

VIERTES STEIRISCHES DEMENZFORUM · 3. JUNI 2026

Prävention – Früherkennung – Therapie

Versorgungspfad Steiermark

Dr. Stephan Seiler, PhD

Universitätsklinik für Neurologie · LKH-Univ. Klinikum Graz · Medizinische Universität Graz

Frau M.



KI-generiert

58 Jahre · Lehrerin · zwei erwachsene Kinder

- In der Schule häufiger Fehlleistungen
- Schwere Kritik von Vorgesetzten und „Versetzung“
- Diagnose: „Burnout“
- Erster psychiatrischer Aufenthalt: Besserung
- Erneut im Schuldienst
- Schweres Mobbing
- Zweiter psychiatrischer Aufenthalt: Beginn der spezifischen Diagnostik
- Feststellung einer hirnrorganischen Störung (FDG-PET)
- Überweisung an die Gedächtnisambulanz

Frau M.: Diagnose und Therapie

Diagnostik

MMSE 27/30 · MoCA 22/30

Amnestisches Profil

MRT: diskrete mesiotemporale Atrophie

FDG-PET

Liquor: A β 42/A β 40-Ratio reduziert, p-tau181 erhöht

Diagnose: Alzheimer-Krankheit, MCI-Stadium

Zeitverlust

20

MONATE

zwischen Erstsymptom und Therapiestart.

Was uns Frau M. lehrt

1

(K)eine Frage des Alters

Mit 58 Jahren erkrankt. Bei Symptomen unter 65 ist eine kognitive Abklärung wichtiger als eine Burnout-Vermutung.

2

Werkzeuge ja, Pfad noch nicht

Der Versorgungspfad hält an drei Stellen noch nicht: Erstkontakt, Wartezeit, Therapielogistik.

3

Zeit ist Hirnvolumen

Jeder verlorene Monat kostet Substanz. Die Krankheit schreitet fort, der Verlust ist **nicht reversibel**.

Demenz \neq Alzheimer

Demenz

- klinisches Syndrom
- Verlust der Alltagskompetenz
- ätiologisch unspezifisch
- Spätstadium der zugrunde liegenden Erkrankung

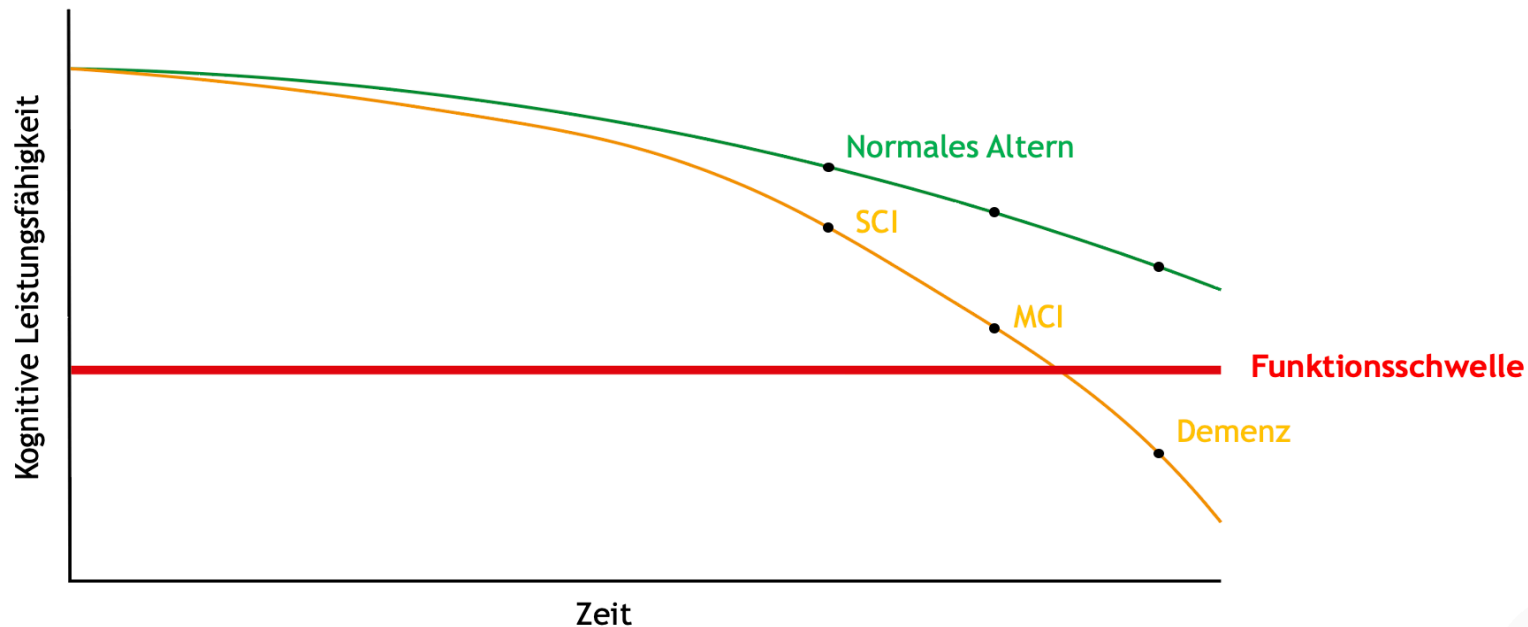
Alzheimer-Krankheit

- organische Erkrankung des Gehirns
- A β - und Tau-Pathologie
- beginnt 15 bis 20 Jahre vor Symptomen
- biologisch definiert (AT(N), 2024)
- heute behandelbar

Mild Cognitive Impairment (MCI)

- Leichte kognitive Störung
- objektivierbare Symptome
- Alltag noch erhalten
- Stadium für Anti-Amyloid-Therapie

MCI oder Demenz? Die Funktionsfrage



SCI

Subjective Cognitive Impairment
Subjektive Probleme,
keine objektivierbare Störung.

MCI

Mild Cognitive Impairment (leichte kognitive Störung)
Objektivierbar, Alltag erhalten.

Demenz

Funktionsschwelle unterschritten.
Alltag nicht mehr selbstständig.

Syndrom und Biologie: die neue Logik (Jack 2024)

Bis 2024:

Alzheimer-Diagnose über das klinische Bild (Demenz und Diagnosekriterien).

Seit 2024 (Alzheimer's Association Workgroup):

Die Alzheimer-Krankheit ist über ihre Biologie definiert.

Biomarker-Nachweis ist Diagnose.

Alzheimer als Kontinuum: bereits asymptomatisch erfassbar.

Symptome sind Folge des Krankheitsprozesses, nicht Voraussetzung der Diagnose.

Das klinische Bild allein reicht nicht.

Kernbiomarker (AT(N))

A — Amyloid

A β 42, A β 42/A β 40-Ratio, Amyloid-PET

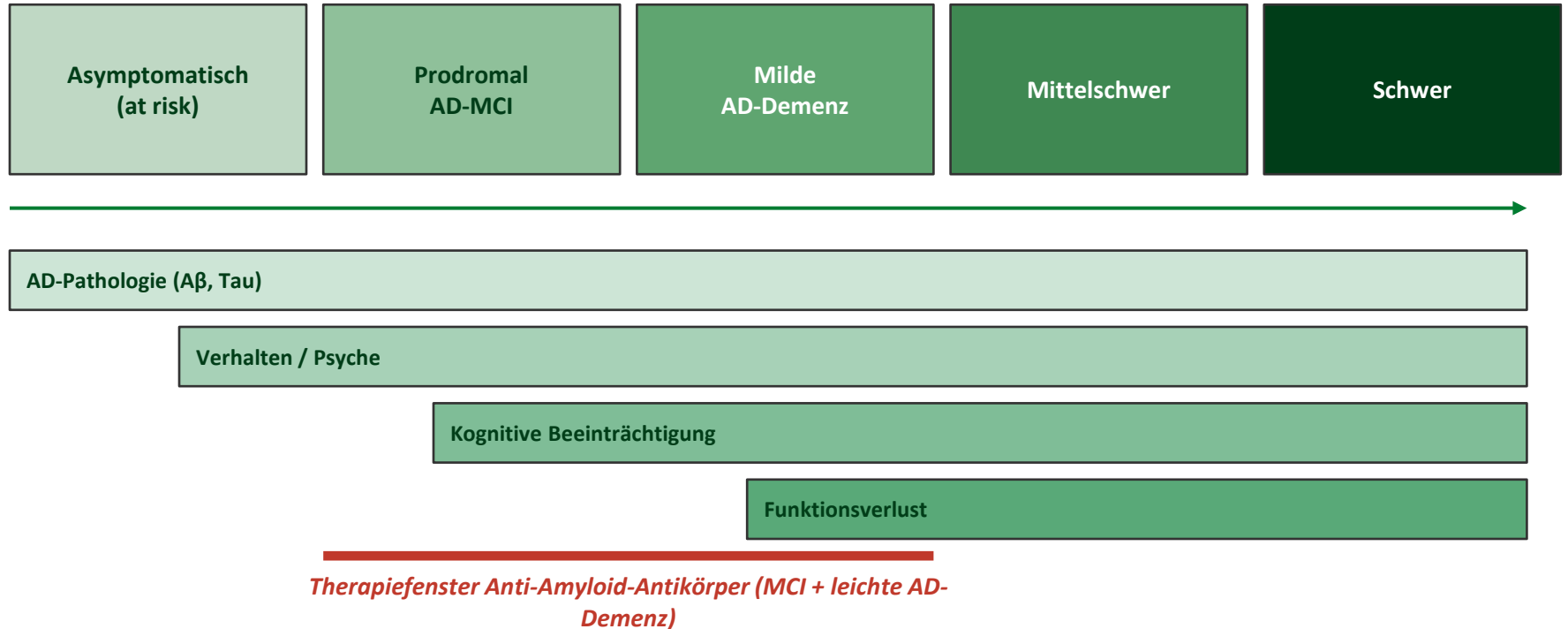
T1 — phosphoryliertes Tau

p-tau217, p-tau181, p-tau231 in Liquor und Blut

N — Neurodegeneration

Neurofilament Light Chain (NfL), MRT, FDG-PET

Spektrum der Alzheimer-Erkrankung



Wer früh eine Alzheimer-Krankheit hat,
hat keine Demenz
und ist NIEMALS “dement”.

Eine „Demenzabklärung“ ist für diese Menschen das falsche Etikett.

Wir brauchen eine **kognitive Abklärung**, niedrigschwellig, würdevoll, früh.

Der Begriff entscheidet, ob jemand kommt, oder nicht.

A K T 2

Prävention

Warum sie schwer ist, und welche Strukturen sie ermöglichen.

45 Prozent der Demenzfälle sind potenziell vermeidbar

45 %

der Demenzerkrankungen sind potenziell
verhinderbar durch Modifikation von 14
Risikofaktoren über die Lebensspanne.

Early Life	Bildung 5 %
Mid-Life	Hörverlust 7 % · LDL 7 % ¹ · Depression 3 % · SHT 3 % · Inaktivität 2 % · Diabetes 2 % · Rauchen 2 % · Hypertonie 2 % · Adipositas 1 % · Alkohol 1 %
Late Life	Soziale Isolation 5 % · Luftverschmutzung 3 % · Sehverlust 2 % ¹

¹ neu 2024 (LDL-Cholesterin, unbehandelter Sehverlust)

Warum Vorsorge so schwer ist

Wir investieren heute, für einen Effekt in 30 Jahren.

Heute investieren, morgen profitieren

Wie bei der Pension: Wir wissen, dass Sparen klug ist. Wir tun es trotzdem oft zu wenig. Hirngesundheit folgt der gleichen Logik.

Symptome erst spät spürbar

Hörminderung, hoher Cholesterinwert, Bewegungsmangel: keine akuten Beschwerden. Ohne Schmerzsignal verändert sich Verhalten kaum.

Allein bleibt schwer

Förderung der Vorsorge mit klaren Strukturen: in Dänemark wird Hörgeräte-Versorgung ohne Selbstbehalt refundiert; in Schweden werden Demenz-Diagnoseraten national gemessen und veröffentlicht (SveDem-Register).

Aufklärung allein reicht nicht. Vorsorge braucht Strukturen, die die gute Entscheidung leicht machen.

Was Vorsorge wirklich ermöglicht

Vier Hebel, die Politik und Versorgung gemeinsam in der Hand haben:

Bildung

Gesundheitswissen in der Schule. Lebenslanges Lernen. Verständnis für Risikofaktoren und Symptome.

Information

Öffentliche Aufklärung statt Tabuthema. Health Literacy in allen Altersgruppen, gezielt auch unter 65.

Niederschwelligkeit

Kurze Wege zu Abklärung und Beratung. Gedächtnisambulanzen und Diagnostik wohnortnah erreichbar.

Struktur

Durchgängige Versorgungspfade vom ersten Symptom bis zur Therapie. Integrierte Netzwerke aus Hausärzt*innen, Fachärzt*innen und Klinik.

WHO Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025 · Livingston G et al. Lancet. 2024;404:572-628.

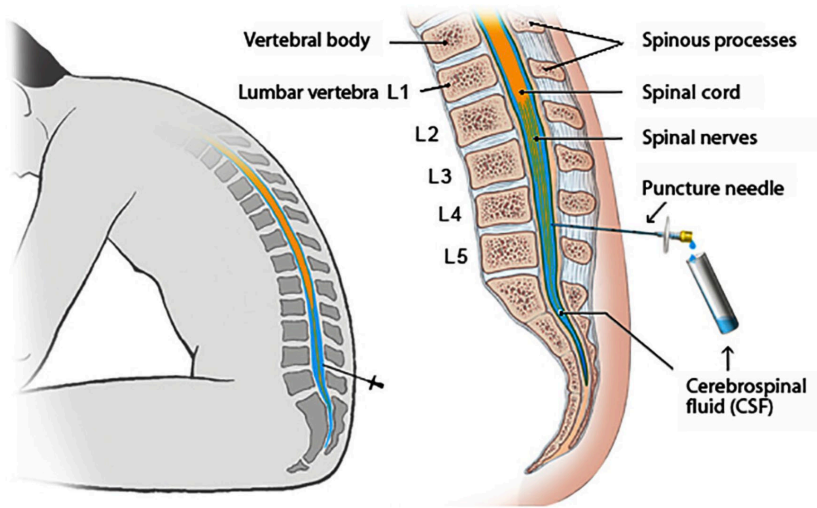
Geld allein löst das nicht. Es geht um Wissen, Wege und Strukturen.

A K T 3

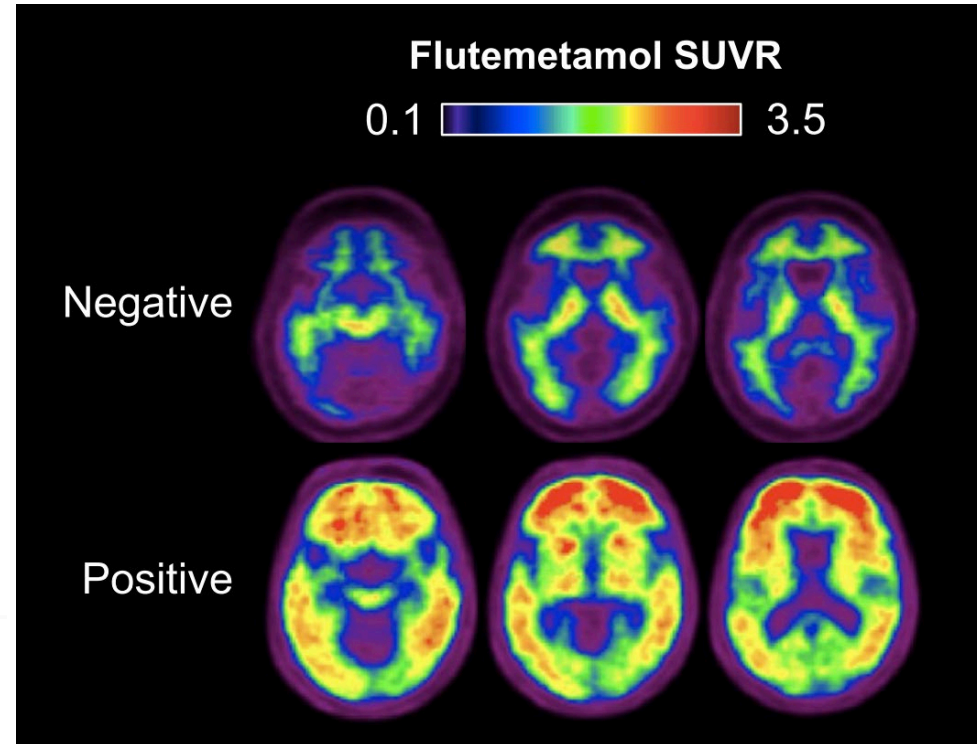
Früherkennung

Was wir heute können, und wie wir es in die Praxis bringen.

Lumbalpunktion und Amyloid-PET: die Goldstandards



Liquor: A β 42 · A β 42/A β 40-Ratio · p-tau181 · Tau (Gesamt)



Plasma p-tau217: die stille Revolution

AUC¹

0,90

In 90 von 100 Fällen unterscheidet der Test korrekt zwischen Amyloid-positiv und -negativ.

Ashton JM et al. JAMA Neurology 2024

Was sich 2025 und 2026 verändert hat

Mai 2025: Fujirebio Lumipulse pTau217/Aβ42-Plasma. Erste FDA-IVD²-Clearance für Alzheimer-Pathologie.

Oktober 2025: Roche Elecsys pTau181. Erste FDA-Clearance für die Primärversorgung zum Ausschluss von Amyloid-Pathologie (NPV 97,9 %).

Primärversorgung: 85 % Genauigkeit (Palmqvist et al. Nature Medicine 2025, n=1.767).

Voraussetzung: Klinische Indikation. Vortest-Wahrscheinlichkeit. Kein Bevölkerungsscreening.

In Österreich derzeit nicht flächendeckend verfügbar. Einsatz nur in spezialisierten Zentren.

¹ AUC = Area Under the Curve, Maß für diagnostische Trennschärfe. ² IVD = In-vitro-Diagnostikum, regulatorisch zugelassener Labortest.

Quellen: Ashton JM et al. JAMA Neurol. 2024;81:255-263 · Palmqvist S et al. Nat Med. 2025;31:2036-2043 (PMID 40205199) · FDA Press Release 16.05.2025 (Fujirebio Lumipulse) · Roche Investor Update 13.10.2025 (Elecsys pTau181). LKH-Univ. Klinikum Graz · Steirisches Demenzforum 2026 · 16/38

Diagnoseverzögerung: international

3,5

M E D I A N E J A H R E

vom Symptombeginn bis zur Demenz-Diagnose.

Young-Onset: 4,1 Jahre.

Unterdiagnose: die Schattenzahl

61,7 % der Demenzen in der Community sind unentdeckt (Lang et al. 2017, Meta-Analyse, 23 Studien).

~8 % der erwarteten MCI-Fälle werden erkannt (Mattke et al. 2023, US Medicare).

58,7 % der US-Erwachsenen mit Demenz sind nicht diagnostiziert oder nicht aufgeklärt (Amjad 2018).

Für Österreich liegen zu MCI keine vergleichbaren belastbaren Erhebungen vor.

Warum Menschen den Weg zur Ärztin oder zum Arzt nicht antreten

01

Stigma

Der Begriff „Demenz“ ist mit Endgültigkeit und Verlust assoziiert. Viele Ärzt*innen vermeiden den Begriff „Alzheimer“ aus Sorge vor psychologischer Belastung und Stigmatisierung der Patient*innen (Power R et al. Sage Open 2023, qualitativer Review).

02

Altersnormalisierung

„Ich werde halt älter.“ Symptome werden als unvermeidliche Lebensphase interpretiert; die Frage nach Abklärung wird nicht gestellt (Vasileva-Metodiev et al. J Alzheimers Dis 2025).

03

Sorge um Konsequenzen

Führerschein, Versicherung, Autonomie. Moghtaderi A et al. (JAMA Netw Open 2024, n=223.036 Primärversorger)

79 % der Befragten möchten eine Alzheimer-Diagnose früh wissen (Alzheimer's Association 2025).

Hausärzt*innen: die wichtigste Berufsgruppe

Erste Anlaufstelle. Vertrauensverhältnis. Niedrigschwellig.

Wenn sie wegschicken, bricht der Pfad ab. Wenn sie zuweisen, beginnt er.

Was sie heute schon leisten können

- Strukturierte Eigen- und Fremdanamnese
- Uhrentest, MoCA, MMSE als Screening
- Frühzuweisung statt Abwarten
- Reversible Ursachen ausschließen (Vitamin B12, TSH, Medikation)
- Mitbetreuung nach Therapiebeginn

Was ihnen das System heute schwer macht

- Zeit (Tarifstruktur belohnt kurze Kontakte)
- Fortbildung zu MCI und Anti-Amyloid-Therapie
- Strukturierte Zuweisungsprozesse an sind nicht a priori implementiert
- Gemeinsame Patient*innenbetreuung mit Spezialambulanzen (Silo-Denken)

Werkzeug für die Hausarztpraxis: der MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME : _____
 Ausbildung : _____
 Geschlecht : _____
 Geburtsdatum : _____
 DATUM : _____

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV

Würfel nachzeichnen (3 Punkte)

Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)

Ende (E) → A → Beginn (B) → 2 → 3 → 4 → C → 1 → 5 → D

Kontur _____
 Zahlen _____
 Zeiger _____

_____/5

BENENNEN

_____/3

GEDÄCHTNIS

Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)

1. Versuch	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte
2. Versuch						

AUFMERKSAMKEIT (Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.) In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen [] 7 4 2) _____/2

Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B _____/1

Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 _____/3
4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekte: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekte: 0 P.

SPRACHE Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ „Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hände im Zimmer waren.“ _____/2

Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen [] _____ (N ≥ 11 Wörter) _____/1

ABSTRAKTION Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Äpfelzine ⇒ Frucht [] Eisenbahn - Fahrrad [] Uhr - Lineal _____/2

ERINNERUNG Worte erinnern OHNE HINWEIS GESICHT [] SAMT [] KIRCHE [] TULPE [] ROT [] Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis _____/5

Optional Hinweis zu Kategorie _____
 Mehrfachauswahl _____

ORIENTIERUNG [] Datum [] Monat [] Jahr [] Wochentag [] Ort [] Stadt _____/6

© Z Nasreddine MD Version 7.Nov.2004 deutsche Übersetzung: SM Bartsch, SG Zipper Normal 2 26 / 30 TOTAL _____/30
 www.mocatest.org + 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung
 www.mocatest.org

Nasreddine ZS et al. J Am Geriatr Soc. 2005;53:695-699 (MoCA Originalpublikation)

MoCA — Montreal Cognitive Assessment

Sensitiver als der MMSE für leichte kognitive Störungen.

15 Minuten, kostenfrei, mehrsprachig.

Domänen:

Visuospatial und Exekutiv · Benennen · Gedächtnis · Aufmerksamkeit · Sprache · Abstraktion · Erinnerung · Orientierung

Schlüssel-Subtest:

Verzögerte Erinnerung (5 Wörter nach 5 Minuten).
 Sensitiv für hippocampale Pathologie.

GEDÄCHTNIS							Keine Punkte
Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)							
1. Versuch	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT		
2. Versuch							

ERINNERUNG	Worte erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT []	SAMT []	KIRCHE []	TULPE []	ROT []	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis	_____/5
Optional	Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl							

A K T 4

Therapie 2026

Erstmals krankheitsmodifizierend. In Österreich seit August 2025 verfügbar.

Therapie der Alzheimer-Krankheit 2026

Cholinesterasehemmer

Donepezil · Rivastigmin · Galantamin

Symptomatisch · leichte bis mittelschwere AD

Memantin

NMDA-Rezeptor-Antagonist

Symptomatisch · mittelschwere bis schwere AD

Anti-Amyloid-Antikörper

Lecanemab · Donanemab

Krankheitsmodifizierend · MCI bis leichte AD-Demenz

Nicht-medikamentös

*Kognitives Training · Musiktherapie · Reminiszenz ·
Realitätsorientierung*

Alle Stadien · Angehörigenarbeit

Cholinesterasehemmer und Memantin

MMSE



Cholinesterasehemmer



Memantin (MMSE 3 bis 19)

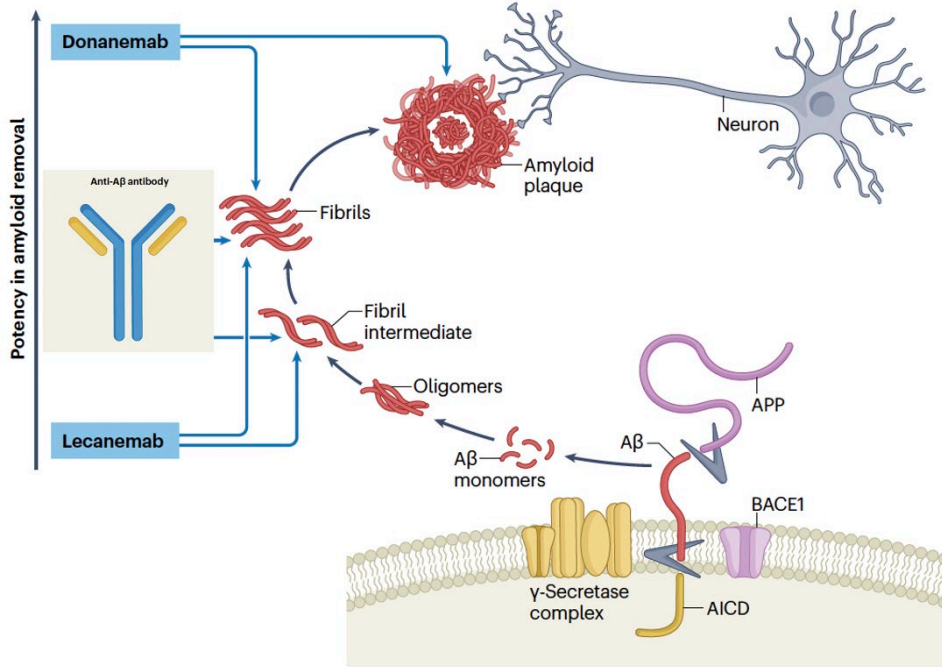
Symptomatisch. Verbesserung von Kognition und Alltag um wenige MMSE-Punkte.

Keine Krankheitsmodifikation. Effekt bleibt nach Absetzen nicht erhalten.

Indikation: leichte bis mittelschwere AD (Cholinesterasehemmer); mittelschwere bis schwere AD (Memantin).

Anti-Amyloid-Antikörper: der Mechanismus

Molecular targets of anti-A β monoclonal antibodies



Lecanemab

Bindet lösliche A β -Oligomere und Protofibrillen.
Infusion alle 2 Wochen, mindestens 18 Monate.

Donanemab

Bindet bereits abgelagertes pyroglutamiertes A β in Plaques.
Infusion alle 4 Wochen, bis zur Amyloid-Clearance.

In der Pipeline:

*Trontinemab (Brainshuttle-Technologie, Roche),
Remternetug (subkutan, Lilly). Phase-3-Studien laufen.*

Sevigny J et al. Nature. 2016;537:50-56 (Aducanumab Mechanismus) · Söderberg L et al. Sci Rep. 2022;12:14071 (Lecanemab) · Demattos RB et al. Neuron. 2012;76:908-920 (Donanemab pyroglutamated A β).

Was Anti-Amyloid-Therapien leisten

31 %

Lecanemab, CDR-SB Verlangsamung
EU-indizierte Population, 18 Monate

28 %

Donanemab, CDR-SB Verlangsamung
EU-indizierte Population, 76 Wochen

31 %

weniger Risiko, das nächste Krankheits-
stadium zu erreichen
Lecanemab nach 36 Monaten (OLE)

Der Effekt verstärkt sich mit der Behandlungsdauer. Je länger behandelt wird, desto größer der Vorteil. Krankheitsmodifizierend, nicht symptomatisch.

Quellen: ÖAG SOP Lecanemab V1.11/2025 · ÖAG SOP Donanemab V1.11/2025 (EU-indizierte Population) · van Dyck CH et al. *NEJM* 2023;388:9–21 · Sims JR et al. *JAMA* 2023;330:512–527 · van Dyck CH et al. *Alz Dement* 2025;21:e70905 (36-Mo OLE).

Was Anti-Amyloid-Therapie nicht ist:

Kein Heilmittel.

Die Krankheit schreitet fort. Die Therapie verlangsamt diesen Verlauf.

Nicht für späte Stadien.

Nur bei MCI und leichter AD-Demenz geeignet. Wer zu spät kommt, profitiert nicht mehr.

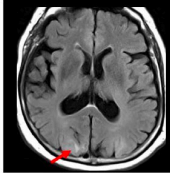
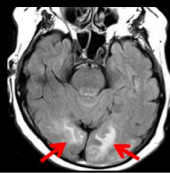
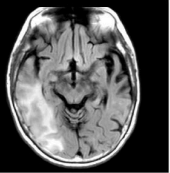
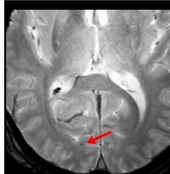
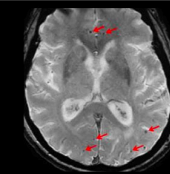
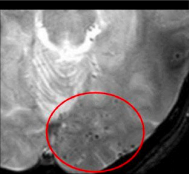
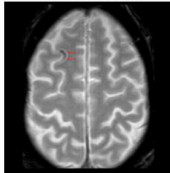
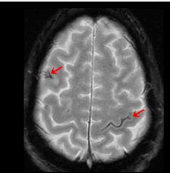
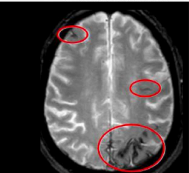
Nicht für andere Demenzformen.

Vaskulär, FTLD, Lewy-Körper: keine Anti-Amyloid-Therapie. Symptomatik, Sekundärprävention, Begleitung.

Kein Massenmedikament.

Amyloid-Bestätigung. APOE-Test. MRT-Sicherheit. Klare Eignungskriterien. Hohes Commitment.

ARIA: Amyloid-related Imaging Abnormalities

	Mild	Moderate	Severe
ARIA-E (new, treatment emergent sulcal and/or cortical/subcortical FLAIR hyperintensity)	One location < 5cm 	One location 5-10 cm OR More than one location each < 10 cm 	One or more location > 10 cm 
ARIA-H (new, treatment emergent microhemorrhage)	≤ 4 	5-9 	≥ 10 
ARIA-H (new, treatment emergent superficial siderosis)	1 focal area 	2 focal areas 	> 2 focal areas 

	ARIA-E	ARIA-H	Symptom.
Lecanemab	9 %	13 %	2 %
Donanemab	20,6 %	27,6 %	5,6 % / 1,1 %

MRT-Kontrollen

Lecanemab: vor der 3., 5., 7. und 14. Infusion

Donanemab: vor der 2., 3., 4. und 7. Infusion

Mindestens 4 MRTs im ersten Therapiejahr.

APOE-ε4-Homozygote sind in der EU von der Therapie ausgeschlossen (erhöhtes ARIA-Risiko).

Die Kritik und die Replik

IQWiG / G-BA

Vorwurf: „Zusatznutzen nicht belegt“ für Lecanemab (G-BA 02/2026) und Donanemab (G-BA 04/2026).

Replik:

IQWiG bewertet auf Basis von Herstellerdossiers ohne saubere Trennung von MCI- und milder AD-Demenz-Population. In den Subgruppen mit niedrigem Tau-Spiegel zeigen sich klinisch relevante Effekte. „Nicht belegt“ ist nicht „nicht vorhanden“: es bedeutet, dass die Studienarchitektur nicht den deutschen Bewertungsstandards entspricht.

Cochrane Review

Vorwurf: Cochrane (CD016297, August 2025): „Trivialer Effekt auf Kognition, kleiner Effekt auf Funktion, erhöhtes ARIA-Risiko.“

Replik:

Der Review poolt 17 Phase-3-Studien einschließlich gescheiterter Substanzen (Bapineuzumab, Solanezumab, Aducanumab). Diese verwässern die Effekte von Lecanemab und Donanemab. Das UK Dementia Research Institute hat die Methodik öffentlich kritisiert.

Walsh et al. BMJ 2022

Vorwurf: „CDR-SB-Differenz von 0,45 liegt unter dem klinisch spürbaren Schwellenwert (MCID).“

Replik:

Schwellen sind kontextabhängig und stadiumsspezifisch. Der Effekt akkumuliert über die Zeit auf bis zu 1,75 Punkte nach 4 Jahren. Eine Verzögerung des Funktionsverlusts ist für Patient*innen und Angehörige klinisch relevant.

Von der Zulassung in die Praxis: was noch fehlt

Was schon vorhanden ist

EU-Zulassung Lecanemab (Leqembi™): 15.04.2025.

EU-Zulassung Donanemab (Kisunla™): 24.09.2025

(positive CHMP-Empfehlung am 25.07.2025 nach initial negativer Bewertung).

ÖAG/ÖGN-Diagnosepfad ausgearbeitet (Benke und Stögmann, 2026).

ÖAG-SOPs für Lecanemab und Donanemab (V1.11/2025).

Österreichischer Demenzbericht 2025 (BMSGPK/GÖG).

Was noch fehlt

~100

*Patient*innen werden in Österreich derzeit mit Anti-Amyloid-Antikörpern behandelt, davon 5 in Graz (Stand Mai 2026, ~9 Monate nach Marktstart).*

- Flächendeckende Niederschwelligkeit
- Geschulte Allgemeinmediziner*innen
- Dezentrale Diagnostikangebote außerhalb Graz
- Strukturierter Zuweisungsprozess

Das Therapiefenster steht offen. Die Versorgungsstruktur wächst noch hinein.

Nicht-medikamentöse Therapien

MCI und leichte bis mittlere AD

- Kognitives Training
- Kognitive Stimulation
- Körperliches Training
- Ernährung

Mittlere und schwere Demenz

- Musiktherapie
- Reminiszenz-Therapie
- Realitätsorientierung
- Validation

Angehörigenarbeit ist Kerntherapie, nicht Add-on. Sie entscheidet maßgeblich über die Lebensqualität.

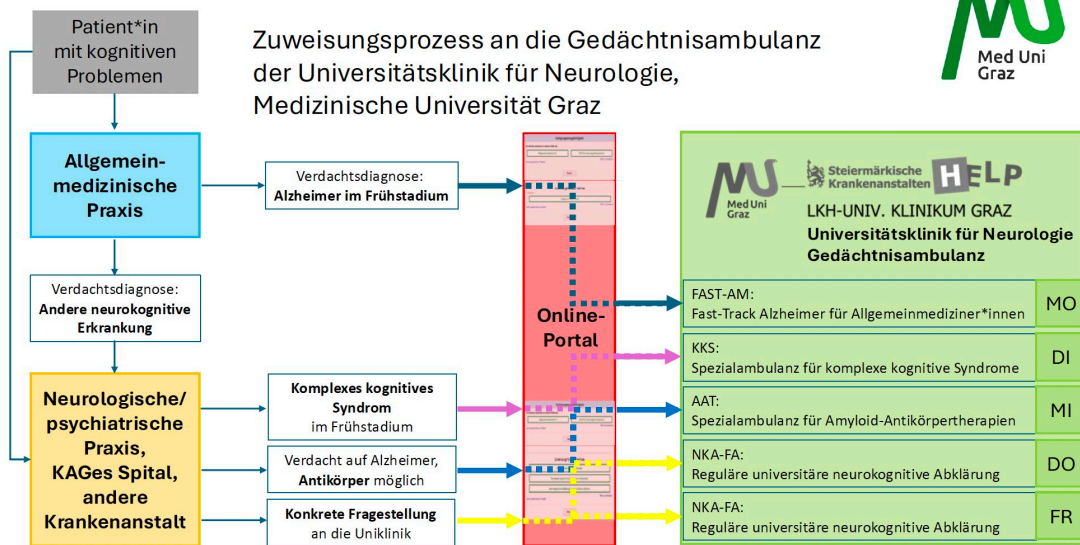
A K T 5

Versorgungspfad

Was die Steiermark schon hat, und wo die Welt schon weiter ist.

Der steirische Pfad

Die Patient Journey von morgen



Gedächtnisambulanz

MO · FAST-AM

Schneller Termin für Patient*innen aus Hausarztpraxen

DI · KKS

Komplexe Krankheitsbilder (z. B. Frontotemporale Demenz, atypische Verläufe)

MI · AAT

Anti-Amyloid-Antikörper-Therapie

DO/FR · NKA-FA

Reguläre kognitive Abklärung der Universitätsklinik

Die Struktur steht. Ein Zentrum in Graz, das mit niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäusern in der Steiermark zusammenarbeitet. Sie braucht Ressourcen, um zu wachsen — und Anlaufstellen außerhalb von Graz.

Internationale Bemühungen

Land	Modell	Was wir lernen können
Korea	Ein nationales Institut, 17 regionale Demenzzentren, 256 kommunale Versorgungseinrichtungen. Lecanemab Mai 2024 (viertes Land weltweit).	Flächendeckende Versorgung als gesetzliche Aufgabe. Konsequente nationale Finanzierung.
USA	ALZ-NET: 118 Zentren, über 3.600 Patient*innen unter Anti-Amyloid-Therapie im Real-World-Register. CMS GUIDE: 390 Organisationen mit refundierter Care-Navigator-Funktion.	Behandlungsregister als Voraussetzung der Erstattung. Patient*innen-Navigation als refundierte Berufstätigkeit.
Schweden	Nationales SveDem-Register (Swedish Dementia Registry), strukturierter Gedächtnisambulanz-Pfad in jeder Region. Plasma-Biomarker-Validierung in BioFINDER-Primärversorgung.	Diagnose- und Versorgungsdaten als nationale Pflichtaufgabe. Biomarker-Roll-out beginnt in der Primärversorgung.
Dänemark	Nationaler Aktionsplan Demenz 2025: Diagnoserate-Ziel von 80 %. Demenzfreundliche Gemeinden. Finanzielle Anreize für niedergelassene Ärzt*innen zur Diagnose.	Klares Diagnoseziel mit finanziellen Anreizen. Verankerung der Krankheit im Alltag der Gemeinde.
Österreich	Strategie „Gut leben mit Demenz“ (2015), Demenzbericht 2025, ÖAG/ÖGN-Diagnosepfad (Benke und Stögmann, 2026).	<i>Konzepte sind da. Umsetzung herausfordernd, regional sehr unterschiedlich.</i>

Quellen: Kim S et al. J Korean Dement Assoc 2024 · Cogswell PM et al. ALZ-NET (CTAD 2025) · Alzheimer Europe National Plans (Sweden: SveDem; Denmark: Action Plan 2025) · Religa D et al. SveDem registry, J Alzheimers Dis · Benke T, Stögmann E. Neurologie & Psychiatrie 2026; Österreichischer Demenzbericht 2025.

Drei Hebel für die Gesundheitspolitik

Drei Möglichkeiten, die heute auf dem Tisch liegen.

1

Integrierte Versorgung

Ein zentrales Diagnose- und Therapiezentrum in Graz, das eng mit dezentralen Anlaufstellen in der Steiermark zusammenarbeitet. Patient*innen werden durch den Prozess begleitet

2

Schulungsprogramme Allgemeinmedizin

Strukturierte Fortbildung für Allgemeinmediziner*innen zum aktuellen Diagnosepfad und zur Anti-Amyloid-Therapie. Kooperation MedUni Graz, ÖGAM, ÖGN. Niederschwellige Zertifizierung.

3

Sichtbare Ergebnisse: Versorgungsindikatoren

Diagnoserate, Wartezeit, Therapiezugang als steirische Versorgungsindikatoren regelmäßig erheben und veröffentlichen. Vorbild: Schweden (SveDem) und Dänemark (80 %-Diagnoserate-Ziel).

Vorbild GUIDE: CMS Center for Medicare & Medicaid Innovation 2024 (www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide) · SveDem: Religa D et al. PLoS One. 2015;10:e0116538.

Drei Hebel für die Hausarztpraxis

Die wichtigste Berufsgruppe für diese Krankheit: drei konkrete Möglichkeiten, die heute schon umsetzbar sind.

1

Aufmerksamkeit unter 65

Bei kognitiven Symptomen vor dem 65. Lebensjahr immer eine kognitive Abklärung anbieten, auch wenn Burnout oder Depression naheliegen. Frau M. hat 14 Monate verloren.

2

Frühzuweisung statt Abwarten

Die Anti-Amyloid-Therapie steht nur bis MCI und leichter AD-Demenz zur Verfügung. Lieber einmal zu früh zuweisen als einmal zu spät. Aber: strukturiert!

3

Gemeinsame Patient*innenbetreuung

Eine Anti-Amyloid-Therapie läuft 18 Monate und länger. Gemeinsam mit der Gedächtnisambulanz lassen sich Verlaufskontrollen und Sicherheitsmonitoring effizient organisieren.

Drei Hebel für uns alle

Was jede und jeder von uns heute tun kann.

- 1. Selbst hinschauen.** Wenn Sie über 50 sind und sich Gedanken machen: das ist keine Schwäche. Das ist eine medizinische Frage. Stellen Sie sie.
- 2. Angehörige begleiten.** Wenn jemand in Ihrer Familie Symptome zeigt, begleiten Sie sie zur Hausärztin oder zum Hausarzt. Bitten Sie um eine kognitive Abklärung, nicht um eine „Demenzabklärung“.
- 3. Sprechen Sie darüber.** Demenz und Alzheimer aus der Tabuzone holen. Aufklärung im Familien-, Freundes- und Berufsumfeld macht Diagnose und Therapie leichter zugänglich.

Demenz ist ein Spätstadium. Die Alzheimer-Krankheit ist umso besser behandelbar, **je früher sie erkannt wird.**

Was passiert, wenn wir nichts ändern.

172.000

Menschen mit Demenz in Österreich 2025



298.000

Prognose 2050 (+73 %)

Wir haben die Werkzeuge.

Wir haben das Wissen.

Was wir nicht haben, ist Zeit.

*Frau M. hat sie nicht. Und die 172.000 Österreicher*innen, die heute mit dieser Krankheit leben, haben sie auch nicht.*

“Demenz” als biopsychosoziales Phänomen



KONTAKT

Dr. Stephan Seiler, PhD

Gedächtnisambulanz · Universitätsklinik für Neurologie
LKH-Univ. Klinikum Graz · Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 22 · 8036 Graz
+43 316 385 83396
stephan.seiler@medunigraz.at

