



Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten

Autorinnen und Autoren: Alexander Rommel¹, Beate Gaertner¹, Hannelore Neuhauser¹, Dinara Yessimova¹, Helmut Schröder², Gabriela Brückner², Katrin Schüssel², Michael Porst¹

Institution: ¹ Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin ² AOK-Bundesverband, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

Abstract

Hintergrund: Im Rahmen der Krankheitslaststudie für Deutschland werden bevölkerungsbezogene Prävalenzen für wichtige Erkrankungen bestimmt. Dadurch lassen sich auch regionale Muster und zeitliche Trends darstellen.

Methode: Die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung wurde für die Jahre 2017 bis 2022 jeweils im Querschnitt auf Ebene der Raumordnungsregionen mithilfe von Krankenkassenroutinedaten der AOK-Versicherten alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert geschätzt (administrative Prävalenz).

Ergebnisse: Für das Jahr 2022 ergibt sich eine Prävalenz von Demenzerkrankungen in Höhe von 2,8 % in der Bevölkerung ab 40 Jahren in Deutschland. Bei Frauen liegt die Prävalenz bei 3,3 %, bei Männern bei 2,4 %. Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit von Demenzerkrankungen stark zu. So betrug die Prävalenz bei den ab 65-Jährigen 6,9 %. Im Zeitverlauf zeigt sich zwischen 2017 und 2022 eine leicht abnehmende Tendenz. Die altersstandardisierte regionale Verteilung zeigt ein klares Muster in Richtung einer höheren Prävalenz in Ostdeutschland und im Osten Bayerns.

Schlussfolgerungen: Gemessen an der administrativen Prävalenz bleibt die Bedeutung von Demenzerkrankungen für die Bevölkerungsgesundheit weitgehend stabil. Mit Blick auf den demografischen Wandel ist jedoch damit zu rechnen, dass die Zahl der von Demenz Betroffenen zunimmt. Die Prävention beeinflussbarer Risikofaktoren ist daher insbesondere in der mittleren Lebensphase essenziell.

Keywords: Demenz, Prävalenz, Zeitlicher Trend, Morbidität, Risikofaktoren, Altersverteilung, Krankenkassenroutinedaten, Sekundärdatenanalyse, Public Health

Dieser Artikel ist Teil einer Beitragsreihe mit standardisierten Auswertungen für die Krankheitslaststudie für Deutschland des Robert Koch-Instituts.

1. Einleitung

Zur Unterstützung gesundheitspolitischer Entscheidungen ist die Bewertung der Krankheitslast der Bevölkerung (engl. *burden of disease*) von wachsender Bedeutung. Indikatoren der Krankheitslast stellen auf der Ebene der Bevölkerungsgesundheit den „Verlust“ an Lebensjahren dar, der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und frühzeitiges Versterben verursacht wird. Die Entwicklung der Methoden geht ursprünglich auf die Global-Burden-of-Disease-Studie (kurz GBD) zurück [1–3]. Krankheitslastindikatoren machen die Auswirkungen unterschiedlicher Erkrankungen vergleichbar und erlauben Rückschlüsse auf regionale Unterschiede und zeitliche Entwicklungen der Bevölkerungsgesundheit. Im Rahmen der Krankheitslaststudie für Deutschland wird diese Methodik adaptiert und für Erkrankungen und Verletzungen mit hoher Public-Health-Relevanz angewendet [4, 5].

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 17.12.2024
Akzeptiert: 17.03.2025
Veröffentlicht: 31.03.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Rommel A, Gaertner B, Neuhauser H, Yessimova D, Schröder H, Brückner G, et al. Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. J Health Monit. 2025;10(1):e 13078. doi: 10.25646/13078

Dr. Alexander Rommel
RommelA@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit

Kernaussagen

- ▶ Im Jahr 2022 hatten 2,8% der Menschen ab 40 Jahren in Deutschland eine diagnostizierte Demenz.
- ▶ Bei Frauen betrug die Prävalenz 3,3%, bei Männern 2,4%.
- ▶ Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit von Demenzerkrankungen stark zu, bei den ab 65-Jährigen betrug sie 6,9%.
- ▶ Die regionale Verteilung zeigt höhere Prävalenzen in Ostdeutschland.
- ▶ Im Zeitverlauf geht die Prävalenz zwischen 2017 und 2022 leicht zurück.

Für die Berechnung der morbiditätsbezogenen Krankheitslast werden bevölkerungsweite Prävalenzen von Erkrankungen und Verletzungen benötigt. Diese haben für sich genommen einen großen Informationswert für die Public-

Health-Forschung und füllen bestehende Informationslücken bei Erkrankungen, bei denen umfassende epidemiologische Beschreibungen selten sind oder gar nicht durchgeführt werden.

Demenzerkrankungen (kurz: Demenz) sind eine wichtige Ursache der Krankheitslast in der Bevölkerung und weisen eine hohe Public-Health-Relevanz auf ([Infobox](#)). Der vorliegende Beitrag berichtet die Prävalenz von Demenzerkrankungen, die im Rahmen der Krankheitslaststudie des Robert Koch-Instituts ermittelt wurde. Dabei orientiert er sich am Standard für die Berichterstattung von Sekundärdatenanalysen in Deutschland [6].

2. Methode

Die vorliegende Analyse greift auf Routinedaten von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zurück. Diese entstehen vornehmlich bei der Kostenabrechnung zwischen Leistungserbringenden (z. B. Krankenhäusern) und Kostenträgenden (Krankenkassen) im Gesundheitswesen und werden erst nachträglich für Forschungszwecke nutzbar

Infobox Demenz

Demenz ist durch einen fortschreitenden irreversiblen Verfall von Hirnstrukturen gekennzeichnet, der mit einem Abbau kognitiver Fähigkeiten wie beispielsweise Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit und Konzentration, aber auch mit Veränderungen der Persönlichkeit, der Emotionen und der sozialen Kompetenzen einhergeht [7]. Die Entstehung der Erkrankung verläuft schleichend über mehrere Jahre bis Jahrzehnte. Dabei sind verschiedene Ursachen, Schweregrade und Verläufe möglich. Die Betroffenen sind zunehmend in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer unabhängigen Lebensführung eingeschränkt, so dass sie auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind. Es gibt verschiedene Formen und Ursachen von Demenz. Etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen sind Alzheimer-Demenzen [8]. Die zweithäufigste Form ist die vaskuläre Demenz, die u. a. durch wiederholte kleine Schlaganfälle verursacht wird [9]. Der Verlauf kann durch medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungen (z. B. Gedächtnistraining) positiv beeinflusst, die Erkrankung aber nicht geheilt werden. Die Prävalenz der meisten Demenzerkrankungen nimmt erst ab einem Alter von etwa 65 Jahren deutlich zu. Dennoch kann eine Demenz auch in jüngeren Jahren auftreten, z. B. die frontotemporale Demenz, die vorwiegend den Frontal- und Temporallappen des Gehirns betrifft und mit Verhaltensauffälligkeiten einhergeht [10]. Als beeinflussbare

Risikofaktoren von Demenz gelten soziale (niedriges Bildungsniveau, soziale Isolation) und umweltassoziierte Faktoren (Luftverschmutzung), verhaltensbezogene (Rauchen, körperliche Inaktivität, Alkoholisikokonsum) und metabolische Risiken (Bluthochdruck, erhöhtes LDL-Cholesterin, Adipositas) sowie bestimmte Erkrankungen (Depressionen, Diabetes mellitus, Hör- und Sehverlust, Kopfverletzungen). Laut der Lancet-Commission on dementia könnte derzeit etwa die Hälfte aller Demenzfälle durch die Prävention veränderbarer Risikofaktoren verzögert oder vermieden werden [11].

Demenz geht mit komplexen Pflegebedürfnissen und einem hohen Grad an Abhängigkeit und Morbidität in den späteren Stadien einher. Demenz erfordert daher eine Reihe von Dienstleistungen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors, wie z. B. primäre Gesundheitsversorgung, spezialisierte Gesundheitsversorgung, gemeindenahere Dienste, Rehabilitation, Langzeitpflege und Palliativversorgung. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) empfiehlt vor diesem Hintergrund, die medizinische Primärversorgung in multidisziplinäre und modular aufgebaute Versorgungsmodelle zu integrieren und neben den Betroffenen selbst auch die Bedarfe pflegender Angehöriger in den Blick zu nehmen [12].

gemacht (Sekundärdatenanalyse). GKV-Routinedaten werden fortlaufend erhoben und erlauben neben Trendanalysen auch kleinräumige Darstellungen. Die Daten umfassen als wichtigste Informationen für die Bestimmung der Prävalenz (i) Diagnosen nach der 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM), (ii) Leistungen nach der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen (OPS) und (iii) Arzneimittelverordnungen, die über die Pharmazentralnummer (PZN der Klassifikation nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Systematik) zugeordnet werden können [13].

Die zugrundeliegende Methodik zur Ermittlung von Prävalenzen auf Basis von GKV-Routinedaten besteht aus drei Schritten: erstens der Festlegung des Prävalenzkonzepts in der Versichertengrundgesamtheit (siehe 2.1), zweitens der Entwicklung der Falldefinition zur Ermittlung von erkrankten Personen (Aufgreifkriterien) (siehe 2.2) und drittens einer alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierenden Hochrechnung der Prävalenzen auf die Bevölkerung unter Anwendung regressionsanalytischer Verfahren, so dass Aussagen für alle Einwohnerinnen und Einwohner in den Regionen Deutschlands getroffen werden können (siehe 2.3).

2.1 Versichertengrundgesamtheit und Prävalenzkonzept der 1-Jahres-Prävalenz von Demenzerkrankungen

Zur Bestimmung der betroffenen Personen werden anonymisierte Krankenkassenroutinedaten der etwa 27 Millionen AOK-Versicherten aus den Jahren 2017 bis 2022 in einem Querschnittsdesign untersucht [14, 15]. Die Prävalenz ist definiert als der Anteil Erkrankter an allen in der Studie be-

trachteten Personen im Beobachtungszeitraum. In Analysen mit GKV-Routinedaten ist zu beachten, dass die zugrundeliegende Versichertenpopulation eine offene, dynamische Kohorte mit Zu- und Abwanderungen aufgrund natürlicher Bevölkerungsbewegungen (Geburt, Tod) oder Änderungen im Versicherungsverlauf einer Person (z. B. Wechsel der Krankenversicherung) ist. Daher basieren alle Berechnungen nicht auf Personen, sondern auf beobachteten Versicherungszeiten in Tagen [16]. Versicherungszeiten von Neugeborenen oder Verstorbenen sowie von Personen mit einem Wechsel der Versicherung können so anteilig berücksichtigt werden. Die Ermittlung der Versichertenzeiten und die regionale Zuordnung der Versicherten erfolgen jeweils unterjährig quartalsweise. Die Versichertengrundgesamtheit und damit der Nenner der Prävalenzschätzung ergibt sich schließlich als Gesamtzahl der je Quartal beobachteten Versicherungszeiten für das jeweilige Berichtsjahr [16].

2.2 Falldefinition von Demenz

Für die Aufgreifkriterien für Personen mit prävalenten Demenzerkrankungen wurde in Zusammenarbeit mit fachlich ausgewiesenen internen sowie externen Expertinnen und Experten eine Falldefinition entwickelt. Der Analysezeitraum bezieht sich jeweils auf einen 12-Monats-Zeitraum. Die Aufgreifkriterien beruhen auf ICD-10-GM-kodierten Diagnosen (Tabelle 1). Weitere Informationen, wie z. B. Arzneimittelgaben, wurden nicht berücksichtigt.

Da es sich bei den einbezogenen Diagnosen um stark altersassoziierte Erkrankungen handelt, wurden Demenzdiagnosen unter 40 Jahren nicht eingeschlossen. Es wurden dementsprechend bei der Bestimmung der erkrankten Personen (Zähler) Demenzdiagnosen bei allen Personen der

Tabelle 1: Aufgreifkriterien zur Definition der Prävalenz von Demenzerkrankungen mit AOK-Routinedaten

Versorgungssektor	Stationärer Sektor ¹ : Hauptdiagnosen	Weitere Diagnosen		
		Stationärer Sektor ¹ : Nebendiagnosen	Besondere ambulante Versorgung ²	Ambulant vertragsärztlich ³
Einschlusskriterium				
Kriterium	Mindestens eine Diagnose im Analysezeitraum	Diagnose in mindestens zwei Quartalen im Analysezeitraum ⁴		
Codes		ICD-10-GM: F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit F01 Vaskuläre Demenz F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten F03 Nicht näher bezeichnete Demenz G30 Alzheimer-Krankheit G31.0 Umschriebene Hirnatrophie G31.82 Lewy-Körper-Krankheit		

¹ Stationäre Fälle (§ 301 Abs. 1 SGB V): voll- und teilstationär, abgeschlossene Fälle (Entlassdiagnosen)

² Fälle der besonderen ambulanten Versorgungsbereiche (§§ 115b, 116b, 117 Abs. 1 bis 3, 118, 119, 119c, 120, 140a SGB V) (v. a. ambulante Versorgung am Krankenhaus)

³ Fälle der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztinnen und -ärzte (§ 295 Abs. 2 SGB V); Diagnosekennzeichen „gesichert“

⁴ Sogenanntes M2Q-Kriterium

ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Deutsche Modifikation, SGB = Sozialgesetzbuch

Versichertengrundgesamtheit ab einem Alter von 40 Jahren berücksichtigt. Die Kriterien wurden jeweils in allen Quartalen des Berichtsjahres angelegt, wobei ausgehend von dem betrachteten Quartal jeweils drei Quartale zurückgeblickt wurde, um insgesamt einen Analysezeitraum von vier Quartalen zur Ermittlung der 1-Jahres-Prävalenzen zu berücksichtigen. Zur Ermittlung der Anzahl der erkrankten Personen und damit des Zählers der Prävalenzberechnung wurden schließlich die beobachteten Personenzeiten der Fälle aus den Quartalen des Berichtsjahres aufsummiert.

2.3 Statistische Methoden

Da das Versichertenkollektiv einer Krankenkasse keine Zufallsstichprobe der Allgemeinbevölkerung und damit nicht bevölkerungsrepräsentativ ist [15, 17–20], müssen kassenspezifische Prävalenzen auf die Bevölkerung hochgerechnet werden. Aufgrund der regional unterschiedlichen Verteilung der Bevölkerung auf einzelne Krankenkassen erfolgt diese Hochrechnung differenziert nach Regionen [21]. In diesem regressionsanalytischen Verfahren werden als Hilfsinformationen regional verfügbare Statistiken zu stationären Diagnosehäufigkeiten und zur demografischen Struktur der Bevölkerung auf Ebene der 400 Kreise bzw. kreisfreien Städte in Deutschland verwendet [22, 23]. So können neben den demografischen Unterschieden auch krankenkassenspezifische Morbiditätsunterschiede gegenüber der Bevölkerung in Deutschland korrigiert (morbiditätsadjustiert) und kleinräumig differenziert werden. Das Verfahren wurde am Beispiel von Typ-2-Diabetes entwickelt und plausibilisiert [21]. Es wurde für Demenzerkrankungen adaptiert, um für jedes Berichtsjahr Krankheitshäufigkeiten für Demenzerkrankungen für die gesamte Bevölkerung Deutschlands auf Ebene der 96 Raumordnungsregionen zu schätzen.

Bei der Hochrechnung der Prävalenzen werden aus Gründen der Modellstabilität einzelne Altersgruppen in breitere Altersklassen zusammengefasst, so dass nicht immer eine

Prävalenz für jede 5-Jahres-Altersgruppe vorliegt. Um eine Stratifizierung auf dieser Detailebene zu ermöglichen, wird ein spezielles Verfahren zur Modellierung fehlender altersgruppenspezifischer Prävalenzen angewendet. Hierzu werden die geschlechtsspezifischen Prävalenzverläufe der AOK-Population entlang der 5-Jahres-Altersgruppen (Rohdaten) auf die (zusammengefassten) Altersklassen der Hochrechnung übertragen. Als Zielgröße für die Modellierung dient die hochgerechnete Gesamtprävalenz in der zusammengefassten Altersklasse. Die statistische Unsicherheit wird aus der Varianz der morbiditätsadjustierten Gesamtprävalenz abgeleitet. Darüber hinaus werden die Ergebnisse zur Darstellung von Karten und zeitlichen Trends anhand der Europäischen Standardbevölkerung 2013 altersstandardisiert [24].

3. Ergebnisse

Im Jahr 2022 waren 2,8% der Bevölkerung ab 40 Jahren in Deutschland von einer Demenzerkrankung betroffen (administrative Prävalenz). Dies entspricht nahezu 1,4 Millionen Personen. Bei Frauen lag die Prävalenz bei 3,3%, bei Männern bei 2,4%. Mit dem Alter nimmt die Prävalenz von Demenzerkrankungen stark zu. Bei Personen ab 65 Jahren liegt die Prävalenz bei 6,9%. Unter den 95-Jährigen und Älteren sind 32,7% der Frauen und 27,4% der Männer von einer Demenzerkrankung betroffen. Geschlechterunterschiede im Sinne einer höheren Prävalenz bei Frauen bestehen besonders unter Hochaltrigen (Abbildung 1, Annex Tabelle 1).

Die regionale Verteilung zeigt auch nach Altersstandardisierung ein klares Muster in Richtung einer höheren Prävalenz von Demenzerkrankungen in einigen Regionen im Westen Deutschlands und in Bayern und sowie besonders in den östlichen Bundesländern. Der Unterschied ist also nicht vornehmlich auf die im Mittel ältere Bevölkerung in diesen Regionen zurückzuführen (Abbildung 2).

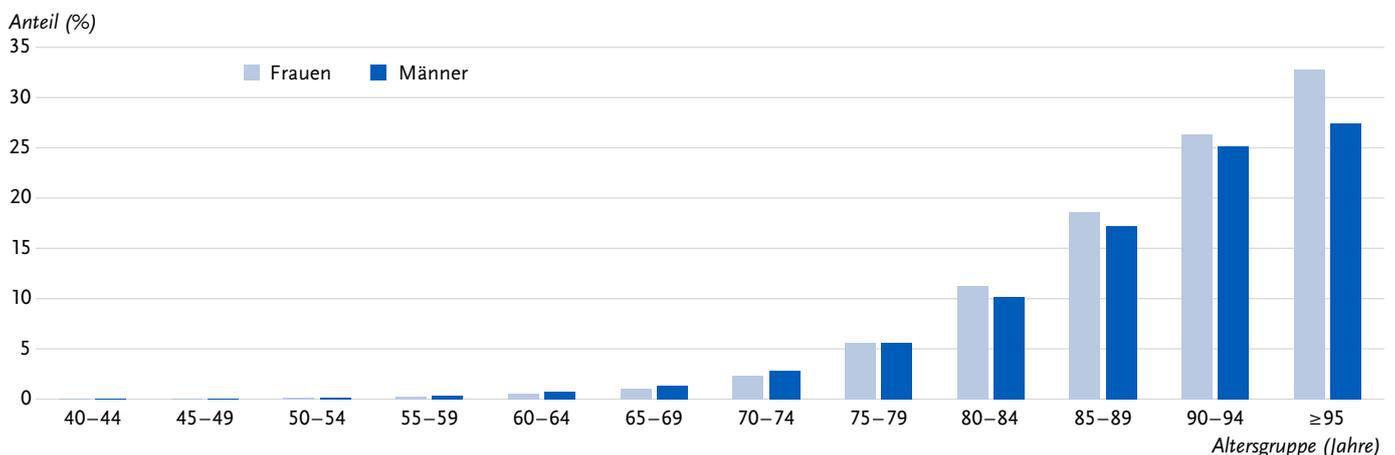


Abbildung 1: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht (Bevölkerung im Alter ab 40 Jahren in %). Quelle: Krankheitslaststudie für Deutschland (AOK-Routinedaten 2022, alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert und hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands)

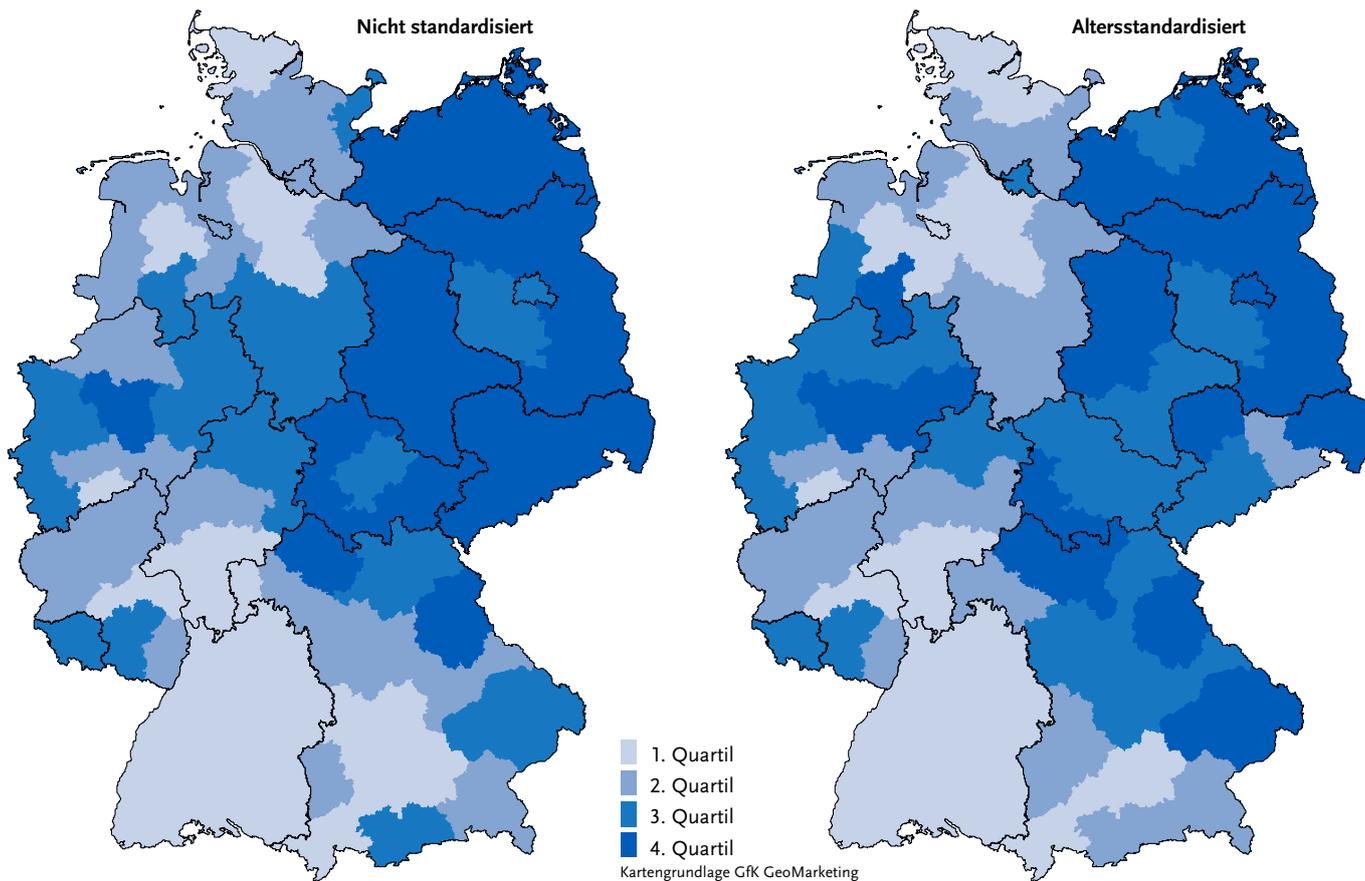


Abbildung 2: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Raumordnungsregionen (Bevölkerung im Alter ab 40 Jahren in %, Quartile). Quelle: Krankheitslaststudie für Deutschland (AOK-Routinedaten 2022, alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert und hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands)

Im Zeitverlauf ergab sich zwischen 2017 und 2022 ein Rückgang der Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland um nahezu 0,6 Prozentpunkte ([Abbildung 3](#), [Annex Tabelle 2](#)). Bei den 95-Jährigen und Älteren gab es den stärksten Rückgang um gut 6 Prozentpunkte von 37,9 % auf 31,5 %.

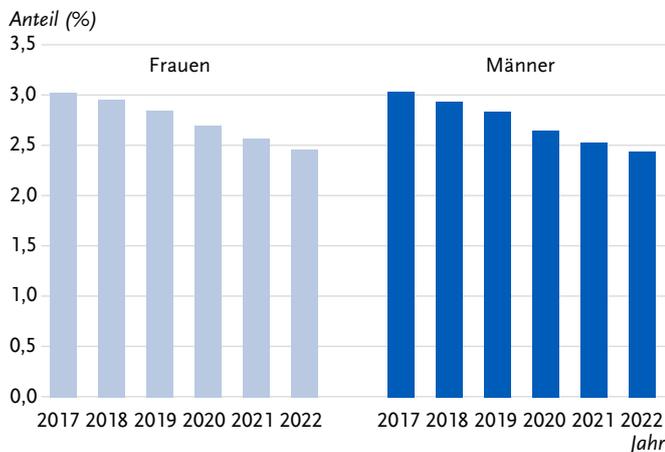


Abbildung 3: Prävalenz von Demenzerkrankungen im Trend (Bevölkerung im Alter ab 40 Jahren, altersstandardisiert in %). Quelle: Krankheitslaststudie für Deutschland (AOK-Routinedaten 2017–2022, alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert und hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands)

4. Diskussion

In Deutschland haben im Jahr 2022 geschätzt 2,8 % der Bevölkerung ab 40 Jahren eine Demenz-Diagnose. Bei den ab 65-Jährigen betrug die Prävalenz 6,9 %. Insbesondere bei hochaltrigen Menschen ist die Prävalenz bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Demenzen sind eine Gruppe stark altersassoziiertes Erkrankungen, sie nehmen in höheren Altersgruppen stark zu. In jüngeren Jahren ist die Erkrankung sehr selten. Die regionale Verteilung zeigt altersstandardisiert höhere Prävalenzen in Ostdeutschland, aber auch in Teilen Bayerns, im Ruhrgebiet und im Saarland. Im Zeitverlauf findet sich ein Rückgang der Prävalenz von Demenzerkrankungen zwischen den Jahren 2017 und 2022.

Der Gesundheitsatlas der AOK legt eine vergleichsweise weniger strenge Definition an und gibt eine um etwa 0,3 Prozentpunkte höhere Prävalenz aus. Viele Schätzungen gehen zudem von absoluten Zahlen zwischen 1,6 und 1,8 Millionen Betroffenen in Deutschland aus und liegen damit höher als die hier berichteten 1,4 Millionen [7, 25–27]. Teilweise kann dies daran liegen, dass in der vorliegenden Studie nur Fälle mit gesicherter Diagnose und Folgediagnose im Jahreszeitraum eingeschlossen wurden. Es fällt aber auf, dass viele der höheren Angaben ebenfalls mit Unsicherheit behaftet sind, da sie teilweise auf internationale Schätzungen zurückgreifen

die nicht direkt aus Daten aus Deutschland stammen [25, 27–29]. So zeigen die vorliegenden Ergebnisse auch eine niedrigere Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland als die Schätzungen aus der internationalen GBD-Studie. Die GBD-Studie gibt für Deutschland insgesamt mit 2,45 % eine fast so hohe Bevölkerungsprävalenz aus wie die hier berichtete Prävalenz für 40-Jährige und Ältere. Der AOK-Gesundheitsatlas berechnet für die Gesamtbevölkerung nur eine Prävalenz von 1,7 % [30]. Zudem liegt die Prävalenz für Deutschland in der GBD-Studie deutlich höher als bspw. für die USA (1,5 %), das Vereinigte Königreich (1,4 %) oder Österreich (1,7 %). Darüber hinaus schätzt GBD generell eine im Zeitverlauf weiterhin ansteigende Prävalenz [31]. Dieser Trend steht nicht im Einklang mit den vorliegenden und weiteren Studienergebnissen, die überwiegend von einer abnehmenden relativen Häufigkeit von Demenzerkrankungen ausgehen [30, 32]. Da die GBD-Studie auf Modellierungen einer Vielzahl internationaler Datenquellen beruht, sind diese Diskrepanzen schwer zu erklären.

Darüber hinaus stimmen die Ergebnisse in vielen Aspekten mit der bisher vorliegenden Evidenz überein [7, 26, 33]. Durch die höhere Prävalenz bei Frauen insbesondere in hohen Altersgruppen und die höhere Lebenserwartung von Frauen sind etwa zwei Drittel der Menschen mit Demenz weiblich [25]. Die Ursachen hierfür sind nicht vollständig geklärt. Neben medizinischen Faktoren ist eine Ursache in der geringeren Bildung von Frauen älterer Geburtskohorten zu vermuten [34, 35]. Die im Zeitverlauf rückläufige Prävalenz bestätigt frühere Befunde von Auswertungen deutscher Routinedaten [26, 30] ebenso wie die internationaler Kohortenstudien, die mehrheitlich ebenfalls rückläufige Erkrankungsdaten für Demenz berichten [11, 32, 36, 37]. Gründe hierfür werden in einem Anstieg des Bildungsniveaus der Bevölkerung sowie im Rückgang bspw. kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Rauchen bzw. einer besseren Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen vermutet [11, 26, 32, 36]. Allerdings gilt auch für Deutschland, dass der Prävalenzrückgang durch die demografische Alterung der Bevölkerung mehr als aufgewogen wird. In den kommenden Jahrzehnten ist daher zunächst mit einem deutlichen Anstieg der absoluten Zahlen demenzerkrankter Personen zu rechnen [25], bis es ab etwa 2050 unter Annahmen präventiver Effekte wiederum zu einem Rückgang kommen kann [7].

Auffällig ist zudem das regionale Muster in der Häufigkeit von Demenz. Dieses folgt, insbesondere was die höheren Prävalenzen in den ostdeutschen Regionen, im Saarland und einigen Regionen Nordrhein-Westfalens angeht, der regional ungleich verteilten sozialen Deprivation in Deutschland. Soziale Deprivation wird unter anderem durch Einkommen und Beschäftigung bestimmt und ist z. B. mit kardiovaskulären Demenzrisikofaktoren assoziiert [38, 39]. Hier könnten insbesondere Demenzrisikofaktoren, die vor

30 Jahren regional ungleich verteilt und in Ostdeutschland häufiger waren, eine wichtige Rolle spielen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas, Alkoholkonsum) [39, 40]. Da die administrativen Prävalenzen einiger dieser Risikofaktoren (Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas) bis heute in Ostdeutschland sowie einigen Regionen Westdeutschlands und in Nordostbayern deutlich höher sind [30], könnten diese regionalen Unterschiede langfristig bestehen bleiben [30]. Andere Analysen auf Basis von GKV-Routinedaten zeigen dieses Muster in ähnlicher Weise [30, 41], wohingegen Studien, welche die Projektion der altersspezifischen Prävalenzen für Deutschland auf die regionale Bevölkerungsstruktur zugrundelegen, keine höheren Prävalenzen in Bayern ergeben [27]. Dies lässt darauf schließen, dass die Demenzprävalenzen in einigen Regionen Bayerns höher liegen als es nach der Altersstruktur der Regionen zu erwarten wäre. Wie bereits erläutert, kann dies einerseits an der regionalen Verteilung von Risikofaktoren für Demenz liegen. Andererseits ist auch denkbar, dass die Ergebnisse aus den GKV-Routinedaten durch Versorgungsstrukturen wie regionale Arztdichten beeinflusst sind. Im Osten Bayerns findet sich beispielsweise keine überdurchschnittliche Konzentration an nervenärztlichen Praxen aber eine relativ hohe Dichte an hausärztlicher Versorgung [42]. Inwieweit dies mit höheren diagnostizierten Prävalenzen in Verbindung zu bringen ist, sollten zukünftige Untersuchungen genauer in den Blick nehmen.

Die vorliegenden Analysen beruhen auf GKV-Routinedaten. Diese haben unter anderem den Vorteil, dass einige typische Fehlerquellen von Primärdatenerhebungen wie z. B. Befragungen ausgeschlossen sind. Dazu zählen Verzerrungen durch Erinnerungslücken von Befragten (Recall-Bias), Non-Response oder die geringere Teilnahme schwer erreichbarer Personengruppen [43]. Als Limitierung ist zu berücksichtigen, dass GKV-Routinedaten primär Informationen enthalten, die für die Kostenabrechnung relevant sind (siehe 2.). Eine Nichtanspruchnahme des Gesundheitswesens, fehlende Dokumentation von Diagnosen und finanzielle Anreize zur Abrechnungsoptimierung können zu Fehlklassifikationen und Verzerrungen in den Daten führen [43, 44]. Die Nichtanspruchnahme ist bei vielen Krankheiten wenig relevant, wenn diese, wie z. B. Schlaganfälle, so schwerwiegend sind, dass sie in der Regel zu einem ärztlichen Kontakt oder Krankenhausaufenthalt führen. Allerdings kann es zur Fehlerfassung (Überschätzung oder Unterschätzung) von erkrankten Personen kommen, wenn Diagnosen falsch oder gar nicht kodiert werden.

Um Fehlklassifikationen in den Krankenkassenroutinedaten zu minimieren, wurden jeweils krankheitsspezifische Falldefinitionen erarbeitet, die Validierungskriterien zur Plausibilisierung nutzen [16, 44, 45]. So wurden die Fälle mit Demenzdiagnose als stationäre Nebendiagnose oder als ambulante, gesicherte Diagnose durch das M2Q-Kriterium (Dia-

gnose in mindestens zwei Quartalen im Analysezeitraum intern validiert. Dennoch ist davon auszugehen, dass es bei der Messung der Demenzprävalenz in Routinedaten durchaus zu einer Untererfassung von Demenzfällen kommt, da die Erkrankung häufig erst einige Zeit nach Symptombeginn diagnostiziert wird. So gibt es bspw. Hinweise, dass die Diagnosestellung bei Demenzerkrankungen aufgrund fehlender therapeutischer Möglichkeiten häufig herausgezögert wird [46]. Die vorliegende Schätzung ist resümierend etwas konservativer zu bewerten als jene aus Studien, die nicht auf Abrechnungsdaten beruhen.

Weitere Limitierungen der Ergebnisse beruhen auf den statistischen Verfahren zur Hochrechnung und zur Modellierung der Altersverläufe in den 5-Jahres-Gruppen. Das Hochrechnungsverfahren verwendet die Diagnosehäufigkeiten aller stationären Fälle der Krankenhäuser in Deutschland zur Bereinigung krankenkassenspezifischer Morbiditätsunterschiede gegenüber der Bevölkerung und wurde am Beispiel des Typ-2-Diabetes entwickelt und plausibilisiert [21]. Im Analogieschluss wird angenommen, dass die geschätzten Prävalenzen nicht mehr die krankenkassenspezifische Morbidität, sondern jene der Bevölkerung widerspiegeln. Zur Modellierung der Altersverläufe wurde angenommen, dass der Altersverlauf von Demenzerkrankungen unter den AOK-Versicherten auf die zusammengefassten Altersklassen aus den Hochrechnungsergebnissen übertragen werden kann. Die Höhe der Gesamtprävalenz bleibt von diesem Verfahren unberührt. Um die Ergebnisse aus der Hochrechnung und Altersmodellierung zu plausibilisieren, wurden sie mit publizierten Werten zur Demenzprävalenz aus Deutschland verglichen, wobei die Prävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht gut übereinstimmten [7, 26].

Krankheitslaststudien stellen hohe Anforderungen an die zu verwendenden Daten. Unter anderem bedarf es möglichst genauer Informationen zur Krankheitshäufigkeit nach Alter, Geschlecht und Region. GKV-Routinedaten stellen für viele Erkrankungen eine bevorzugte Möglichkeit dar, um Prävalenzen zu schätzen und kleinräumig darzustellen. Damit liefern Krankheitslaststudien, insbesondere bei regelmäßiger Durchführung, wichtige epidemiologische Basisinformationen und schließen Informationslücken.

Auch bei aktuell rückläufiger altersstandardisierter Prävalenz diagnostizierter Demenzerkrankungen bleiben diese von sehr hoher Public-Health-Relevanz und eine große Herausforderung für die Versorgung. Denn Prognosen für die kommenden Jahrzehnte gehen aufgrund der demografischen Alterung weiterhin von ansteigenden absoluten Zahlen von betroffenen Personen aus [7]. Aufgrund des hohen Maßes an Verlust eigenständiger Lebensführung und Lebensqualität der Betroffenen sowie der dadurch hohen Belastungen ihrer Angehörigen kommt der Prävention von Demenzerkrankungen (insbesondere in der mittleren Lebens-

phase) große Bedeutung zu [11, 25]. Dies betrifft u. a. die Vermeidung verhaltensbezogener Risikofaktoren sowie die Förderung von Schutzfaktoren, wie einer guten sozialen Integration bis ins hohe Alter. So könnte trotz demografischer Alterung perspektivisch dem Anstieg der Zahl demenzkranker Menschen entgegengewirkt werden [7, 25]. Umso wichtiger ist es, die nationale Demenzstrategie (<https://www.nationale-demenzstrategie.de>) umfassend zu implementieren und fortzuführen, die kognitive Funktionsfähigkeit der Erwachsenen sowie die Verbreitung von Demenzrisikofaktoren auf Bevölkerungsebene zu beobachten sowie bevölkerungsbezogene Präventions- und Versorgungsangebote für Betroffene und Angehörige für ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben mit Demenz verfügbar zu machen.

Datenschutz und Ethik

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband verarbeitet die Daten im Auftrag der AOKen (nach Artikel 28 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 80 SGB X) und nutzt diese für Forschungsvorhaben im Sinne von § 287 SGB V. Dabei sind die im WIdO vorliegenden Daten um direkte Personenbezüge bereinigt. Darüber hinaus kann das WIdO neben der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben und der Eigenforschung für die AOKen auch Aufgaben einer Vermittlungsstelle für Forschungsvorhaben Dritter übernehmen. Im Rahmen der vorliegenden Krankheitslaststudie für Deutschland wurden nur aggregierte und hochgerechnete Ergebnisdatensätze (Ergebnisse der statistischen Schätzungen) vom WIdO an das Robert Koch-Institut übermittelt, die keinerlei Personenbezug mehr aufweisen und nicht in den Anwendungsbereich der EU-DSGVO fallen.

Datenverfügbarkeit

Für die Studie wurden pseudonymisierte Abrechnungsdaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im AOK Bundesverband verwendet. Dieser Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden. Anfragen zum aggregierten Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, können per E-Mail an den korrespondierenden Autor gestellt werden.

Förderungshinweis

Die Auswertungen wurden durch Mittel des Robert Koch-Instituts finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: AR, KS, MP; zur Erhebung der verwendeten Daten: KS, GB, HS; zur Analyse der verwendeten Daten: KS, MP, DY; zur Interpretation der verwendeten Daten: AR, HN, BG, KS. Ausarbeitung des Manuskripts: AR, KS, MP; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: AR, HN, BG, KS, DY, HS, GB, KS, MP. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: AR, HN, BG, KS, DY, HS, GB, KS, MP.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken Anna Kast (WIdO) für die informationstechnische Unterstützung und das Datenmanagement im WIdO.

Literatur

- 1 Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Murray CJL, Lopez AD, editors. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
- 2 Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. Archives of Public Health. 2020;78(1):77. doi: 10.1186/s13690-020-00458-3.

- 3 GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133-61. Epub 20240417. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
- 4 Porst M, von der Lippe E, Leddin J, Anton A, Wengler A, Breikreuz J, et al. The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(46):785-92. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0314.
- 5 Rommel A, von der Lippe E, Plass D, Wengler A, Anton A, Schmidt C, et al. BURDEN 2020-Burden of disease in Germany at the national and regional level. *Bundesgesundheitsbl*. 2018;61(9):1159-66. doi: 10.1007/s00103-018-2793-0.
- 6 Swart E, Bitzer EM, Gothe H, Harling M, Hoffmann F, Horenkamp-Sonntag D, et al. STandardisierte BerichtsROutine für Sekundärdaten Analysen (STROSA) – ein konsentierter Berichtsstandard für Deutschland, Version 2. *Gesundheitswesen*. 2016;78(S 01):e145-e60. Epub 20160628. doi: 10.1055/s-0042-108647.
- 7 Georges D, Rakusa E, Holtz A-V, Fink A, Doblhammer G. Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. *J Health Monit*. 2023(3):32-52. doi: 10.25646/11566.
- 8 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Alzheimer-Demenz. Köln; 2021 [cited 20.11.2024]. Available from: <https://www.gesundheitsinformation.de/alzheimer-demenz.html>.
- 9 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Vaskuläre Demenz. Köln; 2023 [cited 20.11.2024]. Available from: <https://www.gesundheitsinformation.de/vaskulaere-demenz.html>.
- 10 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Die Frontotemporale Demenz. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.; 2017 [cited 14.03.2025]. Available from: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt11_frontotemporale_demenz.pdf.
- 11 Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*. 2024;404(10452):572-628. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0.
- 12 WHO. Global status report on the public health response to dementia. Genf: WHO; 2021 [cited 10.03.2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf?sequence=1>.
- 13 Fricke U, Günther J, Niepraschk-von Dollen K, Zawinell A. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt ATC-Index mit DDD-Angaben. *Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)*; 2024 [cited 10.12.2024]. Available from: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Arzneimittel-Klassifikation/ATC_2024/wido-arz_gkv-ai_2024_042024.pdf.
- 14 Bundesministerium für Gesundheit (BMG). KM6-Statistik. Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres). 2024 [cited 20.11.2024]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>.
- 15 Schmucker C, Polte C, Beydoun G, Günster C. Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster C, Klauber J, Klemperer D, Nothacker M, Robra BP, Schmucker C, editors. *Versorgungs-Report. Leitlinien – Evidenz für die Praxis*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023.
- 16 Schlüssel K, Breikreuz J, Brückner G, Schröder H. Nutzung von Krankenkassenroutinedaten zur Bestimmung von Krankheitshäufigkeiten im Projekt BURDEN 2020. *Gesundheitswesen*. 2023;85(S 02):S101-S10. Epub 20220623. doi: 10.1055/a-1806-2115.
- 17 Hoffmann F, Icks A. Diabetes ‚Epidemic‘ in Germany? A Critical Look at Health Insurance Data Sources. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*. 2012;120(07):410-5.
- 18 Hoffmann F, Koller D. Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Gesundheitswesen*. 2017;79(01):e1-e9.
- 19 Huber J, Lampert T, Mielck A. Unterschiede bei Gesundheitsrisiken, Morbidität und gesundheitlicher Versorgung zwischen Kindern GKV- bzw. PKV-versicherter Eltern: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen*. 2012;74(10):627-38.
- 20 Kriwy P, Mielck A. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. *Gesundheitswesen*. 2006;68(05):281-8.
- 21 Breikreuz J, Brückner G, Burgard JP, Krause J, Münnich R, Schröder H, et al. Schätzung kleinräumiger Krankheitshäufigkeiten für die deutsche Bevölkerung anhand von Routinedaten am Beispiel von Typ-2-Diabetes. *AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv*. 2019;13(1):35-72. doi: 10.1007/s11943-019-00241-z.
- 22 Destatis. Bevölkerung. Wiesbaden: Destatis; 2025 [cited 14.03.2025]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html#sprg233540.
- 23 Destatis. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Wiesbaden: Destatis; 2025 [cited 14.03.2025]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Methoden/fallpauschalenbezogene-krankenhausstatistik.html>.
- 24 Eurostat. Revision of the European Standard Population Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013 [cited 20.11.2024]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>.
- 25 Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR. Demenz in Deutschland: Epidemiologie und Präventionspotenzial. *Dtsch Arztebl Int*. 2023;120(27-28):470-6. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0100.
- 26 Nerius M, Ziegler U, Doblhammer G, Fink A. Trends in der Prävalenz von Demenz und Parkinson – Eine Analyse auf Basis aller gesetzlich versicherten Personen im Alter 65+ in Deutschland zwischen 2009 und 2012. *Gesundheitswesen*. 2019;82(10):761-9. doi: 10.1055/a-0829-6494.
- 27 Thyrian JR, Boekholt M, Hoffmann W, Leiz M, Monsees J, Schmachtenberg T, et al. Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. *Der Nervenarzt*. 2020;91(11):1058-61. doi: 10.1007/s00115-020-00923-y.
- 28 GBD Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-e25. Epub 20220106. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
- 29 Alzheimer Europe. *Dementia in Europe Yearbook 2019*. Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2019 [cited 14.03.2025]. Available from: https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf.
- 30 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). *Gesundheitsatlas Deutschland*. Berlin: WiDO; 2025 [cited 03.01.2025]. Available from: <https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de>.
- 31 Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD 2021. GBD Compare. 2024 [cited 22.11.2024]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- 32 Mukadam N, Wolters FJ, Walsh S, Wallace L, Brayne C, Matthews FE, et al. Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *Lancet Public Health*. 2024;9(7):e443-e60. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00120-8.
- 33 Riedel O, Braitmaier M, Langner I. Dementia in health claims data: The influence of different case definitions on incidence and prevalence estimates. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2023;32(2):e1947. Epub 20220927. doi: 10.1002/mpr.1947.

- 34 Mielke MM. Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease Dementia. *Psychiatr Times*. 2018;35(11):14-7. Epub 20181230.
- 35 Huque H, Eramudugolla R, Chidiac B, Ee N, Ehrenfeld L, Matthews FE, et al. Could Country-Level Factors Explain Sex Differences in Dementia Incidence and Prevalence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2023;91(4):1231-41. doi: 10.3233/JAD-220724.
- 36 Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*. 2016;374(6):523-32. doi: 10.1056/NEJMoa1504327.
- 37 Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, Anderson R, Berr C, Beiser A, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*. 2020;95(5):e519-e31. Epub 20200701. doi: 10.1212/WNL.000000000010022.
- 38 Michalski N, Reis M, Tetzlaff F, Herber M, Kroll LE, Hövener C, et al. German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit*. 2022(S5):24. doi: 10.25646/10640.
- 39 Bühring P. 25 Jahre deutsche Einheit: Ostdeutsche leben heute gesünder. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;14(8):356.
- 40 Finger JD, Busch MA, Du Y, Heidemann C, Knopf H, Kuhnert R, et al. Time Trends in Cardiometabolic Risk Factors in Adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(42):712-9. doi: 10.3238/arztebl.2016.0712.
- 41 BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. Morbiditäts- und Sozialatlas. Berlin: BARMER; 2025 [cited 04.03.2025]. Available from: <https://www.bifg.de/atlas>.
- 42 Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas. Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018. Berlin: Zi; 2019 [cited 04.03.2025]. Available from: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/105/karten>.
- 43 Ohlmeier C, Frick J, Prütz F, Lampert T, Ziese T, Mikolajczyk R, et al. Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl*. 2014;57(4):464-72. doi: 10.1007/s00103-013-1912-1.
- 44 Schubert I, Köster I. Krankheitsereignis: Operationalisierung und Falldefinition. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D, editors. Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber 2014. p. 358–68.
- 45 Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22. doi: 10.1055/s-0030-1249688.
- 46 Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Michalowsky B, Wucherer D, Dreier A, et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 2015;1(1):87-93. doi: 10.1016/j.dadm.2014.11.007.

Annex Tabelle 1: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht (Bevölkerung im Alter ab 40 Jahren in %). Quelle: Krankheitslaststudie für Deutschland (AOK-Routinedaten 2022, alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert und hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands)

Altersgruppe (Jahre)	Frauen	Männer	Gesamt
	%	%	%
40–44	0,04	0,05	0,05
45–49	0,09	0,07	0,08
50–54	0,12	0,21	0,17
55–59	0,29	0,37	0,33
60–64	0,61	0,67	0,64
65–69	1,05	1,38	1,21
70–74	2,31	2,87	2,57
75–79	5,58	5,57	5,57
80–84	11,26	10,11	10,78
85–89	18,55	17,12	18,01
90–94	26,30	25,07	25,92
≥ 95	32,72	27,36	31,53

Annex Tabelle 2: Prävalenz von Demenzerkrankungen im Zeitverlauf (Bevölkerung im Alter ab 40 Jahren roh und altersstandardisiert in %). Quelle: Krankheitslaststudie für Deutschland (AOK-Routinedaten 2017–2022, alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiert und hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands)

Jahr	Frauen (nicht standardisiert)	Männer (nicht standardisiert)	Gesamt (nicht standardisiert)	Frauen (altersstandardisiert)	Männer (altersstandardisiert)	Gesamt (altersstandardisiert)
	%	%	%	%	%	%
2017	3,81	2,69	3,27	3,02	3,03	3,05
2018	3,76	2,66	3,24	2,95	2,93	2,97
2019	3,70	2,64	3,19	2,84	2,83	2,86
2020	3,56	2,52	3,06	2,70	2,65	2,70
2021	3,42	2,44	2,95	2,57	2,53	2,57
2022	3,26	2,37	2,84	2,46	2,44	2,47