



**Berichtsplan  
zum Bericht  
„Memantin bei Alzheimer Demenz“**

[Auftrag A05-19C]

Version 1.0

Stand: 24. August 2005

Thema: Memantin bei Alzheimer Demenz

Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags: 22. Februar 2005

Interne Auftragsnummer: A05-19C als Teil des Auftrags A05-19 „Nutzenbewertung von Cholinesterasehemmern, ginkgohaltigen Präparaten und Memantin bei Patienten mit Demenz, auch im Vergleich untereinander“

Kontakt:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Tel: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Email: A05-19@iqwig.de

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	2
2	Ziel der Untersuchung	6
3	Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung	7
3.1	Population.....	7
3.2	Intervention und Vergleichsbehandlung.....	7
3.3	Zielgrößen.....	8
3.4	Studientypen .....	8
3.5	Sonstige Studiencharakteristika.....	9
3.6	Ein-/Ausschlusskriterien.....	9
4	Informationsbeschaffung	11
5	Informationsbewertung	12
6	Informationssynthese und –analyse	13
6.1	Meta-Analyse .....	13
6.2	Sensitivitätsanalyse.....	13
6.3	Subgruppenanalyse.....	13
7	Literaturverzeichnis	15
8	Anhang	17
8.1	Zeitplan.....	17
8.2	Abkürzungsverzeichnis .....	18

# 1 Hintergrund

## **Auftrag**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Schreiben vom 22.2.2005 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Nutzenbewertung verschiedener in Deutschland zugelassener Antidementiva beauftragt. Darunter fällt auch die Nutzenbewertung von Memantin zur Behandlung der Alzheimer Demenz. Die Auftragskonkretisierung erfolgte mit dem G-BA vorab auf Grundlage eines Auftragsentwurfs am 2.2.2005.

## **Alzheimer Demenz**

Die Alzheimer Demenz stellt mit einem Anteil von ca. 60% die häufigste alleinige Ursache eines demenziellen Syndroms dar. Daneben kommt die vaskulär bedingte Demenz, auch als Mischform zusammen mit der Alzheimer Demenz, häufig vor. Andere Ursachen der Demenz (Morbus Parkinson, Lewy-Körper-Demenz, Creutzfeld-Erkrankung u.a.) sind deutlich seltener. In einer Auswertung europäischer epidemiologischer Studien mit operationalisierten Diagnosekriterien fanden sich folgende Prävalenzraten für demenzielle Syndrome: 1% (65-69jährige), 4% (70-74jährige), 6% (75-79jährige), 13% (80-84jährige), 22% (85-89jährige) und 32% (90-94jährige).[1] Die Erkrankung ist fortschreitend und mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden. Ab dem Zeitpunkt der Erkennung kognitiver Störungen wird die Überlebenszeit bei Betroffenen mit Alzheimer Demenz auf im Median 3,3 Jahre geschätzt [2]. Diese mediane Überlebenszeit ist deutlich niedriger als bei der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung und ist derjenigen bei anderen schweren Erkrankungen im Alter vergleichbar.

## **Symptomatik und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen**

Das demenzielle Syndrom ist gekennzeichnet durch eine intellektuelle Störung in mehreren Bereichen (Gedächtnis, Denkvermögen, emotionale Kontrolle), die je nach Schweregrad zu einer erheblichen Beeinträchtigung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben führen kann. Neben den kognitiven Störungen spielen bei der Erkrankung verschiedenartige nichtkognitive Störungen eine Rolle, wie beispielsweise Apathie, Depression, Agitiertheit, Ängstlichkeit, Schlafstörung und paranoide Symptome. Hieraus lassen sich die wesentlichen Probleme der

Patienten mit Alzheimer Demenz und der sie betreuenden Personen (Angehörige, Pflegekräfte) ableiten.

Die Symptomatik wird gewöhnlich in drei Teilbereiche gegliedert:

- A) Alltagspraktische Fähigkeiten (basale Fähigkeiten: z.B. sich anziehen, waschen, Toilettenbenutzung / instrumentelle Fähigkeiten wie Umgang mit Geld, Telefonbenutzung, Benutzung von Verkehrsmitteln, etc.),
- B) Kognition (z. B. Gedächtnis, Orientierung und räumliches Vorstellungsvermögen, Wortfindung, Lese-, Schreib-, Rechenfähigkeit),
- C) Verhaltensstörungen, depressive Symptome und psychotische Symptome (z.B. Tag-Nacht-Rhythmusstörung, Apathie, Agitation, Aggressionen, Halluzinationen).

Während die Erkrankung meist zuerst wegen Symptomen der Gruppe B (Kognition, häufig zuerst Merkfähigkeitsstörung) auffällt, bestimmen die Symptome der Gruppe A (alltagspraktische Fähigkeiten, insbesondere die basalen Fähigkeiten) den Pflegeaufwand. Symptome der Gruppe C, die gelegentlich auch schon in frühen Erkrankungsstadien auftreten, können die Betroffenen als auch pflegende Angehörige belasten.

Es bestehen erhebliche Schwierigkeiten, die Probleme und Beeinträchtigungen der von der Alzheimer Demenz Betroffenen zu erfassen. Besondere Probleme ergeben sich dann, wenn die Erkrankung selbst von ihnen nicht bemerkt wird, oder der Krankheitsprozess die Äußerung von Bedürfnissen und Präferenzen erschwert.

Es wird gegenwärtig kontrovers diskutiert, mit welchen Instrumenten die Wirksamkeit medikamentöser und nicht medikamentöser Therapien bei der Alzheimer Demenz adäquat evaluiert werden soll [3-5]. In den meisten Therapiestudien wurde das Behandlungsergebnis auf der Basis der kognitiven Funktion evaluiert, insbesondere mittels der ADAS-cog-Skala oder der MMSE-Skala (Mini Mental Status Examination). Zusätzlich kamen globale Erhebungsskalen wie die CIBIC (Clinician Interview Based Impression of Change) zur Anwendung. Um der Komplexität der Erkrankung gerecht zu werden, wurden in mehreren Studien Skalen zur Messung der alltagspraktischen Fähigkeiten (wie die ADL) und zur Messung der Verhaltensstörungen (wie die NPI) und anderer Symptome verwendet. Während die ADAS-cog im Rahmen einer direkten Untersuchung des Patienten aufgrund des beobachtbaren Antwortverhaltens von einem erfahrenen Testleiter ausgefüllt wird, beruhen

die Angaben in der ADL und dem NPI auf Auskünften eines Angehörigen. Zu diesen häufig verwendeten Skalen gibt es Untersuchungen zur Validität und Reliabilität, die jedoch zum Teil leicht abweichende Ergebnisse erbrachten [6-9].

### **Lebensqualität**

Es existieren allerdings bisher wenige Verfahren zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Alzheimer Demenz, was mit den Schwierigkeiten zusammenhängt, verlässliche Informationen von den Betroffenen direkt zu erhalten. Der negative Einfluss der Erkrankung auf die Lebensqualität ist jedoch häufig beschrieben [10], ebenso die Fähigkeit der Betroffenen, über ihre subjektiven Erfahrungen zu berichten [11]. In einer aktuellen Studie wurden Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität untersucht und ein neues krankheitsspezifisches Instrument entwickelt und validiert [4]. Es zeigte sich, dass Betroffene in der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich von ihren Angehörigen oder dem Pflegepersonal abweichen können. Die Übereinstimmung ist höher bei Betroffenen, die eng mit Angehörigen zusammenleben und niedriger bei starker kognitiver Beeinträchtigung oder ausgeprägten affektiven Symptomen [12]. Ebenso ist eine Beurteilung der durch die Erkrankung verursachten Probleme bei den Betroffenen, insbesondere der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, durch Kliniker problematisch.

Der Einfluss der Alzheimer Demenz auf Angehörige und Pflegende steigt mit dem Fortschreiten der Erkrankung. Sowohl Hilfen in der Unterstützung im Alltag als auch Verhaltensprobleme, Kommunikationsschwierigkeiten und eine mögliche soziale Beeinträchtigung können für Angehörige sehr anstrengend sein. Die Intensität der Betreuung, insbesondere der Zeitaufwand, spiegelt jedoch nicht zwangsläufig die psychische und physische Belastung der Angehörigen wider. Häufig sind im Einzelfall unterschiedliche Arten von Pflege sinnvoll, wie z.B. die aktivierende Pflege. Der Einfluss der Erkrankung auf die Angehörigen kann z.B. mittels Lebensqualitäts-Skalen gemessen werden.

### **Therapieoptionen**

Für die Behandlung der Demenz existieren sowohl nicht medikamentöse als auch pharmakologische Therapieansätze. Diese können theoretisch auf die Prävention, die Verzögerung der Progression oder die primär symptomatische Behandlung der Alzheimer Demenz ausgerichtet sein. Pharmakologische Therapieansätze sind dabei die Behandlung mit

Cholinesterasehemmern (ChE-Hemmer), mit NMDA- (N-methyl-D-Aspartat) Antagonisten und mit Ginkgo biloba. Die Nutzenbewertungen von ChE-Hemmern und Ginkgo biloba sind allerdings Gegenstand gesonderter Berichte (s. Berichtspläne A05-19A bzw. A05-19B).

Der NMDA-Antagonist Memantin hat eine Wirkung auf die glutamaterge Excitotoxizität, und es soll die Funktionsweise hippocampaler Nervenzellen verbessern [13]. L-Glutamat ist der wichtigste exzitatorische Neurotransmitter im Gehirn, der mit Lernen, Gedächtnisprozessen und neuronaler Plastizität verbunden ist [14]. Memantin ist als einzige Substanz in Deutschland zur symptomatischen Behandlung der mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz zugelassen.

## 2 Ziel der Untersuchung

Ziele der vorliegenden Untersuchung sind die

- Nutzenbewertung einer langfristigen Behandlung mit Memantin bei Alzheimer Demenz im Vergleich zu einer Placebo-Gabe hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele.
- Nutzenbewertung einer langfristigen Behandlung mit Memantin bei Alzheimer Demenz im Vergleich zu einer Behandlung mit einer anderen medikamentösen oder nichtmedikamentösen Therapieoption hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele.



## 3 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

### 3.1 Population

Für die Nutzenbewertung werden Studien mit Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Alzheimer Demenz, auch als Mischform mit z.B. vaskulärer Demenz, berücksichtigt. Die Diagnosesicherung sollte dabei anhand allgemein akzeptierter Kriterien (z.B. ICD-10, DSM-III-R oder NINCDS-ADRDA), wie in der einschlägigen EMEA-Publikation beschrieben [15], erfolgt sein.

Studien, bei denen ausschließlich Patienten mit einer vaskulären Demenz, einer Demenz aufgrund eines Morbus Parkinson, einer Demenz aufgrund einer Lewy Body Disease, einer Demenz aufgrund einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer anderen seltenen Demenzform, eingeschlossen wurden, werden nicht berücksichtigt.

### 3.2 Intervention und Vergleichsbehandlung

Die zu prüfende Intervention ist Memantin in den in Deutschland für die Behandlung einer Alzheimer-Demenz zugelassenen Darreichungsformen und Dosierungen.

Als Vergleichsinterventionen werden eine Placebobehandlung und jegliche andere in Deutschland zugelassene und verfügbare medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieoptionen bei der Alzheimer Demenz betrachtet.

### 3.3 Zielgrößen

Als Zielgrößen für die Untersuchung werden Parameter verwendet, die eine Beurteilung folgender patientenrelevanter Therapieziele ermöglichen:

- Besserung bzw. Verhinderung der Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Besserung bzw. Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Besserung bzw. Erhalt der krankheitsbezogenen Lebensqualität
- Besserung bzw. Normalisierung von anderen mit der Erkrankung verbundenen Symptomen (z.B. Depression, Schlaf-Wach-Umkehr, Wahnhaftigkeit, Agitiertheit).
- Besserung bzw. Erhalt der Lebensqualität der (betreuenden) Angehörigen
- Reduktion der Höhe des Betreuungsaufwands durch eine oder mehrere betreuende Person(en) oder Institution(en)
- Vermeidung der Notwendigkeit einer vollstationären Pflege (Institutionalisierung)
- Reduktion der Mortalität
- Reduktion der therapieassoziierten unerwünschten Ereignisse

### 3.4 Studientypen

Randomisierte klinische Studien (RCTs) liefern für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention die zuverlässigsten Ergebnisse, weil sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet sind.

Für den vorliegenden Bericht werden daher ausschließlich RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

In Analogie zur Nutzenbewertung von Cholinesterasehemmern (s. Berichtsplan A05-19A) wird eine Mindestbeobachtungszeit von 16 Wochen festgelegt, da angenommen wird, dass innerhalb dieses Zeitraumes ein Ansprechen auf die Therapie, aber auch ein darüber hinaus anhaltender Effekt beobachtet werden kann.

### 3.5 Sonstige Studiencharakteristika

Eine Beschränkung auf anderweitige Studiencharakteristika ist nicht vorgesehen.

### 3.6 Ein-/Ausschlusskriterien

In die Nutzenbewertung der beiden zu prüfenden Intervention werden alle Studien einbezogen, die

- alle nachfolgenden Einschlusskriterien und
- keines der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

#### **Einschlusskriterien**

- |    |  |
|----|--|
| E1 | Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Alzheimer Demenz, auch als Mischform mit z.B. vaskulärer Demenz. Diagnosesicherung gemäß EMEA [15] bzw. anhand allgemein akzeptierter Kriterien (ICD-9, ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV oder NINCDS-ADRDA). |
| E2 | Vergleich von Memantin mit Placebo oder einer anderen in Deutschland zugelassenen und verfügbaren medikamentösen oder nicht medikamentösen Intervention zur Behandlung der Alzheimer Demenz  |
| E3 | Zielgrößen, die sich aus den in 3.3 formulierten Therapiezielen ableiten   |
| E4 | Randomisierte kontrollierte Studien  |
| E5 | Publikationssprache Deutsch, Englisch, Französisch, Niederländisch, Portugiesisch oder Spanisch  |

### **Ausschlusskriterien**

- A1 Studien mit einer Beobachtungsdauer von weniger als 16 Wochen
- A2 Studien, in die ausschließlich Patienten mit einer vaskulären Demenz, einer Demenz aufgrund eines Morbus Parkinson, einer Demenz aufgrund einer Lewy Body Disease, einer Demenz aufgrund einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder einer anderen seltenen Demenzform eingeschlossen wurden
- A3 Studien bzw. Publikationen, die lediglich Daten von unkontrollierten "open-label" follow-up Phasen enthalten
- A4 Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation.
- A5 Keine Volltext-Publikation verfügbar<sup>a</sup>

a: Als Volltext-Publikation gilt in diesem Zusammenhang auch die nicht vertrauliche Weitergabe eines Studienberichts an das Institut oder die nicht vertrauliche Bereitstellung eines Berichts über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements [16] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht.

## 4 Informationsbeschaffung

Die Suche nach relevanten Studien wird in folgenden Quellen durchgeführt:

Quelle	Kommentar
Bibliographische Datenbanken	Suche in folgenden Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cochrane CENTRAL</li> <li>- EMBASE</li> <li>- MEDLINE</li> <li>- CHID via ADEAR (Combined Health Information Database via Alzheimer's Disease Education &amp; Referral Center [www.alzheimers.org])</li> </ul>
Literaturverzeichnisse	Suche in den Literaturverzeichnissen relevanter systematischer Übersichten und HTA-Berichte
Hersteller	Anfrage an Hersteller von Memantin in Deutschland bzgl. publizierter und nicht publizierter Studien.  Notwendige Voraussetzung für die Berücksichtigung bislang nicht publizierter Daten: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Die Daten sind nachweislich unter Berücksichtigung der generellen methodischen Standards entstanden.</li> <li>(b) Der Hersteller stimmt der Veröffentlichung im Rahmen des Institutsberichts zu.</li> </ul>
Unterlagen des G-BA	Es wurden keine Unterlagen durch den G-BA übermittelt.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktaufnahme mit der Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Sachverständigen / Experten</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Autoren einzelner Publikationen, z.B. zur Frage nach nicht publizierten Teilaspekten</li> </ul>

## 5 Informationsbewertung

Die Dokumentation der Studiencharakteristika und -ergebnisse sowie deren Bewertung erfolgt anhand von standardisierten Dokumentationsbögen, deren grundsätzliche Struktur und Items auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht sind.

## 6 Informationssynthese und –analyse

Die Informationen werden einer Informationssynthese und –analyse, wenn möglich unter Zuhilfenahme der unten beschriebenen Werkzeuge, unterzogen. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgt darüber hinaus in jedem Fall.

### 6.1 Meta-Analyse

Sofern die Studienlage es inhaltlich und methodisch als sinnvoll erscheinen lässt, erfolgt eine quantitative Zusammenfassung der Einzelergebnisse im Sinne einer Meta-Analyse gemäß den Methoden des Instituts.

### 6.2 Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen sind insbesondere geplant für

- die biometrische Qualitätsbewertung anhand der in den Extraktionsbögen (s. Abschnitt 5) vorgegebenen ordinalen Einteilung,
- die in den Publikationen beschriebenen Per-Protokoll-Auswertungen (versus ITT-Auswertungen), sofern möglich, und
- ein (statistisches) Modell mit festen Effekten (versus ein Modell mit zufälligen Effekten), falls eine Metaanalyse vorgenommen wird.

### 6.3 Subgruppenanalyse

Subgruppenanalysen sind – soweit durchführbar – für die folgenden Merkmale vorgesehen:

- Geschlecht
- Alter
- Schweregrade der Demenz
- Vorliegen unterschiedlicher Begleiterkrankungen
- Dosierung
- Behandlungsdauer

- Falls bei einer eventuell durchgeführten Metaanalyse eine bedeutsame Heterogenität beobachtet wird ( $I^2$ -Wert  $> 50\%$  [17] bzw.  $p < 0.2$  bei einem statistischen Interaktionstest [18]), kann eine Subgruppenanalyse für möglicherweise die Heterogenität erzeugende Merkmale sinnvoll sein.



## 7 Literaturverzeichnis

- [1] Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-748.
- [2] Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, M'Lan CE, Ostbye T, Rockwood K, et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001; 344: 1111-1116.
- [3] Mani RB. The evaluation of disease modifying therapies in Alzheimer's disease: A regulatory viewpoint. *Statistics in Medicine* 2004; . 23: 30.
- [4] Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, Harwoo R, Foley B, Smith P, et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. 2005. Report No.: 9.
- [5] Whitehouse PJ. Harmonization of Dementia Drug Guidelines (United States and Europe): a report of the International Working Group for the Harmonization for Dementia Drug Guidelines. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000; 14 Suppl 1: S119-S122.
- [6] Oremus M, Perrault A, Demers L, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: psychometric properties of global scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 197-205.
- [7] Perrault A, Oremus M, Demers L, Vida S, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: psychometric properties of behavior and mood scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 181-196.
- [8] Demers L, Oremus M, Perrault A, Champoux N, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: psychometric properties of functional and quality of life scales. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 170-180.
- [9] Demers L, Oremus M, Perrault A, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: introduction. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 161-169.
- [10] Albert SM, Jacobs DM, Sano M, Marder K, Bell K, Devanand D, et al. Longitudinal study of quality of life in people with advanced Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 160-168.
- [11] Cotrell V, Schulz R. The perspective of the patient with Alzheimer's disease: a neglected dimension of dementia research. *Gerontologist* 1993; 33: 205-211.

- [12] Magaziner J, Simonsick EM, Kashner TM, Hebel JR. Patient-proxy response comparability on measures of patient health and functional status. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 1065-1074.
- [13] Danysz W, Parsons CG. The NMDA receptor antagonist memantine as a symptomatological and neuroprotective treatment for Alzheimer's disease: preclinical evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: S23-S32.
- [14] Sucher NJ, Awobuluyi M, Choi YB, Lipton SA. NMDA receptors: from genes to channels. *Trends Pharmacol Sci* 1996; 17: 348-355.
- [15] The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA). Note for Guidance in Medicinal Products in the Treatment of Alzheimer's Disease. 1997.
- [16] Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001; 357: 1191-1194.
- [17] Higgins J, Thompson S, Deeks J, Altman D. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327: 557-560.
- [18] Koch A, Ziegler S. Metaanalyse als Werkzeug zum Erkenntnisgewinn. *Med Klin* 2000; 95: 109-116.

## 8 Anhang

### 8.1 Zeitplan

<b>Arbeitsschritt</b>	<b>Termin (geplant)</b>
Veröffentlichung des Vorberichts	März 2006
Einholung von Stellungnahmen	Bis drei Wochen nach Veröffentlichung des Vorberichts
Diskussion der Stellungnahmen	April 2006
Weitergabe des Abschlussberichts an den Gemeinsamen Bundesausschuss	Juni 2006
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Zwei Monate nach Weitergabe an den G-BA

## 8.2 Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
ADAS-cog	Alzheimer's disease assessment scale, cognition subscale
ADL	Activities of daily living
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
ChE	Cholinesterasehemmer
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
EMA	The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products
EMBASE	Excerpta Medica Database
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ICD	International Classification of Diseases
ITT	Intention-to-Treat
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMSE	Mini Mental Status Examination
NINCDS-A DRDA	National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NMDA	N-methyl-D-Aspartat
NPI	Neuropsychiatric Interview
RCT	Randomized Controlled Trial