

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V.

zur Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie 2027

Berlin, März 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V. ist die wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft für Neurologie in Deutschland und vertritt über 10.000 Mitglieder aus Klinik, Praxis und Forschung. Die Neurologie nimmt bei der Diagnostik und Behandlung von Demenzen eine zentrale Rolle ein. Wir danken für die Möglichkeit, zur Fortführung und Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie (NDS) ab 2027 Stellung zu nehmen, und begrüßen ausdrücklich die Orientierung am *WHO Global Action Plan on the public health response to dementia* sowie den vorgesehenen iterativen Arbeitsgruppenprozess. Aus neurologischer Sicht bleiben jedoch zentrale medizinische Aspekte – insbesondere Prävention, Früherkennung, Frühdiagnostik und Behandlung von Demenzen und hier besonders der Alzheimer-Krankheit – im vorliegenden Entwurf strukturell unterrepräsentiert, obwohl sie angesichts der aktuellen Entwicklungen der Versorgungslandschaft von herausragender Bedeutung sind.

1. Demenz als Erkrankung und Notwendigkeit einer starken medizinischen Säule

Im aktuellen Entwurf der NDS 2027 wird Demenz zutreffend als komplexes biografisches und gesellschaftliches Phänomen beschrieben, gleichwohl bleibt unterbelichtet, dass Demenzen primär Erkrankungen mit klar definierbaren pathophysiologischen Mechanismen sind, für die heute differenzierte diagnostische und therapeutische Optionen zur Verfügung stehen. Für Menschen, die an Demenz erkrankt sind oder ein hohes Risiko haben zu erkranken, ist die medizinische Komponente im Sinne von zeitgerechter Diagnostik, Beratung und Behandlung ein elementares Interesse und ein grundlegendes Patientenrecht.

Im vorliegenden Konzept werden diese medizinischen Aspekte nur implizit mitgedacht, etwa unter dem WHO-Handlungsfeld 4 (*Diagnose, Behandlung, Versorgung und Unterstützung bei Demenz*), ohne dass sie als eigenständige Ziel- und Maßnahmenebene mit klarer Struktur, Verantwortlichkeit und Umsetzungspfad sichtbar werden. Dies stellt gegenüber der ursprünglichen Nationalen Demenzstrategie von 2020 sogar einen Rückschritt dar, in der zumindest explizit eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung und der Versorgung im Krankenhaus benannt wurde.

Trotz aller begrüßenswerter Bemühungen im Bereich der Prävention ist auf Basis der demografischen Entwicklung und der heutigen Evidenz davon auszugehen, dass die absolute Zahl der an Demenz Erkrankten in Deutschland weiter steigen wird. Ohne eine klar sichtbare, strukturierte medizinische Perspektive – von der Risikostratifikation über die Frühdiagnostik bis zur differenzierten Therapie – wird sich an dieser Belastung weder für die Betroffenen noch für das Gesundheits- und Sozialsystem substanziell etwas ändern.

2. Prävention: Chancen nutzen, Evidenz umsetzen

Die NDS 2027 benennt die Verbesserung der Demenzprävention als hoch priorisiertes strategisches Ziel und ordnet dieses konsequent dem WHO-Handlungsfeld 3 (*Risikoreduktion für Demenz*) zu. Die DGN begrüßt diese Schwerpunktsetzung ausdrücklich. Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz – insbesondere der Lancet Commission Report (2024), der bis zu 45 % aller Demenzfälle als potenziell durch Modifikation veränderbarer Risikofaktoren vermeidbar einstuft – rechtfertigt diese Priorisierung.

Vor dem Hintergrund neuer multidomäner Lebensstil-Interventionsstudien (insbesondere des US-POINTER-Studienprogramms sowie verwandter europäischer Konzepte im WorldWideFINGERS-

Netzwerk, z.B. der finnischen FINGER-Studie), evidenzbasierter Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Prävention sowie strukturierter Präventionsleitlinien in anderen Ländern erscheint es zwingend erforderlich, Prävention nicht auf allgemeine Gesundheitsförderung zu verkürzen, sondern sie konkret medizinisch-neurologisch zu unterfüttern.

2.1 Multidomänen Lebensstilinterventionen

Die US-POINTER-Studie (U.S. Study to Protect Brain Health Through Lifestyle Intervention to Reduce Risk), die bisher größte randomisiert-kontrollierte Studie zur multidomänen Demenzprävention, hat 2024 signifikante Effekte eines kombinierten Lebensstilprogramms (körperliche Aktivität, Ernährung, kognitive Stimulation, kardiovaskuläres Risikomanagement) auf kognitive Endpunkte bei älteren Erwachsenen mit Demenzrisiko nachgewiesen. Diese Evidenz bestätigt und ergänzt Befunde aus der FINGER-Studie und ihren internationalen Schwesterprojekten.

Hierzu gehören aus Sicht der DGN insbesondere:

- Systematische Identifikation und Behandlung vaskulärer und lebensstilbezogener Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes, Adipositas, körperliche Inaktivität, Hörstörungen, Depression, Nikotinabusus u.a.) in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, verankert in verbindlichen Versorgungsprogrammen (z.B. DMP-Strukturen).
- Entwicklung und Implementierung standardisierter, evidenzbasierter Präventionspfade für kognitiv gefährdete Personen, einschließlich multidomäner Programme zu Bewegung, Ernährung, kognitiver Stimulation und sozialer Teilhabe, die explizit an internationale Interventionsstudien anknüpfen.
- Integration von Präventionsscreenings in bestehende Gesundheits-Check-up-Programme (§ 25 SGB V) sowie Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Stärkung der Präventionsforschung und Translation wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.
- Verknüpfung bevölkerungsbezogener Präventionsstrategien (§ 20a SGB V) mit spezialisierten Angeboten der Gedächtnisambulanzen und neurologischen Fachversorgung zur gezielten Risikostratifikation und Verlaufsbeobachtung.

2.2 Vaskuläre Risikofaktoren und Schnittstelle zur Fachversorgung

Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas und Vorhofflimmern zählen zu den wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren für Demenz. Deren konsequente Behandlung im mittleren Lebensalter ist eine der wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Die NDS sollte explizit fordern, dass Hausärzte und Neurologen beim Management dieser Risikofaktoren die Demenzprävention als Therapieziel verankern. Hier besteht eine direkte Schnittstelle zwischen AG 1 (Prävention) und AG 5 (Vernetzung), die im NDS-Entwurf bisher nicht ausreichend abgebildet ist.

Die geplante Arbeitsgruppe 1 sollte daher zwingend durch eine differenzierte medizinisch-neurologische Perspektive ergänzt werden und in ihren Maßnahmen explizit die Zusammenarbeit mit hausärztlicher, neurologischer und geriatrischer Versorgung sowie mit Gedächtnisambulanzen vorsehen.

3. Früherkennung und Frühdiagnostik: Biomarker als neue Realität

Der Entwurf der NDS 2027 bleibt bei den Themen Früherkennung und Frühdiagnostik sehr allgemein und ohne klare Verortung der aktuellen diagnostischen Möglichkeiten. In den letzten Jahren hat sich die Versorgungslandschaft jedoch grundlegend verändert:

1. Es stehen validierte Biomarker-gestützte Frühdiagnostikverfahren zur Verfügung, die eine präzise ätiologische Diagnostik bereits im prodromalen oder frühen symptomatischen Krankheitsstadium ermöglichen: Liquor-Biomarker (Amyloid-beta 42/40, phospho-Tau 181/217, Gesamt-Tau), Amyloid-PET-Bildgebung sowie – in fortgeschrittener klinischer Translation – minimal-invasive Blut-Biomarker wie phospho-Tau 217.

2. Es existieren zunehmend standardisierte diagnostische Pfade in spezialisierten Gedächtnisambulanzen, die die WHO-Forderung nach integrierten, evidenzbasierten Versorgungspfaden in die Praxis übersetzen.

Diese Entwicklungen haben direkte Konsequenzen für die nationale Strategie:

- Früherkennung muss als strukturierte, qualitätsgesicherte Frühdiagnostik in spezialisierten Settings gedacht werden – nicht nur als Sensibilisierung für erste Symptome.
- Es bedarf einer klaren, bundesweit abgestimmten Definition von Indikationen, Qualitätsstandards und Versorgungsstrukturen für Biomarker-gestützte Diagnostik (einschließlich Finanzierung und Zugangsgerechtigkeit), um Über- wie Unterversorgung zu vermeiden.
- Gedächtnisambulanzen und andere spezialisierte Einrichtungen – die im vorliegenden NDS-Entwurf nicht explizit genannt werden – sind die zentrale Schnittstelle in der Versorgungskette: Sie bündeln Früherkennung, differenzielle Diagnostik, Beratung, Anbindung an Studien und Versorgungspfad-Strukturen.

Die DGN fordert daher in der NDS 2027:

- Früherkennung und Frühdiagnostik als eigenständige medizinische Ziele im Rahmen des WHO-Handlungsfeldes 4 zu verankern.
- Gedächtnisambulanzen und spezialisierte neurologische Strukturen explizit als zentrale Akteure der NDS zu benennen, einschließlich ihrer Rolle in den geplanten Versorgungspfaden und Arbeitsgruppen (insbesondere AG 1, AG 3 und AG 5).

4. Krankheitsmodifizierende Therapien – eine historische Zäsur

Mit der Zulassung von Lecanemab und Donanemab steht die Demenzmedizin an einer historischen Schwelle. Beide Anti-Amyloid-Antikörper haben in Phase-III-Studien eine signifikante Verlangsamung des kognitiven Abbaus bei Patientinnen und Patienten im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit gezeigt. Damit ist erstmals das klinische Paradigma der rein symptomatischen Behandlung durchbrochen. Der NDS-Entwurf trägt dem Umstand Rechnung, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse integriert werden sollen, benennt aber die tiefgreifende systemische Bedeutung dieser Therapien für die Versorgungsstrukturen bislang nicht konkret.

Mit der Verfügbarkeit solcher Therapien ergeben sich aus neurologischer Sicht substantielle Konsequenzen:

- Klar definierte, indikationsbezogene Behandlungspfade werden benötigt: von der Risikostratifikation über die Biomarker-gestützte Diagnostik bis zur Verlaufs- und Nebenwirkungsüberwachung (einschließlich MRT-Monitoring auf ARIA), verankert in der ambulanten und stationären neurologischen Regelversorgung.
- Kapazitäten und Kompetenzen in der neurologischen Versorgung (Gedächtnisambulanzen, spezialisierte Zentren) müssen zielgerichtet ausgebaut werden, um diese Therapien leitliniengerecht, sicher und flächendeckend anbieten zu können.
- Ein erheblicher Koordinationsbedarf besteht zwischen Neurologie, Neuroradiologie, Nuklearmedizin, Allgemeinmedizin, Geriatrie und Pflege, der nur über klar strukturierte Versorgungspfade und sektorenübergreifende Vernetzung bewältigt werden kann.
- Für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis müssen Fortbildungsstrukturen zur Indikationsstellung, Aufklärung und Verlaufsbeurteilung strukturell verankert werden.

Die DGN regt an, in der NDS 2027:

- einen expliziten Bezug auf die Einführung krankheitsmodifizierender Therapien und die damit verbundenen strukturellen Anforderungen (Zentrenbildung, Qualitätskriterien, Zugangsgerechtigkeit, Monitoring) aufzunehmen.
- die laufenden Projekte zur Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungspfade (z.B. das IGES-Projekt zur Alzheimer-Demenz im ambulanten Setting) als Referenz und Umsetzungslinie für eine künftige nationale Implementierung zu nutzen und in AG 5 systematisch weiterzuführen.

5. Gedächtnisambulanzen und neurologische Fachstrukturen

Die DGN teilt die Kritik des Deutschen Netzwerks Gedächtnisambulanzen (DNG) an der fehlenden Erwähnung von Gedächtnisambulanzen im NDS-Entwurf. Gedächtnisambulanzen sind die entscheidende Schnittstelle zwischen Primärversorgung, spezialisierter Diagnostik, Therapieeinleitung und Forschung. Gerade im Kontext der neuen krankheitsmodifizierenden Therapien kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu:

- Nur an Gedächtnisambulanzen kann die erforderliche Biomarker-basierte Diagnostik flächendeckend, qualitätsgesichert und in leitliniengerechter Form durchgeführt werden.
- Gedächtnisambulanzen sind in der Lage, die Indikationsstellung für Anti-Amyloid-Antikörper zu übernehmen und das erforderliche Sicherheitsmonitoring zu gewährleisten.
- Gedächtnisambulanzen können als Vermittler und Multiplikatoren von Präventionskonzepten aktiv werden.
- Als Brücke zwischen Forschung und Regelversorgung sind sie unverzichtbar und sollten ausdrücklich in alle relevanten Arbeitsgruppen der NDS eingebunden werden (insbesondere AG 1, AG 3 und AG 5).

6. Strukturvorschlag: Einrichtung einer Arbeitsgruppe „Medizin“

Die NDS 2027 beschreibt einen Arbeitsgruppenrahmen für Prävention, Teilhabe, Beratung, Rechte und Vernetzung. Aus neurologischer Sicht entsteht dadurch die Gefahr, dass das WHO-Handlungsfeld 4 (*Diagnose, Behandlung, Versorgung und Unterstützung*) nur fragmentiert und ohne klare medizinische Struktur abgebildet wird. Die DGN schließt sich daher der Kernforderung an, eine eigenständige Arbeitsgruppe „Medizin“ einzurichten, die die medizinischen Inhalte der NDS bündelt und systematisch weiterentwickelt.

Diese Arbeitsgruppe sollte insbesondere folgende Aufgaben haben:

- Ausarbeitung evidenzbasierter Ziele und Maßnahmen zu Früherkennung, Frühdiagnostik und Behandlung von Demenzen, inklusive Biomarker-gestützter Diagnostik und krankheitsmodifizierender Therapien, im Rahmen des WHO-Handlungsfeldes 4.
- Strukturierte Einbindung neurologischer, psychiatrischer und geriatrischer Fachgesellschaften sowie von Gedächtnisambulanzen und universitären/außeruniversitären Forschungszentren in die Ausgestaltung der Strategie.
- Enge Verzahnung mit AG 1 (Prävention) und AG 5 (Vernetzung), um Prävention, Diagnostik, Therapie und Versorgungskoordination als kohärente medizinische Kette zu planen.

Ohne eine solche medizinische Arbeitsgruppe besteht die Gefahr, dass die NDS ab 2027 sich überwiegend auf Versorgung, Teilhabe und Rechte fokussiert, sich von den Bedürfnissen von Betroffenen in frühen Krankheitsphasen entfernt und an Relevanz verliert.

7. Konkrete Forderungen der DGN

Zusammenfassend fordert die Deutsche Gesellschaft für Neurologie folgende Ergänzungen und Änderungen am Entwurf der NDS 2027:

- Aufnahme eines eigenen Unterkapitels „Früherkennung, Frühdiagnostik und Behandlung von Demenzen“ im Abschnitt zu den strategischen Zielen, mit explizitem Bezug zu WHO-Handlungsfeld 4.
- Ergänzung der strategischen Ziele um einen Passus, der die Integration Biomarker-gestützter Diagnostik und neuer krankheitsmodifizierender Therapien in die Regelversorgung explizit benennt, inklusive Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Namentliche Nennung neurologischer Fachgesellschaften, Gedächtnisambulanzen und spezialisierter Zentren im Abschnitt zu den beteiligten Akteuren sowie in den Arbeitsgruppenbeschreibungen, insbesondere AG 1, AG 3 und AG 5.
- Einrichtung einer zusätzlichen Arbeitsgruppe „Medizin“ (oder entsprechende Ausweitung bestehender Arbeitsgruppen mit klarem medizinischem Mandat).
- Verankerung eines indikationsbezogenen Versorgungspfades für Alzheimer-Demenz als prioritäres Umsetzungsprojekt der NDS, in Kooperation mit laufenden Modellprojekten und unter Nutzung der WHO-Empfehlung zur Entwicklung nationaler Versorgungspfade.
- Beteiligung der DGN an relevanten Arbeitsgruppen: Die DGN bietet ihre fachliche Expertise ausdrücklich für die Mitarbeit in AG 1 (Prävention), AG 3 (Beratung), AG 5 (Vernetzung) sowie einer neu einzurichtenden AG Medizin an.

Die DGN ist sich bewusst, dass die Nationale Demenzstrategie ein breites Feld abdeckt und viele Perspektiven berücksichtigen muss. Aus neurologischer Sicht ist es jedoch essentiell, dass die medizinische Säule – von der Prävention über die Biomarker-gestützte Früherkennung bis hin zu den neuen therapeutischen Optionen – in der NDS 2027 deutlich sichtbarer, strukturierter und mit entsprechenden Fachakteuren verankert wird. Nur so wird die Strategie ihrer holistischen Aufgabe gerecht und behält ihre Anschlussfähigkeit für Menschen, die konkrete medizinische Hilfe suchen und benötigen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie steht bereit, diesen Prozess mit ihrer neurologischen Expertise aktiv zu unterstützen und hofft, dass diese Stellungnahme konstruktiv zur Weiterentwicklung einer noch wirksamer gestalteten Nationalen Demenzstrategie beiträgt.

Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V.

Berlin, März 2026