

Prävention und Demenz

Eine Begriffsklärung

Literaturstudie

Georg Franken

Witten, Mai 2016

Prävention und Demenz

Eine Begriffsklärung

Literaturstudie

Projektleitung

Detlef Rüsing, MScN

Wissenschaftliche Mitarbeit

Georg Franken, MScN

Gefördert durch:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

Kontakt:

Georg Franken
Detlef Rüsing
Dialog- und Transferzentrum Demenz
Universität Witten/Herdecke gGmbH
Stockumer Straße 10
58453 Witten

Tel.: 02302 / 926-306
Fax: 02302 / 926-310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Was heißt „Prävention“?	2
3. Klassifikation von Prävention.....	3
3.1 Orientierung am zeitlichen Verlauf: primordiale bis quartäre Prävention.....	3
3.2 Orientierung an der Zielgruppe: universelle, selektive, indizierte Prävention.....	5
3.3 Orientierung am Interventionsansatz: Verhaltens- versus Verhältnis- prävention.....	6
4. Diskussion	7
5. Schlussfolgerung.....	10
Literaturverzeichnis.....	11

1. Einleitung

Während die Zahl der Menschen steigt, die an einer Demenz erkranken, fehlen Möglichkeiten, beispielsweise eine Demenz vom Alzheimer Typ zu heilen. So steigt das Interesse an der Prävention einer Demenz. Nach einer jüngsten Studie tragen neun potentiell beeinflussbare Faktoren zu rund zwei Drittel aller Fälle einer Alzheimer Demenz weltweit bei (Xu et al., 2015). Die Prävention kann aber nicht nur sehr verschiedenartige Maßnahmen wie Bildungsprogramme, Diagnose und Behandlung von Diabetes, Raucherentwöhnung oder die medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck oder eines erhöhten Cholesterinspiegels im Blut beinhalten. Legt man den allgemeinen Begriff der Krankheitsprävention zugrunde, umfasst Prävention von und bei Demenz mehr als nur die Reduktion von Risikofaktoren. Im Folgenden soll daher dargestellt werden, was allgemein unter Krankheitsprävention verstanden wird und was dies bei Demenz bedeuten kann.

2. Was heißt „Prävention“?

„Krankheitsprävention“ oder verkürzt „Prävention“ bezeichnet alle Maßnahmen, die darauf zielen, eine Krankheit oder unerwünschte physische oder psychische Zustände zu verhindern oder zu verzögern (Leppin, 2014). Die Orientierung an Krankheit unterscheidet die Prävention von der Gesundheitsförderung, die darauf zielt, die Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern (Altgeld & Kolip, 2014). Obwohl beide Ansätze das gemeinsame Ziel haben, ein Mehr an Gesundheit zu erzielen, unterscheiden sie sich doch konzeptionell, indem sich Krankheitsprävention auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit, Gesundheitsförderung dagegen auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit beruft (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2014). Hinter dieser Unterscheidung steht das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1997), das Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums konzipiert. Ob sich jemand stärker in Richtung Krankheit oder Gesundheit bewegt, ist abhängig von den Risiken, denen die Person ausgesetzt ist, wie umgekehrt von den Schutzfaktoren und Ressourcen, über die sie verfügt (Altgeld & Kolip, 2014). So werden hinsichtlich der Entwicklung einer Demenz Risikofaktoren wie Diabetes, Bluthochdruck oder Rauchen identifiziert, aber auch Schutzfaktoren wie geistige oder körperliche Stimulation (Deckers et al., 2015). In beiden Bereichen beruhen Maßnahmen auf Wahrscheinlichkeitsaussagen über die Wirkung eines Faktors für Bevölkerungsgruppen, nicht aber für Einzelpersonen (Hurrelmann et al., 2014). Beide Interventionsformen können als sich ergänzend verstanden werden, wobei „die begriffliche Trennung im deutschsprachigen Raum erheblich strenger gehandhabt wird als zum Beispiel in den anglo-amerikanischen Ländern, vor allem den USA, wo ‚health promotion‘ und ‚disease prevention‘ meist austauschbar verwendet oder zumindest im gleichen Atemzug genannt und nicht explizit abgegrenzt werden“ (Leppin, 2014, p. 38).

3. Klassifikation von Prävention

Es gibt unterschiedliche Ansätze, den Begriff der Prävention weiter zu präzisieren. Im Folgenden werden entsprechende Klassifikationssysteme dargestellt, die sich am zeitlichen Verlauf einer Erkrankung, der Zielgruppe oder dem Interventionsansatz orientieren.

3.1 Orientierung am zeitlichen Verlauf: primordiale bis quartäre Prävention

Das traditionelle Klassifikationssystem orientiert sich an der zeitlichen Entwicklung einer Krankheit und unterscheidet dabei primäre bis tertiäre Prävention. Dieses System wird durch eine primordiale sowie eine quartäre Prävention ergänzt.

Primäre, sekundäre, tertiäre Prävention

Erstmalig erwähnt wird die Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention von Clark und Leavell (1958). Unter primärer Prävention verstehen sie Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung sowie Interventionen zum Schutz vor spezifischen Krankheiten, die vor deren Auftreten vorgenommen werden. Als sekundäre Prävention bezeichnen sie die frühzeitige Diagnose und Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel, ihre Ausbreitung, Komplikationen oder Spätschäden und anhaltende Funktionseinschränkungen zu vermeiden. Tertiäre Prävention schließlich soll bei verspätet begonnener Behandlung einen klinisch fortgeschrittenen Krankheitsprozess stoppen und Folgeschäden vermeiden. Dies schließt therapeutische wie rehabilitative Maßnahmen ein. In der nachfolgenden Auflage beschränken die Autoren tertiäre Prävention auf Rehabilitation.

Dieses dreigliedrige Klassifikationssystem wird in der Forschungsliteratur nicht einheitlich verwendet. Während Autoren in der Regel unter primärer Prävention Maßnahmen verstehen, die vor Krankheitsbeginn einsetzen, und rehabilitative Maßnahmen zur tertiären Prävention rechnen, unterscheiden sie sich in der Zuordnung präventiver Maßnahmen im Frühstadium einer Krankheit, wenn der Krankheitsprozess oft ohne eine für die betroffene Person wahrnehmbare Symptomatik bereits begonnen hat, sowie bei einer manifesten Erkrankung. Während einige Autoren im Anschluss an die obengenannte Klassifikation von Clark und Leavell diese Maßnahmen zur sekundären Prävention rechnen, zählen andere Autoren Maßnahmen zur Früherkennung und frühzeitigen Krankheitseindämmung zur Sekundärprävention, Maßnahmen zur Eindämmung von Komplikationen dagegen zur Tertiärprävention (Froom & Benbassat, 2000; vgl. Hurrelmann, Laaser, & Richter, 2016; Leppin, 2014).

Nach diesem dreigliedrigen Klassifikationssystem gehören die Behandlung von Risikofaktoren wie Hypertonie im mittleren Lebensalter, Rauchen oder Diabetes zur primären Prävention einer Demenz. Die jährliche Untersuchung auf kognitive Beeinträchtigungen mittels standardisierter Testverfahren bei Menschen, die älter als 65 Jahre sind, seit längerem Diabetes haben und Herz und Gefäßsystem betreffende Begleiterkrankungen aufweisen, ist ein Beispiel für eine sekundär präventive Maßnahme. Ergo- und logotherapeutische Maßnahmen zur Vermeidung von Kontrakturen oder Schluckstörungen gehören als Maßnahmen zur Rehabilitation zur tertiären Prävention.

Primordiale Prävention

Die wachsende Aufmerksamkeit bezüglich präventiver Maßnahmen, die im dreigliedrigen Klassifikationssystem unzureichend oder nicht wahrgenommen werden, führt zu verschiedenen Vorschlägen, das System zu erweitern. Zeitlich abgegrenzt von der primären Prävention wird dabei der primären Prävention eine primordiale Prävention wie die bevölkerungsweite Verbesserung des Ernährungsstatus vorgelagert. Ihr Ziel ist es, schon der Entstehung von Risikofaktoren vorzubeugen (Hurrelmann et al., 2016).

Quartäre Prävention

Zeitlich nach hinten erweitert oder strukturell ergänzt wird das Klassifikationssystem primärer bis tertiärer Prävention durch eine quartäre Prävention (Starfield, Hyde, Gérvas, & Health, 2008). Während einige Autoren die quartäre Prävention im Sinne der zeitlichen Orientierung des dreigliedrigen Klassifikationssystems auf Palliative Care beziehen (vgl. Jamouille, 2011; Weinstein, 2001), wird darunter zunehmend die Vermeidung einer Übermedikalisierung beziehungsweise medizinischer Überversorgung verstanden (vgl. zum Folgenden Abholz, 2006; Fischer, 1996; Jamouille, 2011, 2015; Kuehlein, Sghedoni, Visentin, Gérvas, & Jamouille, 2010). Das Internationale Klassifikationskomitee der World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA, folgte einem Vorschlag von Marc Jamouille und nahm 2003 den Begriff der „quartären Prävention“ im WONCA Dictionary for General/Family Practice auf (Bentzen, 2003). Quartäre Prävention soll demnach Patienten mit dem Risiko einer Übermedikalisierung identifizieren, sie vor neuen medizinischen Eingriffen schützen und ihnen Maßnahmen vorschlagen, die ethisch akzeptabel sind.

Die quartäre Prävention grenzt sich dabei von der zeitlichen Orientierung des dreigliedrigen Klassifikationssystems ab, orientiert sich an der individuellen Beziehung zwischen Arzt und Patient statt an einer Krankheit und versteht sich als Querschnittsaufgabe in allen Bereichen

der Prävention und Behandlung, insbesondere aber in Situationen, in denen aus ärztlicher Sicht gesunde Personen, medizinische Leistungen anfragen, weil sie sich krank fühlen oder aufgrund von Fehlinformationen verunsichert sind. Sie versucht, die ärztliche Praxis von Haus- und Familienärzten zu beschreiben, konzeptionell zu erfassen und aufzuwerten. Sie versteht sich als Widerstand gegen eine Ausweitung der Kosten im Gesundheitssystem aufgrund kommerzieller Interessen und als Ausdruck der ethischen Verpflichtung, Patienten keinen Schaden zuzufügen, indem sie körperliche oder stigmatisierende Nebenwirkungen durch nicht-indizierte, irreführende oder in einer individuellen Lebenssituation den Patienten überfordernde Maßnahmen verhindert. Ziel ist es, auf der Grundlage einer langjährigen Beziehung zwischen Arzt und Patient zu einer individuellen, gemeinsam verantworteten, evidenz-basierten und situativ angemessenen Behandlung zu kommen bzw. die Gesundheit des Patienten durch Empowerment zu fördern. Als Beispiele für quartäre Prävention kann die Behandlung eines Diabetes bei Menschen mit Demenz gelten, die die allgemeinen Therapieziele bei Diabetes zugunsten der Symptomfreiheit relativiert (BÄK, KBV, & AWMF, 2013).

3.2 Orientierung an der Zielgruppe: universelle, selektive, indizierte Prävention

Eine alternative Klassifizierung zur Prävention orientiert sich an der Zielgruppe präventiver Interventionen. Sie wurde erstmals von Gordon (1983) vorgeschlagen und unterscheidet die Präventionsebenen nach dem Risikostatus bestimmter Gruppen sowie den Kosten und Vorteilen präventiver Maßnahmen. Maßnahmen wie gesunde Ernährung oder körperliche Bewegung, von denen alle profitieren und deren Umsetzung häufig keine professionelle Begleitung benötigen, richten sich an die Gesamtbevölkerung und werden von Gordon als universelle Prävention bezeichnet. Interventionen wie das Screening älterer Personen mit Typ 2 Diabetes auf kognitive Beeinträchtigungen, die sich an Personengruppen richten, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Risiko für eine bestimmte Erkrankung aufweisen, und deren Vorteil gegenüber Risiken und Kosten nur für bestimmte Gruppen in einem ausgewogenen Verhältnis steht, werden als selektive Prävention bezeichnet. Als indizierte Prävention gelten Interventionen wie die Prävention von Delir bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus, die sich an Personen wenden, die aufgrund individueller Risikofaktoren, Beschwerden oder abweichender medizinischer Befunde ein so hohes Risiko aufweisen, dass eine präventive Intervention erforderlich ist. Da sich die entsprechenden Indikatoren meist auf die biologische Ursache einer Erkrankung beziehen, handelt es sich dabei mehrheitlich um Personen, bei denen bereits Vorstufen der Krankheit aufgetreten sind. Die Behandlung und Rehabilitation bei Menschen mit manifesten Erkrankungen werden im

Unterschied zu einer, sich am zeitlichen Krankheitsverlauf orientierenden Klassifikation nicht zur Prävention gerechnet.

3.3 Orientierung am Interventionsansatz: Verhaltens- versus Verhältnisprävention

Präventionen können auch nach den Ansatzpunkten unterschieden werden, mit denen gesundheitsbezogenes Verhalten geändert werden soll. Maßnahmen wie eine Ernährungsberatung, die darauf zielen, Verhaltensmuster von Personen direkt zu beeinflussen, werden als Verhaltensprävention bezeichnet. Verhältnisprävention versucht demgegenüber beispielsweise durch die Einrichtung einer Salatbar in der Cafeteria eines Unternehmens, die ökologischen, sozialen, ökonomischen oder kulturellen Umweltbedingungen zu ändern und damit indirekt auf Entstehung und Entwicklung von Krankheiten Einfluss zu nehmen (Leppin, 2014).

4. Diskussion

Prävention und Gesundheitsförderung haben das gemeinsame Ziel, einen Gesundheitsgewinn zu erreichen. Wenn sie sich dabei auch ergänzend zueinander verhalten, müssen sie doch in ihrer Umsetzung konzeptionell voneinander unterschieden werden. Im Hinblick auf Demenz wird fast ausschließlich von Prävention gesprochen, obwohl wesentliche Interventionen wie geistige Stimulation, körperliche Bewegung oder gesunde Ernährung darauf zielen, Schutzfaktoren und Ressourcen zu fördern. Auch die Entwicklung demenzfreundlicher Strukturen auf kommunaler wie institutioneller Ebene lässt sich als gesundheitsfördernde Maßnahme verstehen (Altgeld & Kolip, 2014). Daher sollte die spezifische Gesundheitsförderung neben der Prävention von Demenz konzeptionell verstärkt in den Blick genommen werden.

Um den Präventionsbegriff zu präzisieren, orientiert sich das traditionelle Schema primärer bis tertiärer Prävention am zeitlichen Verlauf einer Erkrankung. Die mangelnde Einheitlichkeit in der Verwendung dieses Klassifikationssystems ist auch darin begründet, dass diskrete Stufen in einem kontinuierlichen Krankheitsgeschehen definiert werden, deren Abgrenzungen nicht konsistent aus der Krankheitsentwicklung abgeleitet werden können (Froom & Benbassat, 2000; Tannahill, 1985). Die Unsicherheiten in der Zuordnung der Präventionsebenen nehmen zudem bei chronischen Erkrankungen wie einer Demenz mit multifaktoriellen Ursachen und langer Latenz zu (Gordon, 1983). Während zu hoher Blutdruck im mittleren Lebensalter ein Risikofaktor ist und seine Behandlung zur primären Prävention gehört, sind die Studienergebnisse zur Bedeutung eines hohen Blutdrucks im Alter uneinheitlich. So könnte im Alter der Rückgang eines im mittleren Lebensalter hohen Blutdrucks auch ein frühzeitiges Symptom für eine Alzheimer Demenz und die Diagnose Teil sekundär präventiver Maßnahmen zur Früherkennung sein (vgl. Prince, Albanese, Maelenn, & Prina, 2014). Verwirrend ist auch, dass die Präventionsebene bei gleicher Intervention je nach Zielgruppe variieren kann. So gehört eine Raucherentwöhnung bei Menschen aller Altersstufen zur primären Prävention, bei Patienten mit Gefäßerkrankungen zur sekundären Prävention und bei Patienten mit einer Vaskulären Demenz zur tertiären Prävention (vgl. Froom & Benbassat, 2000). Die Präventionsebene kann auch je nach Ziel der Maßnahme variieren. Die Behandlung einer Hypertonie ist eine primäre Prävention, wenn sie das Risiko einer Demenz reduzieren soll, aber eine sekundäre Prävention zur Vorbeugung einer hypertensiven Krise (a. a. O.). Die Klassifikation ist zudem von der Krankheitsdefinition abhängig. So werden asymptomatische Abweichungen von Normalwerten bei Diabetes und Hypertonie als Krankheiten, Hypercholesterinämie aber als Risikofaktor definiert. Ernährungsumstellungen bei Hypercholesterinämie zählen daher zur primären Prävention von Demenz, während Ernährungsumstellungen bei Diabetes oder die Medikamentengabe

bei Hypertonie als Behandlung und sekundäre beziehungsweise tertiäre Prävention verstanden werden (Gordon, 1983).

Um zu einer einheitlichen Klassifikation zu kommen und Missverständnisse zu vermeiden, wurden verschiedene Vorschläge gemacht, die Präventionsebenen weiter zu differenzieren (vgl. Froom & Benbassat, 2000; Kryspin-Exner & Pintzinger, 2014). Gerade im Hinblick auf chronische Erkrankungen wie eine Demenz teilen sie jedoch die Probleme des traditionellen Klassifikationssystems in der Zuordnung von Indikatoren zu Risikofaktoren oder (frühen) Symptomen sowie die Abhängigkeit von Krankheitsdefinitionen, Zielen und Zielgruppen. Solange der Vorteil eines Klassifikationssystems nicht überzeugend dargestellt wird, scheint es daher informativer, Präventionen durch die Angabe von Ziel, Maßnahme und Zielgruppe zu charakterisieren (Froom & Benbassat, 2000) und beispielsweise von der Prävention von Demenz durch die Behandlung vaskulärer Risikofaktoren bei Menschen über 70 Lebensjahre zu sprechen.

Quartäre Prävention als Vermeidung von Übermedikalisierung hat aufgrund der besonderen Vulnerabilität der Zielgruppe eine besondere Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit Demenz. Sie beschränkt sich dabei aber nicht nur wie bislang diskutiert auf die individuelle Behandlung, sondern muss auch auf strukturelle Herausforderungen an der Schnittstelle ambulanter Versorgung zur stationären Akutbehandlung zielen. Die mangelnde Systematisierbarkeit einer Behandlung, bei der individualisiert ausgerichtet bei jedem Patienten unterschiedlich und zu unterschiedlichen Zeitpunkten gehandelt wird (Abholz, 2006), verweist zugleich aber auch auf die Gefahr einer individuellen Unterversorgung aufgrund von Unkenntnis, Ignoranz, Sparzwängen oder eines therapeutischen Nihilismus (Widmer, 2015). Sie verdeutlicht aber auch die schwierigen Entscheidungsprozesse, wenn beispielsweise mit der Diagnose einer Demenz negative Etikettierungen beziehungsweise Stigmatisierungen verbunden werden (vgl. Abholz, 2006). Das Zögern von Hausärzten, eine Demenz zu diagnostizieren und einen angemessenen Augenblick für die Eröffnung abzuwarten, weil sie befürchten, dass die Diagnose Krisen auslöst und die häusliche Versorgung destabilisiert, verdeutlicht diese schwierige und komplexe Entscheidungssituation (Dhedhi, Swinglehurst, & Russell, 2014; Moore & Cahill, 2013). Hier zeigt sich in der konkreten Versorgung das besondere Gewicht, das die individuelle Kompetenz des behandelnden Arztes wie auch die Haltung der betroffenen Personen und ihrer Umwelt zur Demenz hat.

Die Orientierung an den Zielgruppen einer Prävention ist ein wesentlicher Bestandteil einer Umsetzungsstrategie (Leppin, 2006). Der Ansatz von Gordon verweist darauf, dass der

Intervention eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Analyse vorausgehen muss. Die Zuordnung einer bestimmten Intervention zu einer der vorgeschlagenen Zielgruppen kann dabei aber je nach Einschätzung variieren und ist zudem bei der Abgrenzung selektiver und indizierter Maßnahmen von der Einschätzung eines Faktors als vermutetes oder gesichertes Risiko abhängig (Gordon, 1983). Bei einer Demenz ist diese Zuordnung selten eindeutig zu treffen (Deckers et al., 2015; Prince et al., 2014; Xu et al., 2015). Leppin (2014, p. 39) weist außerdem darauf hin, dass sich Hochrisiko-Strategien leichter zuschneiden und umsetzen lassen, da die Zielgruppe homogener ist, sie sich relativ leicht in bestehende Strukturen des medizinischen Versorgungssystems integrieren lassen und in der Regel kosteneffektiver als bevölkerungsweite Maßnahmen sind, aber im Unterschied zu universellen Präventionen eher mit Labeling-Effekten (Stigmatisierung) und einer Medikalisierung von Prävention verbunden sind. Dies ist ein Nachteil, der gerade bei Demenz besonders beachtet werden muss.

Während die Orientierung am individuellen Risikoverhalten leicht zu einer Engführung im Verständnis von Prävention führen kann, verweist die Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention darauf, dass auch im Bereich der Demenzprävention viele Maßnahmen gerade hinsichtlich des Lebensstils auf Umweltbedingungen zielen. Zugleich ist die Definition von Verhältnisprävention sehr breit und kann von Bildungsprogrammen (vgl. Prince et al., 2014) bis zu baulichen Maßnahmen zur Förderung von Mobilität reichen (Radzey, 2014). Da der Ansatz auf direkte oder indirekte Verhaltensänderungen zielt, entziehen sich zudem medizinische Präventionen wie Screening oder Frühbehandlung einer Zuordnung.

5. Schlussfolgerung

Angesichts einer steigenden Zahl der Betroffenen und fehlender Therapien wächst das Interesse an der Prävention von Demenz. Prävention meint dabei mehr, als nur die Reduktion von Risikofaktoren für eine Erkrankung. Die verschiedenen Ansätze, den Präventionsbegriff zu präzisieren, verweisen auf unterschiedliche Aspekte wie Ziel, Zeitpunkt, Zielgruppe oder strukturelle Ebene, die Maßnahmen bestimmen. Konzepte wie das einer quartären Prävention machen dabei auf die Gefahr einer Übermedikalisierung gerade einer so besonders vulnerablen Gruppe wie Menschen mit Demenz aufmerksam. Sie verweisen aber auch darauf, dass die konkrete Anwendung einer präventiven Intervention immer auch bedeutet, Wahrscheinlichkeitsaussagen zu vereinzelt Risikofaktoren in ihrer Bedeutung für komplexe Situationen individueller Personen einzuschätzen. Dies benötigt für die beteiligten Fachpersonen aktuelle Kenntnisse in evidenzbasierter Medizin und Pflege verbunden mit einem Verständnis der Situation der betroffenen Person und ihres Umfelds. Dabei sollten sich Interventionen nicht allein an der Vermeidung von Demenz, sondern auch auf die Förderung von Gesundheit und ihren individuellen und strukturellen Ressourcen orientieren und daher statt allein von Prävention, immer auch von Gesundheitsförderung gesprochen werden.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. (2006). Hausärztliche Prävention - Ein Vorschlag für eine Systematik. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 82(2).
- Altgeld, T., & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage ed., pp. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke, Trans.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- BÄK, B., KBV, K. B., & AWMF, A. d. W. M. F. (2013). Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes - Langfassung.
- Bentzen, N. (Ed.) (2003) WONCA International Dictionary for General/Family Practice. WONCA International Classification Committee.
- Deckers, K., van Boxtel, M. P. J., Schiepers, O. J. G., de Vugt, M., Munoz Sánchez, J. L., Anstey, K. J., . . . Köhler, S. (2015). Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 234-246.
- Dhedhi, S. A., Swinglehurst, D., & Russell, J. (2014). "Timely" diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ Open*, 4, e0004439.
- Fischer, G. C. (1996). Schutz vor medizinischer Überversorgung. Eine wichtige Präventionsaufgabe des Hausarztes. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 72, 1016-1022.
- Froom, P., & Benbassat, J. (2000). Inconsistencies in the classification of preventive intervention. *Preventive Medicine*, 31(2), 153-158.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 98(2), 107-109.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage ed., pp. 13-24). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Richter, M. (2016). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & O. Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6., durchgesehene Auflage ed.). Weinheim, Basel: Beitz Juventa.
- Jamouille, M. (2011). *Quaternary prevention: first, do not harm*. Paper presented at the Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade (SBMFC), Brazilia.
- Jamouille, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 61-64.
- Kryspin-Exner, I., & Pintzinger, N. (2014). Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage ed., pp. 25-35). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gérvas, J., & Jamouille, M. (2010). Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *Primary Care*, 10(18), 350-354.
- Leppin, A. (2006). Zielgruppenspezifische Prävention. In J. Haisch, K. Hurrelmann & T. Klotz (Eds.), *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Leppin, A. (2014). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage ed., pp. 36-44). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Moore, V., & Cahill, S. (2013). Diagnosis and disclosure of dementia - A comparative qualitative study of Irish and Swedish Practitioners. *Aging & Mental Health*, 17(1), 77-84.

- Prince, M., Albanese, E., Maelenn, G., & Prina, M. (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors. London: Alzheimer's Disease International.
- Radzey, B. S. (2014). *Lebenswelt Pflegeheim. Eine nutzerorientierte Bewertung von Pflegeheimbauten für Menschen mit Demenz*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Starfield, B., Hyde, J., Gérvás, J., & Health, I. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of epidemiology and community health*, 62(7), 580-583.
- Tannahill, A. (1985). Reclassifying prevention. *Public Health*, 99(6), 364-369.
- Weinstein, S. M. (2001). Integrating Palliative Care in Oncology. *Cancer Control*, 8(1), 32-35.
- Widmer, D. (2015). Care and do not harm: possible misunderstandings with quaternary prevention (P4). Comment on "Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), 561-563.
- Xu, W., Tan, L., Wang, H.-F., Jiang, T., Tan, M.-S., Tan, L., . . . Yu, J.-T. (2015). Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 86(12), 1299-1306.