

Demenzreport 2020

Gerd Glaeske

unter Mitarbeit von

Esra Aksoy, Dörte Fuchs, Friederike Höfel, Berit Marquardt,
Anna Nymbach-Dietrich, Linda Richter, Dr. Rebecca Runte, Marle Wilhelm



September 2020

Anschrift: Universität Bremen, SOCIUM, Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen

Demenzreport 2020



Gerd Glaeske

unter Mitarbeit von

Esra Aksoy, Dörte Fuchs, Friederike Höfel, Berit Marquardt,
Anna Nymbach-Dietrich, Linda Richter, Dr. Rebecca Runte, Marle Wilhelm

Erstellt mit freundlicher Unterstützung der hkk Krankenkasse



Vorwort	4
Zweites Vorwort und Zusammenfassung	6
1 Einleitung.....	9
2 Auswertung der Leistungsdaten der hkk – welche Daten wurden analysiert?	12
3 Die Krankheit Demenz	21
3.1 Das Krankheitsbild Demenz	21
3.2 Demenzen und demenzielle Syndrome	23
3.3 Die medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz.....	31
3.3.1 Die Therapie der vaskulären Demenz und der Alzheimerdemenz	31
3.3.2 Verordnungen – nach Mengen und Kosten	41
3.3.3 Wer diagnostiziert und verordnet?	42
3.3.4 Statt chemischer Ruhigstellung älterer Menschen besser aktivierende Pflege.....	45
3.3.5 Erhöhtes Demenzrisiko durch Arzneimittel?	49
3.3.6 Weitere Aspekte der medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz	50
4 Zur Pflegebedürftigkeit bei Demenz	54
5 Die Prävention von Demenz	63
5.1 Diagnostik	67
5.2 Neue Arzneimittel gegen Demenz.....	69
Tabellenverzeichnis	74
Abbildungsverzeichnis.....	75
Literaturverzeichnis.....	76

Gegen das Vergessen...

Immer wieder wird über den Anstieg der Häufigkeit von Diabetes und Adipositas, Herz-Kreislaufproblemen und psychischen Störungen berichtet – diese Themen stehen heute vielfach im Mittelpunkt, wenn öffentlich über das Thema Prävention und Therapie von Krankheiten diskutiert wird. Aber Demenz? Der dramatische Anstieg dieser altersbedingten Erkrankung mit dem Schwerpunkt der Alzheimerdemenz, unter der heute 1,6 Mio. Menschen leiden und im Jahr 2050 voraussichtlich bereits 3 Mio., wird allzu oft in diesen Diskussionen vergessen. Dabei sind diese Diskussionen in Gesellschaften längeren Lebens wie der unsrigen mehr als notwendig: Derzeit leben in Deutschland etwa 8 Mio. Menschen (2,2 Mio. Männer und 6 Mio. Frauen), die älter sind als 80 Jahre, 2050 werden es nach den Daten des Statistischen Bundesamtes etwa 10 Mio. sein. Während wir im Alter von 60 Jahren von einer Demenzhäufigkeit von etwa 0,8 % ausgehen müssen, sind es bei den über 80-Jährigen schon etwa 20 %, bei den über 90-Jährigen 32 %. Die absolute Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen wird also ansteigen und damit auch die Notwendigkeit der Therapie, vor allem aber auch der Pflege. Bisher war die gängige Meinung, dass es kaum Präventionsmöglichkeiten zur Verringerung der Altersdemenz gibt. Neueste Studienergebnisse zeigen allerdings einen Hoffnungsschimmer: Durch veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen, durch eine gute Einstellung des Blutdrucks, durch gesundheitserhaltende Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen scheint die Häufigkeit von Demenzerkrankungen in den letzten Jahrzehnten leicht zurückgegangen zu sein, pro Dekade um etwa 13 %. Immerhin ein Hinweis darauf, dass Prävention auch in diesem Bereich wirken könnte und dass daher zumindest über Aktivitäten zur Verringerung der Häufigkeit von Demenzerkrankungen nachgedacht werden sollte.

All diese Daten und Fakten finden Sie in dem nun vorgelegten Demenzreport, dessen Erstellung wir als hkk Krankenkasse in Kooperation mit dem Leiter der Versorgungsforschung im SOCIUM der Universität Bremen, Professor Gerd Glaeske und seinem Team, gefördert haben. Grundlage aller Auswertungen sind die Daten der hkk, auf deren Basis die wichtigen, aber auch nachdenklich stimmenden Ergebnisse erarbeitet wurden. Insbesondere der häufige Einsatz bestimmter Psychopharmaka bei den Menschen mit Demenz muss aus unserer Sicht überdacht werden – die häufig gehörte Formel „sauber, satt und ruhig“ darf nicht zur Strategie der Versorgung von Menschen mit Demenz werden. Vielmehr geht es um aktivierende Angebote, um so lange wie möglich die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten dieser Patientinnen und Patienten aufrecht zu erhalten – die Würde der älteren Menschen muss in allem respektiert werden, in der Diagnostik, der Therapie und der Pflege.

Insofern ist dieser Demenzreport aus unserer Sicht auch ein Beitrag gegen das Vergessen dieser Krankheit und der Menschen, die darunter leiden. Diesem Ziel fühlen wir uns als hkk unseren Versicherten gegenüber verpflichtet – der nun vorliegende Demenzreport ist hierfür ein sichtbares Zeichen.

Bremen, im September 2020

Michael Lempe
Vorstand der hkk

Zweites Vorwort und Zusammenfassung

Die Angst vor dem Vergessen – Psychopharmaka als Therapie? Auffälligkeiten in der Behandlung von Demenzpatientinnen und -patienten

Der vorliegende Demenzreport wurde durch die Universität Bremen erstellt, seine Veröffentlichung wurde durch die hkk unterstützt. Der Report bestätigt erneut die dringende Notwendigkeit, Therapie und Pflegeaktivitäten bei dieser mit dem Lebensalter zunehmenden Krankheit zu überdenken und zu verbessern. Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben in Deutschland im Jahr 2020 1,6 Mio. Menschen mit Demenz, die meisten von ihnen mit einer Alzheimerdemenz. Diese Zahl wird in unserer Gesellschaft längeren Lebens weiter ansteigen: Um 900 pro Tag, d. h. um mehr als 300.000 im Jahr. Somit werden im Jahr 2050 voraussichtlich 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen betroffen sein. An Demenz erkrankten Frauen deutlich häufiger als Männer, nicht nur, weil Frauen durchschnittlich ein höheres Lebensalter erreichen.

Bei den Auswertungen der hkk-Daten zur Demenz, die uns für die Jahre 2017, 2018 und 2019 ohne Bezug zur Versichertenidentität als Diagnosen und Therapien im ambulanten und im pflegerischen Bereich zur Verfügung stehen, richtet sich das Interesse vor allem auf zwei Arzneimittelgruppen: Zum einen auf Arzneimittel, die das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen sollen (Antidementiva) und zum anderen auf Arzneimittel, von denen bekannt ist, dass sie für Menschen mit Demenz nutzlos sind und ihnen sogar schaden können (z. B. Neuroleptika).

Im Hinblick auf den langsameren Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit und die Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens ist für die meist angewendeten Antidementiva (Cholinesterasehemmer) bei leichter bis mittelschwerer Demenz ein gewisser Nutzen nachgewiesen. Für die krankheitsbezogene Lebensqualität und für das Ziel, die vollstationäre Pflege vermeiden zu können, liegen aber keine ausreichend „belastbaren“ Daten vor. Memantin-haltige Mittel stellen bei schwerer Demenz eine Therapieoption dar. Für pflanzliche Antidementiva mit einem Ginkgo-Extrakt gibt es nur bedingt Hinweise für einen therapeutischen Nutzen.

Das zweite Ergebnis unserer Auswertungen mit Blick auf die Arzneimitteltherapie bei Menschen mit Demenz ist erheblich dramatischer. Von allen an Demenz erkrankten männlichen Versicherten erhielten rund 30 % während eines Jahres mindestens eine Verordnung eines Neuroleptikums – also Psychopharmaka, die üblicherweise bei Schizophrenien und Psychosen angewendet werden. Der prozentuale Anteil an Versicherten mit Neuroleptika-Verordnungen steigt mit zunehmendem Alter der Betroffenen kontinuierlich an. Dabei hat eine Analyse von 17 Placebo-kontrollierten, teils unveröffentlichten Studien ergeben, dass sich beim

Einsatz solcher stark beruhigend wirkenden Neuroleptika bei Demenzpatientinnen und -patienten das Mortalitätsrisiko um den Faktor 1,6 bis 1,7 erhöht. Die Haupttodesursachen waren dabei akute Herzerkrankungen und überwiegend pulmonale Infekte. Inzwischen liegen zusätzliche Hinweise dafür vor, dass eine erhöhte Rate ischämischer Hirninfarkte auftreten kann. Da die Evidenz für den Einsatz konventioneller Neuroleptika zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten insgesamt sehr dürftig ist, wird generell keine Indikation für den Einsatz von Neuroleptika bei Demenzerkrankten gesehen. Die pharmazeutischen Unternehmen, die solche Mittel herstellen, wurden verpflichtet, sogenannte „Rote-Hand-Briefe“ an Ärztinnen und Ärzte zu verschicken, in denen auf das Risiko der sogenannten Übersterblichkeit und des höheren Sterberisikos hingewiesen wird. Zudem ist zu bedenken, dass der Einsatz von Neuroleptika, wie übrigens auch von bestimmten anderen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, bei agitiertem und sogenanntem herausforderndem aggressiven Verhalten von Demenzpatientinnen und -patienten möglicherweise zu einem rascheren Verfall der kognitiven Leistungsfähigkeit beitragen kann. Eine kurzfristige Anwendung ist dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen der Betroffenen oder ihrer Umgebung auftreten könnten.

Daher ist die leider trotzdem noch immer verbreitete Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, keine akzeptable Strategie, um eine zu geringe Anzahl an pflegerischem oder betreuendem Personal auszugleichen. Es muss vielmehr das Ziel sein, eine aktivierende Pflege anzubieten, die darauf achtet, bei älteren Menschen die vorhandenen Kompetenzen im Bereich der Alltagsfunktionen zu fördern. Chemische Gewalt zur Ruhigstellung älterer Menschen aus rein betriebswirtschaftlichen Aspekten bedeutet einen vorsätzlichen Medikalisierungsmissbrauch!

In diesem Zusammenhang muss ein weiterer aktueller Befund erwähnt werden, der die ganze Problematik des Pflegeaufwands von Demenzkranken verdeutlicht: So werden offensichtlich in einigen amerikanischen Pflegeheimen und Krankenhäusern Demenzpatientinnen und -patienten Magensonden gelegt, um Zeit zu sparen und Komplikationen zu vermeiden, die z. B. als Aspirations-Pneumonie vorkommen können, falls Nahrungsbestandteile beim Essen anreichen eingeatmet werden – „sauber, satt und ruhig“. Die „Anwendungsbreite“ ist sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt bekamen sechs bis sieben Prozent eine Sonde, in manchen Kliniken waren keine Patientinnen und Patienten betroffen, in anderen bis zu 38 %. Für die Pflege mögen die Magensonden eine Erleichterung darstellen, für die Patientinnen und Patienten mit Demenz haben sie dagegen keine Vorteile. Sie sind eher ein Signal dafür, dass ihnen ihre Selbständigkeit endgültig abgesprochen

worden ist. Hoffen wir, dass diese „amerikanisierte Pflege“ nicht auch in Pflegeheimen und Krankenhäusern in Deutschland Einzug erhält.

Der nun vorliegende Demenzreport ist ein Aufruf an alle, die mit Menschen zu tun haben, die von einer Alzheimerdemenz betroffen sind. Das Wichtigste ist, für diese Menschen so lange wie möglich ihre Würde und die Alltagsfähigkeiten aufrecht zu erhalten und ihnen Erinnerungen aus der früheren Lebenszeit zu bewahren (z. B. durch „Zimmer der Erinnerungen“ oder durch Fotos). Hinweise aus der Präventionsforschung sollten beachtet werden, die zeigen, dass mentale und körperliche Beschäftigungen und Anforderungen (z. B. beim Tanzen) sowie Lebensstilveränderungen (z. B. in der Ernährung) helfen können, den Zeitpunkt einer möglichen Alzheimerdemenz hinauszuschieben, und dass die Kommunikation auch und besonders im hohen Alter gepflegt werden sollte (z. B. durch ehrenamtliche Tätigkeiten). Wenn die Hörfähigkeit nachlässt, sollte mit einem Hörgerät nachgeholfen werden, ein bestehender Bluthochdruck sollte möglichst konsequent behandelt werden. Dies alles ist keine Garantie dafür, dass eine Alzheimerdemenz vermieden werden kann, aber diese Ratschläge und Beobachtungen sind offenbar mit dafür verantwortlich, dass in manchen Ländern festgestellt wurde, dass die Häufigkeit des Auftretens einer Alzheimerdemenz im höheren Alter weniger stark ansteigt als vermutet – vergessen wir also nicht, uns auch an diesen Ergebnissen zu orientieren.

Wir möchten uns sehr für die Unterstützung der hkk bei der Erstellung dieses Reportes bedanken, vor allem bei Herrn Lempe, bei Herrn Dr. Erbe, bei Frau Nymbach-Dietrich und bei Frau Dr. Runte. Durch die Förderung unseres Forschungsprojektes war es möglich, die Daten auszuwerten und Schwerpunkte der Analysen zu vereinbaren. Darüber hinaus möchte ich allen Kolleginnen aus unserem Institut danken, die in die Bearbeitung eingebunden waren, darunter insbesondere Frau Richter und Frau Höfel.

Wir hoffen, dass dieser Report zum Nachdenken über Veränderungen anregt.

Bremen, im September 2020

Prof. Dr. Gerd Glaeske

1 Einleitung

Im höheren und hohen Lebensalter treten altersbegleitend oder altersbedingt Krankheitszustände auf, die zu altersspezifischen Versorgungsanforderungen führen. Hierzu gehören das Phänomen der Multimorbidität und die Polypharmazie, die gleichzeitige Verordnung verschiedener Arzneimittel bei mehrfach erkrankten Menschen. Daneben steigt auch die Pflegebedürftigkeit an. Multimorbidität, also Mehrfacherkrankungen, eines wachsenden Anteils von Menschen in Gesellschaften längeren Lebens, ist nicht nur die Summe einzelner Erkrankungen. Es geht im höheren Lebensalter häufig auch um Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen. Die Versorgung der Mehrfacherkrankten muss dabei die Funktionseinschränkungen in den Mittelpunkt stellen. Trotz der steigenden Bedeutung der Multimorbidität – ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf – gibt es nur sehr wenige Therapieempfehlungen oder Leitlinien, die sich auf ältere Patientinnen und Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Die Hauptursache für das bestehende Defizit bildet hier vor allem die fehlende Evidenz. Diese Mehrfacherkrankungen im Alter lassen sich unterscheiden in altersbegleitende Erkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Depressionen, Arthrose oder Arthritis, und altersbedingte Erkrankungen, zu denen insbesondere die Demenzen gehören, darunter vor allem die vaskuläre und die Alzheimerdemenz.

Bei all diesen im Alter nebeneinander auftretenden Krankheiten sollten aber Leitlinien dabei helfen, Behandlungsprioritäten zu setzen, die therapeutischen Maßnahmen an den Gesamtzustand der Patientin oder des Patienten sowie an dessen Ressourcen und Fähigkeiten zu adaptieren und die Lebenserwartung und individuelle Situation zu berücksichtigen. Vor allem geht es auch darum, unerwünschte Ereignisse wie Stürze oder unerwünschte Wirkungen wie kognitive Einschränkungen oder Verminderungen der Kommunikationsfähigkeit zu vermeiden. Zudem bedarf es einer Fokussierung auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess sowie konkreter Vereinbarungen an den Schnittstellen zwischen kurativer und pflegender Medizin sowie zwischen der ambulanten, stationären, rehabilitativen und der palliativen Behandlung. Eine Leitlinienentwicklung für die medizinische Versorgung im Alter wird somit eine erkennbar multidisziplinäre Aufgabe, die weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinausgeht und auch die Beteiligung von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe umfasst. Eine stärkere Einbeziehung eben dieser Berufe in die Leitlinienerstellung ist im Sinne einer zunehmenden Teamorientierung der Versorgung unerlässlich. Dies gilt für viele Erkrankungen, die im Alter häufiger auftreten, insbesondere aber für die Demenz. In diesem Zusammenhang sei auf ein Positiv-Beispiel aus Großbritannien verwiesen. Dort lautet der Titel der Leitlinie des National Institute of Clinical Excellence and

Health für Demenz “Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers” (NICE, 2018). Sie wurde interprofessionell erarbeitet und richtet sich an verschiedene Berufsgruppen wie Hausärztinnen und -ärzte, Pflegekräfte, Geriaterinnen und Geriater, Sozialarbeitende sowie Psychiaterinnen und Psychiater. Gerade bei den altersbedingten Erkrankungen wie Demenz bestehen oftmals keine einheitlichen Therapieempfehlungen oder Therapiemöglichkeiten, die neben der Wirksamkeit und Verträglichkeit helfen, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern beziehungsweise zumindest den jeweiligen aktuellen Status nicht zu verschlechtern. Solche Leitlinien fehlen bislang in Deutschland.

Hinzu kommt, dass das deutsche ansonsten noch immer gut ausgebaute, rasch zugängliche und breit aufgestellte Versorgungssystem zwar in der Akut- und Notfallmedizin auch im internationalen Vergleich weiterhin zu den Besten gehört, dass jedoch bei der Behandlung von chronisch erkrankten Menschen dringender Verbesserungsbedarf besteht. Chronic Care bedarf neuer Strukturen und Strategien in unserem Gesundheitssystem. Dazu gehört auch die Verbesserung einer interdisziplinären Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Sinne eines Professionenmix zwischen Angehörigen der ärztlichen, pflegerischen, heil- und hilfsmittelerbringenden Berufsgruppen. Bei älteren Menschen mit Multimorbidität steigt die Anzahl der Kontakte mit dem Gesundheitssystem deutlich an. Sie führt zu vermehrtem ärztlichen Kontakt, häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten sowie einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen. Dies kann nicht verwundern, da ältere Menschen im Schnitt vier verschiedene ärztliche Berufsgruppen aufsuchen – neben einer Hausärztin oder einem Hausarzt und einer Internistin oder einem Internisten eine Augenärztin oder einen Augenarzt, eine Orthopädin oder einen Orthopäden sowie Frauen eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen und Männer wie auch Frauen ggf. zusätzlich eine Urologin oder einen Urologen. Diese oftmals unkoordinierten und nebeneinander stattfindenden Konsultationen führen in der Arzneimitteltherapie häufig zu Wechselwirkungen und unerwünschten Wirkungen. Solche „Störungen“ bilden in diesem Kontext ein Kernproblem der Versorgung alter Menschen und resultieren bei 10 % in Einweisungen zu einer stationären Behandlung. Dies ist auch ein wesentliches Thema bei der Behandlung von älteren Menschen mit einer Alzheimerdemenz, da hier z. B. die Verordnung von Neuroleptika oder Schlaf- und Beruhigungsmitteln besonders kritisch zu beurteilen ist, nachdem Anfang der 2000er Jahre bekannt wurde, dass die Anwendung von Neuroleptika bei Menschen mit einer Alzheimerdemenz mit einer höheren Sterblichkeit gegenüber gleichaltrigen Menschen ohne Demenz mit einer Neuroleptikatherapie einhergeht. Diese Problematik ist eines der zentralen Themen, die in diesem Report neben den Erfordernissen und Problemen beim allgemeinen Versorgungs- und Pflegebedarf auf Basis der Auswertung von administrativen

Daten der hkk aus den Jahren 2017, 2018 und 2019 diskutiert werden sollen. Die hkk gehört zu den Ersatzkassen und versichert bundesweit aktuell rund 700.000 Menschen, wobei die Bundesländer Niedersachsen, Bremen und Nordrhein-Westfalen zu den Regionen mit den höchsten Versichertenzahlen gehören. Ziel dieser Auswertungen ist es, auf Aspekte der Versorgung, vor allem auch der Über- und Fehlversorgung bei Menschen mit Demenz aufmerksam zu machen, die Notwendigkeit für Veränderungen in diesem Bereich zu betonen und alles dafür zu tun, um die Würde älterer Menschen und deren Lebensqualität auch in den Phasen schwerer und nicht immer zufriedenstellend zu behandelnder Krankheiten bestmöglich aufrecht zu erhalten.

2 Auswertung der Leistungsdaten der hkk – welche Daten wurden analysiert?

Da die verschiedenen Arten von Demenz vor allem im höheren Alter auftreten, wurden die bei der hkk vorliegenden Abrechnungsdaten für die Versicherten ab dem 60. Lebensjahr ausgewertet. Die Anzahl der Versicherten in dieser Altersgruppe ist in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich, der Hauptanteil der Versicherten der hkk hat seinen Wohnsitz im Land Bremen und Niedersachsen (Tabelle 1). In diesen beiden Bundesländern ist auch der Anteil weiblicher Versicherter deutlich höher als der der Männer, während in nahezu allen anderen Bundesländern der Anteil der versicherten Männer in dieser Altersgruppe über 60 Jahre höher ausfällt (mit Ausnahme in Hamburg und Schleswig-Holstein). Diese Unterschiede sind deshalb für das Thema Demenz von Bedeutung, weil Frauen wegen ihrer durchschnittlich höheren Lebenserwartung (im Jahr 2020 bei der Geburt 83,6 Jahre gegenüber Männern 78,9 Jahre) häufiger unter altersbedingten Krankheiten leiden, auch unter Alzheimerdemenz. Dabei haben Frauen abgesehen von der höheren Lebenserwartung auch grundsätzlich ein höheres Risiko an einer Alzheimerdemenz zu erkranken.

Tabelle 1: Absolute Anzahl der durchgängig bei der hkk Versicherten älter als 60 Jahre nach Geschlecht und Jahr

Bundesland	Geschlecht	2017	2018	2019
Baden-Württemberg	Weiblich	606	700	811
	Männlich	596	731	872
Bayern	Weiblich	975	1.279	1.570
	Männlich	1.039	1.398	1.711
Berlin	Weiblich	604	729	883
	Männlich	571	715	942
Brandenburg	Weiblich	553	682	906
	Männlich	639	805	1.011
Bremen	Weiblich	20.461	20.837	21.271
	Männlich	11.071	11.295	11.510
Hamburg	Weiblich	490	555	634
	Männlich	423	536	626
Hessen	Weiblich	1.205	1.573	1.850
	Männlich	1.469	1.934	2.279

Bundesland	Geschlecht	2017	2018	2019
Mecklenburg-Vorpommern	Weiblich	505	641	781
	Männlich	626	765	898
Niedersachsen	Weiblich	23.186	24.665	26.204
	Männlich	20.303	21.668	22.936
Nordrhein-Westfalen	Weiblich	2.235	2.890	3.463
	Männlich	2.516	3.338	3.991
Rheinland-Pfalz	Weiblich	506	689	847
	Männlich	644	866	1.047
Saarland	Weiblich	94	145	181
	Männlich	142	204	258
Sachsen	Weiblich	170	207	233
	Männlich	187	240	270
Sachsen-Anhalt	Weiblich	204	234	259
	Männlich	275	309	350
Schleswig-Holstein	Weiblich	918	1.078	1.242
	Männlich	890	1.044	1.226
Thüringen	Weiblich	145	171	203
	Männlich	155	184	205

Die unterschiedliche Altersstruktur der hkk-Versicherten in den einzelnen Bundesländern führt dann auch zu unterschiedlichen prozentualen Anteilen der Versicherten, bei denen in den ausgewerteten Jahren eine Demenzerkrankung gestellt wurde. Diese Prozentangaben sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Absolute Anzahl und Prozentanteile von Demenzerkrankten an hkk-Versicherten älter als 60 Jahre pro Bundesland in den Jahren 2017, 2018 und 2019

Bundesland	2017		2018		2019	
Baden-Württemberg	22	1,83%	21	1,47%	28	1,66%
Bayern	43	2,14%	43	1,61%	46	1,40%
Berlin	43	3,66%	42	2,91%	46	2,52%
Brandenburg	14	1,17%	16	1,08%	20	1,04%
Bremen	1.568	4,97%	1.446	4,50%	1.443	4,40%
Hamburg	46	5,04%	38	3,49%	34	2,70%
Hessen	43	1,61%	46	1,31%	61	1,48%
Mecklenburg-Vorpommern	19	1,68%	16	1,14%	23	1,37%
Niedersachsen	1.483	3,41%	1.511	3,26%	1.614	3,28%
Nordrhein-Westfalen	99	2,08%	101	1,62%	118	1,58%
Rheinland-Pfalz	10	0,87%	9	0,58%	14	0,74%
Saarland	2	0,85%	2	0,57%	5	1,14%
Sachsen	8	2,25%	7	1,57%	9	1,79%
Sachsen-Anhalt	8	1,67%	9	1,66%	8	1,31%
Schleswig-Holstein	54	2,99%	52	2,45%	52	2,11%
Thüringen	7	2,33%	9	2,54%	9	2,21%

Diese prozentualen Verteilungen sind in einer bundesweiten Landkarte dargestellt (Abbildung 1). Dabei geht es ausschließlich um die prozentuale Verteilung der Demenzdiagnosen bezogen auf die über 60-jährigen Versicherten der hkk. Es kann daraus keine allgemeine Aussage über die Verteilung der Demenzen in dem jeweiligen Bundesland abgeleitet werden. Außerdem stehen hinter der prozentualen Verteilung wegen der unterschiedlichen Grundgesamtheit der Versicherten in den jeweiligen Bundesländern selbst bei gleichen Prozentanteilen absolut gesehen unterschiedlich große Versichertengruppen mit Demenzdiagnosen.

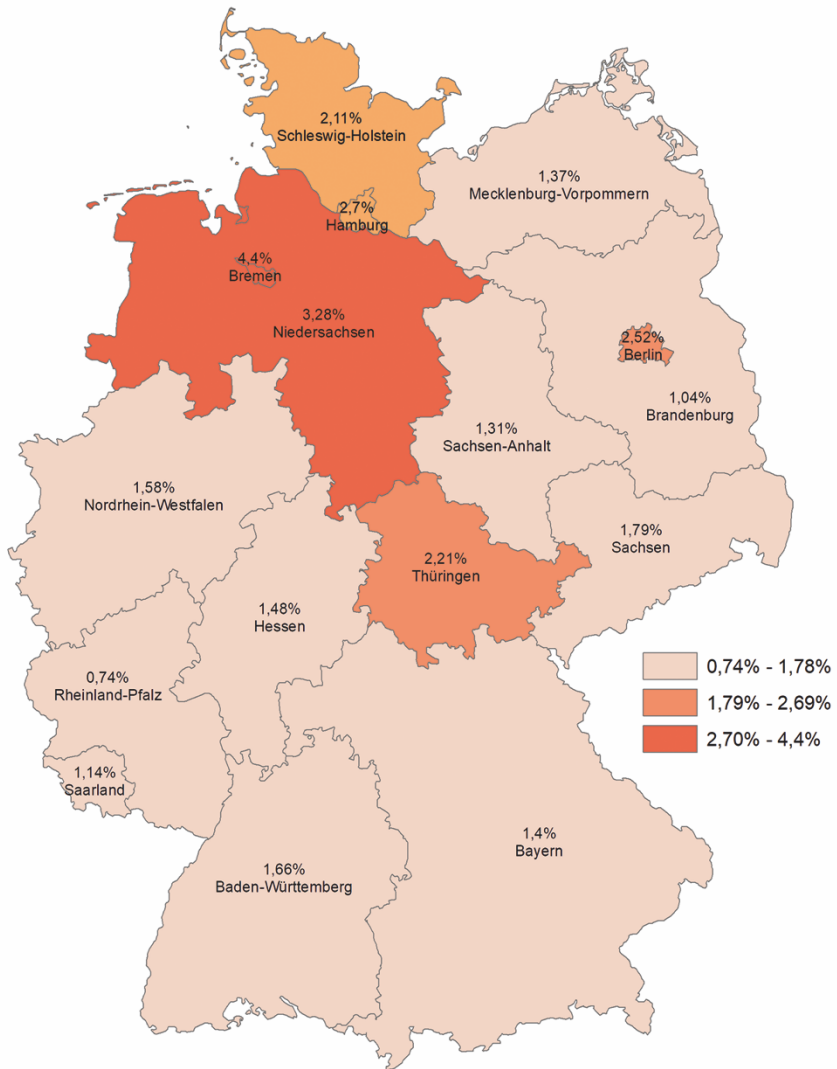


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Demenzdiagnosen im Jahr 2019 bezogen auf die über 60-jährigen hkk-Versicherten pro Bundesland

Um einige charakteristische Merkmale in der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer Demenzdiagnose genauer und verlässlicher darstellen zu können, wurden daher aus der Gesamtübersicht der Tabelle 1 vier Bundesländer gesondert betrachtet, in denen mehr als 50 Versicherte mit Demenzdiagnosen in den Jahren 2017, 2018 und 2019 lebten, nämlich Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Die gesamten Versicherten der hkk in diesen Bundesländern sind in der Tabelle 3 nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 3: Absolute Anzahl der im Jahr durchgängig Versicherten nach Altersgruppen je Bundesland mit mindestens 50 Versicherten mit Demenz

Bundesland	Altersgruppe	2017	2018	2019
Bremen	Bis 59	55.245	56.545	57.627
	60	13.095	13.318	13.467
	70	11.879	11.691	11.673
	80	5.590	6.096	6.583
	90	968	1.027	1.058
	Gesamt	86.777	88.677	90.408
Niedersachsen	Bis 59	184.190	190.655	195.173
	60	24.591	26.155	27.651
	70	14.057	14.605	15.175
	80	4.357	5.061	5.785
	90	484	512	529
	Gesamt	227.679	236.988	244.313
Nordrhein-Westfalen	Bis 59	40.521	51.727	60.267
	60	3.412	4.585	5.540
	70	1.006	1.255	1.460
	80	289	351	417
	90	44	37	37
	Gesamt	45.272	57.955	67.721
Schleswig-Holstein	Bis 59	10.845	13.217	15.009
	60	1.163	1.398	1.647
	70	479	535	609
	80	146	167	185
	90	20	22	27
	Gesamt	12.653	15.339	17.477

Die Tabelle 4 zeigt die altersgeschichtete Verteilung der Demenzdiagnosen in den vier Bundesländern, die Abbildung 2 stellt ihre geschlechtsspezifische Verteilung dar. Frauen haben unabhängig vom Alter ein höheres Risiko an einer Demenz zu erkranken. Die Tabelle 4 zeigt aber auch, dass es sich bei der Demenz um eine altersbedingte Krankheit handelt. Das Alter stellt dabei das größte Risiko dar – Frauen werden bekanntermaßen älter als Männer. Wird zusätzlich der soziale Status der Menschen als Einflussgröße auf die durchschnittliche Lebenserwartung betrachtet, so ist dieser Unterschied noch wesentlich größer – Menschen mit niedrigem Einkommen sterben deutlich früher: Frauen sterben bis zu 8,4 Jahre, Männer sogar bis zu 10,1 Jahre eher.

Tabelle 4: Absolute Anzahl an Versicherten mit Demenz pro Bundesland (N≥50) nach Alter und Jahr

Bundesland	Alter	2017	2018	2019
Bremen	60	54	59	70
	70	412	369	351
	80	743	701	725
	90	359	317	297
Niedersachsen	60	157	177	185
	70	536	542	562
	80	588	622	690
	90	202	170	177
Nordrhein-Westfalen	60	13	8	14
	70	36	42	44
	80	34	41	50
	90	16	10	10
Schleswig-Holstein	60	7	5	6
	70	16	16	18
	80	21	20	19
	90	10	11	9

Die Verteilung der Demenzdiagnosen ist in allen analysierten Bundesländern ganz ähnlich – Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer, teils mehr als doppelt so häufig.

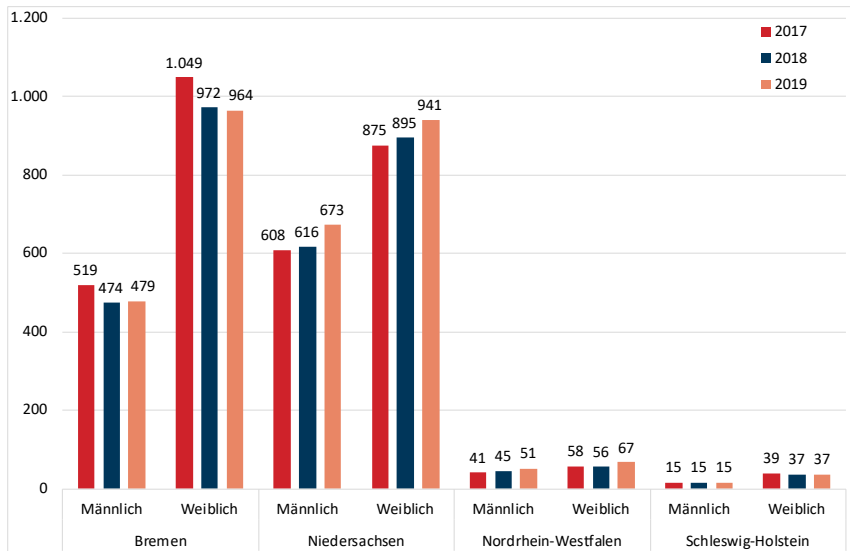


Abbildung 2: Absolute Anzahl an Versicherten mit Demenz pro Bundesland (N≥50) nach Geschlecht und Jahr

3 Die Krankheit Demenz

3.1 Das Krankheitsbild Demenz

Bei der Demenz oder dem demenziellen Syndrom handelt es sich grundsätzlich um eine psychische Störung von Krankheitswert und nicht um Begleiterscheinungen des normalen kognitiven Alterns. Die Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, die nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auftritt. Wesentliche Voraussetzung für die Diagnose einer Demenz ist der Nachweis der Abnahme an Gedächtnisleistung und Denkvermögen mit deutlicher Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Gedächtnisstörungen betreffen Aufnahme, Speicherung und Wiedergabe neuer Informationen wie auch die Fähigkeit zum vernünftigen Urteilen. Die Demenzerkrankung ist ein klinisches Syndrom, welches durch Störungen der Merkfähigkeit und der Konzentration sowie der Orientierung, der Kommunikationsfähigkeit und der autobiographischen Identität charakterisiert und mit Beeinträchtigungen der gewohnten Lebensführung verbunden ist (DGPPN, 2016). Nach den ICD-10-Kriterien der WHO liegt eine Demenzerkrankung vor, sobald die beschriebenen Symptome länger als sechs Monate bestehen und mindestens eine weitere kognitive Störung wie Apraxie, Aphasie, Agnosie oder Störung der Exekutivfunktion vorliegt (DIMDI, 2014; Schulz et al., 2016). Die häufigste Ursache einer Demenzerkrankung sind neuropathologische Prozesse, in denen Nervenzellpopulationen zugrunde gehen, ohne dass systemische oder zerebrale Störungen erkennbar sind (Haberstroh et al., 2016; DIMDI, 2014). Es kommt dann zu Eiweißablagerungen an den Nervenzellen im Gehirn (sogenannte Amyloid-Plaques) und dadurch zu Behinderungen der Kommunikation der Nervenzellen untereinander. Dies beschreibt beispielsweise die Alzheimer-Krankheit, eine neurodegenerative Erkrankung, die umgangssprachlich auch als Altersdemenz bezeichnet wird, da vor allem ältere Menschen an einer Demenz erkranken. Zur gleichen Gruppe gehören auch die Frontotemporale und die Lewy-Body-Demenz. An zweiter Stelle der Prävalenz folgt die vaskuläre Demenz. Bei dieser Erkrankungsform verursachen arteriosklerotische Veränderungen Durchblutungsstörungen in den Gehirnarterien, die zum Absterben von Nervenzellen führen (Neurodegeneration) (Haberstroh et al., 2016). Neurodegenerative und zerebrovaskuläre Ursachen erklären bis zu 90 % der Demenzen, wobei etwa 2/3 der Demenzen auf die neurodegenerativen Veränderungen entfallen. Infektiöse, metabolische, traumatische Ursachen oder potentiell reversible Demenzen machen einen sehr geringen Anteil aller Demenzformen aus (Kurz, 2002). Die neurodegenerativen Demenzen verlaufen langsam progredient und münden aufgrund eines hohen Verlustes an Selbstständigkeit in einen Zustand mit hohem Hilfe- und Pflegebedarf. Der Verlauf vaskulärer Demenzen kann hingegen stufenartig erfolgen und von Phasen des Stillstands und der leichten Besserung geprägt sein (DGPPN, 2016).

Während in weniger schweren Erkrankungsstadien der Demenzformen die reduzierte Merkfähigkeit, eine eingeschränkte Orientierungsfähigkeit und eine verminderte Präzision der Sprache im Vordergrund stehen, die oder der Erkrankte aber noch ohne die permanente Hilfe anderer Menschen leben kann, sind die schweren Krankheitsstadien durch eine vollständige Pflege- und Hilfebedürftigkeit geprägt. Einfachste Tätigkeiten können nicht mehr ausgeführt werden, im Spätstadium können zudem körperliche Krankheitszeichen wie Inkontinenz, Schluckstörungen und Gehstörungen das Krankheitsbild prägen. In allen Stadien der Erkrankung können neben den typischen kognitiven Symptomen auch solche des veränderten Erlebens und Verhaltens wie beispielsweise Agitiertheit, Aggressivität, Apathie oder Halluzinationen auftreten (Cerejeira et al., 2012). Sie werden u. a. als psychische Störungen und Verhaltenssymptome bezeichnet und stellen für die Betroffenen sowie deren Angehörigen eine hohe psychische und emotionale Belastung dar (DGPPN, 2016). Sie sind zudem mit höheren Gesundheitskosten assoziiert (Jönsson et al., 2006). Insgesamt haben Demenzerkrankte ein höheres Mortalitätsrisiko als Nicht-Demenzerkrankte gleichen Alters (Koller et al., 2012; Roehr et al., 2015; Petersen, 2017). Das liegt u. a. auch darin begründet, dass Demenzerkrankte nur schwer für sich Sorge tragen und bestimmte körperliche Krankheitssymptome nicht mehr adäquat kommunizieren können. Die beschriebenen körperlichen Veränderungen im Rahmen einer Demenzerkrankung erhöhen ebenfalls das Risiko, zu versterben. Eine adäquate Nahrungsaufnahme kann durch die Schluckbeschwerden erschwert sein und so das Auftreten von Komplikationen begünstigen (Förstl et al., 2010). Zudem kann das Vorliegen bestimmter Komorbiditäten, wie beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen, durch demenzbedingte mangelnde Adhärenz das bereits erhöhte Mortalitätsrisiko weiter steigern (Alonso et al., 2009).

Das Phänomen des "herausfordernden Verhaltens" für Betreuungspersonen gegenüber Menschen mit Demenz ist in der Literatur noch nicht eindeutig definiert worden. Petersen (2017) charakterisiert dieses Verhalten als eines, das (a) zu einem bestimmten Zeitpunkt bei der Person selbst oder bei Drittpersonen zu mehr als geringfügigen Verletzungen geführt hat, (b) zu einem bestimmten Zeitpunkt zu Zerstörungen in der direkten Wohn- oder Arbeitsumwelt geführt hat, (c) welches diese Person in extreme Gefahr bringt bzw. das die Intervention von mehr als einer Betreuungsperson benötigt und mehr als einmal im Monat vorkommt und (d) das Unterbrechungen in den Aktivitäten der umgebenden Personen von mehreren Minuten hervorruft und täglich mehrmals vorkommt. Diese Verhaltensmerkmale führen schon jetzt zu erheblichen Therapiebrüchen, sie werden in Zukunft wegen der steigenden Anzahl von zu betreuenden und zu pflegenden Demenzpatientinnen und -patienten zu einem noch größeren Problem werden. Da-

her ist es dringend erforderlich, schon heute neue Strategien im Umgang mit sowie im Zugang zu demenziell erkrankten Personen zu entwickeln.

3.2 Demenzen und demenzielle Syndrome

Unter allen Demenzerkrankungen kommt die Demenz vom Alzheimer-Typ am häufigsten vor – auf sie entfallen rund zwei Drittel aller Demenzen, gefolgt von der vaskulären Form und den Mischformen des degenerativ-vaskulären Typs (15 bis 30 %) sowie von Erkrankungsformen, die auf einer Vielzahl sonstiger Ursachen beruhen und bis zu 15 % ausmachen können – hierzu gehört auch die Demenz vom Lewy-Körper-Typ. Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten altersbedingten Erkrankungen. Die Alzheimerdemenz tritt altersabhängig mit einer Prävalenz von unter 1 % ab einem Alter von 60 bis 64 Jahren auf, die Häufigkeit steigt mit den Lebensjahren. Weltweit waren im Jahre 2015 nach Schätzungen 47 Mio. Menschen an Demenz erkrankt, die jährliche Inzidenz liegt bei 7,7 Mio. Die vorausgesagten Prävalenzen verdoppeln sich nahezu alle 20 Jahre – für das Jahr 2030 werden 65,7 Mio., für das Jahr 2050 115,4 Mio. Erkrankte vorausgesagt. Die globalen Kosten wurden schon für das Jahr 2017 auf 818 Mrd. Dollar geschätzt – die Ausgaben werden weltweit dramatisch ansteigen (Prince et al., 2013; Sosa-Ortiz et al., 2012; Livingston et al., 2017). 85 % der Kosten kommen vor allem durch familiäre und soziale Belastungen zustande, weniger durch medizinische Interventionen. Daher gehen die Anstrengungen auch dahin, durch präventive Aktivitäten (z. B. mehr Bildungsangebote) die Kosten zu senken.

Andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Nach einem im Rahmen eines Delphi-Verfahrens erzielten Konsens von Expertinnen und Experten im Jahr 2005 wurde weltweit von insgesamt 24,3 Mio. Demenzerkrankten ausgegangen. Diese Zahl soll im Jahr 2040 auf 81,1 Mio. ansteigen (Ferri et al., 2005).

In den Diagnosedaten finden sich unterschiedliche Zuordnungsmöglichkeiten zum Diagnoseschlüssel, beispielsweise die „Alzheimer-Krankheit“ (G30), „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ (F00), „vaskuläre Demenz“ (F01), „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ (F02) oder „nicht näher bezeichnete Demenz“ (F03). Diese unterschiedlichen Zuordnungen zeigen sich auch in den hkk-Daten (siehe Abbildungen 3 – 5).

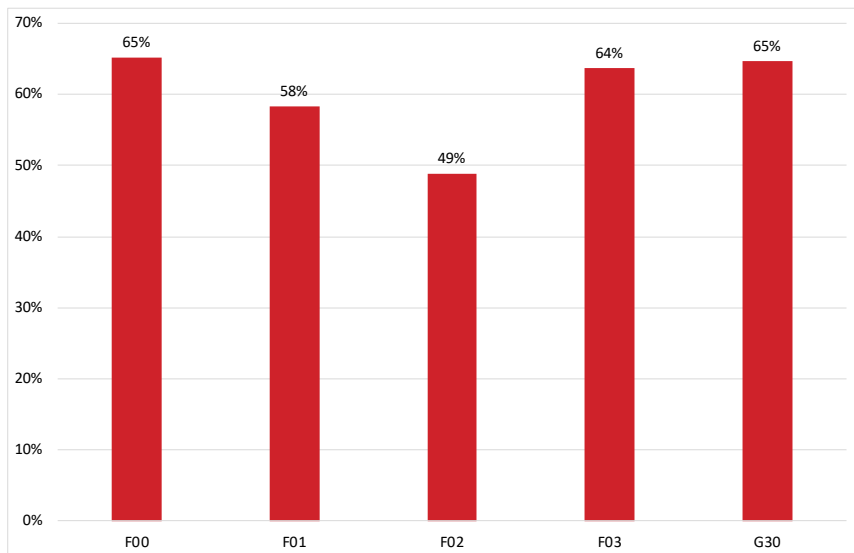


Abbildung 3: Diagnose-Verteilung Frauen (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahr 2019

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01: Vaskuläre Demenz, F02: Demenz bei andernorts klassifizierte Krankheiten, F03: nicht näher bezeichnete Demenz, G30: Alzheimer-Krankheit

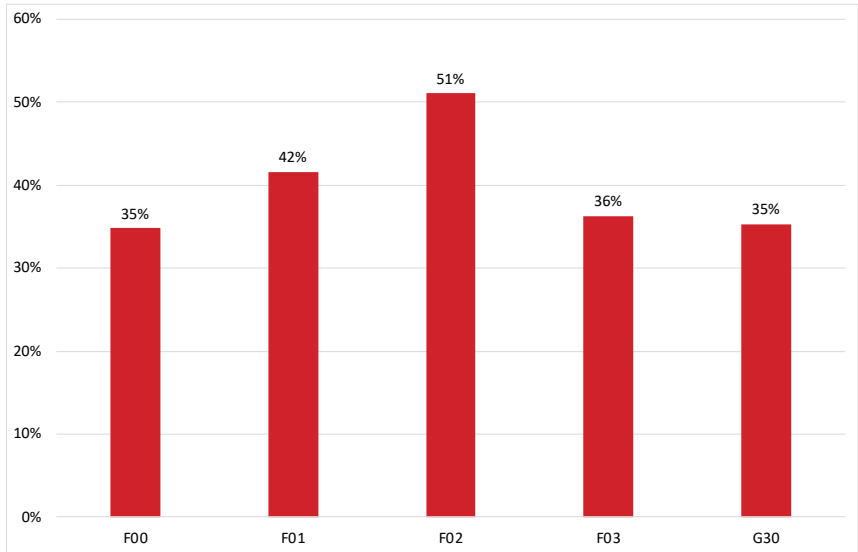


Abbildung 4: Diagnose-Verteilung Männer (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahr 2019

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01: Vaskuläre Demenz, F02: Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten, F03: nicht näher bezeichnete Demenz, G30: Alzheimer-Krankheit

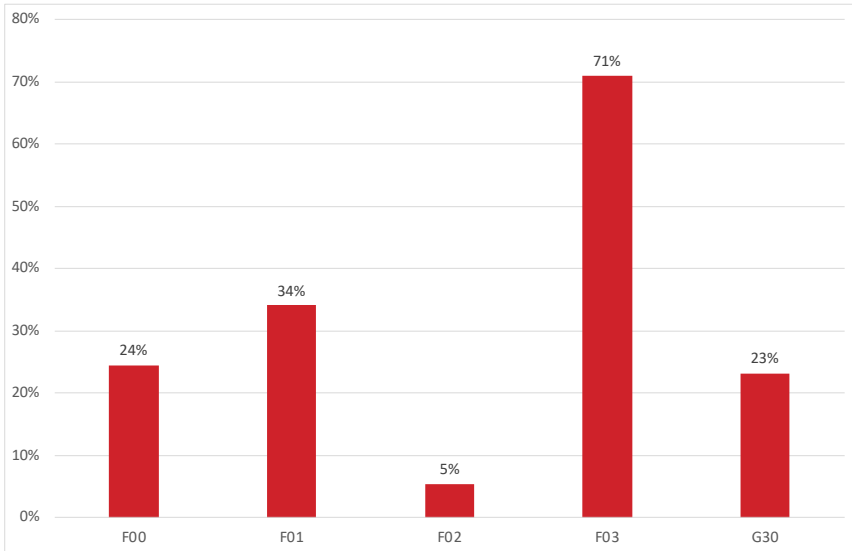


Abbildung 5: Diagnose-Verteilung Gesamt (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahre 2019

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01: Vaskuläre Demenz, F02: Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten, F03: nicht näher bezeichnete Demenz, G30: Alzheimer-Krankheit

Nach epidemiologischen Schätzungen leben in Deutschland etwa 1,6 Mio. Menschen mit einer Demenz, zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Im Durchschnitt erkranken pro Tag ca. 900 Menschen an Demenz, dies ergibt 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Erkennbar ist auch, dass im Rahmen des demografischen Wandels mehr Neuerkrankungsfälle als Sterbefälle bei den bereits Erkrankten vorkommen. Daher wird sich die Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 deutlich erhöhen: Insgesamt werden dann rund 2,4 bis 2,8 Mio. Menschen an einer Demenz leiden, wenn bis dahin keine wirksamen Präventions- oder Therapiemaßnahmen gefunden werden (DAIzG, 2020).

Deutschland gehört zu den zehn Ländern mit dem höchsten Anteil an Demenzerkrankten weltweit (Doblhammer et al., 2013, 2015a, 2015b). Die bereits vor der Jahrtausendwende vorliegende größte Primärerhebung aus Deutschland zur Prävalenz von Demenzen ist die von 1997 bis 1998 in Leipzig durchgeführte LEILA75+ Studie (Leipzig Longitudinal Study of the Aged), bei der insgesamt 1.692 Personen im Mindestalter von 75 Jahren inklusive 192 Bewohnerinnen und Bewohnern aus Pflegeheimen untersucht wurden (Riedel-Heller et al., 2001). Nach den Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) zeigt sich bei den Prävalenzen eine erhebliche Altersabhängigkeit, was das Attribut der altersbedingten Krankheit rechtfertigt: Insgesamt wiesen 3,5 % der 75- bis 79-Jährigen, 20,6 % im Alter von 85 bis 89 sowie 38,1 % der Personen im Mindestalter von 95 Jahren eine Demenz auf.

Diese Erkenntnisse der altersbedingten Erkrankung Demenz spiegeln sich auch in den Daten der hkk wider – es ist ein steiler linearer Anstieg der diagnostizierten Krankheitshäufigkeit von den „jungen“ zu den „älteren“ alten Menschen zu erkennen (Abbildung 6). Die relative Häufigkeit in den Altersgruppen steigt deutlich an, die Prävalenz insgesamt liegt allerdings bei nur etwa 3 % (Balken im Diagramm ganz rechts).

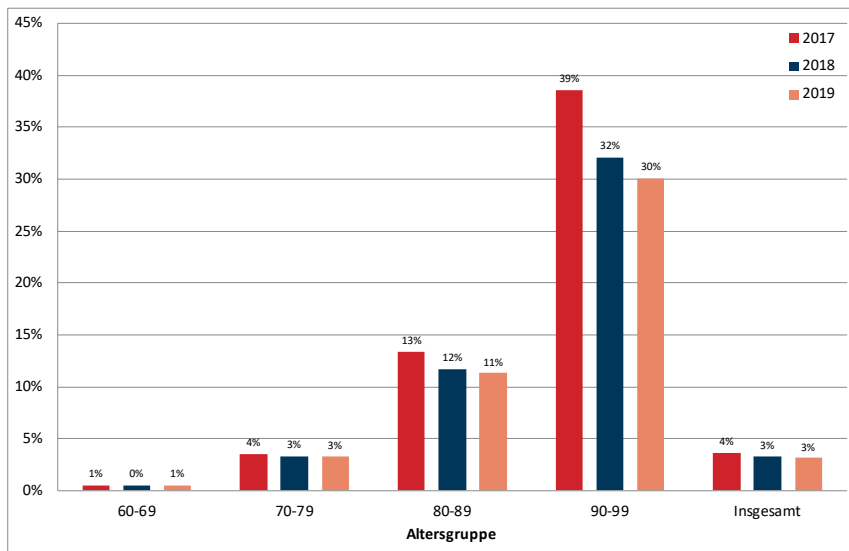


Abbildung 6: Anzahl an Versicherten mit Demenz nach Alter bezogen auf alle Versicherten der jeweiligen Altersgruppe je Jahr

Die Alzheimerdemenz ist mit quälenden und persönlichkeitsverändernden Verlusten vieler kognitiver Fähigkeiten verbunden, welche wegen des schlechter werdenden Verständnisses für die Behandlung der Erkrankung, z. B. im Bezug auf die Adhärenz bei der Arzneimitteleinnahme oder anderer notwendiger Therapien, problematisch werden kann. Aber nicht nur auf Seiten der Patientinnen und Patienten mit Demenz gibt es problematische Entwicklungen, auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind im Behandlungsalltag mit Defiziten konfrontiert: In vielen Leitlinien, die sich mit der Behandlung älterer Menschen beschäftigen, wird nicht auf mögliche Komorbiditäten oder auf die Multimorbidität und deren Behandlung eingegangen – wahrscheinlich mangels durchgeführter Studien. Viele randomisierte kontrollierte Studien schließen multimorbide Patienten aus. Gehbehinderte oder an Demenz erkrankte Patienten können keine Studienzentren aufsuchen.

Die Komplexität der Leitlinien nimmt aber mehr und mehr zu. Dies lässt sich beispielhaft am Leitlinien-Clearingbericht „Demenz“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (2005) zeigen. Bei der Zusammenstellung der Vorschläge bezüglich der Leitlinie „Demenz“ wird beispielsweise beschrieben, dass eine solche Leitlinie eine Übersicht aller an der Betreuung demenziell Erkrankter und deren

Angehörigen beteiligten Versorgungsstrukturen geben sollte. Weiterhin sollten die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Versorgungsebenen genannt und ein gestuftes Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung der Umsetzungsverantwortlichkeiten sowie Anforderungen an das Schnittstellenmanagement formuliert werden. Auch sollen die beteiligten Professionen mit ihren Aufgabenschwerpunkten benannt und sozialmedizinische Aspekte (Problematik der Einwilligungsfähigkeit, Problematik der Fahrerlaubnis u. a.) angesprochen werden (ÄZQ, 2005). Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass bei älteren Menschen mit Demenz unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von besonderer Bedeutung sind, da eine große Anzahl von Psychopharmaka (z. B. benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika) die kognitiven Fähigkeiten weiter verschlechtern oder ältere Menschen in große Gefahren bringen kann. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patientinnen und Patienten mit Demenz ist äußerst kritisch zu beurteilen, da die Sterblichkeit bei der Anwendung dieser stark wirkenden Beruhigungsmittel erhöht ist. In diesem Zusammenhang werden alle Neuroleptika genannt (z. B. Haloperidol, Olanzapin oder Risperidon) (a-t, 2008). Trotz des bereits in den ersten Wochen nach dem Einnahmebeginn erhöhten Mortalitätsrisikos werden diese Mittel nach wie vor häufig für Demenzpatientinnen und -patienten verordnet. Daher muss auf einen restriktiven Umgang mit diesen Mitteln geachtet werden: eine kurzfristige Anwendung ist nur noch dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen der Patientin oder des Patienten selbst oder ihrer bzw. seiner Umgebung auftreten könnten (a-t, 2008).

Analysen zur Bedeutung von Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz nennen auch den Faktor „geringe formale Bildung“. Einige Studien zeigten, dass eine geringere bzw. kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimerdemenz einhergeht. Die höchste Prävalenz weisen Menschen auf, die Analphabeten sind bzw. keine Schulbildung hatten. Die Ergebnisse lassen sich am ehesten auf Trainingseffekte bei geistiger Arbeit zurückführen, möglich wäre jedoch auch eine gewisse Verzerrung: Besser Ausgebildete könnten in kognitiven Tests deshalb besser abschneiden, weil ihnen die Logik der erwarteten Lösung bekannt ist. Dies dürfte die Unterschiede jedoch nicht gänzlich erklären. Die Ergebnisse führten zur Bildung der Reservekapazitäts-Hypothese. Nach dieser Hypothese verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler, 2004). Es gibt Hinweise, dass intensives Lernen die Zahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern kann (Livingston et al., 2017).

Arbeiten aus Großbritannien haben in den letzten Jahren für Aufregung gesorgt. Die dort zunächst prognostizierten Angaben zur Prävalenz der vaskulären und

Alzheimerdemenz in Großbritannien haben sich nicht bewahrheitet, sondern lagen rund 2 % unterhalb der erwarteten Werte. Die Wissenschaftler diskutieren einen Kohorteneffekt als mögliche Erklärung: Demnach haben Menschen in Industrienationen, die vergleichsweise später geboren wurden (z. B. nach 1960), ein geringeres Erkrankungsrisiko als früher Geborene. Ein Grund könnte in einer besseren Bildung, besseren Präventionsmöglichkeiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lebensstilveränderungen liegen, so die Autorinnen und Autoren der Studie (Matthews et al., 2013). Diese Aussagen führen aber auch zu weiteren Implikationen: Sich wandelnde Lebensbedingungen und auch umwelt- und sozial bezogene Veränderungen hätten demnach einen hohen Einfluss auf infrage kommende Risikofaktoren. Eine Prävention der vaskulären und Alzheimerdemenz würde damit erneut an Wichtigkeit gewinnen können.

Auch Doblhammer, Kolleginnen und Kollegen berichten von einer geringeren Inzidenz der vaskulären und Alzheimerdemenz in den letzten Jahren. In ihrer Routinedatenanalyse einer gesetzlichen Krankenversicherung zeigt sich ein Abfall der Inzidenz in den Jahren 2009 und 2010 im Vergleich zu den Jahren 2006 und 2007. Bei gleichzeitiger Betrachtung der Sterberaten kommen sie zu dem Schluss, dass der Trend demenzfreier Jahre mit einer Kompression der Krankheitsjahre mit Demenz einhergeht (Doblhammer et al., 2015b). Diese Abnahmetendenz zeigt sich insgesamt auch in den Daten der hkk im Vergleich der Jahre 2017 zu 2019 (siehe Abbildung 6). Analysen nach den jeweiligen Diagnosen zeigen aber differenzierte Entwicklungen: Die Anzahl der Versicherten mit einer F00-Diagnose verringert sich, die mit F01, F02 und F03 steigt an, während die Anzahl von G30 uneindeutig bleibt*. Die Kernaussage einer „Demenzepidemie“ verändert sich aber trotz dieser Erkenntnisse und den sich damit veränderten Prognosen nicht, die Demenz ist nach wie vor das wichtigste Public-Health-Problem in einer alternden Gesellschaft (Riedel-Heller, 2015).

Insgesamt, so die derzeitig verfügbaren Daten, liegen die durchschnittlichen Kosten von Demenz im leichten Krankheitsstadium bei etwa 15.000 € pro betroffener Person jährlich und steigen bei schwerer Demenz auf rund 42.000 € jährlich. Diese Steigerung ist in erster Linie auf den größer werdenden Pflegebedarf bei fortgeschrittener Demenz zurückzuführen, sowohl auf die ambulanten und stationären Pflegeleistungen als auch auf die Familienpflege. Dabei kann die informelle Pflege, also die von Angehörigen geleistete Pflege, im Einzelfall deutlich mehr als die Hälfte der Gesamtkosten ausmachen. Dagegen machen die Ausgaben für Medikamente deutlich weniger als 5 % der Kosten aus (Leicht et al., 2011).

* F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01: Vaskuläre Demenz, F02: Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten, F03: nicht näher bezeichnete Demenz, G30: Alzheimer-Krankheit

3.3 Die medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz

Für eine Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist die regionale Verteilung der Haus- und Fachärzteschaft und auch die Behandlung besonders bedürftiger Patientengruppen ein wichtiger Indikator. Als Beispiel sei hier die Betreuung in Pflegeheimen genannt. Laut einer repräsentativen Befragung, die über 10 % aller Heimbewohnenden in Deutschland erfasst, besteht in Pflegeheimen ein deutlicher Mangel an fachärztlicher Versorgung (Hallauer et al., 2005). Aufgrund eingeschränkter Mobilität (ca. 75 %) und Demenz (53 % der Bewohnenden) suchen ca. 80 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner kein ärztliches Fachpersonal außerhalb des Heims auf. Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner durchgeführt. Die fachärztliche Versorgung bleibt bei vielen Bewohnenden aus. So wurden 38,2 % der Heime von keiner Gynäkologin bzw. keinem Gynäkologen besucht, 18,2 % der Heime machten keine Angaben und dies, obwohl 80 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner Frauen sind. Auch blieben fast ein Drittel der Heime ohne den Besuch einer Augenärztin oder eines Augenarztes und 36 % ohne eine HNO-Ärztin bzw. einen HNO-Arzt. Nur ca. ein Drittel der Patientinnen und Patienten werden von Neurologinnen oder Neurologen und Psychiaterinnen oder Psychiatern betreut. Nur bei Zahnärztinnen und Zahnärzten hat sich in der Zwischenzeit die Veränderung ergeben, dass Pflegeheime mit der kassenzahnärztlichen Vereinigung Verträge für Behandlungen abschließen können, die in Alten- oder Pflegeheimen stattfinden (siehe SGB V § 87, 2 i und j).

3.3.1 Die Therapie der vaskulären Demenz und der Alzheimerdemenz

Demenziell Erkrankte adäquat zu versorgen, ist heute und in Zukunft nicht zuletzt aufgrund der angesprochenen hohen Erkrankungshäufigkeit und damit auch der gesundheitsökonomischen Bedeutung, eine besondere Herausforderung. Die Versorgung von Demenzerkrankten ist zudem sehr komplex und fordert multimodale Behandlungsansätze: Demenzerkrankungen sind Erkrankungen des höheren Lebensalters und werden häufig von anderen Erkrankungen begleitet. Die Therapie der vaskulären Demenz und der Alzheimerdemenz muss also fast immer auch im Kontext weiterer Erkrankungen erfolgen. Der demenzspezifische Abbau der kognitiven Fähigkeiten mit dem damit einhergehenden Verlust von Sprache und damit auch der Fähigkeit, sich auszudrücken, sowie die Einschränkungen bei der Teilnahme am sozialen Leben und die körperlichen Beeinträchtigungen, die im Rahmen der Demenz auftreten, machen deutlich, dass Demenz eine Erkrankung mit hoher Krankheitslast und einem großen Verlust an Lebensqualität darstellt.

Die Behandlung des demenziellen Syndroms setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Neben pharmakologischen Maßnahmen kommen auch psychosoziale

Interventionen für die Erkrankte oder den Erkrankten und ihre bzw. seine Angehörigen zum Einsatz. Zur Basistherapie gehört eine kontinuierliche hausärztliche Betreuung, bei der die medikamentösen Therapien überwacht und weitere Risikofaktoren behandelt werden, sowie Ansprechpersonen, die für die Betroffenen und deren Angehörige zur Verfügung stehen. Weitere nicht-medikamentöse Maßnahmen können angewendet werden und zielen vor allem auf die Besserung der Lebensqualität ab. In der S3-Leitlinie "Demenzen" für die Psychiaterinnen oder Psychiater und Neurologinnen oder Neurologen werden psychosoziale Interventionen im Rahmen der Therapie von Alzheimer- und vaskulärer Demenz, eine Aufwertung und ihr Einsatz – wie zum Beispiel die Ergotherapie – empfohlen (DGPPN, 2016; Haberstroh et al., 2016). Zur Therapie gehört ebenfalls der Schutz der Gesundheit der pflegenden Angehörigen, denn rund zwei Drittel der Erkrankten werden zunächst im häuslichen Umfeld versorgt (Alzheimer Europe, 2014). Studien zeigen, dass pflegende Angehörige eine erhöhte körperliche und psychische Morbidität aufweisen, die nicht selten zu einer Aufnahme der Demenzerkrankten in ein Pflegeheim führen, weil sich die Angehörigen körperlich und psychisch überfordert fühlen (Bruce et al., 2005; Argimon et al., 2005). Grundsätzlich ist die Alzheimerdemenz von Angst und Unsicherheit geprägt, sowohl bei den Erkrankten selber als auch bei deren Angehörigen, weil es nach wie vor gegen die beschriebenen Symptome keine kausale Therapie gibt und pharmazeutische Unternehmen sogar ihre Forschungstätigkeit wegen der Schwierigkeit, Ansatzpunkte für eine wirksame Therapie in diesem Indikationsgebiet zu finden, entweder einschränken oder ganz beenden haben. Bei der vaskulären Demenz können allenfalls wirksame Antihypertensiva zur gut kontrollierten Blutdruckeinstellung als quasi-kausale Verhinderungsstrategie angesprochen werden (DGPPN, 2016).

Das Ziel der pharmakologischen Therapie einer Alzheimerdemenz mit Antidementiva ist derzeit nur die Verlangsamung der Progression (Benkert, 2014). Ein multimodaler Therapieplan muss aufgrund des sehr individuellen Krankheitsverlaufs und einer sich verändernden Bedarfslage immer wieder angepasst und überdacht werden, da neben der kognitiven Leistungsminderung auch demenzassoziierte Verhaltenssymptome auftreten können. Qualität und Einsatz von Antidementiva zur Behandlung der Demenz sind aber nicht unumstritten: Die Diskussion problematisiert vor allem Fragen der klinischen Relevanz, Responder-Raten und der Studienqualität (Vollmar et al., 2008; DEGAM, 2008). Durch die Progredienz der Erkrankung mit ihren sehr individuellen Verläufen ist es schwierig, Nutzenkriterien der Therapie festzulegen. Ein Mittel kann wirksam sein, obwohl die Demenzerkrankung (verlangsamt) weiter fortschreitet. Eine individuelle Therapieentscheidung muss daher unter einer ausgewogenen Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (DGPPN, 2016). Diese Zweifel haben im Übrigen dazu geführt, dass in Großbritannien

nien und in Frankreich die Erstattung der Antidementiva durch staatliche Krankenversicherungen zur Disposition steht.

Zur Behandlung der kognitiven Symptome stehen Mittel mit unterschiedlichen Wirkprinzipien zur Verfügung.

- Die erste Gruppe bilden die Acetylcholinesterasehemmer (AChE-I), die ein angenommenes cholinerges Defizit bei Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerdemenz beseitigen sollen. AChE-I fördern die cholinerge Neurotransmission und können daher positive Effekte auf die Gedächtnisleistung der Erkrankten bewirken (Benkert, 2014). Die Mittel mit Wirkstoffen wie Donepezil, Galantamin oder Rivastigmin sind zur Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimerdemenz zugelassen und haben einen belegten Nutzen für eine Besserung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei der Verrichtung alltagspraktischer Tätigkeiten und bezogen auf den klinischen Gesamteindruck (DGPPN, 2016; IQWiG, 2007).
- Die zweite Gruppe bildet der NMDA(Glutamat)-Rezeptorantagonist Memantin, der in den Glutamathaushalt eingreift und für die symptomatische Behandlung der moderaten bis schweren Form der Alzheimerdemenz zugelassen ist. Glutamat ist ein Neurotransmitter, der mit Gedächtnisprozessen und Lernen in Verbindung steht. Ein Überschuss an Glutamat führt zum Absterben von Neuronen. Memantin fungiert als Antagonist und sorgt dafür, dass ein Überschuss an Glutamat blockiert wird (IQWiG, 2008; Benkert, 2014). Eine Kombination von Memantin und AChE-I ist nicht zulässig.

In der S3-Leitlinie der DGPPN und DGN aus dem Jahr 2016 sehen die Autorinnen und Autoren erstmalig in der aktuellen Datenlage einen Hinweis auf die Wirksamkeit von Ginkgo-biloba-Extrakt auf die kognitiven Fähigkeiten von Alzheimer-Erkrankten sowie Patientinnen und Patienten mit einer vaskulären Demenz (DGPPN, 2016; DGN, 2016). Der Einsatz von Ginkgo biloba bleibt allerdings nicht unumstritten, da die Studienlage sehr heterogen ist und es insgesamt nur wenige qualitativ hochwertige Untersuchungen und nur wenige Langzeitstudien zu möglichen unerwünschten Wirkungen im Einsatz bei Demenzerkrankten gibt (IQWiG, 2013). Besonders zu beachten ist, dass es Wechselwirkungen zwischen Ginkgo-biloba-Präparaten und blutverdünnenden Mitteln wie ASS oder Warfarin bzw. Phenprocoumon (z. B. Marcumar®) geben kann. Da Ginkgo-Präparate ohne Rezept in der Apotheke verkauft werden dürfen und vor allem genauso wie blutverdünnende Mittel häufig von älteren Menschen eingenommen werden, ist eine Einnahme von Ginkgo-biloba-Präparaten unbedingt mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt abzusprechen. Für andere populäre Therapeutika,

wie beispielsweise nicht-steroidale Antiphlogistika oder auch Vitamin E, liegt keine Evidenz einer Wirksamkeit vor. Sie werden daher nicht empfohlen (DGPPN, 2016). Bei der Therapie der vaskulären Demenz steht der Schutz vor weiteren vaskulären Schädigungen im Vordergrund, AChE-I und Memantin sind nicht zu ihrer Behandlung zugelassen. Insgesamt ist die Datenlage zur Behandlung der vaskulären Demenz schlechter als zur Alzheimerdemenz.

Neben dem Interesse an der Arzneimittelgruppe der Antidementiva, die das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen sollen und bei manchen Patientinnen und Patienten auch können, gibt es eine zweite Arzneimittelgruppe, die seit vielen Jahren im Mittelpunkt der Diskussionen steht. Dabei wurde der Nachweis erbracht, dass sie Menschen mit Demenz nicht nur nicht nutzen, sondern ihnen sogar nachweislich schaden. Dies sind vor allem Arzneimittel aus dem Bereich der Psychopharmaka. Hier sind besonders die Gruppe der Neuroleptika, aber auch die Gruppe der Antidepressiva sowie Benzodiazepine (Tranquilizer und Schlafmittel) zu nennen, wobei zur letztgenannten Gruppe auch die sogenannten Z-Drugs Zolpidem und Zopiclon gehören. Bei den Antidementiva wird oftmals eine gewisse Unterversorgung beklagt. Sie werden nach Meinung vieler therapeutischer Expertinnen und Experten zu selten, auch probeweise, eingesetzt, obwohl in Studien Hinweise dafür vorliegen, dass sich mit bestimmten Mitteln die Alltagsfunktionen von Menschen mit Demenz und deren kognitive Fähigkeiten weniger schnell verschlechtern als bei unbehandelten Patientinnen und Patienten. Dies spiegelt sich auch in den hkk-Daten wider: Der prozentuale Anteil der Antidementiva-Verordnungen ist deutlich geringer als der Anteil der problematischen Neuroleptika und Benzodiazepine. Eine mögliche Begründung könnte sein, dass bei Menschen mit Demenzerkrankungen in bis zu 90 % der Fälle zusätzlich nicht-kognitive Störungen wie psychotische Symptome, Depressivität, Unruhe oder Aggressivität bestehen (Petersen, 2017). In der angloamerikanischen Fachliteratur hat sich der Terminus „behavioural and psychological symptoms of dementia“ (BPSD) als Überbegriff für die neuropsychiatrischen, nicht-kognitiven Symptome bei Demenz durchgesetzt. Die Behandlung der BPSD ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie einer dementiellen Erkrankung, da diese zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen und auch der Angehörigen führen. Vorrangig sollten Verhaltensstörungen bei Demenz durch eine Optimierung der Pflegesituation, ein gezieltes Training von Alltagsfertigkeiten oder durch milieutherapeutische Maßnahmen behandelt werden. Nur wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen, ist eine psychopharmazeutische Behandlung indiziert. Gerade bei Demenzerkrankten in Pflegeeinrichtungen werden Neuroleptika zur symptomatischen Behandlung von Verhaltensstörungen aber zu häufig verordnet: Nach einer aktuellen Untersuchung aus Dänemark erhalten über 60 % der Menschen mit Demenz in Pflegeheimen mindestens ein Psychopharmakon und dabei ganz über-

wiegend Neuroleptika (Nijk et al., 2009). Demgegenüber haben sich in den letzten Jahren die Hinweise darauf verdichtet, dass beim Einsatz atypischer Neuroleptika, aber auch konventioneller Neuroleptika, bei Demenzerkrankten mit schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie kardiovaskulären Ereignissen, Infektionen (vor allem Pneumonien), Schlaganfällen und einer insgesamt erhöhten Sterblichkeit zu rechnen ist (a-t, 2005).

Eine Untersuchung zum Einsatz von Neuroleptika bei älteren Pflegeheimbewohnenden in den USA ergab, dass im Jahr 2004 annähernd ein Viertel der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit (fast ausschließlich atypischen) Neuroleptika behandelt wurde (Kamble et al., 2008). Die Analyse der Food and Drug Administration (FDA), der Zulassungsbehörde in den USA, von 17 Placebo-kontrollierten, teils unveröffentlichten Studien hatte ungefähr zeitgleich ergeben, dass sich beim Einsatz einzelner atypischer Neuroleptika bei Demenzpatientinnen und -patienten das Mortalitätsrisiko um den Faktor 1,6 bis 1,7 erhöht (Lenzer, 2005). Die Haupttodesursachen waren dabei akute Herzerkrankungen und überwiegend pulmonale Infekte. Inzwischen liegen zusätzliche Hinweise dafür vor, dass eine erhöhte Rate ischämischer Hirninfarkte nicht nur unter der Behandlung mit atypischen Neuroleptika, sondern auch unter den konventionellen Neuroleptika (z. B. Haloperidol) auftritt (Gill et al., 2005). Letztlich ist aufgrund der gegenwärtig mangelhaften Studienlage aus randomisierten kontrollierten Studien die Evidenz für den Einsatz konventioneller Neuroleptika zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten insgesamt sehr dürtig (Sink et al., 2005).

Bei den hkk-Versicherten steigt mit zunehmendem Alter der prozentuale Anteil der Versicherten mit mindestens einer Neuroleptika-Verordnung zudem kontinuierlich an. Hinsichtlich der fünf am häufigsten bei Demenzerkrankten verordneten Neuroleptika unterschieden sich männliche und weibliche Versicherte nur in den Verordnungscharakteristika (bezogen auf die Menge an verordneten Tagesdosierungen) des atypischen Neuroleptikums Quetiapin (häufiger bei Männern) bzw. des Atypikums Olanzapin (häufiger bei Frauen), während bei beiden Geschlechtern Haloperidol, Melperon, Pipamperon und vor allem Risperidon zu den am häufigsten verordneten Neuroleptika zählten.

Die Daten in der Tabelle 5 zeigen, dass viele Menschen mit Demenz auch Mittel gegen einen zu hohen Blutdruck bekommen (rund 53 %), was wegen der Multimorbidität im höheren Alter und eines behandlungsbedürftigem Bluthochdrucks bei Patientinnen und Patienten mit einer vaskulären Demenz nicht erstaunlich ist. Daneben bleibt aber die Auffälligkeit, dass trotz der schon seit fast 20 Jahren bestehenden Warnungen vor der Anwendung von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz, diese stark beruhigenden Psychopharmaka, die üblicherweise zur Behandlung von Psychosen und Schizophrenien angewendet werden, mit rund 34 % der Patientinnen und Patienten mit Demenzdiagnosen deutlich häufiger verordnet werden als Arzneimittel aus der Gruppe der Antidementiva mit maximal 22 %. Die Prozentanteile der behandelten Patientinnen und Patienten werden aussagekräftiger, sobald die Arzneimitteltherapie nach Demenz-Diagnosen differenziert wird: Es wird erkennbar, dass solche Neuroleptika vor allem bei Menschen mit einer Alzheimerdemenz (F00 und G30) verordnet werden (siehe Tabelle 6). Die Tabelle zeigt auch, dass die jeweiligen prozentualen Verordnungsanteile über die Jahre 2017 bis 2019 bei den Diagnosen relativ konstant bleiben. Gerade auch bei den Diagnosen F00 und G30, die sich auf die Alzheimer-Krankheit beziehen, zeigt sich, dass nahezu gleiche prozentuale Anteile von Neuroleptika und Antidementiva verordnet werden – letztere sind ohne Frage einen therapeutischen Versuch wert, erstere schaden mehr als sie nutzen.

Tabelle 5: Verordnungen von Arzneimitteln in ausgewählten Gruppen nach Anzahl der Versicherten mit Demenz je Jahr (Mehrfachzählungen möglich)

Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	2017	2018	2019
	Ohne Verordnung der ausgewählten Gruppen	22,9%	22,6%	21,3%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	51,7%	51,4%	52,8%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	32,4%	33,4%	34,4%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	11,0%	10,2%	10,6%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	3,3%	3,8%	3,8%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Memantin u. a.	20,6%	21,0%	22,3%

Tabelle 6: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneiverordnungen nach Demenz-Diagnosen pro Jahr (Mehrfachzählungen möglich)

2017						
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	F00	F01	F02	F03	G30
	Ohne Verordnung der ausgewählten Gruppen	12,7%	21,4%	21,3%	22,6%	10,9%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	47,7%	55,2%	40,6%	50,7%	48,3%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	44,6%	35,3%	41,9%	34,6%	45,7%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	13,4%	11,2%	16,1%	11,4%	13,5%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	3,7%	3,0%	3,2%	3,1%	3,5%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	45,1%	17,5%	22,6%	21,3%	48,1%
2018						
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	F00	F01	F02	F03	G30
	Ohne Verordnung der ausgewählten Gruppen	13,9%	21,6%	14,9%	22,4%	11,9%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	45,3%	53,3%	44,6%	50,5%	46,9%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	43,8%	35,6%	51,2%	35,5%	44,6%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	11,3%	9,9%	15,5%	10,7%	11,0%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	3,8%	3,5%	3,6%	3,8%	4,0%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	46,1%	17,5%	29,3%	21,8%	49,4%
2019						
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	F00	F01	F02	F03	G30
	Ohne Verordnung der ausgewählten Gruppen	12,3%	20,9%	14,7%	20,4%	11,5%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	46,5%	55,5%	47,4%	51,8%	47,9%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	42,7%	35,3%	49,5%	38,0%	43,9%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	10,0%	10,7%	18,4%	11,6%	9,9%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	4,3%	3,8%	3,2%	3,9%	3,6%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	51,9%	20,2%	25,8%	22,6%	54,3%

F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01: Vaskuläre Demenz, F02: Demenz bei andersorts klassifizierten Krankheiten, F03: nicht näher bezeichnete Demenz, G30: Alzheimer-Krankheit

Wegen der unerwünschten Folgen wird generell keine Indikation mehr für den Einsatz von Neuroleptika bei Demenzerkrankten gesehen (Schulze, 2011; Petersen 2017). Schließlich sind die Patientinnen und Patienten dem längst bekannten hohen Risiko erhöhter Mortalität ausgesetzt. Der Einsatz bei der Behandlung von psychotischer Symptomatik, Aggressivität und Agitation bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimerdemenz zeigte zudem, dass die atypischen Neuroleptika Olanzapin, Risperidon und Quetiapin hinsichtlich der Zielsymptomatik nicht überzeugend wirksam waren und verglichen mit Placebo häufiger aufgrund ihrer Nebenwirkungen abgesetzt werden mussten (Schneider et al., 2006). Außerdem ist zu bedenken, dass der Einsatz von Neuroleptika bei agitierten Demenzerkrankten möglicherweise auch zu einem rascheren Verfall der kognitiven Leistungsfähigkeit als beim Verzicht auf diese Mittel beitragen kann. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist eine umsichtige und gleichermaßen kritische sowie restriktive Verordnungspraxis von Neuroleptika bei demenzerkrankten Menschen dringend geboten.

Die Ursachen für die häufige Anwendung von Neuroleptika über lange Zeiten liegen u. a. in einem emotionalen Stressempfinden bei den Betreuungspersonen (überwiegend bei den Pflegenden), das von Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit und körperlicher Bedrohung gekennzeichnet ist (Höwler, 2010). Eine Strategie der Ruhigstellung durch Neuroleptika und Benzodiazepine modifiziert das Verhalten der Patientinnen und Patienten jedoch nur kurzfristig, da unerfüllte psychische und/oder physische Bedürfnisse der Betroffenen unbefriedigt bleiben. Menschen mit Demenz werden durch eine solche Therapie lediglich auf ihre Symptome reduziert, ihre Verhaltensbotschaften bleiben bei Ärztinnen und Ärzten/Pflegepersonal dagegen überwiegend unerkannt.

Um die Auswirkungen einer Gabe von Neuroleptika auf die Kognition von Demenzerkrankten abschließend beurteilen zu können, bedarf es weiterer und länger dauernder Untersuchungen. Grundsätzlich sollte die Anwendung psychotroper Arzneimittel mit anticholinergem Wirkung vermieden werden (DGN & DGPPN, 2016), weil der bei Demenzerkrankungen immanente Mangel an Acetylcholin zur Minderung kognitiver Funktion führt und durch Arzneimittel mit einer anticholinergen Wirkung weiter ausgebaut wird.

Die Verordnung von Neuroleptika bei neuerkrankten (inzidenten) Demenzpatientinnen und -patienten im Jahr der Neuerkrankung im Vergleich zu einer gematchten Kontrollpopulation ohne eine Demenzerkrankung wurde in einer Studie mit Routinedaten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz der beschriebenen Gefährdung der Patientinnen und Patienten bei der Anwendung der Mittel die Verordnungsprävalenzen bei den Demenzerkrankten in den Jahren 2005 und 2006 vergleichsweise hoch ausfallen.

Auffällig war außerdem, dass die Neuerkrankten ca. sechsmal häufiger ein Neuroleptikum erhalten hatten als die Kontrollpopulation (25 % versus 4 %). Dabei stieg die Versorgungsprävalenz mit dem Alter und der Zunahme der Schwere der Pflegebedürftigkeit deutlich an. Dieser Vergleich macht deutlich, dass Demenzerkrankte deutlich prädisponiert sind, ein Neuroleptikum zu erhalten (Schulze, 2011).

Neben den Neuroleptika sind es auch andere Psychopharmaka, die bei älteren Menschen mit Demenz erhebliche unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen auslösen können. Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel verschlechtern ebenfalls die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen und bringen sie zusätzlich wegen der Sturzneigung und der damit zusammenhängenden z. T. schwer heilenden Brüche in Gefahr.

Das am häufigsten verordnete Benzodiazepin-Derivat ist der Wirkstoff Lorazepam (z. B. in Tavor®). Die weiteren Mittel wie Diazepam (z. B. in Valium®), Oxazepam (z. B. in Adumbran®) oder Bromazepam (z. B. in Lexotanil®) gehören wie Lorazepam in die Gruppe der Tranquilizer, der Wirkstoff Temazepam (z. B. in Remestan®) zu den Schlafmitteln. Insgesamt, so zeigt es die Tabelle 7, werden diese Mittel zwischen 0,2 % und 7 % an Menschen mit Demenz verordnet, zusätzlich auch als Schlafmittel die sogenannten Z-Drugs (Wirkstoffe Zolpidem und Zopiclon). Insgesamt lässt sich aus diesen Analysen die Aussage ableiten, dass fast 2/3 aller Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerdemenz beruhigende Arzneimittel verordnet bekommen und dass demgegenüber die Antidementiva trotz einer vorsichtig positiven Bewertung deutlich seltener angewendet werden.

Bei den Verordnungsmengen für Benzodiazepine muss zudem berücksichtigt werden, dass mittlerweile etwa die Hälfte von Arzneimitteln aus dieser Gruppe auf Privatrezept verordnet und gar nicht mehr in den Arzneimitteldaten der gesetzlichen Krankenkassen dokumentiert wird – gerade bei dieser Arzneimittelgruppe ist daher zu vermuten, dass die Fehlversorgung noch deutlich höher ausfällt als hier dargestellt (Glaeske, 2019).

Tabelle 7: Verordnungsgeschehen der Top-Benzodiazepin-ATC-Codes nach Jahr und prozentualen Anteilen der hkk-Versicherten mit Demenz je Jahr (Mehrfachzählungen möglich)

Wirkstoffgruppe	ATC-Code	2017	2018	2019
Diazepam	N05BA01	1,8%	1,5%	1,8%
Oxazepam	N05BA04	1,2%	1,4%	1,2%
Lorazepam	N05BA06	7,0%	6,6%	6,8%
Bromazepam	N05BA08	0,6%	0,6%	0,5%
Temazepam	N05CD07	0,3%	0,2%	0,3%

3.3.2 Verordnungen – nach Mengen und Kosten

Die bisherigen Auswertungen schließen alle Patientinnen und Patienten mit Demenz ein, die zumindest einmal in jeweils ausgewiesenen Jahr ein Arzneimittel aus der jeweiligen Gruppe verordnet bekommen haben. In einer weiterführenden Analyse, die auch die Menge nach Einheiten (Packungen) und Tagesdosierungen (DDD) berücksichtigt, verschiebt sich das Ergebnis der in Tabelle 8 dargestellten Verhältnisse. Danach stehen zwar nach wie vor die Mittel gegen hohen Blutdruck an erster Stelle der Tagesdosierungen (1,12 Mio.). Es folgen dann aber die Antidementiva mit insgesamt 202 Tsd. DDD (rein rechnerisch ausreichend für eine adäquate Therapie von etwa 550 Patientinnen und Patienten über ein Jahr), danach die Neuroleptika mit 98 Tsd. DDD (rein rechnerisch ausreichend für eine adäquate Behandlung von etwa 275 Patientinnen und Patienten). Die Ergebnisse legen nahe, dass Antidementiva offenbar über längere Zeiträume verordnet werden als Neuroleptika, was durchaus bei aller verbleibenden Kritik an der Verordnung von Neuroleptika positiv gewertet werden kann. Die Benzodiazepine (28 Tsd. DDD) und Z-Drugs (11 Tsd. DDD) fallen dagegen in den verordneten Mengen deutlich ab. Die Ausgaben für Neuroleptika und Antidementiva sind im Übrigen sehr ähnlich und liegen im Jahr bei etwa 190.000 €.

Tabelle 8: Überblick über die Verordnungsmengen und die Ausgaben für ausgewählte Arzneimittelgruppen nach ATC-Codes im Jahr 2019

Wirkstoffgruppe	ATC-Code	Summe Einheiten	Summe Betrag in Euro	Summe DDD
Neuroleptika	N05A000	8.101	189.093,40	98.386,6
Benzodiazepine	N05BA00, N05CD00	1.626	23.175,00	27.752,0
Z-Substanzen	N05CF01, N05CF02	641	9.445,20	11.390,0
Antidementiva	N06DA02	1.019	39.480,30	98.392,1
	N06DA03	918	88.396,40	41.496,7
	N06DA04	129	6.954,30	8.424,0
	N06DX01	763	54.330,70	53.723,5
Antihypertensiva	C090000	7.226	156.100,50	1.121.775,7

3.3.3 Wer diagnostiziert und verordnet?

Die Auswertungen der hkk-Daten zeigen, dass der größte Anteil der Demenz-Diagnosen von Hausärztinnen und -ärzten und Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern gestellt wird. Dies ist auch deshalb nicht erstaunlich, weil für viele Menschen die hausärztliche Versorgung die erste Anlaufstelle beim Kontakt mit dem medizinischen Versorgungssystem darstellt. Dieser Eindruck bleibt auch über die Jahre 2017 bis 2019 stabil, beispielhaft werden daher die Daten für das Jahr 2019 in Abbildung 7 dargestellt.

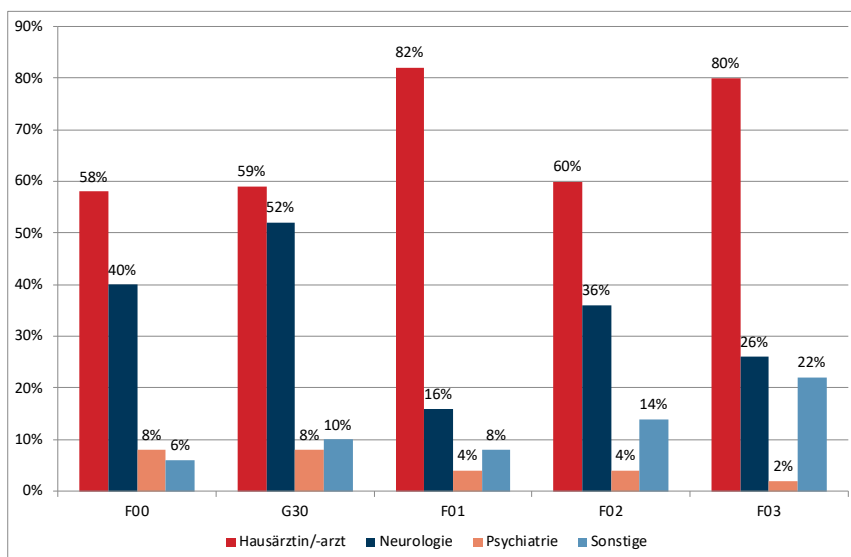


Abbildung 7: Anteil der Versicherten mit einer bestimmten Diagnose im Jahr 2019 nach Diagnosesteller (Mehrfachzählungen einer Person möglich)

Es zeigen sich aber deutliche und auch nachvollziehbare Unterschiede bei den Diagnosegruppen der Demenzen. So bleiben die Hausärztinnen und -ärzte zwar bei allen Diagnosen F00 „Demenz bei Alzheimerkrankheit“, F01 „Vaskuläre Demenz“, F02 „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“, F03 „Nicht näher bezeichnete Demenz“ und bei G30 „Alzheimer-Krankheit“ führend – mit einem Anteil zwischen 40 bis 52 % bei den Diagnosen F00 und G30 sind jedoch auch Neurologinnen und Neurologen zu einem annähernd gleichen Anteil an der Diagnosestel-

lung beteiligt. Dies ist auch nachvollziehbar und medizinisch sinnvoll – gerade bei der Alzheimerdemenz sollten Hausärztinnen und -ärzte und neurologisch kompetente Fachärztinnen und -ärzte gemeinsam die Erkrankten betreuen und behandeln, damit das dementielle Syndrom in möglichst allen Facetten erkannt und behandelt werden kann. Das bedeutet aber auch, dass Versicherte einen ausreichenden Zugang zu Neurologinnen und Neurologen haben müssen, damit diese Fachgruppe frühzeitig in den Behandlungsprozess einbezogen werden kann (so sind in Bremen z. B. 370 Ärztinnen und Ärzte hausärztlich und 48 neurologisch tätig). Psychiaterinnen und Psychiater und Angehörige sonstiger Arztgruppen werden dagegen bei der Diagnosestellung wenig in Anspruch genommen.

Bei den Verordnungen der jeweiligen Arzneimittel zeigen sich ähnliche Verteilungsmuster (Tabelle 9). So sind die Hausärztinnen und -ärzte die Arztgruppe, die am häufigsten Antihypertensiva, Neuroleptika, Benzodiazepine und Z-Drugs verordnen. Nur bei den Antidementiva ist der Verordnungsanteil der neurologisch tätigen Fachärzteschaft deutlich höher, hier reichen die Anteile von 58 bis 69 %. Der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte liegt z. B. im Jahr 2019 bei 40 bis 51 % (die Prozentangaben beziehen Mehrfachnennungen der jeweiligen Arzneimittelcodes mit ein). Diese Verteilung entspricht wiederum der Kompetenz der jeweiligen Fachgruppe – der Verordnung von Antidementiva sollte eine adäquate und ausreichend gesicherte Diagnose einer Alzheimerdemenz vorausgegangen sein. Irritierend wirkt allerdings der hohe hausärztliche und neurologische Verordnungsanteil bei den Neuroleptika. Hier sollten die bekannten unerwünschten Wirkungen stärker berücksichtigt werden.

Tabelle 9: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach verordnenden fachärztlichen Berufsgruppen im Jahr 2019

Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	Hausärztin/ -arzt	Neurologie	Psychiatrie	Sonstige
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	99,0%	0,1%	0,0%	3,2%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	70,3%	41,9%	8,9%	7,7%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	70,3%	27,0%	7,3%	9,3%
	Temazepam	75,0%	21,9%	0,0%	9,4%
Z-Substanzen	Zopiclon	59,6%	28,4%	16,5%	9,2%
	Zolpidem	66,7%	12,5%	4,2%	25,0%
Antidementiva	Donepezil	40,2%	68,7%	7,7%	4,0%
	Rivastigmin	47,1%	58,3%	9,7%	10,2%
	Galantamin	45,5%	66,7%	9,1%	0,0%
	Memantin	51,1%	58,6%	6,2%	7,5%

Wie schon in Tabelle 6 auf Seite 38 gezeigt werden konnte, lässt sich die Arzneimittelversorgung für Menschen mit Demenz am ehesten mit dem Begriff der "Fehlversorgung" charakterisieren: Unterschiedliche Psychopharmaka und Schlafmittel, vor allem Neuroleptika und Benzodiazepine, aber auch Schlafmittel aus der Gruppe der Z-Drugs werden zusammengenommen deutlich häufiger verordnet als Arzneimittel, die bei Demenz zumindest versuchsweise eingesetzt werden sollten, um das Fortschreiten dieser Krankheit zu verlangsamen. Bei den Verordnungsmengen für Benzodiazepine muss zudem berücksichtigt werden, dass in der Zwischenzeit etwa die Hälfte von Arzneimitteln aus dieser Gruppe auf Privatrezept verordnet und nicht in den Arzneimitteldaten der gesetzlichen Krankenkassen dokumentiert wird – gerade bei dieser Arzneimittelgruppe ist zu vermuten, dass die Fehlversorgung noch deutlich höher ausfällt (Glaeske, 2019). Da in vielen Studien gezeigt werden konnte, dass durch eine dauerhafte Verordnung der genannten Psychopharmaka die kognitiven Fähigkeiten der Menschen, die bereits unter einer Alzheimerdemenz leiden, weiter beeinträchtigt werden und ihnen sogar geschadet wird, ist eine solch dominierende Arzneimitteltherapie nicht vertretbar und sollte dringend verändert werden: Fehlversorgung mit Psychopharmaka und tendenzielle Unterversorgung mit Antidementiva ist kein adäquates Therapiekonzept für Menschen mit einer Alzheimerdemenz.

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass einer ohnehin stark morbiditätsbelasteten Patientengruppe Arzneimittel verordnet werden, die ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen, deren Wirksamkeit zum Teil nicht belegt ist oder nur moderat ausfällt, deren Folgen auf die Kognition nicht gänzlich geklärt sind und deren Auswirkungen bei einer Langzeitgabe nicht hinlänglich bekannt sind. Viele dieser Mittel werden also „off-label“ (außerhalb der zugelassenen Indikation) eingesetzt. Umso wichtiger ist es, Demenzerkrankte erst dann mit Neuroleptika zu behandeln, wenn alle nicht-medikamentösen Maßnahmen nicht ausreichend wirken. Die Behandlung sollte dann nur über einen kurzen Zeitraum, in geringen Dosen und unbedingt unter stetiger Wirksamkeits- und Verträglichkeitskontrolle erfolgen.

3.3.4 Statt chemischer Ruhigstellung älterer Menschen besser aktivierende Pflege

Bisher liegen nur vereinzelt Untersuchungsergebnisse über die Ursachen eines „herausfordernden Verhaltens“ und zu möglichen Lösungsstrategien für den Umgang mit solchen Patientinnen und Patienten vor. So hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits 2006 „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege“ herausgegeben, die im Konsensverfahren mit Expertinnen und Experten erstellt worden sind (Bartholomyczik et al., 2006). Sie wurden anschließend im Rahmen einer qualitativen Untersuchung auf der Interaktionsebene erweitert (Höwler, 2010). In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass emotionaler Stress von Pflegenden, bedingt durch mangelnde psychosoziale Kompetenzen oder auch institutionelle Rahmenbedingungen, starke Bedürfniskonflikte in der Betreuung von Personen mit Demenz hervorrufen können. Dabei unterscheiden die Forscher internale und institutionelle Faktoren, die diesen emotionalen Stress beeinflussen können:

- Als internale Faktoren bzw. psychosoziale Kompetenzen können u. a. eine ausgeglichene Persönlichkeit, Lebenserfahrung, private und emotionale Belastungen, positive oder negative Einstellungen gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie fachliche Kompetenz angesprochen werden.
- Als institutionelle Faktoren gelten hingegen weitergebildete Teamkolleginnen und -kollegen, eine ausreichende Personalbesetzung und mehr Pflegezeit (Höwler, 2010).

In einer Vorab-Kurzbefragung zu dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass die Hälfte der Befragten in ihrer Erstausbildung nichts über das Thema Demenz erfahren hatte. In der Fachweiterbildung sind es nur 25 % der Pflegenden, die das Thema ausreichend bearbeiteten. Dabei ist anzumerken, dass ein großer Teil der Pflegenden, nämlich etwa 42 %, mehrmals am Tag mit dem Phänomen „herausforderndes Verhalten“ konfrontiert ist.

In Reaktion auf die internalen Faktoren werden „innere“ problemorientierte Lösungsstrategien beschrieben (wie z. B. eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit zwischen den betreuenden Personen und den Betroffenen), „äußere“ problemorientierte Lösungsstrategien beziehen sich z. B. auf eine veränderte Umgebung. Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass Pflegende durch routiniertes Handeln unter Zeitdruck, durch mangelnde interaktive Fähigkeiten und durch die Demonstration von Macht dem „herausfordernden Verhalten“ nicht angemessen begegnen und dieses nicht kontrollieren können. Ein in dem Zusammenhang entwickeltes Erklärungsmodell zum interaktiven Verhalten von Pflegenden sollte in weiteren Studien getestet werden. Daneben ist es wichtig, grundsätzlich die psychosoziale Kompetenz der Pflegenden mit Blick auf die Wissens-, Wahrnehmungs- und Verhaltensebene durch Pädagoginnen und Pädagogen innerhalb der schulischen Ausbildung sowie in den Weiterbildungen zu fördern (Höwler, 2010).

In einem weiteren Projekt an der Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg (Berg et al., 2010) wird nach wirksamen Strategien eines kommunikativen Zugangs zu demenziell erkrankten und kognitiv eingeschränkten Personen geforscht. Hierbei handelt es sich um eine kontrollierte Interventionsstudie, welche die Anwendung von strukturierter Biographiearbeit, 10-Minuten-Aktivierung und „Snoezelen“ bei demenzkranken Heimbewohnerinnen und -bewohnern untersucht. Unter Snoezelen (sprich: „snuzelen“) – eine von zwei Zivildienstleistenden in den Niederlanden 1978 zusammengestellte Phantasieschöpfung aus den beiden Wörtern „snuffelen“ (kuscheln) und „doezelen“ (dösen, schlummern) – versteht man das Liegen oder Sitzen umgeben von warmen Lichtern und leiser Musik in einem angenehm temperierten und gemütlich dekorierten Raum. Für die in der Studie angewendeten Interventionen liegt nach Ansicht der Autorinnen und Autoren bereits eine ausreichende Evidenz vor.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) hat im November 2009 eine Grundsatzstellungnahme zur „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ herausgegeben. Diese Stellungnahme wurde von einem Projektteam der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) der Gemeinschaft des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen unter Beteiligung des MDS und des Kompetenz-Zentrums Geriatrie

erarbeitet (MDS, 2009). In dieser werden evidenzbasierte, professionelle Ansätze für Betreuungspersonen von demenzkranken Personen vorgestellt. Dazu gehören auch rechtliche und ethische Aspekte, Assessmentinstrumente sowie methodische und konzeptionelle Ansätze wie z. B. Validierung, basale Stimulation, das psychobiographische Modell nach Böhm (Böhm, 1999) oder die entsprechende Leitlinie des NICE.

In diesem Zusammenhang muss ein weiterer aktueller Befund erwähnt werden, der die ganze Problematik des Pflegeaufwands von Demenzkranken verdeutlicht: So werden in vielen amerikanischen Pflegeheimen und Krankenhäusern Demenzpatientinnen und -patienten Magensonden gelegt, um Zeit zu sparen und Komplikationen zu vermeiden, die z. B. als Aspirations-Pneumonie vorkommen können, falls Nahrungsbestandteile beim Essen anreichen eingeatmet werden (Teno et al., 2010). Die „Anwendungsbreite“ ist sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt bekamen 6 bis 7 % eine Sonde, in manchen Kliniken waren keine Patientinnen und Patienten betroffen, in anderen bis zu 38 %. Für die Pflege mögen die Magensonden eine Erleichterung darstellen, für die Demenzpatientinnen und -patienten haben sie dagegen keine Vorteile. Sie sind eher ein Signal dafür, dass sie ihre Selbständigkeit nun endgültig verloren haben. Hoffen wir, dass dieser amerikanische Trend nicht auch in unsere Pflegeheime und Krankenhäuser Einzug hält.

Aufgrund der steigenden Anforderungen an die fachlichen, psychosozialen und menschlichen Kompetenzen der Betreuenden und Pflegenden, die Tag für Tag mit demenziell erkrankten Menschen umgehen, müssen neue Therapiekonzepte Anwendung finden, um die Versorgungsqualität für die Betroffenen zu verbessern sowie die Arbeit der Betreuenden und Pflegenden zu erleichtern und befriedigender zu gestalten. Die Anwendung von Leitlinien sowie der Ausbau von verstärkter interdisziplinärer Zusammenarbeit (d. h. die Nutzung der förderlichen Ressourcen aller Mitglieder des Behandlungsteams) sollten deutlich mehr als bisher berücksichtigt werden. Eine solche kompetente und aktivierende Pflege auf Basis ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen wird auf Dauer dazu führen, dass die Behandlung – insbesondere mit ruhigstellenden Arzneimitteln – wenn schon nicht ganz verhindert, dann schon erkennbar verringert werden kann. Dies wäre äußerst wünschenswert, denn diese Mittel schränken die kognitiven Fähigkeiten der an Demenz erkrankten Menschen noch stärker ein und beschleunigen damit die Progredienz der Erkrankung.

Als Alternative zur pharmakologischen Therapie haben Fossey, Kolleginnen und Kollegen (2006) den Einfluss einer gesteigerten psychosozialen Betreuung auf die Verordnungsprävalenz bei Demenzerkrankten in Heimen untersucht. In ihrer cluster-randomisierten Studie konnten sie zeigen, dass nach zwölf Monaten Betreuung

eine Reduktion der Verordnungen in der Interventionsgruppe um fast 20 % erzielt werden konnte. Dieses Ergebnis sollte eine Diskussion darüber anstoßen, welche Qualifikationen die an der Versorgung von Demenzerkrankten Beteiligten aufweisen sollten, um eine effiziente, effektive, altersgerechte und verträgliche Versorgung zu ermöglichen, genauso aber auch darüber, welche Hilfestellung die im System Tätigen benötigen, um den Anforderungen an ein würdevolles Altern auch mit Demenz gerecht werden zu können.

Frühzeitige aktivierende Pflege und konsequent angewendete Rehabilitation könnten viele dieser pharmakologischen „Hilfsmittel“ überflüssig machen, den Menschen mit Demenz wäre auf diese Weise oftmals mehr geholfen. Dass dies zu wenig geschieht, liegt auch an der mangelnden Koordination und Integration der Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung – diese Schnittstellenprobleme wirken sich noch immer zu Lasten der Menschen mit Demenz aus. Veränderungen sind dringend erforderlich, um die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern.

3.3.5 Erhöhtes Demenzrisiko durch Arzneimittel?

Mit zahlreichen häufig verordneten Arzneimitteln sind Probleme in Bezug auf Demenz verbunden: Laut einer kanadisch-französischen Studie aus dem Jahre 2014 (Billioti de Gage et al., 2014) könnte sich bei älteren Menschen nach einer mehr als dreimonatigen Therapie mit Benzodiazepinen ein erhöhtes Risiko für Alzheimerdemenz entwickeln. Dies wurde im Rahmen einer retrospektiven Fall-Kontrollstudie mit rund 120.000 kanadischen Senioren ermittelt. Es ergibt sich ein um bis zu 51 % erhöhtes relatives Risiko für die Entstehung einer Demenz. Da Symptome wie Schlafstörungen oder Ängstlichkeit den Beginn einer Demenz oftmals begleiten, ist die Verordnung von Benzodiazepinen (Tavor®, Diazepam-Generika, Lendormin® u. v. a.) als angstlösende oder schlaffördernde Mittel durchaus gängig. Zwei Jahre später wurde eine amerikanische Studie publiziert (Gray et al., 2016), die zu dem Schluss kam, dass allenfalls eine leichte Erhöhung des Risikos vorliege. Dennoch wiesen die Ergebnisse in eine ähnliche Richtung: Bei 23,2 % (797) der Studienteilnehmenden kommt es in einem Zeitraum von 7,3 Jahren zu einer Demenz, bei 637 Teilnehmenden ist es eine vom Alzheimer-Typ. Diese Verordnungs- und Demenzdaten könnten jedoch auch auf die Behandlung der erwähnten Frühsymptome zurückgehen, weil, so das Resümee der Studie, bei den Senioren mit dem höchsten Konsum von Benzodiazepinen nicht mehr Demenzen als ohne diese Mittel vorkamen. Die Studie zeigte sogar eine eher niedrigere Alzheimer-Rate als in der Gruppe ohne Benzodiazepine. Dies führte dann zu der gewagten These (die in der Studie nicht untersucht worden war), Benzodiazepine könnten möglicherweise sogar ein Schutzfaktor gegen Demenz und den kognitiven Verfall sein. Allerdings kann Alzheimer nur nach dem Tod oder mittels spezifischer Bildgebung eindeutig diagnostiziert werden, letzteres sei aber bei einer so großen Kohorte gar nicht möglich, meinten Kritikerinnen und Kritiker (DAZ, 2016). Die fehlende Differenzierung stellt in den Augen der Expertinnen und Experten unter anderem deswegen eine Einschränkung dar, weil beispielsweise vaskuläre Demenzen im Gegensatz zur Alzheimerdemenz erfolgreich behandelbar sind. Zudem hätten die einbezogenen Benzodiazepin-Dosierungen nicht den internationalen Standards entsprochen und es seien keine Todesfälle berücksichtigt worden. Wenn alle methodischen Einschränkungen miteinbezogen würden, ergäbe sich auch hier ein ähnliches hohes Risiko wie in der kanadischen Studie aus dem Jahre 2014. Vorsicht und Zurückhaltung sind also angebracht, wenn es um die Verordnung von Benzodiazepinen bei älteren Menschen geht – übrigens nicht nur wegen eines möglicherweise erhöhten Demenzrisikos, sondern auch wegen des erhöhten Risikos für Stürze, Frakturen und Unfälle, die oftmals zur Pflegebedürftigkeit führen. Rund 1,2 Mio. gesetzlich Versicherte über 65 Jahre bekommen zudem wegen einer bestehenden Abhängigkeit von Benzodiazepinen täglich solche Mittel verordnet, zwei Drittel davon sind Frauen (Glaeske, 2019).

Neben den Benzodiazepinen ist aktuell ein weiterer viel gebrauchter Wirkstoff in die Demenz-Diskussion geraten, nämlich das Tamsulosin (z. B. Alna® oder Tamsulosin-Generika), das Männern mit einer gutartigen Prostatavergrößerung häufig verschrieben wird. Hier legte eine retrospektive Kohortenstudie (Duan et al., 2018) den Verdacht für ein erhöhtes Demenzrisiko im Zusammenhang mit der Einnahme dieses Prostatamittels nah. Die Daten zeigten ein um rund 20 % erhöhtes Risiko gegenüber Männern mit den gleichen Beschwerden ohne eine Tamsulosin-Therapie, aber auch deutlich höhere Risiken gegenüber der Einnahme anderer häufig angewendeter Prostatamittel. Tamsulosin ist der in Deutschland bei einer gutartig vergrößerten Prostata mit Abstand am häufigsten verordnete Wirkstoff (Schwabe et al., 2017). Die verschriebenen Mengen reichen für die jährliche dauerhafte Behandlung von einer Million Männern aus, typischerweise im Alter über 50 Jahre. Da mit dem Alter aber auch das Demenzrisiko ansteigt, könnte die Einnahme von Tamsulosin dieses Risiko weiter erhöhen. Es sollten daher – wie auch bei den Benzodiazepinen – weitere Studien durchgeführt werden, die diesem Verdacht nachgehen, und Alternativen für die Behandlung in Betracht gezogen werden, die mit möglichst wenigen Risiken für die Erhöhung anderer Erkrankungshäufigkeiten verbunden sind.

3.3.6 Weitere Aspekte der medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz

Die Versorgung von Demenzerkrankten steht vor großen Herausforderungen. Die DGPPN sieht Demenzerkrankte medizinisch schlecht versorgt: Entstehen pflegerische Bedarfe, so sei dies häufig auf eine inadäquate medizinische Betreuung und Versorgung zurückzuführen (Osterloh, 2014). Die medizinische Versorgungssituation richtig einzuschätzen, verlangt allerdings aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit eine besondere Kompetenz der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Begleiterkrankungen und -symptome werden häufig nicht rechtzeitig erkannt und behandelt. Grundsätzlich sehen Studien Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Demenzerkrankten mit Antidementiva, in der medikamentösen Therapie nicht-kognitiver Symptome sowie allgemein in der fachärztlichen und gerontopsychiatrischen Versorgung. So zeigt sich, dass das Vorhandensein einer formalen Diagnose die Chance, ein Antidementivum zu erhalten, erhöht (Wucherer et al., 2015; Eichler et al., 2014). Bevor die Arzneimitteltherapie überdacht werden muss, sollte folglich zunächst der Diagnostik erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Weiterhin hat der Einbezug von neurologisch-psychiatrischen Fachärzten einen positiven Einfluss auf die Antidementivagabe, z. B. durch geringere Abbruchraten (Bohlken et al., 2015; Köhler et al., 2014; Hoffmann et al., 2011).

Die Delphi-MV-Studie von Wucherer, Kolleginnen und Kollegen (2015), eine bevölkerungsbasierte, cluster-randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie im hausärztlichen Bereich zur Optimierung der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern, hatte zum vorrangigen Ziel die Verbesserung der Frühdiagnostik der Demenz. Es wurden nur Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die mindestens 70 Jahre alt sind, zu Hause versorgt werden und anhand des kognitiven DemTect-Verfahrens positiv auf Demenz getestet wurden. Datengrundlage sind Krankenakten, ein Review der aktuellen Medikation im häuslichen Setting sowie verschiedene Assessments. Die Autorengruppe kommt zu folgenden Ordnungsangaben: Von den 243 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten erhalten 72 (29,6 %) Antidementiva. Davon sind 55,5 % AChE-Is und 44,1 % Memantin. Von den Teilnehmenden, die Antidementiva erhalten, haben 62,5 % (n=45) eine formale Demenzdiagnose. Von letzteren erhalten 46,4 % Antidementiva. Die höchste Ordnungsprävalenz zeigen Demenzerkrankte mit einer Alzheimerdemenz auf. Auch diese Studie bestätigt, dass Patientinnen und Patienten mit einer formalen Diagnose eine höhere, hier 1,8-fache Chance haben, ein Antidementivum zu erhalten, im Vergleich zu denen ohne formale Diagnose. Mit der Schwere der kognitiven Einschränkung erhöht sich ebenso die Chance auf die Verordnung von Antidementiva, so die Autorinnen und Autoren weiter.

Michalowsky, Kolleginnen und Kollegen (2014) haben im Rahmen der Delphi-MV-Studie die ökonomische Seite der Arzneimitteltherapie von Demenzerkrankten im ambulanten Setting näher untersucht, da die Demenzerkrankung unter Einbeziehung formaler Pflegekosten zu den teuersten Erkrankungen des höheren Lebensalters gehört und nur wenige Primärstudien zu den Kosten der Demenz existieren. Die Analyse von 205 positiv auf Demenz getesteten ambulant versorgten Patientinnen und Patienten und deren Arzneimittelinnahme zeigt, dass mit zunehmender Schwere der Erkrankung die Arzneimittelkosten steigen – bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl der Arzneimittel. Relevante Faktoren, die die Höhe der Arzneimittelkosten beeinflussen, sind in der Studie von Michalowsky, Kolleginnen und Kollegen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) und die Anzahl zusätzlicher Diagnosen. 60 % der Arzneimittelkosten entfallen auf Antidementiva, wobei der Einsatz von Antidementiva-Generika die Kosten um bis zu 30 % senken kann, so die Autorinnen und Autoren. Auffällig ist, dass auch mit zunehmendem Alter die Arzneimittelkosten sinken, genauso wie die Anzahl eingenommener Mittel, bei gleichzeitig hoher Anzahl weiterer Diagnosen (Mittelwert: 9,24). Die Autorinnen und Autoren regen an, in weiterführenden Analysen zu untersuchen, ob hier eine Unterversorgung bzw. eine inadäquate Arzneimittelversorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten erfolgt.

Neben den Antidementiva werden auch andere Arzneimittel bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Über die Probleme bei der Anwendung von Neuroleptika wurde bereits ausführlich berichtet. Dennoch sind auch andere Aspekte zu berücksichtigen:

Außer den typischen kognitiven Symptomen treten im Rahmen einer Alzheimerdemenzkrankung die nicht-kognitiven Verhaltenssymptome wie agitiertes Verhalten, Schlafstörungen, Depressionen, Aggressivität oder auch psychotische Symptome wie Halluzinationen und Wahn auf (DGPPN, 2016). Grundlage sind die krankheitsbedingt veränderten Hirnstrukturen, die zu einem veränderten Erleben führen sowie zur Unfähigkeit, das Erlebte einzuordnen. Auch eine ungünstige Kommunikationsform oder Schmerzen können das Auftreten der beschriebenen Verhaltenssymptome fördern. Die Symptome variieren in Dauer, Intensität und Häufigkeit und betreffen bis zu 80 % aller Demenzerkrankten im Laufe ihrer Krankheit (Lyketsos et al., 2002). In der Therapie wird zunächst versucht, die auslösenden Faktoren zu identifizieren und zu modifizieren. Es stehen eine Reihe nicht-pharmakologischer Verfahren, z. B. individuell aktivierende oder beruhigende pflegerische Maßnahmen zur Verfügung. Zeigt ihr Einsatz nicht die gewünschte Wirkung, können auch pharmakologische Mittel eingesetzt werden. Allerdings ist eine erhöhte Sorgfalt und Vorsicht beim Einsatz psychotroper Mittel im höheren Lebensalter bei Menschen mit Demenz geboten. Mittel mit einer anticholinergen Wirkung (z. B. Atropin, Biperiden, Oxybutynin, Scopolamin, Tiotropium, Tolterodin u. a.) können die ohnehin eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten weiter mindern und sollten daher nicht angewendet werden. Genauso können sich sedierende Wirkstoffe (z. B. Benzodiazepine, Z-Drugs u. a.) negativ auf die Kognition auswirken, außerdem erhöhen sie die Sturzgefahr (DGPPN, 2016). Halluzinationen oder Wahn, agitiertes Verhalten oder Aggressivität sind ein Haupteinweisungsgrund für die Aufnahme in ein Pflegeheim (Cepoiu-Martin et al., 2016).

Eine längerfristige Behandlung mit Neuroleptika ist allerdings problematisch. Studien konnten zeigen, dass ihr Einsatz bei Demenzerkrankten mit einem erhöhten Risiko für Mortalität und zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert ist, dass sich der kognitive Abbau beschleunigt, aber dass nur wenige Wirkstoffe auf einzelne Symptome nachweislich wirken (DGPPN, 2016). Die Neuroleptikagabe bei Demenzerkrankten ist leider weit verbreitet (Eichler et al., 2015; de Mauleon et al., 2014; Huber et al., 2012), trotz Strategien, die zu ihrer Reduktion beitragen sollen (Declercq et al., 2013; Rapp et al., 2013). Analysen der Verwaltungsdaten in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie aktuell im vorliegenden Report der hkk, zeigen, dass die Behandlung mit Neuroleptika bei Menschen mit einer Alzheimerdemenz nach wie vor ein kritisches Ausmaß zeigt (Schulze et al., 2013a; Jacobs et al., 2018). Rund ein Drittel der Demenzerkrankten erhielt demnach mindestens

eine Neuroleptikaverordnung pro Jahr, in anderen Untersuchungen sind es sogar 41 %, die pro Quartal zumindest einmal ein Antipsychotikum und dann auf Dauer verordnet bekommen (Jacobs et al., 2018). Der große Anteil dauerhafter Verordnungen steht aber nicht in Übereinstimmung mit den eingeschränkten Indikationen „agitiertes und aggressives Verhalten mit dem Risiko der Eigen- und Fremdgefährdung“ und der empfohlenen Behandlungsdauer von maximal sechs Wochen. Diese Verordnungsweise von Neuroleptika bei demenziell Erkrankten verstößt daher eindeutig gegen medizinische Leitlinien. Die Warnungen internationaler Arzneimittelbehörden sowie der Hersteller haben demnach bisher nicht das Gesamtverordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte verändern können. Dies geht zu Lasten und zum Nachteil der Betroffenen, möglicherweise aber zum Vorteil der Pflegeeinrichtungen, die mit weniger Pflegepersonal auskommen, wenn die Demenzerkrankten mit Arzneimitteln beruhigt „aufbewahrt“ werden können („Saubere, satt und ruhig!“). Die neuen Erkenntnisse zum Einsatz von Neuroleptika im Rahmen einer Demenzerkrankung sowie die „Rote-Hand-Briefe“ und Warnhinweise der europäischen Arzneimittelagentur (EMA) spiegeln sich letztlich also nicht in einem veränderten Ordnungsverhalten wider. Die Warnungen vor einem 1,7-fach erhöhten relativen Risiko für eine Übersterblichkeit von Demenzerkrankten bei einer Behandlung mit Neuroleptika jedweder Art werden offenbar noch immer nicht ernst genug genommen (Schulze et al., 2013a).

Eine weitere Untersuchung zur Gabe von Neuroleptika hat gezeigt, dass Demenzerkrankte im Jahr der Inzidenz im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht gematchten Kontrollen deutlich häufiger Neuroleptika erhalten. Danach bekamen 25,4 % der Erkrankten im ersten Jahr mindestens eine Verordnung für Neuroleptika im Vergleich zu 4,3 % der nicht-dementen Kontrollen (Schulze et al., 2013b). Das am häufigsten verordnete Mittel sowohl bei den Dementen als auch bei den Kontrollen ist Melperon. Die Verordnungsprävalenzen sind im Pflegeheim mit 55,8 % im Vergleich zum ambulanten Setting mit 17,7 % für Demenzerkrankte deutlich höher. Ein Anstieg der Pflegestufe, weibliches Geschlecht, das Setting Pflegeheim und natürlich die Demenzerkrankung sind signifikante Faktoren, die eine Verordnung beeinflussen. Die Studie verdeutlicht das nach wie vor bestehende große Problem der Neuroleptikaverordnungen bei Demenzerkrankten.

4 Zur Pflegebedürftigkeit bei Demenz

Neben der medizinischen Versorgung von Demenzen und demenzassoziierten Erkrankungen sind die pflegerischen Leistungen von besonderer Bedeutung. Es zeigt sich nämlich, dass die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit in hoher Korrelation zu einem Pflege- und Hilfebedarf steht und inzwischen der wichtigste Grund für den Übergang in ein Pflegeheim geworden ist. Durchschnittlich sind 69 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner heute an einer Demenz (unabhängig von ihrer Ursache) erkrankt (Schäufele et al., 2007).

Insbesondere die Alzheimerdemenz stellt eine große Herausforderung für die Pflege dar. Derzeit sind 3,14 Mio. Bundesbürgerinnen und -bürger im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Viele von ihnen leben in einem der 14.480 Pflegeheime in Deutschland, viele werden auch Zuhause gepflegt. Noch bis vor wenigen Jahren lag dem Pflegeversicherungsgesetz ein somatisch verengter Pflegebegriff zugrunde, in dem Pflege auf die Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungs- und Funktionseinbußen reduziert wurde. Dieser benachteiligte Menschen mit anders gelagertem, etwa durch kognitive und soziale Funktionseinbußen verursachtem, Pflegebedarf – so vor allem demenziell und psychisch Erkrankte. Es wurde gefordert zu einer Erweiterung des verengten Pflegeverständnisses zu gelangen. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzter Beirat hat – basierend auf einer Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe – einen neuen Begriff und ein erweitertes Begutachtungsinstrument vorgelegt. Das Instrument vermeidet die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen. Es berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen: (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, sich kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen), (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens, (7) soziale Kontakte und (8) außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Das Ausmaß der Beeinträchtigung in diesen Bereichen wird in fünf Pflegegrade eingestuft (PSG II, 2015).

Im Rahmen einer Infratest-Heimerhebung im Jahr 2005 gaben 28 % der befragten Einrichtungen an, zur Betreuung demenzkranker Pflegebedürftiger mit segregativen Wohnkonzepten zu arbeiten. Hierbei werden die Bewohnerinnen und Bewohner in gesonderten, zum Teil mit spezifischer Ausstattung versehenen Bereichen versorgt. Überwiegend (53 %) weisen die Einrichtungen jedoch integrative Konzepte auf. 15 % verfügen über gemischte Angebote (Schneekloth, 2006). Darüber hinaus gelten schätzungsweise die Hälfte bis zwei Drittel aller Bewohnerinnen und Bewohner als psychisch krank, wobei es sich überwiegend um demenzielle Veränderungen handelt (BMFSFJ, 2006). Infolgedessen ist der Großteil der Heime inzwi-

schen zu Versorgungseinrichtungen für Demenzerkrankte geworden, in denen auch alte Menschen mit ausschließlich körperlichen Einbußen betreut werden (Bruder, 2002; Wingenfeld, 2008). Gerade die Situation der an Demenz erkrankten pflegebedürftigen Menschen hat letztlich zu einer Veränderung der früheren Klassifikation nach den drei Pflegestufen (Pflegestufen I, II, III) hin zu der Klassifikation in fünf Pflegegrade geführt. In der Vergangenheit wurde die Pflegebedürftigkeit insbesondere auf körperliche Beeinträchtigungen bezogen. Aufgrund der ständig und erkennbar steigenden Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen in unserer Gesellschaft längeren Lebens stand diese Einteilung in drei Pflegestufen in der Kritik. Die Politik und der Gesetzgeber mussten aktiv werden, denn demenzerkrankte Menschen sind im Frühstadium der Krankheit häufig körperlich kaum eingeschränkt, können dennoch ihren Alltag oftmals nicht ohne fremde Hilfe bewältigen. Pflegebedürftige mit unterschiedlichen Problem- und Bedarfslagen sind deshalb in früheren Jahren oft auf Schwierigkeiten gestoßen – so vor allem demenziell Erkrankte, chronisch progredient Erkrankte in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerstkranke und Sterbende, alte Menschen mit Behinderung, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung (Landtag NRW, 2005). Hier zu einer Veränderung zu gelangen und die qualitative Weiterentwicklung anzustoßen, gehörte daher zu den großen Herausforderungen in der ambulanten Pflege. Entsprechend vorausgesetzter Rahmenbedingungen könnte der ambulanten Pflege etwa bei der Versorgung demenziell Erkrankter eine zentrale Bedeutung zukommen. Gerade demenziell Erkrankte sind infolge von Begleitsymptomen der Krankheit wie Orientierungsstörungen, Verlust von Alltagskompetenzen, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, motorische Unruhe etc. in hohem Maße auf ein supervidierendes Monitoring und auf Tagesstrukturierung und Maßnahmen angewiesen, die den Verlust an Alltags- und Selbststeuerungskompetenz kompensieren, dessen Folgen abmildern und auf Kompetenzerhalt zielen (Schlemm & Kuhlmeier, 2005).

Diese Aufgabenerweiterung in der ambulanten Pflege zeigt, dass auf der Ebene der Qualifizierung ein Umdenken erforderlich ist, um die Qualifikationsprofile in der Pflege an die veränderten Aufgaben und Nutzerrealitäten anpassen zu können (Winter, 2005). Dass dabei in vielen Bereichen hohe Fachexpertise gefragt ist, verdeutlicht insbesondere das Beispiel Demenz. So neigen angelernte oder schlecht ausgebildete Pflegekräfte im Umgang mit Demenzerkrankten häufiger zu einschränkenden Maßnahmen, weil sie schneller überlastet sind und nicht angemessen auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen mit adäquaten Mitteln zu reagieren vermögen (Schwerdt & Tschainer, 2002).

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auf fünf Pflegegrade aufbaut, nimmt den Menschen in seiner Lebenswelt in den Blick und berücksichtigt alle für das Leben

und die Alltagsbewältigung eines Pflegebedürftigen relevanten Beeinträchtigungen. Körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden bei der Einstufung gleichermaßen und pflegefachlich angemessen berücksichtigt. Zudem kann mit dem neuen System auch besser geplant werden, welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch wirklich braucht. Die nun geltende Bezeichnung will die jeweils individuelle Lebenssituation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besser berücksichtigen sowie die Unterschiede im Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen möglichst zutreffend überwinden.

Seit fast vier Jahren gibt es nun, im Jahre 2020, mit dem Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes statt der früher üblichen drei Pflegestufen die fünf Pflegegrade. Das Ziel dieser differenzierten Klassifikation war es, nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen zu trennen, sondern über die Pflegebedürftigkeit ausschließlich nach dem Grad der Selbstständigkeit zu entscheiden. Es wird also berücksichtigt, wo die Betroffenen Unterstützung benötigen und welche Aufgaben und Alltagstätigkeiten noch alleine bewältigt werden können. Damit wird sowohl – wie schon früher – der Lebensalltag der Menschen mit körperlichen Einschränkungen als auch der Menschen mit Demenz angesprochen. Die fünf Pflegegrade reichen von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen, die besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung stellen (Pflegegrad 5).

Dass dies insbesondere für Menschen mit Demenz notwendig wurde, zeigt der Verlauf der Erkrankung. Demenz beginnt mit diskreten Kurzzeit-Gedächtnisverlusten, die von den Betroffenen meist als solche wahrgenommen werden. Bei Fortschreiten der Erkrankung geht das Langzeitgedächtnis verloren. Wahnbildungen und Wahrnehmungsstörungen beeinträchtigen die Kranken und erschweren den Umgang mit ihnen. Diese Störungen sind so ausgeprägt, dass sie die persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Essen, An- und Ausziehen oder die körperliche Hygiene deutlich beeinträchtigen. Das Endstadium ist gekennzeichnet durch Schwerstpflegebedürftigkeit, verbunden mit u. a. Bettlägerigkeit, Immobilität, Ernährungsstörungen und den daraus resultierenden Risiken. In § 14 Abs. 1 SGB XI heißt es: „Pflegebedürftig (...) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ Diese Definition bezieht sich primär auf die Grundpflege. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen werden den Bereichen Körper-

pflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung zugeordnet. Die dies bezüglichen Leistungen werden nach den fünf Pflegegraden bemessen. Seit Juli 2008 konnten zusätzlich Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, deren Hilfebedarf jedoch nicht das Ausmaß der früheren Pflegestufe I erreicht hat und bei denen Demenzen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen, Pflegeleistungen erhalten.

Die Überleitung der früheren drei Pflegestufen in die nun geltenden fünf Pflegegrade entsprach in etwa folgendem Schema:

- Pflegestufe 0 wird zu Pflegegrad 2
- Pflegestufe 1 wird zu Pflegegrad 2
- Pflegestufe 1 plus eingeschränkte Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 3
- Pflegestufe 2 wird zu Pflegegrad 3
- Pflegestufe 2 plus eingeschränkte Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 4
- Pflegestufe 3 wird zu Pflegegrad 4
- Pflegestufe 3 plus eingeschränkte Alltagskompetenz wird zu Pflegegrad 5
- Pflegestufe 3 plus Härtefall wird zu Pflegegrad 5

Wenn die Einzeldiagnosen, die mit einer Einschränkung der Kognition einhergehen, zusammengefasst werden, ergibt sich folgendes Bild: Demenz, Alzheimer-Krankheit und altersbedingte Senilität sind nach früheren Analysen bei 21,9 % der Männer und bei 29,8 % der Frauen Ursache für Pflegebedürftigkeit. Bei den früher angewendeten Pflegestufen nimmt der Anteil der Menschen mit Demenz in den höheren Pflegestufen deutlich zu und steigt in der Pflegestufe III bei den Männern auf 28,6 % und bei Frauen sogar auf 45,8 % – erwartungsgemäß nimmt die Häufigkeit der Demenzerkrankung und der Anteil der Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter zu. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, steigt auch der Anteil der Frauen gegenüber dem Anteil der Männer an (SVR, 2010).

Die folgende Auswertung zeigt die Verteilung der Pflegegrade auf die Menschen mit Demenz, die bei der hkk versichert sind (Abbildung 8). Besonders häufig sind die Pflegegrade 3 und 4, sie schwanken zwischen 22 und 25 %, wobei der Pflegegrad 3 über die Jahre 2017 bis 2019 leicht ansteigt, während der Anteil des Pflegegrads 4 über den gleichen Zeitraum leicht zurückgeht. Die Pflegegrade 2 und 5 sind dagegen seltener ausgesprochen worden und liegen beide bei ca. 15 %. Interessant ist allerdings, dass auch zwischen 21 und 22 % der Menschen, bei denen eine Demenz diagnostiziert wurde, gar keinen Pflegegrad beanspruchen. Hier kommen mit hoher Wahrscheinlichkeit Ungenauigkeiten der Diagnosecodierung bzw. eine mangelnde Differenzierung zwischen den F- und G-Diagnosen zum Tragen, weil

nicht immer ausreichend zwischen den einzelnen Demenz-Formen unterschieden wird. Der hohe Anteil ohne Pflegegrad könnte daher auf Menschen mit Demenzen im Anfangsstadium oder auf vaskuläre Demenzen entfallen, bei denen nicht unbedingt Pflegeleistungen im gleichen Umfang wie bei Menschen mit einer Alzheimerdemenz notwendig sind, weil eine konsequente Therapie mit Antihypertensiva positive Auswirkungen haben kann.

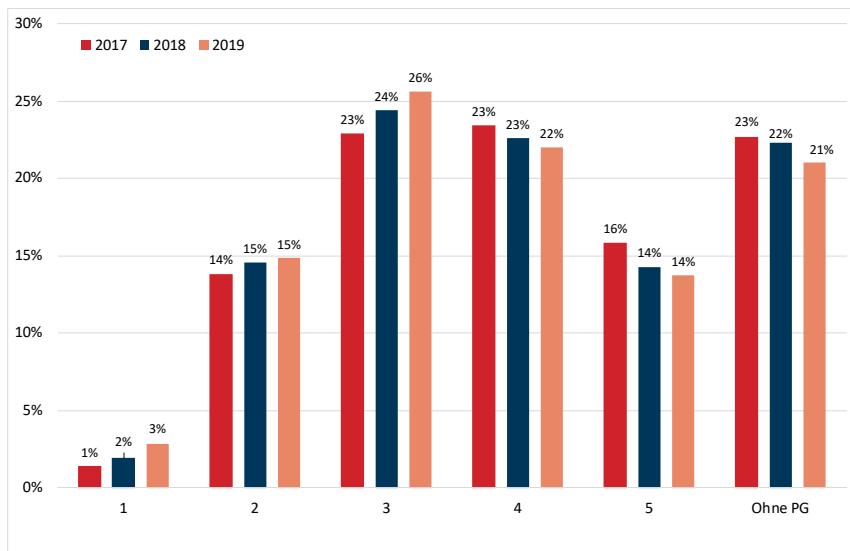


Abbildung 8: Anteil an Versicherten mit Demenzdiagnose nach Pflegegrad bezogen auf die Gesamtzahl der Versicherten mit Demenzdiagnose je Jahr

Alle Studien zeigen, dass der zeitliche Aufwand der Hauptpflegepersonen für die pflegerischen Leistungen hoch ist. Durchschnittlich stehen 80 % von ihnen dem zu Pflegenden rund um die Uhr zur Verfügung (Schneekloth et al., 1996; Boeger & Pickartz, 1998; Gräbel, 1998). Die Pflege Demenzerkrankter ist für pflegende Angehörige besonders zeitintensiv und belastend (Gräbel, 1998). Die Pflegenden leiden unter dem „Auslöschten“ der gemeinsamen Biographie und bislang gültiger Familienregeln, doch ebenso unter der eingeschränkten Kommunikation, der Mehrarbeit durch die wachsende Unfähigkeit des Erkrankten, alltägliche Selbstversorgungsaufgaben eigenständig zu bewältigen, unter der ständigen Suche nach

Gegenständen, die von der gepflegten Person verlegt werden und nicht zuletzt darunter, dass sie immer „im Dienst“ sind (Vetter et al., 1997). Als besonders belastend werden die Einschränkung der persönlich verfügbaren Zeit und die Ruhestörungen in der Nacht empfunden (Matter & Späth, 1998).

Auch im Bereich der Pflege ist die Arzneimitteltherapie Teil der Behandlungsmaßnahmen. Die Daten der hkk zeigen für alle Bereiche der Pflege bei Patientinnen und Patienten mit Demenzdiagnosen, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege, einen hohen Anteil von beruhigenden Arzneimitteln aus dem Bereich der Neuroleptika oder der Benzodiazepine (Tabelle 11). Die höchsten Werte finden sich im Bereich der stationären Pflege. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Zeitnot, aggressives Verhalten der Erkrankten, aber auch mangelnde Kenntnisse des pflegerischen Personals über die Gabe solcher Psychopharmaka an Demenzerkrankte dieser oftmals häufigen Anwendung beiträgt.

Tabelle 10: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach Pflegeleistung pro Jahr

Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	Ohne Pflege
	Ohne ausgewählte Verordnung	18,5%	19,1%	29,1%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	55,7%	46,5%	59,0%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	30,2%	54,4%	7,5%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	9,4%	16,7%	2,5%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	3,9%	5,0%	1,4%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	31,5%	16,3%	18,9%

Dass sich die Häufigkeit einer Therapie mit Psychopharmaka auch mit dem Pflegegrad erhöht, ist schon häufig festgestellt worden (Schulze, 2011). Bei der Anwendung wird offensichtlich übersehen, dass gerade Menschen mit einem intensiven Pflegebedarf besonders unter den unerwünschten Wirkungen von Neuroleptika und Benzodiazepinen leiden, weil ihre kognitiven Fähigkeiten noch weiter eingeschränkt werden als sie schon durch die Alzheimerdemenz verringert wurden.

Tabelle 12 zeigt, dass Antidementiva mit steigendem Pflegegrad deutlich weniger angewendet werden. Diese Entwicklung entspricht nicht unbedingt der Wirkung, die mit diesen Mitteln verbunden sein können. So macht es den Eindruck, dass die Möglichkeiten einer unterstützenden Arzneimitteltherapie bei pflegebedürftigen Menschen mit Demenz entgegen der therapeutischen Hinweise eingesetzt werden – Über- und Fehlversorgung mit Neuroleptika und Benzodiazepinen, Unterversorgung mit Antidementiva.

Tabelle 11: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach Pflegegrad pro Jahr (Mehrfachzählungen möglich)

2017							
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	1	2	3	4	5	Ohne PG
		N=48					
	Ohne ausgewählte Verordnung	16,7%	19,5%	19,0%	18,6%	28,6%	29,7%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	58,3%	62,8%	55,8%	47,5%	30,8%	59,2%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	8,3%	16,8%	35,8%	52,5%	50,1%	6,8%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	6,3%	8,5%	10,3%	14,5%	19,7%	3,9%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	6,3%	3,9%	2,9%	4,6%	2,9%	1,8%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	41,8%	27,3%	25,2%	19,9%	12,9%	16,6%
2018							
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	1	2	3	4	5	Ohne PG
		N=64					
	Ohne ausgewählte Verordnung	18,8%	19,8%	20,8%	17,0%	24,7%	30,9%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	70,3%	60,4%	54,3%	47,7%	30,3%	58,0%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	4,7%	22,0%	34,6%	57,7%	51,5%	5,7%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	1,6%	6,5%	9,1%	15,2%	21,3%	2,6%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	4,7%	4,3%	4,1%	5,5%	3,1%	1,6%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	21,9%	25,6%	27,8%	19,8%	12,6%	17,0%
2019							
Wirkstoffgruppe	Arzneimittelverordnungen	1	2	3	4	5	Ohne PG
		N=101					
	Ohne ausgewählte Verordnung	27,7%	20,6%	19,0%	14,7%	23,3%	29,2%
Antihypertensiva	ACE-Hemmer, Sartane u. a.	58,4%	59,4%	56,4%	50,1%	32,4%	59,3%
Neuroleptika	Risperidon, Haldol u. a.	5,9%	20,6%	33,7%	61,0%	55,0%	7,7%
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam u. a.	0,0%	5,6%	10,1%	15,3%	23,9%	2,9%
Z-Substanzen	Zolpidem, Zopiclon	3,0%	3,3%	5,0%	5,6%	3,3%	1,2%
Antidementiva	Donepezil, Rivastigmin, Galantamin u. a.	22,8%	28,8%	28,1%	21,5%	13,4%	18,5%

Bei allen Entscheidungen über geeignete therapeutische und diagnostische Maßnahmen spielen auch immer ethische Überlegungen eine wichtige Rolle (DGPPN, 2016), z. B. in alltäglichen Situationen wie bei der Ernährung am Lebensende. Können oder möchten die Erkrankten keine oder nicht ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen, stellt sich die Frage, ob eine künstliche Ernährung angezeigt ist. Während Angehörige Angst haben, die Betroffenen können verhungern, sehen Studien keinen Vorteil in der Anlage einer PEG-Sonde in Bezug auf Lebensqualität und Lebensverlängerung bei schweren Krankheitsstadien. Wie es sich in anderen Stadien verhält, ist hingegen unklar. Auch für diesen Lebensbereich könnte eine frühzeitige Diagnostik und damit die Abklärung von Patientenwünschen helfen, die Gestaltung der Versorgung und Therapie im Sinne der Patientinnen und Patienten auszurichten.

5 Die Prävention von Demenz

Der mit der höheren Lebenserwartung einhergehende Anstieg der Prävalenz von Demenz hat auch das Thema Prävention von Demenzerkrankungen in die Diskussion gebracht. Dies wurde unterstützt durch Daten aus verschiedenen Ländern wie den USA, Großbritannien, Schweden, den Niederlanden oder Kanada, in denen eine unerwartete Abnahme der Häufigkeit von Demenz beobachtet wurde, während andererseits die Prävalenz in China und Japan anstieg (Langa et al., 2017). Die Verringerung der Prävalenz wird vor allem auf Veränderungen des Lebensstils zurückgeführt, die auch Begleiterkrankungen im Alter wie Diabetes und Bluthochdruck verringern könnten – wobei beide Krankheiten das Risiko für eine Alzheimerdemenz erhöhen. Andererseits ist das Alter der größte Risikofaktor für das Entstehen einer Demenz, der sich bekanntermaßen nicht verändern lässt. Eine Expertenkommission der Zeitschrift Lancet aus Großbritannien hat im Jahre 2017 Risikofaktoren für die Entstehung von Alzheimerdemenz zusammengestellt, die möglicherweise individuell beeinflusst werden können. Dazu gehört im frühen Alter (<18 Jahre) Bildung in weiterführenden und höheren Schulen, im Alter von 45 bis 65 Jahren die konsequente Behandlung eines Bluthochdrucks, die Vermeidung von Fettleibigkeit, der Ausgleich von Hörverlust und im höheren Alter (>65 Jahre) Rauchverzicht, Vermeidung von Depression, körperlicher Inaktivität, von sozialer Vereinsamung und von Diabetes (Livingston et al., 2017).

In einem 8-Punkte Programm lassen sich die Ergebnisse des Reportes der Lancet-Kommission (Livingston et al., 2017) zusammenfassen.

1. Als wichtigste Empfehlung wird herausgehoben, bereits ab dem 40. Lebensjahr darauf zu achten, dass der höhere Wert bei der Blutdruckmessung 130 mmHg nicht übersteigt. Dies kann durch eine gezielte medikamentöse Therapie und Prävention erreicht werden.
2. Der Schutz des Kopfes sollte immer beachtet werden, das Verletzungsrisiko sollte gesenkt werden, insbesondere auch bei Sportarten wie Fußball, Boxen, Fahrradfahren oder Reiten. Dies gilt aber auch für die Berücksichtigung von Verletzungsgefahren im Straßenverkehr. Einen Helm zu tragen, ist deshalb eine gute Präventionsmaßnahme. Häufige kleine Kopfverletzungen können zu erhöhten Amyloidablagerungen im Gehirn führen, die zumindest als ein Grund für die Entstehung der Alzheimer-Krankheit in der Diskussion sind.
3. Rauchen, auch Passivrauchen, daneben das Einatmen von verschmutzter Luft kann das Risiko für Demenz erhöhen. Daher: Möglichst nicht mit dem Rauchen anfangen.

4. Neben dem Rauchen ist auch hoher Alkoholkonsum für unser Gehirn schädlich. Maßvoller Alkoholenuss ist daher die Empfehlung, maximal 12 g pro Tag für Frauen und 24 g pro Tag für Männer. Dies entspricht 1/8 Liter Wein oder einem halben Liter Bier pro Tag für Frauen, für Männer maximal die doppelte Menge.
5. Körperliche Aktivität sollte, wenn es möglich ist, bis in das hohe Alter ausgeübt werden. In diesem Zusammenhang ist auch Tanzen eine gute Empfehlung, weil die Bewegung zur Musik Konzentration und Koordination erfordert – und zudem Spaß macht.
6. Dadurch und durch eine sinnvolle und gesunde Ernährung kann das Demenzrisiko gesenkt werden. Die Faustregel lautet in diesem Zusammenhang: Was gut ist für mein Herz, ist auch gut für mein Gehirn. Also: reichlich Obst, Gemüse, Olivenöl und fetten Fisch (z. B. Lachs, Makrelen oder Hering). Insgesamt wird eine mediterrane Ernährung empfohlen und der Ratschlag ausgesprochen, verarbeitete Nahrungsmittel zu meiden.
7. Eine weitere wichtige Erkenntnis aus dem Kommissionsbericht: Wenn das Hörvermögen geringer wird oder eingeschränkt ist, sollte ein Hörgerät genutzt werden, weil mit zunehmender Schwerhörigkeit das Demenzrisiko anzusteigen scheint. Grundsätzlich ist es daher richtig, das Gehör vor Lärm zu schützen.
8. Eine gute Schulbildung ab dem Kindesalter ist eine wichtige Maßnahme, um das Demenzrisiko möglicherweise verringern zu können. Bildung insgesamt und eine regelmäßige kognitive Anforderung an unser Gehirn stärken die Fähigkeit, bei Bedarf neue Nervenzellverbindungen knüpfen zu können. Dadurch steigt die kognitive Reserve, um beginnende Schädigungen des Gehirns kompensieren zu können. Insgesamt scheint Bildung offenbar die Entstehung einer Demenzerkrankung zwar nicht aufhalten zu können, sie hilft jedoch dem Gehirn, mit dieser Veränderung besser umgehen zu können.

Lebensstil, Bildung und regionale Gegebenheiten (wenig Lärm, wenig schädliche Luftbelastung, Zugang zu frischen Lebensmitteln wie Obst und Gemüse) können, so die Schätzungen der 28 Expertinnen und Experten, die diesen Kommissionsbericht erstellt haben, 40 % der Demenzfälle verhindern oder im Auftreten verzögern. Dies scheint zumindest auch mit den neueren Daten zusammenzupassen, nach denen die Häufigkeit der Alzheimerdemenz in manchen Ländern in den letzten Jahren leicht gesunken ist.

Dies zeigen auch aktuelle Daten aus prospektiven bevölkerungsbezogenen Studien in Europa und den USA. Danach steigt die Neuerkrankungsrate von Demenzerkrankungen nicht etwa an, wie immer wieder im Zusammenhang mit einer älter werdenden Bevölkerung in Industriestaaten gemutmaßt wird, sondern sie sinkt. Von den insgesamt in den Studien beobachteten 49.202 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Mindestalter zu Beginn der jeweiligen Studien 65 Jahre), die zwischen zwei und 27 Jahre nachverfolgt wurden, entwickelten bis heute 4.253 (8,64 %) eine Demenz. Es zeigte während der zum großen Teil langen Laufzeit der Studien über fast drei Jahrzehnte pro Dekade ein Rückgang von 13 %, gemessen an der prognostizierten Anzahl der Demenzfälle. Falls dieser Trend anhielte, so diskutieren die Autorinnen und Autoren, könnte bis zum Jahre 2040 die Anzahl der Menschen mit Demenz um 15 Mio. niedriger liegen, als der Welt-Alzheimer-Report 2015 vorhergesagt hatte – geschätzt wurde seinerzeit, dass im Jahre 2040 weltweit 102 Mio. Menschen unter dieser Krankheit leiden würden. Dabei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass in den Studien keine Länder mit niedrigem Einkommen, weniger guten Lebensbedingungen oder schwachen Gesundheitssystemen einbezogen worden waren. Dadurch könnte sich die Prognose sicherlich verändern. Aber der Hinweis scheint wichtiger zu werden: Auch bei der Alzheimerkrankheit sollten mögliche Präventionsmaßnahmen nicht unberücksichtigt bleiben (Wolters et al., 2020).

Neben diesen Ratschlägen wird zum Thema Prävention aber auch vieles andere in die Diskussion gebracht: Möglicherweise soll zum Beispiel Kaffee nicht nur kurzfristig gegen Müdigkeit helfen, sondern auch langfristig gegen die Entstehung einer Alzheimerdemenz. Koffein soll die Ablagerungen des sogenannten tau-Proteins im Gehirn verhindern. Solche Ablagerungen sind ein Hauptindikator, der zu einer Prognose eines möglichen Demenzrisikos herangezogen werden. Dagegen wurde die Gefahr, durch die Aufnahme von Aluminium aus alltäglichen Quellen (z. B. aus Deos oder aluminiumhaltigen Nahrungsbehältnissen) das Alzheimerisiko zu erhöhen, nicht bestätigt. Selbst Arbeiter im Metallbau, die täglich einer größeren Dosierung von Aluminiumstaub ausgesetzt waren, hatten kein eindeutig erhöhtes Risiko für eine Alzheimer-Erkrankung (Uhlmann, 2017). Untersucht wurde auch, ob Sport die Demenz aufhalten kann. Es zeigte sich, dass im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die keinen Sport betrieben, sowohl die Teilnahme an Kursen im Fitnessstudio und als auch ein weiteres Training Zuhause bei den 77-jährigen Teilnehmenden, die unter Demenz litten, den Verlust der kognitiven Fähigkeiten nicht aufhalten konnten. Die Quintessenz dieser Studie: Ob Lebensstilinterventionen den kognitiven Verfall aufhalten können, ist zweifelhaft und muss weiter untersucht werden (Lamb et al., 2018). Es ist in diesem Zusammenhang auch von Bedeutung, in welchem Alter solche sportlichen Interventionen begonnen werden. Bei aller Überlegung, wie die Häufigkeit der Alzheimerdemenz ge-

senkt werden kann, bleibt letztlich die Aussage in dem zitierten Lancet-Kommissionsreport zu berücksichtigen, dass etwa 60 % aller Demenzfälle auf nicht-veränderbare Einflüsse wie Gene zurückzuführen sind. Es wäre daher falsch, den Alzheimererkrankten die Schuld an ihrer Erkrankung zuzuweisen.

Ein Schlüssel zu wirksamer Prävention könnte allerdings, wie auch von den britischen Kolleginnen und Kollegen empfohlen, in der dauerhaften Senkung eines zu hohen Blutdrucks liegen. Verschiedene Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Bluthochdruck in jüngeren Jahren ein wesentlicher Risikofaktor für eine spätere vaskuläre Demenz sein kann. Da ein Bluthochdruck auch die häufigste Ursache für einen Schlaganfall ist, nutzt eine solche Prävention dem Gehirn in also zweierlei Hinsicht.

Die Zusammenhänge zwischen Demenzerkrankungen und Schlaganfall werden schon seit Jahren erforscht. Oft geht es dabei um die Frage, in wie weit leichte Schlaganfälle Vorboten oder Ursache einer Demenz sein könnten. In einer Untersuchung von 980 Alzheimererkrankten bestätigte sich dieses Risiko. Dabei wurden solche Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ein erhöhtes Schlaganfallrisiko hatten oder die an einer vaskulären Demenz litten. Es zeigte sich, dass die untersuchten Patientinnen und Patienten ein um 66 % erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall hatten, verglichen mit Menschen mit den gleichen Risikofaktoren, die nicht an einer Demenz litten. Insofern scheint ein gut kontrollierter Blutdruck bei Menschen mit einer Hypertonie eine wichtige Präventionsstrategie gegen die Entstehung einer Demenz zu sein (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2020).

5.1 Diagnostik

Die Diagnosestellung ist die Grundlage einer adäquaten Behandlung. Eine frühzeitige Diagnostik bei Demenz ist wichtig, da eine Therapie in frühen Krankheitsstadien die Pflegebedürftigkeit hinauszögern kann. Die Demenzdiagnose ergibt sich aus der Summe klinischer und beschreibender Befunde bzw. ergänzender apparativer Ergebnisse (Benkert, 2014). Zu Beginn der Diagnosefindung steht eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese mit der Kontrolle auf mögliche kognitionseinschränkende Medikation, wie z. B. Benzodiazepine oder sogenannte Z-Drugs. Vielverordnete Mittel sind in diesem Zusammenhang Tavor®, Diazepam-Generika, Oxazepam-Generika (auch noch Adumbran oder Praxiten), daneben Remestan® oder Zolpidem- bzw. Zopiclon-Generika. Kognitive Leistungstests, Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren können dazu beitragen, die Demenzdiagnose weiter zu spezifizieren und reversible Demenzen abzuklären (DGPPN, 2016).

Zur Einschätzung von psychischen und Verhaltenssymptomen stehen validierte Assessments zur Verfügung. Der Hausärztin oder dem Hausarzt kommt bei der Identifikation einer Demenzerkrankung eine Schlüsselrolle zu, da diese oder dieser in der Regel die erste Ansprechperson der Erkrankten und Angehörigen ist. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Erstdiagnose in über 50 % der Fälle durch die Hausärztin oder den Hausarzt gestellt wird (Kaduszkiewicz et al., 2014; Nelles et al., 2015). Auf der Basis der hausärztlichen Untersuchungsergebnisse kann die Fortführung der Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung einer weiteren Fachärztin oder eines weiteren Facharztes erfolgen.

Um frühzeitig eine Alzheimerdemenz erkennen zu können, werden verschiedene Methoden erforscht. Dabei geht es einerseits um eine Aufnahme des Gehirns mit einer speziellen Variante der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) („Amyloid-PET“), zum zweiten um eine Untersuchung des Nervenwassers, das im Rahmen einer Lumbalpunktion entnommen und auf verschiedene Proteine (Beta-Amyloid und tau-Protein) untersucht wird. Die erste Variante ist mit einem hohen apparativen Aufwand und hohen Kosten verbunden, die zweite mit einer insbesondere für die infrage kommenden älteren Menschen relativ hohen körperlichen Belastung. Besser wäre daher ein Bluttest, der derzeit entwickelt wird und der etwa acht Jahre vor der klinisch gesicherten Diagnose auf eine bevorstehende Alzheimer-Krankheit hinweisen kann. In drei bis fünf Jahren soll dieser angeboten werden. Der Test soll auch die Möglichkeit eröffnen, Medikamente frühzeitig anzuwenden, weil sie zu diesem Zeitpunkt am ehesten die Progredienz der Krankheit aufhalten könnten. Unabhängig von den individuellen Folgen eines positiven Testergebnisses müssen in diesem Zusammenhang die ethischen, rechtlichen und öffentlichen Aspekte eines solchen Tests ausreichend geklärt sein, bevor dieser zur Anwendung kommen kann. Derzeit ist noch völlig unklar, welche Konsequenzen ein solches

Biomarker-Ergebnis in unserem Gesundheitssystem hätte. Was passiert, wenn ein hohes Krankheitsrisiko angezeigt würde? Ist die Grenze für ein „normales Alter“ mit kognitiven Einschränkungen klar definierbar gegenüber dem Beginn einer Alzheimer-Erkrankung? In einer Bewertung dieser Probleme durch einen Test auf den Apolipoprotein E4(APOE4)-Genotyp als potentiell wichtigsten genetischen Risikofaktor heißt es zum Beispiel: „Sich Jahre vor einem möglichen Krankheitsausbruch als potenzieller Alzheimer-Patient zu outen, dürfte gegenwärtig ein gesellschaftliches Tabu darstellen. Nicht ohne Grund bleiben die meisten Betroffenen anonym – etwa jene, die Träger von einem oder mehreren APOE4-Allelen sind und sich auf dem englischsprachigen Webforum www.ApoE4.info austauschen“ (Gerechte Gesundheit, 2018).

In einer Studie aus dem Jahr 2017 wurde festgestellt, dass solche diagnostischen Maßnahmen zu erheblichen Missverständnissen führen können. Wird älteren Menschen erläutert, dass bei ihnen ein erhöhtes Risiko für eine Alzheimerdemenz festgestellt wurde, fühlen sie sich momentan weder geistig noch sonst kognitiv beeinträchtigt (Mozersky et al., 2018). Zwar fanden sich bei den mit einem Hirn-Scan untersuchten 50 gesunden Menschen zwischen 65 und 85 Jahren Amyloid-Ablagerungen im Gehirn, die untersuchten Menschen waren trotzdem beschwerdefrei. Dies bestätigen auch andere Untersuchungen, welche zeigten, dass Plaques nicht unbedingt auf eine kommende Alzheimer-Erkrankung hinweisen, genauso wenig wie ein plaque-freies Gehirn für einen Menschen die Sicherheit bedeuten kann, dass sich keine Alzheimerdemenz entwickelt. Plaques bieten letztlich nur eine vage Prognose auf eine mögliche bevorstehende Alzheimerdemenz. Eine Heilung gibt es derzeit weder zu diesem frühen Zeitpunkt noch nach dem Eintritt der Erkrankung. Eine Diagnostik ohne eine danach folgende wirksame Therapiemöglichkeit kann dem betroffenen Individuum eher schaden als nutzen, vor allem aus psychischer Sicht.

5.2 Neue Arzneimittel gegen Demenz

Alzheimerdemenz ist nach heutigem Stand der Forschung nicht heilbar. Umso wichtiger ist es, dass neue Behandlungen entwickelt werden und die Krankheit besser erforscht wird. Die Forschung der Pharmaindustrie nach einem wirksamen Mittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Alzheimerdemenz sollte zudem ökonomisch ein interessanter Schwerpunkt sein, schließlich sind weltweit etwa 15 Mio. Menschen davon betroffen. Der Markt, der sich aus den behandlungsbedürftigen Menschen ergibt, wächst, vor allem in Gesellschaften längeren Lebens wie in vielen der europäischen Länder oder auch in Japan, China, Kanada und den USA. Bis 2030 dürfte die Zahl auf 75 Mio. Demenzkranke ansteigen. Schon vor einiger Zeit wurde geschätzt, dass der Alzheimer-Medikamentenmarkt jährlich um 17,5 % auf knapp 15 Mrd. Dollar im Jahr 2026 wachsen wird. Doch die Forschungserfolge bleiben aus: Zahlreiche Pharmaunternehmen sind bislang bei der Suche nach einer wirksamen Therapie gescheitert. Dabei wäre eine Verringerung der Krankheitslast dringend notwendig: Schon im Jahre 2015 lagen die globalen Krankheitskosten für die Alzheimerdemenz bei 818 Mrd. Dollar, für 2018 werden sie auf eine Billion Dollar geschätzt (Wimo et al., 2017).

Noch im Jahre 2015 wurde der Begriff „Hoffnung“ lanciert, es wurde von einer Zeitenwende in der Therapie der Alzheimerdemenz gesprochen. Eine Heilung sei zwar nicht möglich, aber der Verfall könne aufgehalten werden. In diesem Zusammenhang wurden zwei neue Wirkstoffe genannt, einer von der Firma Eli Lilly (Wirkstoff Solanezumab), der andere von der Firma Biogen (Wirkstoff Adecantumab). Beide Mittel sollten verklumpte und giftige Eiweißstücke im Gehirn auflösen, die unter dem Namen Amyloid-beta (Abeta) bekannt sind und deren Auswirkungen die Nervenzellen im Gehirn schädigen. Damit sollten derartige Arzneimittel besser und zielgerichteter wirken als die bisher eingesetzten Arzneimittel aus der Gruppe der AChE-I, wie z. B. die Wirkstoffe Donepezil (z. B. Aricept® und Donepezil-Generika), Galantamin (z. B. Reminal®, Galnora® oder Galantamin-Generika) und Rivastigmin (z. B. Reminyl® oder Rivastigmin-Generika). AChE-I können lediglich die belastenden Symptome für einen gewissen Zeitraum verzögern und die noch nicht angegriffenen Teile des Gehirns in ihrer Funktion unterstützen (Neurotransmitter-Booster). Die durch die Abeta ausgelösten Kettenreaktionen der Nervenschädigungen werden durch die AChE-I dagegen nicht gebremst. Positiv gestimmte Fachleute erwarteten von den neuen Substanzen einen Stillstand des „Nervenuntergangs“, die realistischen Expertinnen und Experten rechneten lediglich mit einer erkennbaren Verzögerung der Progredienz. Beides wäre ein großer Erfolg gegenüber der aktuellen Situation in der Pharmakotherapie der Alzheimerdemenz. Kurze Zeit später, im November 2016, zeigte sich, dass Eli Lilly mit dem bis dahin verheißungsvollen Wirkstoff Solanezumab nicht die gewünschten Wirkungen erzielen konnte. Die Firma wird daher in den USA keine Zulassung bean-

tragen, die nächsten Schritte bezüglich dieser Substanz sind ungewiss. Dem Mittel waren Umsätze von mehr als 5 Mrd. Dollar pro Jahr prognostiziert worden. Stattdessen fielen allein im vierten Quartal 2016 für Eli Lilly 150 Mio. Dollar für die Studien mit dem negativen Ergebnis an.

Der pharmazeutische Unternehmer Biogen erkannte nach eigenen Angaben Fortschritte bei der Suche nach einem Medikament gegen Alzheimerdemenz. Eine frühe Studie mit dem Wirkstoff Aducanumab habe ermutigende Ergebnisse erzielt, teilte das Unternehmen bereits im März 2015 mit. Unter anderem sei erstmals bei frühen und milden Verläufen der Demenzkrankheit eine Verlangsamung des Verlustes der geistigen Fähigkeiten erzielt worden. An der Studie waren 166 Patientinnen und Patienten beteiligt. Von Mitte 2016 bis 2019 fanden die Studien EMERGE und ENGAGE mit 3.200 Teilnehmenden statt.

Was konnte bisher erreicht werden? Aducanumab verminderte in diesen experimentellen Therapiestudien bei Alzheimererkrankten Amyloid-Plaques in der PET und verlangsamte den kognitiven Abbau dosisabhängig um bis zu einem Jahr. Dies sind die Ergebnisse der Phase-1b-PRIME-Studie (PRiority MEDicines) (clinicaltrials.gov, 2020). Die Forscherinnen und Forscher haben mit dieser Teilnehmergruppe weitergearbeitet und Ergebnisse von Patientinnen und Patienten erhalten, die das Medikament seit bis zu 36 Monaten einnehmen. Sie deuten darauf hin, dass die Wirkungen über den Verlängerungszeitraum hinweg anhaltend positiv sind, wobei die Amyloidwerte weiter abgenommen haben und der Rückgang des Gedächtnisses und der Denkfähigkeiten sich bei Menschen, die höhere Dosen des Medikaments eingenommen haben, verlangsamt hat. In einem Test der Gedächtnis- und Denkfähigkeiten zeigten Teilnehmende, die 10 mg/kg Körpergewicht während der drei Jahre der Studie erhielten, ungefähr die Hälfte der Abnahme der Denkfähigkeiten im Vergleich zu denen, die ein Placebo gefolgt von einer niedrigen Dosis erhielten. Die Studienverlängerung umfasste Patientinnen und Patienten, die während der gesamten ursprünglichen Studie eine Placebo-Behandlung erhielten und für die Dauer von zwei Jahren auf Aducanumab umgestellt haben.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Menschen, die mit dem Medikament im Rahmen der Studie behandelt worden waren, einen langsameren Rückgang der kognitiven Fähigkeiten zu verzeichnen hatten als diejenigen, die später von Placebo auf das Medikament übergingen. Dies ist eine Technik, die in klinischen Studien verwendet wird, um zu untersuchen, ob ein Medikament eine Krankheit verlangsamen kann, anstatt nur die Symptome zu verbessern. Nicht nur hat Aducanumab geholfen, das Amyloidprotein aus dem Gehirn zu entfernen, auch die Tatsache, dass der Nutzen des Medikaments für diejenigen Menschen, die das Medikament über 36 Monate im Vergleich zu 24 Monaten eingenommen haben, größer war, ist ein ermutigen-

des Zeichen. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass Arzneimittel, die sich in dieser Phase der Tests vielversprechend zeigen, in späteren Studien nicht mehr erfolgreich waren.

Im März 2019 wurde nach einer Zwischenanalyse der Studien EMERGE und ENGAGE zunächst gemeldet, dass auch diese Studien gescheitert sind. Im Oktober 2019 meldeten zwei kooperierende Unternehmen aber einen Erfolg: Das von ihnen entwickelte, gegen Beta-Amyloid gerichtete Medikament Aducanumab habe in einer Phase-III-Studie bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimer im Frühstadium eine Reduzierung der klinischen Verschlechterung der Demenz erzielt. Im Juli 2020 wurde in den USA der Antrag auf Zulassung bei der FDA eingereicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Neurowissenschaftlerinnen und Neurowissenschaftler nach wie vor verschiedene Möglichkeiten der Behandlung von Alzheimerdemenzen in Betracht ziehen. Aktuell ist z. B. das Hormon Oxytocin in der Diskussion (Hörster, 2020). Es wurde festgestellt, dass sich bei Menschen mit Alzheimerdemenz, die nach ihrem Tod obduziert wurden, ein erhöhter Spiegel dieses Hormons im Hippocampus fand. Dieses Areal im Gehirn ist wichtig für die Gedächtnisbildung. Die Hypothese, die aus diesen Befunden abgeleitet wurde, lautete, dass ein solch erhöhter Spiegel die Gedächtnisstörungen auslösen könnte. Andere Studien zeigen aber auch genau das Gegenteil: Bei Mäusen konnte ein positiver Effekt eines erhöhten Oxytocin-Spiegels auf die Alzheimer-Krankheit festgestellt werden. Es wird also noch weiterer Forschungsaktivitäten bedürfen, um die möglicherweise bestehenden Zusammenhänge zwischen Oxytocin und Alzheimerdemenz zu entschlüsseln. Eines wird aber immer klarer: Die Alzheimerdemenz beginnt schon viele Jahre früher als bestimmte Symptome auftreten – daher sind insbesondere die Frühstadien der Erkrankung ein Schwerpunkt in den Forschungsüberlegungen.

Trotz aller Rückschläge in der Arzneimittelforschung sind viele Firmen nach wie vor im Bereich der Alzheimer-Erkrankung engagiert: Derzeit durchlaufen 121 Wirkstoff-klinische Prüfungen, 29 davon bereits in Phase-III-Studien (Cummings et al., 2020). Für den schon erwähnten Wirkstoff Aducanumab wird bis März 2021 eine Entscheidung der FDA erwartet.

Der Optimismus bei den Forschungsaktivitäten zur Alzheimerdemenz hält sich insgesamt allerdings in Grenzen. In den letzten Jahren gab es fast ausschließlich Misserfolge, viele Entwicklungen wurden eingestellt. In einer im Jahre 2014 publizierten Studie wurde die Misserfolgsrate für die Jahre 2002 bis 2012 quantifiziert: 99,6 % der in klinischen Studien erprobten Medikamente wirkten nicht besser als die bereits verfügbaren (Cummings et al., 2014). Dieser Anteil ist im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen auffällig hoch. Dort kann damit gerechnet werden,

dass zumindest eins von neun Medikamenten, die an Menschen erprobt werden, erfolgreich in Studien geprüft und später auch zugelassen wird. Es werden weitere Mittel im Stadium der Phase III geprüft (größere Patientenzahl), z. B. auch bisher nicht bekannte Wirkstoffe aus der Gruppe der monoklonalen Antikörper zum Plaque-Abbau wie Gantenerumab oder Crenezumab, es werden aber auch bekannte Wirkstoffe wie z. B. Pioglitazon (zugelassen als Antidiabetikum) oder Albumin (zugelassen zur Behandlung von Blutverlust) auf ihre Wirkung bei Alzheimerdemenz untersucht.

Auf der anderen Seite gibt es auch diese Entwicklung: Anfang 2018 wurde bekannt, dass sich eine der größten forschenden Pharmafirmen, nämlich das pharmazeutische Unternehmen Pfizer, nach jahrelangen Forschungsaktivitäten ganz aus der Alzheimerforschung zurückziehen will, weil die Rückschläge der vergangenen Jahre zeigen, wie wenig klar sich ein wissenschaftlich erfolgreicher Weg für die theoretische Ausrichtung der Forschungsaktivitäten darstellt (Wimo et al., 2017).

Möglicherweise ist auch die Konzentration der Forschung auf die Beta-Amyloid-Plaques ein zweifelhafter Weg, weil solche Plaques im Rahmen einer Obduktion auch bei gestorbenen Menschen gefunden werden, die ihr Leben in geistiger Klarheit und ohne kognitive Einschränkungen verbracht haben. Der Therapie mit den monoklonalen Antikörpern liegt die Idee zugrunde, dass die Wirkstoffe sich an das Beta-Amyloid heften und dieses Protein vom Immunsystem abgebaut wird. Dadurch soll der Raum zwischen den Nervenzellen von den giftigen Plaques gereinigt werden. Aus diesem Grunde müssen auch Meldungen über eine Impfung gegen Alzheimerdemenz zum Abbau von Plaques mit Vorsicht aufgenommen werden. Die bisherigen Erfahrungen dieser therapeutisch angewandten Impfung sind zwar, dass auf diese Weise der Abbau der Plaques unterstützt werden kann, jedoch waren die begleitenden unerwünschten Wirkungen gravierend, sodass die Prüfungen am Menschen abgebrochen werden mussten.

Zudem konnten Forscher zeigen, dass nicht jede Demenz, bei der Alzheimer-ähnliche Symptome diagnostiziert werden, mit Alzheimer-Prozessen im Gehirn einher geht. Dies hat zu der Annahme geführt, dass in den vergangenen Jahren möglicherweise nicht immer die „richtigen“ Patientinnen und Patienten an Arzneimittelstudien teilgenommen haben und dass bei ihnen gegen Alzheimer-Prozesse gerichtete Medikamente gar nichts ausrichten konnten. Daher kam es zu der Empfehlung, nur noch solche Patientinnen und Patienten in Studien zur Behandlung der Alzheimerdemenz einzuschließen, die die für Alzheimer charakteristischen Gehirnveränderungen aufweisen. Sich nur auf die Symptome zu verlassen, kann offenbar zu einer falschen Auswahl der Studienteilnehmende führen. Dies ist natürlich auch ein wichtiger Hinweis für die alltägliche Versorgung von Demenzpa-

tientinnen und -patienten – möglicherweise leiden gar nicht alle Menschen, die als Alzheimererkrankte behandelt werden, an dieser Krankheit.

Eine andere Forschungsrichtung konzentriert sich auf die Prüfung von Wirkstoffen, die eine Neubildung von Beta-Amyloid-Plaques verhindern sollen. Diese Mittel werden als Beta-Sekretase-Hemmer bezeichnet (z. B. Lanabecestat oder Elenbecestat), weil das Enzym Beta-Sekretase an der Bildung der Amyloid-Plaques beteiligt ist. Durch die Hemmung dieses Enzyms soll die Neubildung solcher Amyloid-Plaques unterbunden werden. Wenn allerdings die Amyloid-Theorie insgesamt auf unsicheren Füßen steht, dürften auch diese Mittel wenig Nutzen für die Therapie von Patientinnen und Patienten mit Alzheimerdemenz haben.

Insgesamt sind die Forschungsergebnisse bisher enttäuschend. Das letzte neu zugelassene Alzheimer-Medikament war der Wirkstoff Memantin (z. B. in Axura®) im Jahre 2002. Der Bedarf an therapeutischen Innovationen, die einen echten Fortschritt in der Behandlung bieten, bleibt immens. Es gilt letztlich abzuwarten, wann sich ein Durchbruch in der Arzneimitteltherapie ankündigen wird.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Absolute Anzahl der durchgängig bei der hkk Versicherten älter als 60 Jahre nach Geschlecht und Jahr	12
Tabelle 2: Absolute Anzahl und Prozentanteile von Demenzerkrankten an hkk-Versicherten älter als 60 Jahre pro Bundesland in den Jahren 2017, 2018 und 2019.....	14
Tabelle 3: Absolute Anzahl der im Jahr durchgängig Versicherten nach Altersgruppen je Bundesland mit mindestens 50 Versicherten mit Demenz	18
Tabelle 4: Absolute Anzahl an Versicherten mit Demenz pro Bundesland (N≥50) nach Alter und Jahr.....	19
Tabelle 5: Verordnungen von Arzneimitteln in ausgewählten Gruppen nach Anzahl der Versicherten mit Demenz je Jahr (Mehrfachzählungen möglich).....	36
Tabelle 6: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneiverordnungen nach Demenz-Diagnosen pro Jahr (Mehrfachzählungen möglich)	37
Tabelle 7: Verordnungsgeschehen der Top-Benzodiazepin-ATC-Codes nach Jahr und prozentualen Anteilen der hkk-Versicherten mit Demenz je Jahr (Mehrfachzählungen möglich)	40
Tabelle 8: Überblick über die Verordnungsmengen und die Ausgaben für ausgewählte Arzneimittelgruppen nach ATC-Codes im Jahr 2019.....	41
Tabelle 9: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach verordnenden fachärztlichen Berufsgruppen im Jahr 2019	44
Tabelle 11: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach Pflegeleistung pro Jahr	59
Tabelle 12: Verordnungsgeschehen ausgewählter Arzneimittelverordnungen nach Pflegegrad pro Jahr (Mehrfachzählungen möglich).....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Demenzdiagnosen im Jahr 2019 bezogen auf die über 60-jährigen hkk-Versicherten pro Bundesland	16
Abbildung 2: Absolute Anzahl an Versicherten mit Demenz pro Bundesland ($N \geq 50$) nach Geschlecht und Jahr	20
Abbildung 3: Diagnose-Verteilung Frauen (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahr 2019	24
Abbildung 4: Diagnose-Verteilung Männer (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahr 2019	25
Abbildung 5: Diagnose-Verteilung Gesamt (Einmalzählung der Einzeldiagnose pro Person) bezogen auf Gesamtzahl der Versicherten mit Demenz im Jahre 2019	26
Abbildung 6: Anzahl an Versicherten mit Demenz nach Alter bezogen auf alle Versicherten der jeweiligen Altersgruppe je Jahr.....	28
Abbildung 7: Anteil der Versicherten mit einer bestimmten Diagnose im Jahr 2019 nach Diagnosesteller (Mehrfachzählungen einer Person möglich).....	42
Abbildung 8: Anteil an Versicherten mit Demenzdiagnose nach Pflegegrad bezogen auf die Gesamtzahl der Versicherten mit Demenzdiagnose je Jahr	58

Literaturverzeichnis

- Alonso A, Jacobs DR, Menotti A, Nissinen A, Dontas A, Kafatos A et al. (2009). Cardiovascular risk factors and dementia mortality: 40 years of follow-up in the Seven Countries Study. *J Neurol Sci* 280 (1-2): 79-83.
- Alzheimer Europe (2014). Alzheimer Europe ethics report. Ethical dilemmas faced by carers and people with dementia. Luxembourg. http://alzheimer-europe.org/content/download/79311/491692-/file/FINAL_DRAFT_OF_THE_REPORT_ON_ETHICAL_DILEMMAS.pdf, letzter Zugriff: 07.08.2020.
- Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C (2005). Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19 (1): 41-44.
- a-t – arznei-telegramm (2005). Erhöhte Sterblichkeit unter „atypischen“ Neuroleptika bei Demenz. a-t 36: 51-52.
- a-t – arznei-telegramm (2008). Demenz: Sterblichkeit unter allen Neuroleptika erhöht. a-t 39: 80.
- ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2005). Leitlinien-Clearingbericht „Demenz“. Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kooperation mit Deutscher Krankenhausgesellschaft Spitzenverbänden der Krankenversicherungen und Gesetzlicher Rentenversicherung. Niebüll: äzq Schriftenreihe.
- Benkert O (2014). Antidementiva. In: Benkert O, Hippus H (Hrsg.). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer: 584-632.
- Berg A, Sadowski K, Beyrodt M, Hanns S, Zimmermann M, Langer G et al. (2010): Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 10: 5.
- Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Peres K et al., A (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 349: g5205.
- BMFSJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in der Wirtschaft und Gesellschaft – der Beitrag der älteren Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin: BMFSJ.
- Boeger A, Pickartz A (1998) Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden der pflegenden Frauen. *Pflege* 11: 319-323
- Bohlken J, Weber S, Rapp MA, Kostev K (2015). Continuous treatment with antidementia drugs in Germany 2003-2013: a retrospective database analysis. *Int Psychogeriatr* 27(8): 1335-1342.
- Böhm E (1999). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Band I: Grundlagen. Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.
- Bruce DG, Paley GA, Nichols P, Roberts D, Underwood PJ, Schaper F (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60(3): 345-349.

- Bruder J (2002). Anforderungen an die Pflege Demenzkranke. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme: 87-89.
- Cepoiu-Martin M, Tam-Tham H, Patten S, Maxwell CJ, Hogan DB (2016). Predictors of long-term care placement in persons with dementia: a systematic review and metaanalysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 31(11): 1151-1171.
- Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 3: 73.
- clinicaltrials.gov (2020). Multiple Dose Study of Aducanumab (BIIB037) (Recombinant, Fully Human Anti-A β IgG1 mAb) in Participants With Prodromal or Mild Alzheimer's Disease (PRIME). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01677572>, letzter Zugriff: 22.09.2020.
- Cummings J, Lee G, Ritter A, Sabbagh M, Zhong K (2020). Alzheimer's disease drug development pipeline 2020. *Alzheimer's and Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 6(1).
- Cummings JL, Morstorf T, Zhong K (2014). Alzheimer's disease drug-development pipeline: few candidates, frequent failures. *Alzheimers Res. Ther.* 6(4): 37.
- DAlzG – Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2020). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, letzter Zugriff: 10.08.2020.
- DAZ – Deutsche Apotheker Zeitung (2016). Entwarnung für Benzodiazepine – oder doch nicht? <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/02/12/entwarnung-fur-benzodiazepine-oder-doch-nicht>, letzter Zugriff: 10.08.2020.
- de Mauleon A, Sourdet S, Renom-Guiteras A, Gillette-Guyonnet S, Leino-Kilpi H, Karlsson S et al. (2014). Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European Countries: Results from the RightTimePlaceCare Study. *J Am Med Dir Assoc* 15(11): 812-818.
- Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane database Syst Rev* 3):CD007726.
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008). Demenz. DE- GAM-Leitlinie Nr. 12. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Demenz/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf, letzter Zugriff: 10.08.2020.
- DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016): Therapie neurodegenerativer Demenzen (AWMF-Leitlinien-Register: Nr. 030/106). S3-Leitlinie „Demenzen“, AWMF-Register-Nr. 038-013. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html><https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>, letzter Zugriff: 26.08.2020.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016). S3-Leitlinie 'Demenzen'. Langversion. Leitlinie. S3-Leitlinie „Demenzen“, AWMF-Register-Nr. 038-013. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>, letzter Zugriff: 26.08.2020.

- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2014). Kapitel V und VI Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sowie Krankheiten des Nervensystems. In: ICD-10-GM 2020. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>, letzter Zugriff: 26.08.2020.
- Doblhammer G, Fink A, Fritze T (2015a). Short-term trends in dementia prevalence in Germany between the years 2007 and 2009. *Alzheimers Dement* 11(3): 291-299.
- Doblhammer G, Fink A, Zylla S, Willekens F (2015b). Compression or expansion of dementia in Germany? An observational study of short-term trends in incidence and death rates of dementia between 2006/07 and 2009/10 based on German health insurance data. *Alzheimers Res Ther* 7(1): 66.
- Doblhammer G, Fink A, Fritze T, Günster C (2013). The demography and epidemiology of dementia. *Geriatr Ment Heal Care* 1(2): 29-33.
- Duan Y, Grady JJ, Albertsen PC, Wu ZH (2018). Tamsulosin and the risk of dementia in older men with benign prostatic hyperplasia. *Pharmacoepidemiology Drug Saf.* 27(3): 340-348.
- Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Köhler L, Wucherer D, Dreier A et al. (2014). Rates of formal diagnosis in people screened positive for dementia in primary care: Results of the Delphi-trial. *J Alzheimer's Dis* 42(2): 451-458.
- Eichler T, Wucherer D, Thyrian JR, Kilimann I, Hertel J, Michalowsky B et al. (2015). Antipsychotic drug treatment in ambulatory dementia care: prevalence and correlates. *J Alzheimers Dis* 43(4): 1303-1311.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 366(9503): 2112-2117.
- Förstl H, Bickel H, Kurz A, Borasio GD (2010). [Dying demented. Concepts of care and palliative medicine]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 78(4): 203-212.
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R et al. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 332(7544): 756-761.
- Gerechte Gesundheit (2018). Wollen wir das wissen? Chancen und Risiken der Demenzvorhersage. <http://www.gerechte-gesundheit-magazin.de/ausgabe-42/wollen-wir-das-wissen/>, letzter Zugriff: 14.06.2018.
- Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N et al. (2005). Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ* 330(7489): 445.
- Glaeske G (2019). Medikamente 2017 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.). *DHS Jahrbuch Sucht* 2019. Lengerich: Pabst: 88-104.
- Gräßel E (1998). Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Hängel-Hohenhausen: 1134

- Gray SL, Dublin S, Yu Onchee, Walker R, Anderson M, Hubbard RA et al. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ* 352: i90.
- Haberstroh J, Neumeyer K, Pantel J (2016). *Kommunikation bei Demenz. 2. Auflage.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U & Rönsch H (2005). *SÄVIP –Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.* Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hoffmann F, van den Bussche H, Wiese B, Schön G, Koller D, Eisele M et al. (2011). Impact of geriatric comorbidity and polypharmacy on cholinesterase inhibitors prescribing in dementia. *BMC Psychiatry* 11: 190.
- Hörster A (2020). *Alzheimer: Oxytocin und andere Kandidaten.* DocCheck, 20. August 2020.
- Höwler E (2010). *Herausforderndes Verhalten bei Personen mit demenziellen Veränderungen aus der Perspektive von Pflegenden – Erleben und Strategien.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Höwler, E. (2010). *Entstehung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit den Formen Multi-Infarkt-Demenz und seniler Demenz von Alzheimer Typ in der Langzeitversorgung auf biographischer Ebene.* Berlin: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaften. Auch (2008) als Taschenbuch bei Kohlhammer: *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz.*
- Huber M, Kölzsch M, Rapp MA, Wulff I, Kalinowski S, Bolbrinker J et al. (2012). Antipsychotic drugs predominate in pharmacotherapy of nursing home residents with dementia. *Pharmacopsychiatry* 45(05): 182-188.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2007). *Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. Abschlussbericht A05-19A.* https://www.iqwig.de/download/A05-19A_Abschlussbericht_Cholinesterasehemmer_bei_Alzheimer_Demenz.pdf, letzter Zugriff:17.08.2020.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008). *Memantin bei Alzheimer Demenz. Berichtsplan A 05-19C (Version 2.0).* https://www.iqwig.de/download/A05-19C_Berichtsplan_Version_2_0_Memantin_bei_Alzheimer.pdf, letzter Zugriff 17.08.2020.
- Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (2018). *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege.* Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jönsson L, Eriksdotter Jönhagen M, Kilander L, Soininen H, Hallikainen M, Waldemar G et al. (2006). Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 21(5): 449-59.
- Kaduszkiewicz H, Wiese B, Steinmann S, Schön G, Hoffmann F, van den Bussche H (2014). [Diagnosing and Diagnosis Coding of Dementias in Claims Data from German Statutory Health Insurance.]. *Psychiatr Prax* 41(6): 319-323.
- Kamble P, Chen H, Sherer J, Aparasu RR (2008). Antipsychotic drug use among elderly nursing home residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother* 6(4): 187-197.

- Köhler L, Meinke-Franze C, Hein J, Fendrich K, Heymann R, Thyrian JR et al. (2014). Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study. *Curr Alzheimer Res* 11(6): 538-548.
- Koller D, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Eisele M, Wiese B, Glaeske G et al. (2012). Survival in patients with incident dementia compared with a control group: a five-year follow-up. *Int Psychogeriatr* 24(9): 1522-1530.
- Kurz A (2002). Demenzerkrankungen - Ursachen, Symptome und Verlauf. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg.). *Weißbuch Demenz: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Stuttgart: Georg Thieme:3-8.
- Lamb SE, Dossanj S, Khan I, Lall R, Mistry D, Nichols V et al. (2018). Dementia And Physical Activity (DAPA) trial of moderate to high intensity exercise training for people with dementia: randomised controlled trial. *BMJ* 361: k1675.
- Landtag NRW (2005). Bericht der Enquete-Kommission des Landtages von Nordrhein-Westfalen. Präsident des Landtages Nordrhein-Westfalen/Enquete-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Düsseldorf.
- Leicht H, Heinrich S, Heider D, Bachmann C, Bickel H, van den Bussche H et al. (2011). Net costs of dementia by disease stage. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 384-395.
- Lenzer J (2005) FDA warns about using antipsychotic drugs for dementia. *BMJ* 330 (7497): 922.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet commission. *Lancet* 390(10113): 2673-2734.
- Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 288(12): 1475-1483.
- Matter C, Späth C (1998). Belastung und Belastungserleben pflegender Angehöriger druch Tag-Nach-Rhythmus-Störungen Demenzkranker. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2: 51-59.
- Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L et al. (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 382(9902): 1405-1412.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V (2009). Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf> letzter Zugriff: 17.08.2020.
- Michalowsky B, Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Laufs S et al. (2014). Medication cost of persons with dementia in primary care in Germany. *J Alzheimer's Dis* 42: 949-958.
- Mozerky J, Sankar P, Harkins K et al. (2018). Comprehension of an Elevated Amyloid Positron Emission Tomography Biomarker Result by Cognitively Normal Older Adults. *JAMA Neurology*. 75(1): 44-50.

- Nelles G, Bergmann F, Gold R (2015). Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive: Versorgung von Patienten mit Demenz. *Akt Neurol*. 42: 418-425.1–8.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>, letzter Zugriff: 17.08.2020.
- Nijk RM, Zuidema SU, Koopmans RT (2009). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 21(3): 485-93
- Osterloh F (2014). Demenzkranke: Medizinisch schlecht versorgt. *Deutsches Ärzteblatt* 13: 208.
- Petersen J (2017). Versorgungsforschung bei Demenz. Dissertation, Universität Bremen, SOCIUM, April 2017.
- PSG II – Pflegestärkungsgesetz II (2015). Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz–PSG II). http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2424.pdf, letzter Zugriff: 22.09.2020.
- Prince M, Bryce R, Albanese E et al. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dementia* 9(1): 63–75.e2.
- Rapp MA, Mell T, Majic T, Treusch Y, Nordheim J, Niemann-Mirmehdi M et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT trial): effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. *J Am Med Dir Assoc* 14(9): 690-695.
- Riedel-Heller S (2015). Auf dem Weg zur Prävention von Demenzen. Vortrag im Rahmen einer Fortbildung des Kompetenznetzes Schlaganfall. https://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/fileadmin/download/Fortbildung_November2015/Riedel-Heller.pdf, letzter Zugriff: 26.08.2020.
- Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C, Matschinger H, Angermeyer MC (2001). Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) Part 1. *Br J Psychiatry* 179: 250-254.
- Roehr S, Luck T, Bickel H, Brettschneider C, Ernst A, Fuchs A et al. (2015). Mortality in incident dementia - results from the German Study on Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients. *Acta Psychiatr Scand* 132(4): 257-269.
- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S (2007). Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl H.W. (Hrsg.). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“*. München: BMFSFJ.
- Schlemm S, Kuhlmei A (2005). Demenz - medizinische und pflegerische Versorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 10(4): 238-244.

- Schneekloth U (2005). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend). München: BMFSFJ.
- Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS et al. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 355(15), 1525-1538.
- Schulz JB, Hess K, Ludolph AC (2016). Kognitive Einschränkungen und Demenzen. In: Hacke W (Hrsg.). *Neurologie*. Berlin, Heidelberg: Springer :646-663.
- Schulze J (2011). Zur Versorgung von Demenzpatienten mit Neuroleptika. In: Glaeske G, Schickanz C (Hrsg.). *BARMER GEK Arzneimittelreport 2011*. St. Augustin: Asgard:73-88.
- Schulze J, van den Bussche H, Glaeske G, Kaduszkiewicz H, Wiese B, Hoffmann F (2013a). Impact of safety warnings on antipsychotic prescriptions in dementia: nothing has changed but the years and the substances. *Eur Neuropsychopharmacol* 23(9) 1034-1042.
- Schulze J, Glaeske G, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Wiese B et al. (2013b). Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age-matched and sex-matched non-demented controls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 22(12): 1308-1316.
- Schwabe U, Paffrath D, Ludwig WD, Klauber J (Hrsg.) (2017). *Arzneiverordnungs-Report 2017*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwerdt T, Tschainer S (2002). Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz Network: 181-287.
- Seidler A (2004). Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen?. In: Essers M, Gerlinger T; Herrmann M et al. (Hrsg.). *Demenz als Versorgungsproblem (Jahrbuch für Kritische Medizin, 40)*. Hamburg: Argument: 40-48.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 293(5): 596-608.
- Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo I, Prince MJ (2012). Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Arch Med Res* 43(8): 600-608.
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (2020). Schlaganfall – und dann Demenz?. Experten empfehlen Rauchstopp, Bewegung und gesunde Ernährung zur Prävention. <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/aktuelles/2018/schlaganfall-und-dann-demenz> , letzter Zugriff: 31.08.2020.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010). *Koordination und Intergration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Baden-Baden: Nomos. S. 482.

- Teno JM, Mitchell SL, Gozalo P, Dosa D, Intrator O, Hsu A et al. (2010). Hospital Characteristics Associated With Feeding Tube Placement in Nursing Home Residents With Advanced Cognitive Impairment. *JAMA* 303(6) : 544-550.
- Uhlmann B (2017). Deo und Demenz. <http://www.sueddeutsche.de/wissen/toxikologie-deo-und-demenz-1.3695576> , letzter Zugriff: 17.08.2020.
- Vetter P, Steiner O, Kraus S, Kropp P (1997). Belastung der Angehörigen und Inanspruchnahme von Hilfen bei der Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10: 175-183.
- Vollmar HC, Mand P, Wilm S, Butzlaff ME (2008) DEGAM-Leitlinie Demenz – Teil 2: Versorgung und Therapie. *CME* 84: 404-417.
- Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Wu Y-T et al. (2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement* 13(1): 1-7.
- Wingenfeld K (2008). Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hogrefe: 370-381.
- Winter MHJ (2005). Pflege in prekärer Sinderstellung: berufssoziologische Aspekte. In: Schröter KR, Rosenthal T (Hrsg.) *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim: Juventa: 279-297.
- Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R et al. (2020) Twenty-seven-year time trend in dementia incidence in Europe and the United States. *The Alzheimer Cohorts Consortium. Neurology*, e519-e531. doi:10.1212
- Wucherer D, Eichler T, Hertel J, Michalowsky B, Thyrian JR et al. (2015). Antidementia drug treatment in people screened positive for dementia in primary care. *J Alzheimer's Dis* 44(3): 1015-1021.

