

**Nationaler Ethikrat**

**Wortprotokoll**

Niederschrift über die

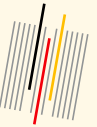
**Jahrestagung**

**Altersdemenz und Morbus Alzheimer**

27. Oktober 2005

in Berlin

Teil 1 - Vormittag



# Programm zur Jahrestagung

Donnerstag · 27. Oktober 2005 · 10:00 Uhr s.t. – 17:30 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften · Leibniz-Saal · Markgrafenstraße 38 · 10117 Berlin-Mitte

## Altersdemenz und Morbus Alzheimer: medizinische, gesellschaftliche und ethische Herausforderungen

- 10:00 **Begrüßung:** Staatssekretärin a. D. Kristiane Weber-Hassemer · *Vorsitzende des Nationalen Ethikrates*  
**Einführung:** Prof. Dr. Regine Kollek · *Mitglied des Nationalen Ethikrates*
- 10:20 **Altersdemenz und Morbus Alzheimer aus medizinischer Perspektive**  
Prof. Dr. Christian Haass · *Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München*
- 10:50 **Diskussion**
- 11:20 **Kaffeepause**
- 11:50 **Alzheimer-Demenz – Entstehung eines Krankheitsbegriffs**  
Dr. Verena Wetzstein · *Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*
- 12:10 **Diskussion**
- 12:40 **Ethische und sozialpsychologische Implikationen von Altersdemenz und Alzheimer-Erkrankung**  
Prof. Dr. Andreas Kruse · *Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*
- 13:00 **Diskussion**
- 13:30 **Mittagspause und Besuch der Ausstellung „Alzheimer“**  
(Portraits von Peter Granser)
- 15:00 **Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft**  
Prof. Dr. Thomas Klie · *Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Evangelische Fachhochschule Freiburg*
- 15:20 **Diskussion**
- 15:50 **Möglichkeiten und Grenzen der Forschung an und mit demenzkranken Menschen**  
Prof. Dr. Dr. Fritz Henn · *Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim*
- 16:10 **Diskussion**
- 16:40 **Die Zukunft ist Alter: Chancen und Herausforderungen für Individuen und Gesellschaft**  
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Paul B. Baltes · *Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin*
- 17:30 **Ende**
- Moderation:** Prof. Dr. Martin Lohse und Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel · *Mitglieder des Nationalen Ethikrates*

(Beginn: 10.05 Uhr)

**Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):**

Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich freue mich, dass Sie so zahlreich zu unserer Jahrestagung gekommen sind, um mit uns das heutige Thema zu diskutieren: Altersdemenz und Morbus Alzheimer. Zugleich begrüße ich ganz allgemein unsere Referenten. Sie werden im Verlauf der Tagung von den jeweiligen Moderatoren einzeln vorgestellt werden. Unsere Jahrestagung ist traditionell einer Thematik gewidmet, die nicht so sehr für Experten gedacht ist, sondern für uns als Bürger in unserer Gesellschaft; eine Thematik, die uns alle angeht. Wir haben uns gedacht, dass das Thema Altersdemenz und Morbus Alzheimer ein solches Thema ist. In irgendeiner Weise sind wir alle davon betroffen, wenn jetzt auch hoffentlich die Anwesenden nicht aktuell. Aber es gibt wohl kaum jemanden, der nicht im Verwandten- oder Freundeskreis Betroffene hat. In einer Gesellschaft, die so stark auf Leistung, Mobilität, Kompetenz setzt, ist die Thematik Alzheimer besonders bedrückend. Wir fürchten uns vor dieser Krankheit fast genauso wie vor Krebs oder Herzinfarkt.

Im Hinblick auf diese Thematik haben sich für uns drei Schwerpunkte ergeben. Wir wollen einmal die Forschungsperspektive beleuchten: Gibt es Medikamente, die vielleicht die Krankheit heilen oder sie zumindest verlangsamen können? Zugleich werden wir aber auch behandeln, ob es ethisch zu verantworten ist, Forschung mit und an einwilligungsunfähigen Dementen durchzuführen. In einem zweiten Themenblock - wobei es natürlich auch zu Überschneidungen kommen kann - wird es um die Versorgung und Betreuung von Dementen gehen. Hier werden wir vor allem Konzepte erörtern, in denen es um die Würde, den Erhalt der Würde dieser Menschen geht. Wir müssen dabei aber auch die Angehörigen und die Betreuer in den Blick nehmen. In dem dritten Komplex wird es um die Frage gehen: Finden wir als Individuen und als Gesellschaft einen gelungenen, angemessenen Zugang dazu, wie wir mit einer solchen Krankheit umgehen können?

Diese drei Themenbereiche sind - das hat technische Gründe - nicht zeitlich genau voneinander abgetrennt; das können Sie dem Programm entnehmen. Wir haben insofern eine Neuerung eingeführt, als wir vier Spezialisten aus der praktischen Arbeit hinzugebeten haben, die mit uns diskutieren werden. Auch diese werden nachher einzeln vorgestellt werden. Eine zweite Neuerung: Statt des traditionellen abschließenden Podiums, das sich normalerweise aus Mitgliedern des Ethikrates zusammensetzt, haben wir diesmal ein Abschlussreferat vorgesehen, in dem die Themen des Tages und die Diskussion zusammenfassend reflektiert werden und der Versuch unternommen werden soll, die Thematik Alzheimer und Altersdemenz in den größeren Zusammenhang des Themas Altern überhaupt einzuordnen.

Eine kleine Programmänderung, die die Moderation betrifft, hat sich insofern ergeben - auch das hat technische Gründe -: Am Anfang wird Herr Lohse moderieren, sodann für zwei Blöcke Herr Nagel. Nach der Mittagspause wird noch einmal Herr Lohse moderieren. Die beiden letzten Abschnitte werde ich dann übernehmen.

Wir hoffen, pünktlich gegen 17.30 Uhr schließen zu können.

Zum Schluss möchte ich Sie noch auf etwas Besonderes hinweisen. Wir haben in Raum 3 eine Fotoausstellung für Sie vorbereitet. Das sind Bilder von Herrn Peter Granser. Er hat eine Fotoserie von Alzheimererkrankten gemacht. Die Ausstellung heißt: Alzheimer. Herr Granser hat für diese Ausstellung, wie auch für andere, zahlreiche Preise bekommen. Es handelt sich um Bewohner des Stuttgarter Gradmann-Hauses. Die Angehörigen haben eingewilligt, dass Fotografien gemacht wurden. Das Stuttgarter Gradmann-Haus ist ein Modellprojekt für Alzheimer- und Demenzkranke, das nach dem milieuthérapeutischen Ansatz entwickelt wurde. Diese Ausstellung wird derzeit noch in Stuttgart und in Finnland gezeigt. Die Bilder sind nur heute zu besichtigen. Die Ausstellung ist auch in den Pausen geöffnet. Ich glaube, die Bilder sind so aussagekräftig, dass keiner noch irgendwelche zusätzlichen Informationen benötigt.

Ich hoffe auf einen interessanten Tag und freue mich, mit Ihnen zu diskutieren.

Danke.

(Beifall)

**Prof. Dr. Regine Kollek (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Gäste! Kolleginnen und Kollegen! Auch ich freue mich sehr, Sie hier zur vierten Jahrestagung des Nationalen Ethikrates begrüßen zu dürfen. Thema der Tagung sind die Herausforderungen, mit denen Wissenschaft und Gesellschaft im Zusammenhang mit Altersdemenzen und ihrer zunehmenden Prävalenz konfrontiert sind. Damit greift die Jahrestagung ein Thema auf, das der Nationale Ethikrat implizit bereits zu verschiedenen anderen Gelegenheiten behandelt hat. Im Rahmen eines Bioethikforums haben wir uns beispielsweise mit der Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen befasst. Und in der Stellungnahme zur Patientenverfügung ging es unter anderem auch um die Frage, ob und unter welchen Bedingungen solche Verfügungen auch im Stadium der Demenz gültig sind, also in einem Zustand, der nicht unmittelbar zum Tode führt.

Das Thema Demenz war und ist aber für uns auch deshalb wichtig, weil es jenseits der bereits benannten Fragen auf eine Fülle von ethischen und gesellschaftlichen Problemen verweist, die der Reflexion bedürfen und für die Lösungen erst noch gefunden werden müssen.

Bevor ich auf einige dieser Probleme und Herausforderungen eingehe, möchte ich von einer ungewöhnlichen Erfahrung berichten, die ich vor kurzem machen durfte. Es handelte sich dabei um den Besuch eines Theaterstückes in Moers, an dem auch an Demenz erkrankte Menschen mitwirkten. Gegenstand des Theaterstücks, einer szenischen Collage, war nicht der Verlust des Erinnerns, sondern seine Präsenz. Es ging um das Erinnern des Körpers an Tanz, an Bewegungen, an Schmerzen oder Rhythmen. Auch die demenzkranken Akteure wussten, wie man sich zu den Klängen früher gehörter Tanzmusik bewegt. Der Körper kannte noch die Bewegungsabläufe, die Stellung der Füße, die Haltung der Hände, das Sich-Verbeugen nach gelungener Darstellung. Die alte Dame wählte geschmackssicher die richtige Kette zum Kleid der Schauspielerin aus und der ehemalige Boxer beherrschte früher erlernte Bewegungen, mit denen man sich vor den Angriffen des Gegners schützt. Auch konnte er dem Publikum anhand von Bildern noch etwas über das Walzwerk sagen, in dem er früher gearbeitet hatte. Eine ebenso bewegende wie betroffen machende Erfahrung. Menschen, die viel von ihrem Gedächtnis verloren haben, wirkten an einer Aufgabe mit, die doch das Erinnern des Eingebühten erfordert. Die Regisseurin und die Schauspieler erzählten uns hinterher, dass vielleicht nur 60 Prozent dessen, was wir zu sehen bekommen hatten, eingeübt und alles andere Improvisation gewesen sei. Es sei jedes Mal ein Abenteuer, in dieser Kombination von Akteuren auf der Bühne zu stehen und nicht genau zu wissen, ob die vom Vergessen Betroffenen sich tatsächlich an die Abfolge der Szenen, Worte und Bewegungen erinnern, ob sie widerständig und verängstigt oder freundlich und aufgeschlossen seien. Aber im Laufe der Arbeit sei es besser geworden, wurde uns auch berichtet. Man habe sich und das Projekt irgendwann im Laufe der dreimonatigen Vorbereitungszeit nicht bei jeder Probe wieder vorstellen müssen.

Natürlich darf und muss man fragen, welchen Effekt die so in Szene gesetzte Öffentlichkeit der Krankheit bewirkt. Hilft sie den Kranken? Und hilft sie auch nicht nur den unmittelbar Beteiligten, die das Privileg einer intensiven Arbeit in einem freundlichen Team miterleben durften? Hilft sie deren Familien? Oder befriedigt sie einfach nur die Neugier und den Voyeurismus derjenigen, die keinen Kontakt zu Demenzkranken oder deren Familien haben? Mich hat dieses Theaterstück jedenfalls dazu gebracht, erneut bewusster und genauer darüber nachzudenken, was Demenz bedeutet, für die betroffenen Menschen, für ihre Angehörigen, für die Gesellschaft, aber auch für mich ganz persönlich. Es hat mir deutlich gemacht, dass das Thema Demenz mitten in die gesellschaftliche Diskussion gehört und nicht allein an Ärzte, Pflegepersonal oder Angehörige delegiert werden kann.

Demenzkrankungen haben Geschichte. Obwohl es sie vermutlich schon immer gegeben hat, ist ihre Wahrnehmung eng mit der gesellschaftlichen und demographischen Entwicklung verbunden. Ich vermute,

wir werden von Frau Dr. Verena Wetzstein heute Nachmittag sicher mehr über diesen Zusammenhang, auch über die Entstehung des Krankheitsbegriffes und die demographische oder gesellschaftliche Entwicklung erfahren. Aufgrund des zunehmenden Alters älterer Menschen ist allein für Deutschland mit einem Anstieg der Zahl Demenzkranker von heute circa 1 bis 1,2 Millionen bis auf 2,5 Millionen im Jahre 2030 zu rechnen. Entsprechend werden der Behandlungsbedarf und die damit verbundenen Anforderungen an die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal und die Angehörigen wachsen.

Zwar gibt es bereits einige Medikamente, mit denen sich das Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und die Pflegebedürftigkeit der Patienten bzw. die Notwendigkeit der Unterbringung in einem Pflegeheim hinauszögern lassen. Stoppen oder gar verhindern lassen sich die meisten Demenzformen und hier vor allen Dingen der Morbus Alzheimer heute nicht. Die Entwicklung neuer Medikamente und neuer Behandlungsformen ist also zwingend notwendig, auch wenn die Krankheit so komplex ist, dass selbst bei größten Forschungsanstrengungen aktuelle Lösungen kaum in Sicht sind. Professor Christian Haass, der erste Referent des heutigen Tages, wird uns einen Überblick über die medizinischen Aspekte von Demenzerkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten geben.

Das Stichwort „Forschung“ führt zu einem der zentralen ethischen Probleme im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen, zu der Beteiligung von Menschen mit solchen Erkrankungen an klinischen Studien. Solange es sich um einsichts- und einwilligungsfähige Patienten handelt, entstehen dabei keine über die übliche Problematik der informierten Einwilligung in klinische Studien hinausgehenden Fragen. Die Teilnahme von Menschen mit eingeschränkter Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit ist jedoch außerordentlich umstritten. Denn einerseits ist dafür die selbstbestimmte freiwillige Entscheidung medizinisch erforderlich; andererseits handelt es sich dabei aber um Patienten und Patientinnen, die von dem weitgehenden Verlust der Identität oder des Selbst, das über sich selbst bestimmen könnte, betroffen sind. Da Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit keine gültige Zustimmung geben können, ist die Teilnahme an klinischen Studien nur mit Zustimmung der Betreuer und nur dann möglich, wenn sie dem Patienten potenziell nützt. Viele Wissenschaftler und Mediziner sehen darin eine zu starke Einschränkung der Forschungsmöglichkeiten – eine lang andauernde Kontroverse, die kürzlich im Zusammenhang mit der Verabschiedung einer universellen Erklärung über Bioethik und Menschenrechte durch die UNESCO wieder aufgeflammt ist. Professor Fritz Henn wird in seinem Vortrag über Möglichkeiten und Grenzen der Forschung an und mit demenzkranken Menschen sicher auch auf die damit zusammenhängenden Aspekte eingehen.

Geforscht wird auch an der Verbesserung der Frühdiagnostik. Nur in wenigen Fällen geht es dabei jedoch um die viel diskutierte und immer wieder benannte

genetisch prädiktive Diagnostik. Die Fälle, die in relevantem Umfang von einzelnen Genen beeinflusst werden, machen nur wenige Prozent aus. Die überwiegende Anzahl der Erkrankungen ist multifaktoriell bestimmt. Aber auch in diesen Fällen erlauben es die differenzierter werdenden diagnostischen Möglichkeiten, die Krankheit immer früher festzustellen. Die frühzeitige Diagnose wird als entscheidende Voraussetzung für eine längerfristig erfolgreiche Therapie angesehen, vor allen Dingen bei Demenzen, die nicht dem Alzheimer-Typ zugehörig sind. In diesen Fällen kann die Behandlung früher einsetzen und der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgeschoben werden. Auf der anderen Seite - und das ist die ethische Frage, die sich dann hier stellt - ist es aber auch möglich, dass das frühe Wissen um einen irreversiblen Krankheitsprozess zu einer schweren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen könnte.

Wie gehen die Betroffenen selber mit der Diagnose Alzheimer um? Trägt sie dazu bei, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu verbessern, oder führt sie dazu, dass Mut- und Hoffnungslosigkeit das Leben der Betroffenen bereits in einer frühen Phase bestimmen? Das sind Fragen, auf die wir uns heute vielleicht auch Antwort erhoffen. Je früher die Diagnose einsetzt, desto länger müssen also die Menschen mit der Bedrohung der Krankheit leben. Noch schwieriger für Patienten und Angehörige wird es, wenn die Symptome deutlicher und die kognitiven Funktionen und das Leistungsvermögen der Patienten geringer werden. Die meisten Menschen wünschen sich, in dieser Phase oder in dieser Situation in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können. Für etwa zwei Drittel der Demenzpatienten ist es heute auch möglich; sie werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt und von ihren Hausärzten behandelt. Diese Versorgungsstruktur gerät jedoch an ihre Grenzen, wenn die Demenz ein fortgeschrittenes Stadium erreicht und bei den Erkrankten zusätzliche Symptome wie Unruhe, Aggressivität, Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen auftreten, wenn zusätzlich Ernährungsschwierigkeiten, Krampfanfälle oder Bettlägerigkeit hinzukommen. Kaum eine andere Krankheit verändert das Leben in einer Familie so stark wie Demenz. Gibt es hinreichend viele ambulante Versorgungsangebote durch Helferinnen und Helfer und Sozialdienste sowie niederschwellige Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege, um pflegende Angehörige zu unterstützen oder auch kurzfristig zu entlasten? Zu diesen Themenkomplexen erhoffen wir uns weitergehende Informationen von Professor Andreas Kruse und Professor Thomas Klie.

Die nächste Frage, die sich stellt, ist: Wie viel lassen wir uns die Behandlung und Versorgung von Demenzpatienten kosten? Besteht in der Gesellschaft Konsens darüber, welcher Anteil der gesellschaftlichen Gesundheitsressourcen in diesem Bereich investiert werden soll? Stellt sich hier nicht die Frage der sozialen und intergenerationellen Gerechtigkeit, wenn die Mittel knapp werden und an anderen Stellen fehlen? Dies sind

schwierige und kontroverse Fragen, mit denen sich unsere Gesellschaft sicherlich noch nicht mit der erforderlichen Intensität auseinander gesetzt hat.

Die Kostenentwicklung ist jedoch nur eine Facette eines vielschichtigen Problems, aber sicher nicht sein Kern. Die eigentliche, die soziale und kulturelle Herausforderung besteht darin, sich einer Krankheit zu stellen, die die Idealvorstellung eines autonomen Lebens und Sterbens radikal hinterfragt. Sie tut es, weil der demenzielle Verlust kognitiver Fähigkeiten und der Identität in Abhängigkeiten führt, die so gar nicht zu dem dominierenden Bild des selbstbestimmten, freien und autonomen Subjekts passen wollen. Dennoch betrifft diese Abhängigkeit nicht nur Demenzpatienten, sondern in der einen oder anderen Form, wenn auch mit geringerer Intensität, uns alle. Auch wir sind auf andere und auf soziale Unterstützung angewiesen - eine Situation, die oft genug verdrängt, nicht ernst genommen und kaum positiv bewertet wird. Sind hier nicht Veränderungen im herrschenden Selbst- und Menschenbild erforderlich? Vielleicht wird am Ende der Tagung Professor Paul Baltes uns darauf eine Antwort geben können.

In einer Gesellschaft, die der Rationalität und der Produktivität eines Menschen einen hohen Wert zuschreibt, wird das Leben von Demenzpatienten häufig als hoffnungslos und nutzlos angesehen. Aber stimmt unser Bild vom demenzkranken Menschen als hilflosem, inkompetentem Wesen? Ist möglicherweise unser Verständnis von Kompetenz als Fähigkeit zum vernünftigen Argumentieren, Entscheiden und Handeln in seiner Anwendung auf Demenzkranke ganz unangemessen? Wenn im Gegensatz dazu Kompetenz als die Fähigkeit begriffen wird, die Welt, in der man lebt, zu interpretieren und für sich selber sinnvoll darauf zu reagieren, dann lassen sich auch bei Demenzpatienten Ressourcen entdecken, die bei angemessener Unterstützung durch die Umwelt aktiviert werden und den Betroffenen vielleicht ein besseres Leben ermöglichen können. Ich glaube, wir sind erst auf dem Weg dahin, die ethisch-moralischen Leitbilder zu entwickeln, die es uns ermöglichen, diejenigen, die so vergesslich geworden sind, würdevoll zu behandeln. Dies ist eine der dringlichsten ethisch-moralischen Herausforderungen unserer Zeit. Ich hoffe, dass wir, der Nationale Ethikrat, mit dieser Veranstaltung und den Diskussionen einen kleinen Beitrag dazu leisten können.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen und wir alle am Anfang einer Reihe von interessanten Vorträgen - da bin ich mir sicher -, die uns hinterher informierter und klüger werden lassen, als wir es gerade noch sind.

Ich übergebe hiermit an Herrn Lohse für die Einführung des ersten Referenten.

Danke schön.

(Beifall)

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Ich darf Ihnen unseren ersten Referenten, Herrn Christian Haass aus München vorstellen. Er ist nach dem Studium der Biologie in Deutschland für ein halbes Jahrzehnt an der Harvard University gewesen, wo er sich seinem jetzigen Themenbereich, der Forschung über degenerative Erkrankungen des Gehirns, gewidmet hat. Er ist nicht an die USA verloren gegangen, sondern zurückgeholt worden. Er ist zunächst in Mannheim als Professor tätig gewesen und ist seit einigen Jahren Direktor des Instituts für Biochemie an der Universität München.

Meine Unterlagen sagen mir - ich glaube, ich kann das so weitergeben, ohne rot zu werden -: Herr Haass ist einer der international profiliertesten Forscher über die biochemischen Mechanismen der Alzheimer-Erkrankung. Er hat sich insbesondere mit der Frage beschäftigt: Was passiert eigentlich im Gehirn, wenn es zu einer Alzheimer-Erkrankung kommt, und wie sind die Mechanismen dort zu verstehen? Er hat sich darüber hinaus dabei engagiert, Forschungsverbände zu koordinieren und ins Leben zu rufen, die sich dieser Erkrankung widmen. Er hat, wie es nicht anders zu erwarten ist, für seine Tätigkeit auch eine Reihe von Preisen erhalten, die ich nicht weiter nennen möchte.

Wir freuen uns sehr, Christian Haass, dass wir aus der ersten Hand eines Forschers, der sich mit den Problemen der Alzheimer-Erkrankung beschäftigt, über den aktuellen Stand der Forschung informiert werden.

Herzlich willkommen.

(Beifall)

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Meine Damen und Herren! Zunächst einmal recht herzlichen Dank für die Einladung, hier vortragen zu dürfen. Lieber Martin, vielen Dank für die netten einführenden Worte. Ich habe den Titel meines Vortrags etwas geändert. Ich mache das immer, nicht etwa weil ich den ursprünglichen Titel vergessen würde, sondern weil ich meistens einen noch aktuelleren finde. Ich möchte über Alzheimer als Volkskrankheit einer alternden Gesellschaft sprechen. Ich habe bewusst dahinter kein Fragezeichen gesetzt. Ich bin nämlich wirklich der Meinung, dass wir uns hier auf eine Volkskrankheit einstellen müssen.

Alterung ist ja ein ganz moderner Begriff und viele Politiker glauben, sie seien topaktuell, wenn sie den Begriff „Alterung“ in den Mund nehmen. Aber das ist es überhaupt nicht. Wenn wir in der Geschichte ein bisschen zurückgehen, sehen wir, dass die alten Griechen schon 600 vor Christus das Problem sehr genau erkannt haben und damals schon hofften, dass vielleicht einen 60-Jährigen das Todeslos ereilt, bevor er die ganzen Krankheiten bekommt, sprich: Demenzen usw. Die alten Römer haben sich in ihrer Bildhauerkunst immer wieder

dem Thema gewidmet. Sie sind extrem davon fasziniert gewesen. Es gibt unzählige Beispiele dafür in der Bildhauerkunst der Römer. Auch später finden wir das immer wieder, bei Hans Baldung in den „Sieben Lebensaltern des Weibes“, einem sagenhaft schönen Bild, und auch im 20. Jahrhundert in einem meiner Meinung nach der besten Gemälde des 20. Jahrhunderts überhaupt, in dem Holzschnitt von Emil Nolde, das den alten Propheten darstellt. Es ist ein Thema, das die Künstler und die Menschheit immer wieder und wieder fasziniert hat. Die Menschheit hat schon seit langem erkannt, welches Problem die Alterung für uns darstellt.

Ich glaube, wir alle würden gern so alt werden wie Bernard Shaw, dem man hier, im Alter von 90 Jahren, seinen Geist und seine Ironie regelrecht aus den Augen blitzen sieht. Den meisten von uns wird das leider Gottes nicht möglich sein. Der Grund dafür ist ganz klar: die Alzheimer'sche Erkrankung. Lange Zeit noch, bevor ich in den USA anfang, an Alzheimer zu arbeiten, war das Thema in Deutschland völlig unbekannt gewesen. Erst als Ronald Reagan öffentlich bekannte, an Alzheimer zu leiden, ist es auch hier in Deutschland ein Thema geworden. Inzwischen ist es aber in jedermanns Munde.

Es ist heute die häufigste Form der Demenz weltweit. Wir haben mindestens 17 Millionen Patienten weltweit, davon 3 Millionen Amerikaner, rund 1,2 Millionen Deutsche. Eine genaue Zahl kann man gar nicht angeben; es gibt wahrscheinlich ganz gewaltige Dunkelziffern.

Es gibt viele bekannte Persönlichkeiten, nicht nur Politiker, wie Herbert Wehner, sondern auch Fußballtrainer Helmut Schön, Willem de Kooning, ein ganz wichtiger amerikanischer Künstler des 20. Jahrhunderts – das Museum of Modern Art hat ihm einen ganzen Raum gewidmet -, der amerikanische Komponist Aaron Copland, die Schauspielerin Rita Hayworth.

Was ich Ihnen damit zeigen möchte, ist, dass offensichtlich die intellektuelle Ausbildung nicht unbedingt den Ausbruch der Krankheit in irgendeiner Form beeinflusst, sprich: Jeder ist ein Risikopatient, egal wie hoch seine Bildung ursprünglich war oder aus welchem Fachgebiet er ist oder von welcher Nation oder von was auch immer er herkommt.

Was sind denn die Risikofaktoren? Der wichtigste Risikofaktor ist, ganz klipp und klar, die Alterung. Sie sehen, dass bis zum Alter von etwa 50 Jahren nicht sehr viel geschieht. Ab dann geht die Kurve für das Risiko fast senkrecht in die Höhe. Ich wage zu behaupten, dass, wenn wir alle jetzt einmal annehmen, dass wir alle im Raum 80 Jahre alt werden würden, etwa jeder Dritte zumindest Symptome der Erkrankung zeigen wird. Neben der Alterung als Risikofaktor - zwar wesentlich weniger wichtig, aber ganz wichtig natürlich für die Forschung - waren die genetischen Faktoren wichtig. Ich werde nachher darauf noch kurz zu sprechen kommen. Alzheimer wird in ganz wenigen Fällen genetisch vererbt. Das hilft uns, Gene und so genannte Zielmoleküle zu identifizieren.

Die Alterungsabhängigkeit stellt natürlich ein Riesenproblem dar. Unsere Lebenserwartung ist in den letzten 100 Jahren drastisch gestiegen: von circa 37 Jahren auf sage und schreibe 90 bis 100 Jahre. Sie können sich vorstellen, dass wir mit einem Berg von alten Menschen zu rechnen haben. Das sind natürlich genau die Risikopatienten, die nachher die Krankheit entwickeln werden. Das heißt, wir müssen uns in unserer Gesellschaft, in unseren Krankenhäusern darauf vorbereiten, dass eine riesige Welle von Alzheimer-Patienten auf uns zukommt. Man hat das in den USA kürzlich sehr genau berechnet. Man hat sich die Zahl der Alzheimer-Patienten, die 85 Jahre oder älter sind, über die Jahrzehnte hinweg angeschaut. Es gibt momentan 1,8 Millionen. 2010, 2020, 2030 wird sich da nicht so arg viel tun, aber dann, ab 2040, 2050, geht das Ganze bis auf 8 Millionen in die Höhe. Was danach kommt, das wissen nur noch die Götter. Sie können sich vorstellen, dass man hier politisch bereits jetzt eingreifen und reagieren muss. Sonst gibt es ganz katastrophale Probleme.

Natürlich ist das Ganze neben dem erheblichen Leid, auf das ich gleich noch zu sprechen kommen werde, auch mit erheblichen Kosten verbunden. Bei den momentan laufenden Koalitionsgesprächen der großen Parteien vermisste ich diesen Punkt sehr. Wir haben in diesem Bereich mit erheblichen Zusatzkosten für die Pflege von Patienten mit Demenzerkrankungen, vor allem Alzheimer, zu rechnen, die im nächsten Jahrzehnt auf uns zukommen werden. In den USA ist man darauf meiner Meinung nach wesentlich besser vorbereitet.

Wie kann man diese Krankheit überhaupt nachweisen? Wie macht das ein Arzt? Es gibt zum Beispiel den Wechsler-Erinnerungstest. Er testet das Assoziationsvermögen im Gehirn, das darin besteht, dass wir zwei Dinge miteinander in Verbindung bringen können, zum Beispiel diese Form mit der schwarzen Farbe oder die beiden Pfeile mit der gelben, die Sie hier sehen. Das ist nichts anderes als das, was die Reklameindustrie oder auch der Sport ständig machen. Mein fünfjähriger Sohn kann zum Beispiel sehr genau assoziieren, dass die Farbe Rot mit Michael Schumacher und dem Ferrari-Team zusammenhängt. Genau so etwas testet der Arzt am Patienten. Das ist ein relativ einfacher Test.

Schauen wir uns aber einen anderen Test an. Hier liest der Arzt dem Patienten diese Wortkombination vor und kurze Zeit später fragt er ihn: Welches Wort gehört denn jetzt dazu? Sie sehen sofort, dass dieser Test einen hohen Anspruch stellt, auch an das Konzentrationsvermögen. Viele Patienten können schon mit diesem Test gar nichts mehr anfangen. Was auch sehr beliebt ist, ist: Man sagt dem Patienten die Uhrzeit und der Patient soll, so wie diese alte Dame hier, die entsprechende Uhrzeit aufzeichnen. Ich habe Ihnen hier oben einige Beispiele gezeigt: Da ist ein gesunder Mensch, der die Uhrzeit 11.10 Uhr perfekt getroffen hat. Schon in sehr frühen Stadien fangen die Patienten an, gewaltige Schwierigkeiten zu bekommen. Dieser Patient hat sich erst einmal eine Hilfslinie gezogen, was ja gar nicht so dumm ist. Er hat das Ziffernblatt geviertelt. Sie

sehen dann aber sofort - das sind alles nur Frühstadien -, dass einmal ein Zeiger ganz fehlt, der große und der kleine Zeiger vertauscht werden. Später werden die Zahlen überhaupt nicht mehr auf die Reihe gebracht. Viel später fehlen die Zahlen völlig. Sie sehen jetzt, dass die alte Dame die Zahlen zwar ganz nett hinschreiben kann, dass sie aber sehr frühzeitig genervt aufgibt, weil sie einfach nicht mehr weiter weiß. Sie befindet sich schon in dem Stadium, wo sie es gar nicht mehr schafft, überhaupt noch irgendwelche Zeiger einzuzichnen. Sie denkt, sie ist fertig, und das ist es dann gewesen. Auch dieser Test ist sehr schwierig.

Der einfachste Test an sich ist der „Mini-Mental-Status-Test“. Bei diesem Test werden sehr einfache Fragen gestellt: Welche Jahreszeit haben wir, welchen Monat? Welcher Wochentag ist heute? Und so weiter. Dafür gibt es jeweils null oder einen Punkt. Das kann man über die Jahre hinweg wunderbar verfolgen und den Patienten anhand einer Skala einstufen. Eine andere Möglichkeit ist: Der Patient bekommt eine Form vorgelegt, in dem Fall eine Zeichnung, die er abzeichnen muss. Wohlgedacht: Er muss das nicht auswendig tun; das könnte keiner von uns. Der Patient hat also die Zeichnung vor sich liegen. Jahr für Jahr wird dieser Test wiederholt. Sie sehen, dass das Bild immer abstrakter und abstrakter wird.

Ich komme jetzt noch einmal auf den Künstler Willem de Kooning. Ich habe in New York im Museum of Modern Art eine Reihe von Bildern fotografiert, die meiner Meinung nach sehr gut repräsentieren, was mit dem Mann während seiner Demenz passiert ist. Die Bilder wurden mehr und mehr abstrakt, obwohl er ihnen noch sehr deutliche Titel gegeben hat. Ein anderer Künstler hat sich gerne selbst porträtiert. Schauen wir uns einmal an, was er gemacht hat. 1996 wurde er mit Alzheimer diagnostiziert. Auf diesem Bild ist er noch sehr schön zu erkennen. 1997 hat er sich wieder porträtiert. Schauen Sie sich einmal den Gesichtsausdruck an! Sie sehen sofort, dass der Patient extrem depressiv ist. Der merkt, was mit ihm los ist. Viele Patienten merken natürlich am Anfang, dass die Krankheit ausbricht. Sie wissen heutzutage, was auf sie zukommt. Jetzt kommt meiner Meinung nach eines der erschütterndsten Bilder überhaupt. So hat er sich im Jahre 2000, als die Alzheimer-Erkrankung bei ihm schon stark ausgeprägt war, selbst gesehen. Stellen Sie sich vor: Es ist das hier ein völlig gesichtsloses Wesen. So sieht er seine Umwelt. So sieht er seine eigene Ehefrau. Er kann keinen Menschen seiner Umwelt mehr unterscheiden. Wenn er in dieses Publikum schauen würde, dann würden für ihn alle gleich aussehen. Das kann man sich, glaube ich, gar nicht grauenvoll genug vorstellen.

Wie kann man Alzheimer heilen? Viele Pharmafirmen haben ganz früh angefangen, da loszulegen. Das ist in meinen Augen ein drastischer Fehler gewesen. Einer der scharfsinnigsten Briten hat das rechtzeitig erkannt. Er sagte nämlich: It is a capital mistake to theorize before one has data. Dieser Brite war niemand anderes als Sherlock Holmes. Was man nämlich hätte machen müssen - das werde ich jetzt in meinem Vortrag mit Ihnen

machen -: Man hätte Stück für Stück die Krankheit aufschlüsseln müssen, angefangen bei den makroskopischen Veränderungen. Was verändert sich, von außen gesehen, im Gehirn? Dann sollte man mit einem Mikroskop in das Gehirn hineinschauen: Was verändert sich mikroskopisch? Und dann hätte man sich mit modernen Techniken der Frage zuwenden sollen: Was verändert sich auf molekularer und biochemischer Ebene? Wenn wir das verstanden haben, sollten wir hoffentlich Zielmechanismen entdeckt haben, gegen die wir entsprechende Medikamente entwickeln können. Dazu möchte ich Ihnen jetzt einige Dinge zeigen.

Was Sie hier sehen, ist die Makroskopie eines Gehirns eines Gesunden und eines Gehirns eines Alzheimer-Patienten. Das ist unschwer zu erkennen, dass das Gehirn des Alzheimer-Patienten regelrecht zusammenschrumpft. Das hängt nicht nur damit zusammen, dass hier Nervenzellen sterben; das hängt auch mit dem extremen Wasserverlust zusammen. Aber es ist eindeutig, dass es hier zu einem heftigen Nervenzelltod kommt.

Das kann man heutzutage - ich nehme an, Herr Henn wird es nachher noch genauer zeigen - mit Bild gebenden Methoden darstellen, die dem Patienten überhaupt nicht wehtun. Das kann man dann Jahr für Jahr verfolgen. Was Sie hier sehen, ist ein Patient, der 1993 in London in die Klinik kam und der über die Jahre hinweg beobachtet wurde. Wahrscheinlich sehen Sie anhand des Bildes sehr wenig von dem, was da geschieht. Aber wenn man den Computer farblich genau die Gewebe einzeichnen lässt, die verloren gehen, dann sehen Sie das sehr genau, dass über die Jahre hinweg - das sind die rot eingezeichneten Schichten - immer mehr Gehirngewebe verloren geht. Man kann das heute am lebendigen Patienten, ohne ihm in irgendeiner Form zu schaden, nachverfolgen. Das heißt, wir können heutzutage auch die Wirkung von potenziellen Medikamenten verfolgen, indem man den Prozess zurückdreht.

Was geschieht jetzt mikroskopisch? Der Erste, der sich das mikroskopisch angeguckt hat, war Alois Alzheimer. Er hat das vor fast exakt 100 Jahren getan. Wir werden im November nächsten Jahres eine große Feier zum hundertjährigen Jubiläum der Vorstellung des ersten Alzheimer-Patienten haben, in dem die gesamte Alzheimer-Forschung weltweit in Form kurzer Vorträge dargestellt werden wird, vom Beginn bis zu dem Stand von heute. Das wird in Tübingen in dem Hörsaal stattfinden, in dem Alois Alzheimer seine erste Patientin vorgestellt hat. Alois Alzheimer hat einen großen Teil seiner Arbeit in München durchgeführt. München ist die einzige Stadt, die diesen Wissenschaftler mit einem Straßennamen ehrt. Alois Alzheimer hatte ein für damalige Zeiten sehr, sehr großes Labor. Es war auch ein internationales Labor. Er hatte Mitarbeiter aus drei verschiedenen Ländern, aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Mein Labor ist ähnlich. Es ist auch relativ groß und es ist in der Zwischenzeit auch international: Wir haben Mitarbeiter aus sieben verschiedenen Ländern.

Alois Alzheimer hatte in München ein sehr schönes, großes Labor mit viel, viel Platz. Davon kann ich nur träumen. Meine Mitarbeiter müsste ich regelrecht in drei Schichten übereinander stapeln. Da wird leider Gottes, entgegen den Zusagen der Politik, viel zu wenig gemacht. Wir arbeiten in einem Gebäude, wo man Angst haben muss, dass es zusammenbricht. Wir sind immerhin im achten Stock. Das bringt natürlich entsprechende Schwierigkeiten mit sich. In den USA sieht so etwas ganz anders aus. Da sind hochmoderne, nagelneue Forschungsgebäude zu finden. Das soll nicht heißen, dass es nur auf das Gebäude ankommt, wenn man arbeiten will. Wenn man im Gebäude eine gute Ausstattung hat, dann geht das auch ganz ordentlich.

Alois Alzheimer war der typisch deutsche, akribische Wissenschaftler, der alles aufgehoben und alles genau beschriftet und beschrieben hat. Das ist die erste Patientenakte zur ersten Alzheimer-Patientin, die es überhaupt gibt. Das ist der Fall der berühmten Auguste D. Diesen Fall hat er damals bei uns in der psychiatrischen Klinik untersucht, nur eine Straße weiter von meinem jetzigen Labor. Was man da auch findet, sind kleine Schriftproben, wo er die Patientin gebeten hat, ihren Namen, ihren Geburtsort usw. aufzuschreiben. Natürlich ist hier die gesamte Krankengeschichte enthalten.

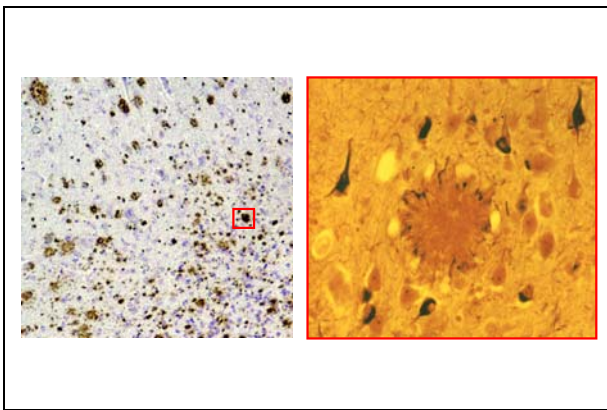
Aber nicht nur das. Was man in den Akten gefunden hat, ist meiner Meinung nach sehr beeindruckend. Das ist das erste Foto einer Alzheimer-Patientin. Es ist Auguste D. Sie kam in sein Krankenhaus mit den Worten: Ich habe mich selbst verloren. Das ist eine gigantische Beschreibung der Alzheimer'schen Erkrankung und zeigt das massive Leid dieser Patienten, die am Anfang, wie gesagt, sehr wohl mitbekommen, was mit ihnen los ist. Schauen Sie mal hier ins Gesicht! Der sieht man die Probleme, die Depressionen drastisch an.

Ähnlich gut beschrieben wird das auf folgendem Bild, das eine Zeichnung von Paul Klee wiedergibt, die ich in der Schweiz in einem Museum gefunden habe. Das ist der „Vergessliche Engel“. Die Ähnlichkeit zwischen Auguste D. und dem vergesslichen Engel ist meiner Meinung nach ganz gravierend. Kunsthistoriker meinen, das stelle die Depressionen von Paul Klee selbst dar, der, weil die Nazis hier aktiv waren, das Land verlassen musste. Ich glaube viel eher, dass er hier wahrscheinlich einen dementen Patienten vor Augen hatte und ihn entsprechend gezeichnet hat. Die Ähnlichkeiten sind jedenfalls sehr dramatisch.

Was man ebenfalls gefunden hat, war der erste Gehirnschnitt eines Alzheimer-Patienten, von Auguste D. Den hat sich Alois Alzheimer natürlich genau angeschaut, und zwar mit diesem Mikroskop. Das ist das Originalmikroskop, mit dem Alzheimer damals gearbeitet hat. Darunter befindet sich der Gehirnschnitt. Wenn sie durch dieses Mikroskop durchschauen, dann sehen Sie schon genau das, womit wir uns heute alle beschäftigen: diese klumpenartigen, fadenartigen Strukturen, die Sie im normalen Gehirn niemals so finden würden. Alois Alzheimer hat nicht die schönen Mikroskope gehabt, die

wir heute haben, die alles schön digital aufzeichnen. Er hat auch keine Fotoapparate gehabt, mit denen er etwas abfotografieren konnte. Er musste das per Hand abzeichnen. Er hat wunderbare Zeichnungen angefertigt. Hier sehen Sie einzelne Nervenzellen aus dem Gehirn der Patientin. Diese Nervenzellen sind zum Teil drastisch beschädigt oder völlig tot. Sie alle wissen, dass Nervenzellen lange Fortsätze haben, die teilweise über 1 Meter lang sein können. Sie sehen an diesen Zellen, dass sie praktisch gar keine Fortsätze haben, sie statt dessen solche fibrillenartigen Strukturen aufweisen. Diesen Zellen geht es nicht gut. Sie sind tot oder dabei, abzusterben. Das hat Alois Alzheimer bereits vor 100 Jahren sehr exakt erkannt.

Heutzutage, wie gesagt, kann man das besser darstellen. Wir wissen heutzutage, dass große Teile des Gehirns mit diesen so genannten Plaques - das sind diese braunen Flecken hier - übersät sind. Wenn wir uns eine solche Plaque mit einem richtig guten Mikroskop anschauen, dann sehen Sie hier in der Mitte die Plaque.

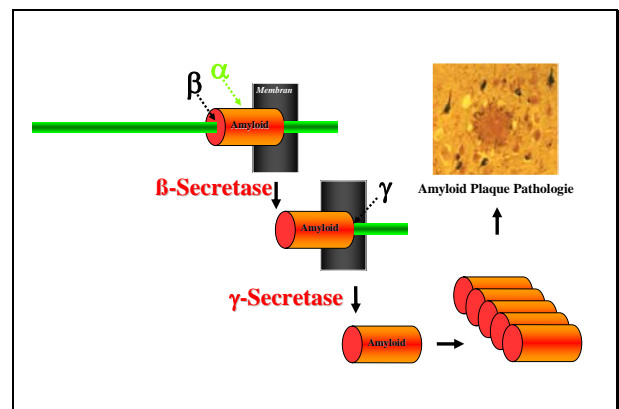


Sie ist von den schwarzen Nervenzellen umgeben. Die sind mit einer bestimmten Färbetechnik eingefärbt worden, mit der gezeigt werden kann, dass diese Nervenzellen am Absterben sind oder, wie diese hier unten, längst tot sind. Das heißt, irgendetwas ist in der Plaque, was die umliegenden Nervenzellen tötet. Damit fing etwa 80 Jahre nach Entdeckung der Plaques die Jagd an und man versuchte, herauszubekommen: Was steckt denn da drin? Das war biochemisch extrem schwer zu machen. Was man nach langer Zeit gefunden hat, war, dass da drinnen ein kleines, ganz klebriges Eiweiß steckt. Dieses kleine, klebrige Eiweiß nennt man Amyloid und man geht davon aus, dass dieses Amyloid die umliegenden Nervenzellen ganz gezielt abtöten kann.

Im Zeitalter der modernen Molekularbiologie konnte man, nachdem man das Amyloid isoliert hatte, auch das entsprechende Gen isolieren. Das wurde von Konrad Beyreuther gemacht, damals noch in Köln. Was Konrad damals fand, war extrem interessant. Er fand nicht etwa nur ein Gen für dieses Amyloid. Dieses Amyloid war, im Gegenteil, ein Teil eines ganz, ganz großen Gens, eines ganz großen Eiweißes. Dieses Eiweiß, das Sie sich wie eine große Stange vorstellen müssen, steckt in der Zellhülle, in der Hülle, die die Zelle umgibt. Das ist hier grün dargestellt. Was Konrad Beyreuther damals auch

noch fand - das ist ganz interessant -, war, dass das Gen für dieses Amyloid auf Chromosom 21 des Menschen liegt. Warum erwähne ich das hier? Das ist deswegen so interessant: Das Chromosom 21 kann dupliziert vorliegen und dann entsteht das Down-Syndrom, Mongolismus, was wir alle kennen. Diese Patienten entwickeln zusätzlich zu all ihren Problemen einen verfrühten Alzheimer. Warum tun sie das? Weil sie eine Kopie von diesem Gen zu viel haben und zu viel von diesem Amyloid produzieren.

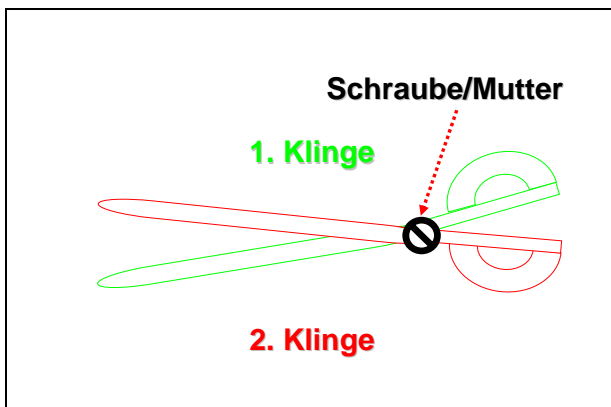
Ich habe Ihnen vorhin gesagt: In den Plaques akkumuliert nur dieses Amyloid. All diese grünen Teile, die viel länger sind - sie würden hier weit durch die Wand gehen -, tun das nicht. Das heißt, wir müssen das Amyloid in irgendeiner Form da herausschneiden. Dafür gibt es Enzyme. Das sind scherenartige Enzyme, die wie richtige Scheren arbeiten. Wir nennen diese Enzyme Sekretasen. Wenn diese beiden Sekretasen wie Scheren geschnitten haben, wird das Amyloid freigesetzt. Wir finden es dann bei uns in der Blutbahn oder zum Beispiel auch im Liquor, im Gehirnswasser. Ich habe Ihnen vorhin erzählt, dass dieses Eiweiß sehr klebrig ist. Es fängt dann an, mit sich selbst zu verkleben, Klumpen, Fibrillen, Fäden zu bilden. Viele dieser Fäden bilden letztendlich die Plaques, die für das Alzheimer-Gehirn kennzeichnend sind. Das Ganze stellt insofern ein gewaltiges Problem dar, als dieser Vorgang in uns allen ständig abläuft. Wir alle tragen in unserem Gehirn eine ständig tickende Zeitbombe. Während meines Vortrags werde ich und werden Sie alle hier im Raum ständig dieses Amyloid produzieren; unsere Scheren werden ständig zuschneiden, ständig dieses Amyloid produzieren. Das ist letztendlich die Grundlage dafür, dass wir, wenn wir nur alt genug sind, genügend von diesem Material akkumulieren, das schlecht abgebaut wird, mit sich selbst verklumpt und die Plaques bildet.



Bevor ich zu Behandlungsmethoden komme, noch kurz zum genetisch vererbten Alzheimer. Das wird oft missverstanden. Praktisch alle Alzheimer-Fälle treten sporadisch auf und können jeden von uns treffen. Ganz wenige Fälle - da streiten sich die Gelehrten; es sind etwa 1 Prozent - sind genetisch vererbt. Sie treten dann in ganz jungen Jahren auf, nicht erst im hohen Alter. Wir haben eine Familie, in der ein Mädchen im Alter von 16 Jahren an Alzheimer erkrankte. In diesen Familien wird die Krankheit weitergegeben. Die tritt also immer wieder bei Nachkommen sehr früh auf. Man hat versucht, bei diesen Familien entsprechende Gene zu identifizieren. Die Gene,

die man identifiziert hat, waren die Scheren. Was macht eine solche Schere, wenn sie bei einem derartigen Patienten entsprechend genetisch verändert ist, der einen frühen, einen aggressiven Alzheimer bekommt? Die schneiden ein bisschen falsch. Was dabei passiert, ist, dass nicht das normale Amyloid, sondern ein etwas längeres entsteht. Es ist ein ganz klitzekleiner Fehlschnitt, der biochemisch sehr schwer nachzuweisen war. Aber die Folge davon ist eine Katastrophe. Die Folge ist nämlich, dass das verlängerte Amyloid wesentlich schneller mit sich selbst verklebt, wesentlich schneller die Plaques bildet. Das ist die logische Erklärung, warum diese Patienten bereits in jungen Jahren an Alzheimer leiden.

Wie sind diese Scheren aufgebaut? Wir haben die Scheren isoliert und genetisch genauer betrachtet und biochemisch im Reagenzglas aus ihren Bruchteilen wieder aktiv zusammengesetzt, sodass sie sich im Reagenzglas als Scheren betätigen konnten. Was wir gefunden haben, ist, bildlich gesprochen, wirklich paradox. Diese Scheren bestehen aus zwei Hälften, aus zwei Schneiden, wie eine richtige Schere. Beide Schneiden müssen aber zusammengehalten werden und dafür gibt es eine regelrechte Schraube und auf der Rückseite eine Mutter dazu. Das heißt, diese Schere besteht letztendlich aus vier verschiedenen Genen. Alle müssen miteinander zusammen spielen. Und nur dann, wenn alle da sind, kann die Schere wirklich aktiv arbeiten und zuschnappen.



Damit sind wir jetzt so weit, dass wir uns die Grundlage erarbeitet haben, um uns anzuschauen, wie man die Krankheit heute therapieren kann oder könnte. Da gab es natürlich auch ganz radikale Ansätze. Dieser hier wurde von Dennis Selkoe so beschrieben. Allerdings, vor einigen Jahren, als ich anfing, bei ihm zu arbeiten - das war 1990 -, kannten wir sage und schreibe nur das Amyloid selbst und kannten kein einziges der anderen Zielmoleküle. In der Zwischenzeit kennen wir alle meiner Meinung nach wirklich relevanten Zielmoleküle, die bei Alzheimer eine Rolle spielen. Das hat sich drastisch geändert. Ähnlich brutal ist der Ansatz von Herakles, der sich hier gegen das Alter wehrt. Auch den berühmten Helden hat natürlich irgendwann das Alter getroffen. Er dachte natürlich - altbewährte Methode -: Keule auspacken, auf das Alter, auf Geras draufhauen. Aber damit wird man auch nicht viel weiter kommen. Da finde

ich den Ansatz von Alkaios schon wesentlich interessanter. Der fragt nämlich:

Was fruchtet es, ob du dich sorgst und  
härmst, das beste Mittel, Freund, bleibt  
immer,

- jetzt kommt es -

Wein sich zu holen und froh zu zechen.

(Heiterkeit)

Das kann ganz gut wirken; es schadet ganz bestimmt nicht. Aber gegen Alzheimer wird es auch nicht helfen.

Können wir uns selbst durch geistiges Training vielleicht vor Alzheimer schützen? Einige von Ihnen kennen vielleicht dieses wunderbare Buch, mit dem man auch mich während meiner Jugendzeit malträtigt hat, die lateinische Grammatik. Wenn Sie dieses Buch aufschlagen, sehen Sie, dass da wirklich fürchterliche Dinge drinstehen. Ich meine: Wie kann sich ein Mensch so etwas merken? Ich habe es nicht gekonnt. Wundersamerweise kann es meine Tochter perfekt; sie hat in Latein eine Eins; ich hatte in Latein eine Fünf. Da fragt man sich natürlich, wie die Genetik da abläuft. Was ich Ihnen an diesem Beispiel erklären möchte, ist, wie es das Gehirn managt, dass man sich so etwas merken kann. Da gibt es den Begriff der „long-term potentiation“. Das heißt - dem richtigen Pauker würde das gefallen; ich habe das neulich an meiner ehemaligen Schule auch vorgestellt; mein ehemaliger Lateinlehrer war davon begeistert -: Wenn man Lateinvokabeln lernt, wie ich das gemacht habe, in der Fünf-Minuten-Pause vor dem Unterricht, wenn man sie sich einmal durchliest, passiert im Gehirn nicht viel: Da werden an den Synapsen - das sind Verbindungen zwischen den Nervenzellen - Botenstoffe freigegeben, aber das verpufft regelrecht innerhalb kurzer Zeit. Wenn man das Ganze nun mehrfach wiederholt, dann werden diese Botenstoffe leichter freigegeben. Das heißt, wir fangen schon an, uns ein bisschen etwas zu merken. Aber auch das hält auf Dauer nicht. Wenn man das Ganze dann aber richtig paukt - das war das, was meinem Lateinlehrer daran so gut gefallen hat -, nämlich immer wieder und wieder und wieder wiederholt, dann passiert im Gehirn etwas ganz Tolles: Es entstehen neue Nervenverbindungen. Die manifestieren unser Gedächtnis. Auf diese Art und Weise können wir immerhin versuchen, Wörter über einen langen Zeitraum im Gedächtnis zu behalten.

Das wird uns aber logischerweise nicht gegen Alzheimer schützen. Da sind wir chancenlos. Stellen Sie sich vor: Die Nervenzellen sterben ab. Dann geht auch all das verloren. Das Einzige, was passiert - deswegen empfehle ich jedem trotzdem, das im Alter zu tun -, ist, dass man das Fehlen von Worten sehr leicht kaschieren kann, weil man sehr leicht für ein Wort Synonyme, also zwei, drei weitere Worte, weiß. Deswegen würde ich jedem empfehlen, sich im Alter ein schönes geistiges Hobby zuzulegen und sich nicht gerade mit einer Flasche Bier abends vor den Fernseher zu setzen.

Genau an dem Problem scheitern meiner Meinung nach die derzeitig bekannten Medikamente, die Sie in jeder Apotheke bekommen können. Diese Medikamente ersetzen Botenstoffe, die Signale zwischen diesen Nervenzellen weitergeben. Sie ersetzen sie letztendlich indirekt, indem sie deren Abbau verhindern. Wir kriegen einfach mehr dieser Botenstoffe. Jetzt komme ich zurück auf den guten alten Sherlock Holmes. Der hätte sich nämlich gedacht: Da muss ein Problem sein. Dem werde ich mal auf den Grund gehen. Wenn nämlich die Nervenzellen absterben, dann hilft mir der Botenstoff, den ich künstlich hineingebe oder erhöhe, auch nichts mehr. Wenn er keine Zielzelle findet, komme ich damit nicht sehr viel weiter.

Was Sie hier sehen, sind Patientenstudien. Hier schaut man sich den Gedächtnisverlust des Patienten über die Jahre hinweg an. Das Gedächtnis wird immer schlechter. Getestet wird so etwas mit dem „Mini-Mental-Status-Test“, wie ich ihn Ihnen vorhin gezeigt habe. Wenn man den Patienten mit solchen Medikamenten behandelt, dann wird man über kurze Zeit - Herr Henn wird es Ihnen hinterher noch genauer zeigen - vielleicht so etwas wie eine geistige Stabilisierung beobachten. Danach aber, eben weil uns die Nervenzellen wegsterben, bricht das Ganze zusammen und wir sind wieder genau da, wo wir vorher waren. Das hilft kurzfristig - dagegen möchte ich auch gar nichts sagen -, aber das ist mit Sicherheit nicht die Therapie, die den Alzheimer blockt oder vielleicht sogar ganz verhindert oder ihm im besten Fall sogar vorbeugen könnte.

Da gibt es andere Ansätze. Meiner Meinung nach ist es ganz klar: Wir müssen versuchen, die Plaquebildung als solche oder deren Vorstufen zu inhibieren. Wie macht man das? Indem man zum Beispiel versucht, diese beiden Scheren komplett zu blockieren. Dass so etwas im Prinzip funktioniert, kann man heutzutage sehr leicht zeigen. Ich habe Ihnen vorhin gezeigt, wie die Schere aufgebaut ist. Wir haben mit einem bestimmten genetischen Trick bei einer Maus die Schraube herausgedreht. Was dann passierte, war, dass in der Maus die Schere auseinander gefallen ist. Das ist wie bei einer normalen Gartenschere oder Papierschere. Wenn Sie die Schraube herausdrehen, fällt das Ding auseinander. Die Zelle erkennt das, baut es ab, schmeißt es letztendlich weg und die Tiere produzieren kein Amyloid mehr. Wenn Sie nun Tiere verwenden, die eine Alzheimer-Pathologie zeigen können, weisen sie keine Amyloid-Plaque-Pathologie mehr auf. Das ist ein so genanntes „proof of principle“. Wenn ich diese Schere ausschalte oder blockiere, kann ich den Ausbruch der Krankheit verhindern, in dem Fall wirklich total verhindern.

Natürlich ist das so kein Ansatz, der beim Menschen durchführbar wäre. Deswegen verfolgen wir zusammen mit Pharmafirmen einen zweiten Ansatz mit einem so genannten Hochdurchsatzverfahren. Da suchen wir kleine chemische Substanzen, die genau in die Schere hineinpassen. Diese Scheren stellen dreidimensionale Strukturen dar. Wenn man kleine chemische Substanzen findet, die genau da hineinpassen, wo die Schere

normalerweise zuschnappt, kann man die Schere beim Zuschneiden blockieren und damit die Produktion dieses Amyloids unterbinden.

Jetzt sollten wir das Ganze aber, wieder gemäß Sherlock Holmes, sofort am Tiermodell untersuchen und das aus vielerlei Gründen. Man sollte tunlichst nach Nebenwirkungen der Therapieansätze in Tiermodellen wie zum Beispiel in transgenen Mäusen schauen, die die Alzheimer-Pathologie zeigen, in Fliegen, wie sie Frau Nüsslein-Volhard eingeführt hat, oder - das machen wir seit kurzer Zeit - im Zebrafisch, der natürlich auch von Frau Nüsslein-Volhard in die moderne Molekularbiologie und Entwicklungsbiologie eingeführt wurde. Mein Labor ist etwas kleiner als Frau Nüsslein-Volhards Zebrafisch-Facility. Aber auch dort stehen momentan 800 Tanks. Ermöglicht wurde das Ganze durch die DFG. Warum arbeiten wir am Zebrafisch? Frau Nüsslein kennt das natürlich in- und auswendig. Sie sehen hier einen Embryo des Zebrafisches, der sich wunderbar außerhalb der Mutter entwickelt. Es ist ein vollkommen durchsichtiger Embryo. Man kann sich die Entwicklung dieses Tiers mit dem Mikroskop anschauen, ohne ihm in irgendeiner Form zu schaden. Sie sehen: Da vorne entsteht der Kopf, hier der Schwanz usw. Fast alle Gene sind bekannt, das ist ähnlich wie beim Human Genome Project. Das gesamte Genom ist sequenziert. Solche Tiere kann man schön für Medikamentenstudien einsetzen. Das haben wir gemacht.

Was Sie da sehen, brauche ich Ihnen gar nicht im Detail zu erklären: Das sind zwei Fische, links die Kontrolle, rechts einer, den wir mit einer chemischen Substanz behandelt haben, von der wir uns erhofften, dass sie den Alzheimer verhindert, und die parallel in England bei Patienten eingesetzt wurde. Sie sehen diese schönen symmetrischen Strukturen. Wenn Sie sich das beim Inhibitor anschauen, dann finden Sie, dass diese schönen symmetrischen Strukturen vollkommen aufgehoben sind. Das heißt, hier gibt es drastische Nebenwirkungen. Diese drastischen Nebenwirkungen haben wir uns genau angeschaut: Sie haben damit zu tun, dass während der Entwicklung eine Zelle die Entscheidung treffen kann, sich in verschiedene Richtungen zu differenzieren, zu verschiedenen Arten von Zellen zu werden. Das spielt leider Gottes nicht nur in der Entwicklung eine Rolle, sondern auch beim erwachsenen Menschen. Die entsprechende Patientenstudie mit diesen Inhibitoren musste sofort wegen Störungen bei der Blutzellentwicklung und bei der Erneuerung der Darmschleimhaut abgebrochen werden. Solche Inhibitoren haben ihr Problem. Aber man sollte das nicht überdramatisieren. Jedes Medikament hat natürlich Nebenwirkungen und jedes Medikament hat ein therapeutisches Fenster. Es soll das Medikament in den richtigen Konzentrationen eingesetzt werden, dann wird man noch genügend physiologisch normale Funktionen erhalten, gleichzeitig aber die pathologische Funktion reduzieren können. Das haben wir bereits gemacht. Das funktioniert: Wenn man nur 50 Prozent dieser biologischen Funktionen zerstört, erlangt das, dass der Fisch normal überlebt, erlangt das, dass eine Maus normal überlebt, es

erlangt aber auch, dass in der Maus keine Plaques entstehen.

Das Zweite. Es gibt noch eine Sekretase; es gibt davon zwei verschiedene. Die kann man wunderbar blockieren. Für die zweite haben wir auch Inhibitoren hergestellt. Das ist so neu, dass ich Ihnen noch gar keine Ergebnisse zeigen kann. Auch da haben wir im Zebrafisch Nebenwirkungen gefunden, wobei wir uns nicht sicher sind, welches da das Zielmolekül ist.

Das Dritte ist die Impfung gegen Alzheimer. Das ist vielleicht für Außenstehende etwas total Verrücktes. Das ist auch für mich völlig überraschend gewesen. Der Ausdruck „Impfung gegen Alzheimer“ macht irgendwie gar keinen Sinn. Das ist eine Gehirnerkrankung. Wie soll man da überhaupt impfen können? Ich versuche, Ihnen das kurz zu erklären. Was Sie hier oben sehen, ist eine so genannte transgene Maus, eine Maus, die genetisch manipuliert worden ist, und zwar so, dass sie, wie der Mensch auch, im Gehirn Plaques bildet. Diese braunen Flecken sind viele Tausende einzelne Plaques. Jetzt spritzen wir der Maus genau das, was die Krankheit verursacht, nämlich das Amyloid, im Prinzip Plaques. Das ist ein total verrückter Ansatz. Aber welche Idee steckt dahinter? Wir machen jetzt Antikörper gegen das Amyloid. Das ist im Prinzip genau das Gleiche, als wenn man sich gegen einen Grippevirus impfen würde. Das ist das gleiche Grundprinzip. Jeder Wissenschaftler hätte gesagt: Die Krankheit findet im Gehirn statt. Die Antikörper kommen gar nicht dort hin. Da gibt es nämlich eine Blut-Hirn-Schranke, die verhindert, dass solche Antikörper überhaupt ins Gehirn gelangen können, zumindest nicht in großen Mengen. Aber das war ein Dogma und dieses Dogma ist wohl nicht ganz korrekt. Es gelangen genügend von diesen Antikörpern ins Gehirn.

Was dann passiert, ist ganz erstaunlich. Links sehen sie jetzt, vergrößert, Kontrollen. Das sind wiederum transgene Mäuse mit vielen, vielen Plaques. Rechts sehen Sie die gleichen Regionen, die aber von Mäusen stammen, die mit Amyloid geimpft wurden. Sie sehen unschwer, dass diese braunen Flecken drastisch zurückgehen. Das Tolle ist: Diese Mäuse entwickeln diese Krankheit auch altersabhängig. Die brauchen anderthalb Jahre, bis sie die Plaques entwickeln. Wenn man die Mäuse nur rechtzeitig genug impft, bevor sie die Plaques überhaupt haben, dann bilden sie erst einmal keine Plaques mehr. Das heißt, das Ganze würde vorbeugend wirken. Deswegen bin ich auch von diesem Ansatz absolut begeistert. Das ist noch ein weiterer Grund, warum ich von diesem Ansatz so begeistert bin. Man ist dabei, in einer kleinen, weltweiten Phase-II-klinischen Studie diese Impfung im Menschen zu testen. Was ich Ihnen hier als Zusammenfassung zeige, sind die Ergebnisse einer sehr, sehr kleinen Studie. Deswegen ist das Ganze auch noch höchst fraglich, aber meiner Meinung nach trotzdem extrem interessant. Es handelt sich dabei um Patienten an der ETH in der Schweiz. Man verfolgt hier nicht geimpfte Patienten und deren geistige Fähigkeiten. Sie sehen: Über drei Monate hinweg kann man schon feststellen, dass die geistigen Fähigkeiten

immer schlechter und schlechter werden. Wenn man sich die geimpften Patienten anguckt, findet man, dass die stabilisiert sind. Diese Patienten wurden vor fast drei Jahren geimpft. Ich habe letzte Woche mit dem Leiter der Studie gesprochen, der mir sagte, dass die Patienten, die noch am Leben sind, alle nach wie vor noch stabilisiert sind, obwohl man die Impfung abgebrochen hat. Man hat die nicht weiter geimpft. Warum? Ganz klar: Es traten wieder Nebenwirkungen auf. Das ist das allgemeine Problem bei solchen Medikamentenentwicklungen. In 7 Prozent der Fälle traten sehr schwere Hirnentzündungen auf, die sofort weltweit zum Abbruch der Studie führten. Man konnte daraufhin in der Presse lesen, dass viele Patienten gestorben seien und dass das Ganze völliger Unsinn sei usw. Ich kann Ihnen versichern: Es ist weltweit kein einziger Patient daran gestorben. Die Patienten, die diese Hirnhautentzündung bekamen, konnte behandelt werden. Es ist also bei weitem nicht so dramatisch gewesen, wie es in den Zeitungen dargestellt worden ist. Man macht mit dieser Impfstudie natürlich weiter. Was man jetzt getan hat, ist: Man versucht, neue Impfstoffe zu entwickeln, die diese Nebenwirkungen nicht mehr zeigen.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen und möchte damit schließen, dass ich sage: Ich glaube, dass nach fast exakt 100 Jahren Alzheimer-Forschung doch Grund zur Hoffnung besteht. Ich habe das Fragezeichen absichtlich stehen lassen, weil ich als Biochemiker und Zellbiologe nicht beurteilen kann, wie man pharmakologisch sichere Medikamente ohne Nebenwirkungen entwickeln kann. Das kann dauern; wie lang, das kann ich selbst nicht beurteilen. Aber was ich wirklich sagen kann, ist, dass in den letzten zehn bis 15 Jahren die entscheidenden Zielmoleküle identifiziert worden sind. Mithilfe dieser Zielmoleküle wird es uns möglich sein, auf Dauer eine sinnvolle Therapie für diese Erkrankung zu bekommen.

Besten Dank.

(Beifall)

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Ganz herzlichen Dank für diesen Vortrag. Ich bin sicher: Es gibt eine große Anzahl von Fragen.

Bevor wir zu diesen Fragen kommen, möchte ich Ihnen jedoch die Diskutanten, die wir zu dieser Tagung eingeladen haben, kurz vorstellen. Zuerst Frau Heike von Lützu-Hohlbein. Sie ist seit 15 Jahren in der Alzheimer-Selbsthilfeorganisation engagiert, ist erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und Mitglied im Vorstand der Alzheimer Europe. Sie ist selber eigentlich in einem ganz anderen Sektor tätig: Sie ist Diplom-Informatikerin und Geschäftsführerin eines Beratungsunternehmens. Ihre Erfahrungen sind persönlicher Art: Sie ist Tochter einer inzwischen verstorbenen alzheimerkranken Mutter und auch ihre Schwiegermutter ist daran erkrankt.

Herzlich willkommen.

(Beifall)

Ich darf zweitens nach vorn bitten: Frau Privatdozentin Dr. Susanne Zank. Sie ist Oberassistentin im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie hier an der FU Berlin und Leiterin des Projekts „LEANDER“. Das heißt: Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Sie hat sich zu dem Thema „Chancen und Grenzen der Rehabilitation im Alter – eine Evaluation ambulanter Einrichtungen“ habilitiert und sie ist Vorsitzende der Sektion Verhaltens- und Sozialwissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie.

Herzlich willkommen.

(Beifall)

Ich darf weiterhin herbiten: Herrn Dr. Konrad Hummel. Er ist Heimleiter und auch Autor von Büchern, etwa des Buches „Öffnet die Altenheime“. Er ist Projektleiter des Sozialministeriums in Baden-Württemberg. 2002 ist er Sozialreferent der Stadt Augsburg geworden. Er ist Gründungsmitglied im Bundesnetzwerk „Bürgerengagement“ und Beiratsmitglied bei „Blätter der Wohlfahrtspflege“.

Herzlich willkommen.

(Beifall)

Als vierten Diskutanten darf ich Herrn Dr. Jens Bruder bitten. Er ist Nervenarzt und Gerontologe, Leiter der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt. Er ist seit Jahren als Berater für die Entwicklung von Versorgungskonzepten für Demenzkranke tätig und Mitbegründer und Vorstandsmitglied der deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. Er hat eine Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Thema gemacht.

Ich darf vielleicht die erste Frage, bevor wir die allgemeine Diskussion eröffnen, an Sie, Herr Bruder, richten: Wenn Sie als Arzt und Betreuer diesen Vortrag von Herrn Haass gehört haben: Was sind Ihre Hoffnungen? Was halten Sie für realistisch? Welche Fragen würden Sie an Herrn Haass dazu stellen, welche Hoffnungen Sie an die Forschung haben?

**Dr. Jens Bruder (Leiter der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt):**

Ich war so fasziniert von Ihrem Vortrag, dass ich mir auch sehr gut vorstellen könnte, den ganzen Tag mit der Diskussion Ihres Vortrags zu verbringen. Eine ganz wichtige Schlussfolgerung für mich ist: Es gibt sozusagen einen Wettbewerb zwischen den Forschern und auch Praktikern, die sich um die Zuverlässigkeit der Frühdiagnose bemühen, und denjenigen, die um ein wirklich verlässliches und flächendeckend einsetzbares Medikament ringen, mit dem man das Voranschreiten der Krankheit verhindern könnte. Es wurde mir daran noch einmal deutlich, dass in dem Moment, wo es ein kausal wirksames, den Prozess verlangsamendes Medikament gibt, wir neu über Maßnahmen zur Sensibilisierung für das Problem und insbesondere zur Steigerung des Mutes nachdenken müssen, sich der diagnostischen Frage zu

stellen. Dabei muss man sagen: Wir haben dabei in den letzten zehn bis 20 Jahren große Fortschritte zu verzeichnen gehabt. Es gibt über 50 Alzheimer-Gedächtnissprechstunden. Ich selbst mache seit einem halben Jahr eine Gesprächsgruppe, also eine reflektionsorientierte Gruppe, mit Früherkrankten. Aber in dem Bereich wäre sehr viel zu tun.

Meine Frage an Sie. Es war ja sozusagen fast ein finaler Orgasmus, der dann aber mit einem gewissen Absturz verbunden war. Wie groß ist das n der betroffenen Patienten und wie schätzen Sie den weiteren Umgang mit diesen Nebenwirkungen ein? Eine Gehirnentzündung ist ja nichts, was man irgendwo am Rande abhandeln kann.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Das kann man mit Sicherheit nicht am Rande abhandeln; damit muss sorgsam umgegangen werden. Die neuen Studien, die jetzt weltweit mit Patienten durchgeführt werden, sind so angelegt, dass diese Entzündungen mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht entstehen werden. Ich glaube, ganz ausschließen kann man es nicht. Insofern würde ich mir da schon Hoffnungen machen. Der Nachteil daran ist allerdings, dass wahrscheinlich die Effizienz der Antikörper, die da eingesetzt werden, nicht so hoch ist wie die Effizienz derjenigen, die der Körper ursprünglich selbst produziert hat. Aber darüber weiß man bisher viel zu wenig.

Sie haben noch einen weiteren Punkt angesprochen, der meiner Meinung nach ganz wichtig ist: Das ist die Frühdiagnose, und zwar schon dann, bevor noch die Patienten richtig schwere Erscheinungen zeigen. Man versucht, mithilfe von biochemischen Markern herauszubekommen, ob nun ein Patient ein Risiko in sich trägt oder nicht. Das ist mit enormen Schwierigkeiten verbunden. Da gibt es viele verschiedene biochemische Ansätze, aber keinen, der für sich allein genommen wirklich hundertprozentig überzeugend wäre und mit dem man hundertprozentig genaue Vorhersagen treffen könnte, ob jemand das Risiko trägt oder nicht.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Also ein vorsichtiges Plädoyer. – Jetzt wollen wir zu einer Frage aus dem Publikum kommen.

**Dieter Meyer:**

Alzheimer-Menschen brauchen viel Zuwendung und viel Liebe. Nach den allerneuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist das Optimale für einen chronisch schwerkranken Menschen, wie es die Alzheimer-Patienten sind, eine Betreuung durch einen Arzt und durch einen Seelsorger. Bei Alzheimer-Kranken müssen es Seelsorger sein, die von ganzem Herzen an das Evangelium Jesu Christi glauben, die Gott in Christus dienen, persönlich Gottes Liebe, die bedingungslos ist und die weiter und größer ist als aller Menschen Liebe, erfahren haben und an alzheimerkranke Menschen weitergeben. Leider hat

der Referent über diesen Punkt nicht das Geringste gesagt, was ich aufs Tiefste bedauere.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Das ist nicht ganz korrekt. Ich habe das zumindest in einem Punkt erwähnt, bei den Zeichnungen, wo am Ende der Maler sich selbst gemalt hat und sein eigenes Gesicht nicht mehr erkennen konnte. Da habe ich schon erwähnt, welche grauenvolle Wirkung das Ganze hat, allein schon hinsichtlich des eigenen Ehepartners, den man dann nicht mehr erkennt. Es ist selbstverständlich, dass solche Patienten einer Pflege bedürfen. Meiner Meinung nach ist die beste Pflege die durch den Lebenspartner, ganz klar. Man sollte diese Patienten nicht ausstoßen, sondern in der Familie aufnehmen, wie das früher der Fall gewesen ist.

**Winfried Teschauer:**

Ich bin von der Ingenium-Stiftung und der Alzheimer-Gesellschaft Ingolstadt. Herr Haass, Ihr Kollege Herr Hartmann aus Heidelberg hat vor einiger Zeit in „Nature Cell Biology“ eine physiologische Funktion der Amyloide vorgeschlagen. Ist das denn eine Erklärung für die Nebenwirkungen, wenn sie die Gamma-Sekretase inhibieren?

Ich möchte aber auch noch einen Kommentar zu den Acetylcholinesterase-Inhibitoren geben. Sie haben ja diese schöne Grafik gezeigt, die ausweist, dass es zwar zwischenzeitlich eine Verbesserung des Zustandes gegeben hat, dass es aber in der Summe zu keinen Veränderungen im Krankheitsverlauf gekommen ist. Diese Differenz zwischen den behandelten und den nicht behandelten Patienten bedeutet für die behandelten natürlich einen großen Gewinn an Lebensqualität. Das sollte man auf keinen Fall aus den Augen verlieren.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Bevor Sie diese Frage beantworten, möchte ich gern noch eine allgemeinere stellen. Der Mechanismus mit dem Amyloid scheint ja sehr faszinierend. Aber natürlich, denke ich, fragen sich viele in diesem Auditorium: Wozu ist er eigentlich da? Hat die Natur einen Mechanismus erfunden, um die Plaques herzustellen, die dann das Gehirn zerstören? Oder ist es vielleicht ein Mechanismus, den wir doch brauchen? Vielleicht kann das in die Antwort auf diese Frage einfließen.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Zu der Funktion des Amyloids selbst habe ich eine radikale Meinung. Ich halte das für ein Abfallprodukt der Biochemie. Solche Scherenzymen - das ist allgemein bekannt - machen Fehler. Was wir gefunden haben, ist, dass dieses Amyloid oder sein Vorläufer bei weitem nicht das beste Substrat für diese Scheren sind. Diese Scheren haben ganz andere Moleküle, die sie viel lieber schneiden,

zum Beispiel die, die diese Nebenwirkungen verursachen, die für die Zelldifferenzierungsprozesse benötigt werden.

Ein anderer Punkt, der in diesem Zusammenhang ebenfalls ganz wichtig ist: Mäuse, die nicht genetisch manipuliert sind, produzieren ganz, ganz wenig Amyloid. Das hat einen ganz einfachen Grund: Man hat nämlich die Sequenz ein bisschen geändert und deswegen kommen die Scheren da nicht so gut ran. Aber die Scheren sind sehr wohl da. Das sind genau die gleichen Scheren, die der Mensch auch hat. Wenn ich der Maus das menschliche Gen für Amyloid einpflanze, dann macht sie sehr wohl munter Amyloid-Plaques. Das bedeutet für mich, dass dieses Amyloid selbst vermutlich keine richtige physiologische, biologisch wichtige Funktion hat. Das ist ein momentan sehr umstrittenes Arbeitsgebiet, die Funktion dieses Amyloids. Es ist auch extrem schwer zu bearbeiten. Sie können sich vorstellen: Das Amyloid verhält sich im Reagenzglas wie ein Tropfen Klebstoff. Wenn Sie gucken wollen, an welchen Rezeptor oder was auch immer das bindet, dann finden Sie: Das bindet an alles, was sie haben, weil es so klebrig ist.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Der zweite Teil der Frage, den wir auch noch ansprechen sollten, war: Sind die gegenwärtigen Medikamente, wenn man das drastisch formuliert, zu überhaupt etwas nütze?

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Ich bin der Meinung, man sollte momentan alles einsetzen, was vorhanden ist. Selbst wenn es nur - in Anführungsstrichen - zu einer Verbesserung der Lebensqualität über drei bis vier Monate oder ein halbes Jahr führt: Selbstverständlich soll man das einsetzen. Aber meine Meinung ist auch: Man darf sich nicht auf diesen Lorbeeren ausruhen. Das langt nicht, um die Krankheit zu behandeln. Die Krankheit ist mit diesen Medikamenten nicht zu stoppen. Wir können den Verlauf für kurze Zeit verlangsamen - das sollten wir tun, das ist meiner Meinung nach logisch. Aber wir müssen selbstverständlich nach Medikamenten suchen, die den Ausbruch der Krankheit bzw. deren weiteren Verlauf stoppen.

**PD Dr. Susanne Zank (FB Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin):**

Sie haben in Ihrem wunderbaren Vortrag uns einerseits sehr viel Mut und sehr viel Hoffnung gemacht; andererseits haben Sie sich natürlich nie auf das Glatteis begeben, zu sagen, wann wir denn wirklich mit einer wirksamen Therapie rechnen können. Das heißt, die Fragen von Prävention, von Primärprävention, die Sie mit der Impfung angesprochen haben, stellen sich letztlich immer noch in großem Umfang. Da habe ich mich ein bisschen gewundert, dass Sie zwar einerseits zu Recht gesagt haben, dass es jeden von uns treffen kann, dass Sie andererseits aber auch gesagt haben, das Bildungsniveau habe überhaupt keinen Einfluss darauf, ob

wir Alzheimer bekommen oder nicht. Selbstverständlich haben Sie völlig Recht, wenn Sie sagen, dass es jeden von uns treffen kann. Nur, es ist natürlich, klinisch gesehen, ein Unterschied - gerade im Hinblick auf die Tests, die Sie vorgestellt haben -, ob ich von einem hohen Niveau starte oder ob ich von einem tieferen Niveau starte. Insofern besteht die primärpräventive Maßnahme, die wir durchführen können, doch in einer höheren Bildung, einer Ausbildung, im lebenslangen Lernen, dem lebenslangen Training.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Selbstverständlich. Das habe ich damit gemeint, dass man auch dann, wenn man pensioniert ist, selbstverständlich geistig weiter arbeiten soll und man sich auf keinen Fall auf die Sofabank zurücklehnen sollte und nur noch Fernsehen schaut. Das wäre mit Sicherheit exakt der falsche Weg. Der Meinung bin ich auch.

**Dr. Konrad Hummel (Sozialreferent Augsburg):**

Ich möchte noch folgende Überlegungen anfügen. Bei der Frage, wer die Medikamente bekommt und wer sie nicht bekommt, habe ich den Eindruck, dass da noch genauere Überlegungen erforderlich sind. Ich habe den Eindruck: Sie mögen sich da ein bisschen herum, nach dem Motto: Es kann jeden treffen. Ferner geben Sie das Credo ab, dass es sich dabei nicht um eine klassisch vererbte Krankheit handelt. Aber ich denke, es trifft, wie alle Krankheiten, die ich kenne, doch sehr unterschiedliche Personen. Ich wäre dankbar, wenn Sie das präzisieren könnten.

Die zweite Bemerkung mache ich, weil ich mich der ethischen Diskussion verpflichtet fühle. Ich habe unendlich viel Verständnis dafür, dass die Fragen des schnellen Helfens, der Zeitpunkte, der Pharmaindustrie - auch wenn einige Menschen, die zuhören, sehr betroffen auf diese Fragen reagieren - geduldig angegangen werden sollten. Ich habe den Eindruck, dass dazu eine ethische Diskussion gehört, dass jede schnelle Hilfe, jede schnelle Impfung - ich erinnere nur an die Vogelgrippe-Diskussion - nicht ohne Folgen stattfinden kann. Sonst hätten wir nichts aus der Diskussion der letzten 50 Jahre über die Grenzen des Wachstums gelernt. Da erscheint es normal. Die Frage ist viel eher: Haben wir uns nicht vielmehr ein Leben vorzustellen, bei dem angesichts der hohen Alterung - ich sage es jetzt mit einem furchtbar drastischen Vergleich - genauso selbstverständlich Vorsorge zu berücksichtigen ist und wir, wie heute bei Kindern ganz normal die Vorsorge durch das Zähneputzen berücksichtigt wird - ich sage es einmal so ironisch -, für das hohe Alter Vorsorgemechanismen entwickeln müssen, die - Stichwort: Volkskrankheit - in die Breite wirken? Damit meine ich nicht nur das Training, sondern auch, dass sie medizinisch in die Breite wirken.

Letzte Frage: Wenn es so ist, wie Sie es beschreiben, inwiefern ist es denn möglich, bei einer älter werdenden Gesellschaft überhaupt viele so zu impfen?

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Das ist eine Sache, die ich selbst gar nicht beurteilen kann. Ich glaube, der Pharmaindustrie ist es gar nicht so recht, dass die Impfung so erfolgreich - in Anführungsstrichen - ist, weil das Ganze nämlich mit einem erheblichen Aufwand und mit erheblichen Kosten für die Firmen verbunden ist. Denen sind kleine chemische Strukturen wesentlich lieber. Die können in viel größeren Mengen und relativ einfach hergestellt werden und weltweit leicht verkauft werden.

Zu Ihrem ersten Punkt, zu den Risikofaktoren. Ich habe diesen molekularen Mechanismus dargestellt, weil er wirklich die Grundlage für uns alle darstellt. Den tragen wir alle in uns. Sie haben natürlich vollkommen Recht: Jeder Mensch unterscheidet sich optisch; jeder Mensch unterscheidet sich genetisch. Es gibt natürlich gewisse Risikofaktoren, die noch hinzukommen; es gibt auch Schutzfaktoren. Deswegen entwickelt nicht jeder den Alzheimer in exakt dem gleichen Alter. Wir können nicht sagen: Ab einem Alter von 80 haben wir Schwierigkeiten. Da gibt es eine relativ große Bandbreite. Das hängt genau damit zusammen. Von den Risikofaktoren sind einige bekannt; die kann man genetisch recht gut verfolgen. Die Schutzfaktoren sind genetisch leider sehr, sehr schwer zu verfolgen. Man hört immer wieder die Aussage, dass Menschen, die über 100 Jahre alt werden, offensichtlich, statistisch gesehen, sehr, sehr wenig Alzheimer entwickeln. Nur, an denen kann man natürlich genetisch nicht arbeiten. Es sind viel zu wenig Patienten vorhanden. Es wird sehr schwierig werden, da Schutzfaktoren in irgendeiner Form zu finden. Wir versuchen, Ähnliches im Tiermodell zu machen.

Was ich damit aussagen wollte, war, dass der grundlegende molekulare Mechanismus - das war damals, als wir das herausbekommen haben, vollkommen unerwartet gewesen - in uns allen manifest ist. Wir und die ganze Alzheimer-Forschung dachten damals, dass dieses Amyloid nur im Patienten entsteht. Das heißt, diese Scheren schneiden nur dann, wenn man den Alzheimer kriegt. Diese Auffassung hat sich drastisch geändert: Diese Scheren schneiden in uns allen ständig. Das ist einfach die Grundlage. Die wird natürlich individuell stark durch entsprechende Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren variiert.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Kommen wir vielleicht kurz noch einmal zu der Frage der frühen Diagnostik. Ich möchte Sie, Frau von Lützu, dazu befragen. Die Frage, ob man eine Diagnostik für einen Einzelnen oder die Gesellschaft früh anbieten soll, kann ja aus der Sicht des Betroffenen sehr ambivalent gesehen werden. Einerseits weiß man dann früh, dass man gefährdet ist und vielleicht in größerem Ausmaß gefährdet ist als andere; andererseits ergibt sich vielleicht auch die Chance, etwas zu tun. Wie würden Sie das persönlich handhaben?

**Heike von Lützu-Hohlbein (Erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.):**

Sie haben ganz Recht mit der Bemerkung, dass es eine sehr ambivalente Situation ist. Ich kenne das aus persönlichen Überlegungen für mich. Denn ich frage mich natürlich schon: Wie weit hat die Erkrankung, die in der Familie meiner Mutter sehr weit verbreitet ist, Einfluss auf mich selber? Das heißt, ich frage mich: Trifft es auch mich? Das heißt auch, dass man, wenn man in der Familie zusammen sitzt, immer wieder überlegt: Wer ist der Nächste? Wen trifft es? Wir haben bedauerlicherweise die Situation, dass es meine eigene Generation, sprich: meinen ersten Cousin, schon getroffen hat. Dann stellt sich schon die Frage: Was möchte ich jetzt eigentlich wissen? Was nützt es mir, es zu wissen? Ich könnte mich genetisch testen lassen. Ich könnte fragen: Was würde es mir dann bringen? Ich denke, das, was es bringt, ist eine bewusste Auseinandersetzung damit, die ganz wichtig ist. „Bewusst“ heißt in dem Augenblick: Ich muss mir darüber Gedanken machen: Wer soll für mich sorgen, wenn ich nicht mehr für mich sorgen kann? Das geht in Richtung Vorsorgevollmacht. Eine andere Sache ist: Wie will ich behandelt werden, wenn ich dann für mich selbst nicht mehr bestimmen kann? Da, glaube ich, sind wir alle, die wir älter werden, aufgefordert, uns ernsthaft Gedanken darüber zu machen.

Denn die Diskussion um die aktive Sterbehilfe, die jetzt gerade wieder angestoßen wurde, hat ganz klar gezeigt: Wir müssen uns einfach Gedanken darüber machen: Wie wollen wir alt werden? Was wollen wir wirklich, was mit uns geschieht? Das hat auch mit dem Gedanken zu tun: Was kann ich tun? Was nützt mir eine frühe Diagnose? Sie ermöglicht ein bewusstes Auseinandersetzen damit.

Auf der anderen Seite glaube ich, dass es eine Riesenbelastung ist. Wenn ich mich jetzt testen lassen würde, könnte es sein, dass ich wüsste, dass es mich trifft. Denn so genau kann ich es ja nicht wissen. Ich weiß, dass ich aus einer Familie komme, bei der es sich nicht richtig genetisch vererbt. Ich komme aus einer Familie, die vielleicht ein erhöhtes Risiko hat. Was mache ich dann damit? Weiß ich, dass ich ein 6 Prozent höheres Risiko habe, wenn ich ApoE-4 oder sonst etwas habe, sodass ich sagen kann, dass es mich sechsmal häufiger trifft als jemand anderes? Was mache ich damit? Ich für mich würde sagen: Es ist wichtig, dass man sich damit auseinandersetzt und sich die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht und all diese Dinge richtig überlegt, um für das Alter vorzusorgen.

**Prof. Dr. Jochen Taupitz (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Herr Haass, ich habe noch eine Frage zu den Präventionsmöglichkeiten. Wenn ich richtig informiert bin, hat Herr Beyreuther, den Sie ja wiederholt erwähnt haben, jedenfalls für längere Zeit propagiert, dass man mit hoch dosiertem Vitamin C - etwa 1 Gramm pro Tag - Vorsorge treffen kann. Ist das heute nicht mehr Stand des Wissens? Was halten Sie von dieser Auffassung?

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Das ist natürlich jetzt eine sehr schwierige Frage. Sagen wir es einmal so: In unseren Tiermodellen hat sich das nicht bewahrheitet.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vitamine sind sicherlich nie schlecht.

**Heike von Lützu-Hohlbein (Erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.):**

Durch die Presse ging neulich Folgendes: Eine große Studie in den USA, die über einen längeren Zeitraum durchgeführt worden ist, hat gezeigt, dass Vitamin C, auch in der Kombination mit Vitamin E, keine Auswirkungen hat. Wir können das als normale Bürger in der Presse lesen. Da müssen Sie Ihre Wissenschaftler nicht verteidigen.

**Dr. Jens Bruder (Leiter der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt):**

Ich würde im Zusammenhang mit dem Thema Früherkennung Folgendes vorschlagen - das Thema wird ja künftig eine große Bedeutung haben -, dass zu unterscheiden wäre zwischen der Feststellung eines erhöhten Risikos - das ist das, was Sie, Frau Lützu-Hohlbein, angesprochen haben - und der Früherkennung einer begonnenen Demenzerkrankung bzw. Alzheimer-Erkrankung. Das sollte auch unterschieden werden. Natürlich hängt der Mut, sich dem diagnostischen Prozess zu stellen, davon ab, welche Hilfen in der Gesellschaft der Einzelne erkennen kann. Da würde ich schon sagen - man muss ja immer wieder zwischen der Risikobeschreibung und der Feststellung von positiven Entwicklungen unterscheiden -, dass der Mut dazu allmählich zunimmt. Wir alle müssen dazu beitragen, dass dieser Prozess voranschreitet. Das hat etwas damit zu tun, wie weit es gelingt, neue Formen der Auseinandersetzung, des Umgangs mit den Demenzkranken zu entwickeln. Man kann wirklich mit Fug und Recht sagen, dass gegenwärtig ein großer Teil der Belastung im Zusammenhang mit der Krankheit durch falsche Reaktion und falschen Umgang, durch falsches Verhalten entsteht. Wer tiefer und länger in die Welt der Demenzkranken eindringt, kann beobachten, dass vieles erleichtert werden kann. Was wichtig ist: Dieser Prozess und dieser Fortschritt müssen auch denjenigen vermittelt werden, die sich mit der Frage befassen: Habe ich eine Erkrankung oder nicht?

**Hans Guntzmann:**

Herr Haass, Sie haben Hoffnung gemacht. Vielen Dank dafür. Ich wollte die mit der Hoffnung verbundene Gefahr ansprechen. Wir haben Jahre gebraucht, um das Thema Alzheimer in die Köpfe der Politiker zu bekommen, die Forschungsmittel dafür frei zu bekommen. Wenn jetzt die Perspektive besteht, es könnte ja etwas geben, es könnte dort auf lange Sicht substanziell eine Lösung herbeigeführt werden, nimmt das ein bisschen den Druck aus dem Kessel. Aber der Druck ist weiterhin notwendig.

Wir müssen jederzeit das tun, was wir können. Wenn Kolumbus die Vision eines Dampfschiffs gehabt hätte, dann hätte er auf Segel verzichtet. Wir dürfen nicht auf Segel verzichten.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Da gebe ich Ihnen vollkommen Recht. Es wäre im Moment der völlig falsche Zeitpunkt, wenn Forschungsaktivitäten im Zusammenhang mit Alzheimer zurückgeschraubt würden. Auch wenn man jetzt Zielmoleküle hat: Medikamente haben wir, wie gesagt, nicht. Es sieht aber auch nicht so aus, als ob Mittel nicht mehr zur Verfügung gestellt werden würden. Die meisten Mittel für die Grundlagenforschung an universitären Labors kommen von der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Da wird mit Sicherheit nicht zurückgeschraubt. Wir haben zum Beispiel in München einen Sonderforschungsbereich, wo sich 15 Arbeitsgruppen exakt nur mit diesem Thema beschäftigen. Man sollte auch darauf hinweisen, dass die Aktivitäten auf diesem Gebiet massiven Einfluss auf die Erforschung weiterer, ähnlicher Erkrankungen haben. Da gibt es zum Beispiel Parkinson. Es ist letztendlich ein ähnliches Phänomen. Viele der Erkenntnisse, die wir bei Alzheimer gewinnen, werden momentan auf Parkinson übertragen. Das ist ein völlig neues Arbeitsgebiet, das in Bezug auf Forschungen auf molekularer Ebene momentan regelrecht explodiert. Da darf natürlich auf keinen Fall gespart werden, im Gegenteil.

**Susanne Reinhard-Kahlmann:**

Ich bin Journalistin. Ich möchte den Aspekt mit der Hoffnung noch einmal aufgreifen. Impfstoff gegen Alzheimer - das klingt gut. Nun wüsste ich gern: Wann wäre frühestens mit einem Präparat zu rechnen? Ab wann kann sich wer Hoffnungen machen? Nur die Alzheimer-Kranken oder vielleicht auch die, die eine andere Form von Demenz haben? Was machen die, die eine andere Form von Demenz haben, die aber kein Medikament bekommen? Und dann: Wie teuer würde so eine Behandlung werden? Wer zahlt das? Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist ja ein Dauerbrenner in unserer Gesellschaft. Von daher ist die Legitimität der Hoffnung natürlich auch infrage gestellt. Weiter: Wem nützt diese Impfung wirklich? Denn die Leute, die heute Alzheimer haben, haben in der Regel nicht nur Alzheimer, sondern sind sozusagen multimorbid und nehmen mitunter schon über Jahre viele Medikamente. Wie kompatibel wäre die anvisierte Impfung mit diesen Medikamenten? Ist man sich über die Tragweite der mit dem Impfstoff gegen Alzheimer verbundenen Hoffnung im Klaren und ist man zu einer differenzierten Antwort in der Lage?

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vielleicht können wir noch die zwei weiteren Fragen hören und Sie können dann die erbetene hellseherische Antwort in Ihr Schlussstatement einfließen lassen.

**Siegfried Kanowski:**

Herr Haass, ich würde Sie fragen, da ja die Sekretasen in uns allen wirksam sind und vergnügt umherschneiden: Wie ist denn die Amyloid-Produktion unterhalb der Schwelle der Alzheimer-Demenz mit der physiologischen, kognitiven Alterung in Verbindung zu bringen? Alzheimer-Formationen finden sich ja auch in Hirnen von älteren Menschen, die nicht an Alzheimer erkranken. Wie sieht die Verbindung zwischen normalem kognitiven Altern, der Amyloid-Produktion und Alzheimer aus?

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Ich habe eine kurze Frage zu der Bemerkung von Ihnen, dass man sich, politisch gesehen, intensiver mit Alzheimer auseinander setzen sollte. Dann haben Sie gesagt: In den USA ist man da viel weiter. Nach dem, was ich jetzt über New Orleans habe erleben können, weiß ich nicht, wie gut das in den USA gesellschaftlich strukturiert ist. Sagen Sie doch ganz kurz, inwieweit die USA da weiter sind.

**Prof. Dr. Christian Haass (Vorstand des Instituts für Biochemie am Adolf-Butenandt-Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München):**

Die Frage, wann es eine Heilung geben wird, bekomme ich immer wieder gestellt. Als ich 1995 nach Deutschland zurückkam, hat mich die Presse gefragt, ob ich glaube, ob Alzheimer heilbar ist, und, wenn ja, wie. Darauf habe ich gesagt: Nein, das ist niemals heilbar, weil wir bisher kein einziges der Zielmoleküle in der Hand haben. Ich bin in der Zwischenzeit drastisch anderer Meinung, weil wir fast alle Zielmoleküle kennen. Aber wann exakt die Krankheit geheilt werden kann, kann ich überhaupt nicht vorhersagen. Die letzten Schritte sind dabei in der Hand der Pharmaindustrie. Dazu kann ich momentan wenig sagen.

Zu diesen Amyloid-Vorstufen. Man findet diese Plaques natürlich auch in Menschen, die Alzheimer nicht haben, aber natürlich wesentlich verringert. Man muss auch hinzufügen: Wir alle haben bisher geglaubt, dass die Plaques, diese Klumpen im Gehirn, selber mit der Krankheit korrelieren. Das ist wahrscheinlich zu einfach. Das sind vermutlich Vorstufen, kleine Fäden, die ich beschrieben habe, kleine Aggregate, die die Krankheit verursachen. Die im Gehirn sichtbar zu machen ist natürlich wesentlich schwieriger. Im Gehirn geht das gar nicht mikroskopisch. Insofern ist die Frage momentan auch nicht so recht zu beantworten.

Dass die USA wesentlich besser auf diese Krankheit vorbereitet sind, ist mir vor allem aufgefallen, als ich in die USA gegangen bin. Zu dem Zeitpunkt - so arg lang ist das noch gar nicht her - gab es in Deutschland letztendlich nur ein großes, molekularbiologisch orientiertes Alzheimer-Labor; das war das von Herrn Beyreuther. Alle meine Verwandten und Bekannten, denen ich erzählt hatte, dass ich in die USA gehe und dort an Alzheimer arbeite, haben mich zunächst einmal gefragt: Was ist denn Alzheimer? Was ist denn das überhaupt? Dann bin ich in den USA in Boston am Flughafen angekommen. Der Taxifahrer sah

mich mit den vielen Koffern und fragte, was ich machen will. Ich habe gesagt: Ich gehe hier an die Uni und arbeite an der Alzheimer-Forschung. Der wusste sofort Bescheid. Das war ein ganz anderer Bildungsstand. Was ich momentan häufig dort erlebe, ist, dass man sich in Krankenhäusern richtig darauf vorbereitet. Da gibt es Stationen und Kliniken, die sich gezielt darauf vorbereiten, sich mit Demenzpatienten zu beschäftigen. Natürlich kann man die momentan nicht therapieren. Aber man muss sie aufnehmen und sich mit denen beschäftigen und denen vielleicht einen einigermaßen schönen Lebensabend bieten können.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Das ist ein Plädoyer, das auch in die folgenden Vorträge einführt. Ich darf ganz herzlich für den Vortrag und die Diskussion hier vorn und im Plenum danken.

(Beifall)

(Unterbrechung von 11.36 bis 11.55 Uhr)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Frau Kollek hat heute Morgen in ihrer Einführung gesagt: Es wird ein Tag werden, an dessen Ende wir sicherlich mehr wissen als vorher. Ich denke, schon der erste Teil unserer Tagung hat gezeigt, dass das sicherlich in vielen Punkten richtig sein wird. Wenn Sie das Programm und die Ausführungen von Frau Kollek noch einmal Revue passieren lassen, dann sehen Sie, dass eine solche neue Erkrankung wie der Morbus Alzheimer, der - das haben wir ja von Herrn Haass noch einmal deutlich gehört - nun gerade einmal fast 100 Jahre alt ist, heutzutage nicht mehr rein aus biologischer oder aus medizinischer Sicht diskutiert werden kann, sondern eine interdisziplinäre Diskussion im Hinblick auf die Auswirkungen und die Bedeutung erfordert, die sie nicht nur für einzelne Menschen, sondern für eine ganze Gesellschaft hat. Der nächste Block wird sich genau mit diesen Fragen beschäftigen, insbesondere auch mit der Frage: Was heißt es eigentlich, krank zu sein? Die moderne Medizin hat - das ist ja gerade in der Diskussion deutlich geworden - im Hinblick auf chronische Erkrankungen eine ganz andere Sichtweise von Krankheit und Gesundheit entwickelt, die einer stetigen Diskussion unterworfen ist.

Insofern bin ich sehr dankbar, dass Frau Dr. Verena Wetzstein zu uns gekommen ist. Sie ist Theologin und Germanistin, die in Freiburg, Heidelberg und Fribourg in der Schweiz studiert hat und sich im Zusammenhang mit ihrer Dissertation ganz intensiv mit der Frage des Morbus Alzheimer beschäftigt hat. Das hat sie nicht als Medizinerin oder Molekularbiologin getan, sondern unter der Fragestellung: Wie entsteht eigentlich ein solcher Krankheitsbegriff? In welchem Kontext muss man für die zukünftige Diskussion diesen Begriff des Morbus, der Krankheit Alzheimer sehen? Ich freue mich sehr auf Ihren Vortrag und bin gespannt auf Ihre Ausführungen. - Frau Wetzstein, Sie haben das Wort.

**Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Vielen Dank für die freundliche Einführung, Herr Nagel. - Meine sehr verehrten Damen und Herren! Sie haben alles Recht, zu erwarten, dass ich Ihnen nun unter dem Titel „Entstehung eines Krankheitsbegriffs“ einiges zur Geschichte der Alzheimer-Demenz, zur Person Alois Alzheimers, der Forschungssituation um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert oder Details über die erste Patientin Alzheimers, Auguste D., berichten werde. Vielleicht erwarten Sie auch, dass ich mit der Entstehung des Krankheitsbegriffs früher einsetze, etwa im 18. Jahrhundert, bei dem französischen Psychiater Philippe Pinel, oder dass ich noch vor die Anfänge der modernen Psychiatrie zurückgehe und Ihnen über die Moralpathologie Galens, die Aussagen zu Alter und nachlassendem Denkvermögen bei Terenz oder Cicero berichte.

Ich muss Sie enttäuschen. Einen medizinhistorischen Vortrag will ich nicht halten. Auch wer angesichts des Titels eine dem Konstruktivismus verfallene Referentin vermutet und einen der zurzeit so hoffähigen medizinkritischen Vorträge erwartet, den werde ich ebenfalls enttäuschen. Das ist nicht mein Anliegen. Meine Ausführungen werden sich auf andere Weise mit der Entstehung des Krankheitsbegriffs Demenz befassen. Ich möchte Ihnen von einer Erfolgsstory berichten, von der Genese einer Deutungskompetenz. Und ich würde an dieser Stelle gerne mit Genehmigung der Vorsitzenden den Terminus „Begriff“ durch „Konzept“ ersetzen. Als Ethikerin werde ich versuchen, am Beispiel der Alzheimer-Demenz das komplexe Wechselverhältnis von medizinischem und gesellschaftlichem Diskurs und dessen Auswirkungen zu beleuchten. Also: Alzheimer-Demenz - die Genese eines Krankheitskonzeptes.

Lassen Sie mich dazu meine These formulieren. Sie gliedert sich in drei Teile, die gleichzeitig den Gang meiner Argumentation strukturieren.

Erstens. Der öffentliche Diskurs über Alzheimer-Demenz ist von einem spezifischen Konzept dominiert, das seinen Ursprung in der Medizin hat.

Damit belastet, zweitens, eine Kategorienvermischung mit schwerwiegenden Konsequenzen die öffentliche Debatte über Alzheimer-Demenz, da der medizinische und der gesellschaftliche Diskurs zwei ganz unterschiedlichen Sphären angehören.

Drittens. Das gegenwärtig dominierende Demenzkonzept ist für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Alzheimer-Demenz unzureichend. Ein Konzept, das den gegenwärtigen und zukünftig noch drängender auf uns zukommenden Fragen standhalten soll, muss auf einer ethisch reflektierten Grundlage stehen, wie ich in einem Ausblick am Ende noch andeuten werde.

Betrachten wir also zunächst, der Abfolge meiner Thesen folgend, den Ursprung des gegenwärtigen Demenz-Konzeptes. Wer die öffentliche

Auseinandersetzung über Alzheimer-Demenz in den Medien verfolgt, dem fällt Folgendes auf: Alzheimer-Demenz erscheint als ein rein medizinisches Problem, für das allein Ärzte als kompetent betrachtet werden. Einschlägige Lexika wie beispielsweise die neueste Auflage des Brockhaus oder Artikel in Zeitungen oder Zeitschriften oder Fernsehdiskussionen und -dokumentationen beschränken sich unter dem Stichwort „Alzheimer-Demenz“ auf die Beschreibung von Ätiologie, kognitiver Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Therapieansätzen. Selbst in den komplizierten pathogenetischen Mustern kann sich der gut informierte Mediennutzer als Experte fühlen. Ich will nicht verschweigen, dass wir uns seit ganz kurzer Zeit am Beginn einer zart keimenden neuen Entwicklung zu befinden scheinen, was das gesellschaftliche Muster des Umgangs mit Alzheimer-Demenz angeht. Zunehmend überträgt das Leitmedium Fernsehen Talkrunden und Dokumentationen, in denen neben Ärzten auch Pflegende, Angehörige oder Sozialpädagogen auftreten, die über Selbstbestimmung und Menschenwürde der Betroffenen diskutieren. Dennoch vermögen diese zarten Anfänge noch keinen Paradigmenwechsel im öffentlichen Diskurs einzuläuten. Noch immer müssen wir von einem medizinisch dominierten öffentlichen Diskurs sprechen.

Wie kam es dazu? Vor nunmehr 30 Jahren wurde mit der Aufnahme der Alzheimer-Demenz in Diagnoseschemata wie heute der ICD-10 und mit der damit verbundenen Pathologisierung der Demenz im Alter der Medizin die Rolle einer Hüterin des Demenzwissens übertragen. Ihr wurde die alleinige Forschungs- und Handlungskompetenz übergeben. Bis dahin war jedoch öffentlich kaum von Demenzen die Rede gewesen. Verwirrte Menschen im Alter galten schlicht als senil, verkalkt oder Ähnliches. Indem die senile Form der Alzheimer-Demenz als Krankheit definiert wurde, wurde der öffentliche Diskurs auf den ersten Blick versachlicht. Darüber hinaus wurde er mit großen Hoffnungen verbunden. Für Krankheiten ist die Medizin zuständig. Diagnostizieren und heilen oder Leiden lindern - das sind die Kernaufgaben der praktisch tätigen Ärzte. Und im vergangenen Jahrhundert ist es der Medizin in der Tat gelungen, zahlreiche bislang als unheilbar geltende Krankheiten zu therapieren. Diese Erwartung bringt die Öffentlichkeit der Medizin auch im Bereich der Demenz entgegen. Die daraus resultierende Hochschätzung hat der Medizin ein Deutungs- und Handlungsmonopol im Bereich Alzheimer-Demenz eingebracht. Orientierung an Experten und deren Wissen erscheint heute als die Möglichkeit der Wahl, um komplexe Vorgänge und Phänomene handhabbar zu machen. So gilt die Medizin heute als die Leitwissenschaft, die zuverlässig Aussagen zur Demenz trifft.

Das Konzept, das die Medizin dabei von Demenzen entworfen hat, impliziert Verschiedenes: Zum einen definiert sie Demenzen als Krankheiten, die es zu heilen gilt. Dabei liegt der Fokus vornehmlich auf den kognitiven Einbußen, die den Prozess der Demenz bestimmen. Ihrem Anliegen, der Diagnostik und Therapie, gemäß

konzentriert sich die Medizin des Weiteren auf das Anfangsstadium der Demenz. Wann treten die ersten Symptome auf? Wie sind sie identifizierbar? Das wäre die Diagnose. Und wie ist - so lautet die Frage heute - in den Anfangsphasen der Verlauf verzögerbar? Das wäre die Therapie. Nichts anderes als das ihrem Auftrag der Erkennung und Heilung von Krankheiten Gemäße tut die Medizin.

Ein für die Medizin absolut angemessenes Konzept fand nun allerdings gewissermaßen über das Trojanische Pferd naturwissenschaftliche Objektivität Eingang in den gesellschaftlichen Diskurs über Demenz. Schon die zahlenmäßige Zunahme dementer Menschen in den vergangenen und kommenden Jahren drängt unsere Gesellschaft vermehrt dazu, über Demenzen nachzudenken. Die gesellschaftliche Diskussion steht aber vor einem Dilemma: Da durch die Monopolisierung der Demenzdebatte kein anderes Konzept zur Verfügung steht, wird das von der Medizin bereitgestellte übernommen. Es erobert die Medien und prägt nachhaltig unser Bild der Demenz. Sicherlich beeinflussen Medizin und Gesellschaft sich gegenseitig; die Interdependenzen sind ja nicht zu übersehen. Dem Kategorienfehler, dass die Medizin kein umfassendes Gesamtbild des Demenzprozesses zur Verfügung stellt, sondern Beschreibungen für ihren ausschnittshaften Bereich der Wirklichkeit liefert, sind wir mit der Übernahme des medizinischen Diskurses in ein allgemeines Konzept allerdings schon erlegen. Die Medizin unterliegt ja als Anwendungswissenschaft einem methodisch notwendig bedingten Reduktionismus. Ihr Aufgabenbereich ist - ich habe es erwähnt - auf die Diagnostik von Erkrankungen und deren Therapie oder die Linderung von Leiden fokussiert. Wird das unter diesen Vorzeichen generierte medizinische Konzept der Alzheimer-Demenz ohne Ergänzungen oder Korrekturen in die Öffentlichkeit übertragen, wird damit automatisch auch sein immanenter Reduktionismus mit transportiert.

Betrachten wir nun in einem zweiten Schritt, welche Implikationen und Konsequenzen mit einem solchen Vorgang der Übertragung von Kriterien des medizinischen Diskurses in die Öffentlichkeit verbunden sind. Lassen Sie mich dies exemplarisch an drei Punkten verdeutlichen. Ich beabsichtige dabei nicht, maßstabsgetreu den medizinischen Diskurs abzubilden, sondern wähle drei Kriterien aus, die sich nach einer gründlichen Analyse als Kernpunkte des aus der Medizin gespeisten gesellschaftlichen Diskurses ergeben haben. Diese drei Kernkriterien sind: die Pathologisierung, das kognitive Paradigma und die Dominanz der ersten Hälfte des Demenzprozesses. In der hier gebotenen Kürze werde ich auf damit jeweils verbundene Implikationen und Konsequenzen hinweisen.

Die Pathologisierung der Demenz muss als ein erster Kernpunkt des gegenwärtigen Demenzkonzeptes bezeichnet werden. Erst sie ermöglichte es, der Medizin die Funktion einer Leitwissenschaft zu übertragen. Damit verbunden ist zum einen eine gänzliche Übertragung des Themas in den Verantwortungsbereich der Medizin. Zwar

konnten so die Forschungsbemühungen intensiviert und Forschungsgelder eingeworben werden; Alzheimer-Demenz als ein die gesamte Gesellschaft betreffendes Phänomen zu sehen ist unter diesen Voraussetzungen allerdings schwierig. Denn für pathologische Phänomene scheinen vor allem medizinische Lösungen infrage zu kommen. In seiner Janusköpfigkeit hat diese Überantwortung in den Bereich der Medizin auch eine scharfe Abgrenzung von gesunden Formen des Alterns zur Folge. Der Einfluss soziokultureller Wertungen darf bei der Krankheitsdefinition nicht gering veranschlagt werden. Indem Rationalität und Selbstbewusstsein als Kernpunkte eines weithin vorherrschenden Menschenbildes gelten, erscheint es als eine logische Folge, Prozesse des Alterns, die mit einem Verlust der Fähigkeit zu rationaler Selbstbestimmung einhergehen, in den pathologischen Bereich zu drängen und mit dem Siegel „krank“ zu versehen. Die Spanne zwischen einem gesunden aktiven Altern und einem krankhaften Altern wurde dadurch vergrößert. In der Folge werden demente Menschen zunehmend stigmatisiert. Grundsätzlich vermag eine Bestimmung als Krankheit einen sozialen Schutzbereich um die Betroffenen zu ziehen. Diagnosen geben Beeinträchtigungen einen Namen. Erst die Bezeichnung als krank nimmt den Betroffenen als Hilfsbedürftigen ernst.

Im Rahmen des gegenwärtigen kulturellen Kontextes und in dem Zusammenhang mit einer zunehmenden Ressourcenverknappung in der Medizin hat dieser Vorgang bei Demenzen jedoch eine Marginalisierung dementer Menschen zur Folge. Die Gesellschaft steht in der Gefahr, die Kranken nicht mehr als Teil von sich selbst zu begreifen.

Mit diesem ersten Kernpunkt des gegenwärtigen Demenzkonzeptes ist das kognitive Paradigma der Demenz vielfach verwoben. Während sich im Verlauf der medizinischen Forschungsgeschichte der Alzheimer-Demenz im 20. Jahrhundert immer wieder ihr Konzept geändert hat, blieb seit der Namensgebung der zunehmende Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit ihr Kernelement. Hinzu kommt ein Weiteres: Spätestens seit der Aufklärung wird kognitiven Fähigkeiten eine hohe Bedeutung in der Gesellschaft zugeschrieben. Ihr Gebrauch scheint das Menschsein erst wesentlich zu konstituieren. In der Alltagsmeinung gehört es heute zu den selbstverständlichen Fähigkeiten eines jeden, autonom und in der Lage zu sein, zu jeder Zeit seine Angelegenheiten selbst regeln zu können. Diesem Bild können Alzheimer-Demente ab einem bestimmten Zeitpunkt aber nicht mehr entsprechen. Die Alzheimer-Demenz erscheint in diesem Kontext als ein Bruch mit den Leitwerten der modernen Gesellschaft und schließt die Betroffenen aus der Gesellschaft aus.

Freilich bestehen Wechselwirkungen zwischen der zentralen Stellung kognitiver Leistungsverluste im medizinischen Bereich und der gesellschaftlichen Bedeutung kognitiver Leistungsfähigkeit. Wenn dem gegenwärtigen Demenzkonzept auch keine stringent entworfene Anthropologie zugrunde liegt, so sind Eckdaten und Orientierungspunkte eines solch

kognitionsorientierten Menschenbildes dennoch klar beschreibbar. Damit wird das gegenwärtige Demenzkonzept prinzipiell für reduktionistische Personenkonzeptionen, wie sie vor allen Dingen in der angelsächsischen philosophischen Tradition en vogue sind, anschlussfähig. In diesen Konzeptionen sind bereits Strategien einer Entpersonalisierung dementer Menschen erkennbar. So werden in manchen Entwürfen demente Menschen nur noch als Personen im sozialen Sinn betrachtet. Ihnen ist zwar noch mit Respekt vor der Person, die sie einmal waren, zu begegnen, aber die Anerkennung als Personen im Vollsinn ist ihnen entzogen. Ihr moralischer Status kann dann im Verlauf der Demenz immer weiter eingeschränkt werden, bis es nur noch eine Frage der Vereinbarung ist - und worauf sich diese erstreckt -, inwieweit dementen Menschen mit Respekt zu begegnen ist.

Konzeptionen, die den Personenstatus eines Menschen an den aktuellen Besitz von Bewusstseinsleistungen binden, müssen in logischer Folge dementen Menschen das Personsein absprechen oder es zumindest graduell einschränken. Damit werden Demente von der vollen Mitgliedschaft menschlicher Gemeinschaft ausgeschlossen. Als Konsequenz daraus ergeben sich im praktischen Bereich die Gefahr eines ebenso therapeutischen wie auch, was wesentlich schwerer wiegt, pflegerischen Nihilismus und explizite Forderungen nach der Anwendung von Maßnahmen aktiver Sterbehilfe bei schwer dementen Menschen.

Ein drittes Kernmoment des gegenwärtigen Demenzkonzeptes ist eng mit den bereits genannten Kriterien der Pathologisierung und des kognitiven Paradigmas verbunden. Durch das Interesse der Medizin an der Diagnostik und der Suche nach kausalen Therapiemöglichkeiten konzentriert sie sich nahezu vollständig auf die erste Hälfte der Demenz. Die zweite Hälfte des Demenzprozesses, in der die kognitiven Funktionen der Betroffenen stark eingeschränkt sind und die körperlichen Einbußen immer zahlreicher und ausgeprägter zum Vorschein treten, wird dagegen vernachlässigt. Wird dieses Konzept von der Öffentlichkeit übernommen, hat dies auch auf gesellschaftlicher Ebene eine Konzentration auf nur eine Phase des langwierigen Demenzprozesses zur Folge. Damit werden gerade die Phasen, in denen Begleitung und pflegerische Betreuung in erheblichem Umfang zu erbringen sind, im gegenwärtigen Demenzkonzept vernachlässigt. Angehörige und Pflegende werden mit den zahlreichen Schwierigkeiten, mit denen der Umgang mit Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz einhergeht, allein gelassen. Die Leerstelle im Demenzkonzept bringt es mit sich, dass kaum Forschung stattfindet, die darüber Auskunft geben könnte, was ein schwer dementer Mensch erlebt und fühlt. So hat die Vernachlässigung der späten Phasen eine gesellschaftliche Dämonisierung zur Folge. Die Hochschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit unserer Tage tat ihr Übriges dazu. Wer nicht rational handeln kann, gilt nicht viel in einem leistungsorientierten Umfeld. Damit war das Schreckbild Alzheimer komplett.

Ich komme nun zum dritten Punkt meiner eingangs formulierten These und stelle die Frage, ob dieses gegenwärtig vorherrschende Demenzkonzept der mit Alzheimer-Demenz verbundenen ethischen Problematik im gesellschaftlichen Diskurs angemessen ist. Fraglos stellt es ein mögliches Interpretationsmodell dar, das seine Attraktivität vor allem der Herkunft aus dem scheinbar objektiven Grundmuster der Naturwissenschaften verdankt. Allerdings liegen ihm Prämissen zugrunde, die sich aus dem funktionalen Zugang der Medizin an das Phänomen erklären lassen. Was innerhalb der Medizin notwendig ist, wird problematisch, sobald ihre Grundlagen und Aussagen unadaptiert in den öffentlichen Bereich übernommen werden. Aus einem methodisch bedingten Reduktionismus wird durch die Übernahme, durch die Tradierung der medizinischen Konzeption in den öffentlichen Diskurs ein ontologischer Reduktionismus. So verdienstvoll der Einsatz der Medizin im Bereich der Demenzen auch ist, so wenig ist es ihr Auftrag, die Funktion einer universalen Grundwissenschaft zu erfüllen. Die Grenzen, denen eine Monopolisierung der Demenzkompetenz durch die Medizin unterliegt, werden hier deutlich sichtbar. Mit seinem interesegeleiteten Beschreibungsansatz, durch seinen impliziten Reduktionismus und mit der Möglichkeit der Ableitung auch inhumaner Konsequenzen stellt das derzeitige Konzept der Alzheimer-Demenz ein Modell dar, das ethischen Anforderungen für einen gesellschaftlichen Diskurs nicht ausreichend gerecht wird. Das gegenwärtige Konzept ist für den öffentlichen Diskurs unzureichend.

Um in Zukunft das Phänomen Alzheimer-Demenz in die Mitte der Gesellschaft zu rücken, schlage ich vor, von Alzheimer-Demenz in erster Linie in anthropologischen Kategorien zu handeln. Der Schlüssel einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung, die den Betroffenen gerecht wird, liegt meines Erachtens darin, sich über diese anthropologischen Grundlagen zu verständigen. Dann könnten, nach meinem Vorschlag, Prinzipien wie das der Relationalität in den Vordergrund treten. Denn Demenz ist auch, ja sogar in erster Linie ein Beziehungsgeschehen. Auch die unbedingte Würde schwer dementer Menschen oder die Berücksichtigung der Leiblichkeit der Betroffenen wären in den Mittelpunkt zu stellen. Wenn man an Prinzipien wie diesen Maß nimmt, könnte konsequent das Verhältnis der Angehörigen zu den Betroffenen in den Fokus rücken. Medizin und Pflege wären unbedingt besser zu verzahnen, ebenso wie der Dialog mit anderen Disziplinen und gesellschaftlichen Gruppierungen intensiviert werden müsste. Und schließlich hätte das Element der Fürsorge vor das in der gegenwärtigen Medizinethik so hoch geschätzte Prinzip der Autonomie zu treten, das bei Demenz so deutlich an seine Grenzen gelangt.

Es ist an der Zeit, dass wir das Thema Demenz als gesellschaftliche Aufgabe begreifen. Dies kann aber nur geschehen, wenn wir uns von der Vorstellung verabschieden, bei Demenz handle es sich um ein rein medizinisches Phänomen, für dessen Behandlung einzig medizinische Experten zuständig seien. Ansätze dazu

sind bereits - ich habe es eingangs erwähnt - zu erahnen. Eine Gesellschaft, die sich dem Problem Alzheimer-Demenz stellen will, muss die Medizin aus der alleinigen Verantwortung entlassen und sich selbst in die Pflicht nehmen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Frau Wetzstein, vielen herzlichen Dank. - Unsere Diskutanten sitzen jetzt im Publikum, damit Sie merken, dass unsere Diskutanten Teile ihrer Fachkompetenz als Publikum mit einbringen. Meine erste Frage ist, da Sie die Relationalität gerade bei der Demenzerkrankung angesprochen haben: Gilt das nicht für alle psychischen Erkrankungen? Kann man nicht sagen, dass gerade die Beziehungssituation im Hinblick auf eine letztlich primär körperliche Erkrankung im psychischen Bereich immer im Vordergrund steht?

**Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Ich würde sogar so weit gehen, zu sagen, dass in allen menschlichen Bereichen die Relationalität im Vordergrund stehen sollte. Die Frage, die mich aber interessiert hat, ist diejenige danach: Auf welche Füße können wir das Demenzkonzept eigentlich stellen, um dazu gesellschaftlich in gesamtverantwortung zu handeln? Ich meine, dass es ein neuer Aspekt ist, dass die anthropologischen Kategorien, zu denen auch die Relationalität, die Beziehungsfähigkeit, gehört, in den Vordergrund treten sollten.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Jetzt können drei Frager ihre Fragen stellen und Frau Wetzstein bzw. unsere Diskutanten im Publikum versuchen, sie nacheinander zu beantworten.

**Dieter Meyer:**

Ich möchte nur einen kleinen Beitrag geben. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass der heutige Mensch bei idealer Lebensführung eine Lebenserwartung von 120 Jahren hat. Ebenfalls ist es nicht verborgen geblieben, dass 80 Prozent aller Krankheiten seelischen Ursprungs sind. Zudem gibt es noch so viele vermeidbare Krankheiten. Um diese Krankheiten in einem größtmöglichen Rahmen von Kindesbeinen an zu vermeiden und es fast unmöglich zu machen, dass sie überhaupt eintreten, ist folgender Rat der Heiligen Schrift unbedingt zu beachten. Es heißt dort: Mein Kind, vergiss meines Gesetzes nicht und dein Herz behalte meine Gebote. Denn sie werden dir langes Leben und gute Jahre und Frieden bringen und deinem ganzen Leibe Gesundheit. - Es ist so notwendig, dass Kinder wieder christlich erzogen und an die Heilige Schrift herangeführt werden. Darüber hat die Referentin nichts gesagt. Das bedauere ich sehr.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Das war jetzt keine Frage. Danke für den Beitrag. Vielleicht kann Frau Wetzstein bei ihrer Antwort auch darauf eingehen.

**Heike von Lützu-Hohlbein (Erste Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.):**

Frau Wetzstein, ich bin fast wütend geworden, als ich Ihren Vortrag gehört habe, wütend insofern, als das, was ich als Angehörige von Demenzkranken erlebe, nicht das ist, was Sie geschildert haben. Vielmehr habe ich es in der Versorgung der Demenzkranken erlebt, dass der Demenzkranke in die Mitte gestellt und dann einfach geschaut wurde, wer in welchem Umfeld zu welcher Zeit hilft. Und das sind nur zu einem geringen Teil die Ärzte und die Mediziner, denen Sie zuschreiben, dass sie das alles tun und alles beherrschen. Ich glaube, das stimmt einfach nicht. Denn das, was wir erleben und was wir in den Fragen in unserem Alzheimer-Telefon zum Beispiel hören, ist: Da spielen die Mediziner sicher eine Rolle, aber sie spielen nicht die vorherrschende Rolle, wie Sie uns das gerade dargestellt haben. Die Pflege zum Beispiel ist ein ganz wesentliches Thema, die Familienpflege wie auch die professionelle Pflege. Das dürfen wir nicht einfach an die Seite schieben. Auch die Öffentlichkeit nimmt das nicht so wahr, wie Sie es dargestellt haben. Ich weiß nicht. Vielleicht lese ich andere Zeitungen als Sie.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vielleicht können Sie, Herr Bruder, dazu etwas sagen, weil auch Sie in einer Beratungsstelle tätig sind. Sind es primär die medizinischen Fragen, die die Menschen bewegen, wenn sie zu Ihnen kommen, oder entspricht Ihr Eindruck eher dem, was wir von Frau Lützu gehört haben?

**Dr. Jens Bruder (Leiter der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt):**

Zum Teil würde ich mich Frau von Lützu-Hohlbein anschließen wollen. Ich kann Ihre Auffassung, Frau Wetzstein, dass Demenz schlichtweg pathologisiert wird, nicht ganz teilen. In der Begleitung der Kranken, aber insbesondere in der Begleitung ihrer Angehörigen ist es eher ein großes Problem, zur Akzeptanz der vorhandenen Defizite beizutragen. Familiäre Betreuung zeichnet sich oft dadurch aus, dass aufgrund der inneren Verweigerung der Akzeptanz bei Defiziten des Vaters oder der Mutter falsche Erwartungen entstehen, die immer wieder enttäuscht werden. Hier geht es mehr um das Ringen um die Akzeptanz der Tatsachen.

Das Zweite. Ich meine, man muss sich davor hüten, den kognitiven Anteil unseres Verstandes isoliert als verzichtbar zu betrachten. Wir alle sind permanent darauf angewiesen, zum Beispiel wenn wir Diskussionsbeiträge wie diesen vorbereiten oder wenn Sie Ihren Vortrag vorbereiten.

Das Dritte. Es ist - ich habe es vorhin angedeutet - wertvoll und erfreulich, dass in den letzten zehn Jahren in

der Wahrnehmung der Demenzkranken die nicht kognitiven Symptome immer deutlicher in den Vordergrund gerückt werden und auch in der Arbeit der damit befassten Organisationen, der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung und und und, immer stärker in den Vordergrund rücken. Das früher verbreitete Gedächtnistraining, das explizit auf kognitive Funktionsverbesserung ausgerichtet war, spielt heute kaum noch eine Rolle. Ich habe ein bisschen den Eindruck, dass Sie von einer anderen Wirklichkeit ausgehen als ich oder diejenigen, für die ich spreche.

Der letzte Punkt. Ich stimme uneingeschränkt mit Ihnen überein, dass wir uns sehr viel stärker der Suche nach Verbesserung für die schwer Demenzkranken, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, im Bereich der medikamentösen, aber auch der nicht medikamentösen Forschung widmen müssen.

**Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Lassen Sie mich kurz mit einer der letzten Bemerkungen von Herrn Bruder beginnen. Sie haben vermutet, dass ich von einer anderen Wirklichkeit ausgehe als Sie. Das möchte ich gerne aufnehmen, da mir Ihre Wortmeldungen die Gelegenheit geben, noch einmal zu präzisieren, worauf es mir ankam. Ich gehe nicht von einer anderen Wirklichkeit aus; vielmehr hatte ich ein anderes Frageinteresse und habe von daher auch einen anderen Blick auf einen anderen Bereich geworfen.

Frau von Lützu-Hohlbein, ich hatte Ihren Widerspruch erwartet; es war mir klar, dass er kommen musste. Auch da möchte ich noch einmal präzisieren: Es geht mir nicht darum, einem pflegenden Angehörigen im praktischen Bereich oder einer Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes mein anderes Bild, von dem ich ausgehe, vorzuhalten. Mein Frageinteresse bezog sich vielmehr auf das Bild des Demenzkonzeptes, wie es in der Öffentlichkeit präsent ist, nicht auf das, das jeder Einzelne von Ihnen hat. Wir würden hier wahrscheinlich - ich weiß nicht, wie viel Teilnehmer hier im Saal sind - ganz unterschiedliche Bilder haben. Aber das öffentlich geprägte Konzept von Demenz scheint mir dem zu entsprechen, das ich hier vorgestellt habe. Mir ist klar, dass der Widerspruch auf vielen verschiedenen Ebenen kommen müsste; das ist Ihr gutes Recht. Aber bitte beachten Sie, dass mein Frageinteresse ein anderes war.

(Beifall)

Ich möchte gern noch auf das Bild der Kognition und der Begleitsymptomatik zurückkommen. Ich habe es in einem Nebensatz in meinem Beitrag erwähnt: Es hat sich in den vergangenen 100 Jahren oder wahrscheinlich schon in den vergangenen 300 Jahre das Bild der Demenz gewandelt und ich habe davon gesprochen, dass die Kognition immer im Mittelpunkt stand. Ich würde dieses Bild vielleicht so beschreiben: In einem harten Kern der Symptomatik stand immer die Kognition; darum gab es ein weiches Bild, eine Peripherie, die sich immer gewandelt hat. Es ist sicher richtig, Herr Bruder: Seit 20

Jahren treten die so genannten nicht kognitiven Begleitsymptome - auch hier kann man sich mal Gedanken über den Ursprung des Wortes machen - vermehrt in den Vordergrund, auch im medizinischen Bereich. Ich denke, das ist gut. Aber man muss dazu wissen: Seit 20 Jahren ist es so, dass sich das Demenzkonzept ändert.

**Prof. Dr. Martin J. Lohse (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Frau Wetzstein, Sie haben in Ihrem Vortrag der Sorge Ausdruck gegeben, dass eine Monopolisierung der Dementen durch die Medizin stattfindet. Was ich als Hauptproblem dahinter empfunden habe, ist, dass ich bei Ihnen - wenn ich das einmal hart sage - ein sehr altmodisches Bild von der Medizin erkenne. Deswegen ist meine Frage an Sie: Wie stellen Sie sich denn eigentlich den Arzt oder die Ärztin vor?

**Prof. Dr. Wolfgang van den Daele (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Meine Bemerkung geht ein bisschen in dieselbe Richtung. Ich bin Soziologe und finde es sehr interessant, nach den gesellschaftlichen Folgen zu fragen, die bestimmte Deutungen haben. Ich wäre eigentlich der Meinung: Alle die Behauptungen, die Sie aufgestellt haben, sind Forschungsfragen. Denn ich habe mich zwischendurch immer gefragt: Woher weiß sie das? Sie haben von der Dämonisierung usw. gesprochen. Alles das sind Möglichkeiten. Eine öffentliche Definition kann Folgen für das Selbstverständnis haben. Nur, in der Soziologie tun wir uns schwer damit, diese Folgen zu prüfen. Sie sind Philosophin und Ethikerin. Sie entwerfen Möglichkeiten. Aber letztlich können Sie doch nur sagen: Ich habe die Hypothese, dass das passiert. Da wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie sagten: Das sind Hypothesen. Hier gibt es Fragen, die wir stellen müssen.

Jetzt eine weitere Anmerkung aus der Sicht eines Soziologen; das geht in die Richtung von Herrn Lohse. Natürlich ist die erste Konsequenz, die man sehen muss: Es gibt einen dramatischen Unterschied zwischen dem medizinischen Paradigma und dem ärztlichen Paradigma. Das medizinische Paradigma ist eine kognitive Stütze des ärztlichen Paradigmas, ein Bezugssystem. Aber insbesondere bei chronischen und nicht heilbaren Krankheiten reicht das ärztliche Handeln weit über das medizinische Wissen hinaus. Deshalb bedeutet die Tatsache, dass die Ärzte eine klare Rolle spielen, nicht unmittelbar, dass dort nur das medizinische Paradigma einschlägig ist. Auch soziologisch gesehen müsste man hier sofort anfangen zu differenzieren. Wenn Sie sagen, dass es Forschungsaufgaben gibt, festzustellen, welche Bedeutung bestimmte Definitionen für die gesellschaftliche Entwicklung haben, dann bin ich damit einverstanden. Wenn Sie aber alle diese Behauptungen aufstellen, dann hebe ich die Hände und sage: Man weiß es nicht.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Darf ich vielleicht Frau Zank dazu fragen? Frau Zank, Sie arbeiten ja an Forschung außerhalb des medizinischen Bereichs. Würden Sie sagen, dass das gerade im Hinblick auf den Morbus Alzheimer ausreichend reflektiert ist, oder würden Sie zustimmen, dass Frau Wetzstein für diesen Bereich wichtige Anregungen gegeben hat?

**PD Dr. Susanne Zank (FB Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin):**

Im Gegenteil. Ich würde mir wünschen, dass die Demenz eine viel größere Rolle in der Medizin spielt, vor allen Dingen in der Ausbildung von jungen Medizinerinnen, von Hausärzten, die in der Regel die ersten sind, die Demenzpatienten zu sehen bekommen,

(Beifall)

und sehr häufig nicht in der Lage sind, diese richtig zu diagnostizieren, ganz zu schweigen von der schwierigen Differenzialdiagnostik hinsichtlich Depression und Demenz, zu der die meisten Hausärzte auch nicht in der Lage sind. Ich würde mir also sehr wünschen, dass wir mehr Lehrstühle für Geriatrie in der Bundesrepublik bekämen.

(Beifall)

**Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Mir scheinen die Ausführungen von Herrn van den Daele eine wichtige Bemerkung darzustellen, die man als Antwort auf Herrn Lohse geben könnte. Eine wichtige Differenzierung noch einmal: Ich habe von Medizin gesprochen, selten von Ärzten. Wenn ich von Ärzten gesprochen habe, habe ich dieses Wort bewusst gesetzt. Ich möchte so verstanden werden, dass mein Untersuchungsbereich sich darauf bezog, zu schauen, welches Bild von Medizin einen Niederschlag in der Öffentlichkeit gefunden hat.

Ich sage jetzt noch einmal das, was ich in der Antwort auf Frau von Lützu-Hohlbein gesagt habe, weil ich nicht missverstanden werden will: Es geht mir nicht darum, die Praxis praktizierender Ärzte zu kritisieren oder zum Paradigma zu erheben. Es geht mir darum, ein öffentliches Bild der Demenz innerhalb der Medizin, wie es in der Gesellschaft Niederschlag gefunden hat, zu skizzieren. Ich hoffe, dass vielleicht unter diesem Blickwinkel, mit diesem Nachsatz, verständlicher wird, was ich habe sagen wollen.

**Prof. Dr. Volker Gerhardt (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Nach dem Realitätsgehalt Ihrer Thesen ist ja gerade schon von denjenigen, die mit den Kranken umgehen, und denen, die sich medizinisch mit ihnen befassen, gefragt worden. Deswegen kann ich das durch eine Frage nach dem ergänzen, was prinzipiell Ihre Provokation ausgemacht hat. Vielleicht könnte man das dadurch illustrieren, dass man einfach zurückfragt, was Sie denn meinen, wenn Sie die wissenschaftliche Objektivität als

Trojanisches Pferd bezeichnen. Da stellt man sich doch vor, dass die Griechen in dem Bauch des Pferdes sind, und man muss sich fragen, was jetzt dieser Konstellation entspricht. Wenn es die Objektivität ist, die immerhin auf Erkenntnis der Wirklichkeit zielt, die mit einem Wahrheitsanspruch auftritt, dann kann es ja nur ein kleines Volk von Lügnern oder Teufeln sein, die sich im Bauch verbergen und die dann, wenn wir so dumm sind, auf die Medizin zu vertrauen, letztlich über uns herfallen. Da hätte ich gern eine Erläuterung. Das würde dann vielleicht auch klarstellen, was Sie mit Ihrem frontalen Angriff gegen die Medizin eigentlich meinen.

Zweitens finde ich es sehr wichtig - da würde ich Sie unterstützen -, dass wir nach anthropologischen Grundlagen fragen. Aber wenn Sie von der Anthropologie lediglich die Beziehung erwähnen, dass nämlich der Mensch ein Beziehungswesen ist, muss ich entgegenhalten: Wir wissen, dass jedes Wesen ein Beziehungswesen ist. Der Mensch muss dann schon in einer bestimmten Weise Beziehungswesen sein. Ich glaube, man müsste doch noch ein bisschen mehr sagen. Das Provokative in Ihrer These sehe ich darin, dass wir als das Befremdliche von Alzheimer doch ansehen, dass da Beziehungen gar nicht mehr möglich sind und aus der Sicht des Kranken abgebrochen werden müssen. Was diese These dann heißt, das hätte ich gern noch etwas erläutert.

Zu Ihren letzten Bemerkungen über Fürsorge statt Selbstbestimmung. Wenn man das allein schon als Forderung aufstellt, appelliert man doch an diejenigen, von denen Sie meinen, sie müssten etwas weniger an sich und mehr an die anderen denken, appelliert man in dem Augenblick an die Selbstbestimmung derjenigen, die Ihre These einsehen sollen und sich doch nach Möglichkeit etwas mehr um die anderen kümmern. Ich möchte einfach sagen: Ich finde es sehr wichtig, dass man die Fürsorge ins Zentrum stellt. Aber das geht nur vor dem Hintergrund einer vorher akzeptierten Selbstbestimmung.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Ich möchte Ihnen, Frau Wetzstein, dafür danken, dass Sie uns so provozieren. Das ist ja keineswegs etwas Negatives.

**PD Dr. Christiane Woopen (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Was ich sagen möchte, knüpft sehr gut an das an, was Herr Gerhardt meinte. Denn meine Kritik bezieht sich zum einen auf die medizinische Konzeptionalisierung und zum anderen auf die ethischen Folgerungen. Ich teile Ihre Absicht vollkommen, den Alzheimer-Patienten eine bessere Versorgung zu geben, sie als Menschen wahrzunehmen und, wenn sie in bestimmten Bereichen Mängel aufweisen oder Mängel entwickeln, das auszugleichen, aufzufangen usw. Das ist völlig unstrittig. Ich glaube ferner, dass es noch nicht einmal der Unterschied zwischen medizinischem und ärztlichem Paradigma, der schon angesprochen worden ist, ist,

sondern dass der Unterschied vielmehr einer zwischen einem medizinischen und einem naturwissenschaftlichen Paradigma ist. Denn ein Arzt, ein Mediziner wird seinen Patienten immer auch in seinen Beziehungen und seinen Lebensmöglichkeiten wahrnehmen. Es ist schlechte Medizin, wenn ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, ohne dass man weiß, dass er zu Hause tatsächlich gut versorgt wird oder dass er irgendwo untergebracht wird, wo er gut versorgt wird. Gegen diese Unterstellung, dass Medizin automatisch schon einen Reduktionismus beinhaltet, möchte ich mich doch sehr verwahren.

Was Sie vermutlich meinen, ist, dass das naturwissenschaftliche Paradigma das alleinige Erklärungsmodell für Alzheimer sei. Es wurde ja schon in ausreichendem Maße angesprochen, dass das eigentlich gar nicht stattfindet.

Was ebenfalls nicht Anliegen sein kann, ist, das medizinische Konzept zurückzufahren. Denn wir können doch nicht ernsthaft vernünftigerweise wollen, dass die Forschung in dem Bereich zurückgeschraubt wird. Wir können den Patienten und den Angehörigen nicht ernsthaft unterstellen, dass sie sich nicht wünschen, dass Therapien oder auch Vermeidungsstrategien für diese Erkrankung entwickelt werden. Insofern kann es nicht um die Alternative zwischen einem medizinischen und einem anderen, einem anthropologischen Konzept gehen; vielmehr kann es, wenn überhaupt, nur um eine Ergänzung gehen.

Noch ein Satz zu der Alternative von Selbstbestimmung und Fürsorge. Selbstbestimmung ist für die Patienten oft nur unter den Bedingungen von Fürsorge durchhaltbar und förderbar. Das ergänzt vielleicht das, was Herr Gerhardt aus einem anderen Begründungskontext heraus sagte. Wir können doch nur unter den Bedingungen guter, fürsorglicher Versorgung die Selbstbestimmung der Patienten so lange wie möglich aufrechterhalten und das, was noch an Selbstbestimmung bleibt und sich nach und nach in unterschiedlichen Lebensbereichen reduziert, so flankieren, dass sie noch selbstbestimmt leben können. Insofern möchte ich ganz deutlich betonen, dass Selbstbestimmung und Fürsorge keine Alternative darstellen, sondern in einem gegenseitigen Ermöglichungsverhältnis stehen.

(Beifall)

**Susanne Reinhard-Kahlmann:**

Frau Dr. Wetzstein, ich teile Ihren grundsätzlichen Ansatz und das grundsätzliche Fundament, von dem aus Sie Ihren Vortrag gehalten haben. Eine Differenzierung wäre zwar nötig gewesen, aber ich denke, das hätte den Rahmen gesprengt.

Meine Frage ist: Was hat bei der Etablierung eines anderen Menschenbildes die Kirche zu sagen und zu bieten? Ich meine es nicht in dem Sinne, dass sie daherkommt und den Menschen das Evangelium um die Ohren haut oder es ihnen aufzwingt; nicht in dem Sinne. Vielmehr geht es um Folgendes: Die Kirche spricht ja

selber von Nächstenliebe und davon, dass einer des anderen Last trage. Fürsorge ist ja schon erwähnt worden. In welcher Weise kann Kirche hier Protagonist für ein menschenfreundliches, empathisches Menschenbild sein?

**Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Vielen Dank für die Beiträge, die mir zum einen bewusst machen, dass ich hier offensichtlich ein heißes Eisen angesprochen habe - das freut mich zu hören -, die mich zum anderen aber sehr nachdenklich machen, da ich meine: Wenn man mir gut zugehört hat, hat man die verschiedenen Unterscheidungen, die ich getroffen habe und nach denen jetzt immer wieder gefragt wird, hören können.

(Beifall)

Ich habe keinen frontalen Angriff, Herr Gerhardt, gegen die Medizin gefahren. Ich habe es auch mehrfach deutlich erwähnt: Es geht mir darum, den frontalen Angriff dagegen zu fahren, dass Gesellschaft es sich zu leicht gemacht hat und einfach ein bereitstehendes Konzept übernommen hat. Ich werfe zudem der Medizin keinen Reduktionismus vor; auch das habe ich eigentlich erwähnt. Ich werfe der Gesellschaft einen Reduktionismus vor, wenn Sie ein von der Medizin notwendigerweise reduziertes Bild der Demenz übernimmt. Die Medizin muss ausgrenzen. Ihre Aufgabe ist es überhaupt nicht, ein umfassendes Konzept der Demenz zu entwerfen, in keinsten Weise. Es wäre vielmehr Aufgabe der Gesellschaft, ein umfassendes Konzept zu entwerfen. Da macht sie es sich zu leicht, wenn sie ein eingeschränktes übernimmt.

Das Bild vom Trojanischen Pferd würde ich gern ausführlicher besprechen. Es ist sicher richtig, dass man daran einige der Differenzierungen, die ich meine vorgenommen zu haben, zeigen könnte. Vielleicht würden sich dann einige der scheinbaren Widersprüche, die hier zwischen Podium und Auditorium entstehen, auflösen. Ich meine natürlich nicht, dass sich die Ärzte im Bauch dieses Pferdes versteckt und sich heimlich wie die Lügner eingeschlichen haben. Es ging mir mit dem Bild einzig und allein darum, zu zeigen, dass man im Bauch dieses Pferdes ein scheinbar objektives Bild mit transportiert hat und es als vermeintliches Geschenk geöffnet hat. Und heraus kam eben kein objektives Bild, sondern ein reduziertes.

Zum Schluss möchte ich noch auf die Erwähnung dieses anderen Menschenbildes, die Anthropologie eingehen. Das wäre nun ein eigener Vortrag, für den ich noch mal mindestens 20 Minuten beanspruchen würde. Wenn Sie so weit mit mir einverstanden sind, dass wir uns über anthropologische Grundlagen unterhalten sollten, um ein umfassendes Bild von Demenz zu entwerfen, dann können wir mit dem Streiten beginnen und dann werfe ich gerne, sehr gerne sogar, mein theologisches Menschenbild mit in den Ring.

**Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Paul B. Baltes (Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin):**

Es ist fast nicht mehr notwendig, dass ich etwas sage. Sie haben sich selbst so gut verteidigt. Aber ich will Ihnen doch eine Frage stellen: Wenn Sie die anthropologische Kategorie in den Vordergrund stellen - was ich sehr begrüße -, dann muss Ihnen natürlich auch klar sein, dass es anthropologische Kategorien gibt, die nicht nur auf Fürsorge orientiert sind, sondern auf Eingrenzung und auf Isolierung. Dann treten die Fragen, die Herr van den Daele gestellt hat, in der Tat in den Vordergrund. Die Empirie würde nicht nur ein humanistisches anthropologisches Konzept vertreten können.

**Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Frau Wetzstein, Sie haben auf zwei Ebenen kritisiert. Ich will zu den vielen gehören, die sagen: Wir brauchen kritische Hinweise. Die eine Ebene war die des Umgangs mit Alzheimer-Patienten, mit Dementen. Dazu ist genug gesagt worden; unter dem Stichwort „inhumane Konsequenzen“ haben Sie Stigmatisierung, Marginalisierung und etliches andere aufgezählt. Auf diesem Gebiet brauchen wir sicherlich viel mehr Forschung. Ich glaube, dass ganz vieles von dem, was Sie da schildern, weniger auf den intellektuellen Fehlleistungen, die Sie als ursächlich ansehen - dazu kommen ich gleich -, beruht als vielmehr darauf, dass wir viel zu wenig darüber wissen - natürlich ist auch das selbst verschuldet -: Wie fühlen sich Alzheimer-Patienten im fortgeschrittenen Stadium? Wann geht es ihnen gut? Was können wir dafür tun, dass es ihnen besser geht? Das sind zentrale Fragen, natürlich nicht nur mit Blick auf Demenzerkrankungen.

In diesem Zusammenhang, unter der Rubrik „inhumane Konsequenzen“, wollte ich Sie fragen, ob Sie die Diskussion um die Patientenverfügung - Stichwort: Autonomie in der Medizinethik; das war ja ein Seitenhieb, den Sie da angebracht haben - auch schon bedenklich finden und auch schon zu den inhumanen Konsequenzen zählen. Ich würde da sehr widersprechen.

Die zweite Ebene ist die des gesellschaftlichen Umgangs, den Sie inkriminieren. Da würde ich dann doch sagen: Ihr Ausweg einer Hintertür, dass Sie einfach nur andere Fragen stellen, scheint mir verbaut. Denn wenn man von Pathologisierung, ontologischem Reduktionismus und Kategorienfehlern spricht, dann sind das intellektuelle Fehlleistungen, derer man sich nicht ungestraft schuldig macht. Das sind Vorwürfe, die Sie da erheben. Die müssen sich an einer intellektuellen Empirie orientieren. Sie müssen sehen, wie wir Menschen damit umgehen und wie wir zu Kategorien kommen. Ich finde den Hinweis auf den Brockhaus-Artikel, in dem etwas über die Medizin der Alzheimer-Erkrankung gesagt wird, als empirische Basis wenig erhellend. Denn der Vorwurf, dass, wenn man etwas zu Krebs beispielsweise nachlesen will, man medizinische Daten findet, kann überall erhoben werden. Ich greife jetzt ein Moment heraus, die Pathologisierung. Wollen Sie allen Ernstes sagen - und so konnte man Sie

verstehen und so habe ich Sie verstanden -, dass es zwischen der milden Form der Altersvergesslichkeit und der Demenz eigentlich gar keinen gravierenden Unterschied gibt? Pathologisierung heißt normalerweise: ungerechtfertigte Pathologisierung. Wollen Sie wirklich sagen: Die Demenz ist keine Krankheit? Man streitet viel über Krankheitsbegriffe. Aber ich kenne keinen vernünftigen Krankheitsbegriff, unter den nicht eine Demenz im fortgeschrittenen Stadium fallen würde. Das zu negieren scheint mir außerordentlich zynisch für alle Betroffenen.

(Beifall)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Die Unterschiedlichkeit nicht nur in der Wahrnehmung von Begriffen, sondern auch des Hinhörens wird in den Wortbeiträgen deutlich.

**Siegfried Kanowski:**

Ich möchte zwei kritische Punkte festhalten. Der erste Punkt ist, dass Ihre Wahrnehmung, was die Fachpublikationen, die Öffentlichkeitsfunktion und die Darstellung der Alzheimer-Krankheit angeht, ein wenig antiquiert ist. Denn ich kann weder in der Fachöffentlichkeit noch in der allgemeinen Öffentlichkeit feststellen, dass die Aspekte, die über die kognitive so genannte Kernsymptomatik hinausgehen, nicht wahrgenommen würden: die Belastung der Angehörigen, die interrelationalen Beziehungen, das Burnout-Syndrom in der Pflege - ich könnte jetzt eine lange Liste dessen vorlesen, was seit 20 Jahren zunehmend in den Mittelpunkt gerückt worden ist. Die mit dem ohne Frage unglücklichen Terminus „Begleitsymptomatik“ behafteten Folgeerscheinungen der Demenz sind selbst in der pharmakotherapeutischen Forschung massiv in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Das werden Sie feststellen, wenn Sie sich die Entwicklung der letzten Jahre anschauen.

Punkt zwei meiner Kritik ist, dass das, was Sie hier am Exempel Alzheimer dargestellt haben, das problematische Verhältnis von Medizin zur gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung, kein spezifisches Alzheimer-Problem ist. Es ist ein Problem, wie sich die Medizin insgesamt in der Öffentlichkeit verkauft. Da ist Ihr Bild ein außerordentlich reduktionistisches. Denn ich würde behaupten - das ist mein letzter Satz -, dass die Medizin als effektives Trojanisches Pferd ein vollständigeres Bild der Anthropologie des Menschen im Hinblick auf Gefährdung, auf Schwäche, auf Unterstützungsbedarf, auf Bedarf an relationalen Beziehungen überhaupt erst in die gesamtgesellschaftliche Diskussion eingebracht hat. Wenn Sie die Medizin ausschließlich mit naturwissenschaftlichem Reduktionismus verbinden, dann ignorieren Sie Freud, die Psychosomatik, die Psychiatrie, die ein vollständiges Bild der Relationalität doch erst in die Gesellschaft transportiert haben, angefangen bei Pinel, den Sie ja zitiert haben.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Wir sprechen über Reduktionismus. Das bedeutet auch, dass wir auf die Zeit schauen müssen.

**Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (stellvertretender Vorsitzender des Nationalen Ethikrates):**

Ich habe Ihren Vortrag nicht so verstanden, dass Sie der Medizin vorwerfen wollten, wie sie Alzheimer diagnostiziert und unter welchen Kriterien sie das wahrnimmt, vielmehr dass in der Gesellschaft die medizinische Zugangsweise als die vorherrschende einfach übernommen wird. Das entspricht natürlich unserem wissenschaftlichen Denken; das ist sozusagen ein objektiver Zugangsweg. Ich habe es so verstanden, dass Sie die Perspektive auf Folgendes öffnen wollten: Wie verändern sich für betroffene Patienten und ihre Angehörigen, diejenigen Menschen, die mit ihnen leben, dadurch, dass die Medizin das genau diagnostizieren und auch eine Verlaufsprognose, die allen Betroffenen bewusst ist, geben kann, dass aber noch keine Heilungsmöglichkeiten vorhanden sind, das Selbsterleben und die Wahrnehmung der Betroffenen? Ferner habe ich Sie so aufgefasst, dass man diesen Aspekt stärker in die Gesellschaft hineinbringen und die gesellschaftliche Wahrnehmung für diese Fragen öffnen und die Einseitigkeit eines nur kognitiven Verlustschemas dadurch ergänzen sollte, dass man fragt: Wie verändern sich Beziehungen? Das sollte auch unter Berücksichtigung des Wissens erfolgen, dass die Identität des anderen, zu dem ich Beziehungen habe, sich verändert, so sehr, dass sie am Schluss nicht mehr klar wahrnehmbar ist. Welche Herausforderungen bringt das mit sich? Da ist die medizinische, für sich notwendige Beschreibung nicht ausreichend für die gesellschaftliche Wahrnehmung.

Es wurde an den ersten Referenten die Frage gestellt: Inwiefern ist in den USA alles besser vorbereitet? Darauf kam die Antwort: Da gibt es ausreichend und viel mehr Forschungen. - Das ist sicher notwendig; das hat niemand bestritten. Aber wichtig wäre ja auch: Wie ist eine Gesellschaft auf das Leben einer immer größer werdenden Zahl von Menschen in ihr, die an Alzheimer erkranken, vorbereitet und wie sind diejenigen vorbereitet, deren Angehörige diese Krankheit haben? Wenigstens bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir eine effektive Therapie haben werden - was wir alle hoffen -, ist das eine zentrale gesellschaftliche Frage. Ich habe es so verstanden, dass Sie darauf den Blick lenken wollten.

Meine Frage: Welche konkreten Schritte wünschen Sie sich, die man auf dieses Ziel hin gehen könnte?

**Ulrike Kopetzky:**

Ich habe den Eindruck, dass Alzheimer zum Problem, zu einem Kostenproblem für Politik und Gesellschaft wird und dass dadurch eine Situation aus dem Blick gerät, die wir auch schon seit Jahrzehnten haben: Es hat eine gesellschaftliche Entwicklung stattgefunden, die Beziehungen oder Bindungen immer mehr erschwert oder unmöglich macht. Frauen arbeiten ja zum Beispiel immer

mehr. Früher waren die Leute auch krank; sie sind aber gepflegt worden, sie sind nicht im System Medizin aufgetaucht, weil für sie anders gesorgt wurde. Jetzt plötzlich tauchen sie auf.

Ich möchte Krankheit auch unter dem Blickwinkel der gesellschaftlichen Entwicklung einer Erosion oder dem Unmöglich-Machen von Beziehungen und Bindungen diskutiert haben, die das früher auffangen konnten. Das ist jetzt immer weniger möglich. Berlin hat zum Beispiel mehr Single-Haushalte - dazu gehören auch allein stehende alte Personen - als Familienhaushalte.

#### **Winfried Teschauer:**

Ich bin von der Alzheimer-Gesellschaft in Ingolstadt und kann so die Sicht der „Front“ einbringen. Ich habe ein Rechenbeispiel aufgemacht: Etwa drei Viertel aller Alzheimer-Patienten werden zu Hause betreut. Bei der typischen Dauer einer Alzheimer-Erkrankung von circa acht bis zehn Jahren können Sie davon ausgehen, dass zu 99 Prozent der gesamten Zeit keine kontinuierliche medizinische Betreuung stattfindet, dass also nur in dem restlichen 1 Prozent irgendeine Ärzte etwas am Patienten unternehmen. Wenn Sie das so gemeint haben, dass Sie durch Ihren Beitrag die Funktion der Selbsthilfegruppen und - wie es auch die Vorrednerin gesagt hat - die Funktion der Familien stärken wollten, dann würde ich das absolut unterstützen.

#### **Dr. Verena Wetzstein (Institut für systematische Theologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg):**

Ein kurzes Schlusswort. Es sind jetzt viele Aspekte erwähnt worden. Ich werde nicht auf alle antworten können. Wenn Sie da noch Gesprächsbedarf haben, können wir das in einer der Pausen tun.

Ich möchte nur den Punkt aufgreifen. Es gab eine Nachfrage zu den inhumanen Konsequenzen und zu den konkreten Schritten, den Perspektiven, die ich mir vorstelle. Ich habe unter den inhumanen Konsequenzen verschiedene genannt, zum Beispiel die Ressourcenverknappung in der Medizin und die daraus resultierenden möglichen Gefahren vor allem für schwer demente Menschen oder die immer wieder erhobene Forderung nach Maßnahmen aktiver Sterbehilfe bei schwer dementen Menschen. Ich halte das für höchst fragwürdig, solange wir uns nicht über die Grundlagen dieser Diskussion unterhalten haben. Deswegen habe ich von „inhumanen Konsequenzen“ gesprochen. Ich würde mir als konkrete Schritte wünschen: Diskussionen wie diese, Tagungen wie diese heute hier, in denen wir aus verschiedenen um dieses Thema kreisenden Professionen miteinander ins Gespräch kommen können. Ich glaube - damit möchte ich auf den letzten Beitrag eingehen -, dass es verschiedene Modelle gibt - Österreich macht es uns vor mit Modellen der Familien-Hospiz-Karenz -, mit denen wir einige kleine praktische Schritte tun können, um die Betreuung und Pflege dementer Menschen, vor allen Dingen schwer dementer Menschen, zu verbessern.

#### **Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vielen herzlichen Dank. - Ich persönlich, der ich immer als Mediziner in dem Verdacht stehe, reduktionistisch zu denken, habe Ihren Vortrag nicht so verstanden. Ich hoffe, dass die weitere Diskussion deutlich macht, dass im interdisziplinären Dialog es manchmal ein bisschen schwierig ist, mit Bildern zu arbeiten, ob es nun das Trojanische Pferd oder die schlagende Kirche ist. Insofern ist es gut, wenn wir in unserer Diskussion unter der Maßgabe fortfahren, die ja schon angesprochen ist: Wir brauchen mehr geriatrische, gerontologische Abteilungen in unserem Land, um auch die ethischen und sozialpsychologischen Auswirkungen der Erkrankung näher kennen zu lernen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Ich darf den nächsten Referenten, der genau dieses zum Inhalt machen wird, Herrn Professor Andreas Kruse, vorstellen. Er hat sich als Psychologe, Philosoph und Musiker dem Bereich der Gerontologie gewidmet. Das zeigt auch, dass es keineswegs, wie man anfangs vermuten könnte, ein primär medizinischer Bereich ist, um den es sich hier handelt. Er hat seine Ausbildung unter anderem an der Universität Heidelberg im Institut für Gerontologie begonnen, dessen Leiter er seit 1997 ist. Er ist jemand, der sich genau um die Frage kümmert, inwieweit sich tatsächlich die Realität des Lebens alter Menschen in unserer Gesellschaft verändert hat. Die Bundesregierung, seitdem sie sich bewusst ist, auch Altenberichte erstellen zu müssen, hat ihn zum Mitglied einer Sachverständigenkommission und seit dem Jahr 1998 auch zum Vorsitzenden dieser Sachverständigenkommission berufen. Daher sind Sie der berufene Mund, aus dem wir nun hören, welche ethischen und sozialpsychologischen Implikationen die Altersdemenz und die Alzheimer'sche Erkrankung in unserem Land haben.

Herr Kruse, vielen Dank für Ihr Kommen.

(Beifall)

#### **Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg):**

Haben Sie vielen Dank für die freundliche Begrüßung. Vielen Dank auch für die ehrenvolle Einladung, heute zu Ihnen sprechen zu dürfen.

Meine Damen und Herren! In Anlehnung an Immanuel Kant können wir die grundlegenden philosophischen Fragen wie folgt differenzieren: Die erste: Was kann ich wissen? Die zweite: Was darf ich hoffen? Die dritte: Was soll ich tun? Und schließlich die vierte: Was ist der Mensch? In der hier vorliegenden Abbildung habe ich versucht, diese vier Fragestellungen zu systematisieren, und möchte kurz einiges zu diesen Fragestellungen sagen, um Ihnen deutlich zu machen, von welchem Verständnis auf der einen Seite der Wissenschaft und auf

der anderen Seite der philosophischen Anthropologie ich ausgehe.



Ich beginne mit der zweiten Dimension, nämlich der Frage nach instrumenteller Vernunft oder, in der Kant'schen Terminologie: Was kann ich wissen? Wenn Sie sich intensiv mit Fragen der Demenz beschäftigen - das tun wir bei uns im Institut; darüber wird später noch zu reden sein -, sei es nun aus medizinischer Perspektive, pflegewissenschaftlicher Perspektive oder psychologischer Perspektive, wird Ihnen rasch eines deutlich: Damit Sie bestimmte ethische Dilemmata lösen können oder, noch bescheidener gesprochen, damit Sie bestimmte ethische Dilemmata erkennen, wahrnehmen können, bevor Sie diese lösen können, ist es notwendig, dass wir die instrumentelle Vernunftebene stark machen.

Was heißt das? Es geht um die Frage, dass wir unsere Erkenntnis über demenzkranke Menschen weiter vertiefen, weiter differenzieren. Es ist ja eben in der Diskussion deutlich geworden, dass die Medizin, die Psychologie, die Pflegewissenschaften mittlerweile über bemerkenswerte Erkenntnisse verfügen. Wir müssen also die Erkenntnisse über demenzkranke Menschen, auch wenn die Demenz weit fortgeschritten ist, weiter vertiefen, weiter differenzieren, um auf der Grundlage dieser Erkenntnisse praktische Handlungskonzepte zu entwickeln, mithilfe derer wir in der Lage sind, die kognitive Situation, die emotional-affektive Situation wie die gesundheitliche Situation insgesamt eines demenzkranken Menschen hoch differenziert wahrzunehmen und auf diese Situation auch hoch differenziert zu antworten. Um ein Beispiel zu geben: Es wurde ja heute schon über die Frage der Selbstbestimmung bei demenzkranken Menschen diskutiert. Damit wir uns ein differenziertes Bild über die Selbstbestimmung demenzkranker Menschen machen können, ist es notwendig, dass wir in Teilen auch das psychologische Instrumentarium der Kommunikation deutlich erweitern. Beispielsweise konzentrieren wir uns in unseren Studien vor allen Dingen auf die Frage der nonverbalen Kommunikation auf der Grundlage der mimischen Ausdrucksanalyse, wie sie von den amerikanischen Kollegen Ekman und Friesen entwickelt worden ist.

Wenn Sie mit Patienten kommunizieren, die zur verbalen Kommunikation nicht mehr in der Lage sind, und sich vermehrt auf die nonverbale Kommunikation konzentrieren, um auf dieser Grundlage herauszuarbeiten, wie fein eigentlich das emotionale Erleben ist bzw. welche Emotionen in verschiedenen Situationen auftreten, dann leisten Sie damit nicht nur einen Beitrag zur instrumentellen Vernunft, indem Sie das Wissen, auch das praktisch-relevante Wissen erweitern, sondern Sie leisten schlussendlich auch einen Beitrag dazu, dass bestimmte ethische Dilemmata nicht eintreten bzw., wenn sie eingetreten sind, differenziert wahrgenommen und bewältigt werden. Wenn Sie sich beispielsweise sehr differenziert mit dem emotionalen Erleben und der Affektwelt eines demenzkranken Menschen auseinandersetzen, werden Sie sehen, dass auch bei einer weit fortgeschrittenen Demenz eine relativ differenzierte emotionale Antwort auf bestimmte Situationen erfolgen kann. Diese nonverbale Kommunikationsebene dient uns als Grundlage dafür, herauszuarbeiten, welche Situationen von dem demenzkranken Menschen toleriert werden, welche vielleicht gesucht werden und welche tiefgreifend abgelehnt werden. Wenn Sie eine wissenschaftlich begründete Aussage darüber treffen können, haben Sie auch einen zentralen Baustein gesetzt zur Erhaltung der Selbstbestimmung, auch wenn diese Selbstbestimmung deutlich reduziert ist.

Ein zweites Beispiel. Was wir in unseren Studien in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe beobachten, ist, dass wir bei der Durchsicht der Pflegedokumentation vielfach erkennen, dass demenzkranke Menschen bzw. Bewohnerinnen und Bewohner nicht ausreichend psychiatrisch diagnostiziert sind, dass vielfach die diagnostische Kategorie der Demenz verwendet wird, obwohl sie, was uns die psychiatrische Nachuntersuchung zeigt, nicht gerechtfertigt ist, bzw. dass, auch wenn die Diagnose korrekt gestellt ist, die Frage der Therapieplanung nicht richtig beantwortet wird bzw. die Evaluation des Therapieverlaufs nicht adäquat erfolgt. Das würde nicht nur bedeuten, dass wir gegen die instrumentelle Vernunftebene verstoßen und dass wir im Grunde genommen die fachlichen, faktischen Grundlagen unseres Handelns nicht ausreichend differenzieren, sondern es würde auch bedeuten, dass wir gegen zentrale ethische Standards verstoßen, nämlich: Das potenzielle Wissen, das wir einbringen können, um einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität, zur Erhaltung von Selbstständigkeit, von Selbstbestimmung zu leisten, setzen wir nicht ausreichend um oder lassen es den Patienten nicht in ausreichendem Maße zugute kommen.

Was ich damit zum Ausdruck bringen will, ist Folgendes: Wir dürfen, wenn wir über Fragen der Ethik diskutieren bzw. wenn wir über Fragen der praktischen Vernunft diskutieren, nicht außer Acht lassen, dass die zentrale Aufgabe der Wissenschaft und der Praxis darin zu sehen ist, dass wir das Wissen, über das wir verfügen, im praktischen Alltag einsetzen bzw. dass wir uns darum bemühen, dieses Wissen permanent zu differenzieren. Bei einer genaueren Analyse der Versorgungssituation wird

uns Folgendes deutlich: Ob jemand fachlich, empirisch-faktisch gut handelt bzw. ob er auch die ethischen Dilemmata differenziert wahrnimmt und auf diese differenziert antwortet, ist nicht nur ein Merkmal der Person des Betreuenden; es auch Folge der institutionellen Rahmenbedingungen. Ich würde sogar noch weiter gehen: Es ist in Teilen auch beeinflusst von den gesetzlichen Rahmenbedingungen. In einer Institution, in der die Möglichkeit, ethische Dilemmata oder fachliche Dilemmata zu reflektieren, nicht gegeben ist, beispielsweise aufgrund des Diktats der Zeit, muss man damit rechnen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in fachlich und ethisch hochproblematische Situationen kommen können. Das wird uns auch vielfach berichtet. Wenn wir darüber nachdenken, ob die Pflegebedingungen, die wir demenzkranken Menschen zugute kommen lassen oder die wir für diese einsetzen, ausreichend sind, dann wird es nicht mehr genügen, dass wir nur die Frage nach dem Staat bzw. nach der Ausgestaltung des Sozialgesetzbuchs XI stellen. Vielmehr muss sich schlussendlich jeder von uns mit der Frage auseinandersetzen, was er in eine gute Pflege zu investieren bereit ist. Denn eines ist doch klar: Eine Pflegeversicherung kann nur so stark sein, so stark auch die Einzahlungen sind. Mit anderen Worten: Wir können nicht ohne weiteres fordern, dass bei einem konstant gehaltenen Beitragssatz von 1,7 Prozent natürlicherweise eine hervorragende Pflege geleistet werden kann. Vielmehr müssen wir uns im Kern mit der zentralen Frage auseinandersetzen, was eine gute Pflege jedem von uns wert ist.

Ich habe das deswegen erwähnt, weil ich noch einmal deutlich machen will: Fachlich und ethisch begründetes oder nicht begründetes Handeln ist nicht nur ein Merkmal der Person, sondern ist auch ein Merkmal der institutionellen Kontexte, in denen die Person arbeitet. Diese institutionellen Kontexte oder infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind natürlich vom dem beeinflusst, was ich hier die rechtliche Umwelt nennen will.

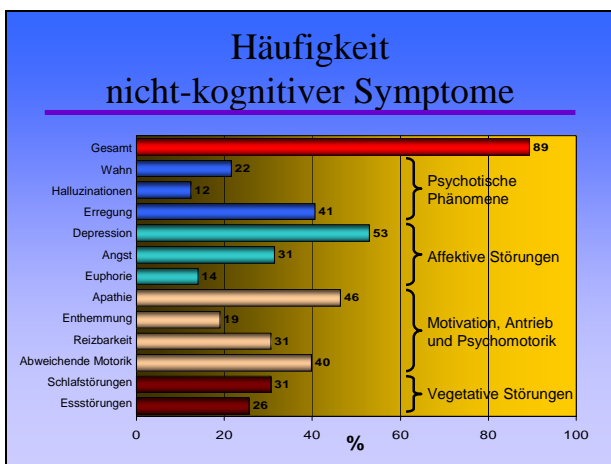
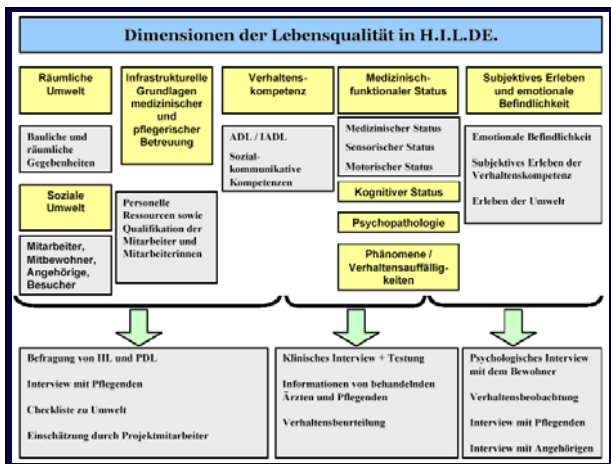
Lassen Sie mich auf eine weitere Dimension, die auf dieser Folie aufgeführt ist, zu sprechen kommen, nämlich auf die zuletzt aufgeführte: die Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben. Dazu vielleicht auch ein persönliches Wort. Wir beschäftigen uns, unter anderem gefördert vom Bundesbildungsministerium bzw., umfassender gefördert, vom Bundesfamilienministerium, mit der Frage, wie wir die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen, abbilden und so in ein Instrument integrieren können, dass dieses Instrument lege artis dann auch von Medizinern bzw. Pflegefachkräften in Versorgungskontexten eingesetzt werden kann. Was uns bei der Analyse schwerst demenzkranker Menschen in hohem Maße beeindruckt, ist die Tatsache, dass wir zwar viel über die Demenz wissen. Aber je mehr wir uns aus der wissenschaftlichen Perspektive bzw. - wenn wir dann mit den Pflegefachkräften oder Medizinern vor Ort sprechen - auch aus der praktischen Perspektive demenzkranken Menschen zuwenden, je weiter wir das tun, desto mehr neue Fragen tun sich auf bzw. mit desto mehr neuen

Fragen werden wir konfrontiert. Hier können wir schlussendlich schon die Aussage treffen, dass es so etwas wie eine fundamentale Einstellung zum menschlichen Leben, auch in der gesundheitlichen Grenzsituation, gibt, die den Menschen, der sich forschend bzw. praktisch handelnd mit demenzkranken Menschen befasst, dazu treibt, seine Forschung bzw. seine Praxis weiter zu entwickeln.

Albert Schweitzer hat einmal in seinen Straßburger Reden gesagt - er hat das vor allen Dingen aus naturwissenschaftlicher Perspektive getan -: Je mehr ich mich dem natürlichen Phänomen zuwende, desto deutlicher wird mir, wie viel Geheimnis das natürliche Phänomen in sich birgt; desto deutlicher wird mir, wie viel neue Fragen im Kern aufgeworfen werden. Wir haben beispielsweise die Frage gestellt - wir haben das zusammen mit den Heidelberger Gerontopsychiatern getan -: Ist auch bei einem demenzkranken Menschen, bei dem die kognitive Leistungskapazität ganz erheblich beeinträchtigt ist - wir haben das ja psychometrisch gut diagnostizieren können -, davon auszugehen, dass wir so etwas wie eine Differenziertheit in den emotionalen Reaktionen beobachten können? Wir haben zunächst versucht, die Annahme zu falsifizieren, dass diese emotionale Differenziertheit nicht mehr gegeben sei. Wenn Sie diese Falsifikation vornehmen wollen oder, umgekehrt gesprochen, wenn Sie den Nachweis erbringen wollen, dass doch eine gewisse emotionale Differenziertheit da ist, die Menschen aber nicht mehr zur verbalen Kommunikation in der Lage sind, müssen Sie das betreiben, was die Psychologie die mimische Ausdrucksanalyse nennt, die beispielsweise in einer sehr erfolgreichen, sehr eindrucksvollen Art und Weise in der Schizophrenieforschung verwendet wird. Ich habe eben die Namen Ekman und Friesen schon genannt.

Wir haben uns dann mit der Frage auseinandergesetzt, ob wir nicht die mimische Ausdrucksanalyse auch bei demenzkranken Menschen einsetzen sollten, um auf dieser Grundlage, also auf der Grundlage der nonverbalen Kommunikation, zu einer differenzierteren, valideren Einschätzung des emotional-affektiven Befindens zu gelangen. Dazu sei gesagt: Die *via regia*, der Königsweg, zur Erfassung der emotionalen und affektiven Welt ist die mimische Ausdrucksanalyse.

Sie sehen hier das Konzept der Studie, auf die ich mich im Folgenden kurz beziehen will, das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. Diese Studie wurde vom Bundesfamilienministerium in großem Umfang unterstützt. Ich habe Ihnen nur kurz die zentralen Dimensionen unseres Analyseverfahrens aufgeführt, damit Sie sehen: Wenn Sie eine Studie auch zu der weit fortgeschrittenen Demenz machen, müssen Sie ein hoch umfassendes Prozedere wählen, das den gesundheitlichen Status genauso wie den psychopathologischen Status und den funktionellen Status, den emotional-affektiven Status genauso wie die räumliche, soziale und institutionelle Umwelt mit einschließt.



Eine Komponente ist mir jetzt hier besonders wichtig. Das hat wiederum damit zu tun, dass wir versuchen, die instrumentelle Ebene stark zu machen, damit wir auf der Ebene der praktischen Vernunft hoch differenziert argumentieren können. Ich will das an einem Beispiel veranschaulichen: In unserer Stichprobe mit 360 Personen, die umfassend untersucht worden sind, haben wir uns ja nicht nur mit den kognitiven Symptomen befasst, die ja eben in der Diskussion sehr große Bedeutung hatten, sondern auch mit den nicht kognitiven Symptomen. Sie sehen hier die jeweiligen Anteile der Gesamtstichprobe, bei denen wir die entsprechend genannten nicht kognitiven Symptome beobachten konnten. Auf drei möchte ich Ihre Aufmerksamkeit richten: das nicht kognitive Symptom der Erregung bei 41 Prozent unserer Stichprobe, das nicht kognitive Symptom der Reizbarkeit bei 31 Prozent und schließlich das nicht kognitive Symptom der Depression bei 53 Prozent. Wenn wir die These aufstellen würden, dass es sich hier um Symptome handelt, die ausschließlich durch die Krankheit bedingt seien und nichts mit der Beschaffenheit und dem Verhalten der sozialen und räumlichen Umwelt zu tun hätten, dann würden wir nicht nur auf der instrumentellen Ebene falsch argumentieren, sondern wir würden möglicherweise auch in eine ganz erhebliche ethische Problemsituation kommen. Warum?

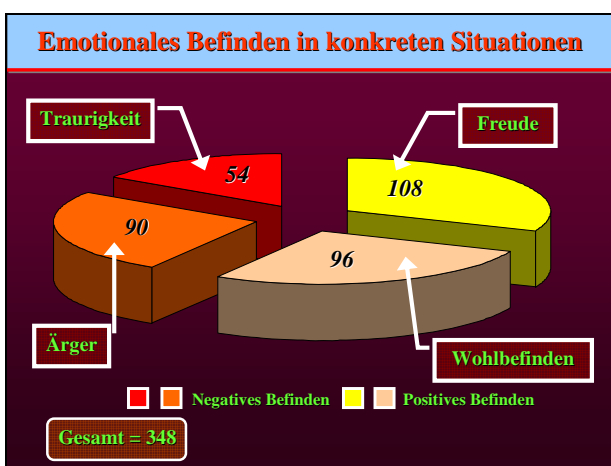
Mittlerweile wissen wir - das haben wir auch in der Untersuchung gut nachweisen können; wir wissen das auch aus der medizinisch-pflegewissenschaftlich-

psychologischen Literatur -, dass bei einem demenzkranken Menschen von einer deutlich erhöhten Verletzlichkeit, Vulnerabilität, das heißt auch von einer deutlich reduzierten Widerstandsfähigkeit auszugehen ist. Die deutlich erhöhte Verletzlichkeit trägt dazu bei, dass sich der demenzkranke Mensch gegen Umwelteindrücke nicht mehr so gut schützen bzw. abschotten kann. Das heißt, er ist natürlich für Umwelteindrücke sehr viel sensibler, als das Menschen sind, die kognitiv bzw. emotional oder affektiv stabil sind. Damit wird sofort eines deutlich: Erregungszustände bzw. Zustände deutlich erhöhter Reizbarkeit, aber auch Zustände deutlich erhöhter Depression erklären sich zwar einerseits aus den spezifischen Vulnerabilitäten eines demenzkranken Menschen heraus, aber auf der anderen Seite sind sie auch Resultat der Umwelt, der sozialen bzw. räumlichen Umwelt. Ein Beispiel: Wenn Sie einen demenzkranken Menschen von hinten ansprechen, kann das dazu führen, dass er über viele Stunden, wenn nicht sogar über ein oder zwei Tage, in hohem Maße erregt ist. Diese erhöhte Erregung, dieses nicht kognitive Symptom, hat natürlich auf der einen Seite mit der Erkrankung zu tun, aber auf der anderen Seite auch mit dem Verhalten der Umwelt gegenüber dem Patienten, insofern, als es die erhöhte Verletzlichkeit berücksichtigt oder unberücksichtigt lässt. Es ist erst einmal wichtig, sich das instrumentell vor Augen zu führen. Ethisch ist es natürlich auch bedeutsam. Wenn ich den Patienten ausschließlich in der Kategorie der Einschränkung und des Symptoms fasse, ohne aber die Frage zu stellen, inwiefern ich durch mein eigenes Verhalten dazu beitrage, dass sich die Symptome verstärken, muss ich damit rechnen, dass ich auch ethisch verantwortungslos handle. Was ich Ihnen damit zeigen möchte, ist, wie eng die instrumentelle Ebene - mir ist ja aufgegeben, hier über die Kommunikation zu sprechen; deswegen habe ich diesen Teil unserer Untersuchung ausgewählt - und die praktische Vernunftebene miteinander verwoben sind.

Sie sehen dann hier - das sei nur ganz kurz der Vollständigkeit halber aufgeführt - die Ursachen problematischen Verhaltens bei demenzkranken Menschen. Beispielsweise sind die Überforderung des Bewohners, Hunger, Durst, Schmerzen, die der Bewohner nicht verbal ausdrücken kann, oder Reaktionen auf eine Hilfsbedürftigkeit solche Faktoren, die bei einem hoch verletzlichen Menschen dazu beitragen, dass die Symptome mit einem sehr viel stärkeren Gewicht bzw. einer sehr viel stärkeren Intensität auftreten.

Sie sehen hier, wie wir versuchen, das Befinden demenzkranker Menschen zu erfassen. Wir interviewen den Heimbewohner bzw. die Heimbewohnerin; wir interviewen die Bezugsperson, um herauszufinden: Gibt es bestimmte Situationen, in denen bestimmte Emotionen oder Affekte auftreten? Schließlich werden von uns videogestützt - dabei sind natürlich alle ethischen Kautelen bedacht worden und auch alle ethischen Auflagen eingehalten worden - demenzkranke Menschen in bestimmten Situationen beobachtet, um herauszufinden, ob wir in dem mimischen Ausdrucksskript

Hinweise auf eine positiv bzw. negativ valente Emotion erkennen können.



Wir haben beispielsweise einmal 348 Situationen genau analysiert. Zum Teil sind das Situationen, die wir bei ein und demselben Patienten beobachtet haben, zum Teil Situationen, die wir bei unterschiedlichen Patienten beobachtet haben. Dabei handelt es sich um mittelschwere bis schwerstgradige Demenzerkrankungen. Was ich Ihnen hier aufzeigen will, ist, wie differenziert uns das emotionale Befinden demenzkranker Menschen begegnet, sodass wir schon sagen können: Es ist überaus bedeutsam, gute Aussagen über die kognitive Leistungsfähigkeit zu erarbeiten - was wir auch tun -, es ist aber genauso wichtig, gute Aussagen über das emotionale Befinden zu treffen. Warum? Weil das emotionale Befinden vielfach der einzige verbleibende Gradmesser für die subjektiv erlebte Lebensqualität eines demenzkranken Menschen in einer spezifischen Situation ist und wir im Grunde genommen nur noch auf dieser nonverbalen Ebene kommunizieren können. Ich akzentuiere das deswegen so stark, weil ich Ihnen damit deutlich machen will, was Wissenschaft und was gute Praxis erreichen können. Sie können bis in den schwersten Zustand der Demenzerkrankung hineingehen und Sie werden noch sehr viel Neuartiges entdecken können. Wenn Sie dies wahrnehmen und ausreichend umsetzen, führt das nicht nur dazu, dass Sie fachlich besser handeln, sondern auch, dass Sie ethische

Dilemmata differenzierter wahrnehmen bzw. differenzierter darauf reagieren.

Der letzte Aspekt, der hier noch angesprochen werden soll. Wir haben in ausführlichen Mitarbeiterinterviews in den verschiedenen Einrichtungen - Sie sehen, was da alles abgefragt wurde - unter anderem auch die Frage nach der Wahrnehmung und Förderung von Bedürfnissen in Pflege und Betreuung bzw. nach dem emotionalen Erleben gestellt. Das heißt, wir haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefragt: Können Sie uns bitte sagen, in welchen spezifischen Situationen ein bestimmter Bewohner oder eine bestimmte Bewohnerin eher eine positive Emotion - wie die dann geartet ist, werden wir noch zu differenzieren haben - bzw. keine Emotion oder eher einen neutralen Zustand bzw. eher eine negativ valente Emotion erlebt? Wir haben uns dann diese Situationen angeschaut, was mit sehr großem Aufwand verbunden ist, weil wir diese Situation nicht unbedingt konstellieren wollten, sondern sie natürlich auftreten lassen wollten.

### Bereiche des Mitarbeiterinterviews

1. Qualifikationsmerkmale der Pflegefachkräfte
2. Schweregrad und Verlauf der Demenz
3. Interaktive Fähigkeiten
4. Räumliche Umwelt
5. Soziale Umwelt
6. Aktivitäten im Alltag
7. Wahrnehmung und Förderung von Bedürfnissen in Pflege und Betreuung
8. Schmerzen
9. Emotionales Erleben

Ich zeige Ihnen einmal, was wir da herausgefunden haben. Wir haben beispielsweise in Bezug auf die positiv valenten Situationen 109 Situationen identifizieren können, in denen Freude oder Wohlbefinden eindeutig erkennbar waren. Das geschah auf der Grundlage unserer mimischen Ausdrucksanalyse in der Modifikation von Ekman und Friesen. Jetzt schauen Sie sich an, in welchen Situationen Freude bzw. Wohlbefinden auftreten, beispielsweise wenn Zuwendung gegeben wird, wenn individuell unterschiedliche Alltagsaktivitäten ausgeführt werden können, das heißt der Mensch die Möglichkeit hat, jenen Interessen und Aktivitäten nachzugehen, die ihm im Laufe seiner Biographie als bedeutsam zugewachsen sind, wenn Gruppenaktivitäten und dergleichen mehr ausgeführt werden. Ich möchte jetzt nicht diese ganzen Aktivitäten durchbuchstabieren, sondern Ihnen nur zeigen: Wir können die positiv valenten Emotionen wie Freude bzw. Wohlbefinden durchaus bestimmten konkreten Situationen zuordnen. Was für Sie sofort sichtbar wird: Diese Situationen haben sehr viel mit Kommunikation zu tun. Wenn Zuwendung gegeben wird, ist häufig eben eine Freude bzw. Wohlbefinden erkennbar.

### Art der Situation – positiv valente Situationen

Situation	Emotionen	Freude	Wohlbefinden	Gesamt
Zuwendung durch persönliche Ansprache		12	11	23
Individuell unterschiedliche Alltagsaktivitäten		6	20	26
Gruppenaktivitäten		7	2	9
Besuch von Angehörigen		7	2	9
Im Bett sein und sich ausruhen		2	10	12
Bestimmte Mahlzeiten und Getränke		2	4	6
Pflegebehandlungen		-	6	6
Teilnahme am Gottesdienst		2	2	4
Sonstige		-	4	4
Keine genauere Charakterisierung der Situation		2	8	10
		40	69	109

Wir haben auch die negativ valenten Situationen aufgeführt. Schauen Sie sich das an! Der Bewohner wird zu etwas gedrängt. In 15 Situationen treten hier Ärgerreaktionen auf, die, wenn man das mimische Ausdrucksanalyseinstrument nicht wirklich kennt, fälschlicherweise als Aggression interpretiert werden. Oder der Bewohner kann den Handlungsimpuls nicht umsetzen.

### Art der Situation – negativ valente Situationen

Situation	Emotionen	Ärger	Traurigkeit	Gesamt
Bewohner wird zu etwas gedrängt		15	-	15
Bewohner kann Handlungsimpuls nicht umsetzen		17	-	17
Konflikte mit Mitbewohnern		4	2	6
Akustische Störung		5	-	5
Pflegebehandlung		6	-	6
Besuch von Angehörigen		9	-	9
Heimweh – Wehmut		-	12	12
Weggang der Angehörigen nach Besuch		-	14	14
Konflikte mit Mitarbeitern		8	-	8
Sonstige		1	2	3
Gesamt		65	30	95

Was will ich Ihnen damit zeigen? Ich will Ihnen damit zeigen, wie wichtig es ist - jetzt ganz streng von der Wissenschaft aus argumentiert -, dass wir gute, in meinem Fall psychologische Instrumente einführen, weil diese uns in der Tat helfen, den Pflegealltag zu erleichtern bzw. zu differenzieren. Ferner: Wenn das Instrument eingesetzt wird, sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich werden, inwiefern sie bestimmte Emotionen und Affekte mit bedingen. Das heißt, der Mitarbeiter versteht, dass er Teil der Situation ist, in der der demenzkranke Mensch steht.

Ich möchte noch kurz zu einer hoch bedeutsamen Studie von Kollegen von uns aus den Vereinigten Staaten eingehen, die eine Lebensqualitätsanalyse vorgenommen haben, auch bei Patienten mit schwerer Demenz. Sie haben dann eine statistische Analyse durchgeführt, die Folgendes zeigt: Für die Lebensqualität demenzkranker Menschen sind die Güte der Kommunikation, die Möglichkeit, auch negative Affekte auszudrücken, und schließlich die Möglichkeit, ganz speziell und abhängig

von der eigenen Bedürfniswelt Körperkontakt zu suchen oder diesen zu meiden, überaus bedeutsam. Das zeigt also, dass das mir aufgegebene Thema, die Kommunikation zu untersuchen, für eine Analyse von Lebensqualität essenziell ist.

### Wohlbefinden und Teilhabe von Patienten mit schwerer Demenz

*Health and Quality of Life Outcomes, 2, 2004*

#### Faktor 1: **Kommunikation**

Antworten auf entfernte Rufe, Suche nach Kontakt

#### Faktor 2: **Negativer Affekt**

#### Faktor 3: **Körperkontakt**

Körperkontakt ist möglich: Schultern, Arme, Hände, Kopf

#### Faktor 4: **Aggression**

#### Faktor 5: **Mobilität**

Ich komme zu meinen abschließenden Überlegungen. Es ist heute schon viel darüber gesprochen worden, dass die Art und Weise, wie unsere Gesellschaft sich zu demenzkranken Menschen stellt bzw. wie unsere Gesellschaft sich zu den medizinischen Grenzsituationen in unserem Leben stellt, überaus wichtig dafür ist, wie die Versorgungsqualität im Einzelfall beschaffen ist. Ich möchte das an dieser Stelle ausdrücklich unterstreichen. Die große Herausforderung, die für uns in der Konfrontation mit dem hohen Alter, wenn es in seiner Verletzlichkeit imponiert bzw. wenn wir mehr und mehr mit demenzkranken Menschen konfrontiert werden, zu konstatieren ist, liegt in der Tatsache, dass wir uns in der Auseinandersetzung mit diesen Menschen der Verletzlichkeit, der Fragilität, der Endlichkeit unseres Lebens bewusst werden. Wir müssen dies aushalten. Wir werden immer wieder daran erinnert. Wir können natürlich viele Instrumente entwickeln, mit denen wir über viele Jahre hinweg unsere Selbstständigkeit aufrechterhalten können, und das ist gut so. Aber wir werden natürlich von demenzkranken Menschen oder von hochbetagten Menschen, bei denen die Verletzlichkeit sehr stark ausgeprägt ist, daran erinnert, dass wir im Kern endliche Wesen sind, dass wir verletzbare, fragile Wesen sind. Dieser Punkt wird mittlerweile in der öffentlichen Auseinandersetzung diskutiert. Wir werden ihn aber noch stärker akzentuieren müssen. Vor allen Dingen die einzelne Person, die im Betreuungskontext steht, muss sich immer und immer wieder mit diesem Faktum auseinandersetzen.

Blaise Pascal hat in seiner Skizze über die Größe und das Elend des Menschen folgende Aussage getroffen:

Wir gehen vielfach den Ablenkungen nach, damit uns das Faktum der Endlichkeit unseres Lebens nicht bewusst wird.

Was wir von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegekontexten hören, ist Folgendes:

Wir werden auch hier in einem Maße mit der Verletzlichkeit und Endlichkeit konfrontiert, das wir so eigentlich nicht erwartet haben. Nur dann, wenn wir in der Lage sind, wenn wir die Möglichkeit haben, uns intensiv mit solchen Dingen auseinander zu setzen und diese auch im Arbeitskontext zu reflektieren, haben wir immer wieder die Motivation, unser Wissen einzubringen, und haben wir auch eine wichtige Grundlage, dass wir in einer ethisch verantwortungsvollen Weise handeln.

Diese Aussage erklärt aber nicht, warum ich Ihnen das Bild von Munch „Trost“ vorgelegt habe. Wenn ich den bedeutsamen Arbeiten aus dem Arbeitskreis von Paul Baltes bzw. Ursula Staudinger folge, dann können wir bei einem Teil der älteren Menschen davon ausgehen, dass sie über sehr differenziertes Lebenswissen, über hoch differenzierte Wissenssysteme und Handlungsstrategien in Bezug auf Leben verfügen. Ich könnte mir vorstellen, dass Menschen, die über dieses Wissen verfügen, die über diese hoch differenzierten Handlungsstrategien verfügen, in besonderer Weise geeignet sein könnten, wenn sie gut geschult sind, Trost zu spenden. Trost an Demenzkranke und ihre Angehörigen zu spenden meint eben nicht, dass wir nur auf die Schulter klopfen, sondern meint, dass wir ihnen signalisieren, dass wir verstanden haben, was eine menschliche Grenzsituation bedeutet und was es bedeutet, dass wir in dieser Grenzsituation Solidarität üben.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Herr Kruse, recht herzlichen Dank, auch dafür, dass Sie die Vorträge von Herrn Haass und Frau Wetzstein ergänzt haben und im Zusammenhang mit Trost die Fürsorge auch noch einmal aufgegriffen haben, die Frau Wetzstein am Ende ihres Vortrages diskutiert hat.

Ich darf jetzt angesichts der fortgeschrittenen Zeit um kurze Wortbeiträge und präzise Fragen bitten. – Frau Vorsitzende, bitte.

**Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):**

Ich kann all das, was Sie über die Vulnerabilität und die Fragilität ausgeführt haben, aus eigener Erfahrung nur unterstützen. Ich habe im sehr nahen Umkreis sowohl in häuslicher Pflege wie auch in einem Heim Altersdemenz erlebt. Was nach meinem Dafürhalten die Sache für Betreuer oder für Familienangehörige so schwierig macht, ist, dass die Vulnerabilität eines Alzheimer-Patienten nichts Statisches ist, sondern dass sich das laufend und am Anfang unter Umständen rasend schnell verändert. Vorausgesetzt wird, dass der Betreuer - der wird es wahrscheinlich können - und die Angehörigen nachvollziehen müssen: Was passiert eigentlich beim

Krankheitsverlauf? Worauf muss ich mich denn jetzt einstellen? Die Aggressivität, die Unruhe und die Angstzustände, die später einer größeren Apathie weichen, sind Dinge, bei denen eine Prognose nicht möglich ist, da wir als Laien nicht wissen, was im Hirn im Laufe der Krankheit passiert. Das erschwert, jedenfalls im privaten Bereich, sehr stark die Fähigkeit, dem mit Empathie zu folgen. Ich habe erlebt, dass Menschen zutiefst verletzt wurden, weil sie von einem Dementen emotional angegriffen wurden. Ehefrauen wurde gesagt: Hau ab! Dich mag ich nicht. – Oder so etwas. Menschen kommen nur sehr schwer damit zurecht, wenn sie nicht professionell ausgebildet sind.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Wir sammeln einige Wortbeiträge und Fragen. – Herr Hummel, darf ich vielleicht die Frage an Sie als unseren Diskutanten stellen, wie die Erkenntnisse, die gerade von Herrn Kruse aufgezeigt worden sind, im Kontext von Bürgerengagement, im Kontext von städtischer Planung schon so weitreichend antizipiert sind, dass sie umgesetzt werden könnten? Denn das war ein wichtiger Punkt bei dem Vortrag von Frau Wetzstein, dass das de facto offensichtlich nicht stattfindet.

**Dr. Konrad Hummel (Sozialreferent Augsburg):**

Ich nehme das gern auf, Herr Nagel, was Sie sagen. Ich will zuerst provozierend sagen: Herr Kruse, so ethisch beeindruckend das, was Sie sagen, ist, so sehr möchte ich es provozierend erst einmal banalisieren und sagen: Sie erinnern uns eigentlich an nichts anderes, als was Kleinkinder ebenfalls brauchen. Kleinkinder reagieren bei Bedrängung, bei bestimmter Entfernung, bei Weggang ähnlich und sie reagieren positiv auf Nähe. Ich denke, bei der Sterbesituation verhält es sich ähnlich. Ich meine das überhaupt nicht abwertend. Sie schließen daraus ja in der Konsequenz, dass wir eine Ethik des Umgangs damit brauchen. Auf was ich hinauswill, ist Folgendes: Wenn wir den gesamten Vormittag Revue passieren lassen, dann haben wir eine fundamentale Position engagierter medizinischer Forschung - das war beim ersten Vortrag - und bei Ihnen jetzt ein engagiertes ethisches Credo erlebt. Ich finde beides richtig. Nur, worum es mir geht, ist, dass wir eine Alltagskompetenz der Menschen brauchen. Dazwischen müssen wir alle handeln können. Wir haben auch in Gesprächen festgestellt: Ohnmacht ist die entscheidende Provokation dieser Krankheit, weil wir genau wissen, dass wir derzeit noch nicht handeln können. Gott sei Dank kann die Grundlagenforschung da viel tun. Aber wir müssen, gemessen an unseren medizinischen Heilungsvorstellungen, zuerst einmal Ohnmacht akzeptieren. Deswegen, Herr Nagel, gibt es vergleichsweise viel bürgerschaftliches Engagement in einem eher betulichen Sinne. Ich meine das um Gottes willen nicht abwertend, sondern im Sinne von betreuend, fürsorglich. Aber es gibt noch relativ wenig differenziertes Engagement, bei dem man sagen kann: Da hat jemand auch den Mut, zu konfrontieren, zu sagen: Das halten wir aus; da laufen wir hinterher; da beruhigen wir. Wir

informieren in Präventionskampagnen - wie wir immer sagen - den Gemüsehändler, die Polizei und andere darüber, dass alle zusammenwirken müssen, wenn der Demente im Stadtteil gut leben können soll. Das setzt aus meiner Sicht ein ganz anderes, ein aktives Handeln voraus und nicht ein fürsorgliches Nähe-walten-Lassen. Es setzt ein sehr differenziertes Netzwerk von Engagement voraus. Ich sage es politisch-ethisch: Diese Menschen gehören mitten in die Gemeinschaft. Sie sind so, wie sie sind. Aber es gilt auch, Grenzen zu setzen. Denn wenn wir die Grenzen nicht setzen, sind die Angehörigen und die Pflagemitarbeiter völlig überfordert. Und die neigen dann immer zum Wegschließen. Mir geht es um Handlungskompetenz im Alltag. Da tun wir uns noch ein bisschen schwer mit Bürgerschaftskonzepten. Wir basteln an diesen Dingen. Aber die Kommunen sind, wie ich finde, nicht besonders weit, wenn es darum geht, breite Netzwerke zu schaffen.

(Beifall)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Herr Bruder, sind die Beratungsstellen, so wie Sie eine leiten, ein Teil eines solchen Netzwerkes? Ist es so, dass dieses persönliche Engagement in Ihrer Beratungsstelle ein Nukleus für das sein kann, was Herr Hummel gerade angesprochen und angemahnt hat? Kommen die Erkenntnisse, die wir gerade vernommen haben, tatsächlich schon bei den Beratungsstellen an?

**Dr. Jens Bruder (Leiter der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen in Norderstedt):**

In unserer Arbeit in Norderstedt und dem Umfeld versuchen wir, ein wenig dazu beizutragen, dass demenzbezogenes Wissen im Alltag verankert wird. Dazu hat sich der Begriff „Demenz-ABC“ als hilfreich erwiesen. Es ist ein langer Weg. Aber immerhin - man muss das in diesem Zusammenhang auch erwähnen -: Es gibt über 90 regionale Alzheimer-Gesellschaften in Deutschland; es gibt viele angehörigorientierte Beratungsstellen. Es gibt schon einiges, auch im Hinblick auf ein Grundlagentnetz, das die Verbreitung von Wissen befördern kann.

Zwei Punkte noch. Herr Kruse, vielen Dank dafür, dass Sie mit Ihren Bemühungen das erste Forschungsprojekt im deutschsprachigen Raum zur systematisierten Erfassung von emotionaler Befindlichkeit von Demenzkranken aufgebaut und entwickelt haben. So unmittelbar implizit die gefundenen Phänomene Trauer, Ärger, Freude, Wohlbefinden sind, die im alltäglichen Umgang mit Demenzkranken natürlich ständig wahrgenommen und beobachtet werden, darf man jenseits aller Wissenschaftlichkeit nie vergessen, dass das unmittelbare empathische Erleben zwischen Eltern und Kindern und Betreuern und Demenzkranken einen hohen Rang hat, gerade weil sich in der Fachwelt die Einsicht zunehmend durchsetzt, dass man für Demenzkranke kleinweltliche Versorgung braucht, die unter der Überschrift steht: Weg von der zimmerbezogenen Betreuung, hin zur wohnzimmerbezogenen Betreuung.

Das kann man jetzt nur andeuten, darin steckt aber sehr viel.

Letzter Punkt. Die via regia zum Erkennen dessen, was Demenzkranke empfinden, ist die Mimikanalyse. Für mich ist eine weitere via regia das, was die gesunden Menschen immer auch im Hinblick auf das Funktionieren unseres Verstandes empfinden. Sie bei dem Vortrag mit Ihrer leidenschaftlichen Gestik und Mimik zu beobachten war etwas, was einen dazu verführen konnte, Sie nur daraufhin zu beobachten. Zugleich aber haben wir die Dias gesehen; zugleich hat der eine oder andere vielleicht überlegt: Was kann ich fragen? Was folgt daraus? Schließlich gibt es auch welche, die geschrieben haben. Das heißt, wir sind imstande, auf vier verschiedenen Ebenen oder Kanälen geistig zu funktionieren. Warum tun wir das? Weil wir uns konzentrieren können.

Meine Frage: Verdient nicht dieses Element des Sich-konzentrieren-Könnens, ein kurzes Wort, in dem unendlich viel, Frau Wetzstein, auch von kognitiver Potenz enthalten ist, einen eigenen Stellenwert zu bekommen?

**Dieter Meyer:**

Kein Mensch auf der ganzen Erde wird jemals von solch einem Gespräch befriedigt nach Hause gehen, wo es um die Endlichkeit geht. Denn jeder Mensch, in allen Nationen und allen Sprachen, der geboren ist, braucht etwas, was im Leben, im Sterben und in alle Ewigkeit hält. Und das ist allein nur Jesus Christus. Darum sagt die Bibel: Also hat Gott die Welt geliebt, dass er seinen einzigen Sohn gab, auf dass alle, die an ihn glauben, sich zu ihm bekehren, die ihn als Erlöser und Retter annehmen, nicht verloren gehen, sondern das ewige Leben haben. Dazu ist jeder Mensch berufen. Und jeder Mensch, der diese Berufung Gottes in seinem Leben ablehnt, kann nie befriedigt werden.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vielen Dank für den Wortbeitrag. Nun, Herr Kruse, zu den Fragen, bitte.

**Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg):**

Ich komme zu der ersten Frage. Sie hatten gesagt, dass das, was bei dem demenzkranken Menschen die Situation noch einmal erheblich erschwert, die hohe Variabilität ist. Es ist kein statischer Zustand, was die kognitive Leistungsfähigkeit angeht, was die emotionale Befindlichkeit angeht, auch beispielsweise was die physiologischen Parameter angeht. Das Zweite, was Sie angedeutet haben - das ist meines Erachtens genauso wichtig -, war: Es muss eine gute Aufklärung betrieben werden, damit wir auf diese Art und Weise die Empathiefähigkeit und Empathiebereitschaft der Angehörigen erhalten. Beides möchte ich kurz ansprechen.

Wir haben gestern noch im Institut sehr lange überlegt, ob wir nicht in der Tat mikrogenetische, aktualgenetische Studien machen sollen. Das würde bedeuten, dass wir

eine Teilgruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern nehmen, bei denen die Bereitschaft besteht bzw. die wir damit nicht überfordern und wo wir auch die Zustimmung der Angehörigen haben, die wir dann über viele Tage hinweg genau untersuchen. Wenn wir sie beispielsweise an verschiedenen Tagen in eine und dieselbe Situation hineinbringen: Ist dann die emotionale Befindlichkeit stabil oder variiert sie erheblich? Das Zweite: Wie sieht es eigentlich mit der kognitiven Leistungskapazität aus? Wie sieht es mit der Zugewandtheit aus? Ich glaube, dass solche kleinen Längsschnittstudien sehr dazu beitragen können, dass wir auch über die Variabilität der kognitiven und der emotionalen Bereiche eines demenzkranken Menschen, bei dem eventuell die Demenz weit fortgeschritten ist, besser unterrichtet werden und das dann auch sehr viel besser in die Pflege einbringen können. Diese Studie müsste auch sehr genau abbilden - deswegen können Sie das nur in Einrichtungen machen, mit denen Sie hervorragend zusammenarbeiten; das haben wir Gott sei Dank -: Wie sieht das mit der Umwelt aus? Es gibt ja manchmal hoch verborgene Aspekte in der Umwelt, die als Movers agieren können, die wir aber vielfach als solche nicht wahrnehmen. Ich habe eben nur ein Beispiel genannt: Wir sprechen einen demenzkranken Menschen von hinten an. Viele denken: Auf einmal ist er agitiert. Sie wissen aber nicht, dass es mit ihnen selbst zu tun hat. Das ist ein sehr wichtiger Punkt.

Das Zweite. Ja, diese Aufklärung ist bedeutsam. Ich finde da die Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft hervorragend. Ich möchte in diesem Zusammenhang Herrn Bruder bzw. Herrn Lauter ausdrücklich mit hohem Respekt nennen, die schon Ende der 70er-Jahre/Anfang der 80er-Jahre ein großes DFG-Projekt betrieben haben, in dem es unter anderem auch um die Frage ging: Wie können wir Informationen an pflegende Angehörige in einer Weise geben, dass sie die Situation eines demenzkranken Menschen differenzierter wahrnehmen können und dass sie vor allen Dingen in die Lage versetzt werden, bestimmte Verhaltensäußerungen und Erlebnismomente nicht unbedingt auf sich selbst zu beziehen? Dieses Projekt von damals finden wir heute noch überaus wichtig.

Herr Hummel, Sie sagen zu Recht: Wir müssen demenzkranke Menschen in die Mitte der Öffentlichkeit stellen. Ich bin ein großer Freund der politikwissenschaftlichen Theorie von Hannah Arendt: „Vita activa – oder vom tätigen Leben“, 1960 veröffentlicht. Da spricht Hannah Arendt ja vom öffentlichen Raum, und zwar in folgender Weise: Sie sagt: Wann geben wir dem Menschen die Möglichkeit, in die polis, in den öffentlichen Raum, einzutreten? Nicht nur, wenn wir sagen: Der darf sich jetzt in der Öffentlichkeit bewegen. Nein, sie geht da ja noch viel tiefer. Sie sagt: Wenn der Mensch die Möglichkeit hat - ich zitiere -, sich sprechend und handelnd zu zeigen und damit aus der Hand zu geben. Das finde ich eine überaus bedeutsame Differenzierung dessen, was wir unter öffentlichem Raum verstehen.

Mein Vortrag sollte auch ein wenig als ein Beitrag dazu verstanden werden. Mir ging es darum, deutlich zu

machen - das diskutieren wir ja auch mit den Pflegefachkräften -, dass Menschen auch dann, wenn die Demenz sehr weit fortgeschritten ist, unter der Voraussetzung, dass sie differenziert wahrgenommen werden, uns als differenzierter erscheinen. Erst dann, wenn sie uns als differenzierter erscheinen, wenn ich meinen Eindruck differenziere, gebe ich dem anderen auch die Möglichkeit, sich sprechend und handelnd im öffentlichen Raum zu bewegen. Aus diesem Grunde glaube ich, dass die Erkenntnisse, wie wir sie hier gewinnen, viel stärker in die Öffentlichkeit getragen werden müssen, damit die Öffentlichkeit auch differenzierter auf demenzkranke Menschen reagiert.

Ich habe selbst - das können Sie ja in ein paar Monaten in Baden-Württemberg erleben, weil das vorgestellt wird - das Modell der Wohngruppe evaluiert und hatte die Möglichkeit, viele Tage in Wohngruppen mit demenzkranken Menschen zusammen zu leben. Was mir deutlich wurde, war: Der öffentliche Raum wird nicht nur dadurch konstituiert, dass wir neue Wohnmöglichkeiten schaffen; der öffentliche Raum wird dadurch konstituiert, dass ich dem demenzkranken Menschen - das haben Sie ja auch in gewisser Hinsicht angedeutet - die Möglichkeit gebe, sich handelnd und sprechend aus der Hand zu geben. Das ist die große Herausforderung. Das bedeutet nicht nur, dass ich sage: „Ich toleriere, dass in der Nachbarschaft demenzkranke Menschen herumlaufen“, sondern es bedeutet auch, dass ich auf diese hoch differenziert blicke.

Herr Bruder hat ja vieles zum empathischen Erleben gesagt. Mit meinem Hinweis auf die Wohngruppen habe ich natürlich Ihren Aspekt der Wohnzimmerbetreuung auch schon ein wenig aufgegriffen. Sie haben das Sich-Konzentrieren erwähnt. Damit sprechen Sie etwas an, was uns in der Studie übrigens sehr beschäftigt, was beispielsweise auch der große Paul Lawton in den Vereinigten Staaten sehr propagiert, indem er sagt: Wir dürfen nicht nur die Frage nach der Beschaffenheit von sozialer Umwelt im Hinblick darauf stellen, dass der Mensch integriert ist. Vielmehr muss der Demenzkranke auch die Möglichkeit haben, sich zurückzuziehen, was ich für überaus bedeutsam halte.

Das Sich-Konzentrieren ist aber nicht nur eine Aufgabe, die wir dem demenzkranken Menschen vorlegen; es ist auch eine Aufgabe, die wir uns selbst vorlegen müssen. Eine Mitarbeiterin aus unserem Institut hat einmal das Gespräch mit einem demenzkranken Menschen wie folgt beschrieben: Ich sitze neben der Person, rede permanent auf sie ein, merke, dass sie leicht agitiert reagiert, nehme mich zurück, weil ich spüre, dass das nicht die rechte Antwort auf die aktuelle affektive Beschaffenheit der Situation ist, fange an zu schweigen. Und auf einmal werden bestimmte verbale Äußerungen des Demenzkranken hörbar, wo er sagt: Sie sind jetzt ganz traurig. Haben Sie einen Menschen verloren? Diese Mitarbeiterin aus unserem Institut hat in der Tat einige Tage vorher einen Menschen verloren. Ich würde sagen: Das ist die Begegnung in der Konzentration. Und vielfach

würde ich sagen: Das ist die Fähigkeit der Begegnung im Schweigen.

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Wir wollen noch nicht schweigen. Frau Dr. Zank, wie weit kommt de facto das, was Herr Kruse vorgestellt hat, bei den Angehörigen an? Ist es tatsächlich so, dass dort eine Fähigkeit, eine Befähigung zum Handeln durch diese wissenschaftlichen Erkenntnisse übertragen wird?

**PD Dr. Susanne Zank (FB Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin):**

Diesbezüglich sind wir leider noch ganz am Anfang sowohl in Bezug darauf, was wir über die Belastung pflegender Angehöriger wissen und welche Handlungsmöglichkeiten wir ihnen eröffnen können, als auch in Bezug auf die Pflege in Heimen.

Ich möchte noch auf etwas anderes hinaus. Herr Kruse, Sie wissen, wie sehr ich Sie und Ihre Arbeit schätze. Deshalb traue ich mich, Sie mit einer sehr schmerzlichen Äußerung zu konfrontieren und Sie zu bitten, das zu kommentieren. Es handelt sich auch hier um eine pflegende Angehörige, die sich am letzten Wochenende per Leserbrief im „Tagesspiegel“ zu Wort gemeldet hat. Diese Dame hat über viele, viele Jahre ihre demenzkranke und krebserkrankte Mutter gepflegt und hat sich dabei über Jahre ihr widersetzt, ihr bei einem Freitod zu assistieren. Die Mutter hat darauf sehr stark gedrängt, über Jahre hinweg. Als sie dann gar nicht mehr konnte, hat sie die Mutter in ein, wie sie schreibt, gut geführtes Pflegeheim gebracht. In diesem gut geführten Pflegeheim haben sich diejenigen Bewohner, die noch gehen konnten, tagsüber in einem Raum versammelt, wie es in Pflegeheimen ja oft üblich ist. Sie haben überhaupt nicht miteinander kommuniziert. Die Leserbriefschreiberin sagt nun, wenn sie die eine oder andere Person angesprochen hat, dann hörte sie immer wieder dasselbe - ich zitiere -:

Mutti, bist du das? Holst du mich endlich in den Himmel? Ich will endlich sterben. Oder: Lieber Gott, hol mich doch. - Wann endlich werden wir dem Flehen schwerstkranker Menschen nachkommen können?

So weit die Leserbriefschreiberin. Was würden Sie vor dem Hintergrund Ihrer Forschung dieser Frau antworten?

**Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des Instituts für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg):**

Frau Zank, Sie führen mich da in die schwierigste ethische Situation hinein, in die man geführt werden kann, wenn man Forschung betreibt. Darf ich ganz kurz mit einem eigenen Beispiel antworten? Es zeigt Ihnen vielleicht, wie ich versuche, mich in solchen Situationen zu verhalten oder zu orientieren. Ich möchte übrigens an dieser Stelle sagen, dass ich sehr eindrucksvolle Fallskizzen, Vignetten und Interpretationen in dem jetzt bald erscheinenden Buch von Herrn Helmchen, Herrn Kanowski und Herrn Lauter gefunden habe, die sich mit dieser Frage ja sehr intensiv befassen. Es kam zu mir ein 83-jähriger Mann, dessen

Frau bei Kollegen Schröder in der Gerontopsychiatrie sehr gut computertomographisch untersucht worden war. Die Diagnose einer sehr weit fortgeschrittenen Demenz war erhärtet worden. Diese Frau ist bei uns ausführlich psychometrisch untersucht worden; ich habe zum Teil die Psychometrie selber gemacht. Dann hat der Mann mich angerufen und gesagt: Jetzt würde ich gern zur Befunderöffnung kommen. Da sagte ich zu dem Mann: Bei uns geht es aber so, dass ihre Frau dabei ist. Das geht nicht ohne Ihre Frau. Denn sonst werden Sie mehr wissen als Ihre Frau, auch emotional, und das tut Ihrer Beziehung nicht gut. - Dagegen hat er sich ein bisschen gesperrt, aber schlussendlich hat er gesagt: Gut. - Dann war die Frau dabei. Als ich noch einmal kurz über den Befund gesprochen hatte, vorsichtig, um die Frau nicht zu irritieren, obwohl sie in allen psychometrischen Verfahren null Punkte hatte, sagte der Mann zu mir: Wissen Sie, Herr Kruse, ich habe noch zwei Lebensaufgaben. Die erste Lebensaufgabe ist, meine Frau umzubringen, und die zweite Lebensaufgabe ist, mich umzubringen. Woraufhin - das hat mich unglaublich bewegt - die Frau begann, in einer sehr intensiven Form zu weinen. Ich sagte zu dem Mann: Bevor Sie von mir eine Kommentierung Ihrer für mich nicht leichten Aussage hören, möchte ich Ihren Blick erst einmal in Richtung Ihrer Frau wenden und Ihnen zeigen, dass Menschen vielleicht kognitiv vieles nicht mehr realisieren, aber vielleicht den emotionalen Gehalt der Situation mitbekommen. Wenn Sie diesen Schritt mit vollziehen können, werden Sie vielleicht auch ein klein wenig anders über Ihre Frau und ihre Krankheit und Ihre Beziehung nachdenken. Das Zweite könnte man vielleicht im Sinne einer Kehre verwenden: Wir haben den Homo faber, der aufbaut, wir haben den Homo amans, der erlebt und der liebt, und wir haben den Homo patiens, der sein Leiden leisten muss. Vielleicht ist es Ihnen möglich - ich habe das ja nur als Frage gestellt; das ist jetzt meine entscheidende Antwort; ich artikuliere so etwas nur als Frage -, dass Sie diesen Wert des Homo patiens in Ihrer Ehe leben? Ich bekomme von dem Mann ungefähr alle drei Wochen einen Brief, in dem steht - ich zitiere -: Nicht nur mein Leben haben Sie gerettet, sondern auch das Leben meiner Frau.

Was ich damit sagen will, ist: Was heißt denn ethisch verantwortlich handeln? Ethisch verantwortlich handeln meint ja nicht - das sagt uns schon der Altgriecher -, dass ich sage: Es gibt einen bestimmten moralischen Kodex und ich kann den auswendig und ich befolge den. Aus dem Grunde bin ich ethisch hochstehend. Nein, ethisch verantwortliches Handeln meint die Methode. Es muss eine bestimmte Methode gegeben sein, die ethische oder sittliche Dimension des Menschen freizulegen und in dieser Dimension zu kommunizieren. Das ist primär Ethik. Es geht um die Frage: Wie wird eigentlich kommuniziert? Das Wahrhaftigkeitsgebot ist eben schon genannt worden. Wenn man sich das immer wieder vor Augen führt, dann sagt man sich: Du findest sehr unterschiedliche Kriterien eines guten Lebens. Du kannst sie nur mit Fragen hervorholen. - Hätte ich den Mann das nicht gefragt, wäre es möglicherweise wirklich zum assistierten Suizid oder zu der Fahrt in die Schweiz gekommen, um das zu tun. Aber

ich habe mit der Frage ja nur versucht, dieses subjektive Kriterium zu heben. Da müssten wir in der Tat auch in den Einrichtungen versuchen, so etwas zu tun. Wir haben da sehr viel Zuwendung durch die Pflegefachkräfte erfahren, die sagen: Wir sind froh, dass ihr mit uns über dieses Fragen sprecht.

Jetzt kommt das Dritte, Frau Zank. Ich sehe in der Tat viele - deswegen habe ich das auch in meinem Vortrag angesprochen - institutionelle Grenzen, die dem individuellen Handeln gesetzt sind, leider. Deswegen sage ich: Auch die Institution und das rechtliche Umfeld haben Einfluss darauf, inwiefern sich die sittliche Dimension in unserem Handeln, in unserem Denken realisieren kann.

Jetzt kommt das Vierte und Letzte. Es gibt für mich so etwas wie ein Gebot der Unaussprechlichkeit. Die Situation, die Sie vorgelegt haben, haben auch wir in stationären Einrichtungen häufig gehört, dass nämlich Menschen sagen: Wir können einfach nicht mehr. Das Einzige, was man noch tun kann, ist, zu schauen: Hängt das irgendwie an institutionellen Kontextbedingungen? Das muss freigelegt werden; das darf natürlich nicht sein. Das Zweite ist: Ist vielleicht eine bestimmte sittliche Dimension nicht ausreichend artikuliert? Das Dritte ist: Es gibt bestimmte Punkte, auf die wir nicht mehr antworten können, aber für die wir uns engagieren wollen. Nicht aus Zufall habe ich die Albert Schweizer'sche Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben gebracht, weil ich sage: Es hängt natürlich sehr viel davon ab, wie viel wir investieren. Aber wir werden auch an bestimmte Grenzen stoßen, die wir dann auch nicht mehr überwinden können.

Eine lange Antwort, aber es war auch eine hoch schwere Frage, die Sie mir gestellt haben.

(Beifall)

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (Mitglied des Nationalen Ethikrates):**

Vielen Dank, Herr Kruse. Eigentlich ist es ein guter Moment, jetzt sozusagen einen Schnitt zu tun. Ich glaube, es ist vielleicht ein ganz guter Moment, innezuhalten in dem Wissenszuwachs, den wir gehabt haben, in der Reflexion, die wir betreiben können, und das im Rahmen der Mittagspause zu tun. Ich bin sicher, dass es eine Möglichkeit gibt, Ihre Fragen, wenn Sie sie speziell an Herrn Kruse richten wollen, ihm jetzt in einem Vieraugengespräch zu stellen oder sie danach noch anzubringen. Ich bitte um Verständnis, wenn wir an dieser Stelle eine Pause machen und keine weiteren Fragen mehr aufrufen. Ich danke allen drei Vortragenden, allen Diskutanten und Fragestellern ganz herzlich dafür, dass wir den Beginn unserer Tagung so gut gestalten konnten und zusätzliche Erkenntnisse gewonnen haben.

(Beifall)