



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

DEMENZ VORBEUGEN – ABER WIE? WAS MULTIKOMPONENTEN- INTERVENTIONEN LEISTEN KÖNNEN ERGEBNISSE DER AGEWELL.DE-STUDIE

Dr. rer. nat. Andrea Zülke & Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

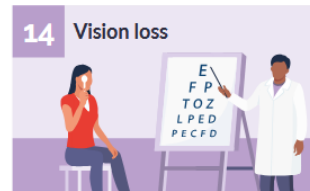
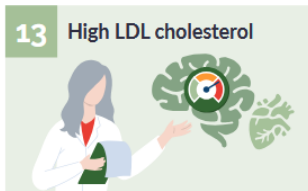
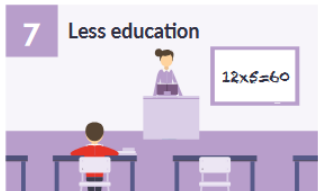
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

Köln, 22.04.2026

8. Bundeskonferenz des BlöG „Gesund und aktiv älter werden“

WISSENSEXPLOSION: MODIFIZIERBARE RISIKOFAKTOREN

14 dementia risk factors

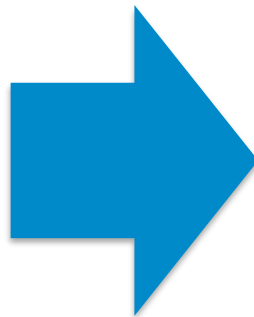


14 (potenziell) modifizierbare Risikofaktoren für bis zu **45% aller Demenzfälle** verantwortlich

VOM RISIKOFAKTOR ZUM PRÄVENTIONSPROGRAMM



© Alzheimer's Disease International

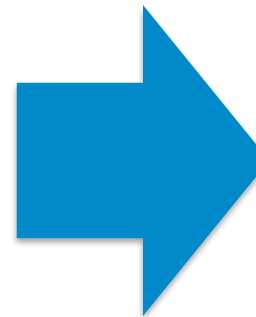


Interventionsstudien



© vecteezy.com

.....



Multi-Komponenten-Interventionen



© Wahyu Rizky maulana (vecteezy.com)

MULTIKOMPONENTEN- INTERVENTIONEN: PIONIERARBEITEN

- Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER)
- Positive Effekte auf **kognitive Leistungsfähigkeit** (primäre Zielgröße) bei Personen zw. 60-77 Jahren mit erhöhtem Demenzrisiko (CAIDE ≥ 6)
- **Intervention:**



Ernährungsberatung



Erhöhung körperlicher Aktivität



Kognitives Training



Förderung sozialer Aktivität



Management kardiovaskulärer
Risikofaktoren

Weitere Effekte:

- Verbesserungen in **globaler & domänenspezifischer Kognition** (exekutive Funktionen; Verarbeitungsgeschwindigkeit; Gedächtnis)
- Reduktion von **kardiovaskulären Ereignissen** (z.B. Schlaganfall, TIA) im Follow-Up
- Verbesserung des **Risikoprofils**
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit in **Alltagsaktivitäten & Lebensqualität**

AGEWELL.DE – EIN MULTIKOMPONENTEN C-RCT FÜR RISIKOPATIENT*INNEN IN DEUTSCHLAND

Wer?

- Hausarzt-Patient:innen
- Alter: 60-77
- Erhöhtes Demenzrisiko (CAIDE ≥ 9)

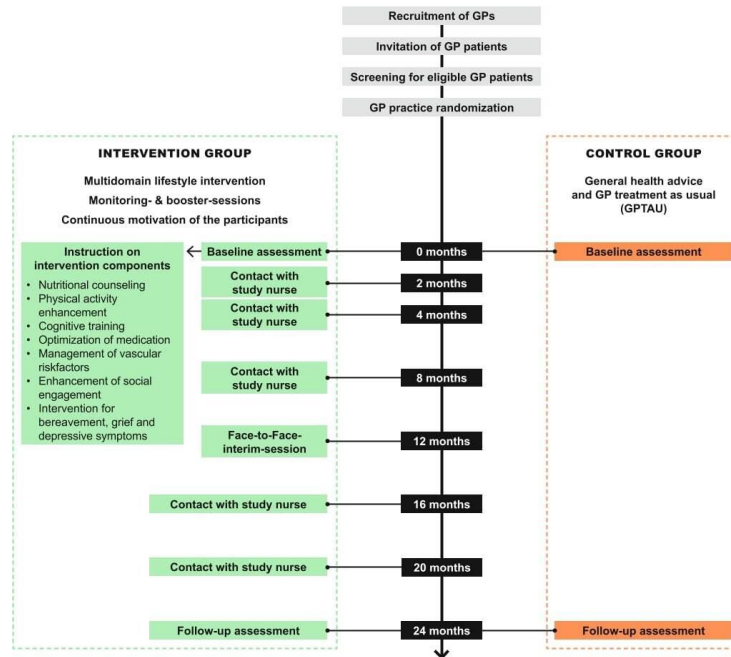


Was?

-  **Ernährungsberatung**
-  **Erhöhung der körperlichen Aktivität**
-  **Kognitives Training**
-  **Erhöhung der sozialen Aktivität**
-  **Intervention bei Trauer nach Verlust / depressiver Symptomatik**
-  **Optimierung der Medikation**

Kontrollgruppe: reguläre HA-Behandlung, allgem. Gesundheitsinformationen

Wie?



ERGEBNISSE – BASELINE-UNTERSUCHUNG

- Stichprobe zu Baseline (n = 1.030, \bar{x} Alter: 68.7 (4.8) Jahre, 49.9% weiblich)

Depression (%)	1022	11.6	9.7	13.3	0.074
Diabetes (%)	1025	39.5	37.9	41.0	0.304
History of myocardial infarction (%)	1016	5.9	6.1	5.8	0.849
History of stroke (%)	1019	4.4	4.1	4.7	0.665
Hypercholesterolemia /Hyperlipidemia (%)	1014	72.5	72.8	72.2	0.850
Renal insufficiency /chronic kidney disease (%)	1012	15.9	13.7	18.0	0.062
Hypertension (%)	1023	87.5	89.0	86.1	0.166
Coronary heart disease (%)	1020	17.3	17.4	17.1	0.913
BMI (kg/m ²), mean (SD)	1014	31.0 (5.5)	31.0 (5.3)	31.0 (5.6)	0.998
BMI \geq 30 kg/m ² (%)	1014	55.3	55.9	54.8	0.869
vegetable consumption in grams/day, mean (SD)	998	140.1 (141.1)	135.1 (137.1)	144.6 (144.6)	0.288

Hochrisiko-Gruppe

ERGEBNISSE - INTERVENTIONSEFFEKTE

- Positive Effekte auf **Demenz-Risikoprofil** (Lifestyle for BRAin Health-Index, LIBRA)
- Kein sig. Effekt auf **kognitive Leistung** in Gesamt-Sample; positiver Effekt bei Teilnehmenden mit **geringer Bildung**
- Positive Effekte auf **gesundheitsbezogene Lebensqualität**
- Positive Effekte auf **depressive Symptome** (Frauen)
- Positive Effekte auf **Ernährung**
- Adhärenz in Komponenten **Ernährung** und **soziale Aktivität = bessere kognitive Leistung** zu Follow-Up
- Selbstwirksamkeit beeinflusst Adhärenz positiv

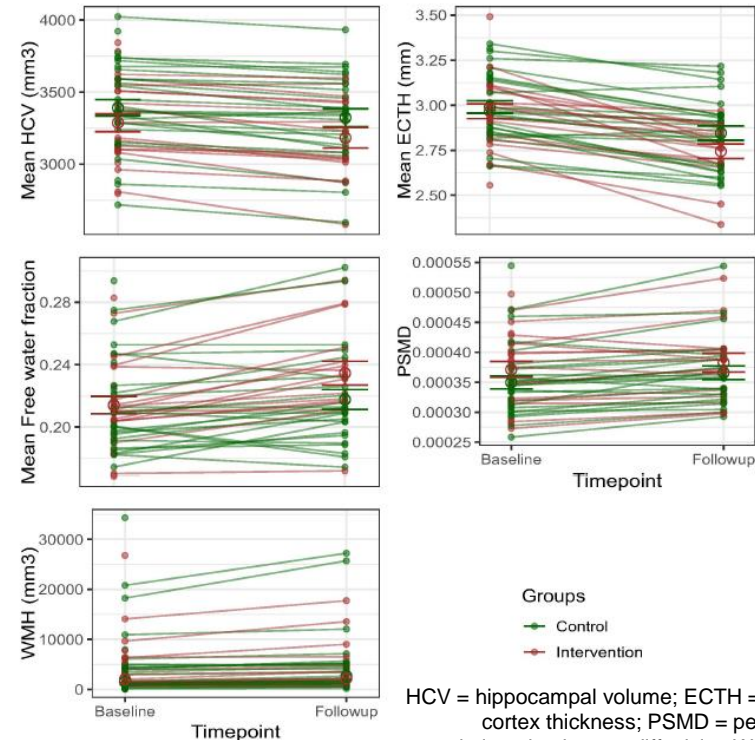
LIBRA-Faktor	Gewicht
Koronare Herzkrankheit	+1.0
Erhöhter Blutzucker	+1.3
Hypercholesterinämie	+1.4
Hypertonie	+1.6
Depression	+2.1
Adipositas	+1.6
Rauchen	+1.5
Körperliche Inaktivität	+1.1
Niereninsuffizienz	+1.1
Niedriger/moderater Alkoholkonsum	-1.0
Hohe kognitive Aktivität	-3.2
Gesunde Ernährung	-1.7

Range: -5.9 – 12.7 (höhere Werte = höheres Risiko)



AGEWELL.DE MRT

- Sub-Sample von **Teilnehmenden in Leipzig** (MPI für Kognitions- und Neurowissenschaften)
- n (Baseline) = 56 (♂ Alter: 68.8 (4.2), m/w: 30/26, IG/KG: 24/32)
- **3Tesla-MRT** zu Baseline und Follow-Up
- Keine Interventionseffekte



HCV = hippocampal volume; ECTH = entorhinal cortex thickness; PSMD = peak width of skeletonized mean diffusivity; WMH = white matter hyperintensity volume

AGEWELL.DE – TEIL EINER WELTWEITEN COMMUNITY

- Aktuell **73 FINGER-Studien** weltweit in verschiedenen Stadien

- Abgeschlossene Trials:
 - **J-MINT** (Japan)
 - **SUPERBRAIN** (Südkorea)
 - **Maintain Your Brain** (Australien)
 - **US POINTER** (USA)



© starline (vecteezy.com)

WW-FINGERS – ERGEBNISSE

Studie (Jahr, Land)	Population	Intervention vs. Kontrolle	Primäre Zielgröße	Sig. Effekt?	Sekundäre Outcomes
FINGER (2015, FI)	1.260 Personen, 60–77 Jahre, erhöhtes Demenzrisiko	Ernährung, körperl. Aktivität, kognitives Training, vask. Risikomanagement vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Ja	Risikoprofil, funktionelle Einschränkungen, Lebensqualität, Gesundheitskosten
preDIVA (2016, NL)	Cluster-RCT, 3.526 Personen, ≥70 Jahre	Vaskuläres Risikomanagement vs. Standardversorgung	Demenzinzidenz	Nein (gesamt); Ja (Subgruppen)	Blutdruck, funktionelle Einschränkungen
MAPT (2017, F)	1.680 Personen, ≥70 Jahre, Gedächtnisprobleme oder erhöhtes Demenzrisiko	Omega-3 + Multidomain-Intervention vs. Placebo	Kognitive Leistung	Nein (gesamt); Ja (Subgruppen)	Mobilität, funktionelle Einschränkungen
HATICE (2019, multinational)	2.724 Personen, ≥65 Jahre, ≥2 kardiovaskuläre Risikofaktoren	Online-basierte Multidomain-Intervention vs. inaktive Informationsplattform	Risikoscore (SBP, LDL-Chol., BMI)	Ja	Kognition (kein Effekt), kardiovaskuläre Endpunkte, CAIDE, Framingham-Score
AgeWell.de (2024, D)	1.030 Personen, 60-77 Jahre, erhöhtes Demenzrisiko	Multidomain-Intervention, adaptiert nach FINGER + Intervention bei Trauer/Depressivität + Optimierung d. Medikation vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Nein (gesamt); Ja (Subgruppen)	Risikoprofil, Lebensqualität, Depressivität, Ernährung
SUPERBRAIN (2025, SK)	300 Personen, 60-85 Jahre, MCI	Multidomain-Intervention, adaptiert nach FINGER + App + Coaching vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Ja	Ernährung, körperliche Aktivität, Depression, Lebensqualität
Maintain Your Brain (2024, AUS)	Online-RCT, 6.236 Personen, 55–77 Jahre, erhöhtes Demenzrisiko	Personalisiertes Online-Modul (Bewegung, Ernährung, kognitives Training, Stress) vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Ja	Depression, Lebensqualität, Lebensstil
J-MINT (2024, J)	Remote & Online, 513 Personen, 65–85 Jahre, MCI	Multidomain-Intervention, adaptiert nach FINGER vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Nein (gesamt); Ja (Subgruppen)	CBF (MRT), Lebensqualität, funktionelle Einschränkungen
US POINTER (2025, USA)	2.111 Personen, 60-79 Jahre, erhöhtes Demenzrisiko	Multidomain-Intervention, adaptiert nach FINGER vs. Standardversorgung	Kognitive Leistung	Ja	In Auswertung

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Frühe Trials

Späterer Beginn
Unselektierte Stichproben
Klinische Endpunkte
Relativ einheitliche
Interventionen

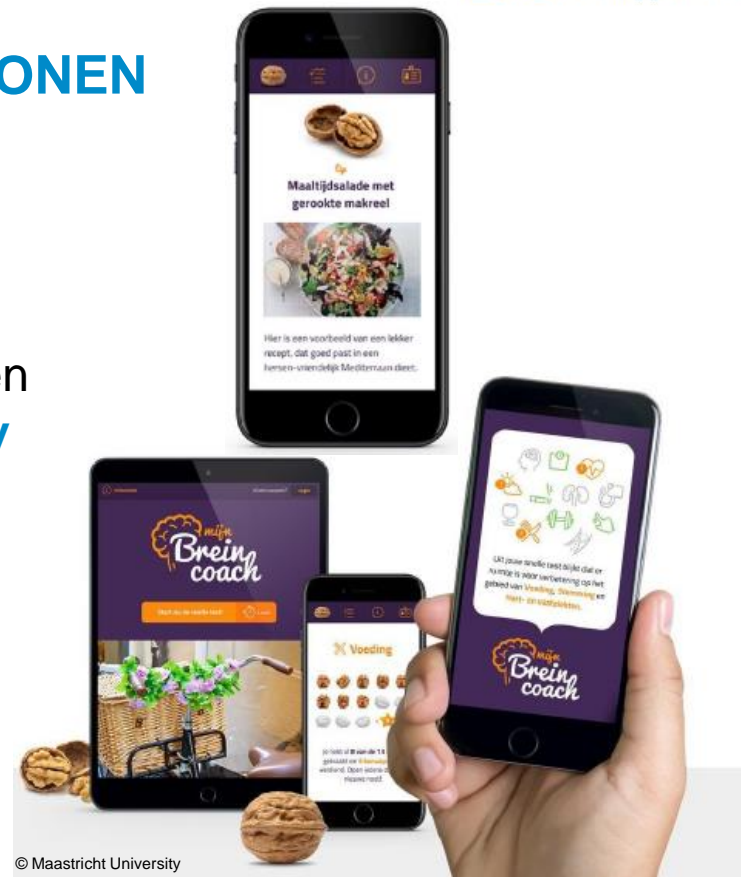
Neuere Ansätze

Jüngere Stichproben
(Hoch)risikogruppen
Lebensstilfaktoren/Risiko-
Scores als Outcomes
Biomarker
Stärkere Personalisierung
Digitale Interventionen

NEUE ANSÄTZE: DIGITALE INTERVENTIONEN

- **Beispiel: MijnBreincoach-App** (Universität Maastricht, NL)
- Persönliches Risikoprofil (LIBRA)
- Individualisierte Tipps für Verhaltensänderungen
- 69% der Nutzenden **bewerten die App positiv**
- **Verbessertes Wissen** über Risikofaktoren
- Implementation im **hausärztlichen Setting** ist machbar

Aktuell:
Adaption & Evaluation für den deutschen Versorgungskontext



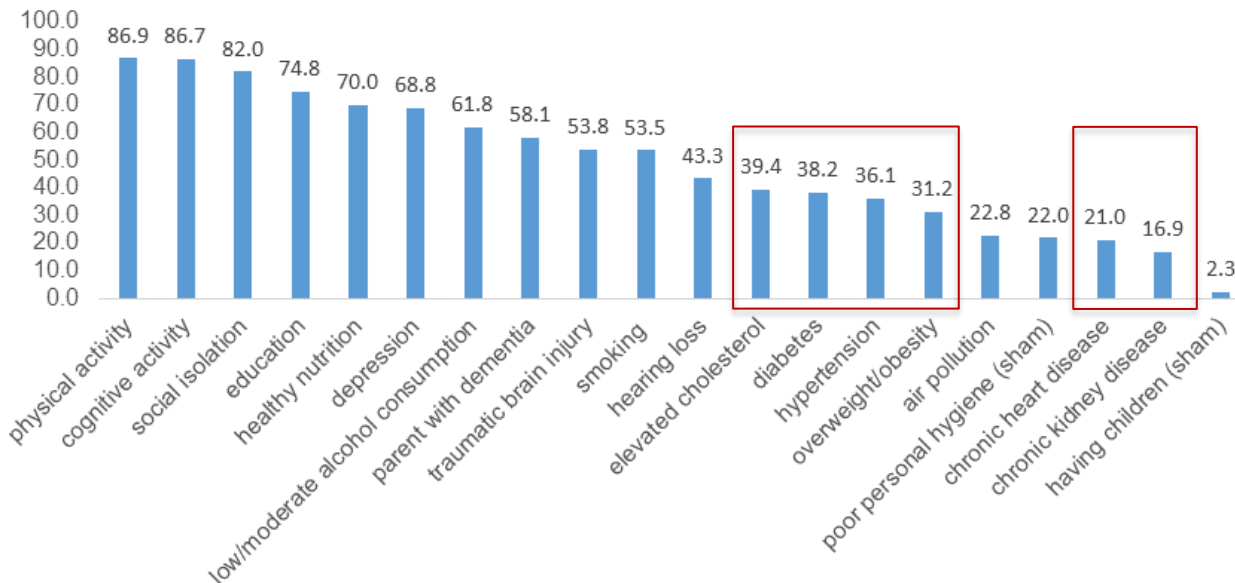
© Maastricht University



WISSEN ZU RISIKOFAKTOREN IN DER DEUTSCHEN ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Bevölkerungsbasierte Telefonbefragung (2022, Alter: ≥ 60 , n = 500)

Knowledge of risk and protective factors for dementia (endorsement, %)



**Informationsbedarf zu
kardiovaskulären &
metabolischen
Risikofaktoren**

ZUSAMMENFASSUNG

- **AgeWell.de**: positive Effekte auf **Demenz-Risikoprofil**, Lebensqualität, Depressivität, Ernährung
- Hinweise auf Vorteile für **besonders belastete Risikogruppen**
- Bedeutung von **Adhärenz und Selbstwirksamkeit**
- internationale FINGER-Studien: **ermutigende, aber heterogene Befunde**

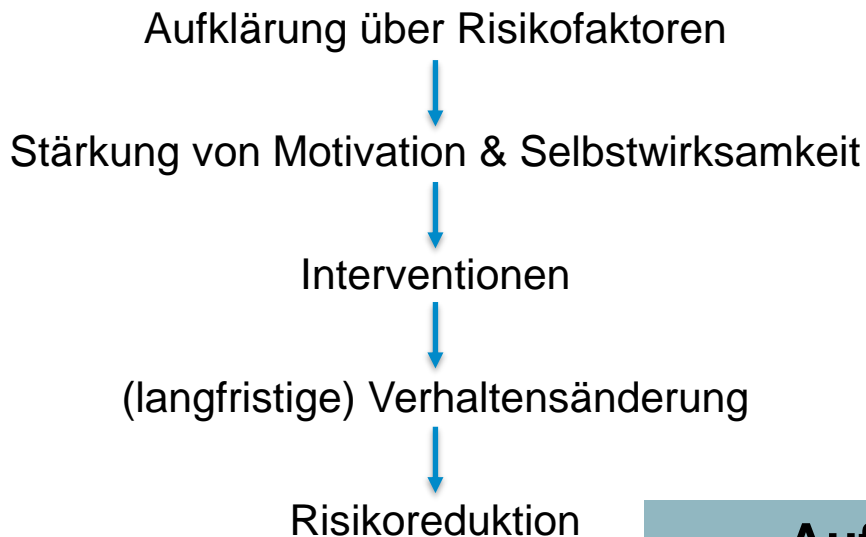
Gründe?

- **selektive Stichproben**
- Interventionen setzen **vergleichsweise spät im Lebensverlauf** an
- Demenz entwickelt sich über Jahrzehnte: **geeignete Zielgrößen?**
- **Kostenintensiv** (Ressourcen, Personal, Teilnahme)
- unterschiedliche **Intensität & Umsetzung**

Limitationen von
Multikomponenten-
Interventionen

IMPLIKATIONEN & AUSBLICK

Aufklärung: Von Wissen zu Verhalten



Was es braucht

- Niedrigschwellige Angebote
- Digitale Tools/Unterstützung
- Implementation in Primärversorgung
- Früheres Ansetzen/Lebenslauf-Perspektive

**Aufklärung und Interventionen =
komplementäre Bausteine für Demenz-
Prävention!**



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

VIELEN DANK!

Dr. rer. nat. Andrea Zülke

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health

T +49 341 97-15484 F +49 341 97-24569

Andrea.Zuelke@medizin.uni-leipzig.de

<https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/isap/>