Psychiatrie St.Gallen

Herausforderndes Verhalten bei Demenz – Chancen und Grenzen von Psychopharmaka

Dr.med.Antje Schatton, Abteilungsleiterin Ambulatorium Alters- und Neuropsychiatrie PSG
St.Gallen, 12. November 2025

Psychiatrie St.Gallen
Ambulatorium Alters- und Neuropsychiatrie

Herausforderndes Verhalten

- Nichtkognitive Symptome der Demenz
- Neuropsychiatrische Symptome der Demenz
- Verhaltensstörungen bei Demenz
- Herausforderndes Verhalten
- Behaviorale und psychologische Symptome bei Demenz

Behaviorale und psychologische Symptome bei Demenz - BPSD

Cache County Study on Memory in Aging (Longitudinalstudie, populationsbasiert, Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit von Risikofaktoren bei >65jährigen, 5 Jahre lang, prospektiv, 5092 Probanden, 942 entwickelten Demenzerkrankung, BPSD mittels NPI (Neuropsychiatric Inventory))

• Apathie	20% / 51%
• Depression	29% / 47%
• Euphorie	1%
• Angst	14% / 31%
• Agitation / Aggression	13% / 24%
• Wahn	18% / 38%

• Halluzinationen	10% / 24%
• Enthemmung	2% / 15%
• Irritabilität	17% / 27%
• Motorische Unruhe	7% / 29%

• (Schlafstörungen,

Zirkadiane Schlaf-wach-Rhythmusstörungen)

Behaviorale und psychologische Symptome bei Demenz - BPSD

- Neurotransmitterveränderungen (cholinerg, dopaminerg, serotonerg, noradrenerg)
- Prämorbide Persönlichkeit
- Posttraumatische Reaktionen
- Kommunikationsstil der Betreuenden
- Umfeldfaktoren

WICHTIG

Erkennen auslösender Faktoren für Aggressivität

(häufig Überforderungsreaktion bei Störung von Orientierung, Wahrnehmung eigener Defizite, Reizüberflutung, Angst, Schmerz, psychotischen Symptomen, entwertender Haltung)

Behandlung BPSD

- Als Begleitsymptome der Demenzerkrankung erkennen
- Bedürfnislage des Patienten eruieren

- NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN
  - NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN
    - NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN
      - NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN
        - NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN
          - NICHTMEDIKAMENTÖSE MASSNAHMEN

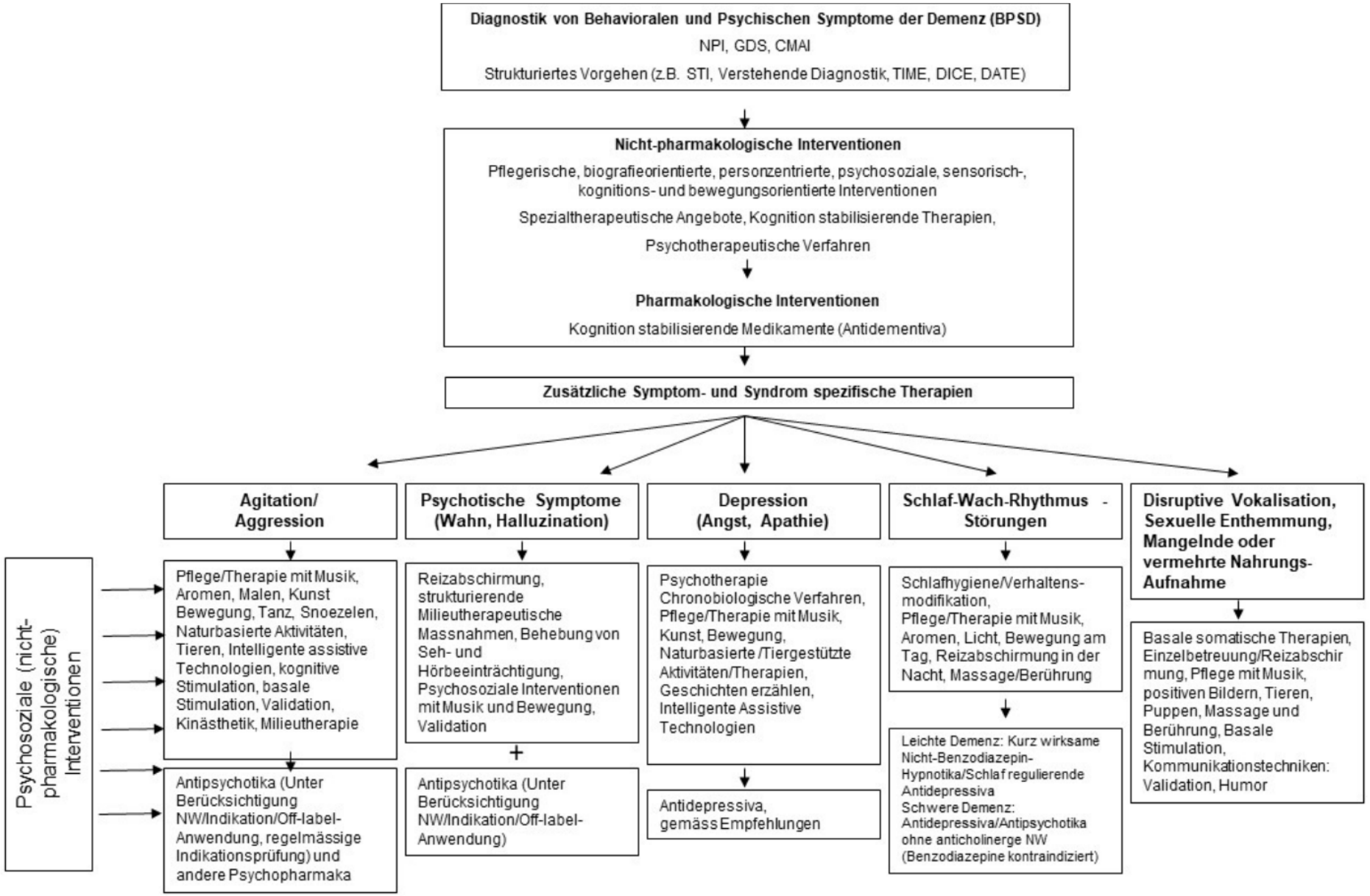

Abbildung 1: BPSD-Therapeutischer Algorithmus

Medikation bei BPSD

Vor Einsatz von Medikamenten:

- Klinische Untersuchung inkl. Labor und EKG
- Medikamentenanamnese
- Nutzen – Risiko - Abwägung

Nutzen

- Leidensdruck lindern bei Patient (Angst, Depression, Agitation bis zur Erschöpfung)
- Schutz von Angehörigen / Mitbewohnern / Pflegenden
- Verhinderung von Milieuwechseln

Risiko

- Sedation mit Sturzgefahr, Inaktivierung, Folgeerkrankungen
- Kardiale Nebenwirkungen
- Erhöhtes Mortalitätsrisiko
- Verschlechterung der kognitiven Situation
- Polypharmazie mit erhöhter Gefahr von Interaktionen

Medikation bei BPSD

Risikominderung

- Aufklärung und Information
- Beginn mit niedriger Dosis
- Langsame Steigerung
- Monotherapie
- Immer nur eine Veränderung der Medikation
- Genaue Beobachtung der Veränderung, möglichst konkret und objektivierbar
- Individueller Therapieplan
- Zeitlich limitierter Einsatz
- EKG- und Laborkontrollen

Medikation bei BPSD

Medikamente

- Antidementiva
  bei Alzheimer Demenz, zur Verzögerung des Krankheitsprozesses
  positive Wirkung auf BPSD
  Ohne erhöhtes Mortalitätsrisiko
  Galantamin, Donepezil, Rivastigmin, Memantine
  Mögliche Nebenwirklungen: Übelkeit, Halluzinationen
  Gingko biloba bei Alzheimerdemenz und Vaskulärer Demenz

- Antidepressiva
  Stimmungsaufhellung, Antriebsförderung, Schlafanstoss
  CAVE: Antriebsmangel versus Apathie
  Wenn keine Verbesserung nach ausreichend hoher Dosierung und Zeit -> Stop

- Antipsychotika
  …

Antipsychotika bei BPSD

«Alltagsevidenz» versus offizielle Zulassung

Beispiel Quetiapin (in CH besonders häufig, in anderen Ländern z.B. Olanzapin)

Kritik

- Umfang der Behandlung (Indikation, Dosierung, Dauer)
- off-label-Verwendung per se

Therapieempfehlungen

- Antipsychotika als ultima ratio

Antipsychotika bei BPSD

Haloperidol

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

Risperidon

- *«…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»*

Rexulti (Brexpiprazol)

- *«Agitiertheit bei Alzheimer-Demenz*

Arzneimittelkompendium der Schweiz: www.compendium.ch

Antipsychotika bei BPSD

Dipiperon

- *«chronische Psychosen»*
- *«Bei älteren Patienten mit Demenz-bedingter Psychose, die mit Neuroleptika behandelt werden, besteht ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.»*

Prazine

- *«Manifestierte psychotische Störungen einschliesslich der manischen Phase manisch-depressiver Zustände, Involutions-, Alters- und Intoxikationspsychosen, … .»*

Truxal

- *«Schizophrenie und andere Psychosen mit psychomotorischer Unruhe, Angst und Agitation. Manie.»*

Clopixol

- *«Manische Phase der manisch-depressiven Psychosen. Schwere Konfusions- und Unruhezustände bei arteriosklerotischen Patienten und bei Oligophrenie.»*

Antipsychotika bei BPSD

Klinische Studien zeigen:

- Wirksamkeit bei aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz
- Mortalitätsraten geringer als bei typische Antipsychotika
- Weniger EPS und anticholinerge Nebenwirkungen als bei typischen Antipsychotika

- Olanzapin
- Quetiapin
- Aripiprazol

Sie sind aber in der Schweiz nicht zugelassen zur Behandlung von BPSD

Antipsychotika bei BPSD

«Alltagsevidenz» versus offizielle Zulassung

Beispiel Quetiapin (in CH besonders häufig, in anderen Ländern z.B. Olanzapin)

Kritik

- Umfang der Behandlung (Indikation, Dosierung, Dauer)
- off-label-Verwendung per se

Therapieempfehlungen

- Antipsychotika als ultima ratio

Antipsychotika bei BPSD

- Off-Label-Anwendung – komplexes Problem
  - Klassifikationssysteme von Diagnosen (ICD, DSM) immer differenzierter -> engere Indikationen für Medikamente
  - Medikamente, die generisch hergestellt werden können -> niedrigere Studienmotivation
  - Höhere Hürden für Zulassungsverfahren -> Kostenfolgen
  - Marktrückzug von älteren Arzneimitteln mit breitem Indikationsspektrum
- Zugang zu nachgewiesenermassen wirksamen Medikamenten erschwert

Psychopharmaka bei BPSD

- Beobachtung und Beschreibung der Symptomatik so genau wie möglich
- Regelmässige hausärztliche / (alters)psychiatrische Visite
- Arbeit mit Reservemedikation
- Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten
- Ggf. Mut zur Reduktion nach erfolgreicher Stabilisierung
- Austausch im Pflegeteam, Konsens, Kommunikation
- Externe pflegerische Fallbesprechungen

- Entscheidend für die zielgerichtete Auswahl des Medikamentes
- Frühzeitige Intervention, Vermeidung von Akutsituationen, stationären Aufenthalten (Milieuwechsel), Evaluation und Anpassung der Medikation
- Vermeidung hoher Dauermedikation bei schwankendem Verlauf
- Gewährleistung notwendiger Kontrollen, Vermeiden von Doppelspurigkeiten
- Zeitliche Limitation Antipsychotika bei Demenz, Phasenhafter Verlauf
- Gesamtbild entsteht und kann kommuniziert werden
- Teamentwicklung, gemeinsame Haltung

BPSD – gemeinsam bewältigen

Grosses Bemühen um Umgang mit den Herausforderungen von BPSD im Alltag mit Menschen mit Demenzerkrankung

Belastung für Patienten, Angehörige, Pflegende, Therapeuten, Ärzte

Herausforderungen in Institutionen

- Häufige Personalwechsel
- Standardisierte Abläufe und Anforderungen
- Wissen über Demenzerkrankungen und BPSD
- Individuelle Reaktionsmuster bei Patienten und Pflegenden
- Angst vor Unberechenbarkeit, Verletzung

Psychiatrie St.Gallen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit