

Nationaler Ethikrat

Wortprotokoll

Niederschrift über die

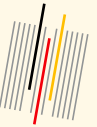
Jahrestagung

Altersdemenz und Morbus Alzheimer

27. Oktober 2005

in Berlin

Teil 2 - Nachmittag



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*

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

Meine Damen und Herren! Ich darf Sie aus der Mittagspause zurückrufen und vielleicht können Sie sich alle gleich noch einmal ein bisschen dehnen, weil wir jetzt konzentriert hintereinander drei Vorträge vor uns haben.

Ich darf Ihnen den ersten Referenten, Herrn Professor Klie, kurz vorstellen. Er ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft. Allerdings ist er auch, wie viele unserer vorherigen Redner, ein Beispiel für Interdisziplinarität, weil er in verschiedene Studiengänge hineingeschaut hat, bevor er sich endgültig der Juristerei gewidmet hat. Es ist Professor an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg und ist dort Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung; gleichzeitig ist er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Er ist auch in vielen anderen Gremien. Ganz nebenbei arbeitet er auch noch als Rechtsanwalt.

Ich darf Sie, Herr Klie, ganz herzlich zu Ihrem Vortrag bitten.

Prof. Dr. Thomas Klie (Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Evangelische Fachhochschule Freiburg):

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es ist eine Ehre, hier heute in diesem Kreis sprechen zu dürfen. Ich habe vernommen, dass ich schon einiges verpasst habe. Leider war es mir erst zu diesem Zeitpunkt möglich, nach Berlin zu kommen. Ich hoffe, dass ich mit meinem Beitrag gleichwohl in die Reihe der Vorträge hineinpasst und es sich zu einem Bild fügt, das der Veranstaltung in ihrem Anspruch gerecht wird.

Ich bin angekündigt worden mit meinem, wenn man so will, zivilgesellschaftlichen Forschungshintergrund. Wenn das denn schon so ist, möchte ich bei dem Thema „Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft“, wobei ja der Begriff der Gesellschaft unscharf ist, dem in dem Beitrag von mir insofern Konturen verleihen, als ich den Begriff der Zivilgesellschaft benutzen möchte, und zwar in drei Bedeutungen, die mir wichtig erscheinen.

Zunächst einmal Zivilgesellschaft als Sektor zwischen Staat und Markt und Familie, der zunehmend in unserer Gesellschaft eine neue Bedeutung erhält und der auch im Bereich der Begleitung von Menschen mit Demenz eine große Rolle spielt. Man denke nur an die hier ja auch prominent vertretene Alzheimer Gesellschaft mit ihren Untergliederungen. Zivilgesellschaft verstehen wir aber auch als ein Prinzip staatlicher Gestaltungspraxis; es reflektiert, dass wir in diesen Sektoren stets darauf verwiesen sind, uns gewissermaßen als Bescheidene zu begreifen, weil nur das Ineinandewirken der verschiedenen Sektoren Wohlfahrt und Zivilität in der Lage ist zu erhalten, zu gestalten und zu sichern. Da bin ich dann auch bei einem dritten Bedeutungsaspekt von Zivilgesellschaft und knüpfe dort an Elias an. Zivilgesellschaft kennt auch ein normatives Programm und

eine normative Ausrichtung, indem sie sich auf bestimmte Prinzipien im Miteinander verpflichtet, etwa Toleranz, gegenseitige Achtung, Akzeptanz von Menschenrechten und andere grundlegende Bausteine einer zivilen Gesellschaft.

So viel als Vorbemerkung für mein in meinen Ausführungen durchschillerndes Gesellschaftsverständnis, das ich bei dem mir gestellten Thema „Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft“ immer wieder ansprechen werde.

Sie kennen die Zahlen; sie sind hier heute vorgetragen worden. Sie kennen die Szenarien. Meine Vorredner haben sicherlich eine Menge zu wichtigen Perspektiven im Verstehen, im Einordnen und in einem Verständnis von Demenz ausgeführt.

Ich möchte meine Ausführungen in fünf Punkte strukturieren, die ich jeweils eigene Herausforderungen nennen möchte. Die erste Herausforderung würde ich darin sehen, das Wissen über Demenz in der Weise zu verbreiten, wie Sie das hier heute zusammengetragen haben und wir es zusammentragen. Hierin sehe ich eine gesellschaftliche Herausforderung. Eine zweite Herausforderung gesellschaftlicher Art sehe ich in der Korrektur von Einstellungen und Haltungen gegenüber Menschen mit Demenz und der Demenz. Eine dritte Herausforderung besteht darin, auch in der Wissenschaft die Diskurse zu überdenken; eine vierte in der Formulierung neuer Leitbilder, an denen wir uns orientieren können, und eine fünfte Herausforderung liegt in Handlungsaufträgen, die ich den verschiedenen Sektoren der Zivilgesellschaft zuordnen möchte.

Lassen Sie mich sehr kurz und ohne zu wissen, was heute Morgen gesagt wurde, gleichwohl resümieren: Es gilt, das Wissen über Demenz zu verbreiten, zum einen auf der diagnostischen Ebene. Wir wissen viel mehr, welche Formen von Demenz es gibt, und es lohnt die Differenzialdiagnose. Wenn Sie sich die Zahlen daraufhin anschauen, wie verbreitet diese sind, so ist es erschreckend. In dem MDK-Gutachten, in dem es um die Zuordnung einer Pflegestufe geht, ist in der überwiegenden Zahl, auch bei Vorliegen von Demenz oder bei der Vermutung, es könne sich um Demenz handeln, keine Differenzialdiagnose durchgeführt worden. Auch in den meisten hausärztlichen Attesten oder Diagnosen finden wir das nicht, auch wenn sie für die Begleitung, Behandlung und Therapie von Bedeutung wäre. Ferner wissen wir, dass viele Patienten mit Demenz nicht adäquat behandelt werden. Wir konnten in einer Studie aus dem pharmakologischen Bereich, die wir begleitet haben, feststellen, dass allein in einem Münchner Pflegeheim 70 Prozent der Psychopharmakavergaben für Menschen mit Demenz nicht lege artis erfolgt waren. Zumindest war es nicht nachvollziehbar.

Das Wissen gilt es zu verbreiten - bei den Professionellen, aber auch bei anderen Akteuren, in Familien und bei den Bürgerinnen und Bürgern selber. Wir wissen, was wir in Richtung Prävention tun können, um zumindest die Symptomatik, die mit Demenz verbunden

ist, später oder anders eintreten zu lassen. Wir wissen, worauf es heute in der Begleitung von Menschen mit Demenz ankommt, jenseits hilfloser Fürsorglichkeit oder grenzenloser Überforderung und jenseits eines vorfachlichen Aufsichtsdiskurses, der sich zum Teil in den Stichworten auch noch in unserer Rechtsordnung wiederfindet. Wir wissen, worauf es ankommt. Das ZI ist ja heute prominent vertreten; die Kollegen Weyerer und Schäufele und andere haben uns ganz wichtige Erkenntnisse vermitteln können, was denn wichtig ist, um Lebens- und auch Betreuungsqualität für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu stärken. Ich vermute, dass Andreas Kruse auch auf Aspekte der Lebensqualität eingegangen ist. Wir können lernen, zu sehen, was Leben mit Demenz auch in Bezug auf Lebensqualität bedeutet. Das ist ein Blickwinkel, der jenseits diagnostischer Brillen liegt, der vielmehr ein anderes genaues Hinsehen verlangt. Das ist wichtig, um die Welt des Menschen hinter seiner Symptomatik erkennen zu können. Das ist ein Blickwinkel, eine Perspektive, die Würde in uns entstehen lässt, wenn wir einem Menschen, den wir nicht verstehen, begegnen.

Solche Formen der Verbreitung von Wissen scheinen mir wichtig und sie stellen eine große Herausforderung dar. Hier geschieht auch viel, auch im konzertierten Zusammenwirken etwa der Alzheimer Gesellschaft, der Fachgesellschaften und der zuständigen Ministerien.

Eine zweite Herausforderung, auf die ich hier auch nur kurz eingehen möchte, die mir aber sehr wichtig ist, ist die, unsere Haltung und Einstellungen gegenüber den Krankheitsformen der Demenz und Menschen mit Demenz zu korrigieren. Der Diskurs um Demenz ist von Horrorszenarien geprägt, von einer in einer möglicherweise vorweggenommenen autonomen Entscheidung niedergelegten Willensäußerung: Wenn eine solche Form der Demenz eingetreten ist, möchte ich nicht mehr leben. - Im Nationalen Ethikrat ist ja sehr intensiv über die Frage der Vorwegverfügung zur Sicherung der Autonomie und Selbstbestimmung diskutiert worden. Sie haben sich dort - das finde ich sehr wichtig und gut - nicht dem Thema Demenz entzogen. Aber sie haben die Thematik in einer Weise beantwortet, die mir, ehrlich gesagt, nicht sehr gut gefällt. Das ist sehr juristisch gedacht, von einem Autonomiekonzept her gedacht, das den Menschen mit Demenz in seinem Jetzt-Sein so wenig erreicht und gerade angesichts verbreiteter Belastungsdiskurse und Horrorbilder einer demenzverseuchten Gesellschaft, wie man es manchmal lesen kann, nahe legt, als Ausdruck der Würde einer autonomen Person nur noch den Verzicht zu sehen. Das Kollabieren unserer sozialen Sicherungssysteme - man denke nur an den Diskurs, den der Freiburger Kollege Raffelhüschen mit angestoßen hat - macht es schwierig, Demenz adäquat und menschlich zu thematisieren. Insofern scheint es mir sehr wichtig, in der Breite Einstellungen und Haltungen zu korrigieren - nicht nur gewissermaßen als Appell und aus einer Moral heraus, sondern erfahrungsgesättigt, wozu viele von Ihnen beitragen können und beigetragen haben.

Ich darf mich hier an drei Stichworten, die mir wichtig sind, und dabei an Mary Marshall, einer Kollegin aus Sterling in Schottland, orientieren, die zum Verstehen von Menschen mit Demenz und von Demenz drei Zugänge verwendet: einmal einen medizinisch-somatischen - er ist auch sehr wichtig; wir dürfen nicht verkennen, um welche Krankheit es sich handelt -, einen zweiten, der den Menschen als psychosoziales Wesen erkennt und darum weiß, was ihm gut tut, worauf es ankommt und wo er herkommt und was für ihn auf den verschiedenen Ebenen unseres Seins heute wichtig sein kann, damit er sich, begleitet, getragen, zum Ausdruck ermutigt sieht. Schließlich ist ein Drittes wichtig - da sind wir schon bei einem kleinen Aspekt von Zivilgesellschaft -: Mary Marshall ist es wichtig und auch immer wieder gelungen, deutlich zu machen, welchen Beitrag Menschen mit Demenz uns und der Gesellschaft leisten können, und das auf verschiedenen Ebenen: in Frühphasen, auch in der Art und Weise, wie sie ihre Bilder als Bilder nach außen sichtbar werden lassen, möglicherweise in der Kunst, aber später auch in ihrer Welt, die trotz ihrer Unzugänglichkeit eine uns bereichernde sein kann, zumindest wenn wir sie analog verstehen und ein Ja zur Mehrdeutigkeit sagen können.

Die Contribution, der Beitrag von Menschen mit Demenz zu dem, was uns wichtig ist und für uns in diesem Leben Sinn stiftet, ist eine wichtige Perspektive, die wir in unseren Einstellungen und Haltungen und unserem Bemühen, Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nahe zu kommen oder sie zu verstehen, aufnehmen können und sollten, um eine zivile Grundhaltung, eine menschenfreundliche Haltung zu entwickeln, die uns gewissermaßen insofern in Solidarität trifft, als wir auch Menschen sein können und werden, die ein Leben mit Demenz als ihres akzeptieren.

Damit ist ein mehrdimensionaler Würdebegriff angesprochen. Das Menschenwürdepostulat in unserer Verfassung ist, geschichtlich betrachtet, einmal stark auf Abwehr von staatlicher Bevormundung und Eingrenzung von Freiheit hin ausgerichtet gewesen. Wir werden es heute, in einem veränderten Kontext, stärker als Herstellungsauftrag von Gesellschaft in dem Sinne sehen, dass es uns gelingt, Würde durch und in Interaktion herzustellen. Dazu gehören Einstellungen und Haltungen, die Menschen mit Demenz erreichen und sie, in der Kommunikation sowohl über sie als auch mit ihnen, würdigen.

Nun zur dritten Herausforderung, die uns in der Wissenschaft in den verschiedenen Sparten nachdenklich stimmen sollte und uns kollegial zu neuen Verständigungen bringen könnte. Ich bin davon überzeugt, dass wir gerade in dem sozialwissenschaftlichen Sektor, aber zum Teil auch in den ethischen und juristischen Diskursen diese in ihrer Paradigmatik oder ihrer Anlage überdenken sollten. Schauen wir uns an, wie die Sozialwissenschaft dominant über Altersdemenz oder, allgemeiner gesprochen, über die Begleitung von Menschen in Abhängigkeiten spricht, so können wir mit Gröning drei wichtige Linien herausdestillieren, die

ihrerseits unseren Diskurs über Demenz und Begleitung von Pflegebedürftigen bestimmen, zumindest wenn es um die Perspektiven geht, die wir für die Zukunft suchen müssen. Da haben wir einmal den Modernisierungsdiskurs. Es ist ja richtig, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der, von außen betrachtet, Individualisierung und andere Modernisierungskriterien eine große Rolle spielen. Nur wird dieser Beck'sche Diskurs in einer Weise für Pflegebedürftige und die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit rezipiert, die mir auf der einen Seite in der Sekundärwirkung sehr problematisch erscheint und auf der anderen Seite analytisch auch nicht richtig stimmt.

Man spricht da von Erosion der Familiensolidarität, von der Französischen Revolution der Familie, die uns da ins Haus steht, und nimmt Szenarien in den Blick, dass wir in den nächsten Jahrzehnten so gut wie gar keine Familienpflegebereitschaft mehr hätten. Daraus folgen dann zum Beispiel Zahlen - an der Erstellung dieser Zahlen waren wir selber beteiligt -, dass wir 2,1 Millionen Heimplätze im Jahr 2050 bräuchten. Wir wissen darum, dass wir diese nicht bezahlen und personell nicht ausstatten und schon gar nicht als Teile unserer Gemeinwesen integrieren können. Gucken wir uns einmal die empirischen Befunde an, so sieht das eigentlich ziemlich anders aus, als die Modernisierungstheoretiker uns möglicherweise nahe legen und die Rezeption dieser Ansätze in der Politik es zum Teil auch tut. Der Befund ist: Die Solidaritätsbereitschaft der Bevölkerung ist eigentlich ungebrochen hoch. Noch niemals wurden so viele Menschen mit Demenz, noch niemals wurden so viele Pflegebedürftige so lange und so intensiv und in der Regel auch so gut in ihren Familienkontexten gepflegt. Wir erkennen, wenn wir genau hingucken, Veränderungen und Riesenunterschiede, die wir häufig übergehen. In unseren eigenen Studien konnten wir herausfinden, dass Pflegebedürftige auf dem Land ungefähr viermal so viel Zeit erhalten wie Pflegebedürftige in der Stadt, unabhängig von ihrer Pflegestufe und ihrer Netzwerkkonstellation. Da gibt es Veränderungen und die müssen wir auch ernst nehmen. Nur, es gibt insgesamt eine ungebrochene Bereitschaft - das zeigen auch alle Studien zur Mentalität -, Verantwortung für Pflegebedürftige und Menschen mit Demenz wahrzunehmen, nur nicht mehr in einer Weise, wie sie bisher üblich war. Die Formen ändern sich; die Mixturen ändern sich. Hierin liegen auch Herausforderungen; darauf komme ich gleich.

Ein zweiter Diskurs wird zu Recht, aber auch mit problematischen Sekundärwirkungen geführt; das ist der Belastungsdiskurs. Demenz ist primär mit Belastungen verbunden, für den Staat auf der Ausgabenseite, für die Familien auf der psychischen, aber auch auf der ökonomischen und physischen Seite. Die Professionellen kennen die überforderten Laien und Demenz wird dann schnell zur Familienkrankheit. Wenn jemand in der Familie demenzkrank ist, gilt gewissermaßen die gesamte Familie als belastet. Mit Blick auf Kinder sagen wir das noch nicht so ganz und es ist auch etwas anderes. Das sage ich als

jemand, der beides kennt, ein Leben in einer Familie mit Demenz und mit Kindern. Gleichwohl müssen wir aufpassen, dass wir den Belastungsdiskurs, so wichtig und in seinen Differenzierungen so erhellend er auch ist, nicht in einer Weise führen, die das Leben mit Demenz für beide Beteiligten im Wesentlichen als Last und nur als solche kommuniziert. Wir kennen die Differenzen zwischen Mann und Frau in der Verarbeitung von Begleitung von Menschen mit Demenz. Wir kennen die unterschiedlichen Bewältigungsstile. Aber eines ist doch interessant - das ist ein Datum, das wir in der Forschung, in einem Experiment herausfinden konnten -: Hochbetagte oder Menschen zwischen 60 und 75 Jahren sehen, wenn sie die so genannte Hauptpflegeperson sind, die Pflege von Menschen mit Demenz und anderen nicht als gleich belastend an, obwohl sie in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkter sind, als Jüngere. Das heißt, sie haben andere Verarbeitungs- und Copingtechniken. Auch die Opportunitätskosten mögen eine Rolle spielen. Es mag uns gelingen, die Belastung ernst zu nehmen, aber nicht, gewissermaßen totalitär einen Belastungsdiskurs über die gesamte Diskussion über die Begleitung von Menschen mit Demenz zu legen. Eher könnten wir sehen, wie es gelingen kann, mit den Belastungen und ihren Ursachen produktiv umzugehen.

Eine dritte, in einem weiteren Sinn vielleicht sozialwissenschaftlich zu nennende Diskurslinie scheint mir problematisch: Das ist die Therapeutisierung all derer, die sich mit Menschen mit Demenz beschäftigen, gerade im Familienkontext. Es sei eine unbewusste Entscheidung. Der Patient und die Familie: Das sind infantile Abhängigkeiten, die da möglicherweise weitergelebt werden. Wie viel haben wir in den letzten Jahren gerade darüber geforscht und auch kommuniziert, ohne zu sehen, welche eine Leistung es auch in zivilisatorischer Hinsicht ist, dass eine Gesellschaft wie die in Deutschland in der Breite in der Lage ist, Menschen mit Demenz so zu begleiten, wie sie es derzeit tut, und nicht zu rekonstruieren, wie es denn unter bestimmten Bedingungen gelingt. So scheint es mir wichtig zu sein, die sozialwissenschaftlichen Diskurse, aber - wie ich gleich noch kurz andeuten möchte - auch manche ethischen noch einmal zu überdenken. Ich möchte unter Verweis auf Elias hier ein paar Stichworte nennen.

Auch die ethischen Diskurse scheinen mir für die Begleitung von Menschen mit Demenz und die Herausforderung in der Gesellschaft, gut und produktiv und menschenfreundlich über sie zu reden, nicht nur unproblematisch. Wir haben in den letzten Jahren eine Vereinseitigung des Autonomieaspektes, auch im Zusammenhang mit den Entscheidungen am Lebensende, provoziert, als wäre die Autonomie die Folge der Individualisierung. Genau das stimmt eigentlich nicht. Multiple Abhängigkeiten sind die Folge der Individualisierung und die Autonomie bleibt vielfach eine Fiktion. Aber gerade wir Juristen in unserer Selbstreferentialität und angesichts von moralischen Folgewirkungen, die wir nicht absehen und für die wir uns auch nicht immer verantwortlich fühlen, akzentuieren

dieses und manche Juristen feiern die Kiefersfeldener Entscheidung des BGH als großen Erfolg einer rationalen Grundlage für die Entscheidung am Lebensende von Menschen, die irgendwann einmal gesagt haben oder für die gesagt wurde, das Leben sei so nicht mehr lebenswert. Das kann ja sein; darüber möchte ich aber nicht richten und ich möchte auch überhaupt nicht eine Romantisierung des Lebens von Menschen mit Demenz befördern. Aber wir haben uns - das ist eine *conditio* einer humanen Gesellschaft - für das zu öffnen, was Leben mit Demenz auch als lebenswert erkennbar werden lässt.

Der ethische Diskurs kennt in einer weiteren Vereinseitigung den Fürsorgeaspekt als Gegenüber und sieht nicht - das scheint mir eine besondere Herausforderung für uns alle zu sein -, dass es auch so etwas gibt - wir würden das in der Theologie die Weltoffenheit nennen, Roser nennt es zumindest so - wie eine Entwicklung, eine Persönlichkeitsentwicklung, die nicht mit dem Erreichen eines bestimmten Autonomiestatus aufhört. Dann ist das Wachsen in einem Leben mit Demenz in irgendeiner Weise auch Entwicklung und das Recht auf persönliche Entwicklung steht uns in gewisser Weise zu. Es steht uns nicht an, zu sagen: Das ist eine Entwicklung, der wir von außen die Bewertung als Entwicklung versagen. Dies führt im übrigen zu aporetischen Konstellationen, weil das Ich als Ausdruck der Autonomie dann einem Sinnen-Ich gegenüber steht, das aktuell und gegenwärtig ist, aber nicht mehr zur Selbstbestimmung in der Lage. Wie stehen wir zu diesen verschiedenen Ich-Sein, die, auch in einer zeitlichen Perspektive, eben verschiedene werden können? Ich denke, die ethischen Diskurse sollten auch um diese Dimension öffentlicher bereichert werden, als es vielleicht in der Vergangenheit der Fall war.

Lassen Sie mich zu dem Stichwort kommen, das mir besonders wichtig für das Überdenken der Diskurse erscheint. Elias beschreibt die Zivilisation als Prozess zunehmender Abhängigkeit. Wenn wir dies so verstehen und ihn umdeuten bzw. in eine Habermas'sche Terminologie überführen, dann geht es, wenn man so will, um das Verhältnis von Gerechtigkeit und Solidarität im Generationenverhältnis. Und das ist der Gestaltungsauftrag, den wir wahrzunehmen haben, gewissermaßen der Gestaltungsauftrag der generativen Verantwortung. Das scheint mir eine hochinteressante und wichtige Frage für eine zukunftsfähige Gesellschaft zu sein, die ganz andere Solidaritätsaufgaben unter ganz anderen Konstellationen und für ganz andere Menschen zu übernehmen hat, als wir sie bisher vor Augen hatten. Das würde mir gefallen: Es würde uns in der Wissenschaft gelingen, diese Akzente zu maßgeblicheren werden zu lassen und sie auch - damit komme ich zum vierten Punkt - für neue Leitbilder mit zu nutzen, die unser Nachdenken und Gestalten mit prägen sollten und könnten.

So komme ich zu der vierten Herausforderung, neue Leitbilder zu formulieren, von denen schon viele formuliert sind. Viele von Ihnen haben daran Anteil, dass dies gelungen ist. Da wäre ein Leitbild, dass wir Demenz als

ein Leben verstehen und kommunizieren, das auch lebenswert ist, das nicht primär nur Lastaspekte kennt. Wenn wir so kommunizieren, dann sprechen wir den Menschen mit Demenz Zuversicht und Zugehörigkeit ab und versagen uns in unserer Offenheit. Leben mit Demenz ist auch lebenswert. Wir kennen die Bedingungen, unter denen es dann mehr oder weniger lebenswert sein kann.

Ein zweites Leitbild führt über in eine andere, eher schon auch politische Perspektivik und hinein in die Reflexion von Rollenverständnissen, das Leitbild der geteilten Verantwortung. Keiner von uns soll und kann allein Verantwortung für Menschen mit Demenz übernehmen. Wir haben derzeit versorgungspolitisch und auch von der Pflegeversicherung eine fatal gestützte Antinomie: hier auf der einen Seite die Familienpflege, möglichst noch in Dyaden. Das ist nun wirklich ein Faktum: Die Pflegeversicherung mit ihrem Pflegegeld und der Konstruktion der Hauptpflegeperson unterstützt hochproblematische dyadische Pflegeverhältnisse. Und das ist nicht gut. Wir wissen ja nun wirklich, dass das nicht gut ist. Insofern sollte man sich auch Gedanken darüber machen, ob die Regelung beim Pflegegeld denn so richtig ist. Unter Gender-Gesichtspunkten gäbe es da Einwände zu erheben. Ich will nicht einer Abschaffung das Wort reden, aber der Reflexion darüber, was das denn für Wirkungen hat und welche Leitbilder das mit prägt. Geteilte Verantwortung hieße, die Verantwortung dort, wo Menschen leben, sei es auch unter kollektiven Bedingungen, wie wir sie heute „Heim“ nennen, untereinander zu teilen zwischen Professionellen und den Familienangehörigen, in der Familie zwischen den verschiedenen Beteiligten, auch den Geschlechtern, und auch mit denen aus der Bürgerschaft, die bereit sind, Verantwortung gegenüber Fremden zu übernehmen. In einer solchen geteilten Verantwortung als Leitbild könnten die überforderten häuslichen dyadischen Pflegekonstellationen möglicherweise auch entschärft werden. Wenn Sie sich auch hier die Daten angucken: Wir wissen, dass dort, wo wir Netzwerke soziologisch als besonders stabil bezeichnen und wo wir sagen: „Es ist ja alles in Ordnung; so wollte es die Pflegeversicherung“, die Betroffenen sagen: So würde ich es aber nie wieder machen. Die Belastung ist dort in dem subjektiven Erleben besonders hoch. Dort, wo also das realisiert wird, was unser Gesetzgeber oder wir selber als Vorstellungen mit der Sicherung der Pflege verbunden haben, wird die Pflege häufig als in hohem Maße belastend erlebt.

Wenn wir zu diesem Bild der geteilten Verantwortung noch das der Koproduktion hinzufügen - das heißt, dass uns in dem Zusammenwirken von verschiedenen Berufsgruppen, aber auch von verschiedenen Modi, aus denen heraus wir Solidarität üben, etwas anderes und nicht nur ein Additivum von Unterstützung gelingt -, dann, glaube ich, wären wir auch kulturell weiter. Dann gibt es nicht die Abgrenzung „Hier die Professionellen und dort die Laien“, die möglicherweise - und das auch ganz praktisch - in dem Alltag der Betreuung und Pflege nicht immer in einer Weise zusammenarbeiten, wie wir uns das wünschen. Denken Sie nur daran, dass von den 70

Prozent der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt sind, nur 30 Prozent überhaupt berufliche Hilfe in Anspruch nehmen, der Rest macht das ganz alleine. Zumindest stellt sich das so dar, wenn wir auf die Pflege schauen. Da gelingt die geteilte Verantwortung so nicht. Und auch Heime sind gefragt, zu sagen: Wir können gar nicht alles alleine und wollen das auch gar nicht. Die Hochglanzbroschüren, die Qualitätsmanagementansätze provozieren eine gewissermaßen narzisstische Selbstdarstellung, die die Einrichtungen strukturell überfordert und nicht als solche erscheinen lässt, die auf die Koproduktion, die Teilhabe durch andere, durch uns verwiesen sind. Da liegen aber große Chancen, wie wir aus der Empirie wissen: Es wächst die Bereitschaft, sich auch für Fremde zu engagieren, gerade auch bei Älteren - und das durchaus mit zivilgesellschaftlichen Motivationshintergründen, indem sie reflektieren, dass sie hier Generationenverantwortung leben. Das ist ein wichtiger, auch individueller Gestaltungsauftrag. Eriksson würde das als Entwicklungsaufgabe des Erwachsenenalters beschreiben.

Das dritte Leitbild wäre, dass Solidarität und gutes Leben sich nicht ausschließen. Die Vorstellung „Wenn ich pflege, dann ist mein Leben vorbei; wenn ich Solidarität übe, dann ist all das, was unsere Gesellschaft heute als lebenswert anerkennt, infrage gestellt“ – das darf nicht sein. Und auch das wäre wichtig zu kommunizieren.

So komme ich zum fünften und letzten Herausforderungsaspekt, dem der Handlungsaufträge, die sich für die verschiedenen Sektoren in unserer zivilgesellschaftlich strukturierten Gesellschaft ergeben. Da haben wir zunächst - das passt ja ganz gut, weil die Koalitionsverhandlungen sich im Moment damit beschäftigen - die Sozialpolitik. Wenn Sie sich angucken, wie dort die Begleitung von Menschen mit Demenz verbessert werden soll, wenn sie an diese 30 Minuten denken, dann erkennen Sie: Das ist ein tiefes Missverständnis, worum es eigentlich bei der zukünftigen Herausforderung der Begleitung von Menschen mit Demenz gehen kann. Das ist mal wieder, Entschuldigung, symbolische Politik. Damit ist überhaupt nichts gewonnen, im Gegenteil: Es wird eine nächste Reform, die eine wirkliche Strukturreform sein könnte, nicht mehr allzu notwendig erachtet werden. Hier brauchen wir eine Pflegesicherungspolitik, die sich von der vormodernen Orientierung verabschiedet: Hier Familie und dort Heim und so ein bisschen Begleitung dazwischen. Es muss eine Pflegepolitik sein, die die Wissensbestände, die wir über Menschen mit Demenz ermitteln können, auch bezogen auf den Einzelnen, systematisch in den Blick nehmen will. Wir brauchen keine sehr selektive Pflegestufenfeststellung, die in ihrer Wirkungskraft für uns Juristen ganz befriedigend sein kann, weil wir gerichtsfeste Entscheidungen haben, die aber fachlich überhaupt nicht befriedigen kann. Wir müssen uns in unserem Leistungsrecht für das öffnen, was Menschen mit Demenz wirklich brauchen. Hier ist es nicht passfähig; das wissen wir.

Zum Glück haben wir vielfältige Formen brauchbarer Illegalität, sodass trotzdem hinsichtlich Pflege und Betreuungsleistung was gemacht wird, was eigentlich gar nicht zulässig ist. Wir haben uns geändert und können uns auch ändern. Wir müssen uns von dem lösen, was wir bisher als Unterstützungsform angesehen haben und ansehen. Es ist interessant, dass die Konzeption der Leistung der Pflegeversicherung dort, wo es um Sachleistungen geht, im Wesentlichen der Logik des medizinischen Systems folgt. Das muss und darf bei diesen lebensweltlich je neu zu entdeckenden Unterstützungspotenzialen eigentlich nicht sein, die wir dort entdecken und unter dem Leitbild der geteilten Verantwortung ausbalancieren müssen. Auch die Trennung zwischen Heim und stationär und die zurückhaltende Akzentuierung von Beratung hilft nicht. Wir würden in unseren Diskussionen sagen: Nicht nur die Pflegeversicherung, auch andere in ihrer Wirkung immer auf Kernleistung begrenzte sozialstaatliche Leistungen müssen auf ihre Tauglichkeit und Förderlichkeit für einen „Welfare Mix“-Ansatz hin überprüft werden. Das heißt: Inwieweit sind sie in der Lage, Familien in verträglicher Weise in ihrer Solidaritätsbereitschaft zu unterstützen und zu stabilisieren und zu qualifizieren, bürgerschaftliches Engagement zu generieren und zu stabilisieren? Das haben wir heute schon durchaus, dürfen es aber nicht in einer funktionalisierenden Weise einsetzen. Das würde bedeuten, dass die Professionellen wirklich dort eingesetzt würden, wo ihre Profession gefragt ist, und sich der Markt dort entfalten kann, wo er auch segensreich sein kann. Jetzt haben wir noch eine getrennte Logik: Hier die Logik der betriebswirtschaftlichen Einheiten - meinetwegen ambulanter Dienst -, die überhaupt nicht an eine haushaltsökonomische Logik angekoppelt ist. Und das ist nicht gut.

Damit ist schon angesprochen: Auch der Markt ist gefragt, sich mit seinen Leistungen jenseits von Schwarz- und grauen Märkten für die Bedarfe von Menschen mit Demenz zu öffnen. Die Familie hat ihre inneren Diskurse, um das, was denn nun intragenerative und intergenerative Solidarität anbelangt, auch zu unterstützen. Wir haben vielfältige interessante Diskurse in der Kindererziehung hinter uns. Das war früher ein sehr verborgenes Thema. Wir brauchen sie als öffentlichere Themen. Und es gilt, den dritten Sektor als Sektor zu unterstützen. Hier liegt letztlich für mich die große Herausforderung für die Wohlfahrtsverbände. Es geht nicht darum, dass sie mit den Gewerblichen konkurrieren können; das finde ich ziemlich uninteressant. Vielmehr: Gelingt es ihnen, einen nennenswerten Beitrag zu leisten, damit die Zivilgesellschaft in ihrer Teilhabesicherung und in ihrer Aufmerksamkeit und Solidarität mit einbezogen wird in die Bewältigung der Herausforderung „Altersdemenz für die Gesellschaft“?

Hier ist ein individueller, ein kollektiver, vor allen Dingen ein kommunaler, aber auch ein nationaler und schließlich ein professioneller Handlungsauftrag zu sehen. Die Leitbilder mögen helfen; die Interpretationsmuster mögen die Lösung vielleicht noch einmal anders und in

einer gemeinsamen Verantwortung denken, die reflektiert, dass keiner von uns in einem dieser Sektoren für sich in Anspruch nehmen kann, wirklich Antworten allein zu finden und sie möglicherweise noch in einem hoheitlichen Kommunikationsstil zu dekretieren, wie das leider heute noch üblich ist. Nur in einer solchen Haltung werden wir den Herausforderungen gerecht werden.

Ich sehe Ihre Ungeduld. Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

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

Herr Klie, ich darf Ihnen ganz herzlich für dieses Referat danken, das ja viele Aspekte berührt hat, auf die wir uns in der Gesellschaft vorbereiten müssen. Dann können wir gleich mit der Diskussion beginnen.

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

Herr Klie, viele Dinge, die Sie vorgetragen haben, teile ich durchaus. Ich kann es aber nicht verhindern, dass ich Ihnen in einem Punkt doch etwas widersprechen möchte. Und zwar geht es um die pflegenden Angehörigen, um ihre Belastung. Wir führen an der Freien Universität eine große Studie zu diesem Thema durch; sie wird vom Bundesfamilienministerium finanziert. Da werden 900 pflegende Angehörige bundesweit befragt. Was wir feststellen, ist, dass ein Drittel dieser Stichprobe klinisch relevante Depressionswerte aufweist. Ich rede nicht über eine kleine Verstimmung, sondern über klinisch relevante Depressionswerte. Wenn wir uns nur die pflegenden Ehepartner anschauen, also Menschen, die selber bereits betagter sind, dann werden wir Depressionswerte von 50 Prozent der Stichprobe finden. Schauen wir uns ein anderes Datum an, nämlich die mögliche Aggressivität oder Gewalttätigkeit gegen die Demenzkranken, dann geben 68 Prozent unserer Stichprobe an, dass sie in den letzten zwei Wochen vor der Befragung schon einmal sehr aggressiv zu dem Demenzkranken geworden sind. Das spricht natürlich für eine insgesamt sehr, sehr hohe Belastung. Der bekannte amerikanische Wissenschaftler Richard Schulz konnte belegen, dass hoch belastete pflegende Angehörige im Vergleich zu weniger belasteten pflegenden Angehörigen eine erhöhte Mortalitätsrate aufweisen, und zwar um die 60 Prozent innerhalb der nächsten drei Jahre. Wir können das für Deutschland noch nicht bestätigen - wir hoffen auch nicht, dass wir das irgendwann bestätigen -, aber das liegt einfach daran, dass wir die Daten noch nicht haben. Jedenfalls kann man schon sagen, dass die Pflege gelegentlich ein ausgesprochen riskantes Unternehmen für Menschen, die diese Pflege ausüben, werden kann.

Dieter Meyer:

Ich habe jetzt nur eine Frage an den Referenten. Im Christentum, auf Gott bezogen, hat jedes noch so schmerzvolle Leid einen tiefen Sinn. Aber außerhalb des Christentums: Wie will der Referent denn die brennenden

Fragen der Angehörigen von Alzheimer-Erkrankten beantworten, wenn sie ihn nach dem Sinn des Leidens fragen?

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

Die Größe der Belastung von Angehörigen Demenzkranker ist ja schon in den frühen Bemühungen, um 1980 herum, gesehen worden. Ich wollte im Zusammenhang mit Ihrem zum Teil auch etwas betriebswirtschaftlichen Begriffsrepertoire, Herr Klie - Sie sprachen von Koproduktion und den hochproblematischen Pflegedyaden -, nur etwas zur Entstehung dieser Pflegedyaden sagen, nämlich dass die Grundlage natürlich, bei etwa zwei Dritteln der Fälle, jahrzehntelange eheliche Beziehungen sind, aus denen heraus eine mit tiefer Selbstverständlichkeit empfundene Hilfehaltung entsteht. In der Begleitung pflegender Angehöriger hat sich seit langem gezeigt, dass es eine fast psychotherapeutische Aufgabe ist, sich von diesem Hilfeanspruch, der wie ein Monopol ist, zu verabschieden und Hilfe von außen anzunehmen. Das ist ein zutiefst auch psychotherapeutischer Prozess. Ich würde einfach nur dafür plädieren, dass es eine zentrale Notwendigkeit bei all den Begriffen, Netzwerke, Koproduktion, geteilte Solidarität - die ich alle bejahen; mit denen ist etwas Wichtiges gemeint -, ist, zu wissen, was dabei geleistet werden muss - immer vor dem Hintergrund lebenslanger Beziehungen.

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

Vielleicht könnten Sie jetzt zu diesen beiden Punkten Stellung nehmen, der Frage der Belastung oder Überlastung der Angehörigen und zu den von Herrn Bruder eingeführten Punkten.

Prof. Dr. Thomas Klie (Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Evangelische Fachhochschule Freiburg):

Liebe Frau Zank, ich möchte - insofern ist es aus meiner Sicht sehr gut, dass Sie das noch einmal so deutlich herausstellen, und es ist für mich hilfreich - überhaupt nicht infrage stellen, dass es hohe Belastungen gibt und dass wir sie auch sehr genau verstehen müssen. Die Zahlen, die Sie nennen, sind ja in der Tat alarmierend, aber sie dürfen nicht - und das ist mir wichtig - in eine Ausweglosigkeit hinein führen. Wir wissen auch von gelingenden Formen der Begleitung, wobei Belastung natürlich immer eine Rolle spielt. Das ist gar keine Frage: Natürlich ist das belastend. Es ist die Frage, wie wir die Belastung ausbalancieren können. Die Zahlen, die ich genannt habe, ergänzen Ihre ganz gut. Auch ich halte es für problematisch, was Sie, Herr Bruder, gesagt haben, wenn nämlich die Pflegehaushalte fast vollständig ohne irgendeine fachliche oder andere Begleitung auskommen wollen und auch noch sollen und wenn wir das letztlich in gewisser Weise unterstützen. Das ist nicht gut.

Ob man das nun immer therapeutisch macht, das scheint mir dann in der Tat das Phänomen einer

bestimmten gesellschaftlichen Gruppe zu sein, die dieses für sich so interpretieren darf und kann. Ich finde es unter zivilgesellschaftlichen Gesichtspunkten nur interessant: Die 1 400 Leute in Kassel, die wir gefragt haben: „Wie stellen Sie sich denn vor, Pflegebedürftigkeit zu bewältigen“, haben sehr dezidierte ökonomische - in weiteren Sinne jetzt - und nicht allein betriebswirtschaftliche Abwägungsfragen gestellt. Es ist für die zum Teil auch eine relativ nüchterne Angelegenheit. Das scheint mir auch wichtig zu sein. Die Solidaritätsfragen haben natürlich einen psychologischen Anteil, ganz klar. Aber sie haben eben auch einen ganz nüchternen Anteil: Gelingt es uns, den redundanten Alltag, der auch ziemlich langweilig sein kann, mit vielfältigen anderen Anforderungen unter einen Hut zu bringen und das intelligent zu managen, ohne dass wir immer allen psychischen Anforderungen an alles Mögliche, was gelingen soll, gerecht werden können? Ich halte es gerade auch für eine Möglichkeit, dieses Bild der geteilten Verantwortung dafür zu nutzen, diese Überbedeutung von dyadischen Beziehungen in ihrer Tradition etwas zu relativieren und uns in diesen Beziehungen mit Geschichte zu entlasten, indem es uns gelingt, durchaus schon in, abstrakt gesprochen, Netzwerken Unterstützung zu leisten. Hier noch einmal eine Zahl aus den Erstinterviews unserer Pflegebudgetstudie: Nachbarn helfen, auf der Stundenbasis betrachtet, mehr, geben mehr Zeit für Pflegebedürftige als Pflegedienste in Deutschland. Das ist immerhin auch schon mal was. Dieses zu unterstützen, das wäre mir ein Anliegen. Da genau hinzugucken, wie Bedingungen aussehen können, in denen Depression und Aggression nicht die notwendige Folge von Überlastungssituationen sind, das ist mir ein ganz wichtiges Anliegen.

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

Ich fühle mich weitgehend von Ihnen verstanden. Unsere Zielsetzungen sind identisch, Herr Klie, mit der Ausnahme von diesem kleinen Schlenker über die so genannte Psychotherapiebedürftigkeit einer kleinen Teilmenge. Da geht es um die ja doch überwiegend auch noch funktionierenden jahrzehntealten Beziehungen. Ich glaube, von der Überzeugung sollte man nicht Abschied nehmen, dass sie funktionierend sein können, auch über Jahrzehnte hinweg, und dass daraus eine seelische Verwurzelung resultiert, zunächst einmal im Sinn eines globalen Verantwortungsgefühls für das Wohlergehen des Partners bzw. der Elternperson. Die Menschen darin zu begleiten, hier andere Hilfen zuzulassen, und dazu beizutragen, dass sie sich sozusagen auch an die seelische Situation der Pflegenden anpassen, das meine ich mit pragmatischer Psychotherapie. Ich denke, das muss man - vielleicht haben Sie es ja auch nicht so gemeint - auch nicht als im engeren Sinne psychotherapiebedürftig, als Privileg einer kleinen Gruppe klassifizieren.

Ulrich Greb:

Ich komme vom Schlosstheater Moers. Ich möchte gern an Ihre zweite Herausforderung, die die Korrektur unserer Einstellung zum Thema Demenz betrifft, anknüpfen und möchte ein kleines Beispiel aus der Praxis anbieten. Wir haben im Moment in Moers eine Kampagne mit dem Titel laufen: Erinnern, vergessen: Kunststücke der Demenz. Sie wird vom Schlosstheater Moers zusammen mit der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH veranstaltet. Dabei zeigen wir in einem Monat über 90 Veranstaltungen und binden künstlerische und soziale Initiativen zusammen. Im Zentrum dieser Kampagne stehen vier Theaterproduktionen, drei davon mit dementen und nicht dementen Schauspielern und Schauspielerinnen und Tänzern und Tänzerinnen auf der Bühne. Frau Kollek hat heute Morgen über eine Produktion gesprochen. Ich möchte einen Impuls der Begeisterung, die wir bei dieser Kampagne in Moers erleben, hier hineinbringen. Manchmal bringt ein veränderter Blickwinkel auch die Möglichkeit, klarer zu sehen und weiterzukommen.

Was Sie von Mary Marshall zitiert haben, nämlich: „Die Dementen geben auch uns etwas“, war ein zentraler Punkt für unsere Kampagne. Wir gehen an diese Theaterstücke nicht so heran, dass wir sagen: Demenz ist ein Defizit. Vielmehr kehren wir die Perspektive um und fragen: Was ist denn da? Was können diese Menschen uns geben? Wir sind über die Theaterproduktion mitten drin in einer Diskussion, wie eigentlich wir die Normalität wahrnehmen und wie dünn das Eis ist, auf dem wir uns bewegen, und wie normativ unsere Auffassung von Realität ist. Ein kleines Beispiel: Die dementen Schauspielerinnen und Schauspieler haben aufgrund ihrer Krankheit jeden Abend Premiere. Jede Vorstellung wird zur Premiere. Das wäre für einen professionellen Schauspieler eine Katastrophe. Aber auch die, die mitspielen, wissen nicht, was passiert. Man kann sich an nichts festhalten. Was wir als Zuschauer aber erleben, ist, dass der demente Schauspieler, der im Augenblick gefangen ist, der genau im Moment ist, uns vorführt, wie sehr wir in Vergangenheits- und Zukunftsplänen verstrickt sind und genau diesen Moment, die eigentliche Gegenwart, gar nicht leben können. Das heißt, da ist unsere Normalität defizitär.

(Beifall)

Dabei handelt es sich um Menschen mit leichter und mittlerer Demenz, die dort auf der Bühne stehen und die tatsächlich auch über weite Strecken wissen, dass sie auf der Bühne stehen, die zum Teil nach der Vorstellung jedem einzelnen Zuschauer die Hand geben, sich verabschieden. Sie fühlen sich dort sichtlich wohl.

Wir haben auch ein anderes Stück, in dem wir die Perspektive der Angehörigen untersuchen, und zwar genau den Aspekt der Gewalt, der Überforderung. Da spielen keine Dementen mit; das wird von Schauspielern unseres Ensembles gemacht. Wir stellen fest, dass diese Kampagne, diese Theaterstücke ein solches Feedback hervorbringen, dass die Zuschauer darüber reden wollen, darunter teilweise betroffene Angehörige. Es macht Mut,

diese Wege weiter zu gehen. Wir gehen auch in die einzelnen Einrichtungen hinein und machen dort Lesungen mit basaler Stimulation vor schwer Demenzkranken. Wir stellen fest, dass von den Pflegekräften ein Feedback kommt, dass sie diese Ideen aufgreifen wollen, dass durch die Pflegekräfte ein Motivationsschub geht.

Mein Appell: Das macht alles sehr viel Mut. Diese Dinge werden in Moers weitergehen. Sie fördern zutage - darüber haben Sie ja auch gesprochen -, dass man gar nicht so weit gehen muss und man das gar nicht von oben politisch regulieren muss. Es passiert auf der Ebene des bürgerschaftlichen Engagements. Man muss den Leuten nur eine Möglichkeit geben und die Fantasie spielen lassen.

Danke schön.

(Beifall)

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

Ganz herzlichen Dank für diesen ermutigenden Bericht.

Dr. Konrad Hummel (Sozialreferent Augsburg):

Ich habe mich deshalb bei diesem Beitrag zu Wort gemeldet, weil ich fürchte, dass der radikale sozialrechtliche Gedanke, der bei Thomas Klie steckt, in dem Diskurs, wie ich ihn seit heute Morgen aufmerksam verfolge, etwas verloren geht. Wir bewegen uns in dem Rahmen zwischen medizinischer Grundlagenforschung und grundsätzlicher ethischer Diskussion und sind uns über die Belastung von Angehörigen einig; wir streifen die Ökonomie ungenügend. Jens Bruder hat es angedeutet. Aber was jetzt Thomas Klie angedeutet hat, würde für mich einen sozialrechtlichen Quantensprung bedeuten, wenn wir es hinbekommen würden. Die Frage ist, ob Zivilgesellschaft wirklich begriffen wird. Wir verstehen in Deutschland Zivilgesellschaft immer nur als ein zusätzliches ehrenamtliches Potenzial; Punkt. Das ist es nicht. Wenn der Wandel bei der Familie wirklich begriffen wird, dann wird ja klar: Wir haben es mit unendlich vielen alleinstehenden oder getrennt lebenden oder an verschiedenen Stellen lebenden Menschen verschiedener Generationen zu tun. Ich will das jetzt nicht vertiefen; das ist uns weitgehend alles bekannt. Aber wir tun so, als könnten wir auf professionelles Potenzial, auf Pflegeversicherungspotenzial, auf Familienpotenzial fast beliebig zurückgreifen, als sei es eine rein fiskalische Größe. Da sind sich im Zweifel immer alle in Deutschland einig, dass man an dem Geldhahn drehen muss.

Die zivilgesellschaftliche Diskussion betrifft ja - das ist kurz bei der Nachbarschaft angedeutet worden - die öffentliche Verantwortung, betrifft ein niedrigschwelliges System. Wir haben in Deutschland lebhaft Schwierigkeiten damit, wie wir niedrigschwellige Systeme fördern können, wie wir beispielsweise eine bestimmte Atmosphäre in einem Straßenzug fördern können. Ich erinnere daran, dass wir auf einem anderen Gebiet, nämlich bei der Toleranz gegenüber schwierigen Gruppen

in der Gesellschaft, gegenüber Asylanten oder Ausländern, aufgeschreckt reagieren, wenn einmal, ich sage es salopp, ein Haus brennt. Aber wenn sich die Frage in Bezug auf die Demenz stellt, wo wir in der Tat große Probleme bekommen werden, die heute ja auch schon mehrfach erwähnt worden sind, haben wir keine rechte Vision, wie wir das sozialrechtlich befördern können. Da fällt uns nicht viel Geistreiches ein. Wir tasten uns dann heran an solche Dinge wie Niedriglohnbereich, 1-Euro-Jobs oder soziales Jahr. Es fehlt uns eine Vision, wie sie die amerikanischen Stiftungen haben.

Meine Bitte ist, ob es dafür vielleicht noch einige Anregungen und Hinweise gibt. Denn mir scheint der Teil dieses Beitrags über Zivilgesellschaft so wichtig für die ethischen Überlegungen zu sein, weil dieser Begriff nicht nur Angehörige und nicht nur Pflegepersonen meint, sondern einen operativen Teil gesellschaftlicher Verantwortung. Da stehen wir in Deutschland am Anfang bei der Antwort auf die Frage, wie wir das vernünftig, niedrigschwellig, behutsam und langfristig fördern können.

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

Das passt genau dazu. Ich wollte Herrn Klie nämlich bitten, noch auf die Handlungsaufträge einzugehen, die er ja nennen wollte. Wie soll das funktionieren? Wie erreichen wir die Menschen, die Sie befragt haben? Wie können wir es schaffen, dass sie bereit sind, dieses ehrenamtliche Engagement zu leisten? Wie binden wir sie ein? Was braucht es dazu? Wer ist dafür zuständig? Wir haben von sehr wichtigen Anregungen, wie zum Beispiel dem Theaterstück, gehört. Das ist persönliches Engagement vieler Einzelner. Das, finde ich, muss man immer wieder sagen: Wir brauchen Unterstützung dafür. Und die Kommunen: Wo sind sie? Was passiert? Wo sind die Handlungsaufträge?

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

Vielleicht können Sie diese konkrete Aufforderung zu einem kurzen Schlusswort nutzen.

Prof. Dr. Thomas Klie (Leiter des Zentrums für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Evangelische Fachhochschule Freiburg):

Zunächst einmal gibt es - zwar nicht in einem anspruchsvollen Sinne evidenzbasiert - eine „best practice“, wo es auf der kommunalen Ebene gelingt, so etwas wie eine bürgerschaftliche Kultur zu entwickeln, die es nicht nur als Zufall, sondern durchaus auch als Ergebnis günstiger Rahmenbedingungen erscheinen lässt, dass eine Vielfalt von Engagement entsteht. Es leistet vor allen Dingen auch einen wesentlichen Beitrag in Bezug darauf, was wir durch unsere Lebensformen und auch durch einen größeren Freiheitsgewinn bei der Gestaltung unseres privaten Lebens an so genannten Sicherungslücken bzw. Solidaritätsaufgaben hinterlassen oder als neu zu gestaltende vor uns haben. Darum geht es ja im Wesentlichen. Für mich ist der Diskurs darüber „Wie können wir den demographischen Wandel und die

Arbeitslosigkeit auffangen, damit wir die Pflegeversicherung noch ein bisschen weiter finanzieren können?“ völlig uninteressant und er lenkt auch von den eigentlichen zentralen Fragen ziemlich ab. Ob wir jetzt noch 0,5 Prozent mehr Lohnnebenkosten für die Pflegeversicherung verwenden oder nicht – das ist überhaupt gar nicht die Frage. Daher ist bei mir auch entsetzte Ratlosigkeit darüber, warum die Politik nicht begreift, was da als Gestaltungsaufgabe auf uns zukommt. Es kann doch nicht darum gehen, weiter irgendwelche Dienste zu finanzieren, die für Menschen mit Demenz überhaupt gar nicht geeignet sind und die noch nicht einmal in der Lage sind, bürgerschaftliche Strukturen mit einzubeziehen. Die verhalten sich ja wie Feuer und Wasser; die passen überhaupt nicht zusammen. Darauf wird es, denke ich, zentral ankommen.

Auf der sozialrechtlichen Ebene würde ich mir zunächst einmal eine starke Deregulierung des Leistungsrechts wünschen. Es sollte nicht so sein, dass die Logik eines Kleinbetriebes, eines Kleinstbetriebes, der keine strategischen Valenzen mehr hat, darüber bestimmt, was Leute bekommen und welche Mitarbeiter eingesetzt werden. Das kann es nicht sein. Vielmehr müssen wir - und das können wir auch - mit ganz anderen Formen sozialrechtlicher Steuerung andere Leistungsformen und -partner in das einbeziehen, was immer eine begrenzte sozialstaatliche Transferleistung sein wird. Ferner werden wir uns darauf verlegen müssen, wesentlich stärker Infrastrukturverantwortung für das wahrzunehmen, was gelingende Mixturen von Betreuung und Pflege ermöglicht und stabilisiert. Das wird genauso sein, wie das heute die Familien machen. Da haben wir dann die Depressionsraten und die Aggressionsraten. Die sollen ja gerade ohne Unterstützung eine Bewältigung hinkriegen. Wenn das nicht mehr so ist, dann soll das bürgerschaftlich gemacht werden. Das funktioniert ebenfalls nicht. Insofern scheinen mir Ansätze zum Beispiel eines Case-Managements, einer Infrastruktur wichtige Bausteine zu sein, damit solche Konstruktionen gelingen und nicht allein als Mittelschichtphänomene vorkommen. Ferner ist die kommunale Verantwortung gefragt, und zwar die Kommune nicht als eine Instanz, die gewährt - da müssen die Kommunen aufpassen; wenn sie so weitermachen wie bisher, dann wird das für sie auf der Sozialhilfebene wahnsinnig teuer -, sondern als die, die gestaltet, dass die latente Bereitschaft von Angehörigen und von bürgerschaftlich Engagierten mit genutzt werden kann. Das ist natürlich für unsere Sozialrechtsdogmatiker, für die Kollegen vom Bundessozialgericht erst einmal grausam, richtig grausam, weil denen die gesamte Dogmatik des Sozialleistungsrechts um die Ohren fliegt. Aber darin besteht die Herausforderung, das Sozialrecht an dieser Stelle neu zu denken. Ich habe gute Ideen dazu, wie man das machen kann, andere auch.

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

Wir sehen: Es gibt noch viel Konkretes auszuformulieren. Herzlichen Dank, Herr Klie, für diesen Vortrag und diese Anregung.

(Beifall)

Ich darf für den Vortrag von Herrn Henn die Moderation an Frau Weber-Hassemer übergeben.

Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):

Ich darf jetzt Herrn Professor Henn begrüßen. Herr Henn ist in den USA geboren und ist viele Jahre in den USA wissenschaftlich tätig gewesen. Das Besondere ist: Herr Henn ist sowohl Mediziner als auch Biologe. Er ist Dr. phil. und Dr. med. Er hat lange Jahre in den USA sowohl in der Forschung wie in der Psychiatrie gearbeitet und ist seit 1994 - das ist ja auch schon eine Weile her - Ordinarius für Psychiatrie an der Fakultät für klinische Medizin der Universität Heidelberg und Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim.

Ich sagte ja heute Morgen, dass wir aus terminlichen Gründen die thematischen Blöcke nicht so genau trennen konnten. Wir kommen mit Herrn Henn wieder zurück in die Forschungsperspektive, die heute Morgen von Herrn Haass ja schon dargestellt wurde. Aber Herr Henn wird neben der Forschungsperspektive auch die Frage thematisieren, inwieweit man mit Dementen oder eingeschränkt Entscheidungsfähigen Forschung betreiben kann, welche ethischen Probleme es da insbesondere gibt. Daneben wird er aber auch auf Forschungsansätze zurückkommen, die es heute gibt und die möglicherweise von Herrn Haass offen gelassen wurden, weil es nicht sein Gebiet war.

Herr Henn, bitte schön.

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Danke schön für die netten Worte und für die Einladung. Ich werde es heute einfach machen. Ich werde versuchen, ein paar Daten zu zeigen, die die Probleme klar machen.

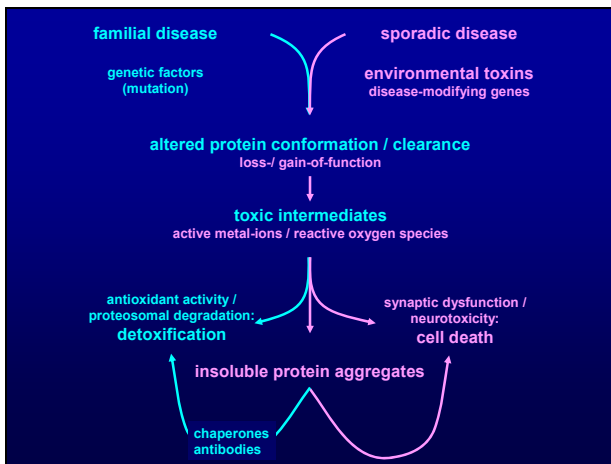
Ich fange mit der Epidemiologie an. Wir schauen uns zunächst die neurodegenerative Krankheit Demenz an. Demenz ist kein Krankheitsbild. Was wir haben, sind viele verschiedene Krankheiten. Die Alzheimer'sche Demenz ist

Neurodegenerative Diseases

- Alzheimer Dementia ~ 60%
von die 1/3 sind Mixed Dementia
- Vascular Dementia ~ 15%
- Parkinson's Disease (Lewy Body Dementia) ~ 20+%
- Pick's Disease (Fronto-temporal Dementia)
- Creutzfeldt Jacob Dementia
- Huntington Chorea Dementia
- Dementia due to HIV

auch nicht eine Krankheit; es sind verschiedene genetische Varianten, die aber alle eine gemeinsame

Pathophysiologie aufweisen. Das betrifft ungefähr 60 Prozent der Demenzen. Davon hat wenigstens ein Drittel noch andere Demenzformen. Hier sehen Sie die vaskuläre Demenz. Das kommt nach den kleinen Schlaganfällen, die 15 Prozent haben. Wir sehen, dass in den letzten Jahren zu beobachten ist, dass auch Parkinson zu Demenz führen kann. Die Lewy-Body-Demenz bekommt in der Epidemiologie immer mehr Gewicht. Die seltenen Formen - das Vorkommen bei denen ist unter 1 Prozent - sind Pick's Disease, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Huntington-Chorea und HIV.



Wir sehen, dass es bei vielen Demenzen ein gemeinsames Muster gibt. Dieses Muster wollte ich Ihnen einmal zeigen. Wenn wir später über Forschungsmöglichkeiten sprechen, werden wir sehen, dass das, was Christian Haass heute Morgen sagte - er hat das Amyloid vorgestellt und gesagt, wie klebrig es ist -, für viele Krankheiten gilt. Das sind sowohl genetische Formen wie Huntington als auch sporadische Formen wie Alzheimer. Aber immer scheint es mit diesem Muster zu tun zu haben: ein verändertes Eiweiß, ein toxisches „intermediate“, ein Aggregat und dann der Zelltod, wenn wir das Aggregat nicht beseitigen können.

Wir sehen: Beinahe alle Eiweiße sind schon bekannt. Bei Huntington haben wir das Huntington-Protein. Das war ein großer Fortschritt in der Genetik. Wir haben durch die

Neurodegenerative Diseases Associated with Abnormal Protein Conformations	
• Alzheimer's disease	APP / β A4
• Fronto - temporal Dementia	tau
• Creutzfeldt-Jacob disease	PrP
• Amyotrophic lateral sclerosis	SOD
• Parkinson's disease	α -synuclein
• Huntington's disease *	huntingtin
• Machado-Joseph disease	ataxin-3

* and other polyglutamine expansions of spino-bulbar muscular atrophy (SBMA), dentatorubral pallidolysian atrophy (DRPLA), and the spinocerebellar ataxias (SCA 1,2,3)

praktische Genetik dieses Gen und das Eiweiß gefunden. Aber bis jetzt - das ist, glaube ich, schon 15 Jahre her -

haben wir keinen Weg gefunden, diese Krankheit zu therapieren. Wenn wir die Pathophysiologie und wenn wir Target-Moleküle finden, ist es von da an noch ein langer Weg, bis wir eine Therapie haben. Das sollten Sie im Hinterkopf behalten; ich werde darauf zurückkommen.

Jetzt kommen wir zur Epidemiologie. Das wird Herrn Klies Vortrag ein bisschen untermauern. Von 1900 bis 2000 ist die Zahl der über 65-Jährigen in Deutschland von 3,2 Millionen auf 12,2 Millionen gestiegen; in 100 Jahren hat sie sich vervierfacht. Die nächsten 50 Jahre werden ungefähr eine gleiche Vergrößerung bringen. Bei den über 80-Jährigen ist die Zahl von 300 000 auf 3 Millionen gestiegen; das ist eine Verzehnfachung. Das ist sehr wichtig. Sie haben es schon gehört und ich werde es in meiner nächsten Folie wiederum betonen: Das höchste Risiko für eine Demenz hängt mit dem Alter zusammen. Wenn wir älter werden, geht das Risiko hoch und wenn wir über 80 sind, ist das Risiko erheblich. Wir haben gehört, dass wir 2050 2,1 Millionen Heimplätze benötigen werden. Es wird 16,9 Millionen Menschen mit Demenz in irgendeiner Form geben. Das können wir einfach nicht bezahlen. Das ganze Gesundheitswesen, die gesamte Gesundheitsökonomie, nicht nur die Pflegesätze, würden das nicht abdecken können. Das heißt, wir müssen dramatisch etwas ändern.

German Population Distribution

- Over 65 from 1900 to 2000 went from 3.2 million to 12.9 million.
- Over 80 - 300,000 to 3.2 million.
- Population over 65 by 2050 – 16.9 million

Epidemiologie

- Prävalenz von Gedächtnisproblemen über 65 – Bei 75% kein Problem
- 16,8 % Leichte kognitive Symptome - Keine diagnostische Bedeutung (MCI)
- 2,3% Leichte Demenz
- 3,1% Mittelschwere Form
- 2,6% Schwere Form

Ich will nun zu Gedächtnisproblemen kommen. Ich werde wieder von Menschen über 65 sprechen. Diese Grenze ist wichtig. Es ist beruhigend, dass 75 Prozent keine Probleme haben. 16,8 Prozent weisen keine

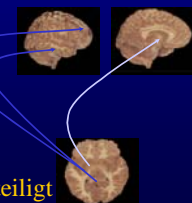
Diagnose auf, aber haben geringe kognitive Störungen; das ist das so genannte „mild cognitive impairment“. Diese Personen haben ein hohes Risiko, eine Demenz zu entwickeln. Eine der Aufgaben, die wir in der Forschung in den nächsten Jahren wahrnehmen müssen, ist: Wir müssen unbedingt eine diagnostische Möglichkeit finden, mit der wir die Menschen mit leichten kognitiven Symptomen untersuchen und bestimmen können: Wer trägt das Risiko in sich, eine echte Demenz zu entwickeln? 2,3 Prozent haben eine leichte Demenz, 3,1 Prozent die mittelschwere Form, 2,6 die schwere.

Wenn man das auf das Alter bezieht, wird man Folgendes finden: In der Gruppe von 65 bis 69 Jahren haben ungefähr 2 Prozent Demenz, in der Gruppe von 85 bis 89 sind es ungefähr 25 Prozent. Das sind die Ergebnisse der alten Studie von Bickel. Ich hoffe, dass die Daten noch stimmen.

Alle fünf Jahre verdoppelt sich der Anteil. Bei den 95-Jährigen sind es ungefähr 50 Prozent. Herr Baltes hat uns in der Berliner Altersstudie gezeigt, dass es bei den 50 Prozent nachlässt und man nicht mehr so ein hohes Risiko hat. Aber 50 Prozent sind schon eine erhebliche Zahl. Damit müssen wir rechnen. Warum? Was heutzutage passiert, ist, dass die Medizin immer besser wird. Wir können Menschen länger am Leben halten. Das heißt, der Anteil derer, die ein so hohes Alter erreichen, wird immer höher; die Hälfte davon wird eine Demenz haben. Das ist etwas, was keine Gesellschaft aushalten kann; selbst die Gesellschaft in den USA ist auf solche Zahlen nicht vorbereitet.

Das Cholinerge System

- In der frühen Pathologie der AD bildet sich in der Hippocampusregion eine große Anzahl an Plaques und Neurofibrillen – von diesen wird angenommen, dass sie das Gedächtnis beeinträchtigen
- Im progredienten Verlauf der AD sind zunehmend auch cortikale Regionen betroffen, die an komplexen Lern- und Denkprozessen beteiligt



Jetzt zur Therapie. Dabei werde ich etwas über das Verhältnis von Kosten und Nutzen sagen und wieder ein paar Probleme aufwerfen. Herr Haass hat Ihnen das cholinergische System gezeigt und gesagt, dass es nicht das Grundsystem bei der Alzheimer-Krankheit ist. Die großen Zellen im Nucleus Minor gehen in den Hippocampus und den Cortex hinein und sind besonders empfindlich. Das heißt, wenn wir den Verlust von diesen Zellen mittels Gabe von Hemmern von Acetylcholinesterase mindern, kann das - so hat Herr Haass es uns gezeigt - langfristig nicht wirken, aber kurzfristig vielleicht etwas bringen. Ich will jetzt die Frage nach den Kosten und dem Nutzen stellen. Der National

Health Service in England hat eine Studie durchführen lassen, die vor nicht allzu langer Zeit in „Lancet“ veröffentlicht wurde. Diese Studie besagt: Diese Hemmer wirken nicht. Die Studie war so angelegt, dass man nachvollziehen konnte, dass die nicht unter diesen Bedingungen wirken. Die Bedingungen waren nicht ganz fair. Andere Studien zeigen - das werde ich Ihnen ebenfalls vorstellen -, dass eine leichte Verbesserung eingetreten ist. Die Frage ist wirklich: Sollte man Geld für diese Medikamente, die sehr teuer sind, ausgeben? Wie lange sollte man das tun und in welchem Umfang? Der National Health Service tendiert dazu, zu sagen: Wir sollten dafür überhaupt kein Geld ausgeben. In Deutschland würde darüber nicht diskutiert werden, aber praktisch verhält es sich so, dass Hausärzte überlegen: Ist es das wert, dass ich wegen dieser Medikamente mein Budget sprengte? Viele verschreiben sie nicht.

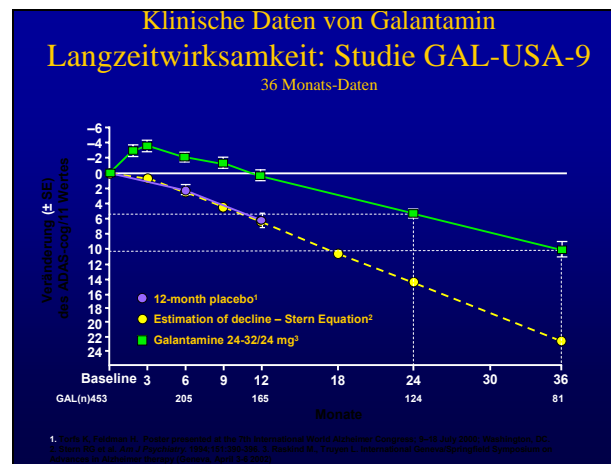
Ein Teil der klinischen Symptomatologie der AD liegt ein cholinerges Defizit zugrunde

Cholinerges Defizit

- Progredienter Verlust von cholinergen Neuronen
- Progrediente Verminderung des verfügbaren Acetylcholins (ACh)
- Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten (activities of daily living / ADL), des Verhaltens und der kognitiven Funktionen

Perry et al. 1978a; Bartus et al. 1982; Cummings & Back, 1998

Da ergeben sich Probleme; ich zeige Ihnen eines. Diese Folie stammt von einer Pharmafirma, die eines von diesen drei Medikamenten herstellt. Ich habe die Wörter „ein Teil“ hinzugefügt, sodass es jetzt lautet: Ein[em] Teil der klinischen Symptomatologie liegt ein cholinergisches Defizit zugrunde. Vorher hieß es einfach: Der klinischen Symptomatologie liegt ein cholinergisches Defizit zugrunde. Es ist eine Marketingfrage. Und daran hängt viel Geld. Aber es gibt da auch Nutzen, wie ich Ihnen jetzt zeigen werde.

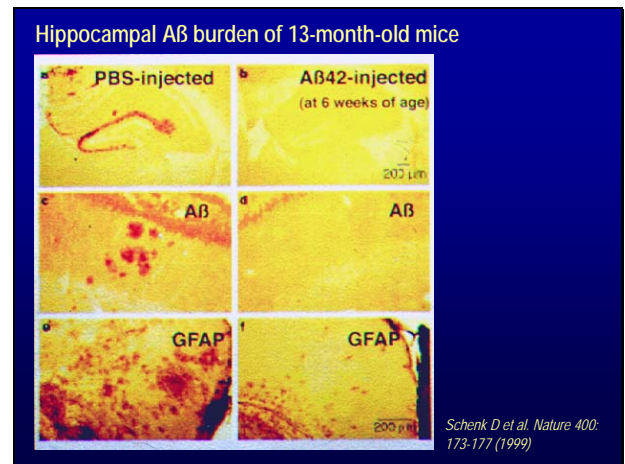


Diese Kurve gibt den Verlauf eines frühen Stadiums von Alzheimer wieder. Diese Daten stammen aus einer Kohorte von ein paar hundert Patienten. Wenn wir einfach einmal rechnen, wie es weitergehen wird, erhalten wir diese Linie. Sie ist nicht empirisch bestätigt. Es kann sein, dass sie ein bisschen anders verläuft. Aber wie sie hier dargestellt ist, ergibt sie sich aus den Daten. Wenn man nun einen Acetylcholin-Hemmer gibt - hier ist es Galantamin, aber alle drei sind gleich -, sieht man, dass allgemein ein wenig Besserung eingetreten ist. Wenn man klinisch arbeitet, merkt man: Bei einigen Patienten ist wirklich eine Besserung eingetreten. Diese merkwürdige Besserung hält sechs, acht oder neun Monate an. Dann geht es wieder herunter. Am Ende - und das ist der wichtigste Punkt; hier sind alle Daten real - gewinnt man ungefähr zwölf Monate. Das heißt, der Verlauf der Krankheit geht weiter bis zum Tod; es wird sich Pflegebedürftigkeit ergeben. Aber man hat es um ein Jahr hinausgeschoben. Die Frage ist: Ist dieser Nutzen ausreichend, dass man ein solches Medikament geben kann? Ich glaube, fast alle Nervenärzte, Psychiater würden Ja sagen. Aber wie sieht es mit den Hausärzten aus? Es gibt in Deutschland das Kompetenznetz Demenz. Wir haben 120 Hausärzte nach ihrer Praxis befragt und haben gesehen, dass viele sagen: Ich diagnostiziere das nicht, bevor es nicht wirklich notwendig ist. Ich behandle die Frühstadien überhaupt nicht; es sprengt mein Budget. - Das ist es, was de facto passiert. Ich glaube, eine Gesellschaft sollte das öffentlich diskutieren: Sollen wir so handeln? Können wir es uns erlauben, 2 Millionen Menschen so zu behandeln? Zurzeit ist die Zahl in Deutschland gar nicht so hoch. Diese Frage müssen wir noch angehen.

Christian Haass hat auch gesagt, dass eine Impfung kommt. Die Impfstudie kenne ich sehr gut; ich war in dem „Safety Monitoring Committee“ der ersten Studie, ich war einer von fünf weltweit, die alle Daten bekommen und darüber bestimmt haben: Wird die Studie fortgeführt oder nicht? Wir haben, nachdem 17 Fälle von Enzephalitis aufgetreten sind, das Votum abgeben, dass sie nicht fortgesetzt werden sollte. Die Daten, die Christian gezeigt hat, sind für die eine Kohorte aus Zürich zutreffend. Die Daten sind nicht ganz so gut, wenn man die gesamte Studie nimmt. Sie sind aber ein „proof of principle“, was Christian auch gesagt hat. Sie zeigen genau das, was Christian gezeigt hat.

Hier sehen Sie die Ergebnisse einer Mäusestudie; das ist die allererste, die von Schenk durchgeführt wurde. Man sieht: bei nicht geimpften Mäusen Amyloid-Plaques und bei einer geimpften Maus überhaupt keine Plaques. Diese Hoffnung ist wirklich wichtig. Die zweite Studie läuft zurzeit in den USA; beteiligt sind über 200 Personen. Was ich von der Firma vor zwei Wochen gehört habe, ist: Es sieht gut aus. Es sind keine Fälle von Enzephalitis aufgetreten. Die Wirkung ist noch nicht klar. Das gibt uns Hoffnung, dass wir in fünf bis sieben Jahren vielleicht etwas tun können. Das Problem ist: Amyloid ist ein Eiweiß - Sie haben es gehört -, das normalerweise in allen Menschen vorkommt. Wenn man einen Antikörper für eigenes Gewebe

produziert, ist es immer sehr gefährlich. Man kann immer eine Entzündung hervorrufen. Wir müssen also sehr vorsichtig sein. Eine Strategie ist, die Antikörper in andere Tiere zu spritzen. Wir haben immer gedacht, dass sie die Blut-Hirn-Schranke nicht überwinden können. Es scheint aber so zu sein, dass Immunzellen das aufnehmen und durch die Blut-Hirn-Schranke transportieren, sodass es wirksam sein könnte.



Ich habe die Impfung deswegen erwähnt, weil ich glaube, dass sie uns zu einer interessanten Frage führt, die auch ethisch relevant ist: Es ist die Frage der Frühdiagnostik. Wenn wir so etwas verwenden wollen, dann sollten wir Menschen behandeln, bevor sie Defizite aufweisen. Das heißt, alle Personen, die „mild cognitive impaired“ sind, sollten getestet werden und wir sollten diejenigen behandeln, die das Risiko haben. Ist das möglich?

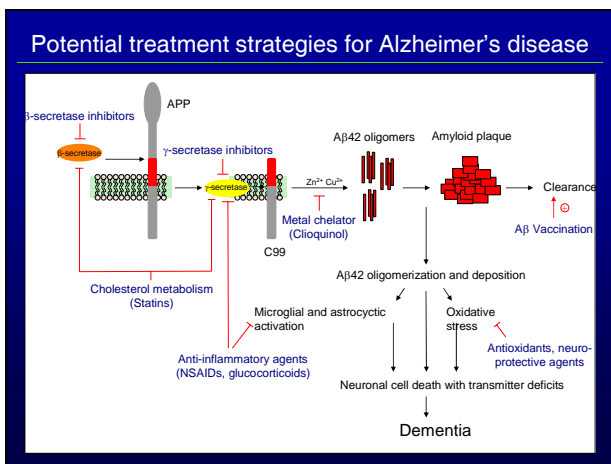
Im Kompetenznetz haben wir in einer Matrix zwei oder drei biochemische Marker und zwei bildgebende Marker - einer weist die Schrumpfung des Gehirns aus; der zweite Marker ist ein Marker der magnetischen Resonanzspektroskopie, ein Marker also, der zeigt, ob Neuronen aktiv sind - zusammengestellt. Unsere ersten Daten belegen, dass über 90 Prozent Spezifität und 90 Prozent Sensitivität vorliegen. Das heißt, mit chemischen Tests wird eine Frühdiagnostik möglich sein. Die chemischen Tests könnten besser werden, wenn wir bessere Proteomics hätten. Daran arbeiten wir.

Das führt mich zu den nächsten ethischen Fragen. Die eine Frage ist: Sollte man Leute untersuchen, die nicht einwilligungsfähig sind? Die zweite Frage lautet: Sollte man Personen mit invasiven Methoden untersuchen, die überhaupt keine Diagnose haben? Das müssen wir jetzt machen. Wir müssen Personen, die keine Patienten sind, die Probanden sind, Liquorproben entnehmen und die Eiweiße in diesem Liquor analysieren. Sollen wir das? Können wir das? Wir haben lange darüber debattiert und wir haben uns überlegt, dass wir es tun sollten. Die Betroffenen müssen natürlich vorher selbst einwilligen. Sie tun das in großer Zahl, weil sie Angst haben, es könnte etwas passieren.

Auch bei der Frühdiagnostik stellt sich die Kosten-Nutzen-Frage. Es gibt da eine weitere Technik, das PET-

Screening, wobei PET für Positron Emission Tomography steht. Man erhält so ein Bild von radioaktiven Substanzen im Gehirn. Zwei Zentren weisen nun Marker auf, die Amyloid im Gehirn binden. Mithilfe dieser Bindung kann man die so genannte „amyloid load“ im Gehirn und damit auch das Risiko für Alzheimer feststellen. Diese Studie kostet für jeden Patienten 1 000 Euro. Kann man sich so etwas leisten, wenn die Betroffenen nicht krank sind? Ich glaube, nicht. Wir müssen andere Wege finden.

Ich will zum Schluss noch ein weiteres Dilemma aufzeigen. Hier sehen Sie das Schema, das auch Christian Haass vorgestellt hat: Hier ist das APP, dort sind die kleinen Scheren; da ist das Amyloid; da ist das Aggregat. Er hat es gezeigt mit „beta secretase inhibitors“



oder „gamma secretase inhibitors“; das kann gut sein. Andere, die Gruppe um Konrad Beyreuther oder Tobias Hartmann, haben zusammen mit Herrn Fassbinder Statinen untersucht. Mehrere haben Kupfer untersucht. In Berlin läuft eine große Studie über Kupfer. Über die Impfung habe ich Ihnen ja schon etwas gesagt. Antioxidanzen bringen nicht viel; das haben wir heute Morgen gehört. Aber anti-inflammatorische Agenten, „the non steroidal anti-inflammatory agents“ sind ganz interessant. Diese Medikamente wie Vioxx und Celebrax sind auch Gamma-Sekretase-Inhibitoren, die Gamma-Sekretasen in hoher Dosierung hemmen. Das Eiweiß, das die Entwicklung regelt - das hat Christian heute Morgen bei Muskelzellen der Zebrafische gezeigt -, ist normalerweise beeinträchtigt, wenn man Gamma-Sekretasen hemmt, was alle diese Nebenwirkungen hervorruft. Es gibt „non steroidal anti-inflammatories“, die das nicht tun. Man muss sie aber in sehr hoher Dosierung geben. Einen davon haben Sie alle, glaube ich, in Ihrem Medizinschrank; das ist Ibuprofen. Ibuprofen hemmt Gamma-Sekretasen, wenn man über 2 Gramm pro Tag bekommt. Die Möglichkeit schwerer Nebenwirkungen ist gegeben, besonders im Bereich des Magens. Keiner, besonders die Pharmafirmen trauen sich nicht, das zu untersuchen. Darauf ist kein Patent; man kann damit also auch kein Geld verdienen. Es könnte aber wirklich schlimme Nebenwirkungen geben. Können wir uns das leisten? Sollen wir das nicht untersuchen? Sollte man nicht erforschen, ob es möglich ist, die Krankheit damit aufzuhalten? Dazu wären sehr aufwendige klinische

Untersuchungen erforderlich. Man muss einen hohen Input mit sehr vielen teuren Untersuchungen haben. Meiner Meinung nach sollten wir es machen.

In Deutschland haben wir ein Forschungsnetz Demenz, zu dem 14 verschiedene Unikliniken gehören. Dieses Forschungsnetz arbeitet an der Frühdiagnostik; man kann in ihm aber auch schnell neu entwickelte Medikamente prüfen. Wir müssten uns im Forschungsnetz überlegen, da wir es nicht alleine können - es kostet sehr viel Geld -: Sollte man nicht welche von diesen Medikamenten, die keine Firma reicher machen, untersuchen?

Hier noch einmal die Ziele des Netzes: Früherkennung, bessere Richtlinien für Diagnostik und Therapie, rasche Etablierung neuer Therapieformen, Austausch zwischen Wissenschaftlern und Praktikern. Wir wollen einmal sehen, ob wir, zusammen mit der Alzheimer Gesellschaft, das Netz auch für Weiterbildung oder für Public Relations für das Programm nutzen können.

Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):

Schönen Dank, Herr Henn. Sie haben ja mit einer erfrischenden Klarheit die ökonomischen Aspekte benannt, die bei uns in Deutschland in dieser Klarheit selten so benannt werden. Das spielt ja sicherlich in der Logik von Firmen eine große Rolle, indem man sich fragt: Was können wir uns leisten? Wir haben aber immer noch ein Gesundheitssystem, in dem traditionell nicht offen über die Kosten-Nutzen-Analyse gesprochen wird. Das ist bei uns noch ein relatives Tabuthema, und zwar auch deshalb, weil wir es lange Zeit nicht nötig hatten.

Ich bin keine Naturwissenschaftlerin und habe deshalb auch gewisse Probleme, die geeigneten Startfragen an Sie zu richten. Deswegen werde ich das gar nicht erst machen. Ich habe eine Frage an Sie, die ich heute Morgen Herrn Haass schon gestellt habe. Er hat dann gesagt: Das kann ich nicht beantworten; das muss Herr Henn machen. Aber ich will mich nicht in den Vordergrund spielen. Deswegen will ich fragen: Gibt es zu dem Vortrag von Herrn Henn Wortmeldungen? Hat jemand Fragen oder Bemerkungen? - Bitte.

Christian Schwägerl:

Heute Morgen hat Herr Haass den gentherapeutischen Ansatz angesprochen und Herr Henn hat gerade die klassischen Medikamente angesprochen. Nun kommt aus der Biologie, aus der Grundlagenforschung die RMS-Interferenztechnik, mit der man die Eiweißentstehung blockiert. Frage an beide: Inwieweit sehen Sie bei eiweißspezifischen Krankheiten wie denen, um die es hier geht, eine Chance, dass RMS-Interferenz sich als sinnvolle und gute Therapie erweisen wird?

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

Zu Ibuprofen würde ich bemerken, dass es ja ein Beispiel dafür gibt, dass eine schon lange medikamentös eingesetzte Substanz, Nemantine, mit einer veränderten Indikation protegirt wurde gegenüber der, für die sie entwickelt worden ist. Das wird Ihnen bekannt sein. In dem Fall hat es die produzierende Firma durchaus für sinnvoll angesehen. Ich kann nicht ganz nachvollziehen, dass es aus Sicht der Pharmaindustrie nicht wirtschaftlich reizvoll ist, die Verwendung von Ibuprofen in diesem Zusammenhang als Entwicklungsziel zu betrachten, wenn es, unter Inkaufnahme der Nebenwirkungen, effektiv sein kann.

Da wir uns dem Ende der Tagung nähern, möchte ich an diejenigen, die meinungsbildend sind, den Appell richten und darauf aufmerksam machen, dass wir weitgehend von Grundlagenforschung, von den molekularbiologischen Grundlagen gesprochen haben. Es gibt aber mindestens zwei weitere Bereiche, in denen große Defizite bestehen. Das eine ist die Verlaufsforschung, die, soweit es denn irgend geht, unabhängig von beeinflussenden Parametern durchgeführt werden sollte. Das Zweite ist die Suche nach Indikatoren für bestimmte Verläufe und für geeignete Versorgungsformen. Ich erwähnte heute Morgen, dass das Kleinweltliche in den Vordergrund rückt. Wohngemeinschaften spielen als Versorgungsziel für die nächste Zukunft eine große Rolle. Es gibt aber sehr wenige Indikatoren dafür, für welchen Demenzkranken mit welchem biografischen Hintergrund und welchem Störungsprofil die kleinweltliche Versorgungsform geeignet ist und für wen eher die traditionelle kleinstationäre Versorgungsform richtig ist etc. Da gibt es viele Fragen. Ich glaube, es ist wichtig, sich darüber klar zu sein, dass wir für die Beantwortung dieser Fragen Kooperationen von Pflegeinstitutionen, in denen die Demenzkranken leben, mit forschenden Institutionen brauchen, von denen es bisher in Deutschland nur ganz wenige gibt. Diese Forschung ist sehr schwierig und man muss viele Vorbehalte überwinden; das ist klar. Aber ich möchte gern darauf aufmerksam machen, dass das ein ganz wichtiger Bereich ist.

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

RNAi hat, glaube ich, keine Zukunft, weil alle die Eiweiße, die aggregieren, nötig sind. Das heißt, wenn wir die ausschalten, ist das sehr schädlich. Würden Sie zustimmen, Christian, oder nicht?

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

Ich glaube, hier würde sich das gleiche Problem wie bei den Sekretase-Inhibitoren stellen: Wir müssen das richtige Fenster finden. Wir haben den RNAi-Ansatz gewählt, um, als „proof of principle“, in den Zebrafischen, der Maus und menschlichen Zellen die Scheren auseinander zu nehmen. Das Problem sehe ich eher darin, dass man

solche RNAis nicht im Menschen verwendet. Das sind gentherapeutische Ansätze, die im Moment beim Menschen schlicht und einfach ethisch nicht vertretbar sind. Aber vom Mechanismus her sind sie durchaus mit dem vergleichbar, was man mit den Scheren-Inhibitoren macht. Man muss da eben nur das richtige therapeutische Fenster finden.

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Dazu kommt, dass man einen „inducible“ RNAi haben müsste. Das wird es geben. Anders geht es nicht. Würden Sie nicht zustimmen, Christian?

Jetzt zu Herrn Bruder. Die Verlaufsforschung ist ganz bestimmt sehr wichtig. Ich habe das einfach aus Zeitgründen nicht erwähnt. Im Netzwerk haben wir zwei Projekte. In einem haben wir ungefähr 1 500 Leute mit einem „mild cognitive impairment“, einem sehr frühen Stadium von Alzheimer. Die werden wir über drei Jahre verfolgen. Noch wichtiger, glaube ich, und noch schwieriger ist: Wir haben einen so genannten „population based age stratified sample“ von Leuten von 65 bis 95 in Deutschland genommen. Das sind 3 000 Menschen, die nicht dement sind. Da können wir alle möglichen Risikofaktoren beobachten. Wir sehen diese Leute über einen Zeitraum von drei Jahren alle sechs Monate und gucken, wer dement wird und welche Risikofaktoren damit zu tun haben. Wir sind mitten in dieser Studie.

Dieter Meyer :

Wir haben selbst eine hohe Verantwortung für die nachfolgenden Generationen. Die Pädagogen aller Zeiten wussten, dass der Mensch vor allem durch Vorbilder und Misserfolge lernt. Ein Gelehrter hat einmal den Ausspruch gebraucht: Unsere Kinder sind sehr oft die Auferstehung unserer Sünden. Und ein Vater sagte einmal: Ich trinke überhaupt keinen Alkohol, bin vollkommen abstinent, weil ich sonst Angst hätte, dass meine Kinder auch Alkoholiker werden können. Wie wichtig ist es von daher, dass auch Eltern in einer persönlichen Gottesbeziehung stehen. Denn es heißt ja in der Heiligen Schrift: Die Eltern, die fromm wandeln, deren Kindern geht es wohl nach ihnen.

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

Herr Henn, Sie haben sehr viel Erfahrung mit der Forschung. Es wurde ja vor allen Dingen über Forschungsansätze berichtet, die in Frühstadien einsetzen und bei denen die Probanden ja auch selber in diese Forschung einwilligen können. Das ist dann alles kein Problem. Was wäre, wenn Sie bei Ihren Forschungen auf eine Substanz stoßen, die in der Lage wäre, die Amyloid-Plaques zu zerstören, und die schwer erkrankten Personen mit Demenz nützen könnte? Wenn Sie dieses Medikament in irgendeiner Weise auf den Markt bringen wollten, wären Sie angewiesen auf die Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Personen. Das ist ja in Deutschland ein ausgesprochen schweres Thema, zu Recht. Das hat uns bei der Biomedizin-Konvention beschäftigt und es beschäftigt uns immer wieder. Wie

stehen Sie dazu? Was würden Sie uns für die deutsche Diskussion in diesem Bereich empfehlen? Denn das würde ja ganz offensichtlich eine relevante Gruppe von schwer erkrankten Menschen von therapeutischen Ansätzen möglicherweise vollkommen ausschließen.

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Das ist eigentlich eine echte Möglichkeit. Die Maus, die ich Ihnen gezeigt habe, war rückgängig. Das heißt, die Impfung hat ihre kognitive Fähigkeit wiederhergestellt. Da es eine reale Möglichkeit darstellt, sollte man das wirklich angehen. Meine Meinung ist, dass man das Risiko sehr vorsichtig ermitteln sollte, dass man mit Betreuern und Angehörigen sprechen sollte. Wenn alle einverstanden sind und das Risiko verstanden haben, würde ich so etwas machen. Das Risiko, das mit der Impfung hinsichtlich Enzephalitis verbunden ist, würde ich heute nicht eingehen. Das ist mir ein bisschen zu hoch. Ich habe auch gesagt, dass wir in Deutschland aus diesen Gründen die erste Impfung nicht machen sollten. Aber wenn das Risiko etwas geringer wäre, würde ich es eingehen. Das ist eine Frage, die sich die Gesellschaft als Ganze stellen muss. Wenn einer pro 100 sterben würde - bei der ersten Impfung hatten wir Zahlen von 100, 200; einer ist gestorben -: Ist es das wert, wenn man 199 retten kann? Darauf habe ich keine Antwort. Das können Sie im Ethikrat beraten.

Ingeborg Küssner:

Professor Henn sagte: Wir müssen dramatisch etwas ändern. Was wir auf jeden Fall dramatisch ändern müssen, ist die außerordentlich schädliche Einwirkung von Elektrosmog, die höchst gefährliche, gesundheitsschädigende Einwirkung von Mikrowellen. Denn es ist wissenschaftlich erwiesen, dass diese Strahlung das Gehirn schädigt, dass die im Mikrowellenofen zubereitete Nahrung das Blut verändert. Das ist interessant im Zusammenhang nicht nur mit dem Morbus Alzheimer, sondern auch mit vielen anderen Krankheiten.

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

Herr Henn, Sie haben meine Frage zur Verlaufsforschung mit dem Hinweis auf prospektive Studien an Menschen mit „mild cognitive impairment“ und Gesunden beantwortet. Meine Bemerkung bezog sich aber darauf, dass die schon deutlich, mittelgradig oder schwergradig, Demenzkranken viel zu wenig - damit unterstütze ich ein Anliegen von Frau Wetzstein - Gegenstand von Forschung sind. Gerade bei denen - das ist meine zweite Bemerkung gewesen - wirkt ja unter Umständen Memantine, ein seit 30 Jahren bekanntes Medikament, dessen Indikationsstellung in den letzten zehn Jahren erweitert worden ist, analog zu den Möglichkeiten von Ibuprofen. Ich wollte diese Akzente meiner Bemerkung nur noch einmal in Erinnerung rufen.

Siegfried Kanowski:

Ich würde gern darauf aufmerksam machen, dass Patienten mit Demenz einem besonderen nihilistischen Circulus vitiosus ausgesetzt sind, der etwa wie folgt abläuft: Da die unheilvolle Krankheit unglaublich persönlichkeitszerstörend und progredient verläuft, lohnen sich leichtere Verbesserungen eigentlich nicht. Ich will Ihr Beispiel mit der zwölfmonatigen Verzögerung des Verlaufs nehmen: Ich glaube, wenn die Frage bei Karzinomkranken gestellt würde, ob eine zwölfmonatige Bremsung des karzinomatösen Verlaufs, des Verlaufs der Metastasierung eine ausreichende Indikation für einen Therapieansatz wäre, würde keiner mit der Antwort zögern.

Es gibt andere Vergleiche. Man kann die Responderraten der gängigen, auf dem Markt befindlichen Medikamente mit denen in anderen Therapiebereichen, zum Beispiel Antidepressiva, vergleichen. Dann wird man finden, dass die Differenzen im Placebo-Verum-Vergleich im Hinblick auf Responderraten nicht drastisch sind. Es gibt andere Therapieverfahren, die hinsichtlich ihrer Effizienz im sozial- und psychotherapeutischen Bereich viel weniger überprüft sind als die medikamentösen Strategien. Auf der anderen Seite hat die Studie von Ferris und Mitarbeitern von der New York University School of Medicine gezeigt, dass in einem dreijährigen Beobachtungszeitraum eine intensive ambulante Beratung von Angehörigen und Demenzkranken die Pflegeheimweisungsraten um die Hälfte reduziert hat.

Ein erstes Fazit. An der Wirksamkeit von therapeutischen Ansätzen, auch wenn sie nicht kurativ wirksam sind, ist nicht zu zweifeln. An diesen Beispielen kann man auch zeigen, dass man die additive Wirksamkeit von unterschiedlichen Verfahren sehen muss. Das betrifft einerseits die medikamentöse Kombination und die kumulative Wirksamkeit von sozialtherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen, die eigentlich kaum untersucht sind.

Ein weiteres Fazit. Wir müssen erstens die volkswirtschaftliche Gesamtdimension in die Kalkulation einbeziehen und zweitens sehen, dass es speziell für die Demenzkranken diesen nihilistischen Circulus vitiosus in der Argumentation gibt.

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Ich fange mit der letzten Bemerkung an. Ihr kann ich mich eigentlich anschließen. Ich glaube, ich habe es gesagt: Alle Nervenärzte würden es so sehen. Mein Problem ist: Wie sieht die Praxis gegenüber dem aus, was ideal ist? Ich glaube, wir sollten nicht therapeutisch nihilistisch sein und wir sollten Hoffnung bringen. Auch ich glaube, dass die Fortschritte so schnell kommen werden, dass schon ein Jahr in der Zukunft wichtig sein könnte.

Zu den Langzeitstudien. Da habe ich Sie falsch verstanden. Sie haben Recht. Die Studien sind einfach noch nicht so gut. Ich habe die Hoffnung, dass wir so etwas zusammen mit geriatrischen Abteilungen in Deutschland in Zukunft machen könnten. Wir werden das

im nächsten Monat in Hamburg vorschlagen. Das Problem ist, wie wir es finanzieren. Aber ich glaube, dass man so eine Studie machen muss.

Zu Elektromog und Mikrowellen. Die Daten sind unterschiedlich. Die besseren Daten zeigen nicht so ein großes Risiko. Das erinnert mich an eine alte Studie, die sich mit Leukämieraten befasste. Man wollte ein neues Atomkraftwerk bauen. Es hat nie radioaktives Material erhalten; es ist gestoppt worden. In dem Jahr davor sind die Leukämieraten in der Umgebung des Werks nach oben gegangen. Ich glaube, wir haben noch kein ausreichendes Verständnis aller Faktoren, die da eine Rolle spielen können. Manche sind eigentlich psychologisch.

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

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ist heute mehrfach erwähnt worden. Ich sehe jetzt die 1,0 bis 1,2 Millionen Demenzzkranken, die wir vertreten, und die 700 000 Familien, die sie zu Hause pflegen, hinter mir. Welche Hoffnung können Sie mir mit auf den Weg geben?

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Die Antwort ist, dass die beste Hoffnung von der Grundlagenforschung kommt. Ohne einen Durchbruch, der es uns erlaubt, das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern, wenn wir sie schon nicht heilen können, wird es sehr, sehr schwierig sein. Sie wissen, dass man sehr viel im Hinblick auf die Unterstützung von Angehörigengruppen und mit anderen Arten von medizinischer Hilfe tun kann. Aber der Bedarf ist so groß, dass, wenn es uns nicht gelingt, wenigstens das Fortschreiten der Krankheit aufzuhalten, wir nur in geringem Maße Hilfe anbieten können. Leider.

Prof. Dr. Regine Kolley (Mitglied des Nationalen Ethikrates):

Ich würde gern das fiktive Beispiel von Frau Woopen wieder aufnehmen und möchte dabei dem Eindruck widersprechen, dass wir in Deutschland an Alzheimer-Patienten bzw. an spät erkrankten Alzheimer-Patienten gar nicht forschen dürften. Frau Woopen, in dem Beispiel, das Sie genannt haben, würde es ja zunächst einmal darum gehen, dass man an nicht ganz so schwer erkrankten, also an einwilligungsfähigen Patienten, bei denen man die Plaques ja mit bildgebenden Verfahren nachweisen kann, erprobt, ob diese Plaques auch bei nur leicht Erkrankten verschwinden bzw. geringer werden. Wenn man das nachgewiesen hat, wäre der nächste Schritt in diesem fiktiven Beispiel, dass man sich die Frage stellt, ob man dies im Hinblick auf eine Therapieverbesserung und eine Zulassung bei einem schweren Stadium von Demenz erproben kann. Das wäre dann keine Erprobung an Probanden, keine fremdnützige Forschung. Vielmehr gibt es hier ja begründete Hypothesen, dass sich eine Therapieverbesserung auch in diesem Stadium ergeben könnte. Ihr fiktives Beispiel könnte man auch auf schwerst erkrankte

Demenzpatienten anwenden. Ich finde, wenn man solche Beispiele diskutiert, dann muss man das auch präzise machen. Es gibt einen weiten Bereich der Forschung, bei dem eine Therapieverbesserung auch bei schwerst erkrankten Alzheimer-Patienten möglich ist. Das enthebt uns nicht der Pflicht, weiter genau und sehr kritisch darüber nachzudenken, ob es hier eine Lücke gibt, die wir ethisch und rechtlich ausfüllen müssen. Aber in Deutschland ist Forschung möglich und sie findet auch statt. Das wollte ich nur noch einmal betonen.

(Beifall)

Winfried Teschauer:

Ich wollte eine kurze Verständnisfrage zu der geimpften Maus und der Resubstitution der intellektuellen Fähigkeiten stellen. Man geht ja davon aus, dass die Probleme letztendlich durch den Untergang von Neuronen entstehen. Kann man Menschen, die bereits an einer mittleren oder schweren Demenz leiden, durch die Impfung insofern Hoffnung machen, dass aufgrund der großen Plastizität des Gehirns der Untergang der Neuronen aufgehalten wird bzw. sie resubstituiert werden, oder ist es für Menschen, die jetzt an einer schweren Demenz leiden - unter der Voraussetzung, die Impfung würde sofort funktionieren - nicht eigentlich doch ein desolater Zustand?

Prof. Dr. Dr. Fritz Henn (Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim):

Diese Frage ist schwierig zu beantworten. Maus ist nicht Mensch, leider. Es ist ganz klar, dass Neuronen sterben; es ist ebenfalls ganz klar, dass wir nach der Impfung keine Neurogenese im Cortex erhalten. Die Neurogenese findet nur an ein paar Stellen im Gehirn statt. Es scheint wenigstens bei der Maus so zu sein, dass neue Synapsen gebildet wurden. Ich kann mich nicht erinnern, dass die Studie ergeben hätte - ich habe sie jetzt nicht ganz im Kopf -, dass die kognitive Leistung eines Menschen wieder zugenommen hätte. Das haben wir wirklich nicht gesehen. Es war stabil, es ging aber nicht wieder hoch. Ich glaube, im Moment kann man von daher keine Hoffnung machen.

Was die therapeutischen Untersuchungen angeht, würde ich vollkommen das unterstützen, was Sie gesagt haben. So würden wir auch vorgehen. Ich würde eine Stufe weitergehen. Wenn man einen Nutzen, gleichzeitig aber auch ein echtes Risiko hat, wäre die Frage: Ein wie hohes Risiko kann man eingehen, ehe man sagt: „Nein“?

Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):

Ich danke Ihnen, Herr Henn, sehr für Ihr Referat.

(Beifall)

Für diejenigen, die in unserer bioethischen Diskussion ziemlich zu Hause sind, war das ein wohlthuendes Beispiel von jemandem, der in der amerikanischen Tradition groß geworden ist und der diese bioethischen Fragen behutsam und vorsichtig, unter Abwägung der Pro- und

Kontraargumente, angeht. Um auf Ihre Frage zu antworten: Professor Henn hat Hoffnung nicht ausgeschlossen, aber er hat auch keine Luftschlösser gebaut.

Nun darf ich Ihnen zum Abschluss - vorab schon mit Dank dafür, dass so viele so lange mit so viel angespannter Aufmerksamkeit zuhören - Herrn Baltes vorstellen. Für die, die ihn nicht bereits kennen: Herr Baltes ist Psychologe. Er hat viele Jahre in den USA gelehrt und ist dann nach Deutschland zurückgekommen. Er hat zahlreiche Ehrungen erhalten und viele Aufgaben übernommen. Man würde heute vielleicht sagen: Er tanzt auf mehreren Hochzeiten. Er ist Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und leitet das 2004 gegründete internationale Max-Planck-Forschungsnetz „Alter“. Damit ist schon der Topos angedeutet: Herr Baltes hat vor allem zum Thema „drittes Lebensalter“ geforscht - das sind die über 65-Jährigen - und er hat viel Forschung zu der Frage betrieben und aufregende Aufsätze dazu geschrieben, dass man in diesem dritten Lebensalter unter Beibehaltung der kognitiven Fähigkeiten ein volles Leben führen kann. Er hat auch Vorschläge gemacht, wie man das in ein Konzept einbringen kann. In letzter Zeit hat er sich nun verstärkt dem so genannten vierten Lebensalter zugewandt, dem Lebensalter also, von dem heute mehrheitlich die Rede gewesen ist.

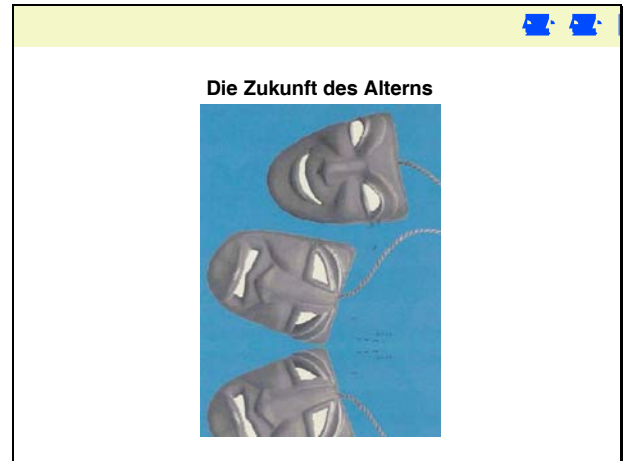
Ich will ihm nicht vorgreifen: Aber da, Herr Baltes, wenn ich es richtig verstanden habe, scheint Ihr Optimismus etwas geschwunden zu sein. Herr Baltes wird etwas machen, was für unsere Jahrestagungen etwas Neues ist - das habe ich heute Morgen schon gesagt -: Er wird nicht nur seine Vorstellungen zu diesem Thema entwickeln, er wird auch resümieren, was heute diskutiert worden ist.

Vorab schon jetzt mein Dank an Sie, Herr Baltes.

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

Sehr geehrte Damen und Herren! Verehrte Frau Weber-Hassemer! Ich fühle mich im Moment in einer Situation, wo ich den Eindruck habe, da kreist der Berg - um etwas aus dem alten Testament zu zitieren - und heraus kommt ein Mäuslein. Denn ich fühle mich in der Tat überfordert. Und heute Nachmittag bin ich sozusagen die Maus. Ich habe meinen Auftrag so verstanden, dass ich einen relativ allgemeinen Vortrag über das Altern und die Zukunft des Alterns halten sollte. Dabei wird das Thema des Tages einfließen, ohne jeden Zweifel. Aber es wird nur einen Teil beanspruchen. Ich fühle mich auch deshalb etwas überfordert, weil das Altern einen körperlichen Aspekt, einen psychischen, einen sozialen, einen geistigen, einen ökonomischen hat, es also den Kopf eines Einzelnen überfordert. Da ich eine eher allgemeine Rede halten soll, wird der gesamte Duktus etwas Redundanz produzieren und es werden Dinge gesagt werden, die vorher schon gesagt worden sind. Auch ich langweile mich bei Redundanz. Ich hoffe, dass Sie ein gewisses Verständnis dafür haben.

Ich persönlich glaube an die Macht von Bildern und Sprachvignetten, wenn es um Kommunikation geht. Hier sehen Sie zwei Masken aus der griechischen Theatertradition. Sie verankern, glaube ich, ein zentrales Thema des heutigen Tages, den Januskopf des Alters, Optimismus, Pessimismus, Hoffnung, Angst. Die heutigen Vorträge haben dies in exzellenter Weise präsentiert.



In dem gleichen Sinne zwei Anekdoten. Es gab einen 80-jährigen Literaturpreisträger mit viel Geld. Und auf die Frage, was er denn mit dem Preisgeld mache, sagte er: Das viele Geld, das kommt auf die Bank; das ist für mein Alter. - Die zweite, eher negative und für das heutige Thema relevante Sage stammt aus dem alten Griechenland. Es geht um Eos, die Göttin der Morgenröte, und ihren menschlich sterblichen Liebhaber Tithonus. Auf Bitte von Eos gab Zeus ihm die Unsterblichkeit; da nicht erfragt, gab er ihm allerdings nicht eine weitere Eigenschaft der Götter, die ewige Jugend. Ein Dilemma nahm seinen Lauf. Als er älter wurde, blieb sein Körper zwar am Leben, aber sein Geist starb.

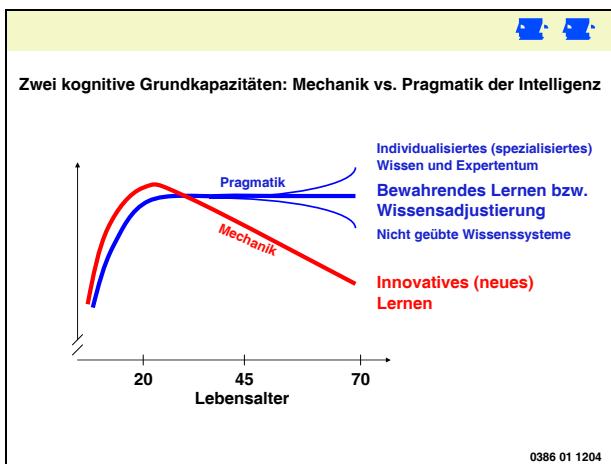
Das Bild ist noch komplexer, wenn man die Ergebnisse der Altersforschung betrachtet. So wie es in der römischen Tradition auch Mehrfachgesichter des Janus gibt, eine Art Janus-Multivision, erweist sich das Bild vom Doppelgesicht des Alters als zu einfach. Einer der wichtigsten Befunde ist, dass alte Menschen nicht Mitglieder einer homogenen Kategorie sind. Genau das Gegenteil ist der Fall. Altern ist gekennzeichnet durch Plastizität, Formbarkeit, Variabilität zwischen Funktionen, Personen und Kontexten und - was mir heute das Wichtigste ist - durch ein hohes Maß an biographischer Individualität. Erst die Pathologie wie etwa die Altersdemenz setzt diesem Grenzen.

Die Komplexität - darauf hat die Vorsitzende schon hingewiesen - kann man dadurch etwas reduzieren - das ist aber im Wesentlichen eine heuristische Strategie -, dass man zwischen dem jungen, dem dritten, und dem alten, dem vierten, Alter unterscheidet. Erst im vierten Alter entsteht ein Bild eines mehr und mehr gleichförmigen Verlustgeschehens in praktisch allen Dimensionen des Lebens, und nicht nur, wenn man Demenz hat. Worum geht es bei dieser Unterscheidung? Beim dritten Alter geht es um die jungen Alten - im heutigen Durchschnitt in

unserer Welt sind das die um die 60- bis 80-, 85-Jährigen -, beim vierten um die Ältesten der Alten. An sich ist diese Unterscheidung nicht eine strenge. Ich will das betonen: Sie ist annäherungsweise und, wie man in der Wissenschaft sagt, historisch, gesellschaftlich und kulturell kontingent. Vor diesem Hintergrund ist das heutige Thema in der Tat vor allem ein Thema des vierten Alters.

Zunächst aber, um die Melancholie etwas aufzuhellen, will ich mit einem großen Pinsel für Sie malen, was wir über das junge Alter wissen. Einflechten will ich dabei auch Ergebnisse, die für Ihren persönlichen Alltag tauglich sein könnten. Es gibt viele gute Nachrichten über das dritte Alter. Im Vordergrund steht das große Entwicklungspotenzial, also die Tatsache, dass es aufgrund gesellschaftlichen Fortschritts und persönlichen Engagements - und das betone ich - möglich ist, sein Altwerden besser zu gestalten. Plastizität und Formbarkeit ist der vorherrschende Denkstil über das dritte Alter. Diese Plastizität zeigt sich historisch nicht nur in der zunehmenden Lebenserwartung. Die heutigen jungen Alten sind besser aufgestellt als die Gleichaltrigen aus früheren Generationen. Die heutigen 70-Jährigen beispielsweise sind genauso fit, geistig und körperlich, wie etwa die 65-Jährigen vor 30 Jahren oder vielleicht sogar wie die 60-Jährigen. Das junge Alter ist besser geworden und seine Vitalisierung hat noch kein Ende erreicht.

Als weiterer positiver Befund wäre zu nennen, dass auch in der Lebenskurve in Bezug auf unsere geistigen Fähigkeiten der Intelligenz und des Gedächtnisses nicht alles Abbau jenseits der Reife ist. Es gibt auch Kategorien, wo Älterwerden hilft. Man unterscheidet beispielsweise zwischen zwei Kategorien von Intelligenz, der Mechanik und der Pragmatik. Die Mechanik, eher biologisch determiniert, zeigt einen frühen Altersverlust; die Pragmatik, das erworbene Wissen, bleibt länger funktionstüchtig und in gewisser Weise entwicklungsfähig. Bei der Mechanik handelt es sich um die Schnelligkeit und die Akkuratheit der Informationsverarbeitung. Ich will auf Beispiele nicht eingehen, aber zentral ist, dass sie vor allem dann eine Rolle spielt, wenn es um das Erlernen neuer Dinge geht.



Hier sehen Sie schon einen der Befunde: Wenn es um das neue Lernen geht, fällt es den älteren Erwachsenen

schwerer; es dauert länger und ist fehleranfälliger, wahrscheinlich mehr, als wir das glauben.

Ganz anders sieht es bei der Lebenskurve der Pragmatik aus. Hier ist Intelligenz als Wissenssystem gemeint. Da geht es um kulturgebundene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Sprache, berufliches Wissen und soziale Intelligenz. Lebenserfahrung und Alltagspraxis stehen im Vordergrund. Solche Wissensfertigkeiten und Wissenskörper können bis ins hohe Alter gut funktionieren. In der Berliner Altersstudie waren gute Sprachfähigkeiten, selbst für die Höchstbetagten, die 80-Jährigen, die Regel. Ganz in diesem Sinne können ältere Menschen die Leistungsskala sogar anführen, etwa in Kategorien wie emotionale Intelligenz und Weisheit, in denen sich die Vorteile von Lebenserfahrung und historischer Erfahrung kumulieren.

Ähnliches trifft auch auf bestimmte Bereiche der Kunst und beruflicher Expertise zu. Ältere Komponisten, Dirigenten und Autoren zählen häufig zu den besten. Nur wenn die berufliche Expertise entweder körperliche Kraft oder das stetige Erlernen neuer Dinge verlangt, etwa dadurch, dass Inhalte und Formen des anstehenden Wissens schnell obsolet werden, dann setzen das Alter und der damit zusammenhängende Verlust in der Mechanik der Intelligenz deutliche Grenzen.

Ein anderes Beispiel für die besonderen Stärken des Alters ist das Selbstgefühl und die Lebenszufriedenheit. Die Fähigkeit älterer Menschen, ihr Leben in einem kleineren Territorium und bei schlechter werdenden körperlichen Bedingungen erfolgreich einzurichten, ist überraschend gut entwickelt. Sie sind Meister in dieser Lebenskunst. Obwohl es beispielsweise vielen älteren Menschen, objektiv gesehen, körperlich weniger gut geht, sind sie im Durchschnitt genauso lebenszufrieden wie jüngere. Dies wird vor allem dadurch erreicht, dass sie immer wieder neue Vergleichsmaßstäbe nutzen und erfinden. Sie vergleichen sich und ihre Lebenslage etwa mit anderen, denen es schlechter geht, oder solchen, die schon gestorben sind. Jemand etwa, der ein Bein bei einem Unfall verloren hat, schaut sich diejenigen an, die zwei verloren haben. Und je länger man am Leben ist, umso häufiger ist es, dass man das Verlustgeschäft anderer erlebt. Jemand, der 85 wird, weiß, dass die meisten aus seiner Geburtskohorte schon gestorben sind. So kann auf subjektiver Ebene selbst aus einem größeren Verlust ein Gewinnerlebnis werden. Subjektive Realität ist etwas anderes als objektive Realität. Mit dieser Unterscheidung haben übrigens Naturwissenschaftler gelegentlich ihre Probleme. Gibt es tatsächlich mehr als eine Realität? In einer gewissen Weise ist die psychische Lebenskunst, das Selbstgefühl durch Transformation der Realität zu regulieren, eine Art psychologischer Relativierungs-, wenn nicht sogar eine Art psychologischer Relativitätstheorie. Es wird immer wieder die Frage gestellt, wie die Gesellschaft und der Einzelne die Gestaltung des Alterns verbessern können. Diese Frage hat - das haben wir heute gehört - keine einfache Antwort. Es geht um eine Koalition von Einflussfaktoren.

Aber eines ist ganz sicher: Auf gesellschaftlicher Ebene geht es um mehr als um Reparaturen. Die gegenwärtige Gesellschaft entwickelte sich im Kontext einer jüngeren Bevölkerung. Man nahm ferner an, dass die menschliche Entwicklung im Erwachsenenalter ein Ende hat. Massive Reformen sind angesagt, um gesellschaftliche Strukturen altersfreundlicher zu machen und damit auch für das Alter entwicklungspotenter. Praktisch alle Sektoren sind betroffen, wie das hier ja auch aufgezeigt wurde. In jedem dieser Sektoren muss es darum gehen, das Entwicklungspotenzial des Einzelnen auf die Zukunft zu richten, es durch Anreize zu stimulieren sowie das Verständnis dafür zu erhöhen, dass gutes Altern in der Kindheit und in der Jugend beginnt. Die die Politik erschwerenden Umstände sind hierbei die unterschiedlichen Zeittakte und Interventionsformen, die erforderlich sind. Ebenso ist für Deutschland sicherlich ein Nachteil, dass es bisher noch nicht die Art von Zivilgesellschaft gibt, die Herr Hummel und Herr Klie beschrieben haben. Voluntarismus in Deutschland brennt noch auf kleiner Flamme.

Ein die Sachlage besonders erschwerendes Problem ist, dass parallel zum individuellen Älterwerden die Bevölkerung durch Entjüngung schrumpft. Dies ist in den nächsten 50 Jahren ein besonders gravierendes Problem für Deutschland, was die Demenz angeht, allerdings ein Vorteil, der von meinen Vorrednern nicht erwähnt wurde. Das große Problem der Zunahme in der Demenz *ceteris paribus* ist dann nur wahr für Deutschland für die nächsten 30 bis 40 Jahre. Dann werden wir sehr wenig junge Menschen haben, die dann alt werden, und die Zahlen werden zurückgehen. Ich erwähne dies aus einem bestimmten Grund: Die deutsche Hochschulpolitik hat die Zunahme der Studenten in den 70er-Jahren ausgesessen, ohne die Hochschulen mit den Ressourcen auszustatten, die sie brauchten. Die große politische Gefahr ist, dass Politiker schlauer sind, als wir das glauben, und dass sie eine Tendenz haben könnten, auch dieses Problem auszusitzen.

Ein weiteres noch wenig diskutiertes Thema ist die gesellschaftliche Innovationskraft einer älter werdenden Bevölkerung. Die unter der Leitung von Jürgen Kocka arbeitende Kommission „Alter“ der Deutschen Akademie der Naturforscher, Leopoldina, und der Akademie der Technikwissenschaften hat sich unter anderem diesem Thema zugewandt. Es gibt gute Gründe für die Annahme - ich sage dies nicht gerne -, dass eine ältere Bevölkerung unter *Ceteris-paribus*-Bedingungen weniger Innovationskraft hat als eine jüngere, dass also eine ältere Bevölkerung einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor im globalen Wettbewerb und bei der Sicherung des künftigen Wohlstandes unserer Gesellschaft darstellt. Ich habe dazu jüngst in der „ZEIT“ einen längeren Essay geschrieben. Ich muss Ihnen gestehen: Es war das der Essay, der mir persönlich am schwersten gefallen ist, wo ich Unsicherheiten hatte, ob das, was ich objektiv aus der Wissenschaft weiß, in dieser Form formuliert werden sollte.

Gutes Altern ist definitiv aber nicht nur von gesellschaftlichen Strukturen abhängig; es entsteht auch durch individuelles, proaktives Handeln. Was hat beispielsweise die psychologische Altersforschung herausgefunden, sodass man sich besser auf das Altern vorbereiten kann, und wie kann man adaptiv und effektiv mit dem umgehen, was uns im Alter zur Verfügung steht? Eine Theorie, die wir am Max-Planck-Institut entwickelt haben - in meinem Fall war das zusammen mit meiner verstorbenen Frau Margaret -, ist die Theorie eines effektiven Lebensmanagements, das von drei Begriffen ausgeht. Ich erlebe es immer noch, dass Aussagen des 80-jährigen Pianisten Rubinstein die besten sind, um das schnell herüberzubringen. Auf Fragen, wie er es schaffe, im hohen Alter weiterhin ein solch hervorragender Konzertpianist zu sein, führte er drei Gründe an: Er spiele weniger Stücke - ein Beispiel für Selektion -, diese übe er jedoch häufiger - ein Beispiel für Optimierung - und außerdem nutze er größere Kontraste im Tempo des Spielens, um sein Spiel schneller erscheinen zu lassen, als es ist, ein Beispiel für Kompensation.

Unsere Forschungen haben gezeigt, dass Menschen, die in ihrer Lebensgestaltung von der Jugend bis ins hohe Alter das Selegieren, Optimieren und Kompensieren als zielführende Verhaltensstrategien nutzen, sich besser fühlen und im Leben weiter vorankommen. Die Forschung macht natürlich auch Vorschläge, auf was sich das Selegieren, Optimieren und Kompensieren konzentrieren sollte. Meist spricht man von Bildungsaktivitäten zur Ressourcenstärkung, von der Gestaltung eines sozialen Netzwerkes und der Pflege der Ich-Plastizität, um sich immer wieder adaptiv in eine neue Umwelt einzubringen, und von besserem Gesundheitsverhalten.

In der Tat, Medizinforscher argumentieren - aus meiner Sicht zu Recht -, dass gerade auch in Bezug auf das junge Alter die größten Vorteile in der mittelbaren Zukunft durch eine Veränderung im Gesundheitsverhalten erzielbar sind. Wie effektiv das individuelle Engagement sein kann, sieht man beispielsweise im Sport. Die Altersweltrekorde zeigen rasante Fortschritte. Lassen Sie mich das an einem Beispiel verdeutlichen: Es geht um die Bandbreite von Altersgruppen im Marathon. Nehmen wir eine Zeit von drei Stunden für die 42 Kilometer lange Strecke. Mit dieser Zeit würde der Läufer unter den ersten Tausend der 28 000 Teilnehmer des Berlin-Marathons liegen. Drei Stunden ist eine gute Zeit. Die meisten von uns wären stolz darauf; die meisten werden sie wohl nie laufen. Warum nutze ich dieses Beispiel? Es ist der Nachweis dieser enormen Variabilität und Plastizität im Lebensverlauf aufgrund von Engagement und Opportunitätsstrukturen. Wie alt müsste man sein, um mit dieser Zeit von drei Stunden einen Altersweltrekord zu halten, also der Weltbeste für eine Altersgruppe zu sein? Die Antwort ist verblüffend: Es gibt einen etwas unter Zehnjährigen, der schneller als drei Stunden gelaufen ist, und einen über 70-Jährigen - er war 73 -, der den Marathon in drei Stunden gelaufen ist, nicht auf einer Bahre oder in einer Rikscha. Sportbezogene Aktivitäten dienen mir heute als Beispiel dafür, dass sich

Eigeninitiative und Eigeneinsatz lohnen. Ähnliches gilt für praktisch alle Bereiche des Lebens.

Solche Riesenunterschiede im Altern resultieren primär aus vier Quellen: dem körperlich vorgegebenen Talent, der Existenz einer Hochleistungen fördernden gesellschaftlichen Struktur - hier die Welt des Sports -, aus der Intensität des Trainings und des persönlichen Engagements und - ganz und gar nicht zu vergessen - aus dem Glück des Tüchtigen. Denn genetische Prozesse im Alter sind vor allem auch Zufallsereignisse. Es gehört aber dazu, den Bereich zu erkennen und in der Lage zu sein, ihn zum Schwerpunkt der Strategie des Selegierens, Optimierens und Kompensierens zu machen. Es ist übrigens viel schwieriger, diese Verhaltensstrategie umzusetzen, als davon zu wissen. Sich von anderen Zielen zu verabschieden ist psychologisch eine der schwierigsten Aufgaben.

Mens sana in corpore sano - neue Einsichten. Ein zweites Beispiel. Ich will das Engagement und die neuen Einsichten der Forschung darlegen. Es muss nämlich nicht immer um Höchstleistungen gehen. Deshalb ein weiterer neuer Befund der Altersforschung, für den Alltag relevant und, was gesellschaftliche Kosten angeht, ein ökonomisches Schnäppchen, ganz billig. Er macht in einer neuen Weise klar, warum es sich lohnt, sich körperlich zu betätigen, warum das alte Sprichwort „Mens sana in corpore sano“ in neuem Gewand Altersfeste feiern darf. Man stelle sich ältere Menschen in der Straßenbahn vor. Sie unterhalten sich. Wenn es holpert und sie in Gefahr sind, ihre Balance zu verlieren, hören sie sofort mit dem Reden auf. Junge Menschen dagegen reden weiter. Warum ist das so? Der alternde Körper verlangt nach dem Geist, damit er funktioniert. Der Körper wird zu einer permanenten Hypothek. Je älter wir werden, umso mehr benötigen unsere körperlichen Aktivitäten den Kopf, den Geist, damit sie auflaufen können. Das beginnt mit dem Öffnen einer Flasche, geht über das Gleichgewicht Halten bis zum Aufstehen vom Tisch. All dies braucht im Alter ein Mehr und Mehr an geistiger Aufmerksamkeit. Je mehr durch Bewegung und Koordination des Körpers verbraucht wird, umso weniger ist übrig für die eigentlichen geistigen Aktivitäten, zumal die Gesamtmenge unseres Intelligenzkontos im Alter kleiner wird. Durch Training des Körpers verringert sich also dessen Hypothek auf den Geist. Wenn man nun darüber nachdenkt, wie oft man sich am Tag körperlich betätigt, dann erkennt man, wie stark diese Hypothek des Körpers sein kann, wie oft unsere geistigen Kapazitäten durch den Körper fixiert werden.

Bisher lag der Schwerpunkt der Argumente für körperliche Fitness vor allem darauf, dass durch körperliche Betätigung unsere Organe und das Gehirn besser versorgt und gepflegt würden. Inzwischen ist also eine weitere Version hinzugekommen. Wenn man im Alter seinen Körper fit hält, sein Gleichgewicht und seine kleinen Muskeln etwa mit Yoga trainiert, dann ist einer der positiven Haupteffekte, dass durch dieses Training die körperlichen Koordinationsleistungen weniger unseren Geist in Anspruch nehmen. Mehr Geist steht für andere

Dinge zur Verfügung. Wenn ich also als kognitiver Altersforscher gefragt werde, ob es hilft, Kreuzwörter zu lösen, um seinen Geist im Alter fit zu halten - übrigens bin ich nicht der Meinung, dass es sehr viel nützt, aber es ist dennoch nutzvoll -, wenn es also darum geht, wie man im Alter Kreuzwörter lösen soll, um seinen Geist fit zu halten, dann ist meine Antwort: Ja, das hilft, vor allem dann, wenn man dies auf dem Kopf stehend tut,

(Heiterkeit)

gleichzeitig die Füße auf und zu klappt und so das vertikale und horizontale Balancetraining trainiert. Dadurch befreit man à la longue seinen Geist von der im Alter immer größer werdenden Hypothek des Körpers und kann dann auch noch andere Rätsel lösen.

(Heiterkeit)

Dies sind nur Beispiele dafür, dass es effektive Strategien gibt, unsere Ressourcen auch im Verhaltensbereich zielführend für die Optimierung des Alterns einzusetzen. Je mehr an Ressourcen, nicht nur ökonomische, sondern auch psychische, soziale und geistige, man mit ins Alter nehmen kann, umso länger gelingt es, im Alter vital zu bleiben. Diese Vitalität verhindert wahrscheinlich nicht das Entstehen einer Demenz, aber sie verwirrt den Demenzdiagnostiker

(Heiterkeit)

und er schiebt die Demenzdiagnose hinaus.

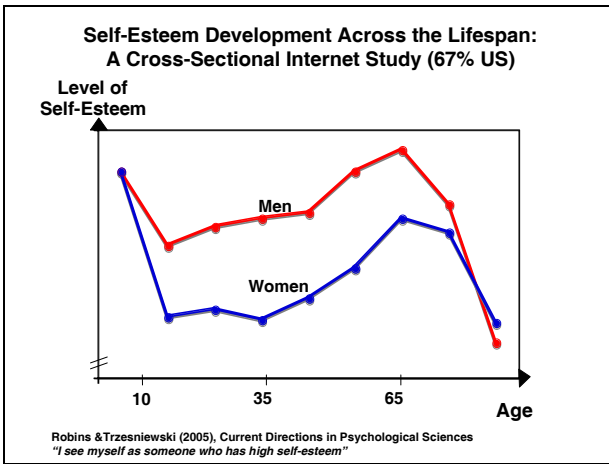
Dieses positive Gesamtbild gerontologischer Forschung über das junge Alter hat die Sicht des Alters und seines Entwicklungspotenzials während der letzten Jahrzehnte entscheidend verändert. Gerontologen und Gesellschaftspolitiker gerieten in eine Art Aufbruchsstimmung und das Bild vom Verzaubern der Menschheit durch gesellschaftliche Entwicklung schien auch auf das Alter zuzutreffen. Das negative Stereotyp des Alters verliert an Durchschlagskraft. Das Positivere des dritten Alters zeigt sich auch in einer vor kurzem durchgeführten Internet-Studie, an der mehrere Hunderttausende Personen teilgenommen haben, 67 Prozent davon allerdings aus einem Land. Man musste einen Computer haben und ihn benutzen können, um teilzunehmen; darin lag eine Begrenzung dieser Studie.

Die 65-Jährigen - dies war für mich ein völlig neuer Befund, muss ich Ihnen gestehen - haben dabei von allen Altersgruppen mit Ausnahme von Kindern das höchste Selbstwertgefühl. Und schauen Sie sich die Männer an!

(Heiterkeit)

Das muss man genießen.

(Heiterkeit)



Soll ich nun sagen: Vor allem als Frau? Oder vor allem als Mann? Männer schreiben sich natürlich ein deutlich höheres Selbstwertgefühl zu, als Frauen dies tun. Im Übrigen gibt es sonst wenige Unterschiede zwischen Gruppen, zwischen Ländern usw. Es ist wirklich beeindruckend. Das ist ein neues Bild, das Bild eines aktiven Alterns, das hier gezeigt worden ist. Man sieht diese Positivierung des jungen Alters auch an dem sich langsam herausbildenden positiven Altershumor, etwa an dem sich aufheiternden Bild eines sich liebevoll umarmenden Paares von 70-Jährigen, die einander fragen, wo es denn nun heute Abend hingehet. Eine zaghafte Andeutung, dass auch das Alter ein Abenteuer sein kann. Übrigens habe ich dieses Bild jüngst einer jüngeren Person gezeigt; die fand das gar nicht lustig.

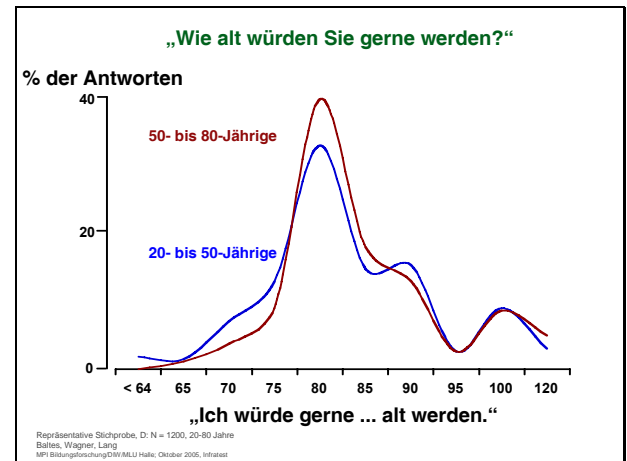
(Heiterkeit)



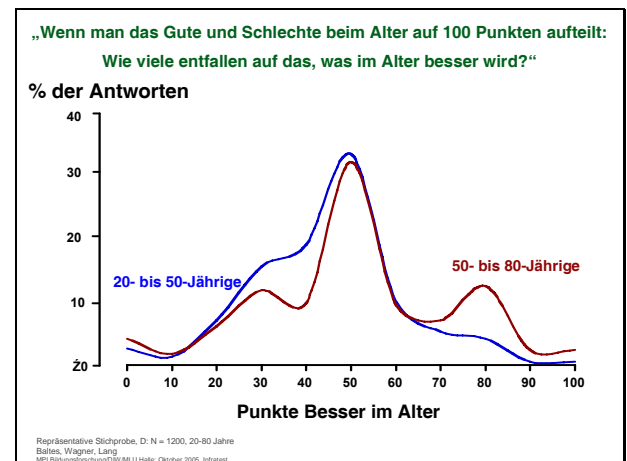
Die hatte offensichtlich den Eindruck, dass dies so sein wird, und das ist ja gut so.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass man mehr und mehr daran glaubt, dass Alter nicht nur passiv erlitten wird, sondern dass es gestaltbar und selbst in seinen eher unerwünschten Aspekten formbar ist. Zu solchen Fragen habe ich als Vorbereitung zu diesem Vortrag in den letzten Wochen mit Kollegen, nämlich mit Gert Wagner vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung und Frieder Lang von der Universität Halle, eine Repräsentativuntersuchung bei deutschen 20- bis 80-Jährigen durchgeführt. Ich wollte mit unseren Methoden

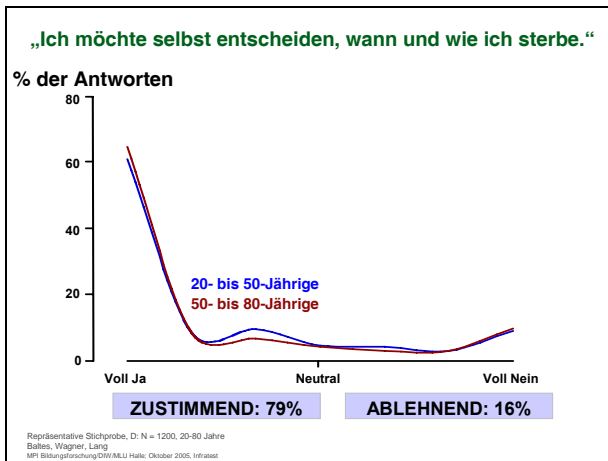
wissen, was die Antworten auf bestimmte Fragen sind. Die Antworten sind nicht nur informativ, sie beinhalten auch einige Überraschungen, zumindest für mich, den erfahrenen Altersforscher. Leider konnte diese Studie aus methodischen Gründen die ganz Alten nicht einschließen, aber das wollen wir nachholen. Für eine erste Überraschung sorgt, dass die Antworten von Jungen und Älteren sich nur wenig unterscheiden. Dies ist für mich ein sehr überraschender Befund. Das sind offensichtlich Überzeugungssysteme, die hoch robust sind. Ich will Ihnen auch sagen: Wir haben erstmals in einer Meinungsumfrage ein Experiment durchgeführt: Wir haben die Stichprobe nach dem Zufall in drei geteilt. Die eine war eine Kontrollgruppe. Der zweiten ist zuerst gesagt worden: Die neuesten wissenschaftlichen Nachrichten über das Alter sind ganz schlecht, sehr schlecht. Dann kamen die Fragen, die Sie jetzt sehen. Die andere Gruppe hat die Instruktion bekommen: Die neuesten wissenschaftlichen Ergebnisse über das Alter sind wirklich sehr gut. Und dann kamen diese Fragen. Keine Unterschiede!



Hier sehen Sie auf der Folie das gewünschte Alter. Die Frage war: Wie alt wollen Sie werden? Das konnte man in Fünf-Jahres-Kategorien angeben. Die gewünschte Lebenszeit liegt im Durchschnitt genau dort, wo wir in den nächsten Jahrzehnten hinsteuern, so um 80 bis 85, wie Sie hier sehen. Nur eine kleine Teilmenge, weniger als 10 Prozent, denken an ein Leben jenseits der 90 oder der 100.



Die nächste Frage: Wie viel wird mit dem Alter eher schlechter oder besser? Dem Alter wird ein gerütteltes Maß an Positivität zugeschrieben. Im Durchschnitt fast 50 Prozent soll im Alter besser werden. Dabei gibt es ausnahmsweise einen, wenn auch nur kleinen Altersunterschied: Die Älteren sehen das Alter noch positiver als die Jungen. Aber es ist kein großer Unterschied. Wenn man den Teilnehmern vor der Beantwortung der Frage sagt, dass die Wissenschaft negative bzw. positive Dinge herausgefunden hat - das habe ich Ihnen schon gesagt -, gibt es an sich keinen Unterschied.



Dann gibt es eine für das Thema Demenz und Lebensende besonders informative Frage, wenn es um den subjektiven Umgang mit dem eigenen Tod geht: Will man das Wie und Wann des eigenen Todes selbst bestimmen? Ich erwartete zwar, dass viele diese Frage eher bejahen würden. Aber die Eindeutigkeit der Antworten war doch beeindruckend: Gut 70 Prozent liegen mit ihrer Antwort in der Zustimmungsgrenze; fast drei Viertel wollen also das Wie und Wann ihres Todes selbst bestimmen. Um die 60 Prozent antworten mit dem stärksten Ja und lassen wenig Zweifel an ihrer Präferenz. Die volle Zustimmung bei den Ältesten ist noch etwas höher. Also auch die Ältesten, diejenigen, die näher am Tod stehen, zeigen dasselbe Antwortprofil. Auch sie wollen in der Mehrzahl Handlungskontrolle über das Wie und Wann des Sterbens. Vor dem Hintergrund der Komplexität dieser Frage ist ein derartiges Antwortmuster selbstverständlich nur ein erstes Wort. Wir wissen noch nicht, in welchem Ausmaß es sich dabei auch um Generationsunterschiede handelt und wie stark dabei andere Faktoren wie Religiosität oder psychische Eigenschaften wie Neurotizismus eine Rolle spielen. Dann muss man auch daran denken, dass die Antworten antizipatorisch und für die meisten nicht in ihrer Sterbensphase mit sich dynamisch verändernden Ambivalenzen gegeben wurden.

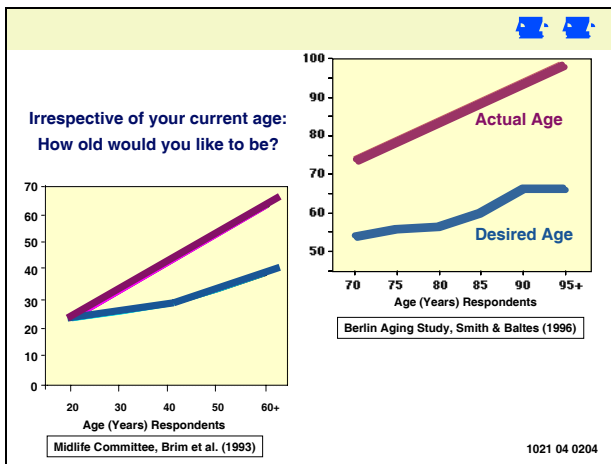
Ich kann übrigens Ihnen, Frau Vorsitzende, nur zustimmen: Die Variabilität innerhalb einer Person wird mit dem Alter zunehmend größer. Es gibt zwei Befunde über das Alter, die wichtig sind: Die Unterschiede zwischen

Menschen werden größer und nicht kleiner und die Variabilität innerhalb einer Person wird ebenfalls größer. Ich berichte jetzt in einfachen Worten über differenzierte Ergebnisse; wir machen dazu seit etwa zehn Jahren Forschung, bei der wir Leute für 50, 60, 70 Tage ins Labor bringen. Wenn Sie sich vorstellen, dass die Unterschiede zwischen Menschen - sagen wir einmal: in der Persönlichkeit - so groß sind, dann betragen die Unterschiede, die Sie in einer Person messen, fast die Hälfte, wenn Sie diese Person über Tage, Wochen, Monate messen. Und diese Unterschiede werden mit dem Alter größer. Rein messtheoretisch - jetzt spreche ich sozusagen zu den Demenzdiagnostikern - ist es die fehlende Robustheit des kognitiven Systems, die man testen muss. Deshalb ist der neue Zugang zu dieser Diagnostik eher das Äquivalente zu einem Stress-EKG. Man muss sozusagen den Stress erhöhen, um dann die Variabilität zu finden. Es ist der Verlust an Robustheit des Systems. Hier kann ich in der Tat meiner verstorbenen Frau ein Kompliment machen, denn sie hat diese Diagnostik als Erste im Psychologischen entwickelt.

Auch vor dem Hintergrund anderer Ergebnisse der Altersforschung zeigt dieses Antwortmuster aber, dass sich die deutsche Bevölkerung auf dem Weg befindet, das Alter einschließlich des Lebensendes in die eigene Hand nehmen zu wollen. Für einen Psychologen und einen an gesellschaftlicher Vitalität interessierten Bürger ist dies gut so. Denn Eigenverantwortung ist eher eine Tugend als ein Laster, und dazu eine Tugend, in der die Deutschen nicht Weltmeister sind.

Dies waren die guten Nachrichten; sie betreffen das dritte Alter.

Ich komme jetzt zum vierten Alter. Seit etwa einem Jahrzehnt entwickelt sich ein neuer gerontologischer Schwerpunkt, die Erforschung der Ältesten der Alten. Insgesamt zeigt das vierte Alter ein deutlich weniger positives Bild, und nicht nur dann, wenn man an Demenz erkrankt ist. Auch im vierten Alter gibt es berühmte Ausnahmen und große Variabilität, aber ebenso ist deutlich, dass diese positiven Ausnahmen unter den Hochaltrigen immer weniger werden, und dies, obwohl die bis ins hohe Alter Lebenden an sich eine extrem positive Selektion hinsichtlich ihrer Vitalität darstellen. Etwa 95 Prozent der Geburtskohorte sind nämlich schon gestorben. Die Daten, die wir hier sehen, beziehen sich also auf eine hoch selektive Gruppe. Umso deutlicher muss man kritisch über das nachdenken, was ich Ihnen jetzt zeige.

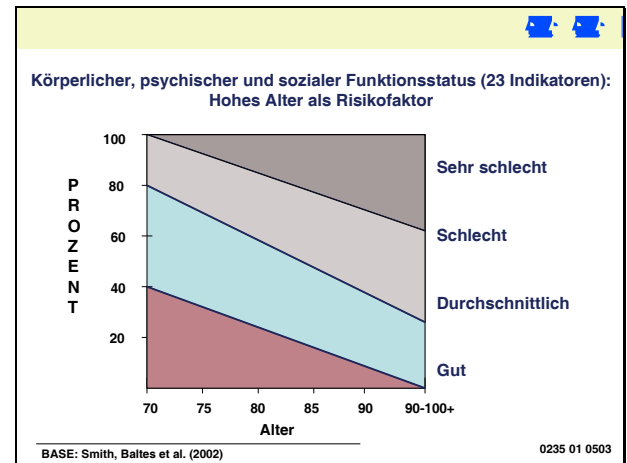


Ein erster Blick in die negative Bewertung des hohen Alters zeigt sich in einer mit dem Alter größer werdenden Schere zwischen tatsächlichem und persönlich gewünschtem Alter. Die 90- bis 100-Jährigen wären im Durchschnitt gerne bei 60 bis 70 stehen geblieben. Aus dieser Schere lässt sich nur schwerlich folgern, dass der aus dem jungen Alter geborene Optimismus auch für das hohe Alter gilt. Übrigens sind die Unterschiede bei Männern größer als bei Frauen, wenn es um diese Schere geht: Die Männer wollen jünger sein als die Frauen; vielleicht ist das auch eine der Quellen für den Jugendwahn, den Frauen zeigen müssen, nämlich weil die Männer es so wollen. Ich hoffe, dass dies eine Aussage ist, die man richtig deutet. Ich bin der Meinung, dass dies in der Tat eines der größten Hindernisse ist, nämlich sich aus der Jugendzentriertheit nicht befeien zu können, um sich auf das Alter hinzubewegen.

Diese Negativierung des hohen Alters zeigt sich in beträchtlichen Verlusten an kognitivem Potenzial und adaptiver Ich-Plastizität. Das Lernpotenzial der Ältesten sinkt mehr und mehr, auch wenn sie nicht an einer Demenz erkrankt sind. Das Erlernen neuer kognitiver Strategien, wenn sie etwas kompliziert sind, wird im hohen Alter zunehmend schwieriger und schwieriger. Auch das Lebensgefühl, das subjektive Wohlbefinden erwies sich im vierten Alter als weitaus anfälliger. Im hohen Alter stößt diese berühmte Ich-Plastizität an ihre Grenzen. Die Ältesten der Alten sind weniger zufrieden, sie berichten häufiger von Einsamkeit und davon, dass sie ihr Leben weniger unter Kontrolle haben, es weniger selbst steuern können. Das gefällt ihnen nicht.

Wie jüngste Analysen der Berliner Altersstudie durch Jackie Smith und Kollegen gezeigt haben, scheint auch der Vorgang des Verlaufs des Sterbens in den zwei Jahren vor dem Tod als deutlich schwieriger, dysfunktionaler. Alter und Krankheit überlagern sich und schaffen damit im hohen Alter ein im Durchschnitt schwierigeres persönliches Umfeld. Dies trifft - ich betone es nochmals - auf Personen zu, die nicht erkennbar an Demenz leiden. Am deutlichsten ist dieser Funktionsverlust im hohen Alter bei einer Gesamtschau. Für diese ganzheitlichen Betrachtungen wurden in der Berliner Altersstudie mehr als 20 Messungen gleichzeitig berücksichtigt: medizinische, psychologische,

soziologische. Und bei dieser Gesamtschau addieren sich die Schwächen. Für die Ältesten der Alten, die über 85-Jährigen, ist die Wahrscheinlichkeit, zu einer Gruppe zu gehören, die sich durch viele chronische Belastungen und niedrige Funktionswerte auszeichnet, fast fünfmal so hoch wie für die Jüngeren. Eine dänische Studie 100-Jähriger bestätigt dies eher dysfunktionale Bild.



Über das Maß für die wesentliche Verschiebung des Geisteszustandes ist heute viel diskutiert worden; ich will darauf nicht weiter eingehen, mit der einen Ausnahme, dass ich wieder in Erinnerung rufen will, dass es in der Tat eine starke Alterskorrelation gibt. Was mich persönlich aber noch nachdenklicher stimmt, ist, dass es bisher keine Daten dazu gibt, dass sich das Auftreten der Altersdemenz historisch verschoben hat. Ich habe mich gerade in den letzten Wochen mit fünf, sechs der Weltexperten hierüber per E-Mail unterhalten. Sie waren alle übereinstimmend der Meinung: Es gibt keine Daten, die zeigen, dass sich der „onset“ - wie man so schön sagt - oder „the rate“ von Alzheimer-Demenz in den letzten 30, 40 Jahren verändert hätte. Dies ist insofern ein qualitativ anderer Befund als für andere Aspekte der körperlichen und geistigen Vitalität. Für diese habe ich Ihnen ja berichtet, dass es diese historische Veränderung gibt. Dies kann teilweise daran liegen, dass sich die Demenzdiagnose verändert hat. Aber es gibt - ich will es noch einmal sagen - keine Hinweise auf eine Verringerung der Alzheimer-Demenz im hohen Alter im historischen Verlauf.

Neben diesen empirischen Befunden über das vierte Alter gibt es auch theoretische Gründe, warum sich das hohe Alter einer weiteren Optimierung widersetzt. Es handelt sich darum, dass das biologisch vorgefertigte genetische Haus des Lebens das Altwerden in der Evolution vernachlässigt hat. Das Genom, wie wir es heute kennen, hat sich in der Evolution nur wenig am Altwerden orientiert. Es war vor allem - das wissen Sie alle - die Reproduktionsfähigkeit im frühen Erwachsenenalter, das erfolgreiche Kinderkriegen, das Kindergroßziehen, um es in der Alltagssprache zu formulieren. Es gab auch in der entfernten Vergangenheit relativ wenige Alte, die sich in den evolutionär-genetischen Selektionsprozess hätten einbringen können. Deshalb ist zwar das Genom voller Potenziale für die erste

Lebenshälfte, es wird aber bei den älteren Altersgruppen zunehmend fehleranfälliger und ungenauer. In vieler Hinsicht wäre es auch für die Wissenschaft einfacher, wenn es eine ordnende Hand der Genetik für das Alter gäbe. Es würde die Suche nach genetischen Interventionen erleichtern. Weil dies nicht so ist, ist die grundlegende biokulturelle Architektur des Lebens im hohen Alter radikal unfertig. Das ist nicht eine „Unvollendete“, wo es einen guten Beginn gibt; vielmehr ist sie radikal unfertig. Je älter wir sind, umso zunehmend schwerer wird es wahrscheinlich sein, diese Phase in gleicher Weise zu optimieren, wie es auf das junge Alter zugefallen hat.

Aus solchen Überlegungen resultiert das Dilemma der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation. Es gelingt uns zwar, das Leben zu verlängern, aber weil die biologische Plastizität und Veränderbarkeit mit dem Alter abnehmen, verringert sich auch die Effektivität kulturbasierter Interventionen. Längeres Leben als solches, „adding years to life“, macht noch keine Verzauberung des Alters. Ausgehend von diesen Überlegungen behaupten einige Altersforscher - und dies scheinen mir nicht die schlechtesten -, dass die historische Erfolgsgeschichte des jungen Alters nicht auf das vierte Lebensalter ausgedehnt werden kann. Nur die Zukunft kann hierzu eine Antwort geben. Der wissenschaftliche Erkenntnisprozess steht nicht still. Ganz in diesem Sinne ist ein zentrales Thema der gegenwärtigen Gerontologie die Frage nach dem Fortschritt, der gerade auch aus neuen biomedizinischen Forschungsfeldern wie der molekularen Biologie oder der Gentechnologie entstehen könnte. Könnte dadurch die grundlegende altersunfreundliche biogenetische Architektur des Lebenslaufs verändert werden, derart, dass sie dem Alter bessere Angriffsmöglichkeiten für das Wirksamwerden kultureller und psychologischer Einflüsse bietet und es dann der Kultur ermöglicht, auch das hohe Alter zu verzaubern, „not only adding years to life, but life to years“?

Auf den ersten Blick kann man diesen positiven Eindruck teilen und ich glaube ganz sicher an die Langzeitpotenz der Wissenschaft. Aber die Gegenwartslage bietet Grund zum Innehalten. Ein neuer Balanceakt im Schnittpunkt von Fortschritt und Würde sowie von Eigen- und Fremdnutzen ist gefordert. Sobald man sich nicht nur die Lebenslänge anschaut, sobald man sich nach weiteren Indikatoren umsieht, die eher etwas über die Qualität als über die Quantität aussagen, dann sehen wir im hohen Alter zunehmend ein Bild der Unfertigkeit, der Unvorhersagbarkeit und des Leidens. „Hoffnung mit Trauerflor“ ist die Sentenz, die ich als Wort eines defensiven Optimismus anbiete. Wenn also Demographieforscher derzeit die Nachricht von einem immer längeren Leben preisen und feiern, so ziehen sie nach meiner Einschätzung das Gesamtbild der psychischen, sozialen und kulturellen Aspekte des individuellen Alters nicht stark genug in Betracht. Eine interdisziplinäre Neuausrichtung ist angesagt und sie ist auch schon im Entstehen. Gefragt ist eine Wende in

Richtung auf die Förderung der Lebensqualität statt einer Konzentration auf die Lebensquantität. Beim vierten Alter befinden wir uns also am eklatantesten nicht nur im Unsicherheitsterritorium der Forschung, sondern auch mitten in der modernen, ethisch-religiösen, zwiespältigen Diskussion über den Begriff der Natur des Menschen und das Ausmaß an genetischer Selbststeuerung, das die Menschheit anzuwenden wagt. Ich habe jüngst einen Aufsatz für den „Dedalus“, die Zeitschrift der American Academy of Arts and Sciences, geschrieben, in dem ich versucht habe, deutlich zu machen, wie sehr uns das Altern der Bevölkerung eine neue Herausforderung gibt, die etwas mit dem großen Projekt der Aufklärung unserer Gesellschaft zu tun hat.

Eine erste Zusammenfassung. Die Zeitspanne des jungen Alters, des dritten, ist auf dem besten Weg, zu einem positiven und aktiven Lebensabschnitt zu werden. Während dieser Altersphase gelingt es einer wachsenden Zahl von Menschen, autonom und aktiv zu bleiben sowie weiterhin zum Sozialleben und der gesellschaftlich Produktivität beizutragen. Hier gilt es noch, weitere Schätze zu heben. Das vierte Alter stellt uns jedoch vor neue Herausforderungen. In diesem Lebensabschnitt verliert die positive Verbindung zwischen einem langen und einem guten Leben an Gültigkeit. Es gelingt uns zwar, länger zu leben; der Rest des menschlichen Systems hinkt jedoch hinterher, und zwar mit zunehmender Diskrepanz. Dennoch: Das hohe Alter ist die große Unsicherheitskomponente der Zukunft. Das ist deshalb so, weil es an einer tief sitzenden - ich betone das noch einmal: an einer tief sitzenden - Konstruktionsschwäche leidet, die nicht leicht zu korrigieren ist. Im hohen Alter ist die einst so reichlich fließende Quelle des menschlichen Entwicklungspotenzials kaum noch sichtbar.

Forschung tut not. Und ich erlaube mir jetzt einen Einschub, weil heute mehrfach nach der Situation in den USA gefragt wurde. Ich will zwei Bemerkungen machen. Die erste ist: Man muss in Bezug auf die USA verstehen, dass sie von allem das Beste und das Schlechteste haben. Sie haben die besten Universitäten und die schlechtesten Universitäten. Dies muss auf alle Bereiche des Lebens verallgemeinert werden. Die zweite: Die Bedingung, die daraus für die Innovationskraft resultiert, ist die einer großen Variabilität. Wie wir alle wissen, spielt Variabilität eine entscheidende Rolle bei Prozessen der Innovation und der Kreativität. Die Kosten dafür, dass die USA in der Forschung fast auf allen Feldern vorn liegen, sind zum Teil auch die Kosten einer Gesellschaft mit einer derart großen Variabilität. Die Tatsache, dass die Amerikaner im Durchschnitt einen viel höheren Voluntarismus haben als wir Deutsche, ist zum Teil auch ein Ausdruck dieser Situation. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, wie eine Gewinn-Verlust-Bilanzierung aussehen kann, wenn man sich Länder im Vergleich anschaut. Ich sage Ihnen: Die Gerontologie, die Altersforschung, hatte ihre erste große Konjunktur in den USA vor 30 Jahren. Sie ist aus meiner Sicht aus zwei Gründen entstanden: Erstens haben es die Amerikaner in einer Koalition in einer bewundernswerten Weise hingekriegt, Hoffnung und

Angst zusammenzuführen. Daraus entstand das nationale Institut der Altersforschung. Heute wird, proportional gesehen, die Altersforschung in den USA um einen Faktor von fünf, sechs, sieben, acht stärker gefördert als in Deutschland. Wenn man das Alter dazu noch als einen Wirtschaftsfaktor sieht, was ich persönlich glaube, besonders was den Dienstleistungssektor angeht, wenn man es ferner als eine Art Motor ansieht, wie eine Gesellschaft etwas kompensieren und neue wissenschaftliche Erkenntnisse finden kann, dann sieht man, dass es um uns in Deutschland zum Teil vielleicht auch deshalb nicht gut bestellt ist, weil wir der Normativität eine sehr hohe Wertigkeit geben.

Jetzt bin ich bei einem Thema, bei dem ich noch unsicherer bin als am Anfang. Denn ich will jetzt als Psychologe etwas über die Ethik des Alters sagen. Ich mache das relativ schnell. Wenn Psychologen über Ethik nachdenken, geht es vor allem um eine empirisch fundierte Theorie guter Gründe. Gründe und Argumentationsmuster sind gut und empirisch begründet, wenn sie konvergieren und sich bewährt haben - im gesellschaftlichen Diskurs, in der Wissenschaft, vor dem Hintergrund einer subjektiv erlebten Gerechtigkeit sowie eingedenk einer maximal toleranten und sich wechselseitig beflügelnden Kultur. Es ist natürlich bemerkenswert, wenn zumindest einige Philosophen ganz im Sinne Kants argumentieren, dass aus dem gelebten Leben, aus den Erfahrungen bestehender Verhältnisse keine im absolut normativen Sinn tragfähige Moralphilosophie abgeleitet werden kann, dass der Empirismus und die Lebenserfahrung zwar aufklären, aber nicht erhellen, dass man eine A-priori-Theorie braucht oder auch eine, die aus dem Göttlichen entsteht. Ich gebe zu: Philosophen und Theologen werden sich dabei sicher auch Gedanken machen müssen, ob sie mit ihren Präferenzen und Präskriptionen vor allem sich selbst bzw. ihren Professionen und Institutionen und nicht dem einzelnen Menschen dienen. Wenn dem so wäre, würde ihr Wort an Gewicht verlieren, wie dies natürlich auch auf mich und meine „deformation professionelle“ zutrifft. Ich bin Psychologe, bestenfalls ein interdisziplinär aufgeklärter. Das heutige Thema Demenz ist nur ein Beispiel.

Ich will jetzt einiges über das würdevolle Sterben sagen, weil ich glaube, dass es zu den zentralen Themen des Alters gehört. Ich will von zwei Kerncharakteristiken des Alters ausgehen, erstens einer ausgeprägten biographischen Individualität - denn das Alter ist in seiner Essenz die potenzielle Höchstleistung eines individualisierten Lebens -, zweitens den besonderen Schwierigkeiten des vierten Alters, über die ich eben schon berichtet habe, dieser chronisch unfertigen biokulturellen Architektur des vierten Alters. Ich komme dann zu einigen Wenn-dann-Aussagen, ganz vorsichtig. Wenn man beides, die Individualität und die chronische Unfertigkeit der biokulturellen Architektur des vierten Alters, ernst nimmt und wenn man die Mehrfachgesichter des Alters auf individueller und gesellschaftlicher Ebene explizit anerkennt, wenn Menschen sich selbst in die

Realisierung ihrer Entwicklungspotenziale lebenslang einbringen, ihr Leben proaktiv, auch für das Alter und ihren Tod, leben, wenn Wissenschaft, Politik und Industrie das Alter als Chance und Fortschrittsquelle verstehen, wenn man das Alter als die große Individualisierungs- und Freiheitschance des Lebens begreift, deren aufgeklärte Gestaltung früh im Leben beginnt, wenn es dabei gelingt, auch dem Sterben einen positiven Entwicklungs- und Gestaltungsraum im Interesse des Eigen- und des Gemeinwohls ohne ungebührlichen gesellschaftlichen Außendruck zu öffnen, wenn wir - jetzt folgt gerade für Deutschland ein wichtiger Punkt - nicht nur an uns in Deutschland denken, sondern auch den größeren Kontext der Welt einbeziehen und sicherstellen, dass wir unsere Ressourcen nicht nur selbst in unserem Land für unser eigenes Alter aufzehren, dann gilt das Wort „Zukunft ist Alter“, dann traue ich mir als Altersforscher zu, mit Überzeugung auch für das vierte Alter eine vor allem positive Sicht zu wählen und zu sagen: Mehr Alter wagen.

Wenn allerdings diese Wenn-dann-Vorbedingungen nicht erfüllt werden, dann gilt eher das Weisheitswort der Verlangsamung, wenn nicht sogar des temporären Innehaltens: Weniger ist mehr. Auch das „Weniger ist mehr“ hat Zukunfts- und Gesellschaftswert. Frei nach Hesiod: Wenn man die richtige Hälfte auswählt, dann kann die Hälfte mehr als das Ganze sein. Aber an diesem Ort kann man auch einen der vielen großen Deutschen zitieren. Es war Wieland, der 1774 in einem Neujahrswunsch sagte: Und minder ist oft mehr, wie Lessings Prinz uns lehrt. Und wenn man Goethe-Fan ist, hilft ein Satz, über den ich meinen Abituraufsatz geschrieben habe: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister. Diesen größtmöglichen Freiraum für eine individuelle Hochkultur des Alterns zu gestalten, mit einem Maximum an individueller Selbstverantwortung und Gestaltungskraft, ohne repressiven gesellschaftlichen Druck sowie mit dem Verzicht auf eine Standardlösung zugunsten einer Palette von die Freiheit des Alterns fördernden Optionen - das ist meine Hoffnung für die Zukunft des Alterns. Beim Alter und dem Wie des Sterbens beispielsweise scheint es mir daher eher unethisch, die existenziellen Wünsche des Individuums zu missachten bzw. ihm einen eng gefassten normativen Gürtel anzulegen.

Ich wünsche dem Nationalen Ethikrat das Beste und herzlichen Dank für die Einladung.

(Beifall)

Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende des Nationalen Ethikrates):

Herr Baltes, lassen Sie mich Ihnen ganz herzlich danken. Darüber hinaus danke ich allen Referenten und Mitdiskutanten - damit meine ich die vier, die wir extra benannt haben - und allen Zuhörerinnen und Zuhörern für das Zuhören bzw. das Mitmachen. Ich denke, wir alle haben heute sehr viel gelernt. Mich hat beeindruckt, unter wie vielen verschiedenen Aspekten man sich diesem Thema nähern kann. Zum Schluss hat ja Herr Baltes

gezeigt, dass man in einer pointierten, humorvollen Darstellung ein Tor zum Thema Altern aufstoßen kann.

Herzlichen Dank und gute Heimreise.

(Beifall)

(Schluss: 17.38)