

## **Behandlung von Menschen mit Demenz und psychischen und Verhaltensstörungen (behavioral and psychological symptoms of dementia/BPSD) in Pflegeheimen**

Es ist Pflicht, Menschen mit Demenz würdevoll zu behandeln und dabei im Prinzip auf freiheitseinschränkende Massnahmen zu verzichten. In Pflegeheimen leiden ca. 2/3 aller Bewohnenden unter einer alltagsrelevanten Hirnleistungsschwäche im Sinne einer neurokognitiven Beeinträchtigung (Demenz)<sup>1</sup>. Davon zeigen 80% gelegentlich bis häufig psychische und Verhaltensstörungen (behavioral and psychological symptoms of dementia/BPSD). BPSD können für die Betroffenen und für die Betreuenden sehr belastend sein. Wiederholt klagen Angehörige und entscheidungsberechtigte Personen von Menschen mit Demenz zu Recht über deren medikamentöse Sedierung.

Wir möchten Sie heute auf die relevanten Punkte der Behandlung von BPSD hinweisen und bitten Sie, diese weiterhin zu beachten:

- Die Therapie von BPSD erfordert ein stufenweises Vorgehen.
- Neuroleptika sollen der für ältere Menschen besonders gefährlichen unerwünschten Wirkungen wegen niedrig dosiert und zeitlich limitiert eingesetzt werden.
- Die Therapie von BPSD funktioniert einzig bei verantwortlicher Interprofessionalität.

### **Therapie der BPSD - Stufenweises Vorgehen in sechs Schritten<sup>2</sup>**

1. Abklären von Schmerzen (z.B. vom langen Sitzen, vom Liegen oder rheumatischer Art) und von körperlichen Bedürfnisse (z.B. nach Einlagenwechsel, Miktion, Defäkation, Durst, Hunger, Wärme, Kühlung, Schatten)
2. Abklärung emotionaler und sozialer Bedürfnisse (z.B. nach Abwechslung, Ruhe, Drang nach Draussen, Gemeinschaft, Kontakt mit gewissen Personen, Körperkontakt)
3. Nicht medikamentöse Interventionen, vor allem Bewegungsförderung (regelmässige Spaziergänge begleitet oder im „Demenzgarten“, Tanzen)
4. Versuch mit Schmerzbehandlung, auch wenn Schmerzen nicht offensichtlich sind
5. Psychopharmakologische Behandlung, primär mit anregenden oder sedierenden Antidepressiva
6. Einsatz eines Neuroleptikums kann nur befristet auf maximal sechs Wochen in möglichst niedriger Dosierung verantwortet werden. Dabei müssen die drei folgenden Punkte erfüllt sein:
  - Schritte 1 bis 5 haben nicht geholfen
  - die Störung ist so schwerwiegend, dass starke unerwünschte Nebenwirkungen in Kauf genommen werden dürfen
  - Die umfänglich orientierte entscheidungsberechtigte Person stimmt zu

## **Steigende Verordnung von Neuroleptika**

Erhebungen mittels Resident-Assessment-Instrument (RAI, 2005-2015) bei über 27'000 Menschen in Deutschschweizer Pflegeheimen zeigen auf, dass immer mehr Heimbewohnende mit Neuroleptika, oft mit atypischen im Off-Label-Use, behandelt werden<sup>3</sup>. Bei Hochrisikopatientinnen und -patienten stieg der Anteil mit Neuroleptika-Behandlung innert zehn Jahren von 52% auf 60% und lag bei den anderen Heimbewohnenden bei 30%. Dies steht im Widerspruch zum internationalen Konsensus, wonach höchstens 35% der Hochrisikopatientinnen und -patienten und 20% der übrigen Menschen in Pflegeheimen mit Neuroleptika behandelt werden sollten<sup>4</sup>. Bezüge von Quetiapin, das zu den potentiell inadäquaten Arzneimitteln bei älteren Menschen (PIM) gehört, stiegen zwischen 2013 und 2016 um 40,6 % und nahmen 2016 den 4. Rang der Arzneimittelbezüge in Pflegeheimen ein<sup>5</sup>. Es handelt sich dabei um einen medizinisch kaum begründbaren Off-Label-Einsatz.

## **Neuroleptika zur Behandlung von BPSD (Swissmedic)**

- Haloperidol/Haldol®: Seit Jahrzehnten zugelassen für die Behandlung von „Psychosen bei Alterspatientinnen und -patienten“ und „zerebralsklerotisch bedingter Unruhe“. Es gilt weltweit als Arzneimittel der ersten Wahl zur Behandlung von Delirien.
- Levopromazin/Nozinan®: Seit Jahrzehnten zugelassen zur Behandlung von „psychomotorischen Erregungszuständen bei Erwachsenen“. (Der Einsatz bei Menschen mit Demenz wird nicht explizit erwähnt.)
- Risperidon/Risperdal®: Einziges sog. atypisches Neuroleptikum zeitlich limitiert (bis zu 12 Wochen) zugelassen zum Einsatz bei Menschen mit Alzheimer-Demenz bei Versagen nichtpharmakologischer Methoden.

## **Unerwünschte Wirkungen der Neuroleptika**

Alle Neuroleptika hemmen selektiv oder unter anderem Dopamin. Dies führt einerseits zu Anhedonie<sup>67</sup> und andererseits zu medikamentösem Parkinsonismus: Patientinnen und Patienten werden apathisch, stürzen häufiger und verletzen sich dabei stärker. Alle Neuroleptika zeigten eine Erhöhung der Gesamtmortalität (um 29% mit atypischen Neuroleptika). Noch schwerwiegender ist die markante Erhöhung des Schlaganfallrisikos unter Risperidon von 1,2% auf 3,3%. Die meisten Neuroleptika führen bei Menschen mit Demenz zu einer dosisabhängigen Sedierung bis hin zu dauernder Schläfrigkeit und wiederholtem Einschlafen auch tagsüber. Damit verbunden kommt es oft zu Übergewicht und vermehrt zu Diabetes II.

## **Verantwortliche Interprofessionalität**

Die Qualität der Betreuung der Bewohnenden, bzw. die Patientensicherheit verlangen eine verantwortungsvolle patientenzentrierte Zusammenarbeit der Pflegefachpersonen und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Therapieziele und -massnahmen sollen mit den Betroffenen, bzw. den entscheidungsberechtigten Personen interprofessionell besprochen und definiert werden.

**Bei der Behandlung von Menschen mit BPSD sind die folgenden Punkte zu beachten:**

1. Das Heim, resp. dessen verantwortliche Pflegefachpersonen sollen nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden anwenden, bevor der Einsatz eines Neuroleptikums in Erwägung gezogen wird.
2. Die Entscheidungsberechtigten einer dementen Person müssen vor Beginn einer Neuroleptikum-Therapie von der Ärztin, bzw. dem Arzt orientiert werden, dass und warum die erwartete Leidensminderung durch ein Neuroleptikum stärker zu gewichten ist als dessen mögliche starken Nebenwirkungen, und sie müssen dem Einsatz explizit zustimmen.
3. Neuroleptika müssen von der Ärztin bzw. dem Arzt schriftlich verordnet werden, und zwar auf maximal drei Monate limitiert.
4. Nach sechs Wochen, spätestens nach drei Monaten, soll die verantwortliche Pflegefachperson die behandelnden Ärztinnen, bzw. Ärzte ersuchen, einen Absetzversuch zu verordnen unter Hinweis darauf, mit welchen pflegerischen Massnahmen dies flankierend unterstützt wird.

**UNABHÄNGIGE BESCHWERDESTELLE FÜR DAS ALTER**

PD Dr. med. Albert Wettstein  
Vorsitzender UBA-Fachkommission Zürich

Dr. med. Max Giger  
Mitglied UBA-Fachkommission Zürich

Zürich, 01. Januar 2021

Literatur

---

<sup>1</sup> Anliker M., Bartelt G. (2015) Resident Assessment Instrument in der Schweiz, Geschichte, Resultate und Erfahrungen aus der Anwendung, ZGerontol Geriat 48:114-120

<sup>2</sup> Pieper M. et al (2011) The Implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behavior in advanced dementia patients: a cluster randomized controlled trial. BMC Geriatrics 11:13

<sup>3</sup> Wettstein A. (2018) Bewegungseinschränkende Massnahmen, rechtliche Beurteilung aus geriatrischer Sicht für die Langzeitpflege. Die Praxis für das Familienrecht, Fampra.ch 4/2018: 979-1003

<sup>4</sup> Rantz M.J., Petroski G.F. et al (2000) Setting thresholds for quality indicators derived from MDS data for nursing home quality improvement reports: an update Jt Comm J Qual Improv 26 (2): 101-110

<sup>5</sup> Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017

<sup>6</sup> Crow T.J., Deakin J.F.W. and Longden A. (1977) The nucleus accumbens - possible site of antipsychotic action of neuroleptic drugs? Psychological medicine 7 /2: 213-221

<sup>7</sup> Wise R.A. (1982) Neuroleptics and operant behavior: The anhedonia hypothesis Behavioral and Brain Sciences 5/1: 39-53