
Leitfaden «Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer Symptome bei Menschen mit Demenz»

Zusammenfassung

Dieser Leitfaden richtet sich an alle Gesundheitsfachpersonen, die Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege begleiten. Menschen mit Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten, das mit dem Begriff «verhaltensbezogene und psychologische Symptome einer Demenz» respektive der Abkürzung BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) umschrieben wird. Diese Verhaltensweisen umfassen z. B. Aggression, Agitation, Herumwandern, Apathie oder Enthemmung und stellen das Pflege- und Behandlungsteam immer wieder vor die Herausforderung, wie sie am besten damit umgehen können.

In der Behandlung werden häufig Neuroleptika eingesetzt. Diese haben jedoch schwerwiegende Nebenwirkungen (Sedierung, Dämpfung der Gefühle, extrapyramidale Symptome, Stürze, Delir, zerebrovaskulärer Insult, erhöhte Mortalität). Für die Behandlung von BPSD haben nichtmedikamentöse Massnahmen mit einem Fokus auf die Beziehungs- und Interventionsgestaltung deshalb immer erste Priorität.

Grundlegend für den Umgang mit BPSD ist ein person-zentrierter Ansatz, der den Menschen mit Demenz sowie die Beziehungsgestaltung und -förderung in den Mittelpunkt stellt. Eine demenzgerechte Umgebung und entsprechend geschultes Personal sind im Zentrum der Behandlung von BPSD. Die Behandlung ist immer individuell auf die betroffene Person abgestimmt.

Das Entstehen von BPSD ist multifaktoriell. Für die Behandlung ist es deshalb wichtig, systematisch auslösende Faktoren bei der Person mit BPSD selber, bei den Betreuungspersonen und in der Umgebung zu ermitteln. Hier hilft die verstehende Diagnostik, um den Ursachen und Auslösern des Verhaltens auf den Grund zu gehen. Dabei ist meist die Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam erforderlich.

Für die Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans wird ein strukturiertes Vorgehen empfohlen:

- 1) Beschreiben: Die Art, die Häufigkeit, der Schweregrad und die Belastung durch die Symptome werden erfasst, ebenso wie ein eventueller Bezug zu Tageszeiten, Orten, Personen und Umständen sowie mögliche Vorboten und Auslöser. Die Erfassung geschieht im interprofessionellen Behandlungsteam zusammen mit den Angehörigen und wenn möglich auch zusammen mit den Betroffenen. Als Assessmentinstrument kann das neuropsychiatrische Inventar (NPI) dienen.
- 2) Untersuchen/Verstehen: Im zweiten Schritt werden die zugrundeliegenden und veränderbaren Ursachen identifiziert. Die Serial Trial Intervention (STI) gibt Hilfestellung beim Eruiere von verschiedenen Bedürfnissen, die zum Verhalten führen können. Zunächst wird mit entsprechenden Assessments ausgeschlossen, dass ein Delir vorliegt.

Daraufhin wird geprüft, ob grundlegende Bedürfnisse nicht gestillt sind (z. B. Hunger, Durst), gefolgt von der Abklärung, ob Schmerzen oder medizinische Probleme vorliegen (z. B. Infektion) oder ob affektive Bedürfnisse (z. B. Teilhabe, Wertschätzung, Orientierung) nicht gedeckt sind.

- 3) Behandeln: Als Erstes werden eventuelle medizinische Probleme behandelt (z. B. Delir, Infektionen, Dehydration). Als Nächstes gibt es eine vielfältige Auswahl an nichtmedikamentösen Massnahmen bei BPSD. Die Wahl ist vom beobachteten Verhalten, dem Kontext, den auslösenden Faktoren und den Fähigkeiten und Vorlieben sowie der persönlichen Vorgeschichte der betroffenen Person abhängig. Die Massnahmen zielen auf beeinflussbare Faktoren, die das Verhalten auslösen, sei es auf der Ebene der Person mit BPSD (z. B. Bedürfnisse befriedigen, Komfort schaffen), der Betreuungspersonen (z. B. Einüben und Umsetzen eines demenzgerechten Verhaltens/einer demenzgerechten Kommunikation) oder der Umgebung (z. B. Orientierungshilfen geben, Lärm reduzieren). Auf Basis des Verstehens des Verhaltens werden eine nichtmedikamentöse Massnahme oder eine Kombination von mehreren nichtmedikamentösen Massnahmen ausgewählt und umgesetzt. Es ist wichtig, dass die Massnahmen über einen bestimmten Zeitraum von allen Involvierten kontinuierlich angewendet werden.
- 4) Evaluieren: Im letzten Schritt werden Wirkung und Nebenwirkung der Massnahmen laufend evaluiert und die Massnahmen angepasst.

Nichtmedikamentöse Massnahmen haben erste Priorität bei der Behandlung von BPSD. Wenn bei BPSD Arzneimittel eingesetzt werden müssen, sind Antidementiva erste Wahl. Da Depressionen bei Demenzerkrankungen sehr häufig sind, können Antidepressiva bei der Linderung von Symptomen wie Traurigkeit, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen hilfreich sein.

In begründeten Fällen kann es zur Anwendung von Neuroleptika kommen, wobei diese bei BPSD (sofern keine psychotischen Symptome vorliegen) eine sehr geringe Wirkung haben. Hingegen können alle Neuroleptika schwere Nebenwirkungen haben, und es braucht vor ihrer Anwendung zusammen mit den Betroffenen (wo möglich) und ihren Angehörigen ein sorgfältiges Abwägen zwischen Nutzen und Schaden:

- Neuroleptika werden bei BPSD eingesetzt, wenn nichtmedikamentöse Massnahmen keinen ausreichenden Erfolg zeigen, die Zielsymptomatik sehr schwerwiegend und belastend ist und die entscheidungsberechtigte Person zustimmt.
- Neuroleptika werden immer in möglichst niedriger Dosierung gestartet, langsam höher dosiert und über eine befristete Zeit verabreicht.
- Sie werden langsam ausgeschlichen und nicht abrupt abgesetzt.
- Das Pflegeteam überwacht und dokumentiert ihre Wirkung und ihre Nebenwirkungen.
- Ihr Einsatz wird mindestens alle 6 Wochen strukturiert evaluiert und die Indikation überprüft.
- Spätestens nach 3 Monaten wird ein erster Absetzversuch gemacht (oder mindestens eine Dosisreduktion).

Während der medikamentösen Behandlung werden nichtmedikamentöse Massnahmen weitergeführt und bei Bedarf neue ausprobiert. Ebenso sollen während des Absetzversuchs flankierende nichtmedikamentöse Massnahmen vorbesprochen und umgesetzt werden.

1 Verhaltensbezogene und psychologische Symptome bei Menschen mit Demenz – Ausgangslage

Etwa zwei Drittel aller Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen zeigen neurokognitive Beeinträchtigungen und sind von einer Demenzform betroffen, auch wenn keine entsprechende Diagnose vorliegt [1]. Die Anforderungen an die Pflege und Betreuung sind hoch, wenn Menschen mit Demenz im Pflegeheim BPSD zeigen [2]. Zu den Symptomen gehören Agitation, Aggression, sozialer Rückzug, Apathie, Herumwandern, sexuelle Enthemmung, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Angst und Depression. Am häufigsten treten Depression (54–64%) und Agitation (38–64%) auf, gefolgt von Apathie (33–63%) und Aggression (24–34%) [2].

BPSD werden durch das Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren ausgelöst, nicht alleine durch die Erkrankung. Dieses multifaktorielle Geschehen wurde bereits von Moos mit dem Begriff «sozio-ökonomisches Konzept» beschrieben [3]: Menschliches Verhalten ist nicht nur von der Persönlichkeit, von der Biografie und von Krankheit(en) geprägt, sondern auch von der Umwelt, die sowohl die soziale Umwelt als auch materielle, physische und strukturell-organisatorische Faktoren beinhaltet und das Verhalten mitbestimmt.

BPSD sind sowohl für die Betroffenen selber als auch für die Betreuungspersonen und die Mitbewohnenden belastend. Menschen mit BPSD sind in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, erleben eine Verschlechterung ihrer Alltagskompetenzen und einen schnelleren kognitiven Abbau, und sie haben eine erhöhte Mortalität [4–6]. Beim Pflege- und Betreuungspersonal kann der Umgang mit BPSD zu Belastung, Überforderung und Hilflosigkeit führen. Dabei spielt es weniger eine Rolle, wie häufig ein Symptom vorkommt, sondern wie belastend das Symptom von den Betreuungspersonen erlebt wird und wie intensiv dieses von den Menschen mit BPSD ausgelebt wird [7–9]. Als besonders belastend werden Agitation und Aggression erlebt.

Fallbeispiel 1: Nebenwirkungen eines Neuroleptikums

Der 84-jährige Herr Linder lebt in einer geschützten Demenzgruppe mit einer mittelschweren Alzheimer-Demenz. Er zeigte wiederholt starke verbale und körperliche Aggressionen gegenüber dem Personal und den Mitbewohnenden, so dass er in Absprache mit der Tochter nach dem vergeblichen Ausprobieren von verschiedenen nichtmedikamentösen Massnahmen niedrig dosiert Quetiapin erhielt, das langsam erhöht wurde. Nach einem Monat wirkte Herr Linder zunehmend müder, konnte nicht mehr selbständig essen, schlief während dem Essen ein, hatte weniger Antrieb und zeigte kaum mehr Interesse an seiner Umgebung. In Absprache mit dem behandelnden Arzt und der Tochter wurde das Quetiapin erfolgreich reduziert. Nun ist Herr Lindner wieder wacher und interessiert, ohne dass die Aggressionen überhandnehmen.

Zur Behandlung von BPSD werden häufig nicht nur psychosoziale oder nichtmedikamentöse Interventionen angewendet, sondern auch sedierende antipsychotische Arzneimittel, sogenannte Neuroleptika. Dies mit dem Ziel, herausfordernde Situationen unter Kontrolle zu bringen [10]. Neuroleptika können jedoch schwerwiegende, unerwünschte Nebenwirkungen auslösen. Alle Neuroleptika führen zu erhöhter Schläfrigkeit und Sedierung [11] sowie zu einer

allgemeinen Dämpfung der Gefühle mit der Unfähigkeit, Freude zu empfinden [12]. Hinzu kommen je nach Arzneimittel extrapyramidale Symptome (z. B. Rigor, Tremor, Akinese) sowie ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall [13] und für Mortalität [11, 14, 15]. Zudem können Neuroleptika auch paradox wirken und Symptome verstärken oder ein Delir auslösen. Dementsprechend sollten nichtmedikamentöse Interventionen immer erste Priorität haben [4, 10].

- Verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) können für die Betroffenen selber und für die Betreuungspersonen und die Mitbewohnenden sehr belastend sein.
- In der Behandlung werden häufig Neuroleptika eingesetzt. Diese haben jedoch schwerwiegende Nebenwirkungen. Für die Behandlung von BPSD haben nichtmedikamentöse Massnahmen mit einem Fokus auf die Beziehungs- und Interventionsgestaltung immer erste Priorität.

2 Verlauf und Auslöser von BPSD

Im Verlauf ihrer Erkrankung sind 98% der Menschen mit Demenz von einem oder mehreren BPSD betroffen. BPSD sind ein häufiger Grund für den Eintritt ins Pflegeheim [16]. Dabei zeigen gewisse Formen der Demenz eine Häufung von spezifischen BPSD, wie z. B. die Depression bei vaskulärer Demenz, Halluzinationen bei der Lewy-Body-Demenz oder Enthemmung und Herumwandern bei der frontotemporalen Demenz [2]. Ebenso zeigen sich Unterschiede im Verlauf der Erkrankung, z. B. mit einer Zunahme der Agitation im Verlauf und einem episodischen Auftreten von Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Aggression im mittelschweren oder schweren Stadium der Demenz [2].

Das Entstehen von BPSD ist multifaktoriell. Einerseits verursachen Hirnläsionen und Veränderungen in der Neurotransmission BPSD [10, 17]. Andererseits führen neurodegenerative Veränderungen aufgrund der Demenzerkrankung zu einer veränderten Fähigkeit der Betroffenen, mit anderen Menschen und ihrer Umgebung zu interagieren. Die situative Wahrnehmung ist beeinträchtigt. Dies erhöht ihre Vulnerabilität gegenüber Stressoren [10]. Ausgelöst wird BPSD durch ein Zusammenspiel von Faktoren, die einerseits mit der Person mit BPSD und ihrer Erkrankung selber, aber auch mit den Betreuungspersonen und der Umgebung zu tun haben können [10]. In der Abbildung 1 findet sich eine Zusammenstellung von Einflussfaktoren, die sich häufig in der Literatur finden lassen [10, 17, 18], wobei sich die Einteilung in die drei Themenfelder an Kales et al. [10] orientiert.

Bezüglich der auslösenden Faktoren lassen sich veränderbare Faktoren (z. B. Schmerz, unbefriedigte Bedürfnisse, Reizüberflutung) von nicht veränderbaren Faktoren (z. B. Demenztyp und -stadium, Persönlichkeit des Menschen mit BPSD, Lebensereignisse) unterscheiden. Für die Behandlung von BPSD ist es zentral, systematisch die verschiedenen potenziell beeinflussbaren Faktoren mit einer verstehenden Diagnostik zu ermitteln und Massnahmen abzuleiten, die auf die einzelne Person mit BPSD individuell abgestimmt sind [19].

- Das Entstehen von BPSD ist immer multifaktoriell.
- Für die Behandlung ist es wichtig, systematisch auslösende Faktoren auf der Ebene der Person mit BPSD, bei den Betreuungspersonen und in der Umgebung zu ermitteln.



Abbildung 1: Einflussfaktoren auf verhaltensbezogene und psychologische Symptome von Demenz (in Anlehnung an [10, 17, 18], kursiv sind nicht veränderbare Faktoren)

3 Unterscheidung BPSD und Delir

Verschiedene Risikofaktoren führen dazu, dass ältere Menschen ein Delir entwickeln können, wie z. B. Multimorbidität und Polymedikation. Insbesondere Infektionen und Arzneimittel mit anticholinergen Nebenwirkungen oder sedierender Wirkung (z. B. Benzodiazepine) können ein Delir begünstigen [20]. Es gilt, BPSD sorgfältig von Symptomen eines Delirs zu unterscheiden. Bei Personen mit Demenz muss bei jeder Verhaltensänderung an ein Delir gedacht werden. Die Symptome können dieselben sein wie bei BPSD, eine akute Änderung spricht jedoch eher für ein Delir.¹ Ein Delir hat typischerweise folgende Merkmale:

- akuter Beginn (innerhalb von Stunden und Tagen; bei BPSD dem Verlauf der Demenz entsprechend länger)
- fluktuierender Verlauf (häufig jedoch nicht vorhanden), Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (Schläfrigkeit bis Koma und Erregtheit wechseln sich ab)
- eine zugrundeliegende Ursache, z. B. eine akute medizinische Erkrankung (Harnwegsinfektion, Pneumonie, Obstipation etc.), das Einsetzen oder Absetzen spezifischer Arzneimittel, ein Ortswechsel oder Substanzentzug
- kann schnell wieder abklingen, wenn die Ursache gefunden und behandelt wird

Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen mit Demenz eine erhöhte Vulnerabilität haben, ein Delir zu entwickeln. Insbesondere neu auftretende oder verstärkte Unruhe, Änderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus und Gefühlsschwankungen können bei Menschen mit BPSD auf ein Delir hinweisen [21]. Mit der Behandlung der auslösenden Erkrankung, mit dem Absetzen der verantwortlichen Arzneimittel oder anderer auslösender Faktoren und mit passenden nichtmedikamentösen Massnahmen können die Symptome eines Delirs behandelt werden. Dabei brauchen Menschen mit vorbestehenden BPSD eine längere Erholungszeit als solche ohne BPSD [22].

- BPSD sind zu unterscheiden von einem Delir.
- Auch Personen mit BPSD können ein Delir entwickeln und brauchen eine entsprechende Behandlung.

¹ s. weiterführende Informationen im Delirkonzept des universitären Geriatrie-Verbundes Zürich unter <https://usz-microsite.ch/geriatrieverbund/verbund/> oder Savaskan et. al. 2016

4 Strukturiertes Vorgehen zur Abklärung und Behandlung von BPSD

Da BPSD multifaktoriell sind, gibt es keine einheitliche Behandlung, die auf alle Personen mit BPSD passt. Es braucht immer eine systematische Abklärung der Ursachen, um einen individuellen Behandlungsplan zu entwickeln. Es gibt verschiedene Modelle, die den professionellen Umgang mit BPSD anleiten. Alle zeichnen sich durch ein strukturiertes Vorgehen aus, das folgende Schritte umfasst:

1. Umfassende Beschreibung der Symptome
2. Untersuchung und Analyse, um Ursachen und Auslöser für das Verhalten zu verstehen
3. Planung und Umsetzung von Interventionen
4. Evaluation

Für die Beschreibung der vier Schritte wird hier auf den BPSD-DATE-Algorithmus² zurückgegriffen [17]. Dieser wird in einer Publikation des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen der nationalen Demenzstrategie von Fachpersonen empfohlen, um Ursachen und Auslöser von BPSD zu ermitteln und entsprechende Massnahmen zu ergreifen und zu evaluieren [23]. Ähnlich wie der BPSD-DATE-Algorithmus ist die DICE-Methode³ aufgebaut, die von einem Forschungsteam an der University of Michigan und der Johns Hopkins University entwickelt wurde und von einem Expertenpanel empfohlen wird [10, 24]. Unterstützung für die ersten drei Schritte (Beschreiben, Untersuchen, Behandeln) bietet auch das Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems WELCOME-IdA [25]. Das Modell enthält für die ersten beiden Schritte des Beschreibens und Untersuchens ein spezifisch für BPSD entwickeltes Assessmentinstrument und bietet für den Schritt der Massnahmenplanung eine Strukturhilfe für die Fallbesprechung im Behandlungsteam.

Die Serial Trial Intervention (STI) kann die Schritte des Untersuchens, Behandelns und Evaluierens ergänzen [26, 27]. Das Modell wurde an der University of Wisconsin-Milwaukee für den Umgang mit verhaltensbezogenen Symptomen entwickelt und führt Schritt für Schritt durch verschiedene Ebenen von Massnahmen, um das Zielsymptom zu reduzieren. Dabei gibt es eine Reihenfolge vor, in der mögliche Ursachen evaluiert werden. Sowohl das STI als auch WELCOME-IdA beruhen auf dem Modell von Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB) [28], in dem BPSD als ein Ausdruck von unbefriedigten Bedürfnissen verstanden werden. Gemäss dem NDB-Modell liegt es an den Betreuungspersonen, die Bedeutung der Verhaltensweisen zu erkennen und Ursachen anzugehen. Dazu dienen die auf den folgenden Seiten beschriebenen vier Schritte.

- Die Behandlung von BPSD ist immer individuell auf die betroffene Person abgestimmt.
- Die Behandlung von BPSD erfordert meist die Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam.
- Für die Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans wird ein strukturiertes Vorgehen empfohlen: 1.) Beschreiben 2.) Untersuchen 3.) Behandeln 4.) Evaluieren

² DATE: **D**escribe & Measure, **A**nalyze, **T**reat, **E**valuate

³ DICE: **D**escribe, **I**nvestigate, **C**reate, **E**valuate

→ Instrumente wie BPSD-DATE-Algorithmus, DICE, WELCOME-IdA oder STI leiten das strukturierte Vorgehen.

4.1 Beschreiben

Fallbeispiel 2: Rolle der Angehörigen

Herr Klein ist an einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz erkrankt. Er hat viele Jahre alleine auf einer Alp gelebt, dann geheiratet und ist mit seiner Frau in ein Dorf gezogen. Dort sind seine zwei Töchter aufgewachsen. Herr Klein ist heute in einem Pflegeheim zu Hause. Wenn der Nachtdienst ihn auf die Toilette führen wollte, reagierte er jeweils aggressiv und schlug um sich. Er urinierte auf den Boden. Ein Gespräch mit der Ehefrau ergab, dass er auf der Alp nachts einen Kübel neben dem Bett hatte. So wird ihm im Pflegeheim nun jede Nacht ein Eimer neben das Bett gestellt. Diesen lässt er vom Nachtdienst ohne Probleme leeren.

In einen ersten Schritt werden die Symptome exakt beschrieben. Dabei sollen nicht nur Art, Häufigkeit, Schweregrad und Belastung erfasst werden. Das Verhalten wird ebenso in Bezug gesetzt zur Tageszeit, zum Ort des Geschehens sowie zu anwesenden Personen und Umständen, um mögliche Vorboten oder Auslöser des Verhaltens eruieren zu können. Dazu wird das Gespräch im Betreuungsteam, je nach Situation mit Angehörigen und falls möglich mit der betroffenen Person gesucht. Gerade Angehörige sind wichtige Partner, um Gewohnheiten und Bedürfnisse von Menschen mit BPSD in Erfahrung zu bringen. Wichtig ist auch zu klären, welche Symptome für die Person mit BPSD und/oder das Betreuungsteam sehr belastend oder problematisch sind.

Es gibt verschiedene Assessmentinstrumente, welche die Beschreibung von BPSD unterstützen können. Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie wird das Neuropsychiatrische Inventar NPI von Cummings empfohlen [23, 29]. Dieses erlaubt die Einschätzung der Häufigkeit, des Schweregrads und der Belastung von 12 verschiedenen BPSD. Als Fokusassessment erlaubt es damit eine vollständige Erhebung, eine Vergleichbarkeit und damit auch eine Beurteilung des Verlaufs [23]. Für eine umfassende Einschätzung kann WELCOME-IdA verwendet werden, das auch auslösende Umstände, Ort und Zeit strukturiert erfasst [25]. Aus dem 19-seitigen Assessment können im Alltag auch nur Teile verwendet werden.⁴ Wichtig ist eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit BPSD, so dass die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension berücksichtigt wird bei der Ursachenklärung und dem Ableiten von Massnahmen.

⁴ Zentral für die Abklärung sind die Fragen zu besonderen Ereignissen vor dem ersten Auftreten von BPSD; Tagzeiten, an denen sich die BPSD zeigen; Häufigkeit des Vorkommens; Ort des Vorkommens; wer normalerweise anwesend ist; ob das gezeigte Verhalten belastend oder unangenehm ist für die Betroffenen selber, für die Mitbewohnenden oder die Mitarbeitenden.

4.2 Untersuchen und Verstehen

Im zweiten Schritt geht es im Sinne der verstehenden Diagnostik darum, zugrunde liegende und veränderbare Ursachen zu identifizieren und zu untersuchen oder auszuschliessen [19, 30]. Abbildung 1 kann Hinweise geben für mögliche Gründe. Die STI gibt eine Struktur für die Reihenfolge, in der mögliche Ursachen angegangen werden können (s. Kapitel 4.5 Serial Trial Intervention – STI).

Für die Analyse ist ein Ausschlussverfahren hilfreich, wie dies in der STI gemacht wird. Dabei werden Ideen für das Verhalten bezogen auf die Person mit BPSD, die Betreuungspersonen oder die Umgebung gesammelt, spezifisch geprüft und anschliessend bewertet. Dabei sind BPSD als multifaktoriell zu betrachten; sie entstehen oft in einem Zusammenspiel zwischen der Person mit BPSD, den Betreuungspersonen und der Umgebung. Das Verstehen des Verhaltens ist zentral, um eine adäquate Lösung zu finden.

4.3 Behandeln

Im dritten Schritt entwickelt das interprofessionelle Behandlungsteam zusammen mit Angehörigen und, wenn möglich, mit der betroffenen Person einen Behandlungsplan und implementiert diesen. Dabei wird grundsätzlich zwischen medizinischen und nichtmedikamentösen Massnahmen, die modifizierbare Ursachen und Auslöser gemäss Abbildung 1 angehen, und medikamentösen Massnahmen unterschieden.

Bei medizinischen Problemen wird in Zusammenarbeit mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt die Ursache diagnostiziert und behandelt, wie z. B. die Verabreichung von Antibiotika bei einem Harnwegsinfekt, das Behandeln einer Obstipation oder eine Flüssigkeitszufuhr bei Dehydratation. Auch das Stoppen von Arzneimitteln, z. B. bei belastenden Nebenwirkungen, gehört in die medizinische Kategorie von Interventionen.

Fallbeispiel 3: Medizinische Ursache für BPSD

Frau Wachter hat eine Demenz vom Typ Alzheimer. Sie zeigte verbal und körperlich aggressives Verhalten. Bei der Körperuntersuchung stellte man eine ausgeprägte Schmerzsituation im Mund – mit Karies und Entzündung der Mundschleimhaut – fest. Nach einer Zahnsanierung und erfolgter Einstellung der Schmerztherapie gewann Frau Wachter eine neue Lebensqualität zurück. Sie lacht wieder und entspannt.

Für nichtmedikamentöse Massnahmen führen Kales et al. [10] verschiedene Beispiele auf, die auf modifizierbare Auslöser eingehen (s. Tabelle 1). Für das Kreieren von auf die Situation des Menschen mit BPSD passenden, nichtmedikamentösen Massnahmen wird ein Austausch im Behandlungsteam empfohlen. Das gemeinsame Entwickeln hilft, dass alle Partner in der Umsetzung und Evaluation mitziehen. Dabei gehören zum Behandlungsteam sowohl Pflege und ärztlicher Dienst als auch Therapien (Physio-, Ergo-, Aktivierungs-, Musik- und Kunsttherapie) und Seelsorge; alle zusammen erlauben, neue Perspektiven auf die Situation zu geben. Hier setzt auch WELCOME-IdA mit der Strukturhilfe für eine Fallbesprechung an.

Modifizierbarer Faktor	Beispiel für Massnahmen
Person mit BPSD	
Unbefriedigte Bedürfnisse	- Auf Bedürfnisse eingehen, z. B. Hunger, Durst, Angst
Sensorische Beeinträchtigung	- Seh- und Hörhilfen verwenden
Kognitive Beeinträchtigung mit erschweren Assoziationen und erschwerter Situationswahrnehmung	- Situationen vereinfachen, für Menschen mit Demenz verständlich machen - Individuelle Komfortzonen schaffen - Lebensthemen aufgreifen und in Interaktion integrieren
Betreuungspersonen	
Fehlende Kenntnisse, Fähigkeiten Überforderung der Person mit Demenz	- Fortbildung, Training - Demenzgerechter Umgang, z. B. bezüglich Kontakt- und Vertrauensaufbau, Flexibilität ⁵
Kommunikationsverständnis und -verhalten	- Kommunikationstechniken im Umgang mit Menschen mit Demenz einüben, inkl. körperorientierte Kommunikation
Umgebung	
Über- oder Unterstimulierung	- Stimulierung regulieren, z. B. Lärm reduzieren (Radio, Fernsehen), passende Beschäftigung, ausreichende Ruhepausen
Unklare Strukturen, fehlende Orientierungshilfen	- genügend Zeit für Aktivitäten planen - Tages- sowie Wochenstrukturen und alltägliche Handlungsstrukturen für Menschen mit Demenz erkennbar/spürbar machen - Persönliche Rituale entwickeln bzw. nutzen

Tabelle 1: Beispiele für Massnahmen bei modifizierbaren Auslösern von BPSD (Strukturierung in Anlehnung an Kales et al. [10])

⁵ s. auch die Empfehlungen für Langzeitinstitutionen von Alzheimer Schweiz und BAG
<https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen/>

Erst wenn eventuelle Lösungen für medizinische Probleme und nichtmedikamentöse Massnahmen mit der Modifizierung von Auslösern erfolglos bleiben und das Zielsymptom für die Betroffenen und/oder die Betreuungspersonen sehr belastend ist, werden Psychopharmaka in Betracht gezogen. Die Behandlung erfolgt in Absprache mit der betroffenen Person oder den vertretungsberechtigten Angehörigen. Dabei geht es immer um ein Abwägen zwischen Gewinn der Behandlung und Belastung durch unerwünschte Nebenwirkungen (s. Kapitel 6. Medikamentöse Massnahmen bei BPSD).

4.4 Evaluieren

Im vierten Schritt bewertet das Behandlungsteam zusammen mit Angehörigen und Betroffenen die durchgeführten Interventionen kritisch in Bezug auf deren Wirkung und Sicherheit. Es wird evaluiert, ob sich die Zielsymptome verbessert und ob sich unerwünschte Wirkungen oder Folgen eingestellt haben. Vor der Verwendung von Psychopharmaka soll eine klinische Untersuchung mit Labor und EKG stattfinden. Die Wirkung und die möglichen Nebenwirkungen werden laufend überwacht und die Indikation für den Einsatz dieser Arzneimittel überprüft. Dann wird entschieden, ob deren Gabe weiterhin notwendig ist oder ob eine Reduktion erfolgen kann (s. Kapitel 6.3 Monitoring und Reduktion der Neuroleptika).

4.5 Serial Trial Intervention – STI

Die STI ist auf die Behandlung von Symptomen bei Menschen mit Demenz ausgerichtet, die über ihre Symptome keine Auskunft geben können. Sie unterstützt in sechs Schritten das Ausprobieren von Massnahmen zur Reduktion von Symptomen [26, 27] sowie die Priorisierung beim Abklären von möglichen Ursachen und beim Planen und Umsetzen von Massnahmen. Bei den Schritten 0–2 werden vorhandene Probleme sofort angegangen. Wenn kein Problem vorliegt oder die Massnahmen nicht helfen, wird jeweils der nächste Schritt eingeleitet.

0. Assessment von unbefriedigten grundlegenden Bedürfnissen (z. B. Hunger, Durst, Toilettengang, Seh- und Hörhilfen)
1. Assessment von Schmerz oder körperlichen Bedürfnissen durch Pflege und behandelnder Ärztin oder behandelndem Arzt (inkl. körperliche und medizinische Untersuchungen, Labor, etc.)
2. Assessment von affektiven Bedürfnissen (psychosoziale und auf die Umgebung bezogene Bedürfnisse, z. B. Orientierung, Tagesrhythmus, Teilhabe, Wertschätzung)
3. Versuch mit nichtmedikamentösen Massnahmen, die auf die Person mit BPSD angepasst sind (s. Kapitel 5. Nichtmedikamentöse Massnahmen bei BPSD)
4. Versuchsweise Gabe von Analgetika (auch wenn keine Schmerzzeichen vorliegen, entweder mit Dosiserhöhung oder Verabreichung aus Reserve und bei Erfolg Daueranordnung)
5. Beratung im interprofessionellen Team und versuchsweise Gabe von Psychopharmaka (z. B. Antidementiva, Antidepressiva, Neuroleptika)

Die Schritte werden wiederholt, bis eine Reduktion des BPSD erreicht wird. Die STI verdeutlicht die Priorität von medizinischer Abklärung und nichtmedikamentösen Massnahmen, bevor Psychopharmaka als Lösung in Betracht gezogen werden.

5 Nichtmedikamentöse Massnahmen bei BPSD

Fallbeispiel 4: Wirkung von nichtmedikamentösen Massnahmen bei BPSD

Frau Ruckstuhl hat eine fortgeschrittene Demenz, eine verbale Kontaktaufnahme ist nicht mehr möglich. Sie zeigte heftige, unkontrollierte Bewegungen mit den Armen, Beinen und dem Oberkörper, die sowohl sie selber gefährden (Sturz) als auch die Kontaktaufnahme, die Körperpflege und das Eingeben von Essen erschwerten. Sie hatte die Augen meist geschlossen. Anhand der verstehenden Diagnostik wurde deutlich, dass Frau Ruckstuhl die Orientierung zum eigenen Körper fehlte; ihre bevorzugten Sinne waren Berührung und Geschmack. Das Team beschloss, alle 2 Stunden Kontakt aufzunehmen und ihr ein Stück Schokolade anzubieten. Vor der Körperpflege und dem Essen wurden ihr der Rücken, die Oberarme und die Beine mit einem Igelball massiert. Dreimal täglich erhielt sie auf Gymnastikmatten liegend eine ungefährdete Bewegungsmöglichkeit.

Nach zwei Wochen öffnete Frau Ruckstuhl den Mund, sobald eine Pflegeperson in der Nähe war. Auch zeigte sie nach den Streichungen einen Rückgang der unkontrollierten Bewegungsmuster, so dass die Körperpflege wieder ohne Festhalten möglich war.

Die nichtmedikamentösen Massnahmen lassen sich analog zu den Einflussfaktoren einteilen in Massnahmen, welche die Person mit BPSD direkt adressieren, die Umgebung verändern (z. B. Vermeiden von Reizüberflutung und Überforderung, Tagesrhythmus festlegen) oder die Betreuungspersonen betreffen (z. B. Training in Kommunikation mit Personen mit Demenz, strukturierte Problemlösungsverfahren wie BPSD-DATE, DICE, WELCOME-IdA oder STI, verstehende Diagnostik, Fallbesprechungen). Für strukturierte Problemlösungsverfahren gibt es gute Evidenz auf Basis von mehreren Studien: Auf der Suche nach möglichen Ursachen von BPSD kann ein strukturiertes Vorgehen mit STI sowohl die Häufigkeit der BPSD als auch die Verwendung von Psychopharmaka reduzieren [27, 31].

Dieses Kapitel fokussiert auf nichtmedikamentöse Massnahmen, die bei Personen mit BPSD angewendet werden. Allen Massnahmen liegt eine person-zentrierte Pflege zugrunde, d. h. die Haltung, dass die Person im Mittelpunkt steht und in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen wird. Pflege ist ein Beziehungsgeschehen mit Interaktion und Kommunikation, das den Menschen stärkt. Im alltäglichen Umgang mit Menschen mit BPSD steht die Beziehungsgestaltung und -förderung im Vordergrund [30]. Damit

wird ihrem Bedürfnis Raum gegeben, gehören, verstanden und angenommen zu sein sowie sich mit anderen verbunden zu fühlen [30].

Von der nichtpflegerischen Seite her gibt es gute Evidenz für die Psychotherapie bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und BPSD, insbesondere bei Depression und Angst [4, 32, 33]. In Tabelle 2 findet sich eine Zusammenstellung zur aktuellen Forschungsevidenz von häufig angewendeten, nichtpharmakologischen Massnahmen bei BPSD, die vom Pflege- und

Betreuungspersonal angewendet oder eingeleitet werden können. Es fehlen weiterhin qualitativ gute Studien, um eine solide Evidenzlage für die verschiedenen Massnahmen zu erhalten, und nicht alle Massnahmen, die in Frage kommen, wurden bereits untersucht. Fehlende oder gemischte Evidenz heisst nicht, dass Massnahmen nicht angewendet werden sollen. Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass Massnahmen oder Massnahmenpakete durchaus unterstützend sein können.

Ebenso gilt es zu beachten, dass einige der in Tabelle 2 aufgeführten Massnahmen nicht in der unmittelbaren Situation helfen, in denen BPSD aufgrund eines spezifischen Auslösers auftreten. Es braucht individuelle Massnahmen, die in die Alltagshandlung integriert werden. Auch hier fehlen Studien, die die Wirkung der Beziehungsgestaltung – insbesondere in Basispflegesituationen wie der Körperpflege oder der Unterstützung bei der Ausscheidung – untersuchen.

Wichtig ist, auf Basis der Abklärungen eine oder eine Kombination von mehreren passenden, nichtmedikamentösen Massnahmen für die Person mit BPSD auszuwählen und wie oben beschrieben auszuprobieren, ob sie bei dieser Person Wirkung zeigen. Dabei sollen unbedingt die vorhandenen physischen, motorischen und kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen berücksichtigt werden, ebenso wie ihre Geschichte, ihre Werte und ihre Vorlieben [34]. Obwohl die meisten Massnahmen keine Risiken mit sich bringen, gilt es doch zu beachten, dass Massnahmen, die auf die Kognition oder auf Emotionen ausgerichtet sind, Agitation auslösen können (z. B. aufgrund von Überforderung oder negativen Emotionen).

Fallbeispiel 5: Wirkung von nichtmedikamentösen Massnahmen bei BPSD

Herr Ganz sitzt mehrheitlich apathisch, unbeweglich und mit geschlossenen Augen am Tisch, er reagiert kaum auf seine Umwelt. Wird seine Lieblingsmusik, die zusammen mit den Angehörigen ausgewählt wurde, über die Kopfhörer abgespielt, öffnet er die Augen. Er blickt die Pflegefachperson fragend an, eine Beziehung baut sich auf. Herr Ganz realisiert, dass sein Gegenüber seine Lieblingsmusik auch schätzt. Er beginnt, die Lippen zum Pfeifen zu formen und seine Hände im Takt zu bewegen. Er wippt mit dem Oberkörper, ein Lächeln zieht über sein Gesicht und er sieht, dass sein Gegenüber sich ebenfalls freut. Es findet ein Moment der Begegnung statt.

	Anwendung/Wirkungsweise	Evidenz
Sinneswahrnehmung		
Aromapflege [4, 33–39]	Äussere Anwendung von Aromaölen zur Beruhigung. Häufig belegt ist die Anwendung von vernebeltem Lavendelöl. Vermutete Wirkung über autonomes Nervensystem und sozialen/physischen Kontakt	Gemischte Evidenz Achtung: Menschen mit Demenz können eine Störung des Geruchssinns haben
Massage [2, 35, 38, 40]	Massage von z. B. Rücken, Schultern, Nacken, Händen, Füßen Vermutete Wirkung über physiologische Reaktion und sozialen/physischen Kontakt	Gemischte Evidenz, eventuell positiver Effekt bei Agitation, Aggression, Angst, Depression, Rufen
Multisensorische Stimulation (z. B. Snoezelen, Sinnesgarten) [4, 33, 35, 37, 38, 41]	Ansprechen mehrerer Sinne mit Lichteffekten, beruhigenden Klängen, Gerüchen und/oder taktiler Stimulation Vermutete Wirkung über sozialen Kontakt	Gemischte Evidenz, eventuell positiver Effekt bei Agitation, Angst, Apathie, Depression
Lichttherapie [35, 37, 38, 40]	Anwendung von Licht, um den zirkadianen Rhythmus mit dem Tag-Nacht-Rhythmus zu synchronisieren Vermutete Wirkung über Änderung im zirkadianen Rhythmus	Gute Evidenz bei Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen Akzeptanz abhängig von Lichtquelle, Effekte abhängig von der Dauer der Lichtexposition
Psychosoziale Massnahmen		
Validation [4, 35, 38]	Validieren der wahrgenommenen Realität und der emotionalen Erfahrung der Betroffenen Vermutete Wirkung durch Linderung negativer Gefühle und Verstärkung von positiven Gefühlen	Gemischte Evidenz, eventuell positiver Effekt auf Agitation, Apathie, Irritabilität

	Anwendung/Wirkungsweise	Evidenz
Reminiszenztherapie [4, 33, 35, 38, 41]	Fokus auf positive Erinnerungen mit z. B. Fotos und Gegenständen Vermutete Wirkung über erhöhtes Wohlbefinden, Freude und kognitive Stimulation	Gemischte Evidenz bezüglich Apathie, eventuell positiver Effekt auf Stimmung, depressive Symptome
Musiktherapie [2, 4, 33–38, 40–42]	Einzel- oder Gruppenaktivität mit Musik, entweder hören oder selber Musik machen/singen Vermutete Wirkung über gesteigertes Wohlbefinden und Zusammensein, Unterstützung der Erinnerung, Ablenkung, Reduzieren von Angst/Stress	Positiver Effekt auf Angst, Agitation, Apathie Wichtig ist die Auswahl von Musik, die für die Betroffenen emotional oder biografisch bedeutend ist (Musikanamnese)
Tiertherapie [34, 35, 38, 41]	Strukturierte oder unstrukturierte Zeit mit Tieren (v. a. Hunden) Vermutete Wirkung über Bonding, emotionale Unterstützung, sensorische Stimulation	Erste Hinweise auf positiven Effekt auf Agitation, Apathie, Depression
Technologie-assistierte Therapie [34]	Einsatz eines therapeutischen Roboters Vermutete Wirkung: s. Tiertherapie	Erste Hinweise auf positiven Effekt auf Agitation und Depression
Bedeutsame Aktivitäten [2, 35–37]	Ermöglichen von Aktivitäten, die Engagement, soziale Interaktion und Möglichkeit der Selbstdarstellung und der Selbstbestimmung geben	Gemischte Evidenz, eventuell positiver Effekt auf Agitation, vor allem wenn Aktivitäten auf die Person angepasst sind
Körperliche Aktivität [2, 4, 33, 35–38, 43]	Bewegung, Tanzen	Gute Evidenz, eventuell positiver Effekt auf Apathie, depressive Symptome, Schlafstörungen und Agitation

Tabelle 2: Nichtmedikamentöse Massnahmen bei Personen mit BPSD

- Zentral für das Behandeln von BPSD ist das Beschreiben und Analysieren des Verhaltens, um Ursachen und Auslöser zu verstehen (verstehende Diagnostik) und Massnahmen darauf abzustimmen. Ein strukturiertes Vorgehen zur Klärung und Behandlung von BPSD trägt wirksam zur Reduktion von BPSD bei.
- Es gibt eine vielfältige Auswahl an nichtmedikamentösen Massnahmen bei BPSD. Die Wahl von nichtmedikamentösen Massnahmen, die bei der betroffenen Person angewendet werden, ist vom beobachteten Verhalten, dem Kontext, den auslösenden Faktoren und den Fähigkeiten und Vorlieben sowie der persönlichen Vorgeschichte der betroffenen Person abhängig.
- Grundlegend für alle Massnahmen ist ein person-zentrierter Ansatz, der den Menschen mit Demenz sowie die Beziehungsgestaltung und -förderung in den Mittelpunkt stellt.
- Obwohl die Evidenz für viele nichtmedikamentösen Massnahmen unschlüssig ist oder fehlt, zeigt die klinische Erfahrung, dass die Massnahmen den Betroffenen helfen können. Dementsprechend können die Massnahmen ausprobiert und deren Wirkung bei der betroffenen Person überprüft werden. Wichtig ist, dass die Massnahmen über einen bestimmten Zeitraum von allen Involvierten kontinuierlich angewendet werden.

6 Medikamentöse Massnahmen bei BPSD

6.1 Behandlungsgrundsätze

Fallbeispiel 6: Neuverordnung eines Neuroleptikums

Der 79-jährige Herr Frick hat eine fortgeschrittene Demenz und lebt auf einer weglaufgeschützten Abteilung. In seiner Welt geht es ihm gut. Pflegesituationen lösten jedoch eine Überforderung aus, insbesondere die Intimpflege, wenn er eingenässt oder verstuhlt war. Personelle Wechsel und Gespräche mit der Ehefrau zum Herausfinden von weiteren Strategien brachten keine Lösung. In Absprache mit der behandelnden Ärztin und der Ehefrau begann man mit Quetiapin Tbl. niedrig dosiert und verband die Körperpflege mit Singen. Dadurch wird Herr Frick kooperativer, er lässt die Pflege zu.

Für die Behandlung von BPSD haben nichtmedikamentöse Massnahmen erste Priorität. Wenn diese die BPSD nicht reduzieren, die Zielsymptomatik sehr schwerwiegend und belastend ist und die entscheidungsberechtigte Person zustimmt, kann der Einsatz von Psychopharmaka verantwortet werden. Obwohl die Neuroleptika die am meisten verordneten Arzneimittel bei BPSD sind, sehen die Leitlinien vor, dass Antidementiva bei BPSD als Arzneimittel der ersten Wahl eingesetzt werden. Vor allem weil Neuroleptika erhebliche Nebenwirkungen haben. Der Versuch einer antidepressiven Behandlung vor dem Einsatz der Neuroleptika kann auch Vorteile bringen und den Einsatz von Neuroleptika ersparen. Neuroleptika sollen in erster Linie bei psychotischen Symptomen eingesetzt werden. Dabei gilt es immer, im

Behandlungsteam zusammen mit Betroffenen und Angehörigen zwischen den Risiken eines

Behandlungsverzichts und den zu erwartenden Nebenwirkungen abzuwägen.⁶ Es ist zu beachten, dass die Verschreibung von Neuroleptika bei nicht urteilsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern immer der Einwilligung der vertretungsberechtigten Person bedarf, gemäss der im Art. 378 ZGB festgelegten Kaskade. Wird eine Schmerzsituation vermutet, ist die Anwendung von Analgetika empfohlen, bevor Neuroleptika eingesetzt werden [27, 44].

Neuroleptika werden immer in möglichst niedriger Dosierung gestartet, langsam höher dosiert, über eine befristete Zeit verabreicht und möglichst in Abhängigkeit der Symptomatik als Bedarfsmedikation eingesetzt und nicht als Dauertherapie. Eine Monotherapie wird wenn immer möglich bevorzugt. In Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt werden Indikation und Dosierung idealerweise laufend überprüft und das Arzneimittel so bald wie möglich wieder abgesetzt. Die betroffene Person wird sorgfältig auf mögliche Nebenwirkungen überwacht. Neuroleptika sollten nicht abrupt abgesetzt, sondern langsam ausgeschlichen werden.

Es gibt Situationen, in denen der Einsatz von Psychopharmaka von Anfang an in Betracht gezogen werden kann [10], ohne dass vorher nichtmedikamentöse Massnahmen ausgeschöpft wurden [10, 27, 45]:

- Depression mit oder ohne Suizidgedanken (z. B. Anwendung eines Antidepressivums)
- Psychotische Symptome, die Schaden verursachen oder bei denen ein grosses Risiko besteht, dass die Person mit BPSD oder die Betreuungspersonen Schaden nehmen (z. B. Antipsychotikum)
- Aggressionsverhalten mit grossem Potenzial für Selbst- oder Fremdgefährdung (z. B. Antipsychotikum oder Citalopram)

Manchmal können Aggression oder Psychosen auch eine genauere Abklärung von möglichen (medizinischen) Ursachen für das Verhalten behindern, dann kann auch während der Phase des Beschreibens oder Untersuchens der temporäre Einsatz von Psychopharmaka erwogen werden.

- *Neuroleptika werden bei BPSD eingesetzt, wenn nichtmedikamentöse Massnahmen keinen ausreichenden Erfolg zeigen, die Zielsymptomatik sehr schwerwiegend und belastend ist und die entscheidungsberechtigte Person zustimmt.*
- *Neuroleptika werden immer in möglichst niedriger Dosierung gestartet, langsam höher dosiert und über eine befristete Zeit verabreicht.*
- *Neuroleptika haben bei BPSD ohne psychotische Symptome eine sehr geringe Wirkung.*
- *Neuroleptika werden langsam ausgeschlichen und nicht abrupt abgesetzt.*

⁶ Dies ist auch im Sinne des Art. 377 Abs. 2 ZGB: «Die Ärztin oder der Arzt informiert die vertretungsberechtigte Person über alle Umstände, die im Hinblick auf die vorgesehenen medizinischen Massnahmen wesentlich sind, insbesondere über deren Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten, über Folgen eines Unterlassens der Behandlung sowie über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten.»

6.2 Einsatz von Neuroleptika zur Behandlung von BPSD

Man unterscheidet bei Neuroleptika zwischen typischen und atypischen Neuroleptika, wobei bei BPSD vorwiegend die zweite Gruppe verwendet wird. In der Literatur werden vor allem 5 Wirkstoffe für die Verwendung bei BPSD wiederholt erwähnt (s. Tabelle 3) [2, 4, 17, 22, 42, 46]. Das heisst nicht, dass in der Praxis nicht auch andere Wirkstoffe eingesetzt werden.

Arzneimittelgruppe	Wirkstoff und Name	Einsatzgebiet
Konventionelle Neuroleptika	Haloperidol (Haldol ®)	Akutbehandlung Delir
Atypische Neuroleptika	Risperidon (Risperdal ®) Aripiprazol (Abilify ®) Olanzapin (Zyprexa ®) Quetiapin (Seroquel ®)	Psychotische Symptome, Agitation, Aggression Quetiapin und Risperidon haben keine anticholinerge Wirkung und werden deshalb eher bei Alzheimer-Demenz eingesetzt. Es gibt bisher ungenügende Evidenz für die Wirksamkeit von Quetiapin bei Demenz [2], es wird bei Agitation und zur Schlafförderung eingesetzt.

Tabelle 3: Neuroleptika, die in der Behandlung von BPSD verwendet werden

Risperidon ist als einziges Neuroleptikum für die Behandlung von BPSD bei Menschen mit Alzheimer-Demenz zugelassen. Andere Neuroleptika werden off-label verwendet (d. h. das Arzneimittel hat für die Indikation, hier Demenz, keine Zulassung). Haloperidol oral verfügt gemäss dem Arzneimittelkompendium über eine Zulassung für die

«Behandlung von persistierender Aggression und psychotischen Symptomen bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz nach Versagen nicht-pharmakologischer Therapien und bei einem Risiko für Selbst- oder Fremdgefährdung.»⁷

Gemäss Expertenmeinung sollte Haloperidol jedoch nur für die Akutbehandlung von Delir bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden [47], da es schwere Nebenwirkungen hat, insbesondere extrapyramidale Symptome und Sedation. Es wird nicht als first-line Behandlung empfohlen, wenn kein Delir vorliegt [44].

⁷ s. Fachinformation zu Haldol ® bei compendium.ch: <https://compendium.ch/product/1977-haldol-tabl-1-mg/mpro>

Für Risperidon (Risperdal®) gilt die Zulassung:

«... als zeitlich limitierte Therapie (bis zu 12 Wochen) einer schweren Aggressivität oder schwerer psychotischer Symptome bei Demenz des Alzheimer-Typs, durch die eine Gefährdung oder erhebliche Beeinträchtigung des Patienten selbst und/oder Anderer hervorgerufen wird und die auf nichtpharmakologische Methoden nicht ansprechen.»⁸

Ergänzend steht:

«Spätestens nach drei Monaten Therapie mit Risperidon ist die Behandlung versuchsweise zu sistieren und nur wiedereinzusetzen, wenn erneut schwere Verhaltensstörungen auftreten.»

Bei einer Off-Label-Verwendung anderer atypischer Neuroleptika sollten dieselben Einschränkungen gelten, wie sie für Risperidon beschrieben werden. Die Off-Label-Verwendung von Arzneimitteln unterliegt der Verantwortung der verordnenden Ärztin respektive des verordnenden Arztes und muss entsprechend dokumentiert und beaufsichtigt werden.

Aufgrund von physiologischen Veränderungen im Alter haben ältere Menschen eine höhere Sensitivität gegenüber Psychopharmaka, d. h. sie brauchen niedrigere Dosen und entwickeln eher Nebenwirkungen. Zudem erschweren Multimorbidität und Polymedikation die Verwendung von Psychopharmaka. Auch Neuroleptika können dementsprechend schwere Nebenwirkungen haben. Alle Neuroleptika führen zu erhöhter Schläfrigkeit und Sedierung (besonders Quetiapin) [2, 11], sowie zu einer allgemeinen Dämpfung der Gefühle mit der Unfähigkeit, Freude zu empfinden [12]. Hinzu kommen je nach Arzneimittel extrapyramidale Symptome (v. a. bei Risperidon, z. B. Rigor, Tremor, Akinese), eine beschleunigte Abnahme kognitiver Kompetenzen [45], Stürze, sowie ein erhöhtes Risiko für Delir [47], einen zerebrovaskulären Insult [13] und für Mortalität [11, 14, 15, 48]. Das Mortalitätsrisiko ist am höchsten für Haloperidol, gefolgt von Risperidon, Olanzapin und Quetiapin [49] und steigt mit höherer Dosierung. So zeigt die Studie von Maust et al. [49], dass eine von ca. 26 Personen stirbt, die mit Haloperidol behandelt werden, bei Quetiapin ist es eine von 50 Personen. Personen mit Lewy-Body-Demenz reagieren paradox auf Neuroleptika [2]. Bei Lewy-Body- und Parkinson-Demenz gilt besondere Vorsicht bei der Anwendung von Neuroleptika [45]. Bei dieser Demenzform können deswegen nur Quetiapin oder Clozapin eingesetzt werden. Grundsätzlich gilt, dass der Nutzen der Neuroleptika im Verhältnis zu den Nebenwirkungen eher gering ist, ausser bei psychotischen Symptomen.

- Von den atypischen Neuroleptika ist nur Risperidon für die Behandlung von BPSD zugelassen, alle anderen werden off-label verwendet.
- Es zeigt sich Evidenz mit einer kleinen Effektstärke für die Wirkung von Risperidon, Aripiprazol und Olanzapin bei BPSD.
- Alle Neuroleptika können schwere Nebenwirkungen haben. Es braucht vor ihrer Anwendung ein sorgfältiges Abwägen von Nutzen und Schaden, wo möglich zusammen mit den Betroffenen und zusammen mit den Angehörigen.
- Grundsätzlich liegen Auswahl und Verordnung der Neuroleptika bei der Ärzteschaft.

⁸ s. Fachinformation zu Risperdal® bei compendium.ch: <https://compendium.ch/product/42958-risperdal-filmtabl-1-mg/mpro>

6.3 Monitoring und Reduktion der Neuroleptika

Das Pfl egeteam trägt die Verantwortung, nach einer Verordnung eines Neuroleptikums die Wirkung und eventuelle Nebenwirkungen zu beobachten und zu dokumentieren. Hier hilft es, entsprechende Informationen im Team weiterzugeben und Erinnerungshilfen in der Bewohnerdokumentation einzurichten. Wenn Nebenwirkungen beobachtet werden, wird die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt informiert, und es werden im Behandlungsteam zusammen mit Betroffenen und Angehörigen die nächsten Schritte besprochen. Grundsätzlich soll der Einsatz aller Neuroleptika regelmässig, mindestens alle 6 Wochen, evaluiert und die Indikation überprüft werden [4].

Es wird empfohlen, ein Neuroleptikum wieder abzusetzen, wenn es nach einem 4-wöchigen Versuch in adäquater Dosis zu keiner bedeutsamen Verbesserung der Symptome kam [44]. Es braucht diese Zeit, um einen langsam eintretenden Effekt wahrnehmen zu können [22].

Bezüglich dem Absetzen nach wirksamer Behandlung zeigt sich in der Literatur, dass Neuroleptika nach 3 Monaten abgesetzt werden können. Wenn die Dosis passend war, führt dies bei den BPSD zu keinen grossen Veränderungen [50]. Es empfiehlt sich, nach 6 Wochen, spätestens aber nach 3 Monaten, einen ersten Absetzversuch des Neuroleptikums zu machen [22]. Dies wird wiederum im Behandlungsteam zusammen mit den Betroffenen (wo möglich) und den Angehörigen besprochen. Wichtig ist, dass während der ganzen Zeit der Verabreichung der Neuroleptika die nichtmedikamentösen Massnahmen weitergeführt und eventuell neue Massnahmen ausprobiert werden. Ebenso sollen während des Absetzversuchs flankierende nichtmedikamentöse Massnahmen vorbesprochen und umgesetzt werden. Es kann jedoch sein, dass bei Personen mit schweren BPSD die Symptome im selben Ausmass zurückkehren. Dann kann es sinnvoll sein, mit dem Neuroleptikum weiterzufahren [50]. So sind z. B. Rezidive bei paranoid-halluzinatorischen Syndromen nicht selten [45].

Beispiel 7: Absetzversuch eines Neuroleptikums

Herr Gloor hat eine frontotemporale Demenz und zeigte über Wochen ein Verhalten von sexueller Enthemmung. Er machte während der Körperpflege anzügliche Bemerkungen und versuchte, die Pflege- und Betreuungspersonen an Brüsten und Po anzufassen. Ebenso suchte er den Kontakt zu Mitbewohnerinnen, küsste sie und griff ihnen unter den Rock. Es kam zu Konfliktsituationen mit Fremdgefährdung. Auf Grenzsetzungen reagierte er verbal ausfallend. Mit dem Einsatz von Risperidon entschärfte sich die Situation. Es kam zu keinen Übergriffen mehr, und Herr Gloor wirkte insgesamt ruhiger und weniger angespannt im Alltag. Einem Versuch zur Reduktion des Arzneimittels nach 3 Monaten stand das Pfl egeteam zuerst kritisch gegenüber. Sie konnten dann aber feststellen, dass Herr Gloor ausgeglichen blieb und schliesslich konnte das Arzneimittel ganz abgesetzt werden.

- *Das Pfl egeteam überwacht und dokumentiert Wirkung und Nebenwirkungen der Neuroleptika.*
- *Der Einsatz der Neuroleptika wird mindestens alle 6 Wochen strukturiert evaluiert und die Indikation überprüft.*
- *Spätestens nach 3 Monaten wird ein erster Absetzversuch gemacht.*

→ Während der medikamentösen Behandlung werden nichtmedikamentöse Massnahmen weitergeführt und bei Bedarf neue ausprobiert.

6.4 Andere medikamentöse Optionen bei BPSD von Menschen mit Demenz

Neben Neuroleptika werden auch andere Psychopharmaka bei BPSD angewendet, eine Zusammenstellung findet sich in der nachfolgenden Tabelle 4. Für eine vertiefte Auseinandersetzung wird auf die weiterführenden Ressourcen verwiesen.

Arzneimittelgruppe	Wirkstoff und Name	Einsatzgebiet	Nebenwirkungen
Antidementiva	Cholinesterasehemmer Donepezil Galantamin Rivastigmin Memantin	Leichte und mittlere Demenz Bei Apathie, Depression, Angst, Irritabilität (keine Wirkung bei Agitation) Mittlere und schwere Demenz Bei Agitation, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggression	Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, symptomatische Bradykardie und Synkopen
Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva werden nicht empfohlen bei Demenz wegen anticholinergen Nebenwirkungen)	SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) Citalopram Alte Antidepressiva Trazodon (Trittico®), hat sedierende Wirkung, abendliche Dosis	Bei Angst, Depression, auch Agitation und Aggression Bei Agitation	Übelkeit und Erbrechen, Kopfschmerzen, Schlafveränderungen, Durchfall, Tremor, Verschlechterung der Kognition

Arzneimittelgruppe	Wirkstoff und Name	Einsatzgebiet	Nebenwirkungen
Analgetika	Start mit peripher wirksamen Analgetika. Wenn diese etwas Wirkung zeigen, aber nicht genug, Versuch mit niedrigpotenten Opiaten. Wenn auch diese hilfreich sind, aber noch nicht genug, Wechsel auf hochpotente Opiate (z. B. als s.c.-Injektion und bei guter Wirksamkeit Wechsel auf Pflasterform)	Bei Agitation	

Tabelle 4: Einsatz weiterer Arzneimittelgruppen bei BPSD [2, 4, 17, 22, 42, 46]

Von der Anwendung von Benzodiazepinen (z. B. Temesta ®, Seresta ®) und Hypnotika wird bei Menschen mit Demenz grundsätzlich abgeraten wegen ihrer schweren Nebenwirkungen (erhöhte Sturzgefahr, Atemdepression, Delir, Abhängigkeit bei Toleranzentwicklung) [47]. Viele ältere Menschen konsumieren diese Substanzen jedoch chronisch und entwickeln eine Abhängigkeitserkrankung. Dementsprechend muss die Therapie mit diesen Arzneimitteln oft weitergeführt werden, um Entzugserscheinungen mit schweren Folgen wie z. B. Krampfanfälle zu vermeiden. Grundsätzlich sollen Benzodiazepine nur in Notfallsituationen – etwa bei akuter Aggressivität mit Fremd- und Selbstgefährdung – als Bedarfsmedikation eingesetzt werden. Bei Abhängigkeitserkrankungen sollte eine Dosisreduktion vorgenommen werden, wenn eine Abstinenz nicht möglich ist. Antiepileptika wie Carbamazepin und Valproat werden aufgrund ihres schlechten Nebenwirkungsprofils in dieser Patientengruppe nicht empfohlen [2, 4].

7 Weiterführende Ressourcen

Die folgende Literatur ist für eine Vertiefung der Themen empfohlen. Der Fokus liegt auf der deutschsprachigen Literatur. Auf englische Literatur wird dort verwiesen, wo nichts Entsprechendes auf Deutsch vorliegt oder sie hilfreiche Ergänzungen bietet.

Strukturiertes Vorgehen zur Abklärung und Behandlung von BPSD:

- BPSD-DATE-Algorithmus (im Rahmen der nationalen Demenzstrategie empfohlen):
 - o Bundesamt für Gesundheit, *Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019. Herunterladbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic8MP28YzwAhUPPOwKHxV3DyIQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fnat-gesundheitsstrategien%2Fnationale-demenzstrategie%2Fassessment.pdf.download.pdf%2FDemenz_Assessments_DE.pdf&usq=AOvVaw0JroUzvDZZuDyxjVYSiseb
 - o Klöppel, S., et al., *Erkennung psychiatrischer Symptome in der stationären Langzeitpflege*. Praxis, 2020. **109**(4): p. 301–308.
- DICE-Methode (keine deutschsprachige Literatur vorliegend):
 - o Kales, H.C., et al., *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ: British Medical Journal, 2015. **350**. doi:10.1136/bmj.h369
 - o Kales, H.C., et al., Detroit Expert Panel on Assessment & Management of the Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel*. Journal of the American Geriatrics Society, 2014. **62**(4): p. 762–769. doi:10.1111/jgs.12730
- WELCOME-IdA:
 - o Buscher, I., et al., *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems*, 2012. Herunterladbar unter: https://www.dzne.de/fileadmin/Dateien/editors/documents/Standorte/Witten/2012_WELCOME-IdA.pdf
- STI:
 - o Fischer, T., et al., *Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die «Serial Trial Intervention» (STI)*. Pflegezeitschrift, 2007. (7): p. 370–373.
 - o Pieper, M.J.C., et al., *Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(2): p. 261–269. doi:10.1111/jgs.13868

Nichtmedikamentöse und medikamentöse Massnahmen bei BPSD:

- Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*. Praxis, 2014. **103**(3): p. 135–148. doi:10.1024/1661-8157/a001547

- Bartholomeyczik, S., et al., *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Witten: Bundesministerium für Gesundheit (BfG), 2006.
- *S3-Leitlinie «Demenzen»*; AWMF Register Nummer: 038/013. Langversion – Januar 2016. Herunterladbar unter <http://www.awmf.org>
- Scales, K., et al., *Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. *Gerontologist*, 2018. **58**(suppl_1): p. S88–s102. doi:10.1093/geront/gnx167
- Abraha, I., et al., *Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia*. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 2017. **7**(3): e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759

Umgang mit Menschen mit Demenz:

- Alzheimer Schweiz & Bundesamt für Gesundheit, *Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz. Empfehlungen für Langzeitinstitutionen*, 2020. Herunterladbar unter: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen/>
- Livingston, G., et al., *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. *The Lancet*, 2020. **396**(10248): p. 413–446. doi:10.1016/S0140-6736(20)30367-6
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, 2019.

Management von Delir:

- Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. *Praxis*, 2016. **105**(16): p. 941–952. doi:10.1024/1661-8157/a002433
- Arbeitsgruppe des Universitären Geriatrie-Verbundes Zürich, *Delirkonzept. Empfehlungen für die Prävention, die Diagnose, die Behandlung von Delir und die Triage von Delir mit einem interprofessionellen Ansatz*, 2019. Herunterladbar unter: <https://usz-microsite.ch/geriatrieverbund/konzepte/>
- CURAVIVA BS und BL (2018). *Leitlinie Delir-Management in der Langzeitpflege*. Informationen unter <https://extranet.curaviva-bl.ch/Fachentwicklung/Pflege/Delirmanagement/>

8 Bibliografie

1. Anliker, M. and G. Bartelt, *Resident Assessment Instrument in der Schweiz. Geschichte, Resultate und Erfahrungen aus der Anwendung*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2015. **48**(2): p. 114–120.
2. Preuss, U.W., et al., *Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review*. Psychiatr Pol, 2016. **50**(4): p. 679–715.
3. Moos, R.H., *Life stressors and coping resources influence health and well-being*. Evaluación Psicológica, 1988. **4**(2): p. 133–158.
4. Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)*. Praxis, 2014. **103**(3): p. 135–148.
5. van de Ven-Vakhteeva, J., et al., *The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes*. Int J Geriatr Psychiatry, 2013. **28**(5): p. 530–8.
6. Bränsvik, V., et al., *Mortality in patients with behavioural and psychological symptoms of dementia: a registry-based study*. Aging Ment Health, 2020: p. 1–9.
7. Song, J.-A. and Y. Oh, *The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes*. Archives of Psychiatric Nursing, 2015. **29**(5): p. 346–354.
8. Höwler, E., *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz*. 2008, Stuttgart: Kohlhammer.
9. Zwijsen, S.A., et al., *Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2013. **29**(4): p. 384–91.
10. Kales, H.C., et al., *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ: British Medical Journal, 2015. **350**.
11. Yunusa, I., et al., *Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis*. JAMA Netw Open, 2019. **2**(3): p. e190828.
12. Jones, N., *Antipsychotic medications, psychological side effects and treatment engagement*. Issues Ment Health Nurs, 2012. **33**(7): p. 492–3.
13. Hsu, W.T., et al., *Antipsychotics and the Risk of Cerebrovascular Accident: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies*. J Am Med Dir Assoc, 2017. **18**(8): p. 692–699.
14. Yeh, T.C., et al., *Mortality Risk of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Meta-Analysis, Meta-Regression, and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials*. J Clin Psychopharmacol, 2019. **39**(5): p. 472–478.
15. Greenblatt, H.K. and D.J. Greenblatt, *Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia*. J Clin Pharmacol, 2016. **56**(9): p. 1048–57.
16. Kales, H.C., et al., *Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel*. Journal of the American Geriatrics Society, 2014. **62**(4): p. 762–769.
17. Tible, O.P., et al., *Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia*. Therapeutic advances in neurological disorders, 2017. **10**(8): p. 297–309.
18. Bartholomeyczik, S., et al., *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. 2006, Witten: Bundesministerium für Gesundheit (BfG).
19. Holle, D., et al., *Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Pflege, 2011. **24**(5): p. 303–316.

20. Savaskan, E., et al., *Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. PRAXIS, 2016. **105**(16): p. 941–952.
21. Abengaña, J., et al., *Delirium superimposed on dementia: phenomenological differences between patients with and without behavioral and psychological symptoms of dementia in a specialized delirium unit*. Int Psychogeriatr, 2017. **29**(3): p. 485–495.
22. Cloak, N. and Y. Al Khalili, *Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia (BPSD)*, in *StatPearls*. 2020, StatPearls Publishing: Treasure Island (FL).
23. Bundesamt für Gesundheit, *Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz*. 2019, Bern: Bundesamt für Gesundheit.
24. Kales, H.C., et al., *Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus*. Int Psychogeriatr, 2018: p. 1–8.
25. Buscher, I., et al., *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen-demenzorientierten-Assessmentsystems*. 2012: Witten.
26. Fischer, T., et al., *Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die «Serial Trial Intervention» (STI)*. Pflegezeitschrift, 2007(7): p. 370–373.
27. Pieper, M.J.C., et al., *Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2016. **64**(2): p. 261–269.
28. Algase, D.L., et al., *Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior*. American Journal of Alzheimer's Disease, 1996. **11**(6): p. 10–19.
29. Cummings, J.L., et al., *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology, 1994. **44**(12): p. 2308–14.
30. DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege), ed. *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. 2019, Hochschule Osnabrück: Osnabrück.
31. Kovach, C.R., et al., *Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia*. Am J Alzheimers Dis Other Demen, 2006. **21**(3): p. 147–55.
32. Livingston, G., et al., *Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. The American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(11): p. 1996–2021.
33. Kratz, T., *Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz*. Dtsch Arztebl International, 2017. **114**(26): p. 447–54.
34. Wang, G., et al., *A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics*. Int Psychogeriatr, 2018: p. 1–13.
35. Scales, K., et al., *Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Gerontologist, 2018. **58**(suppl_1): p. S88–s102.
36. de Oliveira, A.M., et al., *Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review*. Biomed Res Int, 2015. **2015**: p. 218980.
37. Livingston, G., et al., *A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia*. Health Technol Assess, 2014. **18**(39): p. 1–226, v–vi.
38. Abraha, I., et al., *Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series*. BMJ Open, 2017. **7**(3): p. e012759.
39. Ball, E.L., et al., *Aromatherapy for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(8).

40. Na, R., et al., *A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia*. *Psychiatry Investig*, 2019. **16**(5): p. 325–335.
41. Cai, Y., et al., *The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Apathy in Patients With Dementia: A Systematic Review of Systematic Reviews*. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2020.
42. Dyer, S.M., et al., *An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia*. *Int Psychogeriatr*, 2018. **30**(3): p. 295–309.
43. Forbes, D., et al., *Exercise programs for people with dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(12): p. Cd006489.
44. Reus, V.I., et al., *The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia*. *Am J Psychiatry*, 2016. **173**(5): p. 543–6.
45. Hewer, W. and C. Thomas, *[Treatment with psychotropic agents in patients with dementia and delirium: Gap between guideline recommendations and treatment practice]*. *Z Gerontol Geriatr*, 2017. **50**(2): p. 106–114.
46. Bessey, L.J. and A. Walaszek, *Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. *Curr Psychiatry Rep*, 2019. **21**(8): p. 66.
47. Savaskan, E., *Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD): Was tun?* *Therapeutische Umschau*, 2015. **72**(4): p. 255–260.
48. Ralph, S.J. and A.J. Espinet, *Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care*. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 2018. **2**(1): p. 1–26.
49. Maust, D.T., et al., *Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm*. *JAMA Psychiatry*, 2015. **72**(5): p. 438–45.
50. Van Leeuwen, E., et al., *Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. **3**: p. Cd007726.

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz – Fachbereich Menschen im Alter
Zieglerstrasse 53 – Postfach 1003 – 3000 Bern 14

Autorenschaft

PD Dr. med. Albert Wettstein, Dr. med. Max Giger
Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter, Zürich

Dr. Franziska Zúñiga

Pflegewissenschaft, Departement Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Unter Mitarbeit von:

Dr. med. Gabriela Bieri, Geriatischer Dienst Zürich

PD Dr. med. Thomas Münzer, Geriatriische Klinik St.Gallen AG

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan, Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Ansgar Schürenberg, Zentrum Passwang, Breitenbach

Silvia Silva Lima, Pflegezentrum Käferberg, Zürich

Isabelle Weibel und Anna Konrad, Pflegezentrum Embrach

Esther Leu, Stiftung Hofmatt, Münchenstein

Ruth Wicki, Alterswohnzentrum Ruswil

Zitierweise

CURAVIVA Schweiz (2021; Hrsg.). Leitfaden: Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer Symptome bei Menschen mit Demenz. Online: curaviva.ch.

Auskünfte/Informationen

Anna Jörger, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachbereich Menschen im Alter,

E-Mail: a.joerger@curaviva.ch

© CURAVIVA Schweiz, 2021