

VON HASSELN-GRINDEL (Hrsg.)



Demenz Rechtsratgeber

Praxisleitfaden mit Handlungsempfehlungen
und Fallbeispielen

 | BOORBERG

 Deutscher Verein
für öffentliche und
private Fürsorge e.V.

Demenz Rechtsratgeber

Praxisleitfaden
mit Handlungsempfehlungen und Fallbeispielen

Herausgegeben von

Sigrun von Hasseln-Grindel

Rechtsanwältin, Vors. Richterin am Landgericht a.D.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek | Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

1. Auflage, 2025

ISBN 978-3-415-07668-6

© 2025 Richard Boorberg Verlag

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Nutzung sämtlicher Inhalte für das Text- und Data Mining ist ausschließlich dem Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG vorbehalten. Der Verlag untersagt eine Vervielfältigung gemäß § 44b Abs. 2 UrhG ausdrücklich.

Titelfoto: © stopabox – stock.adobe.com | Satz: Olaf Mangold Text & Typo, 70374 Stuttgart | Druck und Bindung: Vereinigte Druckereibetriebe Laupp & Göbel GmbH, Robert-Bosch-Straße 42, 72810 Gomaringen

Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG | Scharrstraße 2 | 70563 Stuttgart
Stuttgart | München | Hannover | Berlin | Weimar | Dresden
www.boorberg.de

II. Medizinische Fakten zur Demenzerkrankung

Karl-Jürgen Bär

1. Epidemiologie

In den vergangenen 30 Jahren erhöhte sich die Lebenserwartung von Menschen in Deutschland im Alter von 65 Jahren bei Frauen im Durchschnitt um 21,1 Jahre und bei Männern um 17,8 Jahre (Georges, 2023; Thyrian et al., 2020). Aus einem rein medizinischen Versorgungsgesichtspunkt ist ein hohes Lebensalter ein bedeutendes Gesundheitsrisiko. Dies gilt insbesondere für Demenzen, da sie zu den häufigsten altersassoziierten Erkrankungen gehören. Demenzerkrankungen sind eines der zentralen Gesundheitsprobleme in Deutschland und stellen nicht nur für Individuen, sondern auch für die Gesellschaft, Pflege und medizinische Versorgung eine große Herausforderung dar. Im Jahr 2019 lebten in Deutschland etwa 1,7 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt waren und Prognosen deuten auf einen weiteren Anstieg hin. Bei Menschen in der Altersgruppe von 65 Jahren und älter betrug die Gesamtprävalenz der Demenz im Jahr 2014 etwa 10,3 %. Diese Gesamtprävalenz errechnet sich aus den altersabhängigen Prävalenzraten. So liegen diese bei den 65–69-jährigen bei 1,7 % und bei den über 95-jährigen schon bei 42,1 %. Es wird vermutet, dass die Prävalenz der Demenz ab dem 95. Lebensjahr nicht weiter steigt (Zhang et al., 2021).

Es ist weiterhin nicht verwunderlich, dass Menschen mit einer Demenz eine deutlich reduzierte Lebenserwartung aufweisen. Zum einen zeigen die verschiedenen Demenzerkrankungen sehr unterschiedliche Verläufe. Zum anderen erhöhen die mit dem Krankheitsverlauf einhergehenden Veränderungen das Risiko für Stürze, für Multimorbidität oder Infektionen. So treten Lungenentzündungen, Harnwegsinfekte, Knochenbrüche oder Organversagen bei Menschen mit Demenz deutlich häufiger auf und erhöhen das Mortalitätsrisiko. Die Lebenserwartung wird also hauptsächlich durch die Begleiterkrankungen bestimmt.

Aufgrund des hohen Pflegebedarfs und der Begleiterkrankungen zählen Demenzen zu den teuersten Erkrankungsgruppen ab dem 65. Lebensjahr. 90 % der Demenzpatientinnen und -patienten müssen aufgrund des erkrankungsbedingten Funktionsverlustes am Ende ihres Lebens gepflegt werden. Die Mehrheit der Patienten lebt in der häuslichen Umgebung, da-

von werden etwa zwei Drittel informell, durch nahe Angehörige, gepflegt. Interessanterweise verursachen die direkten medizinischen und nicht-medizinischen Krankheitskosten nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten. Von großer Bedeutung sind hingegen die indirekten Kosten. Auf die Betreuung und Pflege entfallen 75–80 % der Krankheitskosten von Demenzpatienten. Diese entstehen u. a. durch entgangene Einkommen und Steuerverluste während der informellen Pflege von pflegenden Angehörigen.

2. Risikofaktoren für eine Demenz

Derzeit geht man davon aus, dass durch die Heterogenität des Krankheitsbildes etwa 60 % der Demenzen auf bisher unbestimmte Faktoren zurückzuführen sind. Etwa 40 % basieren auf Risikofaktoren, die über den gesamten Lebenslauf entstehen und somit vermieden werden könnten. Neben der Abhängigkeit von Alter und Geschlecht kommen sozialen, lebensbedingten und gesundheitsbezogenen Faktoren eine wichtige Rolle zu (Killin, Starr, Shiue, & Russ, 2016). So ist das Bildungsniveau ein wichtiger Prädiktor der Gesamtgesundheit. Menschen mit einem hohen Bildungsniveau haben auch ein niedrigeres Demenzrisiko. Neben der erhöhten kognitiven Reservefähigkeit, den kognitiven Abbau auszugleichen, ist das Gesundheitsverhalten auch stark vom Bildungsniveau abhängig und beeinflusst das Demenzrisiko. Interessanterweise stellt eine Hörminderung im mittleren Lebensalter das größte vermeidbare Demenzrisiko dar (etwa 8 %). Es wird vermutet, dass Folgeerscheinungen wie beispielsweise eine Depression oder eine soziale Isolation diese Zusammenhänge partiell erklären. Weiterhin werden Schädelhirntraumata, Bluthochdruck, starker Alkoholkonsum und Adipositas als relevante Faktoren beschrieben. Auch komorbide Erkrankungen wie eine Depression, Einschränkungen der Mobilität oder Stoffwechselerkrankungen stellen vermeidbare Risikofaktoren dar. Daher ist eine effektive Demenzprävention vor allem in einer Reduktion lebensbedingter Risikofaktoren zu realisieren. Als wichtigste Einflussfaktoren werden derzeit neben einer gesunden Ernährung mit Fastenepisoden regelmäßige sportliche Aktivitäten intensiv untersucht (Escher & Jessen, 2019). Dennoch muss hier vor monokausalen Denkansätzen gewarnt werden, da eine sich chronisch entwickelnde Erkrankung naturgemäß vielen verschiedenen Einflussfaktoren unterliegt.

3. Diagnostische Kriterien einer Demenz

In der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) wird die Demenz wie folgt definiert: „Die Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD-10 über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“ In der Regel wird je nach Klinik eine leichtgradige, eine mittelschwere und schwere Demenz unterschieden.

Zusammenfassend sind vor allem drei Merkmale wesentlich. Erstens, es liegt eine chronische Erkrankung vor, die in der Regel progredient verläuft. Zweitens, es können sehr unterschiedliche kognitive Domänen betroffen sein und nicht nur wie oft angenommen das Gedächtnis. Drittens, eine Einschränkung mit alltagspraktischen Fähigkeiten ist erforderlich. Das heißt, eine vergessene Telefonnummer lässt nicht automatisch auf eine Demenz schließen, aber den Weg in einer bekannten Umgebung nicht wieder zu finden, sollte ein Alarmsignal darstellen.

4. Wesentliche Krankheitsbilder

4.1 Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT, ICD-10: F00.0 bis F00.9)

Die Diagnose Alzheimer-Demenz wird bei etwa zwei Drittel der klinisch untersuchten dementen Patienten gestellt und ist die bekannteste Demenzunterform. Ihre genaue Ätiologie (Ursache) ist noch unbekannt (Masters et al., 2015; Scheltens et al., 2021). Sie beginnt meist schleichend. Eine definitive Diagnose lässt sich nur anhand einer histopathologischen Untersuchung des Gehirns nach dem Tod stellen. In der Regel wird eine Diagnose anhand des klinischen Bildes und des Verlaufes der Erkrankung, anhand bildgebender Verfahren und der Untersuchung des Nervengewebes gestellt. Streng genommen müsste man immer von einer wahrscheinlichen DAT sprechen. Die typischen Veränderungen im Gehirn

sind die sogenannten Plaques, die Neurofibrillen und ein Verlust funktionsfähiger Neurone. Diese Veränderungen werden in meist geringerer Ausprägung auch bei anderen Demenzformen und bei nichtdementen alten Menschen nachgewiesen. Das Lebensalter ist der Hauptrisikofaktor für die Manifestation einer DAT. Die seltenen, vor dem 65. Lebensjahr auftretenden Alzheimer-Erkrankungen beruhen z.T. auf bereits bekannten autosomal-dominanten Mutationen. Die Erkrankung führt nach etwa acht Jahren zum Tode. Im zeitlichen Verlauf kann man zu Beginn geringe Auffälligkeiten der Sprache und Orientierung feststellen. Eine gedrückte Stimmung ist gerade zu Beginn häufig zu beobachten. Im mittleren Stadium verstärken sich die Symptome und sind mit weiteren Veränderungen (z. B. zunehmende Merkfähigkeitsstörungen) verbunden. Häufig werden die Symptome von den Patienten bagatellisiert. Die Persönlichkeitseigenschaften bleiben bei der DAT lange stabil. Im dritten Stadium sind dann Verhaltensauffälligkeiten sehr häufig, die sich ganz unterschiedlich äußern können (Zhao et al., 2016). So können z. B. Unruhe, die Störung des Tag-Nacht-Rhythmus, zeitweise Nahrungsverweigerung oder auch Aggressionen und Verfolgungserleben das klinische Bild dominieren. Am Ende der Erkrankung sind die Patienten häufig bettlägerig und immobil und versterben an einer zusätzlichen Erkrankung.

4.2 Die vaskuläre Demenz (VD)

Viele Patienten, die an einer Alzheimer-Demenz leiden, haben zusätzliche Gefäßveränderungen, die die Versorgung des Gehirns beeinflussen. Man spricht dann von einer gemischten Demenz (DAT und VD).

Davon sind reine vaskuläre Demenzen abzugrenzen. Sie sind nach der Alzheimer-Krankheit eine der häufigsten Demenzursachen und bedingen etwa 15 % der Fälle (O'Brien & Thomas, 2015; Roman, 2003). In der ICD-10 werden die vaskulären Demenzen als das Ergebnis eines Prozesses beschrieben, bei dem kleine Infarkte im Gehirn stattfinden. Sind Blutgefäße, die das Gehirn versorgen, verengt oder sogar verschlossen, führt das dazu, dass die Gehirnzellen nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden.

Die klinische Diagnose einer wahrscheinlichen VD erfordert das Vorliegen eines demenziellen Syndroms und den Bildgebungsnachweis einer relevanten Veränderung im Gehirn. Ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden ist wichtig und kann z. B. in klinisch-neurologischen Zeichen in der körperlichen Untersuchung gezeigt werden. Je nach betroffenem Hirnanteil und dem Ausmaß ist das klinische Bild und der Verlauf

sehr heterogen. Eine häufig verwendete Einteilung ist die in kortikale und subkortikale vaskuläre Demenzsyndrome. Das klinische Syndrom der kortikalen vaskulären Demenz ist durch das Vorherrschen sensomotorischer Defizite und durch einen abrupten Beginn der Symptomatik charakterisiert (z. B. nach Schlaganfall). Das klinische Syndrom der subkortikalen Demenz besteht aus kognitivem Syndrom (dysexekutives Syndrom und Gedächtnisdefizite) und einer Wesensveränderung (Depressivität, Persönlichkeitsveränderungen, Affektlabilität, psychomotorische Verlangsamung). Der Verlauf von Letzterem ist oft schleichend progredient. Es gibt keine kausale Therapie der VD. Ein großes Augenmerk liegt auch hier auf Präventionsstrategien insbesondere in der Kontrolle und Behandlung der vaskulären Risikofaktoren (z. B. Optimierung des Fett- und Zuckerstoffwechsels oder Einstellung des Blutdrucks).

4.3 Die Lewy-Körperchen-Demenz – ebenfalls eine Form der neurodegenerativen Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist ebenfalls eine häufige Form der neurodegenerativen Demenz. Nach dem lange angenommen wurde, dass sie die zweithäufigste Demenzform ist, gehen neuere Untersuchungen von einem Anteil von etwa 5 % aller Demenzfälle aus (Dodel et al., 2024; Hogan et al., 2016). Diagnostische Klassifikationssysteme unterscheiden zwischen Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz. Letztere entwickelt sich immer sekundär zur Parkinson-Krankheit. Die Lewy-Körperchen-Demenz beginnt weniger einheitlich. Die typische klinische Triade umfasst Parkinson-Symptome, fluktuierende kognitive Leistungen mit ausgesprochenen Schwankungen der Aufmerksamkeit und Vigilanz und rezidivierende visuelle Halluzinationen (Mosimanna, 2011). Bei der Hälfte der Patienten mit Lewy-Körperchen-Demenz tritt eine neuroleptische Überempfindlichkeit auf, d.h. sie reagieren bei der Verabreichung von typischen und atypischen Neuroleptika (Dopaminantagonisten) mit einem Parkinsonismus oder einer Bewusstseinstörung. Es ist daher wesentlich, dass diese Erkrankung von anderen Demenzerkrankungen unterschieden wird.

4.4 Die Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD; ICD-10: F02.0)

Frontotemporale Lobärdegeneration oder auch früher frontotemporale Demenz genannt, ist ein klinischer Oberbegriff, der eine Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen umfasst, die durch fortschreitende Defizite

im Verhalten, in der Exekutivfunktion oder in der Sprache gekennzeichnet sind (Bang, Spina, & Miller, 2015). FTLD ist eine häufige Demenzform, insbesondere bei Patienten unter 65 Jahren. Aufgrund der ausgeprägten Verhaltensmerkmale kann die Krankheit viele psychiatrische Störungen (z. B. Zwangserkrankungen, Angststörungen, bipolare Erkrankungen) imitieren. Nicht selten stehen Gedächtnisdefizite am Anfang nicht im Mittelpunkt der Erkrankung, sondern die Persönlichkeitsveränderungen. Verschiedene zugrunde liegende neuropathologische Entitäten führen zum klinischen Phänotyp der frontotemporalen Demenz, die alle durch die selektive Degeneration des frontalen und temporalen Kortex gekennzeichnet sind. Genetische Veränderungen sind ein wichtiger Risikofaktor für die Erkrankung. Fortschritte in der klinischen, bildgebenden und molekularen Charakterisierung haben die Genauigkeit der Diagnose der frontotemporalen Demenz erhöht und ermöglichen so eine genauere Unterscheidung dieser Syndrome von psychiatrischen Störungen.

Durch die Heterogenität degenerierender Hirnteile können zu Beginn der Erkrankung zwei Gruppen unterschieden werden: die Frontotemporale Demenz (FTD) mit führender Wesensveränderung und die Gruppe der Aphasien mit Sprachstörungen.

Zusammenfassend sollte bei deutlichen Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, welches stark von bekannten Mustern abweicht an eine solche Demenz gedacht werden. Nicht selten entwickeln die Patienten eigenartige Rituale, haben kaum Krankheitseinsicht oder werden delinquent ohne eine entsprechende Wahrnehmung. Die Diagnose kann neuropsychologisch und durch Nachweis der Veränderungen im Fronto- und Temporallappen in der radiologischen Bildgebung gestellt werden.

4.5 Sekundäre Demenzen und Pseudodemenz

Der Oberbegriff sekundäre Demenz wird kontrovers diskutiert. Er wird hier verwendet, um darauf hinzuweisen, dass einzelne Demenzentitäten auch im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten können. Als sekundäre Demenzen werden Erkrankungen bezeichnet, die als Folge struktureller, entzündlicher oder metabolischer Hirnerkrankungen auftreten, z.B. Demenz bei limbischer Enzephalitis, intrakraniell raumfordernden Prozessen, AIDS, Vitaminmangelzuständen, Alkoholabhängigkeitssyndromen oder auch bei einem Normaldruckhydrozephalus (Iglseider, 2014). Die symptomatische Natur dieser Erkrankungen ermöglicht potenziell eine kausale Therapie.

Kognitive Störungen, die im Rahmen von schweren Depressionen auftreten, werden manchmal als Pseudodemenz bezeichnet, um auszudrücken, dass nach Abklingen der Depression kognitive Fähigkeiten wiedererlangt werden. Auch dieser Begriff ist nicht unumstritten. In der Literatur wird der Anteil an reversiblen Demenzen mit 10 % angegeben. Das entspricht nicht der klinischen Erfahrung des Autors.

5. Behandlungsstandards

Die klinische Diagnose einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium ist offensichtlich, da die kognitiven Störungen kaum kaschiert werden können. Am Beginn der Erkrankung ist die Diagnose deutlich schwieriger zu stellen und kann mitunter auch erst im Verlauf definitiv festgelegt werden.

Als Standardprozeduren sollen hier das ärztliche Anamnesegespräch (einschließlich Fremdanamnese der Familienangehörigen), die klinische Untersuchung, die Bildgebung des Gehirns, eine neuropsychologische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten des Patienten sowie die Laboruntersuchungen von Blut und Nervenwasser des Gehirns genannt werden. In welchem Ausmaß die unterschiedlichen Verfahren eingesetzt werden, hängt sowohl vom klinischen Bild als auch vom Untersucher ab. Wie oben dargestellt, können definitive Diagnosen in der Regel erst post mortem gestellt werden.

Die Behandlung von primären Demenzen (4.1–4.4) ist bisher nicht kausal möglich. Prinzipiell werden pharmakologische von nicht-pharmakologischen Interventionsstrategien unterschieden. Es sollte vor der Behandlung mit den Patienten und gegebenenfalls mit den Angehörigen das Ziel der Behandlung festgelegt werden.

5.1 Pharmakologische Interventionsstrategien

Für die DAT gilt, dass der Verlauf und die Symptome durch verschiedene Medikamente modifiziert werden können. So zeigen Studien, dass Medikamente, die den Neurotransmitter Acetylcholin erhöhen (Acetylcholinesteraseinhibitoren), den Verlauf um einige Monate verzögern können. Diese Medikamente scheinen auch die Symptomatik der Lewy-Körperchen-Demenz positiv zu beeinflussen. Sie sind allerdings nur für die leichte und mittelschwere DAT zugelassen und die Wirksamkeit scheint in früheren Stadien auch höher zu sein. Für die vaskuläre Demenz und

die Frontotemporale Demenz gibt es keine zugelassene pharmakologische Therapie.

Inwieweit die verschiedenen Antikörpertherapien zur Behandlung der Alzheimerdemenz in den nächsten Jahren klinische Routineanwendung finden werden, wird von den Studienergebnissen maßgeblich abhängen (Frolich & Hausner, 2021). Trotz intensiver Forschung sind diese Therapien zurzeit noch mit einem hohen Nebenwirkungsrisiko verbunden.

In den späteren Stadien werden vor allem die Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten pharmakologisch behandelt. So können Unruhe, Depressivität und Angst, Schlafstörungen, Aggressivität oder Halluzinationen mit Psychopharmaka erfolgreich behandelt werden.

5.2 Nicht-pharmakologische Interventionsstrategien

Diese Therapien sollen helfen, kognitive Fähigkeiten aufrechtzuerhalten, die Lebenszufriedenheit zu erhöhen und somit das Wohlbefinden der Patienten zu fördern. Eine ganze Reihe therapeutischer Möglichkeiten stehen zu Verfügung, die z. T. im vorliegenden Buch Erwähnung finden. Zu nennen wären z. B. das Gedächtnistraining, die Ergotherapie, die Logotherapie, die Musiktherapie oder auch Bewegungstherapie. Es gibt noch viele weitere Behandlungsmöglichkeiten. So kann in sehr frühen Stadien auch eine Psychotherapie die Krankheitsverarbeitung positiv beeinflussen. Allerdings sollte auch hier das Behandlungsziel klar festgelegt werden. Jedwede Überforderung muss strikt vermieden werden. Nicht-pharmakologische Interventionsstrategien sollten für einzelne Symptome zum Einsatz kommen, um diese zu lindern beziehungsweise die Lebenszufriedenheit zu erhöhen. Grundsätzlich lässt sich der Verlauf der Erkrankung nur sehr eingeschränkt mit diesen Behandlungen beeinflussen. Im täglichen Umgang mit den Patienten spielen sie dennoch eine sehr wichtige Rolle.

Literatur

- Bang, J., Spina, S., & Miller, B.L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, 386(10004), 1672–1682. doi:10.1016/S0140-6736(15)00461-4
- Dodel, R., Berg, D., Duning, T., Kalbe, E., Meyer, P.T., Ramirez, A., ... Jessen, F. (2024). [Dementia with Lewy bodies: old and new knowledge – Part 2: treatment]. *Nervenarzt*, 95(4), 362–367. doi:10.1007/s00115-023-01577-2

- Escher, C., & Jessen, F. (2019). [Prevention of cognitive decline and dementia by treatment of risk factors]. *Nervenarzt*, 90(9), 921–925. doi:10.1007/s00115-019-0759-6
- Frolich, L., & Hausner, L. (2021). [Disease-modifying treatment approaches for Alzheimer's disease]. *Nervenarzt*, 92(12), 1239–1248. doi:10.1007/s00115-021-01222-w
- Georges, D. (2023). Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. *Journal of Health Monitoring*, 8(23), 20.
- Hogan, D.B., Fiest, K.M., Roberts, J.I., Maxwell, C.J., Dykeman, J., Pringsheim, T., ... Jette, N. (2016). The Prevalence and Incidence of Dementia with Lewy Bodies: a Systematic Review. *Can J Neurol Sci*, 43 Suppl 1, S83–95. doi:10.1017/cjn.2016.2
- Iglseder, B. (2014). Sekundäre Demenzen. *Psychopraxis.Neuropsychiatrie*, 17, 5.
- Killin, L.O., Starr, J.M., Shiue, I.J., & Russ, T.C. (2016). Environmental risk factors for dementia: a systematic review. *BMC Geriatr*, 16(1), 175. doi:10.1186/s12877-016-0342-y
- Masters, C.L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C.C., Sperling, R.A., & Cummings, J.L. (2015). Alzheimer's disease. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15056. doi:10.1038/nrdp.2015.56
- Mosimanna, U.P.M., R.M. (2011). Lewy-Körperchen-Demenz – ein Update. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(2), 5.
- O'Brien, J.T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *Lancet*, 386(10004), 1698–1706. doi:10.1016/S0140-6736(15)00463-8
- Roman, G.C. (2003). Vascular dementia: distinguishing characteristics, treatment, and prevention. *J Am Geriatr Soc*, 51(5 Suppl Dementia), S296–304. doi:10.1046/j.1532-5415.5155.x
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chetelat, G., Teunissen, C.E., ... van der Flier, W.M. (2021). Alzheimer's disease. *Lancet*, 397(10284), 1577–1590. doi:10.1016/S0140-6736(20)32205-4
- Thyrian, J.R., Boekholt, M., Hoffmann, W., Leiz, M., Monsees, J., Schmachtenberg, T., ... Stentzel, U. (2020). [The prevalence of people with dementia in Germany – A nationwide analysis at the district level]. *Nervenarzt*, 91(11), 1058–1061. doi:10.1007/s00115-020-00923-y

- Zhang, X.X., Tian, Y., Wang, Z.T., Ma, Y.H., Tan, L., & Yu, J.T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *J Prev Alzheimers Dis*, 8(3), 313–321. doi:10.14283/jpad.2021.15
- Zhao, Q.F., Tan, L., Wang, H.F., Jiang, T., Tan, M.S., Tan, L., ... Yu, J.T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 190, 264–271. doi:10.1016/j.jad.2015.09.069