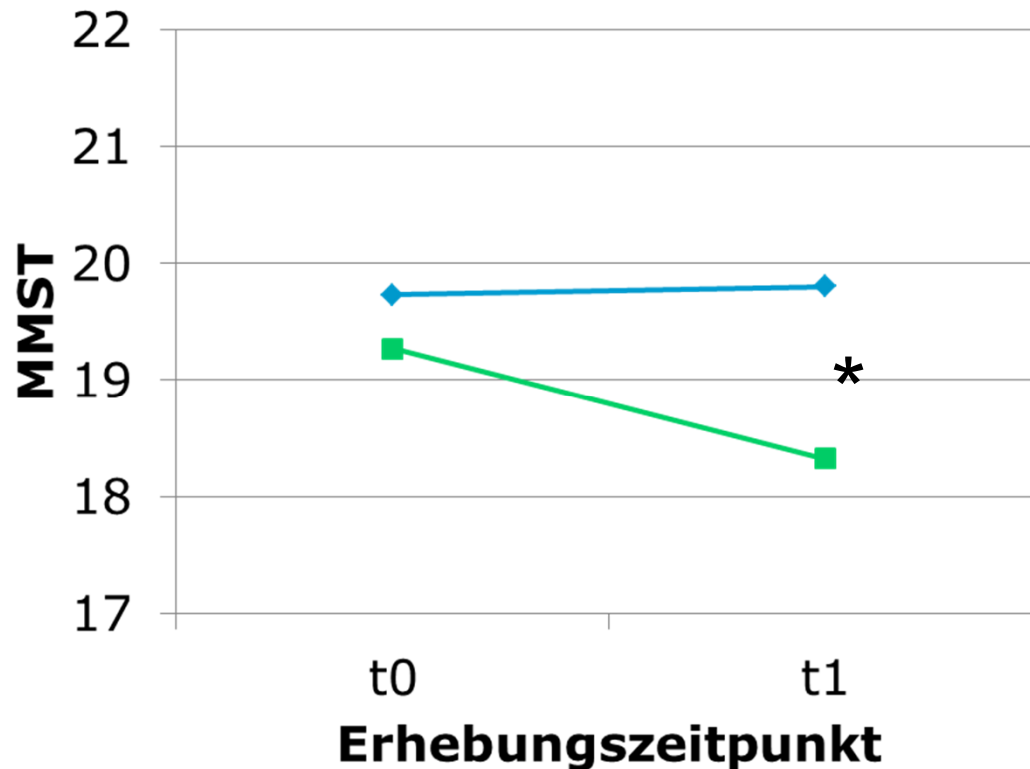


# DeTaMAKS in Tagespflege-Einrichtungen: Stichprobe

- 34 Tagespflege-Einrichtungen mit 453 Gästen, die für das Projekt geeignet und teilnahmebereit waren, wurden zu Beginn auf Therapie- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip verteilt.
- **Nach 6 Monaten konnten 362 „behandelte“ Personen in die Auswertung einbezogen werden.**



# Wirkung auf die kognitiven Fähigkeiten (DeTaMAKS-Studie)



**Erhalt der Fähigkeiten über den Therapiezeitraum von 6 Monaten**

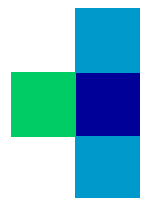
- ◆— Interventionsgruppe (n=208)
- Kontrollgruppe (n=154)

**Ähnliches Ergebnis in der MAKS-Studie über den Therapiezeitraum von 12 Monaten!**

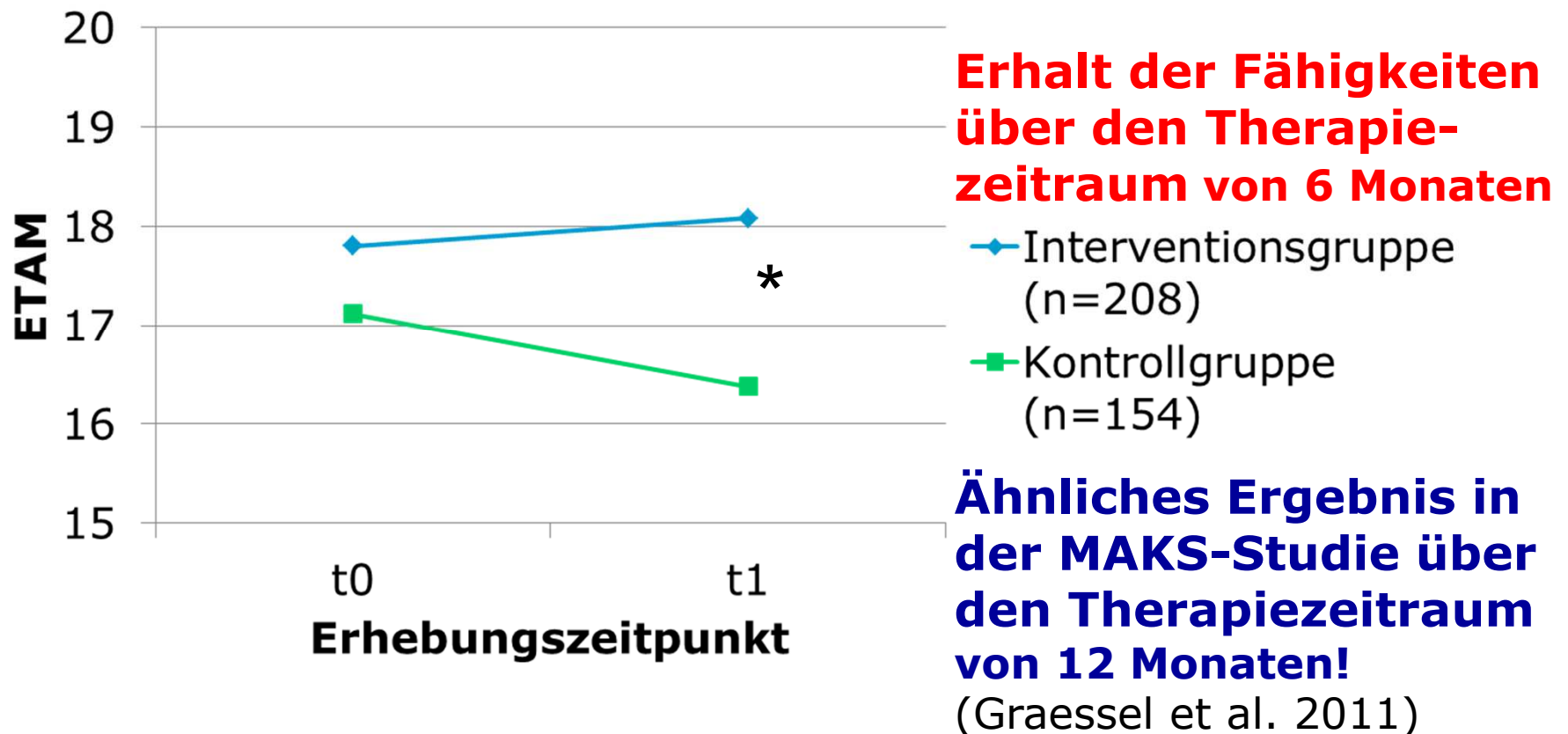
(Graessel et al. 2011)

**Abbildung:** Verlauf der MMST-Werte zu t0 und t1 im Vergleich Kontroll- vs. Interventionsgruppe. Anmerkung: Der mit \* markierte Unterschied ist signifikant ( $p=0,024$ ).

Universitätsklinikum  
Erlangen



# Wirkung auf die alltagspraktischen Fähigkeiten (DeTaMAKS-Studie)



**Abbildung:** Verlauf der ETAM-Werte zu t0 und t1 im Vergleich Kontroll- vs. Interventionsgruppe.  
Anmerkung: Der mit \* markierte Unterschied ist signifikant ( $p=0,043$ ).

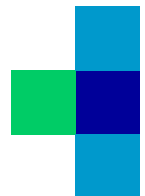
Universitätsklinikum  
Erlangen



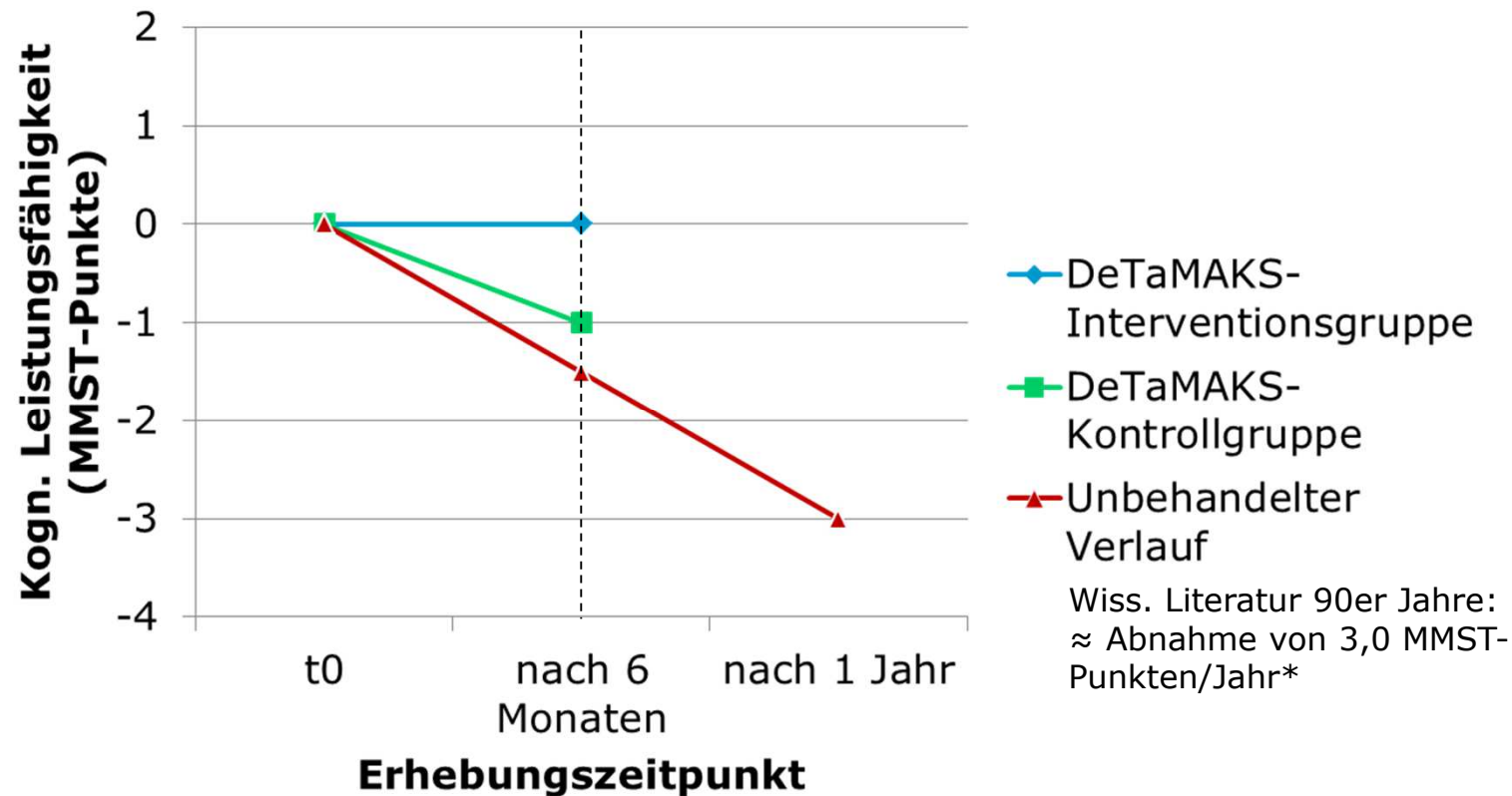
# Wer profitiert von der **MAKS**-Therapie in Tagespflege-Einrichtungen?

Bei leichter kognitiver Beeinträchtigung,  
leichter oder mittelschwerer Demenz  
zeigten sich ähnliche Verläufe.

**MAKS wirkt also bereits bei leichter  
kognitiver Beeinträchtigung!**



# Vergleich der DeTaMAKS-Ergebnisse mit dem „unbehandelten Verlauf“



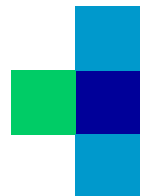
\* Verlauf unbehandelter Demenz in MMST-Punkten pro Jahr

2,8 wahrscheinliche Demenz vom Alzheimer-Typ (Salmon et al. 1990)

3,2 bei allen (einschließlich vaskulärer-) Demenzformen (Cohen-Mansfield et al. 1996)

3,4 bei Alzheimer-Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium (Wild und Kaye, 1998)

Universitätsklinikum  
Erlangen



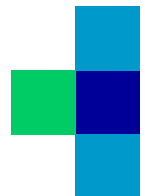
## Vergleich der DeTaMAKS-Ergebnisse mit dem „unbehandelten Verlauf“

1. Die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten der Studienteilnehmer in den Tagespflege-Einrichtungen der Kontrollgruppe (ohne MAKS) (**grüne** Linie) ließen im Beobachtungszeitraum weiter nach, aber nicht ganz so stark wie in völlig „unbehandelten“ Stichproben früherer Zeiten (**rote** Linie).
2. Die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten der Studienteilnehmer in den Tagespflege-Einrichtungen der Therapiegruppe (mit MAKS) (**blaue** Linie) blieben im Beobachtungszeitraum durchschnittlich auf dem gleichen Niveau, sie ließen unter **MAKS** nicht weiter nach!



# Gliederung

1. Ausgangspunkt: Erfahrungen und Kenntnisstand
2. **MAKS**-Therapie
3. Wissenschaftliche Studien zur **MAKS**-Therapie
4. Resümee



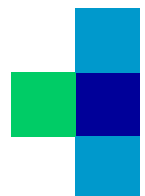


## MAKS ...

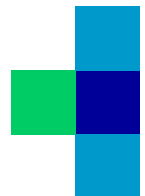
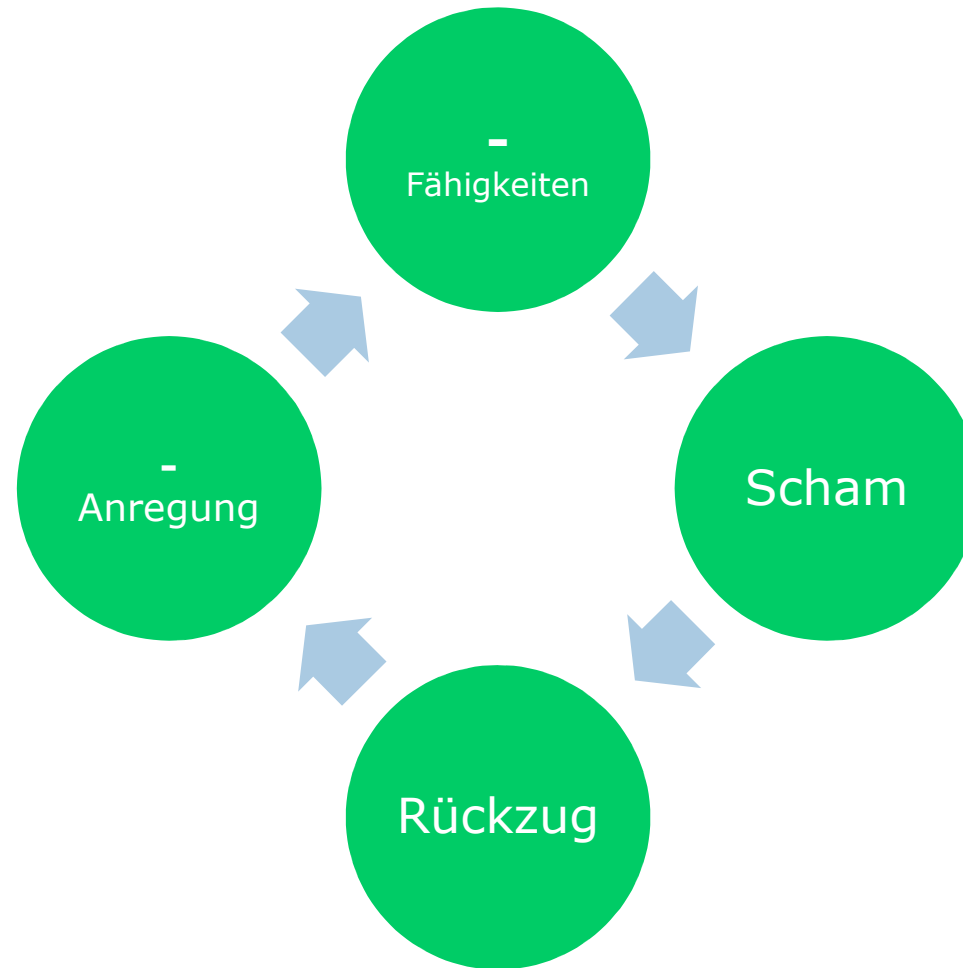
- ... ist unterhaltsam und kommunikativ; wirkt verhaltensverbessernd und antidepressiv (gegen Vereinsamung).
- ... erhält Fähigkeiten (kognitive und alltagspraktische Ressourcen) für mindestens 12 Monate.
- ... entlastet pflegende Angehörige (MAKS in Tagespflege-Einrichtungen)



**Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege!**



# Mit **MAKS** wird ein Teufelskreis durchbrochen



## Ausblick

- Aus einem Konzept werden zwei Anwendungsrichtungen: MAKS-m (MAKS für Personen mit MCI bis moderater Demenz) und MAKS-s (MAKS für Personen mit schwerer Demenz)
- Neues Schulungskonzept für Therapeutenausbildung
- Schulungskonzept für Trainerausbildung („train the trainer“ ab 2017)
- Weitere Studien

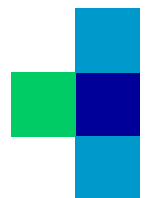


# Literatur

Cohen-Mansfield J, Gruber-Baldini AL, Culpepper WJ, Werner P (1996). Longitudinal changes in cognitive functioning in adult day care participants. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 9:30-38.

Eichenseer B, Gräbel E (Hrsg.) (2015). *Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz: motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, spirituell*, 2. überarbeitete Auflage. München: Elsevier.

Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J, Luttenberger K (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-months randomized, controlled trial. *BMC Medicine* 9:129.  
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-129.pdf>



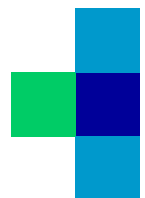
## Literatur (Fortsetzung)

IQWiG (2007). Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19A. Köln: IQWiG.

IQWiG (2009a). Memantin bei Alzheimer Demenz, Abschlussbericht A05-19C. Köln: IQWiG.

IQWiG (2009b). Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz. Abschlussbericht A05-19D, Seite 278-279, Köln: IQWiG

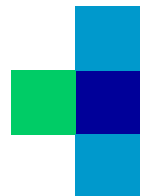
Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E (2012). Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. Journal of the American Geriatrics Society 60:830-840.



## Literatur (Fortsetzung)

Salmon DP, Thal LJ, Butters N, Heindel WC (1990). Longitudinal evaluation of dementia of the Alzheimer type: a comparison of 3 standardized mental status examinations. *Neurology* 40:1225-1230.

Wild KV, Kaye JA (1998). The rate of progression of Alzheimer's disease in the later stages: Evidence from the Severe Impairment Battery. *Journal of the International Neuropsychological Society* 4:512-516.



# Vielen Dank für Ihr Interesse!

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Elmar Gräbel  
Leiter des Zentrums für Medizinische Versorgungsforschung  
Leiter des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen

Tel. 09131/85-34810

Fax. 09131/85-36593

Email: [elmar.graessel@uk-erlangen.de](mailto:elmar.graessel@uk-erlangen.de)

<http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/med-psychologie-soziologie/>

Universitätsklinikum  
Erlangen

