

DEMENZPRÄVENTION AUS HAUSÄRZTLICHER PERSPEKTIVE

BlÖG Bundeskonferenz 22.04.2026

Univ.-Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Potentielle Interessenskonflikte

- Mitglied der SLQ der DEGAM, DNVF (Vorstand), Netzwerk EbM und weiteren Fachgesellschaften
- Vertreter der DEGAM bei der Demenz-LL von DGPPN und DGN sowie bei Nationalen Demenzstrategie
- Haupt-Autor der DEGAM-LL Demenz (2008), Koautor bei der DEGAM-LL Pflegende Angehörige
- Reisekosten und Honorar durch BIÖG, IQWIG-Gutachter
- Beirat (ehrenamtlich): GesundheitsCampus & Quhr
- Aktien/Fonds: Biontech, BB Biotech, Apple, Amazon u.a.

Prävention

Primärprävention

Impfungen, Lebensstilberatung

Sekundärprävention

Screening, Früherkennung

Tertiärprävention

Rezidivprophylaxe, Reha, Folgeschäden vermeiden

Quartärprävention

Schutz vor Über-Diagnostik und Über-Therapie

SYSTEMATIC REVIEW

Association between vaccinations and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis

STEFANIA MAGGI¹, TAMÀS FULÖP², ELDA DE VITA³, FEDERICA LIMONGI¹, DAMIANO PIZZOL⁴, FRANCESCO DI GENNARO³, NICOLA VERONESE^{5,6}

¹Institute of Neuroscience, National Research Council, Padova, Italy

²Research Center on Aging, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec, Canada

³Clinic of Infectious Diseases, Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionian Area (DiMePRE-I), University of Bari "Aldo Moro", Piazza Giulio Cesare n. 111, Cap 70124 Bari, Italy

⁴Health Unit, ENI, San Donato Milanese, Milan, Italy

⁵University of Palermo, Department of Medicine, Geriatrics Section, Palermo, Italy

⁶Unità Locale Socio Sanitaria 3 Serenissima, Primary Care Department, Mirano-Dolo, Venice, Italy

Address correspondence to: Nicola Veronese, Faculty of Medicine, Saint Camillus University, Rome, Italy.

Email: nicola.veronese@unipa.it



Herpes zoster vaccination and incident dementia in Canada: an analysis of natural experiments

Michael Pomirchi, Seunghun Chung, Christian Bommer, Stephenson Strobel, Pascal Geldsetzer

Summary

Background Two natural experiment studies have found evidence that live attenuated herpes zoster vaccination prevents or delays dementia onset. We aimed to determine the effect of live attenuated herpes zoster vaccination on incident dementia diagnoses among people aged 70 years and older using a natural experiment in Ontario, Canada, and to triangulate these findings, using a second natural experiment in Ontario and a quasi-experimental approach that uses data from multiple Canadian provinces.

Methods Our analysis of natural experiments included people born in Canada between Jan 1, 1930, and Dec 31, 1960, who were registered with one of 1434 primary care providers in the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network (CPCSSN) on Sept 15, 2016. We compared patients born immediately before versus immediately after Jan 1, 1946, in our primary analysis, and immediately before versus immediately after Jan 1, 1945, in our secondary analysis, as these thresholds determined eligibility for herpes zoster vaccination in Ontario. The key strength of this natural experiment is that these comparison groups are not expected to differ in their health characteristics and behaviours given that all that divides them is a small discrepancy in age. Dementia diagnosis was established using electronic health records data from Jan 1, 1990, to June 30, 2022, from the primary care practices. We used a population-representative survey of people aged 65 years or older in Ontario to measure herpes zoster vaccination uptake. Using regression discontinuity analysis, we estimated the difference in vaccination uptake and dementia diagnoses between individuals born immediately on either side of the eligibility thresholds for herpes zoster vaccination. Additionally, we used synthetic difference-in-differences and a synthetic control method to compare trends in dementia incidence (before versus after the start date of the herpes zoster vaccination programme) among birth cohorts in Ontario who were eligible for vaccination with the same birth cohorts (all of whom were ineligible for vaccination) in other provinces of Canada.

Findings We extracted data on 464 637 patients who were registered with a primary care provider in the CPCSSN as of Sept 15, 2016. Of 232 124 patients born in Ontario included in the analysis, 125 719 (54.2%) were female, 106 354 (45.8%) were male, and 51 (<0.5%) had missing information on sex. Patients born immediately before versus immediately after the two eligibility thresholds for herpes zoster vaccination did not differ in their health characteristics at the time of the start date of the vaccination programme, except for a large difference in their probability of receiving herpes zoster vaccination. Being born immediately before versus immediately after Jan 1, 1946, decreased the probability of receiving a new dementia diagnosis by an absolute difference of 2.0 percentage points (95% CI 0.4–3.5, $p=0.012$) over a 5.5-year follow-up. Using the Jan 1, 1945, threshold, dementia diagnoses were also reduced by 2.0 percentage points (0.2–3.8, $p=0.025$) over 5.5 years. After the start of the programme, new dementia diagnoses among the birth cohorts eligible for herpes zoster vaccination in Ontario were significantly less common than in the same birth cohorts in other Canadian provinces that did not have a herpes zoster vaccination programme.

Interpretation This analysis of natural experiments provides evidence, which is more likely to reflect a causal relationship than previous evidence from more standard observational data analyses, that herpes zoster vaccination prevents or delays incident dementia. Mechanistic research into this effect could provide insights into the pathophysiology of dementia and maintenance of neuroimmune health in older age.

Funding National Institute on Aging, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Stanford Center for Digital Health, Stanford Knight Initiative for Brain Resilience, Biohub.

Lancet Neurol 2026; 25: 170–80

See Comment page 121

Division of Primary Care and Population Health, Department of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA (M Pomirchi PhD), S. Chung PhD, C. Bommer PhD, P Geldsetzer PhD; Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, ON, Canada (S Strobel MD); Stanford Center for Digital Health, Stanford University, Stanford, CA, USA (P Geldsetzer PhD); The Pill and Penny Knight Initiative for Brain Resilience at the Wu Tsai Neurosciences Institute, Stanford University, Stanford, CA, USA (P Geldsetzer PhD); Biohub, San Francisco, CA, USA (P Geldsetzer PhD)

Correspondence to: Dr Pascal Geldsetzer, Division of Primary Care and Population Health, Department of Medicine, Stanford University, Stanford, CA 94305, USA
pgeldsetzer@stanford.edu

14 “modifizierbare” Risikofaktoren (Lancet Commission)

- 45% der Demenzfälle potenziell durch Modifikation von 14 Risikofaktoren vermeidbar (?)
 - Geringe Bildung, Hör- und Sehverlust, Hypertonie, Adipositas, hohes LDL
 - Rauchen, Depression, soziale Isolation, Bewegungsmangel
 - Diabetes, Alkoholkonsum, Luftverschmutzung, Schädel-Hirn-Trauma
- Hausärztliche Praxis adressiert viele dieser Faktoren

Prospective Associations of Daily Step Counts and Intensity With Cancer and Cardiovascular Disease Incidence and Mortality and All-Cause Mortality

Borja del Pozo Cruz, PhD; Matthew N. Ahmadi, PhD; I-Min Lee, MBBS, ScD; Emmanuel Stamatakis, PhD

IMPORTANCE Recommendations for the number of steps per day may be easier to enact for some people than the current time- and intensity-based physical activity guidelines, but the evidence to support steps-based goals is limited.

OBJECTIVE To describe the associations of step count and intensity with all-cause mortality and cancer and cardiovascular disease (CVD) incidence and mortality.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This population-based prospective cohort study used data from the UK Biobank for 2013 to 2015 (median follow-up, 7 years) and included adults 40 to 79 years old in England, Scotland, and Wales. Participants were invited by email to partake in an accelerometer study. Registry-based morbidity and mortality were ascertained through October 2021. Data analyses were performed during March 2022.

EXPOSURES Baseline wrist accelerometer-measured daily step count and established cadence-based step intensity measures (steps/min): incidental steps (<40 steps/min), purposeful steps (≥40 steps/min); and peak 30-cadence (average steps/min for the 30 highest, but not necessarily consecutive, min/d).

MAIN RESULTS AND CONCLUSIONS As these metrics had a secondary role for cancer mortality and cardiovascular diagnosis. For each daily, wrist-worn accelerometer composite cancer outcome of 13 sites that have a known association with reduced physical activity. Cox restricted cubic spline regression models were used to assess the dose-response associations. The linear mean rate of change (MRC) in the log-relative hazard ratio for each outcome per 2000 daily step increments were also estimated.

RESULTS The study population of 78 500 individuals (mean [SD] age, 61 [8] years; 43 418 [55%] females; 75 874 [97%] White individuals) was followed for a median of 7 years during which 1325 participants died of cancer and 664 of CVD (total deaths 2179). There were 10 245 incident CVD events and 2813 cancer incident events during the observation period. More daily steps were associated with a lower risk of all-cause (MRC, -0.08; 95% CI, -0.11 to -0.06), CVD (MRC, -0.10; 95% CI, -0.15 to -0.06), and cancer mortality (MRC, 95% CI, -0.11; -0.15 to -0.06) for up to approximately 10 000 steps. Similarly, accruing more daily steps was associated with lower incident disease. Peak-30 cadence was consistently associated with lower risks across all outcomes, beyond the benefit of total daily steps.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE The findings of this population-based prospective cohort study of 78 500 individuals suggest that up to 10 000 steps per day may be associated with a lower risk of mortality and cancer and CVD incidence. Steps performed at a higher cadence may be associated with additional risk reduction, particularly for incident disease.

JAMA Intern Med. 2022;182(11):1139-1148. doi:10.1001/jamainternmed.2022.4000
Published online September 12, 2022.

Supplemental content

Author Affiliations: Department of Sports Sciences and Clinical Biomechanics, Centre for Active and Healthy Ageing, University of Southern Denmark, Odense, Denmark (del Pozo Cruz); Faculty of Medicine and Health, Charles Perkin Centre, School of Health Sciences, The University of Sydney, Camperdown, New South Wales, Australia (Ahmadi, Stamatakis); Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts (Lee); Department of Epidemiology, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts (Lee).

Corresponding Author: Borja del Pozo Cruz, PhD, Department of Sport Sciences and Clinical Biomechanics, Centre for Active and Healthy Ageing, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, Campusvej 55, 5230 Odense M, Denmark (bdelpozocruz@health.sdu.dk).

Association of Daily Step Count and Intensity With Incident Dementia in 78 430 Adults Living in the UK

Borja del Pozo Cruz, PhD; Matthew Ahmadi, PhD; Sharon L. Nallsmith, PhD; Emmanuel Stamatakis, PhD

IMPORTANCE Step-based recommendations may be appropriate for dementia-prevention guidelines. However, the association of step count and intensity with dementia incidence is unknown.

OBJECTIVE To examine the dose-response association between daily step count and intensity and incidence of all-cause dementia among adults in the UK.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS UK Biobank prospective population-based cohort study (February 2013 to December 2015) with 6.9 years of follow-up (data analysis conducted May 2022). A total of 78 430 of 103 684 eligible adults aged 40 to 79 years with valid wrist accelerometer data were included. Registry-based dementia was ascertained through October 2021.

EXPOSURES Accelerometer-derived daily step count, incidental steps (less than 40 steps per minute), purposeful steps (40 steps per minute or more), and peak 30-minute cadence (ie, mean steps per minute recorded for the 30 highest, not necessarily consecutive, minutes in a day).

MAIN RESULTS AND MEASURES Incident dementia (fatal and nonfatal), obtained through linkage with national registers, was categorized as early onset or recent onset, using the corresponding use of cognitive function registers. Spline Cox regression models were used to assess dose-response associations.

RESULTS The study monitored 78 430 adults (mean [SD] age, 61.1 [7.9] years; 35 040 [44.7%] male and 43 390 [55.3%] female; 881 [1.1%] were Asian, 641 [0.8%] were Black, 427 [0.5%] were of mixed race, 75 852 [96.7%] were White, and 629 [0.8%] were of another, unspecified race) over a median (IQR) follow-up of 6.9 (6.4-7.5) years, 866 of whom developed dementia (mean [SD] age, 68.3 [5.6] years; 480 [55.4%] male and 386 [54.6%] female: 5 [0.6%] Asian, 6 [0.7%] Black, 4 [0.4%] mixed race, 821 [97.6%] White, and 6 [0.7%] other). Analyses revealed nonlinear associations between daily steps. The optimal dose (ie, exposure value at which the maximum risk reduction was observed) was 9826 steps (hazard ratio [HR], 0.49; 95% CI, 0.39-0.62) and the minimal dose (ie, exposure value at which the risk reduction was 50% of the observed maximum risk reduction) was 3826 steps (HR, 0.75; 95% CI, 0.67-0.83). The incidental cadence optimal dose was 3677 steps (HR, 0.58; 95% CI, 0.44-0.72); purposeful cadence optimal dose was 6315 steps (HR, 0.43; 95% CI, 0.32-0.58); and peak 30-minute cadence optimal dose was 112 steps per minute (HR, 0.38; 95% CI, 0.24-0.60).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this cohort study, a higher number of steps was associated with lower risk of all-cause dementia. The findings suggest that a dose of just under 10 000 steps per day may be optimally associated with a lower risk of dementia. Steps performed at higher intensity resulted in stronger associations.

JAMA Neurol. 2022;79(10):1059-1063. doi:10.1001/jamaneurol.2022.2672
Published online September 6, 2022. Corrected on September 9, 2022.

Editorial page 973

Supplemental content

What's good for your heart, it's good for your brain!

Author Affiliations: Author affiliations are listed at the end of this article.

Corresponding Author: Borja del Pozo Cruz, PhD, Department of Sport Sciences and Clinical Biomechanics, Centre for Active and Healthy Ageing, University of Southern Denmark, Campusvej 55, 5230 Odense M, Denmark (bdelpozocruz@health.sdu.dk).

Warum die Hausarztpraxis zählt

- Hausarztpraxen sind wohnortnah, vernetzt im Quartier, Gatekeeper
- Erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme
- Risikokommunikation, individuelle Aufklärung zu modifizierbaren Faktoren
- Übersetzung von Präventionsbotschaften in den Alltag
- Kontinuität der Versorgung: Langfristige Begleitung bei chronischen Erkrankungen
- Früherkennung kognitiver Vorstufen
- Bei kognitiven Vorstufen ist die Balance zwischen Aufklärung und Quartärprävention zentral

Klärt der Hausarzt bald 30-Jährige über ihre Demenzrisiken auf?

ZEIT ONLINE

DIE ZEIT online (inkl. Z-Plus) vom 29.03.2026, 14:30:00

Gehirngesundheit

Klärt der Hausarzt bald 30-Jährige über ihre Demenzrisiken auf?

Demenz kann verhindert werden – viele Faktoren, die eine Erkrankung wahrscheinlicher machen, lassen sich früh beeinflussen. Was es bräuchte, um das Risiko zu erkennen.

Demenz ist eine Sache älterer Menschen. Das zumindest dürfte die allgemeine Sichtweise sein. Doch in der Wissenschaft hat sich in den vergangenen Jahren eine andere Erkenntnis durchgesetzt: Die Frage, ob jemand in höherem Alter eine Demenz entwickelt, wird bereits mit der Schulbildung beeinflusst. Im mittleren Lebensalter finden wichtige Weichenstellungen statt, viele davon sind beeinflussbar.



TITEL | Lebensstilinterventionen

Die beste Therapie, die kaum jemand umsetzt

Gegen die meisten chronischen Erkrankungen gibt es Medikamente. Wichtig wäre aber auch ein gesunder Lebenswandel. Der fällt vielen Patientinnen und Patienten schwer. Dabei gibt es Strategien, um die Adhärenz zu steigern.

Text | Valentin Frimmer, Alice Lanzke

Zahlreiche Hürden

Doch was macht es so schwer, den eigenen Lebensstil zu ändern, obwohl die gesundheitlichen Vorteile klar auf der Hand liegen? Fest steht: Es liegt an mehr als dem inneren Schweinehund. Über verschiedene Erkrankungen und Interventionsformen hinweg zeigen Studien wiederkehrende Barrieren in mehreren Bereichen. Eine zentrale Rolle spielen psychische Belastungen: Depressive Symptome,



Foto: Stefan Arns

„Ich spreche ungefähr 30-mal am Tag mit Patientinnen und Patienten darüber, dass sie ihren Lebensstil umstellen sollten.“

Hans Michael Mühlenfeld, Hausarzt

Angst oder chronischer Stress mindern Energie, Konzentration und Motivation für Verhaltensänderungen (12–14). Auch geringe Selbstwirksamkeit – also Zweifel an der eigenen Fähigkeit, empfohlene Maßnahmen umzusetzen – gilt als einer der stärksten Prädiktoren für das Scheitern (15, 16). Stigmatisierung und Scham, etwa bei Adipositas, können dazu führen, dass Patientinnen und Patienten Angebote meiden oder frühzeitig abbrechen (13, 14).

Was funktioniert

- Strukturierte Interventionen meist besser als reine Appelle
- Konkrete, machbare Schritte, wiederholte Begleitung und weiterführende Hilfsangebote
- Individuell → Selbstwirksamkeit
- Kleine, realistische Ziele → Steigerung der Adhärenz
- Fortbildung: Von Hausärzt*innen für Hausärzt*innen
- Mehrkomponenten-Interventionen (Kombination: Ernährung, Bewegung, kognitives Training) zeigen nachweisbare Effekte
- AgeWell-Studie: 2-jährige strukturierte Intervention in deutschen Hausarztpraxen

Das ABC der Tabakentwöhnung: Effektivität der Kostenerstattung von Nikotinersatztherapie im Kontext hausärztlicher Kurzberatung

Version 2 | 06. Dezember 2021 für DESAM-ForNet Appetizer Research

Autor: Daniel Kotz, stellvertretend für das Forschungspraxennetz HAFO.NRW

ABC-Methode der hausärztlichen Kurzberatung

Die Methode besteht aus drei einfachen und kurzen Schritten: der Abfrage des Rauchstatus ("ask"), der klaren Empfehlung zum Rauchstopp ("brief advice") und dem Angebot der Unterstützung ("cessation support"). Das Besondere an der Methode ist, dass alle rauchenden Patient*innen ein Unterstützungsangebot erhalten, unabhängig von Konsultationsanlass und aktueller Rauchstoppmotivation („opt-out“ Ansatz). An unserer Clusterrandomisierten Studie nahmen 52 Hausarztpraxen mit 1.937 Patient*innen teil. Unser einmaliges Training in der ABC-Methode führte dazu, dass Hausarzt*innen in ihrem Praxisalltag ihren rauchenden Patient*innen dreimal häufiger empfohlen, mit dem Rauchen aufzuhören, und siebenmal häufiger eine evidenzbasierte Unterstützungsmethode anboten.⁵

Kastaun S, Leve V, Hildebrandt J, et al. Training general practitioners in the ABC versus 5As method of delivering stop-smoking advice: a pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. *ERJ Open Res.* 2021;7(3).

Kastaun S, Viechtbauer W, Leve V, et al. Quit attempts and tobacco abstinence in primary care patients: follow-up of a pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial on brief stop-smoking advice - ABC versus 5As. *ERJ Open Res.* 2021;7(3).

Quartiersbezogene Multiplikatorenstrategien

- Synergien nutzen: Verknüpfung von Quartier-Angeboten mit hausärztlicher Versorgung
- Vernetzung mit Quartier-Akteuren (Seniorenbüros, VHS, Sportvereine)
- Wohnortnahe Informationsveranstaltungen
- Gemeinsames Ziel: Niedrigschwellige Zugänge für Hochrisiko-Gruppen

Fazit

- Wie viel Prävention kann und soll die Hausarztpraxis leisten, ohne zu verunsichern?
- Qualifizierung und Vernetzung sind der Schlüssel zum Erfolg
- Wir wissen schon genug, um wirksam zu handeln – jetzt geht es um Implementierung, Kommunikation und politische Rahmenbedingungen
- Wo endet individuelle Beratung und wo beginnt strukturelle Verantwortung?
→ Verhältnisprävention!

Verhaltensprävention UND Verhältnisprävention



Offener Brief

Mehr als 40 Verbände fordern: Kindergesundheit schützen, Limo-Abgabe einführen!

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Friedrich Merz, sehr geehrte Bundesregierung, sehr geehrte Delegierte des CDU-Parteitags,

wir, 46 Verbände aus den Bereichen Gesundheit, Wissenschaft, Kinder- und Verbraucherschutz begrüßen die Initiative des CDU Landesverbands Schleswig-Holstein, eine Bundsratsinitiative zu starten und auf dem CDU-Parteitag einen Antrag für eine Abgabe auf Süßgetränke einzubringen, außerordentlich. Die alarmierende Entwicklung im Bereich ernährungsbedingter Erkrankungen und die damit verbundenen rasant steigenden gesellschaftlichen Folgekosten erfordern entschlossenes Handeln.

ZUCKERSTEUER IST KEINE LÖSUNG

Die Zuckersteuer ist eine Teuersteuer und belastet Verbraucher zusätzlich.

Die Zuckersteuer gefährdet Arbeitsplätze in Deutschland!

Die Zuckersteuer bringt den Menschen nicht mehr Gesundheit, nur dem Staat mehr Geld.

Die Zuckersteuer beendet das Solidarprinzip in der Krankenversicherung!

Die Zuckersteuer hat dort, wo es sie gibt, beim Kampf gegen Übergewicht versagt!

Die Zuckersteuer wurde wegen Erfolglosigkeit in Dänemark gerade wieder abgeschafft!

Die Zuckersteuer kann das GKV-Defizit nicht sanieren.

Die Zuckersteuer führt zu Einfalt statt Vielfalt.

Die Zuckersteuer will den Menschen ihren Geschmack vorschreiben!

Die Zuckersteuer verteuert willkürlich eine Zutat.

Alle Informationen unter:
lieber-keine-zuckersteuer.de

POLITISCHE ANZEIGE
Der Sponsor ist die Bundesregierung der Deutschen Ernährungsindustrie e.V. Die Anzeige steht im Zusammenhang mit der diskutierten Einführung einer Zuckersteuer. Weitere Informationen unter: <https://www.kingpin.gutenberg.ac.uk/politicalads/transparency/print-advice.html>



NEUES TABAKGESETZ

Großbritannien wird rauchfrei – zumindest auf lange Sicht

21.04.2026, 21:11 Lesezeit: 1 Min.



Wer in Großbritannien nach 2008 geboren wurde, kann dort bald nie wieder Tabakprodukte erwerben. Das legt ein neues Gesetz fest, das bald in Kraft treten soll.

AM RUB

ALLGEMEINMEDIZIN
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



RUB

Wir fördern
Allgemeinmedizin!

Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät
Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar
Abteilung für Allgemeinmedizin
www.amrub.de