



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Broschüre

Therapieempfehlungen Demenz

Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Therapie der
Demenzerkrankungen



nationale plattform demenz
plateforme nationale démente
piattaforma nazionale demenza



**Swiss
Memory
Clinics**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Allgemeine Therapieziele	5
3	Nicht-medikamentöse Therapie	5
3.1	Integrative Ansätze.....	7
3.2	Psychotherapie	7
3.3	Spezifische Pflegekonzepte	7
3.3.1	Multisensorische Interventionen	8
3.4	Gedächtnistraining / Kognitive Stimulationstherapie	10
3.5	Kognitive Rehabilitation	11
3.6	Physiotherapie	11
3.7	Ergotherapie.....	12
3.8	Aktivierungstherapie.....	13
3.9	Logopädie	13
3.10	Kunsttherapie	14
3.10.1	Musiktherapie	14
3.10.2	Weitere kunsttherapeutische Ansätze	15
3.11	Tiergestützte Therapie	15
3.12	Beratungsangebote und Angehörigenarbeit bei Alzheimer und anderen Demenzformen.....	15
3.13	Interventionelle Verfahren	17
3.14	Palliative Care, Advance Care Planning (ACP)	18
4	Medikamentöse Therapie	19
4.1	Symptomatische medikamentöse Therapie.....	19
4.1.1	AChE-Inhibitoren	19
4.1.2	Memantin	20
4.1.3	Ginkgo biloba	21
4.2	Krankheitsmodifizierende Therapien	21
4.3	Andere medikamentöse Therapien.....	22
5	Substanzbasierte Therapien / Nahrungsergänzungsmittel	22
6	Ausblick.....	22

Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Therapie der Demenzerkrankungen

Autorinnen und Autoren

1. Stefan Klöppel¹
2. Tatjana Meyer-Heim^{2,10}
3. Michael Ehrensperger^{3,10}
4. Angelika Rüttimann⁴
5. Isabelle Weibel⁵
6. Angela Schnelli⁶
7. Daniela Frehner^{7,8}
8. Anne-Gabrielle Mittaz Hager^{7,8}
9. Fabienne Hasler⁹
10. Ylena Fuchsberger⁹
11. Fiona Haag¹⁴
12. Rahel Roth-Sutter¹⁶
13. Manuela Röcker¹¹, Franziska Wirz^{11,17}
14. Julius Popp^{1,10}
15. Stefanie Becker¹³
16. Elisa Choudery^{14,15,-}
17. Ansgar Felbecker^{10,12}

Affiliationen

- ¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie (SGAP)
- ² Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
- ³ Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)
- ⁴ KZU-Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit
- ⁵ Spitex Embrachertal
- ⁶ Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen, Leitung Pflegeentwicklung
- ⁷ Physioswiss
- ⁸ GERONTOLOGIE CH Fachbereich Physiotherapie
- ⁹ Ergotherapie-Verband Schweiz (EVS)
- ¹⁰ Swiss Memory Clinics (SMC)
- ¹¹ Schweizerischer Verband der Aktivierungsfachpersonen (SVAT)
- ¹² Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)
- ¹³ Alzheimer Schweiz
- ¹⁴ Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden (K/SBL)

¹⁵ Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Logopädie

¹⁶ Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT

¹⁷ Zentrum für medizinische Bildung Bern (medi)

Unterstützung

Mit freundlicher Unterstützung der Nationalen Plattform Demenz (Bundesamt für Gesundheit BAG): www.bag.admin.ch/demenz

Interessenskonflikte

Die Autorinnen und Autoren dieser Publikation haben alle relevanten Informationen über mögliche Interessenskonflikte offengelegt. Sollten Sie weitere Informationen zu diesem Thema wünschen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle unter: info@swissmemoryclinics.ch

Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ADL	Activities of Daily Living
BPSD	behaviorale und psychische Symptome der Demenz
FTLD	Frontotemporale Lobärdegeneration
LBD/LBK	Demenz/Krankheit mit Lewy-Körperchen
MCI	Mild Cognitive Impairment (leichte kognitive Störung)
MmD	Menschen mit Demenz
MT	Musiktherapie
PIM	Potentially inappropriate medication
SCD	Subjective Cognitive Decline (subjektive kognitive Beeinträchtigung)
SMC	Swiss Memory Clinics

1 Einleitung

Die Therapie von Menschen mit kognitiven Störungen und Demenz-Syndromen ist komplex. Neben medikamentösen Optionen steht eine Vielzahl von nicht-medikamentösen Behandlungen zur Verfügung. Die Indikation der verschiedenen Therapieoptionen unterscheidet sich stark je nach individuellen Symptomen, zugrundeliegenden Pathologien, Alter, Stadium der Erkrankung und Verfügbarkeit. So kann es gerade für Nicht-Spezialisten schwierig sein, die richtige Kombination von Therapien zum richtigen Zeitpunkt für den individuellen Menschen mit Demenz (MmD) festzulegen. Zunehmend empfohlen wird deshalb der Einbezug von Dementia Care Managers (DGPPN, 2023). Der Verein Swiss Memory Clinics (SMC) veröffentlicht in Ergänzung zu den im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie entwickelten Empfehlungen zur Demenzabklärung im vorliegenden Dokument Empfehlungen zur Therapie der Demenz in der Schweiz. Zuletzt wurden Empfehlungen für die Behandlung der Demenz in der Schweiz im Jahr 2012 publiziert (Monsch et al., 2012). Die Empfehlungen beschränken sich auf in der Schweiz zugelassene und verfügbare Therapien.

Für die aktuelle Publikation hat die Autorengruppe auch publizierte Leitlinien anderer Staaten berücksichtigt und nimmt unter Einbezug der vorliegenden Literatur und von Expertenmeinungen eine auf die schweizerischen Gegebenheiten angepasste Empfehlung vor. Einbezogen wird die S3 Leitlinie aus Deutschland in Version 4.0 (DGPPN, 2023). Die therapiespezifischen Abschnitte wurden in der Regel von den entsprechenden Berufsverbänden erstellt. Positiver klinischer Erfahrung wurde explizit ein Stellenwert eingeräumt. Wann immer für ein Verfahren keine Therapieempfehlung vorliegt, unterscheiden wir zwischen generell fehlenden Daten und Daten, die gegen eine Empfehlung sprechen.

Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich grundsätzlich an alle Berufsgruppen und Settings. Wie bereits bei den in Aktualisierung befindlichen Empfehlungen zur Diagnostik (Bürge et al., 2018) ist es uns auch hier ein Anliegen, insbesondere die Primärversorgung anzusprechen. Zur Einteilung der Diagnosegruppen einschliesslich dem Schweregrad der Demenzen verweisen wir auf unsere obengenannten diagnostischen Leitlinien. Wo möglich, differenzieren wir unsere Therapieempfehlungen nach Art der Erkrankung, nach Schweregrad und nach Therapiesetting (ambulant, Akutspital, stationäre oder aufsuchende Langzeitpflege). Zudem existieren Empfehlungen für die Behandlung von MmD in Langzeitinstitutionen (BAG 2020). Gerade bei den nicht-medikamentösen Massnahmen erlauben weder Praxis noch Evidenzlage eine Differenzierung nach Demenzform und Schweregrad. Nicht eingegangen wird auf die Primärprävention, sehr wohl hingegen auf die Prävention von Komplikationen im Krankheitsverlauf. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, im Rahmen regelmässiger Assessments einen vorhandenen Therapiebedarf überhaupt zu erkennen. Dies gilt insb. für fortgeschrittene Krankheitsstadien mit der Gefahr von Mangelernährung und Schluckstörungen, sollte aber auch sozialdienstliche Aspekte wie den finanziellen Unterstützungsbedarf beinhalten. Sofern nicht explizit anders angegeben, sind alle Geschlechter gemeint.

2 Allgemeine Therapieziele

Demenzen sind per Definition chronische Syndrome, denen unterschiedliche Erkrankungen zu Grunde liegen. Klinische und ätiologische Ebene sollten getrennt werden, jedoch sind Begriffe wie «Demenzerkrankungen» weit verbreitet und werden deshalb auch hier verwendet.

Insbesondere neurodegenerative Demenzen sind fortschreitend. Heute verfügbare Therapien der kognitiven Defizite können lediglich deren Fortschreiten verlangsamen. Die Erkrankungen bedeuten eine hohe Belastung für direkt Betroffene und deren Angehörige. Oft sind nicht die kognitiven Einschränkungen, sondern behaviorale und psychische Symptome der Demenz (BPSD) verantwortlich für den Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim. Diese werden in separaten Empfehlungen fokussiert (Savaskan et al., 2024, 2014).

Die vorliegenden Empfehlungen behandeln die Verbesserung der Lebensqualität von MmD und ihren Angehörigen sowie den bestmöglichen Erhalt der Selbstständigkeit und der Stabilisierung der kognitiven Leistung. Der Fokus liegt somit weniger auf BPSD im Sinne von krisenhaften Zuspitzungen. Trotzdem gibt es zahlreiche Überschneidungen. Wir gehen auch davon aus, dass die hier gemachten Therapieempfehlungen geeignet sind, zukünftige BPSD zu verhindern. Zu beachten ist dabei, dass übergeordnete Therapieziele wie Lebensqualität zwar sehr wichtig, aber hoch individuell sind. Methodisch hochwertige Studien zu Antidementiva und kognitiven Interventionen haben Lebensqualität nur am Rande betrachtet. Während rein kognitive Interventionen keine Vorteile für die Lebensqualität zeigen, sind multimodale Therapien effektiv, insbesondere wenn sie eine edukative und alltagsrelevante Komponente beinhalten (Chandler et al., 2016). Tabelle 1 zeigt wichtige Handlungskomponenten bei einer neu diagnostizierten Demenz.

Komponente	Umsetzung
Therapie	Information, Befundaufnahme, Zielsetzung, Einbezug Umfeld
Vermittlung lokaler Unterstützungs- und Beratungsangebote / Advance care planning	Lokale Beratungsstellen bevorzugt, die im Umfeld verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten oft besser kennen. www.alzguide.ch als Verzeichnis der Angebote.
Patientenverfügung / Vorsorgeaufträge	Relevanz erläutern, evtl. Aktualisierungsbedarf. Explizit auf Phase hinweisen, in der Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben ist.

Tabelle 1: Handlungskomponenten bei neu diagnostizierter Demenz

3 Nicht-medikamentöse Therapie

Nicht-medikamentöse Interventionen zielen grossenteils darauf ab, in den bio-psycho-sozialen und spirituellen Dimensionen Momente des Wohlbefindens zu ermöglichen sowie Funktionen und Teilhabe eines MmD so lange als möglich aufrechtzuerhalten, während die Krankheit fortschreitet. Dadurch können weitere Einschränkungen reduziert oder verlangsamt und die Lebensqualität verbessert oder stabilisiert werden (Tesky et al., 2023). Abgesehen von den weiter unten beschriebenen spezifischen kognitiven Interventionen ist die Verbesserung bzw. Stabilisierung der Kognition eher ein positiver Nebeneffekt. Damit nicht-medikamentöse Therapien gelingen, brauchen Fachpersonen u.a. aus dem Bereich Gesundheit und Soziales,

aber auch betreuende Angehörige Wissen und Fähigkeiten zu untenstehenden Konzepten und Interventionen. Schulungen sind deshalb zentral. Durch den notwendigen Einsatz qualifizierten Personals sind nicht-medikamentöse Massnahmen abhängig von dessen Verfügbarkeit. Die entsprechenden Lohnkosten müssen dabei in Verhältnis gesetzt werden zu den Belastungen durch an sich vermeidbare Komplikationen (belastetes Umfeld, freiheitsbeschränkende Massnahmen) und Kosten, welche diese oft bei Personen im Umfeld der erkrankten Person sowie der Behandlung von Komplikationen (Spitalaufenthalte) in der Folge verursachen. Es muss ein Feingefühl bzw. eine Kompetenz dafür entwickelt werden, MmD (unabhängig vom Stadium der Erkrankung), in ihren jeweiligen aktuellen Situationen empathisch und personenzentriert zu betreuen, zu therapieren und zu pflegen.

Mit fortschreitender Demenz verlieren Erkrankte oftmals ihre Sprachkompetenz oder sprechen in Metaphern und die Kommunikation findet vermehrt über die nonverbalen Anteile der Sprache (Sprechtempo, Stimmklang, affektiver Ausdruck der Sprache), Körpersprache und physischer Berührung statt. Hier gilt: Je besser man die Biografie der erkrankten Person kennt und je vertrauter man mit der Person ist (v.a. Angehörige), desto eindeutiger können Äusserungen, Gestik, Mimik und Tonfall einer Stimmung oder einem Lebensbereich (Familie, Beruf, Hobby, etc.) zugeordnet oder als aktueller Gefühlsausdruck verstanden werden.

Vom Umfeld verlangt insbesondere die Kommunikation mit MmD viel Einfühlungsvermögen, Geduld, Kreativität und ein echtes Interesse. MmD zeigen oft eine hohe Sensibilität gegenüber inkongruenter verbaler Mitteilung und dem Verhalten von Kommunikationspartnern. Fühlen sie sich nicht verstanden oder unwohl in einer Situation, reagieren sie oft mit Rückzug oder Widerstand. Es ist deshalb unausweichlich, dass sich Betreuungspersonen mit verschiedenen Kommunikations-Konzepten vertieft auseinandersetzen und diese entsprechend anwenden können. Als Beispiel seien hier die verschiedenen Konzepte der Validation genannt. Diese wertschätzende Kommunikationsform und Haltung unterstützt die «Normalität» der Lebenswelt des MmD. Da Kommunikation über alle Sinneswege stattfindet, gehören bei der Beziehungsgestaltung u.a. die Konzepte der Basalen Stimulation und Kinästhetik dazu (siehe entsprechende Kapitel 3.3.1 multisensorische Interventionen). Neben aktivierenden Tätigkeiten soll auch immer die Möglichkeit für einen Rückzug angeboten werden.

Nicht-medikamentöse Massnahmen kommen für alle Stadien der Demenz in Frage. Im Idealfall werden sie kontinuierlich angeboten und passen sich den verändernden Fähigkeiten der MmD im Krankheitsverlauf an. Die Mehrzahl der Interventionen ist unabhängig vom Setting, jedoch muss das Setting bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Die Aufenthaltsdauer im Akutspital ist wesentlich kürzer als in der Langzeitpflege, weshalb z.B. Biographiearbeit dort allenfalls im Rahmen einer angepassten Psychotherapie angeboten wird. Umgekehrt ist aber eine geeignete Infrastruktur als Teil eines therapeutischen Milieus wichtig für die Betreuung und Begleitung von MmD. Dies betrifft das Akutspital genauso wie die Langzeiteinrichtung. Gemeinsam ist, dass sich sowohl das soziale (z.B. klare Ansprechpersonen, Inklusion, Pflege-/Betreuungskonzept) wie architektonische (z.B. eindeutige Signaletik, Tageslicht, sicherer Bewegungsfreiraum) Umfeld sowie die Tagesstruktur (z.B. zunehmend flexibler mit fortschreitender Demenz) der abnehmenden Kompetenzen von MmD mit ihrer Umwelt anpassen muss. In einem frühen bis mittleren Stadium der Demenz können Hilfen zur örtlichen, zeitlichen und persönlichen Orientierung noch erkannt werden und geben Sicherheit im Alltag

3.1 Integrative Ansätze

In den folgenden Abschnitten wird eine grosse Bandbreite von nicht-medikamentösen Therapien vorgestellt. Die Auswahl sollte primär von den Bedürfnissen der Erkrankten abhängen. Zusätzlich spielt aber auch die Verfügbarkeit im jeweiligen Setting eine Rolle. Durch die krankheitsbedingt abnehmende Mobilität von MmD wird der Radius, in dem Therapien wahrgenommen werden können, im Verlauf der Erkrankung kleiner. So können auch aufsuchende Angebote, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, wertvolle Beiträge zu Lebensqualität und Förderung der verbliebenen Fähigkeiten der Erkrankten leisten.

Da die nachfolgenden Therapien zumeist einzeln untersucht wurden, ist wenig über den zusätzlichen Nutzen von Kombinationen bekannt und damit auch, ob gemeinsame oder unterschiedliche Wirkfaktoren relevant sind. Gemeinsam sind den Therapien die folgenden Aspekte:

- Hohe Individualisierung
- Interdisziplinarität und Interprofessionalität
- Einbezug von Umfeld und insb. Angehörigen
- Wertschätzung, Anerkennung von Emotionen, etc.
- Nonverbale Kommunikation

Die Evidenzlage für die einzelnen Verfahren ist sehr unterschiedlich. Abgegrenzt werden muss zudem die Zielsetzung. So ist eine Verbesserung der Kognition durch nicht-medikamentöse Ansätze am ehesten im Stadium der leichten bis mittleren Demenz erreichbar. Zahlreiche Interventionen z.B. kognitive Stimulation, Reminiszenztherapie, Ergotherapie, Musik- und Tanztherapie werden hingegen in der S3 Leitlinie (DGPPN, 2023) für alle Demenzstadien zur Behandlung depressiver Symptome empfohlen. Der Empfehlungsgrad reicht hierbei von «stark dafür» für Bewegungstherapie und Psychotherapie bis zu «schwach» bei Reminiszenz und Ergotherapie. Trotz etlicher vorhandener Studien sieht die S3-Leitlinie (DGPPN, 2023) keine Wirksamkeitsevidenz nicht-medikamentöser Verfahren gegen Angstsymptome.

3.2 Psychotherapie

Insbesondere zur Behandlung depressiver Symptome bei leichter Demenz und Mild Cognitive Impairment (MCI) besteht gute Evidenz für die Wirksamkeit (DGPPN, 2023). Therapieziele sind neben Psychoedukation auch Ressourcenaktivierung, Stärkung der Bewältigungsstrategien und z. B. die Förderung der Selbstwirksamkeit. Der Einbezug bzw. die Beratung der Angehörigen ist auch für dieses Setting wesentlich. Empfohlen werden Anpassungen der Therapie gegenüber dem Vorgehen bei Personen ohne kognitive Defizite. Kürzeren und dafür häufigeren Therapieeinheiten sollte der Vorzug gegeben werden. Zudem sollten kognitive Elemente dem Leistungsvermögen angepasst werden.

3.3 Spezifische Pflegekonzepte

Pflegerische Konzepte beinhalten meist eine Kombination aus unterschiedlichen Interventionen und Ansätzen. Da die Pflege an sich keine Therapie ist, werden häufig therapeutische Elemente von angrenzenden Disziplinen miteinbezogen. So werden beispielsweise Aktivitäten im Alltag mit bewegungsstimulierenden Interventionen ergänzt oder musikalische Interventionen in die Tagesstruktur aufgenommen und erzielen dadurch ihre

Effekte (z.B. Erhaltung oder Reaktivierung von Ressourcen, Förderung der Lebensqualität). Entsprechend werden die hier zusammen gestellten Interventionen keineswegs exklusiv von Pflegekräften angeboten.

Da es sich bei Demenz um ein komplexes Syndrom mit kognitiven, psychischen, funktionellen und verhaltensbezogenen Symptomen handelt, kann die Anwendung von Multikomponenten-Ansätzen eine erfolgreiche Strategie darstellen (Ablinger et al., 2022), z.B. das Einbinden der Reminiszenztherapie in alltagsbezogene Aktivitäten, und dadurch eine für den MmD sinnstiftende Beschäftigung bieten.

Der Fokus in der "Versorgung" von MmD und ihren Angehörigen liegt in der Pflege und Betreuung. Diese beinhalten ein breites Spektrum an komplexen nicht-medikamentösen Massnahmen. Die Wirksamkeit einer pflegerischen oder betreuerischen Intervention entfaltet sich nicht im Rahmen eines einzelnen isolierten Wirkmechanismus, sondern im Rahmen der Interaktion, Zugewandtheit und der interpretatorischen Kompetenz der Pflegefachpersonen. Voraussetzung dafür ist der ganzheitliche, personenzentrierte Ansatz der Pflege, der in verschiedenen pflegerischen Modellen propagiert wird.

3.3.1 Multisensorische Interventionen

Aromapflege und Aromatherapie

Aromapflege und Aromatherapie wird in der Literatur oftmals synonym verwendet und umfasst die äusserliche Anwendung ätherischer Öle. Hinsichtlich Aromatherapie/-pflege gibt es keinen eindeutigen Wirksamkeitsnachweis in Bezug zur Schlafqualität, beziehungsweise zur Verbesserung der Lebensqualität. Ein Review über 5 Studien findet keinen Wirksamkeitsnachweis für den Einsatz bei Agitiertheit (DGPPN, 2023). In den Empfehlungen von Savaskan und Kollegen zu BPSD (Savaskan et al., 2024, 2014) sowie in den Empfehlungen von Alzheimer Schweiz ("Empfehlungen für Langzeitinstitutionen: Alzheimer Schweiz," 2020) wird Aromatherapie/-pflege ebenfalls erwähnt, jedoch nicht weiter spezifiziert. Studien zeigen, dass Aromatherapie/-pflege bei anderen Zielgruppen einen positiven Einfluss auf beispielsweise Ängstlichkeit, Schlaf, Stress oder Schmerzerleben haben kann (Freeman et al., 2019; Gong et al., 2020). Obwohl die Studienlage spezifisch für die Zielgruppe «MmD» sehr dünn ist (Ball et al., 2020; Smith and D'Amico, 2020), sind die Erfahrungen mit Aromatherapie/-pflege in der Pflegepraxis in jedem Stadium der Demenz oftmals positiv. Melissenöl scheint insgesamt das Produkt mit den besten Ergebnissen zu sein. Es ist notwendig, die MmD während des Einsatzes von Aromapflege genau zu beobachten, um bei allfälligen negativen Reaktionen die Intervention sofort abubrechen. Beim erstmaligen Einsatz eines Produkts ist wegen möglicher allergischer Reaktion Vorsicht geboten und ggf. ein Allergietest durchzuführen.

Basale Stimulation

Basale Stimulation fördert die Wahrnehmung z.B. durch sensorische Stimulation mittels Massage, aber auch multimodal mittels Bewegung und Sprache (Singen/Summen). Die Studienlage in Bezug auf den Nutzen von Basaler Stimulation in der Pflege und Betreuung von MmD ist dünn. Bestehende Empfehlungen für die Pflege und Betreuung von MmD führen basale Stimulation auf (Savaskan et al., 2024). Weitere Untersuchungen (Kohler et al., 2018) liefern Hinweise darauf, dass basale Berührung einen positiven Effekt auf die Akzeptanz von pflegerischen Handlungen haben kann. Die qualitative Untersuchung von Saynisch und Beer

(Saynisch and Beer, 2021) zeigt auf, dass nonverbale Kommunikation und Bewegungs- und Berührungsangebote das Wohlbefinden von MmD im Rahmen spezifischer pflegerischer Handlungen verbessern können. Sie beschreiben dies am Beispiel der Mundpflege. Es liegt ein Review vor, das den Einsatz von Massagen bei MmD eindeutig empfiehlt in Bezug auf die Verbesserung der Schlafqualität, der Unruhe und des psychischen Wohlbefindens (Smith and D'Amico, 2020). Grundsätzlich können Aspekte der basalen Stimulation in jeder Demenzphase angewendet werden. Bei stark fortgeschrittener Demenz ist die taktile Interaktion oftmals der einzige Zugang zu den Menschen und daher ist basale Stimulation in dieser Situation sehr stark empfohlen.

Kinästhetik

Kinästhetik ist eine Erfahrungswissenschaft, die auf der Wahrnehmung der eigenen Bewegung und - im Rahmen der Pflege und Betreuung - auch auf der Bewegung und Bewegungskompetenz des Gegenübers basiert. Im Fokus von Kinästhetik steht die Interaktion, um den MmD z.B. Transfers von Bett in Stuhl möglichst selbstständig zu ermöglichen. Grundsätzlich ist es ein zentrales Element der Kinästhetik, vorhandene Potenziale in der körperlichen Mobilität zu explorieren und zu nutzen. Interventionsstudien, die die Wirksamkeit von Kinästhetik hinsichtlich Lebensqualität oder Mobilität bei MmD belegen, liegen aktuell nicht vor. Eine qualitative Untersuchung (Maurer et al., 2018) liefert Hinweise, dass angepasste Bewegungsunterstützung nach kinästhetischen Prinzipien zu erhöhter Eigenaktivität in der Mobilisation und zu mehr Zufriedenheit bei Bewohnenden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen führen. Diese Ergebnisse und die Erfahrungen in der Praxis rechtfertigen die Empfehlung für die Anwendung von Kinästhetik in der Pflege und Betreuung von MmD. Es kann davon ausgegangen werden, dass es besonders in der Interaktion mit Personen mit körperlichen und sprachlichen Beeinträchtigungen sinnvoll ist, Kinästhetik anzuwenden.

Snoezelen

Bei der Snoezelen-Therapie werden unterschiedliche Sinne durch visuelle, akustische, olfaktorische, taktil-haptische, vestibuläre und/oder vibratorische Angebote im Alltag angeregt. Diese multisensorische Therapie kann in einem geschlossenen Raum (Snoezelen-Raum), im Rahmen eines Behandlungsplans oder auch in der 24h-Betreuung stattfinden. Eine Abnahme der sensorischen Fähigkeiten (d. h. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) ist bei älteren Erwachsenen häufig. Wo die Beschränkung auf einige wenige Sinne in der Snoezelen-Therapie sinnvoll ist, kann ein MmD dennoch Reize über seine verbleibenden funktionalen Sinne erhalten. Ausgehend davon, sollten bei diesem multisensorischen Verfahren verschiedene Sinne angeregt werden. Die Evidenz der Snoezelen-Therapie ist uneinheitlich, jedoch mehrheitlich positiv. Positive Effekte zeigte eine individualisierte Snoezelen-Therapie in der 24h-Betreuung, welche belastende Symptome wie Apathie, Aggressionen und Depressionen reduzieren konnte. Die multisensorische Snoezelen-Therapie kann Effekte auf Freude und Aktivität bei Menschen mit moderater bis schwerer Demenz haben (Testerink et al., 2023). Auch andere Autoren (Cusic et al., 2022) beschreiben in ihrer Literaturübersicht positive Effekte der Snoezelen-Therapie bei Menschen mit moderater bis schwerer Demenz im Pflegeheimsetting in Bezug auf Unruhe, Stimmung und Verhalten, Lebensqualität, sowie eine verstärkte Interaktion mit der Umwelt. Basierend auf der vorhandenen Evidenz und den Erfahrungen in der Praxis kann die Snoezelen-Therapie für Menschen mit moderater bis schwerer Demenz empfohlen werden (Cusic et al., 2022; Duff, 2018). Die Effekte der

Snoezelen-Therapie sind grösser, wenn die Person, welche die Therapie anbietet (Pfleger, Angehörige), in der Anwendung von multisensorischen Interventionen geschult ist (Cusic et al., 2022).

3.4 Gedächtnistraining / Kognitive Stimulationstherapie

Das Spektrum der kognitiven Therapie-Ansätze reicht von relativ unspezifisch aktivierenden Verfahren (kognitive Stimulation) bis hin zu auf einzelne kognitive Domänen konzentrierte (Funktions-)Trainings. Z.T. wird auch das Realitäts-Orientierungstraining hinzugezählt. Sie unterscheiden sich auch in ihrer Ausrichtung auf einerseits Strategievermittlung (Einsatz von Merkhilfen etc.) und andererseits auf primär übende Verfahren. Viele Gruppenangebote für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz, welche als «Gedächtnistraining» bezeichnet werden, sind letztlich jedoch unter die kognitive Stimulation zu subsumieren, da dort in der Regel keine Vermittlung von Gedächtnisstrategien im engeren Sinn erfolgt. Viele Ansätze sind mit sozialer Interaktion verbunden und dürften alleine deshalb hilfreich sein. Teilnehmende Personen schätzten ihre Lebensqualität z.T. als höher ein. Die Konfrontation mit den eigenen Defiziten kann aber auch negative Auswirkungen auf die psychische Verfassung haben.

Im MCI-Stadium sind gemäss einem metaanalytischen Review (Sherman et al., 2017) Trainingsprogramme sinnvoll, deren Inhalte den Fokus auf Gedächtnisleistungen legen und idealerweise weitere Komponenten berücksichtigen.

Der Vorteil sogenannter kognitiver Multikomponenten-Interventionen besteht darin, nicht nur auf kognitive Verbesserung bzw. Stimulation abzielen, sondern zusätzlich auch Aspekte wie die Aufklärung über eine gesunde Lebensweise und Ernährung zum Erhalt der kognitiven Reserven sowie die Motivation für Freizeitaktivitäten und soziale Kontakte zu beinhalten. Mehrere randomisierte kontrollierte Studien konnten positive Effekte auf kognitive und nicht-kognitive Aspekte bei Menschen mit MCI durch Multi-Komponenten-Interventionen nachweisen (Lissek and Suchan, 2021).

Im Stadium der leichten bis mittelschweren Demenz wird in mehreren internationalen Guidelines (DGPPN, 2023; Duff, 2018) sowie im Rahmen eines Cochrane Reviews (Woods et al., 2023) kognitive Stimulation empfohlen, welche neben einer Verbesserung der Kognition auch positive Effekte auf die Lebensqualität sowie auf die Kommunikation haben können, welche vergleichbar sind mit den im Rahmen etablierter medikamentöser Therapien erzielbaren Effekte. Die S3 Leitlinie macht eine schwache Empfehlung für die kognitive Stimulation zur Behandlung depressiver Symptome im Rahmen der Demenz. Von spezifischem Gedächtnistraining mit der Vermittlung von Strategien oder von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung kognitiver Defizite wird im Stadium einer Demenz zur Vermeidung von Überforderung abgeraten.

3.5 Kognitive Rehabilitation

Kognitive Rehabilitation bezieht sich auf die individuelle Identifizierung funktionaler Ziele, die für die MmD relevant sind und die in der Zusammenarbeit mit der betroffenen Person und deren Angehörigen und Betreuenden erreicht werden sollen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit im Alltag und der Suche nach Möglichkeiten zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie der Förderung der Unabhängigkeit. Ziel ist, die Auswirkungen der vorhandenen Einschränkungen zu reduzieren. Entsprechend abzugrenzen sind Rehabilitationen, die bei nicht-neurodegenerativen Demenzen (z.B. nach Schlaganfall) angeboten werden.

Methodisch im Vordergrund steht dabei das implizite Lernen individuell bedeutsamer Informationen durch Ansätze des «Fehlerfreien Lernens» (errorless learning) sowie die Prozeduralisierung von hilfreichen Alltagsroutinen und dem Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Gedächtnishilfen) durch häufiges Wiederholen und Ausschleichen von Hinweisreizen.

Die Datenlage bezüglich einer kognitiven Rehabilitation bei Menschen mit MCI ist inkonsistent (Lissek and Suchan, 2021), doch weisen etliche Studien positive Resultate mit signifikant verbesserter Nutzung kompensatorischer Gedächtnis-Strategien auf. Die kognitive Rehabilitation wird für das Stadium der leichten bis mittelschweren Demenz empfohlen (Duff, 2018) (NICE). Die Ergebnisse zweier Cochrane-Reviews (Bahar-Fuchs et al., 2013; Kudlicka et al., 2023) stützen diese Empfehlung. Kognitive Rehabilitation könne gemäss Kudlicka et al. (Kudlicka et al., 2023) bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz substantielle Verbesserung bezüglich der therapierten Aspekte erreichen, die noch Monate über das Behandlungsende hinaus anhalten können, wenn eine geringe Zahl an aufrechterhaltenden Sitzungen angeboten wird. Studien zeigten eine Überlegenheit individualisierter kognitiver Rehabilitation gegenüber einer Gruppentherapie hinsichtlich der Förderung funktioneller Fähigkeiten und bezüglich der Verzögerung einer Institutionalisierung.

3.6 Physiotherapie

Die Literatur und Studienlage zeigen deutlich die Wirksamkeit von physiotherapeutischen Massnahmen bei Schmerzen und Bewegungseinschränkungen (W. Achterberg et al., 2021). Die S3 Leitlinie spricht sich stark für körperliches Training zur Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens aus (DGPPN, 2023). Hier gilt es, den Zugang zu diesen Massnahmen für MmD genauso wie für kognitiv gesunden Menschen zu gewährleisten, da die Effektivität der ambulanten und stationären Rehabilitation der Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz gegeben ist (Gates et al., 2013; Korczak et al., 2012). Massnahmen für Bewegung und körperliche Aktivität erfordern jedoch einen individualisierten Ansatz bei Menschen mit MCI oder Demenz (Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020).

Gezieltes gleichzeitiges körperliches und kognitives Training mit interaktiven Komponenten zeigen bei MCI und bei leichten und mittleren Stadien der Demenz eine Verbesserung der körperlichen Funktion, eine Verbesserung der Fähigkeit zur exekutiven Kontrolle, eine Verbesserung der globalen Kognition sowie eine Verbesserung des Allgemeinzustands (Swinnen et al., 2021). Auch im Stadium der schweren Demenz zeigt sich durch aerobes Training und Widerstandstraining eine Verbesserung der körperlichen Funktion, der räumlichen Gedächtnisleistung und der exekutiven Funktion (Huang et al., 2022).

Durch gezielte physiotherapeutische Untersuchungen der körperlichen Strukturen, Funktionen und der Aktivität im Verlauf der Erkrankung werden Defizite wie Schmerz, Sturzrisiko, Dysphagie schnell erkannt und es können individuell optimal angepasste interprofessionelle Massnahmen geplant werden (Cui et al., 2018; Hobson et al., 2020; van der Wardt et al., 2020) und Trainings-Manuals optimal eingesetzt werden (Bruderer-Hofstetter et al., 2022). Hierdurch können auch gezielt Verhaltensprobleme reduziert werden (Law et al., 2020).

Idealerweise werden an Demenz erkrankte Menschen bei Schmerzen und Bewegungseinschränkungen konsequent an Physiotherapeut/-innen überwiesen. Wichtig ist die Erhaltung der Rumpfstabilität, v.a. bei schwerer Demenz, um möglichst lange und in Zusammenarbeit mit der Logopädie ein sicheres Schlucken zu gewährleisten. Insbesondere im Stadium der fortgeschrittenen Demenz sollte abhängig vom Krankheitsverlauf zirka 1 x jährlich ein Assessment zur Erfassung von Struktur (Schmerz, Bewegungseinschränkung), Funktion (Stabilität, Kraft, Gleichgewicht, kardio-pulmonaler Kapazität, Dysphagie) und motorisch kognitiven Fähigkeiten erfolgen und dieses eine Abklärung des Sturzrisikos beinhalten.

3.7 Ergotherapie

Ergotherapie wird verstanden als Therapie zur Verbesserung und Erhalt von Alltagsfunktionen und Handlungsfähigkeit mit dem Ziel der Verbesserung von Teilhabe und Lebensqualität im individuellen Alltag und Lebenskontext. Die Ergotherapie trainiert gezielt Fähigkeiten, welche MmD als wichtig erachten. Damit werden Alltagskompetenzen erhalten und die Angehörigen entlastet. Teile der ergotherapeutischen Behandlung sind dabei die Beratung und Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten, welche die Lebensqualität steigern (Chu et al., 2020), sowie das Training von alltagsrelevanten körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten (Bennett et al., 2019; Chu et al., 2020; Korczak et al., 2013). Kognitive Interventionen, sensorische Stimulation sowie Funktions- und Fertigkeitstraining gelten als wirksame, ergotherapeutische Interventionen (Korczak et al., 2013). Entsprechend der S3-Leitlinie wird Ergotherapie auch zur Behandlung depressiver Symptome empfohlen.

Verbreitet sind auch ergotherapeutische Gruppeninterventionen. Durch die Beratung und Umsetzung von angepassten Gruppenaktivitäten kann Ergotherapie oftmals Agitation, Halluzinationen, Angst, Aggressionen, Schlafstörungen oder sonstiges psychomotorisches Verhalten reduzieren (de Oliveira et al., 2019) .

Ergotherapie umfasst ausserdem auch die Behandlung von MmD und deren Angehörigen und kann diese in den Bereichen Alltagsaktivitäten, Selbstversorgung, Mobilität Haushaltführung und Freizeit unterstützen (Flotho and Sibold, 2021) und dadurch eine Reduktion der physischen (Korczak et al., 2013) und psychischen Belastung (Abrahams et al., 2018) von Angehörigen bewirken - (siehe hierzu auch Kapitel 3.13 – Beratungsangebote und Angehörigenarbeit bei Alzheimer und anderen Demenzformen).

3.8 Aktivierungstherapie

Aktivierungsfachpersonen HF arbeiten mit Einzelpersonen und mit Gruppen. In der Aktivierung kommen verschiedene Mittel (z.B. Musik, Bewegung oder Gedächtnistraining) und Methoden (z.B. Reminiszenzverfahren mit Biographiearbeit, Validation oder Basale Stimulation) zum Einsatz (Röker et al., 2022), deren Wirksamkeit in Studien untersucht wurde.

Für aktivierungstherapeutische Ansätze bei MmD liegt moderate Evidenz vor (Bennett et al., 2019; Sikkes et al., 2020), diese jedoch für eine grosse Bandbreite von Outcomes und sowohl direkt für die MmD als auch für Angehörige. In den NICE-Guidelines wird darauf hingewiesen, dass verschiedene körperliche Aktivitäten im Alltag (Spazieren, Tanzen, Balance-Übungen etc.) einen positiven Einfluss auf die Kognition und die Ausführung von Alltagsaktivitäten haben können. Angebote im Freien scheinen sich positiv auf Stimmung, soziale Teilhabe oder Schlaf auszuwirken können (Ng et al., 2023).

Angebote für die Alltagsgestaltung können ein breites Spektrum abdecken, es gilt jeweils situativ und individuell zu entscheiden, was für die Person mit Demenz angemessen ist. Es können beispielsweise biographische Bezugspunkte in die Wahl der Angebote einbezogen werden. Die Praxiserfahrung zeigt, dass individuell gestaltete Tagesstrukturpläne eine Hilfestellung für die Umsetzung geplanter Alltagsaktivitäten darstellen können. Sie sind jedoch insbesondere bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz flexibel zu handhaben. Während in frühen Stadien von Demenzerkrankungen Tagesstrukturen Sicherheit vermitteln können, kann ein zu rigid gehandhabter Tagesstrukturplan bei einer Person mit fortgeschrittener Demenz eher zu Konflikten führen.

3.9 Logopädie

Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen, die in allen Demenzformen auftreten, erschweren die soziale Teilhabe in einem hohen Mass. Ein spezielles Syndrom, das die Sprache und/oder das Sprechen beeinträchtigt, ist die Primär Progressive Aphasie. Insbesondere im MCI-Stadium und zu Beginn der Erkrankung ist eine logopädische Behandlung bei den sprachlich dominierten Varianten angezeigt, um eine effektive Kommunikation so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Auch wenn die Sprach- und/oder Sprechstörungen zu Beginn der Krankheit noch leicht sind, ist es sinnvoll, die pflegenden Angehörigen in die logopädische Behandlung einzubeziehen (Volkmer et al., 2020).

Übungen sollten alltagsrelevant bzw. biografisch bedeutsam sein. Je nachdem, auf welcher Ebene sich die Sprachstörung hauptsächlich zeigt, liegt der Schwerpunkt der logopädischen Behandlung im Bereich der Artikulation, der Wörter, des Satzes oder der Diskursfähigkeit.

Das Lesen kann eine Ressource zur Aufrechterhaltung der Kommunikation darstellen, insbesondere für jene Personen mit einer Demenz vom Alzheimer Typ (Hickey and Bourgeois, 2009; Steiner, 2018, 2010). Ebenso sind alternative Kommunikationsmittel wie Applikationen, Kommunikationsbücher, oder multimodale Ansätze via Gesten und Schrift empfehlenswert. Die Prävalenz von Dysphagien bei fortgeschrittener Demenz liegt bei über 80% (Eibl et al., 2019; Jonas and Javorszky, 2022). Eine ausführliche klinisch-logopädische Schluckuntersuchung (DGN and DGD, 2020; Eibl et al., 2019) schliesst instrumentelle Verfahren zur Untersuchung des Schluckvorgangs ein. Bei fortgeschrittener Demenz ist dies allerdings oft nicht möglich. Man weicht dann auf eine strukturierte Essensbeobachtung aus.

Therapeutisch ist die Methode der Wahl die funktionelle Dysphagietherapie. Hierbei wird das Schlucken z.B. durch Änderungen der Kopfhaltung aber auch Kostanpassungen unterstützt. Eine begleitende Beratung und Schulung von Pflegenden und Angehörigen ist obligater Bestandteil des Behandlungsplanes. In einer randomisierten Studie konnten zudem positive Effekte von Kopf-, Lippen-, Zungen- und Wangenübungen sowie Sprechübungen und Massage der Speicheldrüsen gezeigt werden (Chen et al., 2022).

3.10 Kunsttherapie

3.10.1 Musiktherapie

Nationale und internationale Leitlinien und Experten empfehlen konsistent den Einsatz von Musiktherapie (MT). Ein Cochrane Review (Gassner et al., 2022) liefert Hinweise darauf, dass Stimmung, Verhaltenssymptome, Kommunikation und physische Funktionen positiv von MT beeinflusst werden können. Die S3 Leitlinie sieht positive Effekte von Musik zur Behandlung depressiver Symptome und spricht eine starke Empfehlung für den personalisierten Einsatz bei Agitation aus. Eine Metaanalyse von Zhang et al. (2017) zeigt auf, dass musikbasierte Interventionen - kombiniert mit sozialer Interaktion - positive Auswirkungen auf Verhaltenssymptome und Ängstlichkeit haben können. Auch ein Verbesserungstrend hinsichtlich Depressionsanzeichen, kognitiver Funktion und Lebensqualität wird festgestellt. Eine Literaturübersicht stützt diese Erkenntnisse (Fusar-Poli et al., 2018; Popa et al., 2021), zeigt in einer Metaanalyse positive Effekte auf Aufmerksamkeit, Sprache und autobiographische Erinnerung und beschreibt messbar stärkere Effekte bei durch qualifizierte MusiktherapeutInnen geführten Therapien. Depressionssymptome verbessern sich unter Gruppenmusiktherapie signifikant stärker als durch Singgruppenteilnahme (Werner et al., 2017).

In den bestehenden Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (Savaskan et al., 2024) ist MT ebenfalls aufgenommen. Beschriebene Interventionen sind gemeinsames Singen, gemeinsames Hören von individuell ausgewählter biographisch relevanter Musik und begleitendem therapeutischem Gespräch oder Bewegung zu Musik. Einen besonderen Stellenwert hat die Musik bei mittelgradiger und fortgeschrittener Demenz bei der Erzeugung positiver Emotionen, dem Auslösen von Erinnerungen und der Kontaktaufnahme durch Betreuungspersonen (Huber et al., 2021).

Zusammengefasst zeigt die MT schon im MCI-Stadium positive Effekte auf die Lebensqualität, wobei aktive MT Vorrang hat vor rezeptiver MT und die Effekte im Einzelsetting grösser sind. Die Musikvorlieben sollten berücksichtigt werden (Garrido et al., 2018).

Playlisten/Musiksammlungen zum Entspannen, Motivieren oder Unterstützen pflegerischer Massnahmen werden empfohlen (Clare et al., 2020; Huber et al., 2021). In der Sammlung von passenden Stücken können private Bezugspersonen mit einbezogen werden. Da häufigere MT die positiven Effekte zu verstärken scheint, wird eine kontinuierliche Behandlung mehrmals pro Woche empfohlen (Moreno-Morales et al., 2020), wobei im Gruppensetting nicht mehr als 5-8 Patientinnen und Patienten teilnehmen sollten (Baker et al., 2019).

3.10.2 Weitere kunsttherapeutische Ansätze

Im 2018 erschienenen Cochrane Review mit Fokus auf der Maltherapie wird keine ausreichende Evidenz für die Kunsttherapie gesehen (Deshmukh et al., 2018). In der aktualisierten S3 Leitlinie wird die Tanztherapie zur Behandlung depressiver Symptome bei MCI und Demenz empfohlen. Auf weitere kunsttherapeutische Ansätze wird dort nicht mehr explizit eingegangen und es besteht die dringliche Notwendigkeit weiterführender Forschung.

Eine auch in der Drama- und Sprachtherapie verwendete Gruppenintervention in Form gemeinsamen Lesens ergab in einer Untersuchung mit mixed-methods Design in drei Settings Pflegeheim, Spital und Tageszentrum eine Zunahme von Freude, Authentizität, Sinnhaftigkeit und einem neuen Gefühl persönlicher Identität sowie eine Verbesserung des Zuhörens, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit (Billington et al., 2013).

Gestaltungs- und Maltherapie verbessert unter randomisierten Kontrollbedingungen die Vigilanz, Kontaktfreudigkeit und das körperliche und soziale Engagement bei mittelschwerer und schwerer Demenz im Vergleich mit Freizeitaktivitäten (Rusted et al., 2006).

Einen Stellenwert haben kunsttherapeutische Ansätze als Möglichkeit positiver Betätigungen und alternativer Ausdrucksform. Sie bieten zudem einen Rahmen für gemeinsame Aktivitäten. Außerdem wird davon ausgegangen, dass die Interventionen über das Angebot hinaus positive Effekte auf das Umfeld haben können. Dies wiederum zielt auf die Entlastung von Angehörigen und Pflegenden ab (Rusted et al., 2006).

3.11 Tiergestützte Therapie

Der Begriff «Tiergestützte Interventionen» gilt als Überbegriff.

Wie für die Fachperson, braucht es auch für die eingesetzten Tiere eine fachgerechte, intensive Vorbereitung und für die Tiere auch eine spezielle Zertifizierung.

Generell werden tiergestützte Interventionen eingesetzt zur Förderung sozialer, emotionaler, physischer sowie kognitiver Kompetenzen (Klimova et al., 2019).

Zur Behandlung von Agitiertheit besteht aktuell keine Evidenz. Die Wirksamkeitsforschung ist jedoch noch lange nicht abgeschlossen.

3.12 Beratungsangebote und Angehörigenarbeit bei Alzheimer und anderen Demenzformen

Beratung von Patient und Umfeld ist ein Kernelement der Therapie der Demenzerkrankungen und Voraussetzung für einen geeigneten Umgang mit der Erkrankung. Die einmalige Beratung, z.B. gleich bei der Übermittlung einer Diagnose reicht dabei nicht aus (IQWiG, 2021). Oftmals kommen den Betroffenen die wesentlichen Fragen bzgl. ihrer Erkrankung und des Lebens mit der Erkrankung erst nach einer gewissen Zeit in den Sinn. Ein angeleitetes Vorgehen von Anfang an, das den Erkrankten und ihren Familienmitgliedern aufzeigt, welche Informationen relevant sind, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt und wie sie trotz einer Demenzerkrankung ein erfülltes Leben führen können, ist entscheidend, da dies Orientierung über verfügbare Unterstützung und Hilfe bietet (Aminzadeh et al., 2007). Themen reichen dabei von Informationsvermittlung und psychosozialer Unterstützung im Frühstadium bis zur Vermittlung geeigneter therapeutischer Angebote und der Organisation von Betreuung

und Pflege in späteren Phasen. Gerade bei Angehörigen mit eigenen Verpflichtungen (kleine Kinder, Berufstätigkeit) geht es auch um die Vereinbarkeit. Bestandteil von Angehörigenarbeit ist aber auch die Vermittlung von Skills im Umgang mit MmD, z. B. bei BPSD oder bzgl. der allgemeinen Kommunikation.

Diese komplexe Aufgabe muss personenzentriert erfolgen und erfordert professionelle Kompetenz, da die Betroffenen selbst meist damit überfordert sind. Wichtig ist dabei die Niederschwelligkeit. So empfiehlt z.B. die S3 Leitlinie, Angehörigen von Demenzerkrankten bereits bei leichten Belastungssymptomen Multikomponenten Intervention in Kombination mit Beratung anzubieten.

Da die Beratungsansätze vielfältig und daher kaum vergleichbar sind, finden sich bis heute kaum qualifizierte Studien zur Wirkung von Beratung von MmD im engeren Sinne.

Die therapeutische Wirkung von Beratungsinterventionen bei Demenz zielt vor allem auf die positive Beeinflussung des emotionalen Wohlbefindens, die Stärkung der Resilienz, die Verringerung von Stress oder Angst und die Stärkung der Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit der Krankheit. Dies sind alles Aspekte, welche sich zusammen mit der reinen Informationsvermittlung auch im Konzept des Empowerments finden.

Schulungsprogramme als eine Form von Beratung zielen auf eine systematischere, oft strukturiertere Art der Vermittlung von Wissen und Aufbau bzw. Stärkung von Fähigkeiten, sodass MmD (und oft auch ihre Betreuenden) besser mit der Krankheit umgehen können.

Im Zug des Trends zur Digitalisierung kommen zunehmend auch neue Technologien im Kontext von Beratungen zum Einsatz.

Aber auch ausserhalb des engeren medizinischen Verständnisses von Beratung, sind Online- oder telefonbasierte Ansätze insbesondere auch für betreuende Angehörige mit positiven Effekten verbunden. Eine kombinierte Durchführung von Mehrkomponenten-Interventionen per Telefon und Internet scheint demnach relativ mehr positive Ergebnisse bei der Verringerung von Depression und Belastung sowie bei der Steigerung der Selbstwirksamkeit zu bringen als die alleinige Durchführung per Telefon oder Internet (Deeken et al., 2019; Jackson et al., 2016).

Case Management und Zugehende Beratung

Um einerseits psychologische Hindernisse aufgrund der noch immer gegebenen Stigmatisierung von Demenzerkrankungen zu vermeiden und andererseits die Erkrankten und ihre Angehörigen auch bei fortschreitender Erkrankung bedarfs- und bedürfnisgerecht begleiten zu können, bietet demenzspezifisches Case Management, z.B. auch in Form von «Zugehender Beratung» einen sinnvollen Ansatz (Becker, 2021; Imhof and Imhof, 2020). In diese Richtung geht auch der international immer stärker geforderte Dementia Care Manager mit Evidenz zur Reduktion von Komplikationen und Verzögerung von Heimeintritten (IQWiG, 2021)

Beratungsstellen

In der Schweiz gibt es unterschiedliche Stellen, an die sich Angehörige wenden können: Memory Clinics, Haus- und Spezialärzte, Beratungsstellen, Bildungszentren sowie verschiedene Angebote zur Altersberatung der Gemeinden. Teilweise gehören diese zu national tätigen Organisationen wie Alzheimer Schweiz und Pro Senectute oder haben sich lokal entwickelt. Sie unterscheiden sich im Schwerpunkt (Pro Senectute z.B. finanzielle und rechtliche Aspekte, Alzheimer Schweiz z.B. Beratung bezüglich der Krankheit selbst und dem Umgang damit), die Übergänge sind aber fließend. Die Angebote unterscheiden sich auch im Hinblick auf den Leistungsumfang (z.B. aufsuchend) und die Vernetzung (z.T. enge Zusammenarbeit mit med. Dienstleistern wie Memory Clinics) und die Finanzierung. Meist sind erste Beratungsgespräche kostenlos. Zudem können die zahlreich verfügbaren Online-Ressourcen (z.B. www.alz.ch und <https://alzguide.ch>) als Ergänzung sinnvoll sein.

Peer Support

Peer-Support durch andere pflegende Angehörige kann den psychosozialen Stress von betreuenden Angehörigen verringern und das Supportnetz eines MmD stärken (Carter et al., 2020). Peer-Support kann persönlich oder online angeboten werden, wobei beide Formen, wenn konsistent genutzt, für pflegende Angehörige von Nutzen sein können. Aufgrund der sehr heterogenen Datenlage ist der Stellenwert noch nicht abschliessend zu bewerten (Gilbert et al., 2023).

3.13 Interventionelle Verfahren

Verschiedene interventionelle Verfahren wurden bei Demenz untersucht. In dieser Gruppe finden sich Verfahren, die durch einen internen oder externen Impuls versuchen, bestimmte Hirnareale zu aktivieren oder zu hemmen, um hiermit Effekte auf Symptome einer Demenz zu erzielen. Im Gegensatz zu medikamentösen Innovationen, welche im Rahmen eines Zulassungsverfahrens die Sicherheit und die Wirksamkeit beweisen müssen, sind die interventionellen Verfahren weniger stark reguliert. So sind im Schweizer Gesundheitsmarkt verschiedene Verfahren verfügbar, welche zwar CE-zertifiziert sind und damit als hinreichend sicher gelten, jedoch ihre Wirksamkeit bisher nicht in qualitativ ausreichenden und grossen Studien zeigen konnten. Dies ist besonders bedenklich, da einige Firmen bereits heute versuchen, ihre Produkte für die Behandlung von MmD zu vermarkten.

Repetitive transkranielle magnetische Stimulation (rTMS)

Die rTMS ist ein neuromodulatorisches Verfahren, welches durch Stimulation mit einer Magnetspule an der Kopfoberfläche ein elektrisches Feld in der Tiefe des Gehirns erzeugen kann. Dieses ist grundsätzlich in der Lage, Hirnregionen selektiv zu erregen. Durch wiederholte Anwendung soll die Erregbarkeit kortikaler Neurone langfristig moduliert werden. Die Behandlungsmethode ist in der Neurologie und Psychiatrie in anderen Indikationen etabliert und gilt als nebenwirkungsarm. In einer Meta-Analyse von 13 kleinen randomisierten kontrollierten Studien bei Menschen mit MCI und früher Alzheimer-Demenz (Chou et al., 2020) zeigten sich positive Effekte auf Gedächtnis und exekutive Funktionen, abhängig von den stimulierten Hirnregionen. Die eingeschlossenen Studien waren qualitativ gut und umfassten neben der echten Behandlung eine Kontrollgruppe mit sogenannter Sham-Stimulation (Schein-Applikation der Anwendung). In einer neueren Arbeit (Koch et al., 2022) konnten eine Verlangsamung der kognitiven und funktionellen Verschlechterung nach 24-wöchiger rTMS

zeigen. Insgesamt sind die verfügbaren Daten noch zu gering, um eine breite Anwendung bei Demenz ausserhalb von klinischen Studien empfehlen zu können.

Transkranielle Pulsstimulation

Mit der transkraniellen Pulsstimulation sollen von aussen durch die Schädeldecke tiefer liegende Hirnstrukturen erregt werden. Je nach Applikationsort können so selektiv Hirnareale erregt werden. Bisherige Studien haben zwar Effekte auf einige für die Alzheimer Demenz relevante Funktionen messen können (Beisteiner et al., 2019), die Studien wurden aber ohne Kontrollgruppe durchgeführt und genügten auch sonst nicht hohen qualitativen Standards. Insgesamt liegen noch nicht genügend Daten vor, eine Anwendung ausserhalb von klinischen Studien kann nicht empfohlen werden.

Transkranielle elektrische Stimulation

Die transkranielle elektrische Stimulation kann auf verschiedene Arten auf der Kopfoberfläche appliziert werden. Es wurden Studien mit Wechselstrom (transcranial alternating current stimulation, tACS), Gleichstrom (transcranial direct current stimulation, tDCS) oder zufälliger Stromapplikation (transcranial random current stimulation, tRCS) durchgeführt (Buss et al., 2019). Sowohl zur tDCS als auch zur tACS liegen Daten aus randomisierten und sham-kontrollierten Studien vor, die eine Wirksamkeit auf Kernsymptome der Alzheimer Demenz wie die episodische Gedächtnisstörung nahelegen (Benussi et al., 2022), wobei die Effekte auch über den eigentlichen Behandlungszeitraum hinaus messbar blieben (Gangemi et al., 2021). Doch auch bei dieser Methode sind die Studiendaten zum heutigen Zeitpunkt noch heterogen und vorläufig, so dass ein Einsatz ausserhalb von klinischen Studien nicht empfohlen wird.

Tiefe Hirnstimulation

Die tiefe Hirnstimulation (deep brain stimulation, DBS) ist ein invasives Verfahren, bei dem Elektroden an unterschiedlichen Zielpunkten in der Tiefe des Gehirns platziert werden. Über Stromimpulse werden dann umliegende Hirnstrukturen erregt oder gehemmt. Das Verfahren ist in der Behandlung von Menschen mit Parkinson und anderen Bewegungsstörungen gut etabliert. Üblicherweise stellt das Vorliegen einer Demenz aber eine Kontraindikation für die Anwendung bei Parkinsonerkrankung dar, so dass nur begrenzte Studiendaten hinsichtlich des Einflusses auf den Verlauf einer Demenz vorliegen. Studien mit Menschen mit einer Demenz vom Alzheimer Typ haben andere Zielpunkte als bei Bewegungsstörungen untersucht. Sie haben letztlich widersprüchliche Ergebnisse gezeigt (Kuhn et al., 2015; Laxton et al., 2010; Lozano et al., 2016), so dass das Verfahren zum heutigen Zeitpunkt ausserhalb von klinischen Studien für MmD nicht empfohlen werden kann.

3.14 Palliative Care, Advance Care Planning (ACP)

Demenz ist ein Syndrom, dass meist Ausdruck einer unheilbaren, lebensverkürzende Krankheit ist, die mit ihren Begleiterkrankungen schliesslich zum Tod führt, obgleich die Menschen jahrelang mit der Krankheit leben können. Eine adäquate Palliativversorgung hat die Verbesserung der Lebensqualität, den Funktionserhalt und die Maximierung des Wohlbefindens im ganzen Krankheitsverlauf zum Ziel und nimmt auch die Bedürfnisse der Angehörigen auf (van der Steen et al., 2014). Weil Kognition, Kommunikations- und Urteilsfähigkeit im Krankheitsverlauf abnehmen, ist eine frühzeitige Vorausplanung (ACP) mit dem MmD wichtig, um Präferenzen, Werte, Bedürfnisse und Vorstellungen für spätere Krankheitsphasen festzuhalten (Piers et al., 2018).

Im Krankheitsverlauf ist die Linderung von beeinträchtigenden Symptomen zentral. Mit abnehmender Kommunikationsfähigkeit wird das Assessment durch eine Beobachtung von Verhaltensänderungen ersetzt (Ahn and Horgas, 2013; Atee et al., 2021). BPSD können Ausdruck von Schmerzen sein, eine probatorische analgetische Therapie ist zu erwägen (Husebo et al., 2011; Schuler, 2019). Der Analgetika-Einsatz ist regelmässig wieder zu evaluieren (W. P. Achterberg et al., 2021). Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsmassnahmen sind im palliativen Sinne anzuwenden.

Im Krankheitsverlauf erfordern gesundheitliche Störungen sorgfältige Entscheidungen bezüglich Behandlungsziel unter Berücksichtigung des ACP, um unnötige Hospitalisationen und Interventionen zu vermeiden (Leniz et al., 2021).

Bei sehr weit fortgeschrittener Demenz können Antidementiva abgesetzt werden. Dies gilt auch für zahlreiche präventive Medikamente. Für z. B. einen Mini Mental-Status Wert von 9 Punkten besteht weiterhin eine Wirkevidenz (nächstes Kapitel). Zentral bleibt eine gute Symptomkontrolle.

4 Medikamentöse Therapie

4.1 Symptomatische medikamentöse Therapie

Alle bislang zugelassenen medikamentösen Therapieansätze sind symptomatisch wirksam. Sie richten sich also nicht direkt gegen die krankheitsauslösende Neurodegeneration oder die pathologischen Eiweissablagerungen bei der Alzheimer-Krankheit (Tau und Amyloid) im Gehirn. Orientierend lässt sich sagen, dass diese Medikamente die Punktzahl im Mini-Mental Status bei MmD aufgrund einer Alzheimer Krankheit um gut einen Punkt verbessern und es einige Wochen dauert, bis der Effekt maximal deutlich wird. Wichtiger sind oft die Verbesserungen von Alltagsfunktionen. Da die Medikamente bereits lange verfügbar sind, erfüllen die ursprünglichen Zulassungsstudien nicht mehr die heutigen Standards. Dies hat dazu geführt, dass einige Länder (z.B. Frankreich) ihre Erstattungsfähigkeit eingeschränkt haben.

Für alle Substanzen wird eine langsame Eindosierung empfohlen. Insgesamt werden die Substanzen gut vertragen.

4.1.1 AChE-Inhibitoren

Alzheimer Krankheit

Die drei Acetylcholinesteraseinhibitoren (AChE-I) Donepezil, Rivastigmin und Galantamin sind empfohlen für die symptomatische Behandlung der leichten bis mittelgradigen Demenz aufgrund einer Alzheimer Krankheit. Neben einer Verbesserung der Kognition sind Verbesserungen der ADL und ein Rückgang u.a. der Apathie gezeigt. Für SCD und MCI fehlt ein Wirksamkeitsnachweis. Grundsätzlich sollte bei guter Verträglichkeit mit den höchsten zugelassenen Dosierungen behandelt werden (10 mg/Tag Donepezil; 12 mg/Tag bei Rivastigmin in oraler Gabe und 9,5 mg oder 13,3 mg /24 Stunden als Pflasterapplikation, 24 mg/Tag Galantamin). Häufige Nebenwirkungen wie Nausea, Schwindel, Inappetenz oder Müdigkeit sind meistens vorübergehend. Eine einschleichende Titration verbessert die Verträglichkeit. Eine kognitive Verschlechterung in zeitlichem Zusammenhang mit der Eindosierung rechtfertigt ein Auslassversuch. Bei den AChE-I sind bradykarde

Rhythmusstörungen und insb. bei oraler Einnahme eine Diarrhoe zu beachten. Bei obstruktiven Lungenerkrankungen ist Vorsicht geboten.

Vorliegende Daten sprechen für eine vorhandene, aber geringere Wirksamkeit niedrigerer Dosierungen. Der Effekt der AChE-Inhibitoren ist moderat, bleibt aber auch bei längerem Einsatz signifikant, wie neuere Arbeiten mit Langzeitdaten zeigen (Xu et al., 2021). In dieser und weiteren Studien haben MmD unter AChE-I auch eine reduzierte Gesamtmortalität. Dieser Effekt könnte durch die verbesserte Kognition oder durch eine kardioprotektive Wirkung der Substanzklasse bedingt sein (Nordström et al., 2013).

AChE-I stehen auf der Spezialitätenliste. Die Limitationen erfordern die wiederholte Durchführung des MMSE zur Unterstützung einer Nutzen/Risiko-Abwägung. Bei einem Wert unter 10 fordert die Limitation zudem die Beendigung. Im Gegensatz dazu empfehlen die deutschsprachige S3 Leitlinie und die Daten der Domino-AD Studie hingegen die Weiterführung (Howard et al., 2015), die aber begründet werden sollte (off-label). Im Stadium erheblicher Funktionseinschränkungen (z.B. Bettlägerigkeit und umfassender Pflegebedarf) sollte die Behandlung beendet werden.

Andere Formen der Demenzerkrankungen

Menschen in leichten bis mittleren Stadien einer Demenz bei Parkinson-Erkrankung oder aufgrund einer LBK/LBD sollte Donepezil oder Rivastigmin angeboten werden. Dies sollte auch im Stadium der schweren Demenz erwogen werden (NICE-Guidelines). Rivastigmin kann in dieser Indikation Verhaltenssymptome günstig beeinflussen (Taylor et al., 2020). In der Schweiz besteht eine Zulassung von Rivastigmin Kapseln für die Demenz bei Parkinsonerkrankung, in den weiteren Indikationen handelt es sich um eine off-label Behandlung.

Bei einer rein vaskulären Demenz empfiehlt die S3-Leitlinie Donepezil oder Galantamin in hoher Dosierung aber auch Memantin zur Behandlung der Kognition. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Demenzen bei hoch Betagten in der Mehrzahl um Mischformen handelt. Bei Demenz aufgrund einer FTLD sind AChE-I ungeeignet.

4.1.2 Memantin

Alzheimer Krankheit

Memantin ist zugelassen für die mittelgradig bis schwere Demenz aufgrund einer Alzheimer Krankheit. Bei moderater Demenz sollte bei guter Verträglichkeit jedoch den AChE-I der Vorzug gegeben werden (NICE). Auch hier sollte bei guter Verträglichkeit und langsamer Aufdosierung mit der Höchstdosis von 20 mg behandelt werden. Die Limitatio verlangt zudem die wiederholte Durchführung des MMSE und einen Punktwert zwischen 3 und 19 Punkten. In internationalen Leitlinien wird die Eindosierung von Memantin zur laufenden AChEI Behandlung teilweise empfohlen. In den kürzlich veröffentlichten S3 Leitlinie wird davon jedoch unter Verweis auf Unverträglichkeiten stark abgeraten. Für MCI und SCD bestehen weder Wirksamkeitsnachweis noch Zulassung.

Weitere Demenzformen

Für die Behandlung einer Demenz bei LBK gilt Memantin als 2. Wahl nach den AchE-I (siehe oben). Bei FTLD wird empfohlen beide Substanzgruppen nicht einzusetzen. Memantin wirkt eher sedierend als AChE-I.

4.1.3 Ginkgo biloba

Alzheimer Demenz und vaskuläre Demenz

Die deutschsprachige S3 Guideline bewertet Ginkgo biloba in einer Dosis von 240 mg täglich positiv in Bezug auf «Aktivitäten des täglichen Lebens» sowie u.a. für die kognitiven Fähigkeiten. Empfohlen wird der Einsatz bei leichter bis mittelgradiger AD oder vaskulärer Demenz mit nicht-psychotischen Verhaltenssymptomen. Der Empfehlungsgrad für die Verbesserung der Kognition ist aber niedriger als jener für z.B. die AChE-Inhibitoren. Es stehen verschiedene Präparate zur Verfügung, die sich in ihrer chemischen Zusammensetzung leicht unterscheiden. Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen wurden mit dem Extrakt Egb 761 durchgeführt. Insgesamt gilt der Einsatz als sicher (Gruenwald et al., 2020). Aufgrund der heterogenen Studienlage sind allerdings wenig Daten zur Sicherheit vorliegend. Vermutet wird eine erhöhte Blutungsneigung insb. in Kombination mit gerinnungshemmenden Substanzen. Insgesamt kann bei leichter bis mittlerer Demenz aufgrund einer Alzheimer Krankheit aber auch einer vaskulären Demenz die Behandlung erwogen werden. Dies gilt insbesondere für Menschen die Phytotherapien favorisieren oder für welche die anderen AChE-I und Memantin nicht in Frage kommen.

Subjektive kognitive Störung (SCD) und leichte kognitive Störung (MCI)

In der Schweiz ist die Zulassung dieser Substanzen breit gefasst («Einbussen in der mentalen Leistungsfähigkeit»). Damit sind Ginkgo-Präparate die einzigen Substanzen, die auch im MCI-Stadium eingesetzt werden können. Allerdings haben grosse randomisierte Studien keinen signifikanten Effekt auf die Entwicklung einer Demenz gezeigt (DeKosky, 2008; Vellas et al., 2012). Hingegen zeigen Daten aus Verschreibungsregistern, dass Menschen unter Ginkgo weniger häufig eine Demenz entwickeln (Bohlken et al., 2022). Die Diskrepanz dürfte durch unterschiedliche Studiendesigns und Beobachtungszeiträume zu erklären sein. Zusammenfassend kann eine Behandlung mit Ginkgo im Stadium SCD und MCI erwogen werden. Sie sollte aber immer mit einer ausführlichen Beratung zu demenzpräventiven Massnahmen (Livingston et al., 2020) kombiniert werden.

Andere Demenzformen

Ein Wirksamkeitsnachweis für LBD/LBK und FTL D liegt nicht vor.

4.2 Krankheitsmodifizierende Therapien

Im Zeitraum der Erstellung der vorliegenden Therapieempfehlungen wurden Zulassungsanträge für die neuen krankheitsmodifizierenden Therapien Lecanemab und Donanemab bei der Swissmedic eingereicht. Eine Entscheidung hierüber steht aus. Diese Medikamente haben in grossen Phase-III-Studien gezeigt, dass sie die Amyloidlast im Gehirn von Menschen mit frühen Stadien einer Alzheimer Krankheit effektiv reduzieren können und auch moderate Effekte auf die Progredienz der klinischen Symptome aufweisen.

Da sich die vorliegenden Empfehlungen auf zugelassene bzw. in der Schweiz verfügbare Therapien beschränken, erfolgt an dieser Stelle (noch) keine weitere Bewertung dieser neuen Therapien. Wir verweisen auf separate Stellungnahmen, welche zu gegebener Zeit publiziert werden.

4.3 Andere medikamentöse Therapien

Genauso wichtig wie der Einsatz von Medikamenten zur Verbesserung der Kognition ist die Vermeidung von Medikamenten, welche die Kognition verschlechtern. PRISCUS (Holt et al., 2010) und START-STOPP (O'Mahony, 2016) sind Zusammenstellungen von im Alter potentiell ungeeigneten Medikamenten (Potentially inappropriate medication, PIMs). Hierzu zählen z.B. trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine und Neuroleptika aber auch Dopamin-Agonisten, lang-wirksame Opioide und etliche Antihistaminika.

Ausführliche Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von BPSD liegen bereits vor (Savaskan et al., 2024, 2014)

5 Substanzbasierte Therapien / Nahrungsergänzungsmittel

Beim Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln bei Demenzerkrankung gibt es verschiedene, möglicherweise wirksame Behandlungsansätze, die von einer Hirnversorgung mit spezifisch-neuroprotektiven Mikronährstoffen, über energetische Verbesserung mittels Keto-Diät bis zur gezielt cerebralen Inflammationsbeeinflussung via Mikrobiom Veränderung (Braunalgen) reichen. Angesichts des Pilotcharakters der dazu vorliegenden wissenschaftlichen Studien lassen sich zum heutigen Zeitpunkt keine allgemeinen Empfehlungen ableiten. Dies betrifft nicht die Behandlung von gezielt nachgewiesenen Mangelzuständen oder die allgemeinen Empfehlungen der Altersmedizin zu Vitamin D.

6 Ausblick

Fachkraftmangel und Kostendeckung

Trotz der neusten Entwicklungen bei den Antikörper-basierten Therapien wird die Versorgung und Therapie der Demenzerkrankungen eine gesellschaftliche Herausforderung bleiben. Diese Herausforderungen spitzen sich aufgrund der erwarteten Verdoppelung der Fallzahlen bis 2050 und dem Fachkraftmangel erheblich zu. Es erscheint aktuell nicht realistisch, den Demenzbetroffenen flächendeckend die optimale Therapie zukommen zu lassen. Viele der in diesem Dokument gemachten Empfehlungen müssen aufgrund fehlender lokaler Angebote und deren Finanzierung angepasst werden. Erforderlich ist insbesondere aber eine gesellschaftliche Diskussion, was die Demenzversorgung kosten darf und wie integriert beispielsweise MmD sein sollen.

Neue Technologien

Neue Technologien, welche im Pflegebereich angewendet werden, beziehen sich vor allem auf Tracking-Technologien oder assistierende Technologien, computer-basierte kognitive Interventionen oder Sozialroboter.

Geräte mit Tracking-Technologie (z.B. GPS-Ortung, Bodensensor) können die Sicherheit von Erkrankten verbessern und Angehörige beruhigen, wodurch sich Erkrankte beispielsweise draussen oder im Haus frei bewegen können und so ihre Unabhängigkeit und soziale Teilhabe länger erhalten bleibt (Zucchella et al., 2018). Tracking Technologien werden in unterschiedlichen Demenzstadien angewendet. Assistierende Technologien (z.B. Benachrichtigungssysteme, Tablets mit Erinnerungsfunktion oder Video Monitoring) hingegen können Menschen mit MCI oder beginnender Demenz bei Aktivitäten im Alltag unterstützen (z.B. an die Einnahme von Medikamenten zum richtigen Zeitpunkt erinnern) und dadurch

deren Unabhängigkeit länger erhalten (Zucchella et al., 2018). Bei beiden Technologien gibt es noch offene ethische Fragestellungen, welche in der Schweiz noch ungenügend durch Richtlinien gestützt werden.

Weitere Informationen zu für die jeweilige individuelle Situation angemessenen Hilfsmitteln kann im Rahmen einer (kostenlosen) Beratung bei z.B. bei Alzheimer Schweiz erfolgen (www.alz.ch).

Computer-basierte (kognitive) Interventionen, wie zum Beispiel Videospiele, Quiz, oder das Schauen von Videos, wirken sich positiv auf die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis von MmD aus (Pappadà et al., 2021; Zucchella et al., 2018). In der Zusammenschau sieht die S3 Leitlinie jedoch eine schwache Evidenz gegen den Einsatz eines selbst-durchgeführten kognitiven Trainings für MmD, wenn die Verbesserung der Kognition das Ziel ist. Die durchgeführten Studien sind sehr heterogen. Die Effekte dürften von der Zielgruppe und dem Rahmen des Trainings (computerbasiertes Gruppentraining vor Ort vs. Training im Internet) genauso abhängen wie von den Trainingsinhalten. Personen mit MCI oder beginnender Demenz bevorzugen eher anspruchsvolle Aufgaben (wie Quiz oder Videospiele), Menschen mit fortgeschrittener oder schwerer Demenz bevorzugen statische und sinnesbezogene Inhalte wie Musik hören oder Videos ansehen (Pappadà et al., 2021). In diese Gruppe gehört auch die Virtuelle Realität (VR) Technologie, welche Echtzeitsimulationen und Interaktionen über mehrere Sinneskanäle beinhaltet. Gemäss der Literaturübersicht von (Zhu et al., 2021) kann VR bei Personen mit MCI oder Demenz die kognitiven und motorischen Funktionen verbessern, insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit/Ausführung, Gedächtnis, globale Kognition und Gleichgewicht. Insgesamt kann jedoch zu computerbasierten Interventionen keine Empfehlung abgegeben werden, da die Implementierung und der Einsatz in der Schweizer Praxis noch wenig erforscht wurden.

In Bezug auf Sozialroboter, wie z.B. PARO oder CuDDler (mechanische Plüschtiere) ist die Evidenz geteilt. Es gibt Studien, die keinen zusätzlichen Effekt von mechanischen Plüschtieren zum Einsatz herkömmlicher Plüschtiere aufzeigen (Pappadà et al., 2021). PARO, eine auf Stimme und Berührung reagierende Robbe, wird vereinzelt in Schweizer Heimen angewendet. PARO kann sich positiv auf Unruhe, Apathie, depressive Symptome sowie soziale Interaktionen und das psychische Wohlbefinden auswirken (Ghafurian et al., 2021; Hirt et al., 2021). Jedoch waren Übersichtsarbeiten zuletzt eher negativ (Yu et al., 2022). PARO findet Einsatz in unterschiedlichen Demenzstadien. Wie sich neue Technologien wie Sozialroboter oder computerbasierte kognitive Technologien im Alltag (insbesondere im Schweizer Kontext) implementieren und über längere Zeit einsetzen lassen, ist noch ungenügend untersucht worden und somit fällt die Empfehlungsstärke gering aus. Klar ist jedoch, dass neue Technologien zukünftig eine grössere Rolle spielen werden.

Danksagungen

Wir danken senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz, und LangzeitSchweiz, Schweizer Fachverband für Langzeitpflege und –betreuung, für ihre Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren. Wir danken Reto Kressig für eine ergänzende Kommentierung. Wir danken Sandra Habegger für die Editierung des Textes. Es handelt sich hierbei um die 1. Auflage der Therapieempfehlungen. Gerne nimmt die Geschäftsstelle SMC Anregungen für eine Neuauflage entgegen.

Literatur

- Ablinger, I., Dressel, K., Rott, T., Lauer, A.A., Tiemann, M., Batista, J.P., Taddey, T., Grimm, H.S., Grimm, M.O.W., 2022. Interdisciplinary Approaches to Deal with Alzheimer's Disease-From Bench to Bedside: What Feasible Options Do Already Exist Today? *Biomedicines* 10, 2922. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10112922>
- Abrahams, R., Liu, K.P.Y., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K.S.L., Bye, R., Chaudhary, K., Chu, L.-W., 2018. Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Aust Occup Ther J* 65, 208–224. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12464>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., Herr, K., 2021. [Pain in dementia]. *Schmerz* 35, 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00501-w>
- Achterberg, W.P., Erdal, A., Husebo, B.S., Kunz, M., Lautenbacher, S., 2021. Are Chronic Pain Patients with Dementia Being Undermedicated? *J Pain Res* 14, 431–439. <https://doi.org/10.2147/JPR.S239321>
- Ahn, H., Horgas, A., 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatr* 13, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>
- Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F.J., Eisner, M., 2007. Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Ment Health* 11, 281–290. <https://doi.org/10.1080/13607860600963695>
- Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S., Cunningham, C., 2021. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *J Pain Symptom Manage* 61, 1215–1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., Woods, B., 2013. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Baker, F.A., Bloska, J., Braat, S., Bukowska, A., Clark, I., Hsu, M.H., Kvamme, T., Lautenschlager, N., Lee, Y.-E.C., Smrokowska-Reichmann, A., Sousa, T.V., Stensaeth, K.A., Tamplin, J., Wosch, T., Odell-Miller, H., 2019. HOMESIDE: home-based family caregiver-delivered music and reading interventions for people living with dementia: protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 9, e031332. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031332>
- Ball, E.L., Owen-Booth, B., Gray, A., Shenkin, S.D., Hewitt, J., McCleery, J., 2020. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 8, CD003150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003150.pub3>
- Becker, S., 2021. Case Management bei Demenz: Mehr als «nice to have» Case Management, 18(2), pp. 80-84.
- Beisteiner, R., Matt, E., Fan, C., Baldysiak, H., Schönfeld, M., Philippi Novak, T., Amini, A., Aslan, T., Reinecke, R., Lehrner, J., Weber, A., Reime, U., Goldenstedt, C., Marlinghaus, E., Hallett, M., Lohse-Busch, H., 2019. Transcranial Pulse Stimulation with Ultrasound in Alzheimer's Disease-A New Navigated Focal Brain Therapy. *Adv Sci (Weinh)* 7, 1902583. <https://doi.org/10.1002/advs.201902583>
- Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., Wiseman, J., Gitlin, L., 2019. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 9, e026308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026308>
- Benussi, A., Cantoni, V., Grassi, M., Brechet, L., Michel, C.M., Datta, A., Thomas, C., Gazzina, S., Cotelli, M.S., Bianchi, M., Premi, E., Gadola, Y., Cotelli, M., Pengo, M., Perrone, F., Scolaro, M., Archetti, S., Solje, E., Padovani, A., Pascual-Leone, A., Borroni, B., 2022. Increasing Brain Gamma Activity Improves Episodic Memory and Restores Cholinergic Dysfunction in Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* 92, 322–334. <https://doi.org/10.1002/ana.26411>

- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., Kinderman, P., 2013. A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspect Public Health* 133, 165–173. <https://doi.org/10.1177/1757913912470052>
- Bohlken, J., Peters, O., Kostev, K., 2022. Association Between Ginkgo Biloba Extract Prescriptions and Dementia Incidence in Outpatients with Mild Cognitive Impairment in Germany: A Retrospective Cohort Study. *J Alzheimers Dis* 86, 703–709. <https://doi.org/10.3233/JAD-215348>
- Bruderer-Hofstetter, M., Tomic, S., Deininger, R., Eijqoudt, E., 2022. Entwicklung und Evaluation einer Trainingsapplikation für Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung [WWW Document]. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. URL <https://www.zhaw.ch/de/forschung/forschungsdatenbank/projektdetail/projektid/6156/> (accessed 11.20.23).
- Bürge, M., Bieri, G., Brühlmeier, M., Colombo, F., Demonet, J.-F., Felbecker, A., Georgescu, D., Gietl, A., Brioschi Guevara, A., Jüngling, F., Kirsch, E., Kressig, R.W., Kulic, L., Monsch, A.U., Ott, M., Pihan, H., Popp, J., Rampa, L., Rüegger-Frey, B., Schneitter, M., Unschuld, P.G., von Gunten, A., Weinheimer, B., Wiest, R., Savaskan, E., 2018. Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia. *Praxis (Bern 1994)* 107, 435–451. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002948>
- Buss, S.S., Fried, P.J., Pascual-Leone, A., 2019. Therapeutic noninvasive brain stimulation in Alzheimer's disease and related dementias. *Curr Opin Neurol* 32, 292–304. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000669>
- Carter, G., Monaghan, C., Santin, O., 2020. What is known from the existing literature about peer support interventions for carers of individuals living with dementia: A scoping review. *Health Soc Care Community* 28, 1134–1151. <https://doi.org/10.1111/hsc.12944>
- Chandler, M.J., Parks, A.C., Marsiske, M., Rotblatt, L.J., Smith, G.E., 2016. Everyday Impact of Cognitive Interventions in Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev* 26, 225–251. <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
- Chen, M.-A., Liu, C.-K., Yang, Y.-H., Huang, S.-T., Yen, C.-W., Kabasawa, Y., Huang, H.-L., 2022. Clinical-based oral rehabilitation programme improved the oral diadochokinesis and swallowing function of older patients with dementia: A randomised controlled trial. *J Oral Rehabil* 49, 1163–1172. <https://doi.org/10.1111/joor.13375>
- Chou, Y.-H., Ton That, V., Sundman, M., 2020. A systematic review and meta-analysis of rTMS effects on cognitive enhancement in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 86, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2019.08.020>
- Chu, C.H., Puts, M., Brooks, D., Parry, M., McGilton, K.S., 2020. A Feasibility Study of a Multifaceted Walking Intervention to Maintain the Functional Mobility, Activities of Daily Living, and Quality of Life of Nursing Home Residents With Dementia. *Rehabil Nurs* 45, 204–217. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000186>
- Clare, A., Camic, P., Crutch, S., 2020. Using Music to Develop a Multisensory Communicative Environment for People with Late-Stage Dementia | The Gerontologist | Oxford Academic [WWW Document]. URL <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/6/1115/5669944> (accessed 11.21.23).
- Cui, M.Y., Lin, Y., Sheng, J.Y., Zhang, X., Cui, R.J., 2018. Exercise Intervention Associated with Cognitive Improvement in Alzheimer's Disease. *Neural Plast* 2018, 9234105. <https://doi.org/10.1155/2018/9234105>
- Cusic, E., Hoppe, M., Sultenfuss, M., Jacobs, K., Holler, H., Obembe, A., 2022. Multisensory Environments for Outcomes of Occupational Engagement in Dementia: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics* 40, 275–294. <https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2028954>

- de Oliveira, A.M., Radanovic, M., Homem de Mello, P.C., Buchain, P.C., Dias Vizzotto, A., Harder, J., Stella, F., Piersol, C.V., Gitlin, L.N., Forlenza, O.V., 2019. An intervention to reduce neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in dementia: Preliminary results from a randomized trial of the tailored activity program-outpatient version. *Int J Geriatr Psychiatry* 34, 1301–1307. <https://doi.org/10.1002/gps.4958>
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R., Rapp, M.A., 2019. Evaluation of Technology-Based Interventions for Informal Caregivers of Patients With Dementia-A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 27, 426–445. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>
- DeKosky, St., 2008. Ginkgo biloba for Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial | Dementia and Cognitive Impairment | JAMA | JAMA Network [WWW Document]. URL <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182920> (accessed 11.2.23).
- Deshmukh, S., Holmes, J., cardno, A., 2018. Art therapy for people with dementia.
- DGN, DGD, 2020. S1-Leitlinie Neurogene Dysphagie.
- DGPPN, 2023. S3-Leitlinie Demenzen.
- Duff, C., 2018. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers - NICE Guideline.
- Eibl, K., Simon, C., Tilz, C., Kriegel, W., 2019. Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akuterehabilitation. pp. 483–541.
- Empfehlungen für Langzeitinstitutionen: Alzheimer Schweiz [WWW Document], 2020. URL <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen> (accessed 11.21.23).
- Flotho, W., Sibold, C., 2021. HED-I Häusliche Ergotherapie bei Demenz Interventionsprogramm für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld.
- Freeman, M., Ayers, C., Peterson, C., Kansagara, D., 2019. Aromatherapy and Essential Oils: A Map of the Evidence, VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC).
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X.-J., Gold, C., 2018. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health* 22, 1097–1106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>
- Gangemi, A., Colombo, B., Fabio, R.A., 2021. Effects of short- and long-term neurostimulation (tDCS) on Alzheimer's disease patients: two randomized studies. *Aging Clin Exp Res* 33, 383–390. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01546-8>
- Garrido, S., Stevens, C.J., Chang, E., Dunne, L., Perz, J., 2018. Music and Dementia: Individual Differences in Response to Personalized Playlists. *J Alzheimers Dis* 64, 933–941. <https://doi.org/10.3233/JAD-180084>
- Gassner, L., Geretsegger, M., Mayer-Ferbas, J., 2022. Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *Eur J Public Health* 32, 27–34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab042>
- Gates, N., Fiatarone Singh, M.A., Sachdev, P.S., Valenzuela, M., 2013. The effect of exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 21, 1086–1097. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.02.018>
- Ghafurian, M., Hoey, J., Dautenhahn, K., 2021. Social Robots for the Care of Persons with Dementia: A Systematic Review. *J. Hum.-Robot Interact.* 10, 1–31. <https://doi.org/10.1145/3469653>
- Gilbert, E., Villa, D., Riley, G.A., 2023. A scoping review of psychosocial interventions to enhance the relationship of couples living with dementia. *Dementia (London)* 22, 1164–1198. <https://doi.org/10.1177/14713012231166474>

- Gong, M., Dong, H., Tang, Y., Huang, W., Lu, F., 2020. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 274, 1028–1040. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.118>
- Gruenwald, J., Eckert, A., Kressig, R.W., 2020. The Effects of Standardized Ginkgo Biloba Extracts (GBE) on Subjective Cognitive Decline (SCD) in Middle-Aged Adults: A Review [WWW Document]. URL <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=100571> (accessed 3.21.24).
- Hickey, E., Bourgeois, M., 2009. Dementia From Diagnosis to Management - A Functional Approach.
- Hirt, J., Ballhausen, N., Hering, A., Kliegel, M., Beer, T., Meyer, G., 2021. Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting. *J Alzheimers Dis* 79, 773–792. <https://doi.org/10.3233/JAD-200347>
- Hobson, N., Dupuis, S.L., Giangregorio, L.M., Middleton, L.E., 2020. Perceived Facilitators and Barriers to Exercise Among Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Early Dementia. *J Aging Phys Act* 28, 208–218. <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0010>
- Holt, S., Schmiedl, S., Thürmann, P.A., 2010. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen.
- Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R., Burns, A., Denning, T., Findlay, D., Holmes, C., Jones, Robert, Jones, Roy, McKeith, I., Macharouthu, A., O'Brien, J., Sheehan, B., Juszczak, E., Katona, C., Hills, R., Knapp, M., Ballard, C., Brown, R.G., Banerjee, S., Adams, J., Johnson, T., Bentham, P., Phillips, P.P.J., 2015. Nursing home placement in the Donepezil and Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease (DOMINO-AD) trial: secondary and post-hoc analyses. *The Lancet Neurology* 14, 1171–1181. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00258-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00258-6)
- Huang, X., Zhao, X., Li, B., Cai, Y., Zhang, S., Wan, Q., Yu, F., 2022. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. *J Sport Health Sci* 11, 212–223. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.05.003>
- Huber, A., Oppikofer, S., Meister, L., Langensteiner, F., Meier, N., Seifert, A., 2021. Music & Memory: The Impact of Individualized Music Listening on Depression, Agitation, and Positive Emotions in Persons with Dementia. *Activities, Adaptation & Aging* 45, 70–84. <https://doi.org/10.1080/01924788.2020.1722348>
- Husebo, B.S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O.B., Aarsland, D., 2011. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 343, d4065. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Imhof, D.R.M., Imhof, D.L., 2020. Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich.
- IQWiG, 2021. Strukturierte Aufklärung über die Erstdiagnose
Evidenzbericht zur S3-Leitlinie Demenz.
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M.L., Ford, R., Doyle, C., 2016. A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Arch Gerontol Geriatr* 66, 218–236. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.013>
- Jonas, H.E., Javorszky, S.M., 2022. Ernährung bei fortgeschrittener Demenz - Möglichkeiten und Grenzen logopädischer Dysphagietherapie.
- Klimova, B., Toman, J., Kuca, K., 2019. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC Psychiatry* 19, 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2245-x>
- Koch, G., Casula, E.P., Bonni, S., Borghi, I., Assogna, M., Minei, M., Pellicciari, M.C., Motta, C., D'Acunto, A., Porrazzini, F., Maiella, M., Ferrari, C., Caltagirone, C., Santarnecchi, E., Bozzali, M., Martorana, A., 2022. Precuneus magnetic stimulation for Alzheimer's disease: a randomized, sham-controlled trial. *Brain* 145, 3776–3786. <https://doi.org/10.1093/brain/awac285>
- Kohler, M., Mullis, J., Burgstaller, M., Schwarz, J., Saxer, S., 2018. Auswirkungen von Basaler Berührung auf das herausfordernde Verhalten während der Körperpflege bei

- Menschen mit Demenz: eine Mixed Methods Studie. *Klinische Pflegeforschung* 4, 13–26. <https://doi.org/10.6094/KlinPfleg.4.13>
- Korczak, D., Habermann, C., Braz, S., 2013. Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz.
- Korczak, D., Steinhäuser, G., Kuczerka, C., 2012. Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz.
- Kudlicka, A., Martyr, A., Bahar-Fuchs, A., Sabates, J., Woods, B., Clare, L., 2023. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 6, CD013388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013388.pub2>
- Kuhn, J., Hardenacke, K., Lenartz, D., Gruendler, T., Ullsperger, M., Bartsch, C., Mai, J.K., Zilles, K., Bauer, A., Matusch, A., Schulz, R.-J., Noreik, M., Bührle, C.P., Maintz, D., Woopen, C., Häussermann, P., Hellmich, M., Klosterkötter, J., Wiltfang, J., Maarouf, M., Freund, H.-J., Sturm, V., 2015. Deep brain stimulation of the nucleus basalis of Meynert in Alzheimer's dementia. *Mol Psychiatry* 20, 353–360. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.32>
- Law, C.-K., Lam, F.M., Chung, R.C., Pang, M.Y., 2020. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *J Physiother* 66, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.014>
- Laxton, A.W., Tang-Wai, D.F., McAndrews, M.P., Zumsteg, D., Wennberg, R., Keren, R., Wherrett, J., Naglie, G., Hamani, C., Smith, G.S., Lozano, A.M., 2010. A phase I trial of deep brain stimulation of memory circuits in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 68, 521–534. <https://doi.org/10.1002/ana.22089>
- Leniz, J., Higginson, I.J., Yi, D., Ul-Haq, Z., Lucas, A., Sleeman, K.E., 2021. Identification of palliative care needs among people with dementia and its association with acute hospital care and community service use at the end-of-life: A retrospective cohort study using linked primary, community and secondary care data. *Palliat Med* 35, 1691–1700. <https://doi.org/10.1177/02692163211019897>
- Lissek, V., Suchan, B., 2021. Preventing dementia? Interventional approaches in mild cognitive impairment. *Neurosci Biobehav Rev* 122, 143–164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.022>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.
- Lozano, A.M., Fosdick, L., Chakravarty, M.M., Leoutsakos, J.-M., Munro, C., Oh, E., Drake, K.E., Lyman, C.H., Rosenberg, P.B., Anderson, W.S., Tang-Wai, D.F., Pendergrass, J.C., Salloway, S., Asaad, W.F., Ponce, F.A., Burke, A., Sabbagh, M., Wolk, D.A., Baltuch, G., Okun, M.S., Foote, K.D., McAndrews, M.P., Giacobbe, P., Targum, S.D., Lyketsos, C.G., Smith, G.S., 2016. A Phase II Study of Fornix Deep Brain Stimulation in Mild Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis* 54, 777–787. <https://doi.org/10.3233/JAD-160017>
- Maurer, C., Vosseler, B., Senn, B., Gattinger, H., 2018. Angepasste Bewegungsunterstützung – Interaktionsgeschehen am Beispiel einer kinästhetischen Mobilisation. *Pflege* 31, 145–154. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000613>
- Monsch, A.U., Büla, C., Hermelink, M., Kressig, R.W., Martensson, B., Mosimann, U., Müri, R., Vögeli, S., von Gunten, A., Alzheimer Forum Schweiz, 2012. [Consensus 2012--diagnosis and treatment of patients with dementia in Switzerland]. *Praxis (Bern 1994)* 101, 1239–1249. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001085>
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., Pintado, C., 2020. Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)* 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- Ng, L., Oliver, E., Laver, K., 2023. Beyond garden design: A review of outdoor occupation in hospital and residential care settings for people with dementia. *Aust Occup Ther J* 70, 97–118. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12826>

- Nordström, P., Religa, D., Wimo, A., Winblad, B., Eriksdotter, M., 2013. The use of cholinesterase inhibitors and the risk of myocardial infarction and death: a nationwide cohort study in subjects with Alzheimer's disease. *Eur Heart J* 34, 2585–2591. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh182>
- O'Mahony, D., 2016. STOPP-START v.2.
- Pappadà, A., Chattat, R., Chirico, I., Valente, M., Ottoboni, G., 2021. Assistive Technologies in Dementia Care: An Updated Analysis of the Literature. *Front Psychol* 12, 644587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644587>
- Piers, R., Albers, G., Gilissen, J., De Lepeleire, J., Steyaert, J., Van Mechelen, W., Steeman, E., Dillen, L., Vanden Berghe, P., Van den Block, L., 2018. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 17, 88. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0332-2>
- Popa, L.-C., Manea, M.C., Velcea, D., Șalapa, I., Manea, M., Ciobanu, A.M., 2021. Impact of Alzheimer's Dementia on Caregivers and Quality Improvement through Art and Music Therapy. *Healthcare* 9, 698. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060698>
- Röker, M., Ballmer, T., Gantschnig, B., 2022. Projekt „Evidenz Aktivierung“ – Bericht zur Befragung.
- Rusted, J., Sheppard, L., Waller, D., 2006. A Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis* 39, 517–536. <https://doi.org/10.1177/0533316406071447>
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R.W., Monsch, A., Mosimann, U.P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., Wollmer, M.A., 2014. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis, Neue Publikation* 2024 103, 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>
- Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U.M., Klöppel, S., Erlinger, G.L., Lornsen, F.J., Ngamsri, T., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Verloo, H., Vögeli, S., Zúñiga, F., 2024. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD).
- Saynisch, K., Beer, T., 2021. Verstehen entsteht während der Interaktion Videographische Analyse von Interaktionsdynamiken zwischen Personen mit Demenz und Pflegenden bei der Mundpflege. *QuPuG* 08/21 (1): 23-31.
- Schuler, M., 2019. [Treatment of pain in people with dementia]. *Z Gerontol Geriatr* 52, 607–622. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01578-4>
- Sherman, D.S., Mauser, J., Nuno, M., Sherzai, D., 2017. The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychol Rev* 27, 440–484. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9363-3>
- Sikkes, S.A.M., Tang, Y., Jutten, R.J., Wesselman, L.M.P., Turkstra, L.S., Brodaty, H., Clare, L., Cassidy-Eagle, E., Cox, K.L., Chételat, G., Dautricourt, S., Dhana, K., Dodge, H., Dröes, R.-M., Hampstead, B.M., Holland, T., Lampit, A., Laver, K., Lutz, A., Lautenschlager, N.T., McCurry, S.M., Meiland, F.J.M., Morris, M.C., Mueller, K.D., Peters, R., Ridet, G., Spector, A., van der Steen, J.T., Tamplin, J., Thompson, Z., ISTAART Non-pharmacological Interventions Professional Interest Area, Bahar-Fuchs, A., 2020. Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimers Dement* 17, 255–270. <https://doi.org/10.1002/alz.12188>
- Smith, B.C., D'Amico, M., 2020. Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *Occup Ther Health Care* 34, 171–201. <https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488>
- Steiner, J., 2018. Demenz verstehen und logopädisch behandeln.

- Steiner, J., 2010. Sprachtherapie bei Demenz Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis.
- Swinnen, N., Vandenbulcke, M., de Bruin, E.D., Akkerman, R., Stubbs, B., Firth, J., Vancampfort, D., 2021. The efficacy of exergaming in people with major neurocognitive disorder residing in long-term care facilities: a pilot randomized controlled trial. *Alzheimers Res Ther* 13, 70. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00806-7>
- Taylor, J.-P., McKeith, I.G., Burn, D.J., Boeve, B.F., Weintraub, D., Bamford, C., Allan, L.M., Thomas, A.J., O'Brien, J.T., 2020. New evidence on the management of Lewy body dementia. *Lancet Neurol* 19, 157–169. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30153-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30153-X)
- Tesky, V.A., Schall, A., Pantel, J., 2023. [Non-pharmacological interventions for people with dementia]. *Inn Med (Heidelb)* 64, 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00108-022-01446-1>
- Testerink, G., ten Brug, A., Douma, G., van der Putten, A., 2023. Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances* 5, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152>
- van der Steen, J.T., Radbruch, L., Hertogh, C.M.P.M., de Boer, M.E., Hughes, J.C., Larkin, P., Francke, A.L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R.T.C.M., Volicer, L., European Association for Palliative Care (EAPC), 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 28, 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>
- van der Wardt, V., Hancox, J., Pollock, K., Logan, P., Vedhara, K., Harwood, R.H., 2020. Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia - a focus group study. *Aging Ment Health* 24, 1326–1333. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590308>
- Vellas, B., Coley, N., Ousset, P.-J., Berrut, G., Dartigues, J.-F., Dubois, B., Grandjean, H., Pasquier, F., Piette, F., Robert, P., Touchon, J., Garnier, P., Mathiex-Fortunet, H., Andrieu, S., GuidAge Study Group, 2012. Long-term use of standardised Ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 11, 851–859. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70206-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70206-5)
- Volkmer, A., Spector, A., Meitanis, V., Warren, J.D., Beeke, S., 2020. Effects of functional communication interventions for people with primary progressive aphasia and their caregivers: a systematic review. *Aging Ment Health* 24, 1381–1393. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1617246>
- Werner, J., Wosch, T., Gold, C., 2017. Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging Ment Health* 21, 147–155. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093599>
- Woods, B., Rai, H., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., Spector, A., 2023. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review).
- Xu, H., Garcia-Plata, S., Jönsson, L., Wimo, A., Nordström, P., Eriksson, M., 2021. Long-term Effects of Cholinesterase Inhibitors on Cognitive Decline and Mortality. *Neurology* 96, e2220–e2230. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000011832>
- Yu, C., Sommerlad, A., Sakure, L., Livingston, G., 2022. Socially assistive robots for people with dementia: Systematic review and meta-analysis of feasibility, acceptability and the effect on cognition, neuropsychiatric symptoms and quality of life. *Ageing Res Rev* 78, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101633>
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q., 2017. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 35, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>
- Zhu, S., Sui, Y., Shen, Y., Zhu, Y., Ali, N., Guo, C., Wang, T., 2021. Effects of Virtual Reality Intervention on Cognition and Motor Function in Older Adults With Mild Cognitive

Impairment or Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci* 13, 586999. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.586999>

Zucchella, C., Sinforiani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Casale, R., Bartolo, M., 2018. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Front Neurol* 9, 1058. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058>

Impressum

Herausgeber

Swiss Memory Clinics
Nationale Plattform Demenz (Bundesamt für Gesundheit BAG)

Kontakt

Verein Swiss Memory Clinics
info@swissmemoryclinics.ch
www.swissmemoryclinics.ch

Publikationszeitpunkt

Juni 2024

Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher, französischer und italienischer Sprache verfügbar.

Digitale Versionen

www.bag.admin.ch/demenz > Schwerpunktthemen > Ambulantes Betreuungssetting