



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich Klinik für Alterspsychiatrie

# Empfehlungen zum Umgang mit BPSD

Demenzforum, 3. November 2023





Verhaltensstörungen bei Demenz =

Neuropsychiatrische Symptome der Demenz =

Nicht-kognitive Begleitsymptome der Demenz =

Behaviorale und Psychologische Symptome der  
Demenz (BPSD)

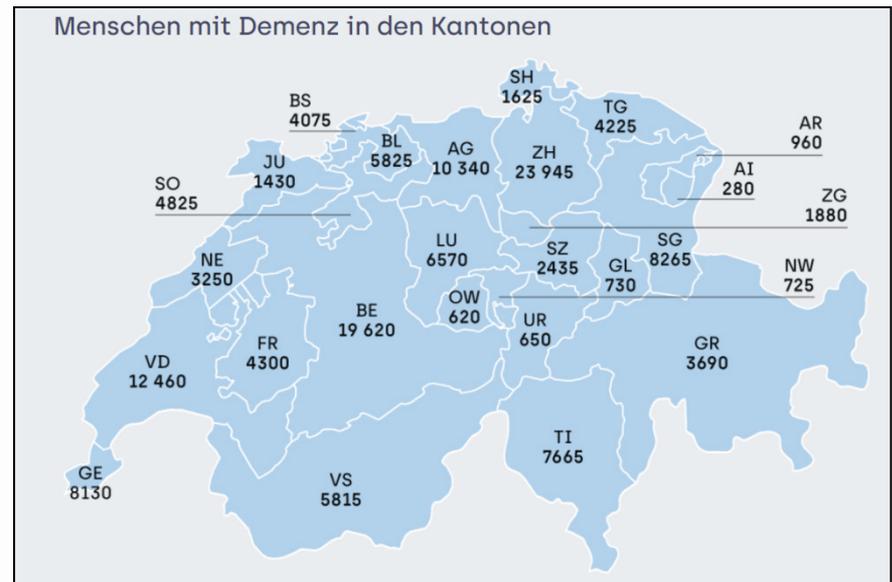


# Demenz-Erkrankungen in der Schweiz



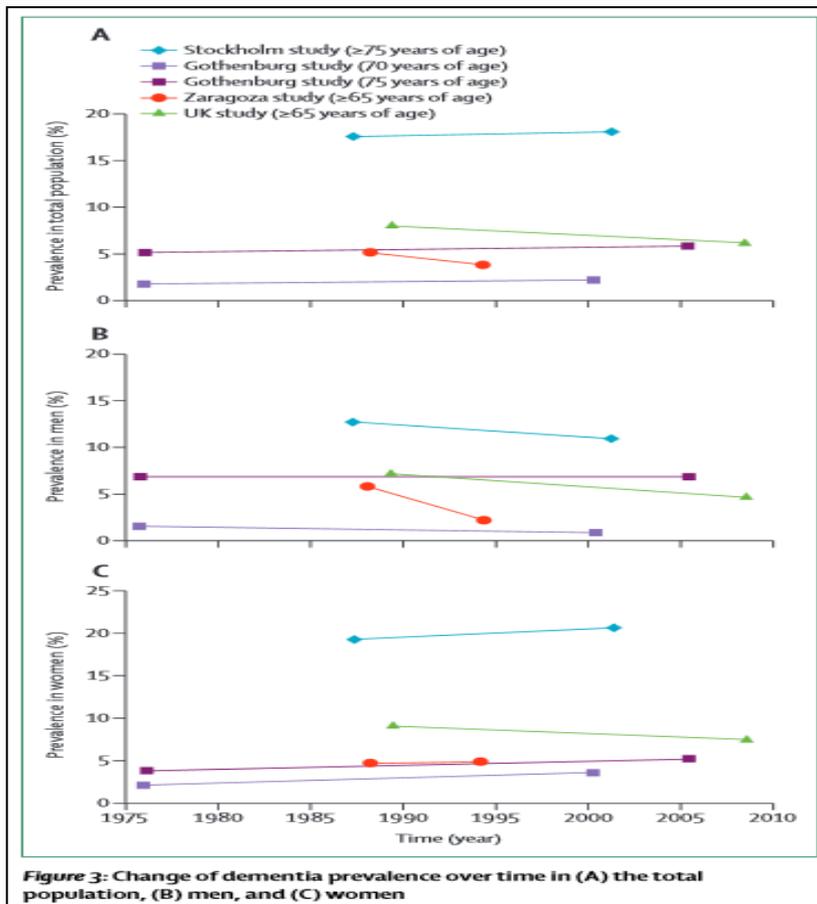
- Aktuell leben 144'300 Menschen mit Demenz in der Schweiz
- Jährlich erkranken 30'910 Personen (alle 17 Minuten eine neue Erkrankung)
- 67% Frauen, 33% Männer
- %5 der Demenz-Erkrankungen vor dem 65.Lebensjahr
- Bis 2050 315'400 Personen mit Demenz
- Geschätzte Gesamtkosten 11.8 Milliarden CHF pro Jahr (6.3 Milliarden Direktkosten)

**Alzheimer Schweiz 2020**



# Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making

Wu YT et al. *Lancet*, 2016



- Prävalenz der Demenz-Erkrankungen blieb in Europa zwischen 1980 und 2000 stabil (Ausnahme UK-Studie mit 22% Abnahme)
- Patienten mit Demenz leben länger
- Inzidenz nimmt ab!



## **Motion Steiert «Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen» (09.3509)<sup>1</sup>**

«Der Bund erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen die notwendigen Grundlagen, um ein dauerhaftes Monitoring der in der Schweiz von Demenzpathologien verursachten individuellen und gesellschaftlichen Kosten zu ermöglichen. Damit sollen die notwendigen, regelmässig aktualisierten Kennzahlen zur Steuerung einer dringend notwendigen, gemeinsamen Schweizer Demenzpolitik ermittelt werden können. Ziel einer solchen Politik ist eine für alle Beteiligten optimale Betreuungs- und Behandlungsform.»

## **Motion Wehrli «Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie Bund und Kantone» (09.3510)<sup>2</sup>**

«Der Bund erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen die Grundsätze einer Demenzstrategie für die Schweiz. Ziel soll neben der Festlegung von Handlungsprioritäten im Bereich der Ursachenforschung, der Prävention und der Entwicklung von Behandlungsmethoden, der Förderung von Frühdiagnosen, der Unterstützung von Pflegenden sowie der Planung und Bereitstellung der notwendigen Infrastrukturen auch eine klare Verteilung der entsprechenden Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen betroffenen Akteuren sein, damit Entscheidungen zur richtigen Behandlung und Betreuung im gesamtgesellschaftlichen Interesse und nicht im Wesentlichen aufgrund der mikroökonomischen Kostenlogik der einzelnen Kostenträger gefällt werden.»

ÜBERGEORDNETE ZIELSETZUNGEN UND WERTHALTUNGEN

**HANDLUNGSFELD 1**  
Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation

**ZIEL 1** Die Bevölkerung hat ein besseres Wissen über Demenzerkrankungen. Sie weiss um die vielfältigen Lebensrealitäten der Betroffenen. Vorurteile und Hemmschwellen sind abgebaut.

Projekt 1.1 Bevölkerungsbezogene sowie gemeindenaher Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten

Projekt 1.2 Branchenspezifische Informationsmaterialien

**ZIEL 2** Betroffene und nahestehende Bezugspersonen haben während des gesamten Krankheitsverlaufs niederschweligen Zugang zu einer umfassenden Information sowie zu individueller und sachgerechter Beratung.

Projekt 2.1 Individualisiertes Informations- und Sozialberatungsangebot für Betroffene

**HANDLUNGSFELD 2**  
Bedarfsgerechte Angebote

**ZIEL 3** Den an Demenz erkrankten Menschen und nahestehenden Bezugspersonen stehen flexible, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung.

Projekt 3.1 Auf- und Ausbau regionaler und vernetzter Kompetenzzentren für Diagnostik

Projekt 3.2 Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs

Projekt 3.3 Auf- und Ausbau flexibler regionaler Entlastungsangebote für die Tages- und Nachtbetreuung

Projekt 3.4 Förderung der demenzgerechten Versorgung in Akutspitälern

Projekt 3.5 Förderung der demenzgerechten Versorgung in der stationären Langzeitpflege und -betreuung

**ZIEL 4** Die angemessene Entschädigung und die finanzielle Tragbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit einer Demenzerkrankung sind gewährleistet.

Projekt 4.1 Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen

**HANDLUNGSFELD 3**  
Qualität und Fachkompetenz

**ZIEL 5** Die Behandlung, Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen orientiert sich an ethischen Leitlinien.

Projekt 5.1 Verankerung ethischer Leitlinien

**ZIEL 6** Die Qualität ist in der Versorgung von demenzkranken Menschen entlang des Krankheitsverlaufs sichergestellt.

Projekt 6.1 Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung

Projekt 6.2 Förderung der interdisziplinären Assessments

Projekt 6.3 Umgang mit Krisensituationen

**ZIEL 7** Fachpersonen in allen relevanten Gesundheits- und Sozialberufen verfügen über die in ihrem Berufsfeld erforderliche Handlungskompetenz zur qualitätsorientierten Diagnostik bzw. Situationsanalyse, Behandlung, Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen. Angehörige und im Bereich der Freiwilligenarbeit engagierte Personen werden in ihrer Kompetenz dem Bedarf entsprechend gestärkt.

Projekt 7.1 Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Projekt 7.2 Kompetenzstärkung für Angehörige und Freiwillige

**HANDLUNGSFELD 4**  
Daten und Wissensvermittlung

**ZIEL 8** Als Grundlage für die mittel- und langfristige Versorgungsplanung und -steuerung liegen in den Kantonen Informationen zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation der Menschen mit Demenz vor.

Projekt 8.1 Versorgungsmonitoring

Projekt 8.2 Begleitforschung

**ZIEL 9** Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis und der Austausch zwischen Forschenden und Nutzenden wird mit geeigneten Instrumenten unterstützt.

Projekt 9.1 Vernetzung von Forschung und Praxis





# Arbeitsgruppe



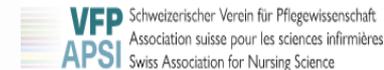
Swiss Neurological Society  
Schweizerische Neurologische  
Gesellschaft  
Société Suisse de Neurologie  
Società Svizzera di Neurologia



- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie & -Psychotherapie (SGAP)
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
- Swiss Memory Clinics (SMC)
- Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)
- Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
- Alzheimer Schweiz



## Interprofessionell – Interdisziplinär



## Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study

Martin Steinberg<sup>1\*</sup>, Huibo Shao<sup>2</sup>, Peter Zandi<sup>2</sup>, Constantine G. Lyketsos<sup>1</sup>,  
 Kathleen A. Welsh-Bohmer<sup>3</sup>, Maria C. Norton<sup>4,5,6</sup>, John C.S. Breitner<sup>7</sup>,  
 David C. Steffens<sup>3</sup>, JoAnn T. Tschanz<sup>4,5</sup> and Cache County Investigators

### Prävalenz (nach 5 Jahren)

Wahn:	18% (38%)
Halluzinationen:	10% (24%)
Agitation/Aggression:	13% (24%)
Depression:	29% (47%)
Apathie:	20% (51%)
Angst:	14% (32%)
Disinhibition:	2% (15%)
Irritabilität:	17% (27%)
Motorische Unruhe:	7% (29%)

97% haben mind. 1 Symptom.  
 Apathie an erster Stelle!

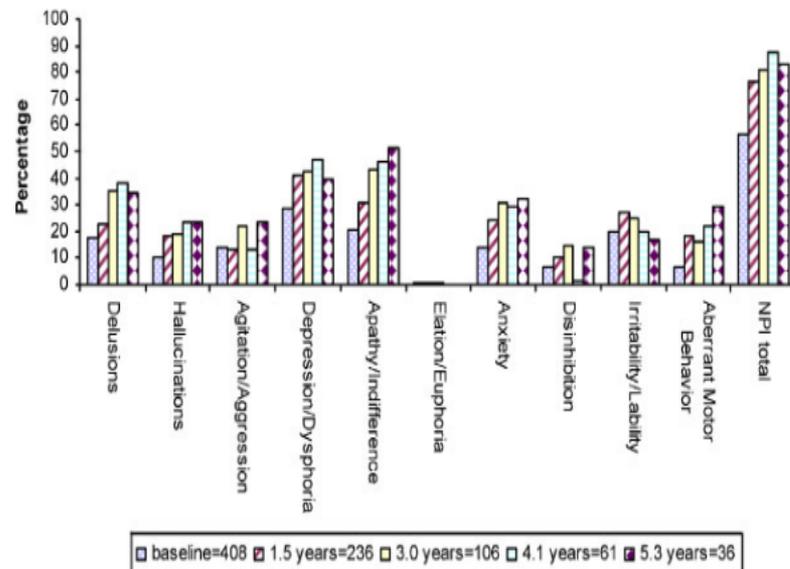


Figure 2. Point prevalence of NPI symptoms (NPI > 0).

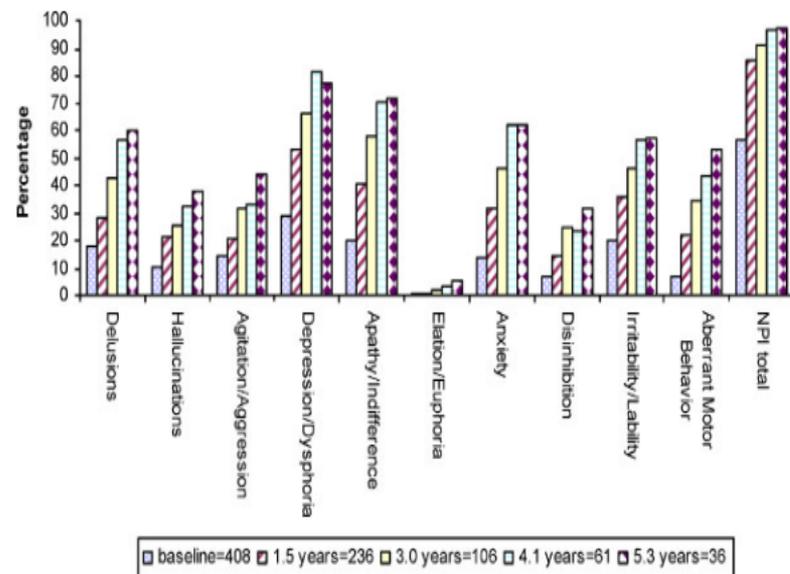
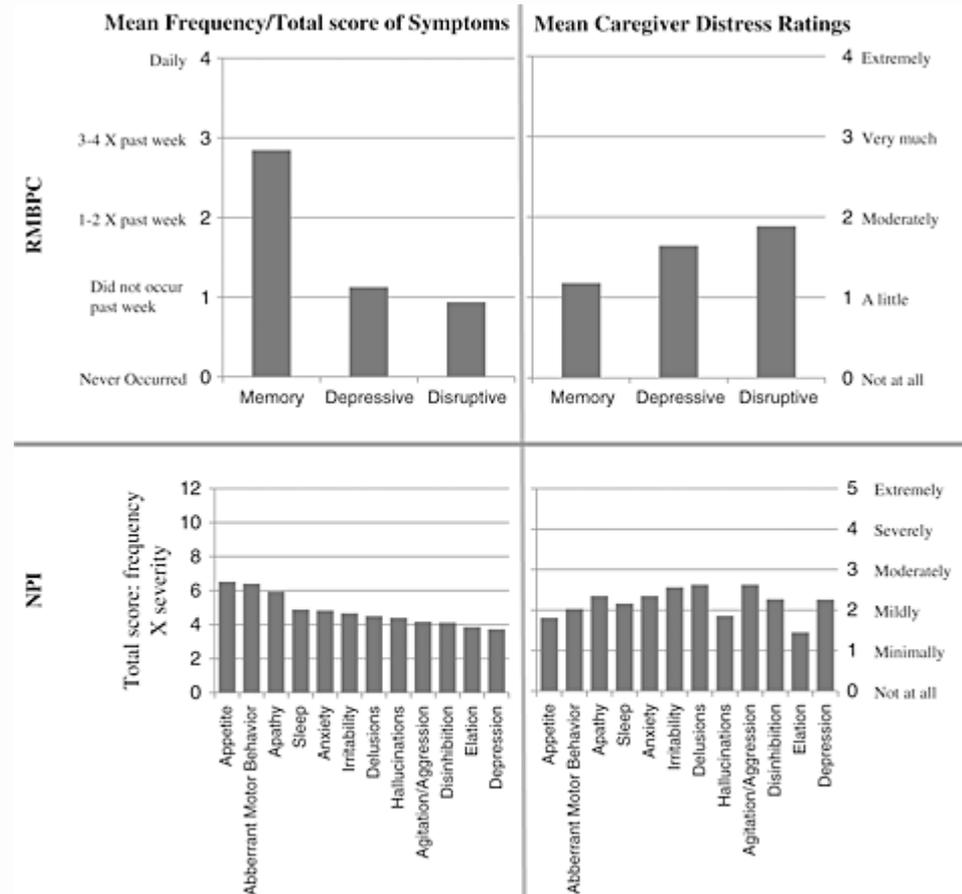


Figure 3. Five-year period prevalence of NPI symptoms (NPI > 0).



# Belastung für Betreuer

- Verschlechterung der Aktivitäten des täglichen Lebens  
*Lyketsos CG et al 1997*
- Schnellerer kognitiver Abbau  
*Stern Y et al 1997*
- Verschlechterung der Lebensqualität  
*Gonzales-Salvador T et al 2000*
- Frühe Institutionalisierung in APH oder Spitälern  
*Steele C et al 1990*
- Vermehrte psychiatrische Erkrankungen wie Depression bei Betreuungspersonen  
*Gonzales-Salvador T et al 1999*



# Aggression bei Demenz

- Verbale und körperliche Aggression  
*Schimpfen, Schlagen, Beissen, Kratzen.....*
- Hälfte der Patienten in Pflegeheimen sind betroffen
- Aggression entsteht bei Überforderung  
*Orientierungsstörungen, Frustrationen, Demütigung,  
Kritik, Reizüberflutung, Angst, Schmerz,  
Halluzinationen, Wahn*
- Aggression ist eine Belastung für den Patienten,  
aber auch Angehörige und Betreuer





# Halluzination, Wahn bei Demenz

## Wahn:

### *Störungen des Denkens*

Feste Überzeugungen, die absolut keiner Beweise und Begründungen bedürfen und die durch Argumente nicht zu erschüttern sind

Häufig: Bestehlungswahn, Vergiftungswahn, Verfolgungswahn, Verarmungswahn

## Halluzinationen

### *Störungen der Wahrnehmung*

Optische, akustische, taktile und olfaktorische Halluzinationen

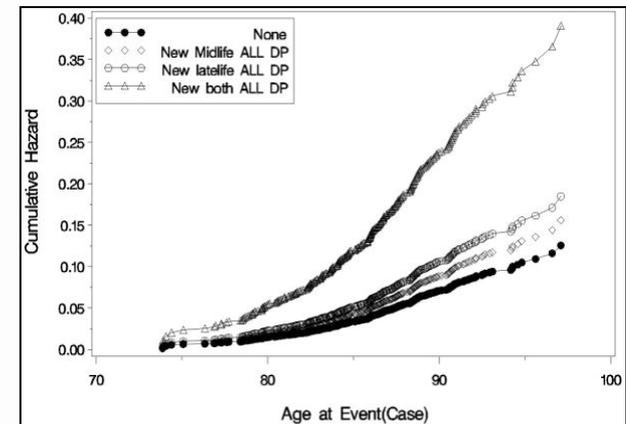
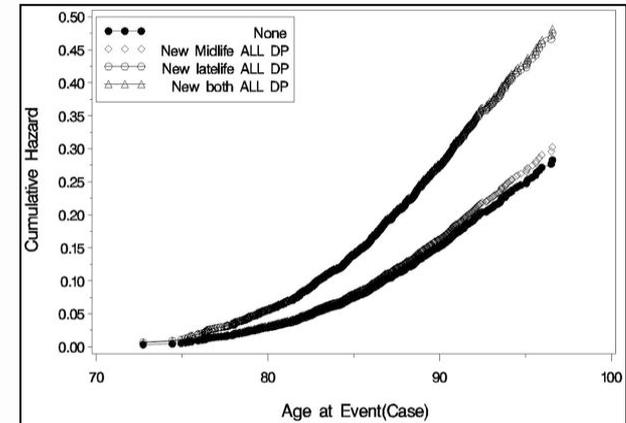


# Depression als Risikofaktor für Demenz

## Mid-life versus late-life depressive symptoms and risk of dementia: Differential effects for Alzheimer's disease and vascular dementia

DE Barnes, K Yaffe, AL Byers, M McCormick, C Schaefer, RA Whitmer  
Arch Gen Psychiatry 2012

- Depression im mittleren und späten Erwachsenenalter ist mit erhöhtem Risiko für Demenz assoziiert
- Depression, die spät auftritt, kann ein Prodromalstadium der Demenz sein
- Rezidivierende Depressionen sind assoziiert mit erhöhtem Risiko für vaskuläre Demenzen



The adjusted hazard of dementia was increased by approximately 20% for mid-life depressive symptoms only (Hazard Ratio [95% confidence interval]: 1.19 [1.07, 1.32]), 70% for late-life symptoms only (1.72 [1.54, 1.92]), and 80% for both (1.77 [1.52, 2.06]). When we examined AD and VaD separately, subjects with late-life depressive symptoms only had a two-fold increase in AD risk (2.06 [1.67, 2.55]) whereas subjects with both mid-life and late-life symptoms had more than a three-fold increase in VaD risk (3.51 [2.44, 5.05]).



# Enthemmung und Demenz

- Unkontrollierbare Bewegungen
  - Plötzlich auftretende Aggression
  - Hypo-/Hyperoralität: Patienten essen kaum oder zu viel
  - Inadäquates, distanzloses Sozialverhalten
  - Sexuelle Enthemmung
- 
- *Kaum Behandlungsmöglichkeiten*
  - *Vor allem bei Demenzen mit Frontalhirnbeteiligung*



# Therapie der Alzheimer-Demenz



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

Therapie kognitiver  
Störungen

Therapie der  
Begleitsymptome-  
BPSD

Therapie  
somatischer  
Erkrankungen

Angehörigenbetreuung

Psychosoziale Massnahmen



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>



# Therapieempfehlungen der Schweizer Fachgesellschaften

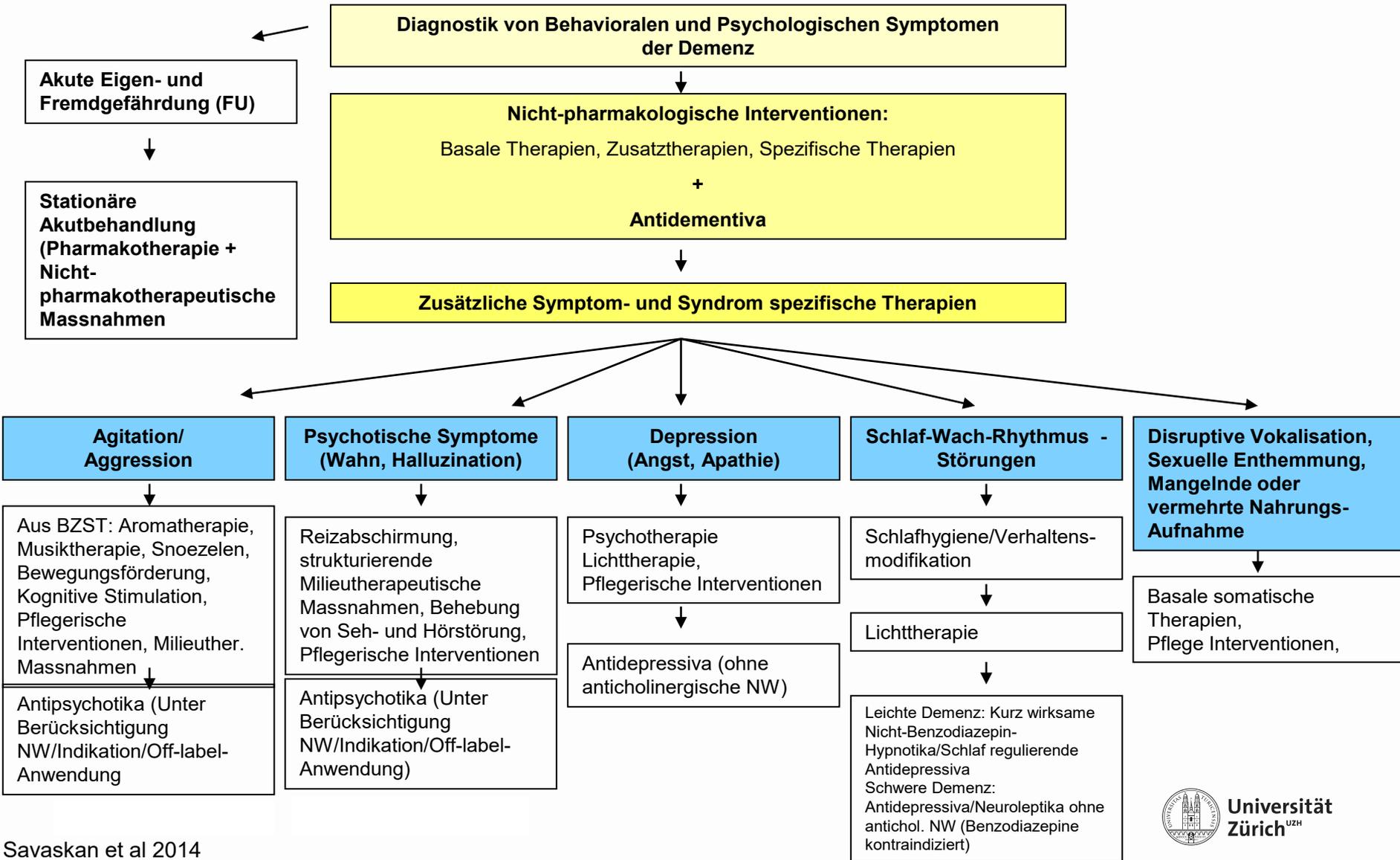
Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie & Alterspsychotherapie (SGAP)<sup>1</sup>; Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)<sup>2</sup>; Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)<sup>3</sup>; Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)<sup>4</sup>; Swiss Memory Clinics (SMC)<sup>5</sup>; Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)<sup>6</sup>; Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)<sup>7</sup>; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)<sup>8</sup>; Schweizerische Alzheimervereinigung<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Egemen Savaskan, <sup>3</sup>Irene Bopp-Kistler, <sup>5</sup>Markus Buerge, <sup>9</sup>Regina Fischlin, <sup>14</sup>Dan Georgescu, <sup>1</sup>Umberto Giardini, <sup>6</sup>Martin Hatzinger, <sup>1</sup>Ulrich Hemmeter, <sup>1</sup>Isabella Justiniano, <sup>3</sup>Reto W. Kressig, <sup>7</sup>Andreas Monsch, <sup>1</sup>Urs P. Mosimann, <sup>2</sup>Renè Mueri, <sup>9</sup>Anna Munk, <sup>1</sup>Julius Popp, <sup>8</sup>Ruth Schmid, <sup>1</sup>Marc A. Wollmer

## Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)

Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

# Therapeutischer Algorithmus



Neuropsychiatrisches Inventar (**NPI**)

Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating  
Scale (**BEHAVE-AD**)

Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's  
Disease-Behavior Rating Scale for Dementia  
(**CERAD-BRSD**)

**NPI (12 Domänen):**

- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Agitation/Aggression
- Depression/Dysphorie
- Angst
- Gehobene Stimmung/Euphorie
- Apathie/gleichgültigkeit
- Enthemmung
- Reizbarkeit/Labilität
- Motorische Auffälligkeiten
- Nächtliches Verhalten
- Appetit/Essverhalten

Schweregrad: (1) - (3)

Frequenz: (1) – (4)

Belastung des Betreuers: keine(0)-extreme(5)

Gesamtscore: max.144 Punkte



# Diagnostik

## Depression:

- Geriatric Depression Scale (**GDS**)
- Cornell Scale for Depression in Dementia
- Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (**CES-D**)

Selbstbeurteilung: Beck Depression Inventory

Beurteilung des Schweregrads: Hamilton Rating Scale for Depression

(Fremd-)Verlaufsbeurteilung:

Montgomery&Asberg Depression Rating Scale

• **GDS Geriatrische Depressionskala:** Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psych Res 1983; 17: 37-49.

	JA	NEIN
• 1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		X
• 2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	X	
• 3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	X	
• 4. Ist Ihnen oft langweilig?	X	
• 5. Sind Sie meistens guter Laune?		X
• 6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?	X	
• 7. Sind Sie meistens zufrieden?		X
• 8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	X	
• 9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	X	
• 10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	X	
• 11. Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?		X
• 12. Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?	X	
• 13. Fühlen Sie sich energiegeladener?		X
• 14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	X	
• 15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie?	X	

**Total GDS**  
Gezählt wird die Anzahl Kreuze. Das Maximum beträgt somit 15 Punkte.  
**0 – 5 Punkte: normal**  
**5 – 10 Punkte: leichte bis mässige Depression**  
**11 – 15 Punkte: schwere Depression**



# Diagnostik: Empfehlungen



## Diagnostische Empfehlungen bei BPSD in der Pflege:

### Cohen-Mansfield-Assessment Instrument (**CMAI**: Cohen Mansfield Agitation Inventory):

- Basiert auf der Beobachtung von agitiertem Verhalten während zwei Wochen, und rückschauender Bewertung von gewählten Strategien und Interventionen
- Es können nur Ausschnitte von herausfordernden Verhalten erfasst werden
- Keine Hinweise über die Ursachen des Verhaltens

Empfehlungsgrad 3, Evidenzkategorie B

Razney 2004; Cohen-Mansfield&Libin 2004;  
Oppikofer 2008a, b



## Standard:

**Blutbild, CRP**

**Glukose, HbA1c**

**Natrium, Kalium, Kalzium,**

**Kreatinin,**

**GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase), GPT**

(Glutamat-Pyruvat-Transaminase), **γ-GT** (Gamma-Glutamyl-Transferase)

**Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride**

(Lipidstatus bei unter 80-jährigen)

**TSH** (Thyreoidea-stimulierendes Hormon),

**Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D**

**Lues und Borrelien** (bei Verdacht)

## • **Optionale Labordiagnostik:**

- Differentialblutbild
- EKG
- BSG, INR
- CK (Creatinkinase)
- Homocystein
- Harnstoff-N, Harnsäure
- FT4 (Freies T4)
- Vitamin- und Hormonspiegel (B1, B6, Niacin, Kortisol, Parathormon)
- Blutzuckertagesprofil
- Bilirubin, Coeruloplasmin
- HIV
- ApoE-Genotyp (z. B. im Rahmen von klinischen Studien/Forschungsuntersuchungen)
- Phosphat, Chlorid, Magnesium, Kupfer, Zink
- Ferritin/Transferrin
- Vaskulitisparameter (u. a. ANA, ANCA, RF; bei Verdacht auf definiertes Syndrom weiterführende Tests wie Komplementfaktoren C3, C4, zirkulierende Immunkomplexe, Kryoglobuline, anti-DNS, anti-SSA, anti-SSB, etc.)
- Autoimmune ZNS-Antikörper, Paraneoplastische Antikörper und Antikörper bei V.a. autoimmunvermittelte Enzephalopathie
- Noxen-Screening (Blei, Quecksilber)
- Drogenscreening (z. B. Benzodiazepine)
- Urinstatus mit Kupfer-Clearance im 24-Stunden-Urin
- CDT (Carbohydrat-defizientes Transferrin)
- Drug-Monitoring



# Nicht-pharmakologische Interventionen

Kontrollierte Studien für basale Therapieverfahren sind nicht ausreichend und die Evidenz-Kategorien sind niedrig

Psychosoziale Interventionen haben sich im klinischen Alltag sehr gut bewährt

**Schweizerische Expertenmeinung:**

**Alle pflegerischen und psychosozialen Interventionen werden als erste Wahl und als begleitendes Verfahren empfohlen**



- Psychosoziale Interventionen:
  - Psychoedukation
  - Sozialberatung
  - Angehörigenbasierte Verfahren
  - Milieutherapeutische Interventionen
- Pflegerische Interventionen:
  - Need-Driven-Dementia-Compromised Behavior Modell (NDB)
  - Serial Trial Intervention (STI)
  - Fallgespräche
  - Pflege von Menschen mit disruptiver Vokalisation
  - Pflege von Menschen mit sexueller Enthemmung
  - Pflege von Menschen mit Aggressivität
- Zusatztherapien:
  - Validationstherapie
  - Aromatherapie
  - Snoezelen
  - Basale Stimulation
  - Bewegungsförderung
- Kognition-stabilisierende Therapien
  - Kognitive Stimulation
  - Reminiszenztherapie
  - Selbsterhaltungstherapie
- Psychotherapeutische Verfahren
- Musiktherapie
- Aktivierungstherapie

## Pharmakologische Therapien:

- Antidementiva
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Antikonvulsiva
- Benzodiazepine
- Hypnotika
- Hypnotisch wirksamen Antidepressiva und Antipsychotika
- Analgetika
- Phytotherapeutika

## Biologische Verfahren:

- Lichttherapie
- Schlafentzug/Wachtherapie
- Elektrokrampftherapie

## Therapie bei speziellen Demenz-Formen:

- Vaskuläre Demenz
- Demenz mit Lewy-Körperchen
- Parkinson-Demenz
- Frontotemporale Demenz



# Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review

De Oliveira et al., Biomed Rest Int 2015

- Aktivierungstherapie
  - Musiktherapie
  - Lichttherapie
  - Aromatherapie
  - Physische Aktivität
- 
- «Person-centered care model»

*Wirksam vor allem bei  
Agitation, Unruhe und  
Schlaf-Wach-  
Rhythmusstörungen!*



## Milieutherapeutische Interventionen

Empfehlungsgrad 4, Evidenz-Kategorie C

Cioffi et al 2007; Wilkes et al 2005

## Psychoedukation

Empfehlungsgrad 3, Evidenz-Kategorie B

Bäumli&Pischl-Walz 2008, Hepburn et al 2007; Farina et al 2006; Teri et al 2003; Callahan et al 2006; Cumming et al 1994; Selwood et al 2006; Viola et al 2011; Akkermann et al 2004; Beck et al 2002

## Sozialberatung

Empfehlungsgrad 4, Evidenz-Kategorie C

Schoenmakers et al 2010; Perry et al 2010; Donath et al 2010; Mittelman et al 2006; Isfort et al 2011

## Angehörigenbasierte Verfahren

Empfehlungsgrad 3, Evidenz-Kategorie B

Callahan et al 2006; Gitlin et al 2010; Coopera et al 2012; Gormley et al 2001; Stott&Taylor 2004; Brodaty 2004

## Literature Review

# The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature

Habib Chaudhury, PhD,\* Heather A. Cooke, PhD, Heather Cowie, MA, and Leila Razaghi, BSc, BA

Department of Gerontology, Simon Fraser University, Vancouver, BC, Canada.

\*Address correspondence to Habib Chaudhury, PhD, Department of Gerontology, Simon Fraser University, Vancouver, BC, V6B 5K3, Canada.  
E-mail: [chaudhury@sfu.ca](mailto:chaudhury@sfu.ca)

Received August 23, 2016; Editorial Decision Date November 21, 2016

**Decision Editor:** Rachel Pruchno, PhD

## Abstract

**Background and Objectives:** The physical environment in long-term care facilities has an important role in the care of residents with dementia. This paper presents a literature review focusing on recent empirical research in this area and situates the research with therapeutic goals related to the physical environment.

**Research Design and Methods:** A comprehensive literature search was conducted in Ageline, PsychINFO, CINAHL, Medline and Google Scholar databases to identify relevant articles. A narrative approach was used to review the literature.

**Results:** A total of 103 full-text items were reviewed, including 94 empirical studies and 9 reviews. There is substantial evidence on the influence of unit size, spatial layout, homelike character, sensory stimulation, and environmental characteristics of social spaces on residents' behaviors and well-being in care facilities. However, research in this area is primarily cross-sectional and based on relatively small and homogenous samples.

**Discussion and Implications:** Given the increasing body of empirical evidence, greater recognition is warranted for creating physical environments appropriate and responsive to residents' cognitive abilities and functioning. Future research needs to place greater emphasis on environmental intervention-based studies, diverse sample populations, inclusion of residents in different stages and with multiple types of dementia, and on longitudinal study design.

- Therapeutisch angeleitete Vermittlung vom Wissen über die Erkrankung, Therapie, Prognose und Selbsthilfestrategien
- Erfahrungsaustausch
- Emotionale Entlastung
- Beratung
- Praktische Unterstützung
- Bis zum mittleren Stadium der Demenz gut anwendbar
- Erfolgreicher wenn Angehörigen beigezogen werden

## Internet-Based Program for Dementia Caregivers

Marsha L. Lewis, PhD, RN<sup>1</sup>, John V. Hobday, MA<sup>2</sup>, and  
Kenneth W. Hepburn, PhD<sup>1</sup>

### Abstract

The overall goal of the Internet-Based Savvy Caregiver (IBSC) program was to develop and bring to market an Internet-based psycho-educational program designed to provide dementia caregivers the knowledge, skills, and outlook they need to undertake and succeed in the caregiving role they have assumed. The IBSC program's concept is based on a face-to-face caregiver-training program and curriculum, the previously validated Savvy Caregiver Program (SCP). The project used an iterative design with expert and consumer input to develop the initial prototype. Forty-seven participants completed the IBSC program and follow-up questionnaire. Results of the formative evaluation showed that participants found the program educational, convenient, useful, and interesting. Participants endorsed feeling more confident in caregiving skills and communication with their family members. The evidence points to the feasibility of an Internet-based program to strengthen family caregivers' confidence in caring for persons with dementia.

American Journal of Alzheimer's  
Disease & Other Dementias<sup>®</sup>  
25(8) 674-679  
© The Author(s) 2010  
Reprints and permission:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1533317510385812  
<http://aja.sagepub.com>



# Vocalization in dementia: a case report and review of the literature

Yusupov&Galvin, Case Rep Neurol 2014

- Laute und repetitive Äusserungen, Töne, Schreie und Suche nach Aufmerksamkeit
- Vokalisationen können durch externe Stimuli, Stress, Angst und Verhaltensweisen der Betreuer ausgelöst werden
- Erhöhte Angst und Unruhe
- Nicht-pharmakologische Interventionen sind Therapie der ersten Wahl
- Pharmakotherapie nicht wirksam
- «Redirection technique»
- Psychoedukation der Betreuer

A redirection and relaxation technique was attempted to get the patient to discontinue her vocalizations. The patient was called to attention by calling her first name, and then was directed to take a deep breath and count to 10.

This technique was able to break the vocalization cycle for 10- to 15-min intervals. Each time the patient was redirected, the resulting vocalization-free interval was longer and achieved faster.



# Pflegerische Interventionen

## **Pflege von Menschen mit sexuellen Verhaltensstörungen bei Demenz:**

*Generelle pflegerische verhaltens- und milieuthérapeutische Massnahmen zur Vermeidung von Situationen, die das problematische Verhalten hervorrufen:*

- Pflege durch eine Person, welche keine sexuelle Attraktion auslöst
- Feedback über Unangemessenheit des Verhaltens
- Ablenken
- Aufklären verunsicherter Angehöriger
- Patientenkontakt nicht reduzieren
- Einheitliche Haltung von Pflegenden
- Gute Information vor/während der Körperpflege
- Kleider, die sich schwer öffnen/ schwer ausziehen lassen
- Hintergrundmusik
- Milieuwechsel
- Erwünschtes Verhalten gezielt verstärken, unerwünschtes ignorieren

**Evidenzkategorie C3, Empfehlungsgrad 4**

Hajjar&Kamel 2004; Kamel&Hajjar 2004; Kämpf&Abderhalden 2012





# Pflegerische Interventionen

## Guidelines zum nicht- pharmakologischen Management von Aggression bei Menschen mit Demenz:

Verstehende Assessments zum Patienten und seinem Umfeld bilden die Grundlage

Vier Dimensionen sind zu berücksichtigen:

1. Patient: individuelle Charakteristik, persönliche Lebensgeschichte, persönliches Umfeld
2. Störung: Beschreibung der Symptome und der Theorie möglicher Ursachen für das Verhalten
3. Behandlung: Ziele und Erwartungen an die nicht pharmakologischen und pharmakologischen Interventionen, ethische Entscheidungen und Notfall-Behandlung
4. Evidenz basierte Leitlinien, die aktuell, vorausschauend auf potentielle Konflikte, Verbraucherfreundlichkeit und zugänglich sind

Evidenzkategorie C3, Empfehlungsgrad 4

Vickland et al 2012; Hall&O'Connor 2004; Sauter et al 2004





# Bewegungsförderung

## Drug and Exercise Treatment of Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effects on Cognition in Randomized Controlled Trials

*Andreas Ströble, M.D., Dietlinde K. Schmidt, M.Sc., Florian Schultz, M.Sc., Nina Fricke, M.Sc., Theresa Staden, M.Sc., Rainer Hellweg, M.D., Josef Priller, M.D., Michael A. Rapp, M.D., Ph.D., Nina Rieckmann, Ph.D.*

- Rivastigmin, Donepezil, Galantamin, Memantin, Ginkgo Biloba verbessern leicht signifikant die Kognition bei AD
- Physische Aktivität zeigt gute Wirksamkeit

Ströble et al 2015

Wang et al  
*Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2022) 16:16  
<https://doi.org/10.1186/s13034-022-00453-2>

Child and Adolescent Psychiatry  
and Mental Health

**REVIEW** **Open Access**

Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents

Xiang Wang, Zhi-dong Cai, Wan-ting Jiang, Yan-yan Fang, Wen-xin Sun and Xing Wang\* 



- Meta-Analyse von 15 Studien
- Deutlich signifikante Reduktion der Depression
- Mind. 6 Wochen lang, viermal in der Woche und 30 Minuten/Tag

Wang et al 2022

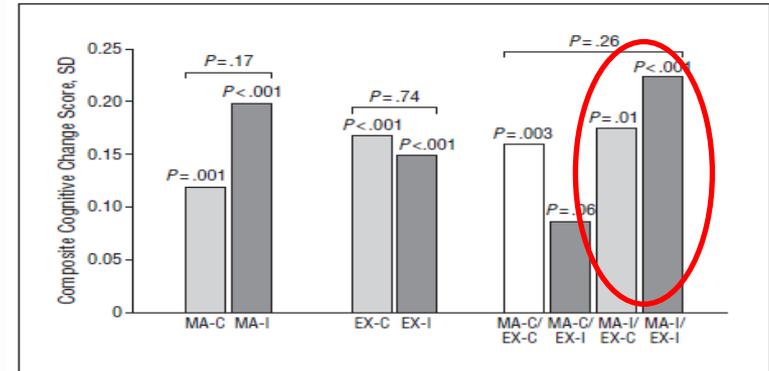
# Bewegungsförderung

## The Mental Activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults

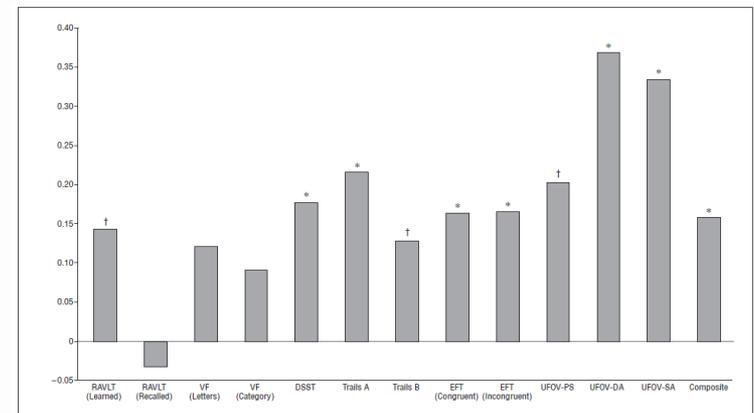
Barnes et al, JAMA Int Med 2013

- In inaktiven älteren (73.4±) Probanden 12-Wochen kognitives Training (komputerisiert) plus physische Aktivität (aerobisch) verbessert globale kognitive Funktionen signifikant
- Dieser Effekt ist weniger ausgeprägt wenn kognitives Training allein angeboten wird
- Signifikante Verbesserung vor allem bei Aufmerksamkeit, allgemeiner Gedächtnisleistung und exekutiven Funktionen

→ Indirekte langfristige Effekte durch Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren



**Figure 2.** Effects of interventions on composite cognitive score. For the primary outcome of change in the composite cognitive score, scores improved significantly over time but did not differ between the mental activity intervention (MA-I) and mental activity control (MA-C) groups, the exercise intervention (EX-I) and exercise control groups (EX-C) groups, or all 4 randomization groups.



**Figure 3.** Change in individual cognitive tests. Cognitive function improved significantly ( $*P < .05$ ) for the following scores: Digit Symbol Substitution Test (DSST); Trail-Making Test, part A (Trails A); Eriksen Flanker Test (EFT), congruent and incongruent reaction times; Useful Field of View divided attention (UFOV-DA) and selective attention (UFOV-SA); and composite score. Improvements approached statistical significance ( $†P < .10$ ) for Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), total words learned, the Trail-Making Test, part B (Trails B); and UFOV processing speed (UFOV-PS).

# Snoezelen

- Holländisch «snuffelen» (kuscheln) plus «doezelen» (dösen)
- Multifunktionelles Konzept: Wohlfühlen plus Beschäftigung
- Verschiedene Sinnesempfindungen werden angesprochen
- Entspannend und aktivierend
- In dem 70er Jahren entwickelt von Beschäftigungstherapeut Ad Verheul und Musiktherapeut Jan Hulsegge

## Ausstattung:

*Windspiele, Klangschalen, Glocken*

*Wasserbett mit Lautsprechern*

*Vibrationsgegenstände, Massageröhren*

*Tastplatten*

*Gepolsterte Böden und Plattformen*

*Aromaverbreiter*

*Technische Geräte um Musik abzuspielen*





# Spezialtherapeutische Angebote

## **Musiktherapie:**

**Empfehlungsgrad 3, Evidenz-Kategorie B**

Livingston et al 2005; Hulme et al 2010; Testad et al 2014

## **Aktivierungstherapie:**

**Empfehlungsgrad 5, Evidenz-Kategorie D**

Hüll&Voigt-Radloff 2008; Rieckmann et al 2008





## Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association

Raglio et al., Maturitas 2012

- 289 Studien, davon 32 RCT, untersucht
  - 20 Studien über die Wirkung auf BPSD: Wirkungen auf Angst, Agitation, Aggressivität und Depression
  - 6 Studien über die Wirkung auf Kognition: Verbesserungen in einzelnen Bereichen
  - 4 Studien über die Wirkung auf physiologische Parameter: Verbesserung der Depression, der kardiovaskulären Funktionen und der parasympathischen Aktivität
  - 2 Studien über motorische Aktivität: Verbesserung der physischen und kognitiven Aktivität sowie der Belastung der Angehörigen
- 
- Effekte sind in der Regel von kurzer Dauer
  - Personalisierte Interventionen sind wirksamer



# Kognition stabilisierende Therapien

- Üübende Verfahren (kognitives Training), kognitive Stimulation (Anregung zur kognitiven Tätigkeit, kognitive Rehabilitation), Förderung der Orientierung (Realitätsorientierung) und autobiographischer Erinnerungen (Reminiszenztherapie/autobiographische Arbeit)
- **Kognitive Stimulation:**  
Personen zentrierte Interventionen sind wirksam bei BPSD
- **Reminiszenztherapie:**  
Biographisch relevante Materialien werden eingesetzt um Erfahrungen zu aktivieren und Gedächtnis zu stärken. Wirksam bei BPSD
- **Realitätsorientierungstherapie:**  
Datenlage inkonsistent. Elemente werden in andere Interventionen integriert

- Trotz methodischer Schwächen vieler Studien positive Wirkung bei BPSD
- Personen zentrierte Interventionen können empfohlen werden, idealerweise mit einem Algorithmus für die Abfolge mehrerer Interventionen für verschiedene BPSD.



# Kognitive Stimulation

## Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease.

Sattler et al, *Psychiatry Res* 2012

Hoher Bildungsstand und sozioökonomischer Status  
reduzieren das Risiko für AD

## Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: results from the Three-City Study

Akbaraly et al, *Neurology* 2009

5698 nicht-demente Probanden, 4 Jahre follow-up  
stimulierende Freizeitaktivitäten reduzieren das  
Demenz-Risiko

**Table 2**  
Cognitive activity, education and socioeconomic status at t1 and prevalence of MCI/AD at t3: odds ratios adjusted for gender and Self Depression Rating Scale (SDS).

	OR	95% CI	$\chi^2$
<b>Cognitive activity</b>			
High vs. low	<b>0.38</b>	<b>0.15–0.99</b>	3.87*
High vs. medium	0.60	0.25–1.40	1.41
Medium vs. low	0.64	0.35–1.16	2.19
<b>Education</b>			
High vs. low	<b>0.15</b>	<b>0.06–0.38</b>	16.42***
High vs. medium	<b>0.25</b>	<b>0.13–0.49</b>	16.37***
Medium vs. low	0.61	0.30–1.23	1.93
<b>SES</b>			
High vs. low	<b>0.31</b>	<b>0.14–0.73</b>	7.23**
High vs. medium	0.55	0.29–1.07	3.13
Medium vs. low	0.57	0.29–1.10	2.81
<b>Gender</b>			
Female vs. male	0.58	0.34–1.01	4.04
<b>SDS</b>	0.68	0.04–11.58	0.07

Abbreviations: OR = odds ratio; CI = confidence interval; SES = socioeconomic status.  
\*  $P < 0.05$ .  
\*\*  $P < 0.01$ .  
\*\*\*  $P < 0.001$ .

Sattler et al 2012

# Psychotherapeutische Verfahren

Psychotherapeutisches Verfahren	Erläuterung der Annahmen/ methodisches Vorgehen
Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapeutische Verfahren gehen von der Annahme aus, dass Verhalten aus Lernerfahrungen folgt. Zu diesen Verfahren zählen Aufbau angenehmer Aktivitäten, Verhaltensmanagement und Stimulus-Kontrolle.
Kognitive Verhaltenstherapie	Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine Form der Verhaltenstherapie, die auf die Veränderung von Kognitionen abzielt. Einstellungen, Gedanken, Bewertungen oder Überzeugungen sollen bewusstgemacht und auf ihre Angemessenheit hin überprüft sowie ggfs. korrigiert werden.
Lebensrückblicksinterventionen	Bei Lebensrückblicks-interventionen werden biographische Erfahrungen strukturiert besprochen.
Reminiszenztherapie	Die Reminiszenztherapie ist eine demenzangepasste Form der Lebensrückblicksintervention, die sich auf positive Lebensereignisse und Bewältigungsstrategien fokussiert.
Validierung	Bei der Validierung werden Kommunikationsmethoden eingesetzt, die das subjektive Empfinden des Gegenübers anerkennen. Dieses Verfahren wird ebenfalls im Abschnitt pflegerische Interventionen besprochen.

- Bei leichter bis mittelschwerer Demenz gut wirksam.
- Sie sollen auch begleitend angeboten werden, wenn der Einsatz von Psychopharmaka unvermeidbar wird.
- Vor allem kognitive Verhaltenstherapie, Lebensrückblicksinterventionen und Validierung sind bewährte Techniken.
- Multikomponenten-Programme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen erfolgreicher als einzelne Interventionen

**Empfehlungsgrad 1, Evidenz-Kategorie A**

Livingston et al 2005; Brodaty 2012; Bird et al 1995; Buchanan&Fischer 2002; Moniz-Cook et al 2001, 2003; Sörensen et al 2002

# Interventionen bei Angehörigen

*The Gerontologist*  
Vol. 42, No. 3, 356-372

*Copyright 2002 by The Gerontological Society of America*

## How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis

Silvia Sörensen, PhD,<sup>1</sup> Martin Pinguart, Dr habil,<sup>2</sup> and Paul Duberstein, PhD<sup>1</sup>

### Meta-Analyse von 78 Studien über Interventionen bei Angehörigen:

- Grosser und schnell eintretender Effekt bei Interventionen mit multiplen Komponenten (Psychoedukation, Psychotherapie, praktische Übungen)
- Mittlerer Effekt für Psychoedukation und Psychotherapie allein
- Kleiner Effekt für Selbsthilfegruppen oder Tagespflege
- Effekt grösser bei individualisierter Intervention
- Mehr als 10 Sitzungen effektiver bei Depression



- Vor allem wirksam bei Agitation
- Beste Datenlage für Lavendelöl und Melissenöl
- Einfache Anwendung
- Exzellentes Risiko- und Nebenwirkungsprofil
- Kostengünstig
- Selten allergische Reaktionen
- Aspekte der Basalen Stimulation können integriert werden

Ballard et al. 2002; Holmes et al. 2002; Smallwood et al. 2001; Thorgrimsen et al. 2003; Holt et al. 2003



**Cochrane  
Library**  
Cochrane Database of Systematic Reviews

**Aroma therapy for dementia (Review)**

Holt FE, Birks TPH, Thorgrimsen LM, Spector AE, Wiles A, Orrell M





### Grundsätze der psychopharmakologischen Therapie in der Alterspsychiatrie:

- Therapie der ersten Wahl sind nicht-pharmakologische Therapien. Falls diese nicht ausreichen, können pharmakologische Therapien eingesetzt werden. Auch dann sollen nicht-pharmakologische Therapien begleitend angeboten werden.
- Beim Einsatz der Psychopharmaka soll zu Beginn eine Nutzen-/Risiko-Abwägung erfolgen.
- Ein individueller Therapieplan soll erstellt werden. Die Betroffenen und deren Betreuer sollen über Nutzen und Risiken einer Behandlung aufgeklärt werden.
- Vor dem Beginn der Therapie soll eine klinische Untersuchung mit Labor und EKG durchgeführt werden. In der ausführlichen Anamnese sollen die aktuellen Medikamente und Therapien in der Vorgeschichte dokumentiert werden.
- Pharmakotherapie möglichst als Monotherapie. Eine Substanz nach der anderen beginnen.
- Möglichst tiefe, individuell angepasste Startdosis. Schrittweise aufdosieren. Und beim Absetzen schrittweise reduzieren über einen längeren Zeitraum.
- Wenn möglich Rezeptorantagonisten vermeiden (Anticholinergika, Antihistaminika, Dopaminantagonisten).
- Die meisten Psychopharmaka werden «Off-label» eingesetzt, was grundsätzlich möglich ist wenn ein therapeutischer Nutzen erwartet wird und keine zugelassenen Behandlungsalternativen bestehen. Dabei liegt die Verantwortung für einen solchen Einsatz bei der ärztlichen Fachperson. Der Nachweis einer hinreichenden, dokumentierten Aufklärung der betroffenen Person und der Begründung für den Einsatz der Substanz sind notwendig. Insgesamt besteht eine erhöhte Aufklärungspflicht.
- Der Einsatz der Psychopharmaka soll den behandelten Symptomen entsprechend zeitlich limitiert erfolgen. Die Indikation soll regelmässig überprüft werden. Wenn Symptome sistieren sollen Reduktions- oder Absetzversuche unternommen werden.
- Mögliche Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen sollen laufend überwacht werden. Beim Auftreten von Nebenwirkungen sind Dosisreduktionen, Absetzen und Medikamentenwechsel zu erwägen.
- Während einer psychopharmakotherapeutischen Behandlung sollen regelmässig EKG- und Labor-Kontrollen durchgeführt werden.

SGAP  
2023





# Antidementiva

- Die meisten Daten für Donepezil: signifikante Verbesserung der Apathie, Depression, Angespanntheit und Irritabilität
- Memantin: positive Effekte auf Agitation, Aggression, Wahn und Halluzination
- Cholinesterasehemmer sind v.a. bei Apathie, Depression, Angespanntheit und Irritabilität wirksam

## Empfehlungsgrad 2, Evidenz-Kategorie A

Feldman et al 2001; Holmes et al 2004; Gauthier et al 2002; Tariot et al 2001, 2000; Ballard et al 2005; Howard et al 2007; McKeith et al 2000; Trinh et al 2003; Gauthier et al 2008; Wilcock et al 2008; Fox et al 2012



# Antidementiva in der Therapie der BPSD



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Cholinesterase-Inhibitoren:

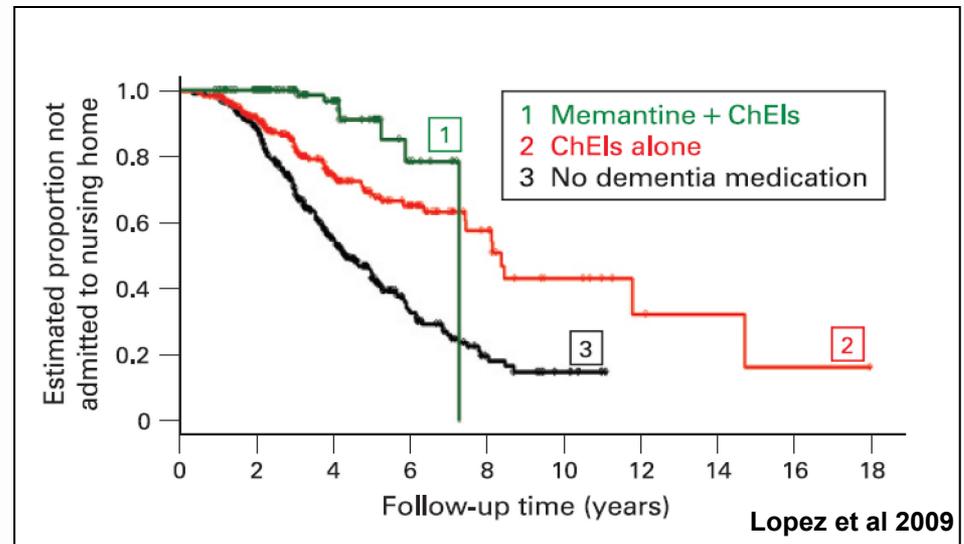
Über 30 randomisierte, kontrollierte Studien → Gute Toleranz; nach 6 monatiger Behandlung gute Wirkung vor allem auf Angst und Apathie

## Memantin:

Sechs randomisierte, kontrollierte Studien → Gute Toleranz; gute Wirkung auf Irritabilität, Agitation, Aggressivität und psychotische Symptome

Ballard et al 2009

Langzeit-Effekt der Kombinationsbehandlung:  
Patienten werden weniger institutionalisiert





# Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter



Therapy Recommendations for Diagnosis and Treatment  
of Depression in Old Age

Martin Hatzinger<sup>1,2</sup>, Ulrich Hemmeter<sup>1</sup>, Therese Hirsbrunner<sup>4</sup>, Edith Holsboer-Trachler<sup>3</sup>,  
Thomas Leyhe<sup>1</sup>, Jean-Frédéric Mall<sup>1</sup>, Urs Mosimann<sup>2</sup>, Nicole Rach<sup>5</sup>, Nathalie Trächsel<sup>1</sup>  
und Egemen Savaskan<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP)
- <sup>2</sup> Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)
- <sup>3</sup> Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)
- <sup>4</sup> Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- <sup>5</sup> Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP)

PRAXIS, 2018, 107 (3): 127–144



Martin Hatzinger  
Egemen Savaskan  
(Hrsg.)

## Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Frühzeitige Erkennung und  
evidenzbasierte Behandlung

 hogrefe

# Antidepressiva

- Depression ist bei Demenz häufig und verläuft meistens subsyndromal
- Kontrollierte Studien in dieser Altersgruppe fehlen weitgehend

## **Trizyklische Antidepressiva:**

Die anticholinergen Nebenwirkungen stellen ein grundsätzliches Problem dar.

Empfehlungsgrad 5, Evidenz-Kategorie D

Schweizerische Expertenmeinung: Der Einsatz von Trizyklischen Antidepressiva wird aufgrund von anticholinergen Nebenwirkungen nicht empfohlen

## **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer :**

Die Studienlage bei neueren SSRI vorteilhaft

Die Nebenwirkungsprofile der Medikamente sind zu beachten

Empfehlungsgrad 3, Evidenz-Kategorie B

Lyketsos et al 2002, 2003; Steffens et al 2009; van Asch et al 2012; Nelson et al 2008; Kirsch et al 2008; Reifler et al 1989; Petracca et al 1996; Nyth et al 1992; Petracca 2001; Magai 2000; Rosenberg et al 2010; Banarjee et al 2011; Bergh et al 2012

# Antidepressiva im Alter

	Evidenz	Empfehlungsgrad	Zusätzliche Ziel-Symptome	Bemerkungen
<b>Tri- und Tetrazyklika</b>	B (A für Nortriptylin)	3 (2 für Nortriptylin)	Schlaf Schmerz Kognition	Einsatz limitiert wegen anticholinergen NW
<b>SSRI</b>	A	1	Angst	SIADH, QTc-Verlängerung
<b>SNRI</b>	A	1(Duloxetin) 2(Venlafaxin)	Kognition Schmerz	Blutdruck-Erhöhung bei Venlafaxin
<b>Moclobemid</b>	A	1	Kognition	Keine Kombination mit serotonergen Antidepressiva!
<b>Bupropion</b>	B	3	Kognition	Senkung der Krampfschwelle!
<b>Mirtazapin</b>	B	3	Schlaf Schmerz	Restlesslegs-Syndrom! Gewichtszunahme
<b>Trazodon</b>	A	2	Schlaf Kognition	Kardiale Reiz-Leitungsstörung
<b>Agomelatin</b>	B	3	Schlaf Kognition	Leberwerte kontrollieren!
<b>Vortioxetin</b>	B	3	Kognition	
<b>Johanniskraut</b>	F	Keiner	Leichte bis Mittelschwere Depression	Gute Verträglichkeit aber Interaktionen!

Hatzinger&Savaskan et al 2018

# Antipsychotika

## Typische und atypische Neuroleptika:

- Antipsychotika gehören zu den am meisten verschriebenen Medikamenten
- Schwerwiegende Nebenwirkungen und erhöhte Mortalitätsraten
- Erhöhtes Risiko für zerebrovaskuläre Ereignisse
- Nebenwirkungen: Extrapyramidale Symptome, Sedierung, kardiale Symptome, orthos. Dysregulation, Stürze

Eine Behandlung sollte mit der geringstmöglichen Dosis, unter engmaschiger Kontrolle und zeitlich limitiert erfolgen

Empfehlungsgrad 2, Evidenz-Kategorie A

### Schweizerische Expertenmeinung:

- Überprüfung der Indikation alle 6 Wochen
- Haloperidol darf nur unter strenger Indikationsstellung und niedrig dosiert in der Akutbehandlung der Aggressivität und psychotischer Symptomatik, und bei Übergängen zum Delir eingesetzt werden

Popp&Arlt 2011; Pratt et al 2011; Oderda et al 2012; Zheng et al 2009; Atti et al 2014; Vigen et al 2011; Rosenberg et al 2012; Sacchetti et al 2010; Maher et al 2011; Wang et al 2005, 2012; wolltorton 2002; 2004; Layton et al 2005; Mintzer et al 2007; De Deyn et al 1999, 2005, 2013; Lopez et al 2013; Schneider et al 2006; Schneeweiss et al 2007; Gill et al 2007; Rochon et al 2008; Ballard et al 2006, 2009; Liperoti et al 2009; Kales et al 2012; Huybrechts et al 2012; Declerq et al 2013; Schneider et al 1990; Devanand et al 1998, 2011; Lonergan et al 2002; Mohamed et al 2012; Chan et al 2001; Suh et al 2004; Verhey et al 2006

# Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia

Gareri et al., J Clin Psychopharmacol 2014



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Risiken:

- Mortalitätsrisiko (*bis zu 4.5% nach US FDA*)
- Zerebrovaskuläre Ereignisse (*bei allen Antipsychotika*)
- Kardiale Effekte: *Sinus tachykardie, atriale und ventrikuläre Extrasystole, QTc-Verlängerung, T-Wellenumkehr, ST-Senkung, atrioventrikuläre Blockaden*
- Metabolische Effekte: *Gewichtszunahme, Diabetes, Adipositas, Dyslipidämie, metabolisches Syndrom*
- Andere: *Pneumonie, Tiefenvenenthrombose, Blutbildveränderungen*

## Notwendige Abklärungen vor dem Einsatz:

- Klinische Anamnese
- EKG mit QTc-Interval
- Elektrolyten
- Familienanamnese (z.B. für Torsades des pointes)
- Medikamenteninteraktionen

## Typische und atypische Neuroleptika:

Antipsychotika gehören zu den am meisten verschriebenen Medikamenten

Schwerwiegende Nebenwirkungen und erhöhte Mortalitätsraten

Eine Behandlung sollte mit der geringstmöglichen Dosis, unter engmaschiger Kontrolle und zeitlich limitiert erfolgen

Empfehlungsgrad 2, Evidenz-Kategorie A

Überprüfung der Indikation alle 6 Wochen

Haloperidol darf nur unter strenger Indikationsstellung und niedrig dosiert in der Akutbehandlung der Aggressivität und psychotischer Symptomatik, und bei Übergängen zum Delir eingesetzt werden

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY  
*Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 475–484.  
Published online in Wiley InterScience  
(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.1792



## The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials

Ira Katz<sup>1\*</sup>, Peter-Paul de Deyn<sup>2</sup>, Jacobo Mintzer<sup>3</sup>, Andrew Greenspan<sup>4</sup>,  
Young Zhu<sup>5</sup> and Henry Brodaty<sup>6</sup>

**Conclusions** This meta-analysis of psychosis of AD showed improvement in psychotic symptoms and general clinical improvement in patients with psychosis of AD treated with risperidone compared with placebo. The benefits of treatment were most significant in patients with severe symptoms. The safety profile of risperidone in this psychosis of AD population was similar to the more general BPSD population. Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.

frontiers  
in Pharmacology

REVIEW  
Published: 20 May 2020  
doi: 10.3389/fphar.2020.00056



## The Use of Risperidone in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Review of Pharmacology, Clinical Evidence, Regulatory Approvals, and Off-Label Use

Ismaeel Yunusa<sup>1\*</sup> and Marie Line El Helou<sup>2</sup>

In patients with BPSD, treatment choices should be based on a positive risk-benefit ratio. Given the current evidence on the clinical effectiveness and safety of risperidone in the management of BPSD, its use should be restricted to patients with severe symptoms (aggression, agitation, or psychosis) who fail to respond adequately to nonpharmacological treatments. In this case, a low dose (0.25-2 mg daily) and short treatment duration (6-12 weeks) must be favored. Moreover, risperidone must be avoided in patients with a history of CVAE or with risk factors for stroke. Clinicians should also monitor patients for parkinsonism and risk of fall, using a fall rating scale. Risperidone should be stopped after 12 weeks if the risk of adverse events increases, or no benefit is observed.

# Aripiprazol/Brexpiprazol

Psychiatry Research 295 (2021) 113641

Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres)

The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An update on management of behavioral and psychological symptoms in dementia

Anderson Chen, M.D.<sup>a,b,\*</sup>, Frank Copeli, M.D.<sup>a,b</sup>, Eran Metzger, M.D.<sup>a,c</sup>, Alesia Cloutier, D.O.<sup>a,b</sup>, David N. Osser, M.D.<sup>a,b</sup>

haloperidol injection is the second choice, followed by possible consideration of an IM benzodiazepine. In the urgent setting, the first line would be oral second-generation antipsychotics (SGAs) aripiprazole and risperidone. Perhaps next could be then prazosin, and lastly electroconvulsive therapy is a consideration. There are risks

PSYCHOGERIATRICS  
The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society

doi:10.1111/psyg.12787

PSYCHOGERIATRICS 2022, 22: 137–144

REVIEW ARTICLE

Role of aripiprazole in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia: a narrative review

Baldomero ÁLVAREZ-FERNÁNDEZ,<sup>1</sup> M. Rosa BERNAL-LÓPEZ<sup>1,2</sup> and Ricardo GÓMEZ-HUELGA

mens of these symptoms, in current clinical practice? We conclude that aripiprazole is effective to manage BPSD. Moreover, it has shown a good safety profile compared with other antipsychotics in advanced disease and frail patients. Thus, aripiprazole has gained importance in current management algorithms for dementia patients mainly due to its efficacy regarding rapid control of agitation and aggressiveness.

Am J of Geriatric Psychiatry 28:4 (2020) 383–400

Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.ajgponline.org](http://www.ajgponline.org)

Regular Research Article

**Efficacy and Safety of Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer's Dementia: Two 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trials**

George T. Grossberg, M.D., Eva Kobegyi, M.D., Victor Mergel, Ph.D., Mette Krog Jostassen, Ph.D., Didier Meulien, M.D., Mary Hobart, Ph.D., Mary Slomkowski, Pharm.D., Ross A. Baker, Ph.D., Robert D. McQuade, Ph.D., Jeffrey L. Cummings, M.D., Sc.D.

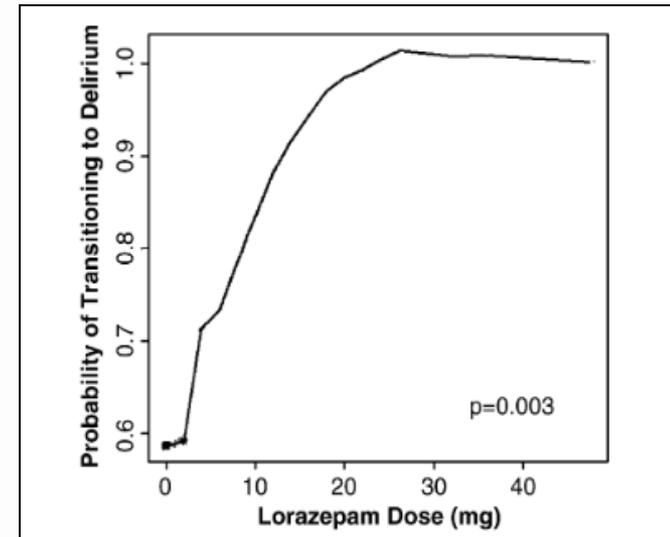
ease medications were permitted. **Intervention:** Study 1 (fixed dose): brexpiprazole 2 mg/day, brexpiprazole 1 mg/day, or placebo (1:1:1) for 12 weeks. Study 2 (flexible dose): brexpiprazole 0.5–2 mg/day or placebo (1:1) for 12 weeks. **Measurements:** Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Total score range: 29–203; higher scores indicate more frequent agitated behaviors), and Clinical Global Impression – Severity of illness (CGI-S) as related to agitation. Safety was also assessed. **Results:** In Study 1, brexpiprazole 2 mg/day demonstrated statistically significantly greater improvement in CMAI Total score from baseline to Week 12 than placebo (adjusted mean difference, –3.77; confidence limits, –7.38, –0.17;  $\chi_{(316)}^2 = -2.06$ ;  $p = 0.040$ ; MMRM). Brexpiprazole 1 mg/day did not show meaningful separation from placebo (0.23; –3.40, 3.86;  $\chi_{(314)}^2 = 0.12$ ;  $p = 0.90$ ; MMRM). In Study 2,



# Benzodiazepine



- Bei Entzugsdelir (Abhängigkeitserkrankungen) Therapie der ersten Wahl
- Selber delirogen: Einsatz nur in Ausnahmefällen wenn die Antipsychotika schlecht toleriert werden oder in Notfallsituationen
- Kurzwirksame Benzodiazepine ohne Kumulationsgefahr: *Lorazepam oder Oxazepam*
- Absetzen langsam und schrittweise





# Medikamente zur Behandlung von Schlafstörungen bei Demenz

Wirkstoff	Handelsname	Substanzgruppe	Nebenwirkungen	Evidenz
Mirtazapin	Remeron®	Antidepressivum	Cave bei Leber- und Niereninsuff.	C
Pipamperon	Dipiperon®	Butyrophenon	Cave bei M.Parkinson	C
Melperon	Eunerpan®	Butyrophenon	Cave EPS	C
Zopiclon	Imovane®	Sedativum (Atyp.Benzod.)	Cave Leber- und Niereninsuff. Abhängigkeit!	C
Zolpidem	Stilnox®	Sedativum	Abhängigkeit!	C
Trazodon	Trittico®	Antidepressivum	Cave Herz- Rhythmusstörungen	C

# Schlafhygiene-Massnahmen bei Demenz

- Schlaf-Wach-Rhythmus:
  - Keine oder nur kurze Nickerchen am Tag
- Umgebungsfaktoren:
  - Spaziergänge bei Tageslicht
  - Räume möglichst hell bzw. Schlafräume möglichst dunkel
  - Ruhiges und angenehmes Schlafzimmer
- „Diätrichtlinien“
  - Keine Stimulantien: Alkohol, Kaffee etc ab spätem Nachmittag
  - Regelmässige Essenszeiten,
  - Keine Flüssigkeitszufuhr abends

# Schmerz-Therapie



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

## Analgetika:

Schmerzen können BPSD verursachen und verstärken

Die Datenlage für einzelne Substanzen ist inkonsistent

Viele Analgetika haben sedierende Nebenwirkungen

Schmerzen sollen bei Demenz gezielt und suffizient behandelt werden

Ein systematischer Einsatz wird durch die aktuelle Datenlage nicht ausreichend gestützt

## Empfehlungsgrad 5, Evidenz-Kategorie D

Schweizerische Expertenmeinung: Schmerzen sollen bei Patienten mit einer Demenz-Erkrankung gezielt behandelt werden unter Berücksichtigung der delirogenen Potentials der Substanzen

Corbett et al 2012; Husebo et al 2011; Kovach et al 2003; Manfredi et al 2006

# Ginkgo-Biloba



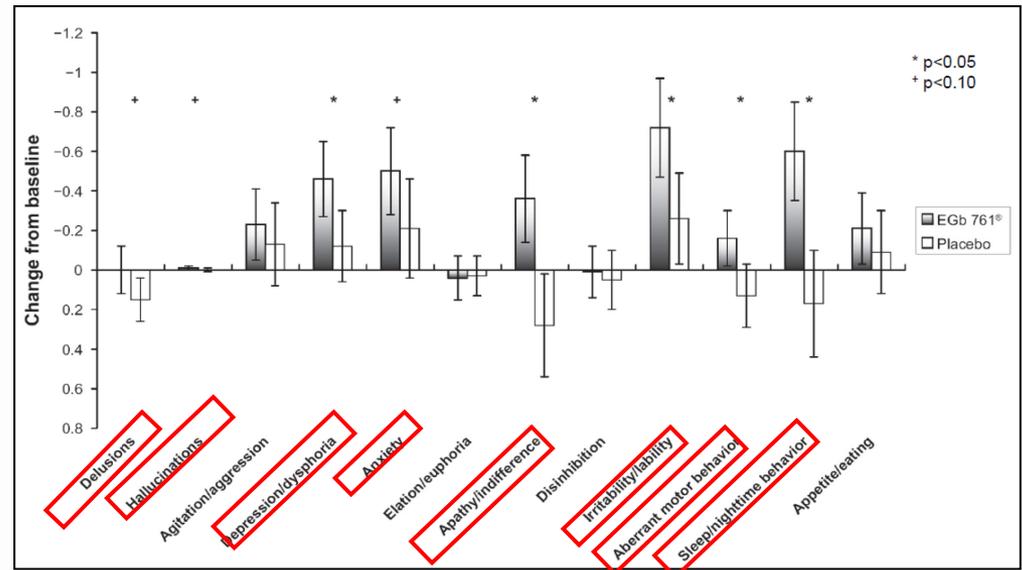
Mehrere kontrollierte Studien zeigen  
eine Verbesserung von BPSD

Vor allem positive Wirksamkeit auf Angst,  
Reizbarkeit, Apathie und Depression

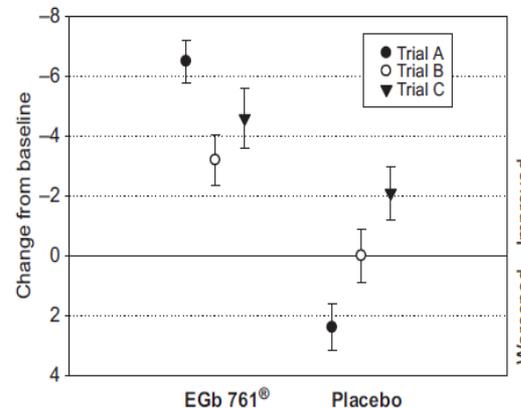
Empfehlungsgrad 2, Evidenz-Kategorie A

Perry&Howes 2011; Bachinskaya et al 2011;  
Scripnov et al 2007; Napryenko et al 2009;  
Ihl et al 2010; 2013; Herschaft et al 2012

NPI Composite Score Items, mean change from baseline (95% CI)



Bachinskaya et al 2011



Ihl et al 2013

# Biologische Verfahren

## Lichttherapie:

- Bei Störungen des Schlafs, der Tagesmüdigkeit und des circadianen Rhythmus
- Heterogene Studienlage
- Sowohl morgendliche wie auch abendliche Applikationen sind wirksam
- Deutliche Verbesserungen nach Lichttherapie bei „Sundowning-Syndrom“

Empfehlungsgrad 3, Evidenzkategorie B für die Behandlung von Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafen) und circadianen Rhythmusstörungen, Sundowning

Empfehlungsgrad 5, Evidenzkategorie D für Depression im Rahmen der Demenz



Cardinali et al 2011; Harper et al 2001; Sloane et al 2007;

Yamadera et al 2000; Zhou et al 2012



Abteilung für Psychiatrische Forschung

und Klinik für Alterspsychiatrie



Universität Zürich



Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich Klinik für Alterspsychiatrie

**DANKE!**

**Prof. Dr. E. Savaskan**

**[egemen.savaskan@pukzh.ch](mailto:egemen.savaskan@pukzh.ch)**