Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten von Demenz sind äusserst beschränkt. Das vorliegende Bulletin liefert einen bislang nicht vorhandenen Einblick in die Verwendung von Antidementiva und Psychopharmaka.

Die Ergebnisse für den **ambulanten Sektor** fallen insgesamt ernüchternd aus. Zwar liegt für Ginkgo biloba ein Mengenanstieg von 32,6% vor, jedoch werden Cholinesterasehemmer (–11,9%) und Memantin (–10,1%) deutlich weniger eingesetzt als zu Beginn der Beobachtungsperiode. Dies, obschon wir um den zumindest vorübergehend stabilisierenden Effekt auf die Kognition und die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die verbesserte Kontrolle von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) wissen. Bei den bezogenen Mengen an Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepinen/Z-Substanzen für 70-jährige und ältere Personen lassen sich aus methodischen Gründen kaum robuste Rückschlüsse auf die Demenzbehandlung ziehen. Der Mengenrückgang der Benzodiazepine/Z-Substanzen ist aber als positiv zu werten.

Die Ergebnisse zur Situation in **Pflegeheimen** werfen Fragen auf. 42–50% der Bewohnenden mit Demenz erhalten Antipsychotika, obwohl es kaum Studien zur Wirkung gibt und sie ein hohes Nebenwirkungspotential bergen. Die Fachgesellschaften empfehlen primär nichtmedikamentöse Massnahmen bei BPSD. Die Resultate deuten darauf hin, dass im Umgang mit Menschen mit Demenz im Heim noch Verbesserungsbedarf besteht. Die von der Nationalen Demenzstrategie entwickelten Empfehlungen für Langzeitinstitutionen «DemCare: Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz» betonen die Relevanz einer demenzgerechten Grundhaltung und eines personenzentrierten Ansatzes im Umgang mit Menschen mit Demenz. Im Stadtzürcher Beispiel konnte dadurch der Gebrauch von Antipsychotika deutlich reduziert werden.

Gabriela Bieri-Brüning, *Ärztliche Direktorin Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich*
Rafael Meyer, *Präsident Swiss Memory Clinics (SMC)*

Psychopharmaka in der Demenzbehandlung

Die Zahl der Menschen mit Demenz (vgl. Kasten 1) in der Schweiz wird für das Jahr 2023 auf 153 000 geschätzt (Alzheimer Schweiz, 2023). Sie ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und wird aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunehmen. Im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung von Demenz wurde in den Medien wiederholt der Vorwurf geäussert, Antipsychotika würden eingesetzt, um Menschen mit Demenz «ruhig zu stellen» (z. B. Hehli, 2022). Dies, obwohl einzelne Wirkstoffe aufgrund von zum Teil gravierenden Nebenwirkungsrisiken oder unzureichenden Wirksamkeitsnachweisen in den Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) nicht für den Einsatz bei Demenz empfohlen werden (Savaskan et al., 2024).

Da bisher gesamtschweizerische Analysen zu Antipsychotika und anderen Psychopharmaka in der Demenzbehandlung fehlen, werden in diesem Bulletin verschiedene Psychopharmaka-Gruppen betrachtet. Im ersten Teil liegt der Fokus auf Antidementiva. Diese werden in erster Linie zur Behandlung der kognitiven Symptome eingesetzt. Der zweite Teil konzentriert sich auf Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine/Z-Substanzen, die bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) eine – teilweise umstrittene – Rolle spielen. Der dritte Teil fokussiert auf Bewohnende von Pflegeheimen und geht der Frage nach, ob Personen mit Demenz mehr Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine/Z-Substanzen erhalten als Personen ohne Demenz.

Das Bulletin wurde im Auftrag der Nationalen Plattform Demenz (Bundesamt für Gesundheit BAG) erstellt und von einer Expertengruppe begleitet (vgl. Impressum).

Wichtigste Ergebnisse

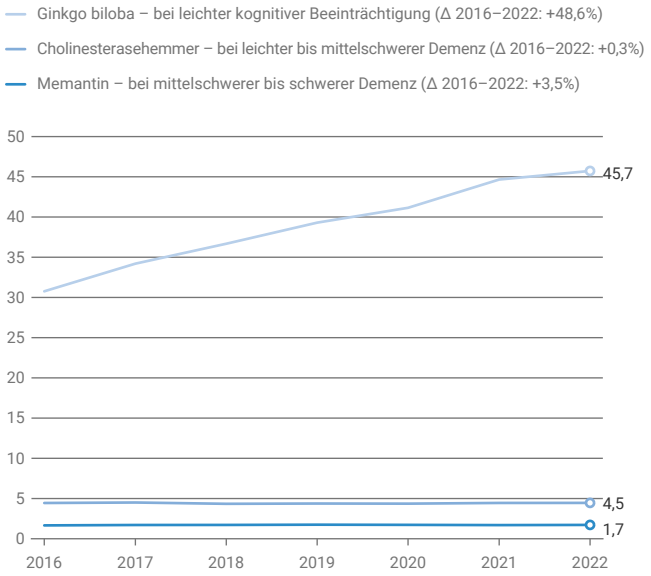
- Antidementiva: Der Einsatz von Cholinesterasehemmern und Memantin ist rückläufig. Der Einsatz von Ginkgo biloba nimmt dagegen deutlich zu.
- Antipsychotika werden heute bei der 70-jährigen und älteren Bevölkerung (unabhängig von einer Demenzdiagnose) häufiger eingesetzt als vor sechs Jahren. Bei den Benzodiazepinen/Z-Substanzen zeigt sich ein Rückgang.
- In den Pflegeheimen erhalten Personen mit Demenz häufiger Antipsychotika und Antidepressiva als Bewohnende ohne Demenz.

Antidementiva

Antidementiva werden eingesetzt, um die **kognitiven Symptome** einer Demenz und die Beeinträchtigung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu stabilisieren, was über einen begrenzten Zeitraum hinweg möglich ist (Savaskan, 2024). Sie sind ausserdem wirksam bei **BPSD**, die sehr häufig auftreten, z. B. Depression, Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen, Wahn, Halluzinationen, Ängste, Apathie usw.

Für die Analysen wurden die in der Schweiz eingesetzten Antidementiva nach dem Schweregrad der damit zu behandelnden Demenz gruppiert (in Anlehnung an Savaskan et al., 2024): (1) *Ginkgo biloba* wird zur Behandlung leichter kognitiver Beeinträchtigung (mild cognitive impairment, MCI), bei beginnender Demenz und zum Teil prophylaktisch eingesetzt. (2) Die *Cholinesterasehemmer* Donepezil, Rivastigmin und Galantamin werden bei leichter bis mittelschwerer Demenz verschrieben und (3) *Memantin* bei mittelschwerer bis schwerer Demenz. Es ist zu berücksichtigen, dass Ginkgo biloba beispielsweise auch bei Durchblutungsstörungen, Schwindel und Tinnitus eingesetzt wird (vgl. Abschnitt «Wer verschreibt») und die Ergebnisse leider nicht auf die Anwendungen bei kognitiven Störungen eingeschränkt werden können.

Menge bezogener Antidementiva (Mio. DDD) G1



Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.01
© Obsan 2024

Mengen

Gemäss den analysierten Versicherungsdaten (vgl. Kasten 2) entfielen im Jahr 2022 fast 90% der in der Schweiz bezogenen Antidementiva auf Ginkgo biloba (88,1% der Menge in definierten Tagesdosen DDD, vgl. Kasten 3; nicht dargestellt). Der Anteil der Cholinesterasehemmer lag bei 8,6% und derjenige von Memantin bei 3,3%. Diese Verteilung hat sich über die beobachteten Jahre akzentuiert, d. h. seit 2016 hat der Anteil von Ginkgo biloba zugenommen, während die Anteile der Cholinesterasehemmer und des Memantin kontinuierlich abgenommen haben. Dies spiegelt sich auch in der Mengenentwicklung der letzten Jahre wider (G1).

Der Anstieg von Ginkgo biloba beträgt +48,6% zwischen 2016 und 2022, bei den Cholinesterasehemmern sind es +0,3% und bei Memantin +3,5%.

Berechnet man nach Geschlecht und Alter standardisierte Raten, so dass z. B. die Zunahme der älteren Bevölkerung in den beobachteten Jahren die Ergebnisse nicht beeinflusst, so zeigt sich ein etwas geringerer Anstieg für Ginkgo biloba (+32,6%) und ein Rückgang für Cholinesterasehemmer (–11,9%) und Memantin (–10,1%). Über die letzten Jahre wurde also seltener mit Cholinesterasehemmern und Memantin behandelt. Die standardisierten Raten sind in Form eines Index in G2 abgebildet.

Kasten 1: Formen von Demenz

Demenz ist ein Oberbegriff für Hirnleistungsstörungen unterschiedlicher Ursache. Sie führt zu einem zunehmenden Verlust des Erinnerungsvermögens, der Orientierung, der kommunikativen Fähigkeiten und der selbständigen Lebensführung (BAG, 2023a).

Bei rund 90% der Demenzfälle handelt es sich um *irreversible* Formen: Die *Alzheimer-Demenz* ist mit einem Anteil von rund 60% die häufigste Form der irreversiblen Demenzen. Mit rund 20% folgen die vaskulären Demenzen. Ausserdem gibt es Mischformen von Demenz, z. B. das Vorliegen einer Alzheimer- sowie einer vaskulären Demenz. Zu den eher seltenen Demenzen gehören die *Lewy-Körper-Demenz*, die *frontotemporalen Demenzen* und die *Parkinson-Demenz*.

Bei rund 10% der erkrankten Personen ist die Demenz eine Folge einer anderen Grunderkrankung, z. B. einer Stoffwechselerkrankung. Durch die Behandlung der Grunderkrankung können sich die Symptome einer solchen *reversiblen* Demenz zurückbilden.

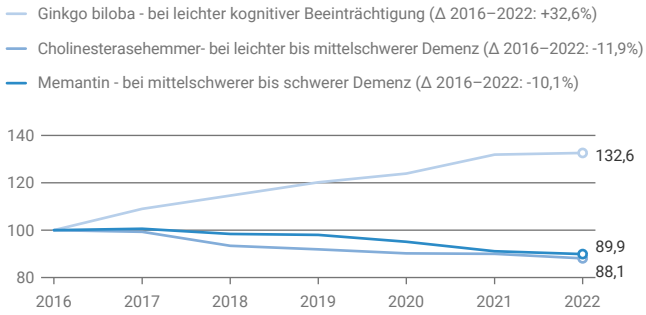
Wer bezieht?

Die Bezüge der verschiedenen Antidementiva-Gruppen verteilen sich unterschiedlich über die Altersgruppen (G3). Bis und mit Altersgruppe 66–70 Jahre wird hauptsächlich Ginkgo biloba bezogen. In der Altersgruppe der 71- bis 75-Jährigen ist es recht ausgeglichen und ab rund 76 Jahren überwiegen die Anteile an Cholinesterasehemmern und Memantin. Diese Verteilung bleibt über die beobachteten Jahre (2016–2022) recht stabil (nicht dargestellt).

Frauen beziehen mehr Ginkgo biloba und mehr Memantin als Männer, bei den Cholinesterasehemmern gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied. Über die Jahre haben sich die Raten bei Männern und Frauen im ähnlichen Rahmen entwickelt.

Wie zu erwarten, beziehen ältere Personen mehr Antidementiva als jüngere. Dies gilt für alle Antidementiva-Gruppen (G4). Die Zunahme bei Ginkgo biloba zeigt sich in allen Altersgruppen, besonders deutlich ist sie bei den 51- bis 60-Jährigen (+42,1%). Hierbei ist zu beachten, dass die Mengen in dieser Altersgruppe im Vergleich zu den über 70-Jährigen klein sind und sich daher bereits geringe Mengenausweitungen in grossen prozentualen Zunahmen niederschlagen. Weitere deutliche Zunahmen zeigen

Menge bezogener Antidementiva, standardisierter[1] Index G 2



[1] Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht,
Standardisierung – Erklärung und Berechnung

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.02
© Obsan 2024

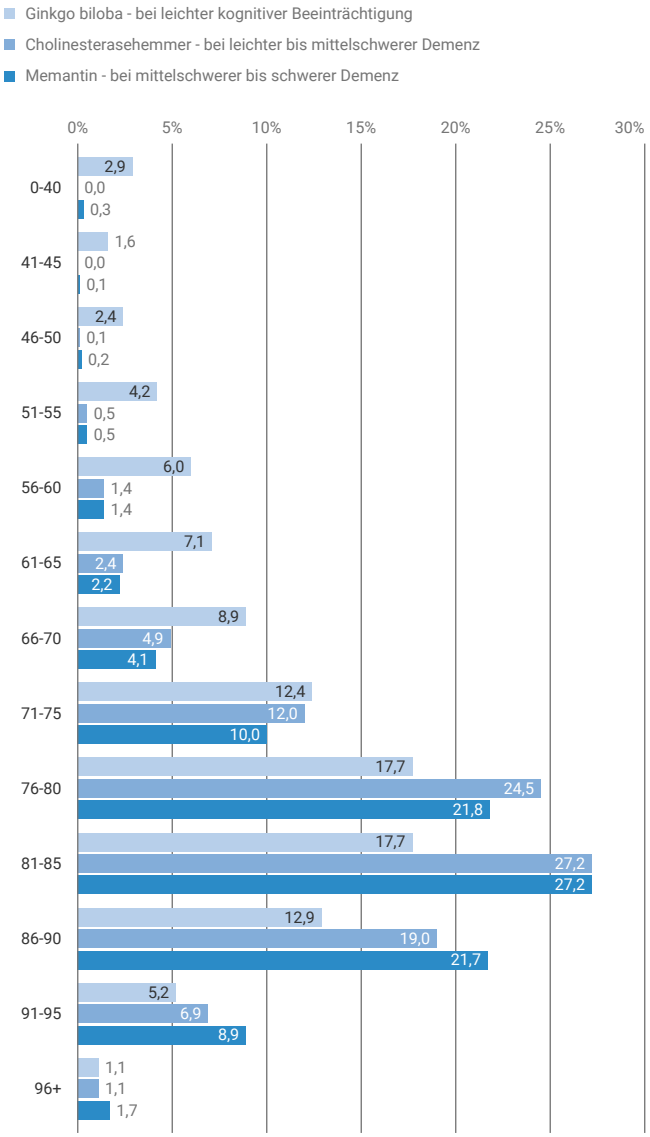
sich bei den 80-Jährigen und Älteren (+37,1%) und bei den 61- bis 70-Jährigen (+34,4%). Der Rückgang der Cholinesterasehemmer und des Memantin ist am stärksten bei den 80-Jährigen und Älteren (–15,2% bzw. –12,0%) und etwas weniger ausgeprägt bei den 71- bis 80-Jährigen (–7,0% bzw. –6,4%).

Wer verschreibt?

Im ambulanten Bereich werden die meisten Antidementiva durch Ärztinnen und Ärzte in privaten Praxen verschrieben (61%) und nur zu einem sehr kleinen Anteil durch ambulante Abteilungen von Spitälern (4%). Ganze 35% der Verschreibungen werden in den Daten mit «unbekannt» kodiert und können leider nicht genauer bestimmt werden. Aufgeteilt nach Ärztegruppen erfolgen über die Hälfte der Verschreibungen (54%) durch Fachärztinnen und Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin[1], 13% werden in Gruppenpraxen verordnet, wobei hier die Zusammensetzung der Praxen nicht bekannt ist. Praktische Ärztinnen und Ärzte[1] sind für 10% der Verschreibungen verantwortlich, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zusammen mit Neurologie für 6%. Weitere je 4% erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) und Augenmedizin. Die beiden letztgenannten Fachgebiete spielen nur bei Ginkgo biloba eine Rolle, was vermutlich auf die Anwendung bei anderen Krankheitsbildern als der Demenz zurückzuführen ist. Über die beobachteten Jahre bleiben die Anteile stabil, ausser dass der Anteil der Allgemeinen Inneren Medizin zugunsten der Gruppenpraxen abgenommen hat. Dies lässt den Schluss zu, dass es sich bei den verordnenden Ärztinnen und Ärzten in Gruppenpraxen vermutlich überwiegend um Praktizierende der Allgemeinen Inneren Medizin handelt.

[1] Die Leistungserbringenden dieser beiden Hauptfachgebiete werden in der Regel unter der Bezeichnung «Hausärztinnen und Hausärzte» zusammengefasst.

Bezogene Menge Antidementiva (DDD in %) pro 1 000 Einwohner/-innen, nach Alter, 2022 G 3



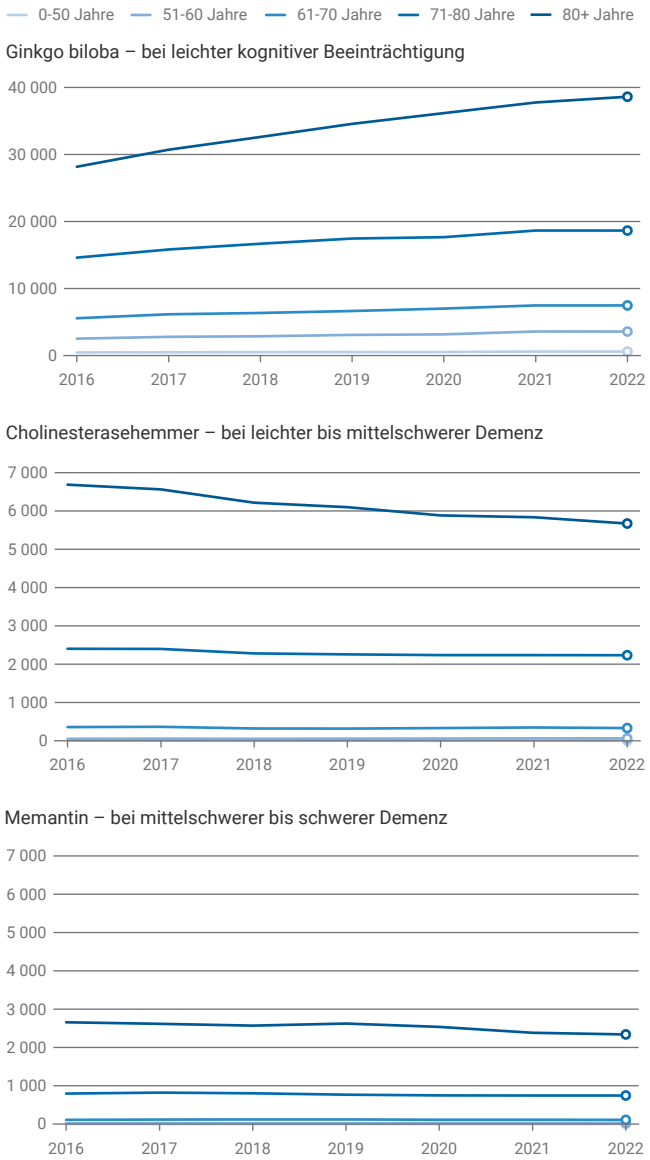
Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.03
© Obsan 2024

Kosten

Im Jahr 2022 belaufen sich die OKP-Kosten für Antidementiva auf rund 46 Millionen Franken. Diese Kosten verteilen sich zu 69,1% auf Ginkgo biloba, zu 22,3% auf Cholinesterasehemmer und zu 8,6% auf Memantin. Im Vergleich zur Mengenverteilung (88,1%; 8,6%; 3,3%) haben die Cholinesterasehemmer und Memantin ein grösseres Gewicht bei den Kosten. Im Zeitverlauf sind die Kosten deutlich weniger stark gestiegen als die Mengen bzw. deutlich stärker gesunken. Zwischen 2016 und 2022 waren dies bei Ginkgo biloba +27%, bei den Cholinesterasehemmern –32% und bei Memantin –36%. Dies ist plausibel, da in diesen Jahren Preisüberprüfungen des BAG zu Preissenkungen bei einigen Antidementiva geführt haben (BAG, 2023b). Ausserdem könnte ein zunehmender Einsatz von Generika eine Rolle spielen.

Bezogene Menge Antidementiva (DDD) pro 1 000 Einwohner/-innen, standardisiert[1], nach Alter G 4



[1] Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht, Standardisierung – Erklärung und Berechnung

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.04
© Obsan 2024

Kasten 2: Datenquellen I

Der **Medicube** der SASIS AG umfasst alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen, die im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Berücksichtigt sind ausschliesslich Rechnungen, die von den versicherten Personen bei den Krankversicherern eingereicht oder die den Versicherern direkt von den Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden (inklusive Franchise und Kostenbeteiligung). Werden die Medikamente, z. B. aufgrund einer hohen Franchise oder aus Sorge vor Stigmatisierung, nicht der Krankenkasse eingereicht, sind sie nicht enthalten. Medikamente, die im Rahmen eines Spital- oder Klinikaufenthalts verabreicht werden, sind nicht erfasst. Die beiden ersten Teile des Bulletins beschränken sich daher auf den ambulanten Sektor. Die Daten sind aggregiert, es handelt sich nicht um Individualdaten zu einzelnen Versicherten oder Leistungserbringern. Es ist daher nicht möglich, die Behandlungsdauer oder die Intensität der Behandlung oder die Diagnose zu bestimmen.

Die **Spezialitätenliste (SL)** des BAG wurde bezüglich Dosierung, Dosierungseinheit und Packungsgrösse herangezogen, um fehlende Informationen zu bestimmten Medikamenten aus dem Medicube zu ergänzen. Verwendet wurde die im Dezember 2020 publizierte Liste.

Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine/Z-Substanzen

Die BPSD – fast immer sind es mehrere Symptome – sind massgeblich verantwortlich für die Beschleunigung des kognitiven Abbaus, die Verschlechterung der Lebensqualität und die zunehmende Belastung der Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen (Savaskan et al., 2024). Gemäss den Behandlungsempfehlungen sind bei BPSD nicht-medikamentöse Behandlungsansätze die Therapie der ersten Wahl. Dazu gehören z. B. Aktivierungs-, Musik- und Bewegungstherapie, psychosoziale und pflegerische Interventionen. Nur wenn diese nicht ausreichend erfolgreich sind, sollen Medikamente eingesetzt werden (Savaskan et al., 2024). Dabei erschweren verschiedene Faktoren den Einsatz von Substanzen. Es gibt kaum kontrollierte Studien für Personen im höheren Lebensalter bzw. Personen mit Demenz, der Einsatz vieler Medikamente erfolgt off-label. Mit verschiedenen Substanzen gehen zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungen einher. Die bei älteren Menschen häufig anzutreffende Polypharmazie erhöht das Risiko potenziell gefährlicher Nebenwirkungen aufgrund von Interaktionseffekten noch zusätzlich. Die nachfolgenden Analysen konzentrieren sich auf Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine/Z-Substanzen, da diese besonders häufig in der Behandlung von Menschen mit BPSD eingesetzt werden und/oder ihr Einsatz besonders heikel ist (gilt v. a. für Antipsychotika und Benzodiazepine/Z-Substanzen).

Antipsychotika gehören zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten bei BPSD und gehen bei Menschen mit Demenz mit dem Risiko von potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen und einer erhöhten Mortalitätsrate einher (Savaskan et al., 2024). Zu den Nebenwirkungen gehören z. B. Störungen im Bewegungsablauf, Sedierung, kardiale Symptome und die Gefahr von Stürzen. Eine Behandlung mit Antipsychotika sollte gemäss Behandlungsempfehlungen mit der niedrigstmöglichen Dosis, unter engmaschiger Kontrolle, zeitlich begrenzt und unter Berücksichtigung der allgemeinen Leitlinien des Psychopharmakaeinsatzes im Alter erfolgen (Savaskan et al., 2024). Hier ist auch die Unterscheidung zwischen typischen und atypischen Antipsychotika relevant (für eine Verteilung in der Gesamtbevölkerung und mehr Informationen zur Unterscheidung vgl. Schuler et al., 2022).

Kasten 3: Definierte Tagesdosis (DDD)
Im vorliegenden Bulletin werden die Psychopharmaka einerseits hinsichtlich Menge, andererseits hinsichtlich Kosten beschrieben. Eine Packung eines Medikaments ist als Mengenmass nicht geeignet, da die Menge eines Wirkstoffs von Packung zu Packung variieren kann. Die definierte oder mittlere Tagesdosis (defined daily dose, DDD) ist die Menge eines Wirkstoffes bzw. eines Medikaments, die typischerweise auf die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird (GBE, 2021). Sie wird nicht beeinflusst durch eine Änderung der Packungsgrösse, der Dosisstärke oder der Darreichungsform eines Medikaments. Das macht sie zu einer geeigneten Messgrösse für zeitliche oder internationale Vergleiche (WHOCC, 2018). Die DDD dienen als technische Hilfsgrösse, es handelt sich dabei nicht notwendigerweise um die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis (WHOCC, 2018) und es lassen sich damit keine Rückschlüsse auf die Anzahl behandelter Personen machen.

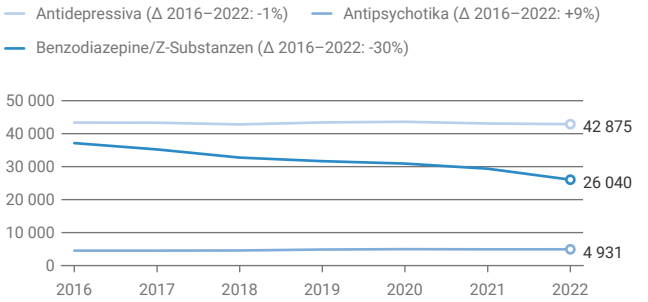
Viele **Antidepressiva** sind im Vergleich besser verträglich. Je nach Wirkstoff können aber auch hier potenziell gefährliche Nebenwirkungen auftreten.

Benzodiazepine/Z-Substanzen werden für die Therapie der BPSD nicht empfohlen. Sie führen zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit, erhöhen das Risiko von Stürzen und führen bei längerer Einnahme zu einer Abhängigkeit (Savaskan et al., 2024; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020). Sie sollten daher nur in Notfallsituationen und kurzfristig eingenommen werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Identifizierung von Personen mit Demenz auf der Grundlage der Daten nicht möglich ist, ebenso wenig wie die Identifizierung von Arzneimittelkombinationen. Dies ist eine wichtige Einschränkung dieser Auswertungen und hat zur Folge, dass in den Analysen eine Annäherung an das Kollektiv der Menschen mit Demenz nur über das Alter der Patientinnen und Patienten erfolgen kann. Die geschätzten Demenz-Prävalenzraten liegen für unter 70-Jährige bei unter 1%, für 70- bis 79-Jährige bei 5,4% und danach deutlich höher (Büro Bass, 2021). Daher liegt der Fokus bei den Analysen zu den Medikamentenbezügen auf der 70-jährigen und älteren Allgemeinbevölkerung. Das bedeutet, dass in den Analysen auch 70-jährige und ältere Personen enthalten sind, die die entsprechenden Medikamente aus anderen Gründen als Demenz einnehmen.

Unter Vorbehalt dieser Einschränkung lässt sich feststellen, dass die bezogene Menge von Antipsychotika bei den 70-Jährigen und Älteren seit 2016 zugenommen hat, bis 2022 um +9% (G5). Bei den Antidepressiva zeigt sich eine stabile Entwicklung, die Mengen liegen 2022 geringfügig unter dem Stand von 2016 (–1%). Die deutlichste Entwicklung zeigt sich bei den Benzodiazepinen/Z-Substanzen. Im betrachteten Zeitraum ist ein kontinuierlicher Rückgang der Menge um insgesamt –30% zu verzeichnen.

Bezogene Menge Psychopharmaka (DDD) pro 1 000 Einwohner/-innen, standardisiert[1], 70-Jährige und Ältere G5



[1] Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht, Standardisierung – Erklärung und Berechnung

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.05
© Obsan 2024

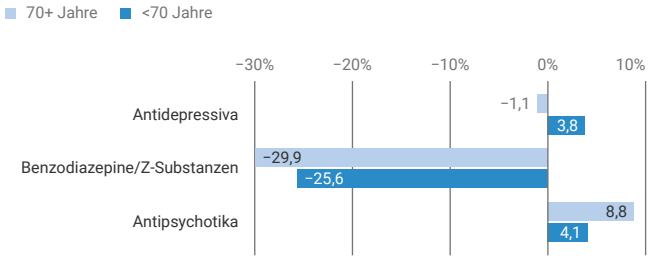
Vergleicht man die Entwicklung bei den 70-Jährigen und Älteren mit der Entwicklung bei den unter 70-Jährigen, so zeigt sich, dass die Menge der bezogenen Antipsychotika auch bei den Jüngeren zugenommen hat, allerdings halb so stark (G6). Antidepressiva haben bei den Jüngeren leicht zugenommen, im Gegensatz zu den 70-Jährigen und Älteren. Bei den Benzodiazepinen/Z-Substanzen ist der Rückgang bei den 70-Jährigen und Älteren deutlicher als bei den Jüngeren.

Situation in Pflegeheimen

In diesem Abschnitt liegt der Fokus auf den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen. Die analysierten Daten stammen zu drei Vierteln aus Pflegeheimen, die den Pflegebedarf mit dem Instrument RAI/RUG erheben, und zu einem Viertel aus Pflegeheimen, die PLAISIR zur Ermittlung des Pflegebedarfs verwenden (vgl. Kasten 4). Für die meisten Fragestellungen besteht eine relativ gute Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der beiden Datensätze (eine Ausnahme sind die Anteile an Menschen mit diagnostizierter Demenz). Um eine gute Lesbarkeit und Transparenz zu gewährleisten, werden jeweils zuerst die Ergebnisse aus RAI/RUG und in Klammern die entsprechenden Ergebnisse aus PLAISIR aufgeführt. Es wurden die Jahre 2021 und 2022 untersucht. Die Ergebnisse sind sehr ähnlich und für beide Jahre gelten die gleichen Aussagen. Im Folgenden werden daher ausschliesslich die Ergebnisse für das Jahr 2022 berichtet.

Die folgenden Analysen konzentrieren sich auf die 70-Jährigen und älteren Bewohnerinnen und Bewohner. Die Daten aus den Pflegeheimen erlauben es, das Vorliegen einer Demenz anhand von zwei unterschiedlichen Indikatoren zu beurteilen. Zum einen liegen Informationen über eine Demenzdiagnose vor, zum anderen kann anhand der Cognitive Performance Scale (CPS), einer Skala zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit, ein Demenzverdacht in Betracht gezogen werden (CPS ≥ 3). Es zeigt sich, dass bei rund 46% (21%) der 70-jährigen und älteren Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner eine Demenz diagnostiziert wurde und bei 58% (63%) ein Verdacht auf Demenz nach CPS vorliegt. Natürlich gibt es hier eine Schnittmenge.

Veränderung 2016–2022 der Menge der bezogenen Psychopharmaka (in %), standardisiert[1], 70-Jährige und Ältere im Vergleich zu unter 70-Jährigen G6



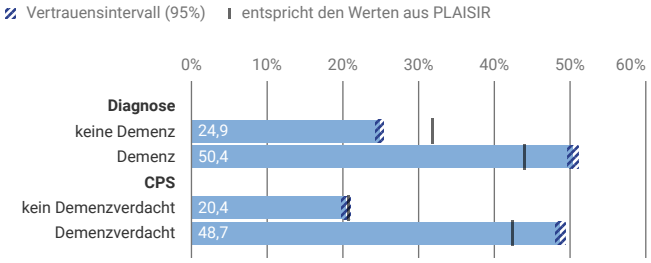
Lesebeispiel: Bei den 70-Jährigen und Älteren haben die Bezüge von Antidepressiva zwischen 2016 und 2021 um -1,1% abgenommen, bei den unter 70-Jährigen gab es eine Zunahme von +3,8%.

[1] Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht,
Standardisierung – Erklärung und Berechnung

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool / Analysen Obsan; BAG – Spezialitätenliste (SL) / Analysen Obsan

gr-d-14.09.06
© Obsan 2024

Anteil der 70-jährigen und älteren Pflegeheimbewohnenden (ohne Personen mit Schizophrenie) mit Antipsychotika-Verschreibungen, 2022 G7

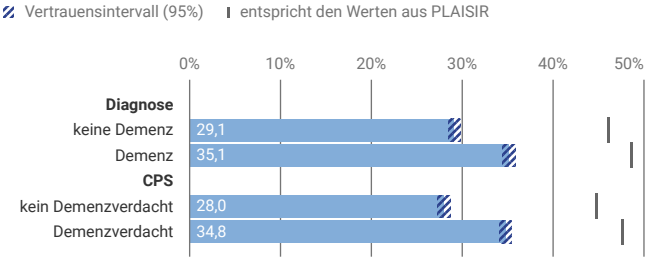


Lesebeispiel: 24,9% der Bewohner/-innen ohne Demenzdiagnose erhalten Antipsychotika; 50,4% der Bewohner/-innen mit einer Demenzdiagnose erhalten Antipsychotika.
Anmerkungen: CPS = Cognitive Performance Scale, Demenzverdacht: CPS ≥ 3

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: BESAQSys AG – Daten RAI / Analysen Obsan; Commission technique PLAISIR – Daten PLAISIR / Analysen Obsan

gr-d-14.09.07
© Obsan 2024

Anteil der 70-jährigen und älteren Pflegeheimbewohnenden (ohne Personen mit affektiven Störungen) mit Antidepressiva-Verschreibungen, 2022 G8



Lesebeispiel: 29,1% der Bewohner/-innen ohne Demenzdiagnose erhalten Antidepressiva; 35,1% der Bewohner/-innen mit einer Demenzdiagnose erhalten Antidepressiva.
Anmerkungen: CPS = Cognitive Performance Scale, Demenzverdacht: CPS ≥ 3

Datenstand: 10.08.2023
Quelle: BESAQSys AG – Daten RAI / Analysen Obsan; Commission technique PLAISIR – Daten PLAISIR / Analysen Obsan

gr-d-14.09.08
© Obsan 2024

Etwa 5% aller 70-jährigen oder älteren Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner wurde ein Antidementivum verschrieben (Info dazu nur in PLAISIR-Daten); bei 46% handelt es sich um Cholinesterasehemmer, bei 32% um Ginkgo biloba und bei 26% um Memantin. Andere Psychopharmaka sind deutlich präsenter, so erhielten 38% (36%) Antipsychotika und 42% (50%) Antidepressiva. Rund 2% erhielten Benzodiazepine/Z-Substanzen (Info nur in PLAISIR). Werden Personen mit Schizophrenie ausgeschlossen, erhalten 37% (34%) der Bewohnenden Antipsychotika und werden Personen mit affektiven Störungen ausgeschlossen sind es 32% (47%) der Bewohnenden mit Antidepressiva.

Personen mit einer diagnostizierten Demenz oder einem Demenzverdacht im Pflegeheim erhalten häufiger Antipsychotika als Personen ohne diagnostizierte Demenz bzw. Demenzverdacht: 50% (44%) der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenzdiagnose erhalten Antipsychotika, bei den Personen ohne Demenzdiagnose sind es 25% (32%). Dabei sind Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Schizophrenie-Diagnose ausgeschlossen (G7). Von den Personen mit Demenzverdacht erhalten 49% (42%) Antipsychotika, während es bei denjenigen ohne Demenzverdacht 20% (21%) sind.

Hinsichtlich Antidepressiva zeigt sich dasselbe Bild: Personen mit diagnostizierter Demenz oder einem Demenzverdacht erhalten häufiger Antidepressiva als Personen ohne Demenz bzw. Demenzverdacht, allerdings sind die Unterschiede etwas weniger ausgeprägt: 35% (49%) der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenzdiagnose erhalten Antidepressiva, bei Personen ohne Demenzdiagnose sind es 29% (46%) (G8). Und 35% (48%) derjenigen mit Demenzverdacht erhalten Antidepressiva, während es bei denjenigen ohne Demenzverdacht 28% (45%) sind.

Informationen zu Verschreibungen von Benzodiazepinen/Z-Substanzen sind nur in den PLAISIR-Daten enthalten. Auch hier zeigt sich, dass Benzodiazepine/Z-Substanzen häufiger verschrieben werden, wenn eine Demenz diagnostiziert wurde oder ein Demenzverdacht besteht (je 3%), als wenn keine Demenzdiagnose (2%) oder kein Demenzverdacht (1%) vorliegt. Es muss hier allerdings erinnert werden, dass insgesamt nur rund 2% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner Benzodiazepine/Z-Substanzen erhalten.

Fazit

Die absolute Zahl der Menschen mit Demenz nimmt aufgrund der demografischen Entwicklung laufend zu. Umso erstaunlicher erscheint das Ergebnis, dass die Bezüge der Antidementiva Cholinesterasehemmer und Memantin in den letzten Jahren rückläufig sind (–10% bzw. –12%). Der stärkste Rückgang ist bei den Ältesten (80 Jahre und älter) zu verzeichnen. In Pflegeheimen erhalten rund 95% der Menschen mit diagnostizierter Demenz

Kasten 4: Datenquellen II

Die **Daten aus den Pflegeheimen** stammen im Wesentlichen aus der Pflegebedarfsabklärung, die regelmässig bei den Bewohnenden durchgeführt wird. Daraus werden der Pflegeaufwand pro Person und letztlich die Beiträge der Krankenversicherung an die Pflegekosten abgeleitet. In den Schweizer Pflegeheimen werden drei verschiedene Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs verwendet: RAI/RUG, BESA und PLAISIR. Die Deutschschweizer Kantone sowie die Kantone Freiburg und Tessin verwenden BESA und/oder RAI/RUG, während die Westschweizer Kantone mehrheitlich PLAISIR einsetzen. Alle drei Instrumente führen zu einer Einschätzung des Pflegebedarfs, allerdings werden unterschiedliche Indikatoren erhoben. Das bedeutet, dass sich die Daten aus den Pflegeheimen sowohl inhaltlich als auch strukturell unterscheiden, je nachdem, welches Pflegebedarfserfassungssystem verwendet wird. Die für das vorliegende Projekt relevanten Informationen zu den Erkrankungen der Bewohnenden sowie zu den verordneten Medikamenten können nur für die Pflegeheime ausgewertet werden, die mit RAI/RUG oder PLAISIR arbeiten. Die **RAI/RUG-Daten** stammen von der BESA QSys AG, die **PLAISIR-Daten** von der Commission Technique PLAISIR. Die Daten decken insgesamt rund zwei Drittel der Pflegeheime der Schweiz ab. Es handelt sich um eine erstmalige Gegenüberstellung beider Datensätze zu diesem Thema, die Analysen haben dementsprechend explorativen Charakter.

bzw. Demenzverdacht keine Antidementiva. Warum der Einsatz von **Cholinesterasehemmern und Memantin rückläufig** ist, ist unklar. Cholinesterasehemmer und Memantin sind in Bezug auf den kognitiven Abbau vor allem in den ersten Jahren der Demenz hilfreich, um die Situation zu stabilisieren. Es ist möglich, dass der – bei den 80-Jährigen und Älteren am stärksten ausgeprägte Rückgang – ein entsprechendes vermehrtes Absetzen bei fortschreitender Krankheit widerspiegelt. Vor diesem Hintergrund scheint es wenig überraschend, dass nur ein sehr kleiner Teil der Pflegeheimbewohnenden Antidementiva erhält, da ihre Demenz häufig schon fortgeschritten ist. Der geringe Anteil zeigt aber auch, dass Cholinesterasehemmer und Memantin in Pflegeheimen vermutlich eher selten zur Behandlung der BPSD eingesetzt werden. Schliesslich bleibt die Frage ob – in Anbetracht der Zunahme von Demenz und des Rückgangs der beiden Antidementivagruppen – Demenz im Hinblick auf Cholinesterasehemmer und Memantin unterbehandelt ist.

Eine ganz andere Entwicklung zeigt sich bei Ginkgo biloba. Hier liegt die Zunahme bei +33% und ist in allen Altersgruppen zu beobachten. **Ginkgo biloba** macht insgesamt fast 90% der bezogenen Antidementiva aus, in den Pflegeheimen liegt der Anteil bei knapp einem Drittel der verordneten Antidementiva. Die **Zunahme von Ginkgo biloba** könnte mit seiner prophylaktischen Verwendung und dem Einsatz bei subjektiven Störungen zusammenhängen. Das zunehmende Bewusstsein und Wissen der Bevölkerung über demenzielle Erkrankungen kann dazu führen, dass vermehrt Ginkgo biloba bei den Ärztinnen und Ärzten eingefordert wird, zumal diese Produkte auch stark beworben werden. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei den Ergebnissen um Medikamentenbezüge über die OKP handelt. Medikamente, die ohne Rezept (over the counter, OTC) gekauft werden, sind in der Analyse nicht berücksichtigt. Zudem entspricht Ginkgo biloba der Nachfrage nach pflanzlichen Arzneimitteln im Gegensatz zu den synthetischen Medikamenten.

Die **Behandlung von BPSD mit Antipsychotika** wird in den Behandlungsleitlinien nur sehr restriktiv empfohlen. Ob Menschen mit BPSD im ambulanten Sektor zu häufig Antipsychotika erhalten, kann hier nicht beantwortet werden. Die Daten lassen keine Identifizierung von Personen mit Demenz oder BPSD zu. Der Bezug von Antipsychotika ist bei den 70-Jährigen und Älteren in den letzten sechs Jahren mit +9% jedoch stärker angestiegen als bei den unter 70-Jährigen (+4%). Dies lässt vermuten, dass Antipsychotika bei Menschen mit BPSD heute nicht seltener eingesetzt werden als 2016. Unter anderem könnte es eine gewisse Verlagerung von Benzodiazepinen/Z-Substanzen hin zu sedierenden Antipsychotika gegeben haben.

Benzodiazepine/Z-Substanzen werden nicht zur Behandlung von Demenz und BPSD empfohlen, da sie das Sturzrisiko erhöhen, die kognitive Leistungsfähigkeit verschlechtern und zu Abhängigkeit führen können. Eine kürzlich veröffentlichte Studie zu Medikamenten, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten (potenziell inadäquate Medikationen, PIM), zeigt, dass ein Grossteil der PIM auf den Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen zurückzuführen sind (Vallon et al., 2023). Der stärkere Rückgang bei den 70-Jährigen und Älteren als bei den unter 70-Jährigen, könnte darauf hindeuten, dass Benzodiazepine/Z-Substanzen bei Menschen mit BPSD inzwischen zurückhaltender eingesetzt werden.

Die Analysen der Daten aus den **Pflegeheimen** zeigen, dass viele 70-Jährige und Ältere mit einer diagnostizierten Demenz bzw. Demenzverdacht Antipsychotika (42–50%) und / oder Antidepressiva (35–49%) erhalten, während Benzodiazepine/Z-Substanzen (3%) restriktiver eingesetzt werden. Deutlich wird auch, dass Menschen mit diagnostizierter Demenz oder mit Verdacht auf Demenz in Pflegeheimen **häufiger Antipsychotika** erhalten **als Personen ohne Demenzdiagnose oder -verdacht.** Ähnliche Ergebnisse liegen für die Jahre 2019 und 2020 vor (Giger et al., 2022). Dies könnte bedeuten, dass die aktuellen Empfehlungen (insbesondere Behandlungsempfehlungen betreffend BPSD, aber auch DemCare-Empfehlungen zur Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz in Langzeitinstitutionen) noch nicht ausreichend berücksichtigt werden und die Antipsychotika insbesondere wegen der sedierenden Wirkung eingesetzt werden. Für eine vertiefte Analyse und korrekte Einschätzung der Situation wären Informationen zur Dauer der Behandlung mit Antipsychotika und zur Dosierung erforderlich.

Um aus den vorliegenden Ergebnissen Schlussfolgerungen für die Praxis ziehen zu können, ist ein weiterer Diskurs unter Expertinnen und Experten wünschenswert.

Weiterführende Informationen

- **Nationale Plattform Demenz, BAG**
- Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD) **Guidelines und Literatur SGAP SPPA (sgap-sppa.ch)** oder **Ambulantes Betreuungssetting (admin.ch)**
- Therapieempfehlungen Demenz. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Therapie der Demenzerkrankungen **Publikationen – Swiss Memory Clinics** oder **Ambulantes Betreuungssetting (admin.ch)**
- DemCare: Empfehlungen für Langzeitinstitutionen. Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz **Stationäre Langzeitpflege (admin.ch)**

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren
Daniela Schuler, Obsan; Sacha Roth, Obsan; Sonia Pellegrini, Obsan

Projektleitung Obsan
Daniela Schuler

Projektleitung BAG
Margit Jochum Christin, Verantwortliche Fachbereich Demenz, Co-Leiterin Koordinationsstelle Nationale Plattform Demenz

Zitierweise
Schuler, D., Roth, S., & Pellegrini, S. (2024). *Psychopharmaka in der Demenzbehandlung* (Obsan Bulletin 01/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Referenzen
www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2024-bulletin-01-referenzen

Dank
Erstmals konnten Daten aus den Instrumenten zur Ermittlung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen bezogen werden. Wir danken der Commission technique PLAISIR und der BESA QSys AG für die zur Verfügung gestellten Daten sowie Blaise C. Martin und Manuel Fischer für die Datenaufbereitung.

Beigezogene Expertinnen und Experten (alphabetische Reihenfolge)

- **Gabriela Bieri-Brüning**, Chefärztin Geriatrischer Dienst der Stadt Zürich; Ärztliche Direktorin Gesundheitszentren für das Alter; Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG); Leitungsgremium Nationale Plattform Demenz
- **Gregor Hasler**, Ordinarius für Psychiatrie und Psychotherapie; Chefarzt Freiburger Netzwerk für Psychische Gesundheit; Präsident SGAMSP
- **Dan Georgescu**, Klinikleiter und Chefarzt der Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau AG; Co-Präsident SGAP; Mitherausgeber und Mitautor der Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD)
- **Rafael Meyer**, Stv. Klinikleiter und Chefarzt der Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau AG; Leiter des Zentrums für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik; Präsident Swiss Memory Clinics (SMC); Leitungsgremium Nationale Plattform Demenz
- **Julius Popp**, Leiter Zentrum für Gedächtnisstörungen und Alzheimer, Klinik für Neurologie Hirslanden, Zürich; Vorstand Swiss Memory Clinics (SMC)
- **Angelika Rüttimann**, Universität Basel, Pflegewissenschaft; Pflegeexpertin (Master in Nursing Science); Leitungsgremium Nationale Plattform Demenz
- **Egemen Savaskan**, Direktor Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; Co-Präsident SGAP; Mitherausgeber und Mitautor der Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD)

Auskünfte / Informationen
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext
Deutsch; diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-2401).

Übersetzung
Sprachdienste BFS

Layout/Grafiken
Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB
Alle Grafiken sind interaktiv – einfach anklicken.

Online
www.obsan.ch → Publikationen

Print
www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

BFS-Nummer
1033-2401

© Obsan 2024

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.