



24.03.2026

Transkript

„Wissenschaftsakademien dringen auf datengestützte Demenzprävention“

Expertinnen und Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Joachim L. Schultze**
Wissenschaftlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender (Interim), Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Bonn und Autor der Stellungnahme
- ▶ **Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller**
Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universitätsklinikum Leipzig
- ▶ **Dr. Steffen Heß**
Leiter des Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ Gesundheit), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn
- ▶ **Prof. Dr. Svenja Caspers**
Leiterin des Instituts für Anatomie I am Universitätsklinikum Düsseldorf und Leiterin der Arbeitsgruppe „Konnektivität“ am Institut für Neurowissenschaften und Medizin (INM), Forschungszentrum Jülich, sowie Autorin der Stellungnahme
- ▶ **Annegret Burkert**
Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://sciencemediacenter.de/angebote/wissenschaftsakademien-dringen-auf-datengestuetzte-demenzpraevention-26061>



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Ich begrüße Sie alle zum heutigen Press Briefing des Science Media Center. Mein Name ist Annegret Burkert und ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften hier beim Science Media Center. Heute möchten wir über eine Stellungnahme sprechen, die die Wissenschaftsakademien Leopoldina und Acatech auf den Weg gebracht haben, gemeinsam mit der Akademienunion. Und diese Stellungnahme hat den Titel "Datengetriebene Demenzprävention". Worum's da genau geht, wird gleich vorgestellt. Diese Stellungnahme wird diesen Freitag veröffentlicht und hat Embargo um null Uhr eins. Also sobald der Freitag beginnt, darf darüber berichtet werden. Aber bis dahin ist dieses Press Briefing hier, sowie die Stellungnahme, unter Sperrfrist. Weshalb diese Stellungnahme zustande gekommen ist und worum's da geht, das werden uns gleich die zwei Autor:innen der Stellungnahme hier darlegen. Und Sie haben die schon erhalten und konnten schon mal reingucken und sich ein paar Gedanken dazu machen. Und ich hoffe, Sie haben auch einige Fragen mitgebracht, die Sie gleich hier an die Forschenden stellen können. Diese Fragen können Sie wie gewohnt im Frage- und Antworttool stellen. Und wenn Sie dort eine Frage einer Kollegin oder eines Kollegen sehen, die Sie besonders interessant finden, haben Sie auch die Möglichkeit, diese mit einem Daumen hoch zu markieren. Und wenn da eine Frage auf besonders großes Interesse stößt, dann ziehen wir die auch hier in unseren Fragen, in der Fragensammlung hoch und stellen sie bevorzugt. Bevor wir jetzt loslegen, möchte ich gerne einmal die anwesenden Expert:innen vorstellen. Wie bereits gesagt, haben wir zwei Autor:innen da. Zum einen Professor Dr. Svenja Caspers. Sie ist Leiterin des Instituts für Anatomie I am Universitätsklinikum Düsseldorf und leitet auch eine Arbeitsgruppe am Forschungszentrum Jülich. Die Arbeitsgruppe hat den Namen Konnektivität. Und sie ist Autorin der Stellungnahme wie Professor Dr. Joachim Schultze. Er ist wissenschaftlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, kurz DZNE in Bonn. Und zu den beiden haben wir noch zwei Forschende zu diesem Press Briefing einladen und gewinnen dürfen – ich freue mich sehr –, zum einen Frau Professorin Dr. Steffi Riedel-Heller. Sie ist Direktorin des Instituts für Sozialmedizin und Arbeitsmedizin und Public Health am Universitätsklinikum Leipzig. Und Herr Dr. Steffen Heß, Leiter des Forschungsdatenzentrum Gesundheit, das am BfArM in Bonn angesiedelt ist. Ich begrüße die Runde und freue mich sehr, dass Sie da sind. Anfangs werden die Autoren uns jetzt mal eine Einleitung geben, worum's eigentlich in der Stellungnahme geht und wieso diese zustande gekommen ist. Deswegen gebe ich ab an Frau Caspers und Herrn Schultze und bin gespannt.

Svenja Caspers [00:02:58]

Ganz herzlichen Dank. Wir freuen uns, Herr Schultze und ich, gemeinsam, dass wir Ihnen hier das einmal vorstellen dürfen, was wir uns bei dieser Stellungnahme gedacht haben, wo das Ganze herkommt und was im Prinzip die Kernelemente der Stellungnahme sind. Ich darf beginnen mit dem Hintergrund: Wo kommt das her? Wir haben uns überlegt, dass das Thema Demenz im Allgemeinen – was zunächst mal als Sammelbegriff für verschiedenste Arten von neurodegenerativen Veränderungen im Gehirn des Menschen zu verstehen ist – für uns eigentlich bedeutet als Gesellschaft. Und mit Blick auf eine solche Grafik, wie Sie sie hier sehen, kann man schon mal festhalten: Demenz in Deutschland, aber eigentlich in allen großen Industrienationen weltweit, wird steigen. Das heißt, die Kosten, die damit verbunden sind, werden zunehmen. Und das alleine schon dadurch, dass wir alle in der Gesellschaft älter werden. Der Anteil älterer Menschen nimmt zu und damit tendenziell die Chance, eine Demenz zu entwickeln. Das Problem ist, dass wir momentan noch nicht effektive Behandlungsansätze haben, keine therapeutischen Möglichkeiten haben, sodass das ein Problem ist, was weiterhin sicherlich viele bewegen wird. Warum jetzt eine solchen Stellungnahme und warum datengetriebene Demenzprävention als



Titel? Wir sind davon ausgegangen, dass wir jetzt, gerade zuletzt auf der Forschungsbasis, was weltweit bisher ermittelt wurde, davon ausgehen dürfen, dass wahrscheinlich ein relevanter Anteil von Demenzfällen, die auftreten, möglicherweise verhinderbar wären. Die müssen gar nicht auftreten. Und das ist eine Arbeit aus einer der sogenannten Lancet-Commissions, die das einmal festgestellt hat, [nachdem sie] die Daten aus den ganzen Forschungsergebnissen der vielen letzten Jahre zusammentragen [hat]. Und Sie sehen hier auf der rechten Seite einmal eine schöne Grafik, die das visualisiert. Verschiedenste Faktoren tragen zu dem Entstehen von Demenzerkrankungen bei. Und diese können in verschiedenen Lebensphasen, Sie sehen das ganz oben beginnend mit dem Thema Bildung, dann über das mittlere Lebensalter, verschiedenste, aus dem Lebensstil im weiteren Sinne resultierende Faktoren und dann bis hin ins hohe Lebensalter, die soziale Isolation oder auch Luftverschmutzung. Alle diese Faktoren können zur Demenzentstehung beitragen, singulär weniger, aber insbesondere in Kombination. Und Sie sehen, die Einzelfaktoren bringen gar nicht so viel Einzeleffekt. Und unsere Idee war, wie können wir davon vielleicht ausgehend zu einer besseren Prävention, Vorbeugung, von Demenzen kommen? Und das betrifft aus unserer Perspektive zwei Ebenen. Einmal das eigene Verhalten der Menschen und zum anderen die Frage, wie auch die Verhältnisse, die Lebensumstände von Menschen, angepasst werden könnten. Und unsere Ausgangsbasis war, dass wir hier so eine gestaffelte Idee verfolgen wollten: Wie können wir jedem einzelnen, jeder einzelnen Person etwas anbieten, dann die Menschen hoffentlich herausfinden, die ein erhöhtes Risiko für eine Demenz haben und dann gezielt Maßnahmen ergreifen, um das Risiko dieser Personen zu senken? Und wenn wir einmal mit dem ersten Schritt beginnen, was bedeutet es denn, ein individualisiertes Risikoprofil zu haben? Dann sehen Sie hier beispielhaft einmal auf der linken Seite gezeigt diese verschiedensten Faktoren, die alle dazu beitragen, eine Demenz zu entwickeln, also Lebensstilfaktoren, die Sie hier auf der linken Seite sehen, genetische Faktoren. Sie können Veränderungen im Blut messen, die vielleicht helfen können. Sie können bildgebende Maßnahmen einleiten, also ein Bild vom Gehirn machen zum Beispiel. Sie können aber zum Beispiel vielleicht auch Dinge über das Smartphone erfassen und einfach vieles aus dem Lebensumfeld der Leute mitbekommen, was dort eine Erklärung oder Hinweise darauf geben kann, dass sich etwas verändert. Und die Idee dahinter ist, dass wir bisher sehr viel darüber wissen, wie wir allgemein altern und wie Demenzen entstehen. Aber für die eigene, das eigene Risiko persönlich, ich als Person, das ist bisher noch nicht so ohne Weiteres möglich, aber das würde wahrscheinlich am ehesten helfen, um den Ansporn auch zu haben, vielleicht etwas vorbeugend dagegen zu unternehmen. Und die Idee wäre – so sehen Sie's auf der rechten Seite – aus diesen individuellen Faktoren, die wir erfassen könnten, vielleicht irgendwann eine individuelle Vorhersage zu machen, wie hoch mein Risiko ist, eine Demenz zu entwickeln. Wenn ich das dann gemacht habe, dann sehe ich das für mich persönlich und habe vielleicht dann als Person ein erhöhtes Risiko. Und wenn ein solches Risiko besteht, wäre die Chance daraus dann, aus diesen verschiedenen Kombinationen von Daten am Ende möglichst individuelle Interventionen zu entwickeln, sowohl für die Einzelpersonen als auch, und das muss die Umgebung sein, die Verhältnisse, also die Lebensumstände der Personen vielleicht mit in Betracht zu ziehen. Und ganz wichtig dabei ist sicherlich im Moment auch, dass man für das Thema besonders sensibilisiert. Das heißt, wie wichtig ist es für mich als Person, mich mit dem Thema Demenz auseinanderzusetzen und welche Einflussmöglichkeit habe ich vielleicht selber, das in die Hand zu nehmen und bin ich ausgeliefert einer Erkrankung, die später in meinem Leben auftritt? Das alles ist sicherlich eine Zusammenkunft von verschiedensten Dingen, die wir hier tun können und müssen. Da sollten also sowohl diese individualisierten Ansätze als auch bestimmte Methoden der Wissenschaft, der Forschung einhergehen, verschiedene Technologien, die heutzutage auf dem Markt sind, um Modelle zu bilden, um Vorhersagen zu ermöglichen. Aber das Ganze dann eigentlich vielleicht auch verknüpfen eben mit Maßnahmen, die das Ganze begleiten, zum Beispiel im Bereich des Gesundheits- oder Sozialsystems. Das Ganze ist verbunden mit einigen Herausforderungen, um das auf den Weg zu bringen. Wichtig ist, dass jeder von uns überhaupt die Chance bekommen kann, selbst wirksam zu sein. Das heißt, die Erkenntnis, ich kann etwas tun. Und ich glaube, das war



unser Anliegen, das wollen wir vermitteln. Und damit würde ich gerne an Herrn Schultze übergeben, der einmal konkret zusammenfassen wollen würde, was wir uns dabei überlegt haben.

Joachim L. Schultze [00:08:31]

Vielen Dank, Frau Caspers. Wir wollten nicht nur sagen, was noch im Voraus als Wissenschaft notwendig ist, sondern wir wollten eigentlich schon ein paar Punkte aufzeigen, warum und mit was wir beginnen müssen. Und das sind ein paar Punkte. Fangen wir mit der Gesundheitsdatennutzung an. Wir haben Punkte aufgeschrieben, einmal dass wir dann nach bestimmten Prinzipien Gesundheitsdaten gestalten müssen. Wir müssen tatsächlich die Dateninfrastrukturen in diese Richtung weiterentwickeln, auch ein Forschungsdatenökosystem entwickeln für diesen Bereich. Ein ganz wichtiger Punkt war, dass wir Befunde aus dem Gesundheitswesen einzelnen Personen auch zuordnen können, damit wir einzelnen Personen auch Angebote machen können. Und wir müssen tatsächlich was machen, was es im Augenblick nicht gibt, Gesundheitsdaten langfristig nutzbar zu machen, weil wir sonst diese langen Zeiträume der Prävention gar nicht bespielen können. Zweiter Punkt: Wissenschaftskommunikation. Einmal, dass wir die entsprechenden Institute mit einbeziehen, die dort am Wesentlichen ausgewiesen sind, das auch zu begleiten. Und dann drei Punkte, die uns alle angehen. Wir müssen ein Bewusstsein schaffen für Demenzprävention. Wir müssen auch eine Bereitschaft entwickeln, dass Daten bereitgestellt werden für Forschung und wir müssen die Beteiligung der Menschen an diesen Forschungsprojekten weiter fördern, also diese Citizen Science Ship. Die nächste Maßnahme ist, dass wir auch die Verhältnisprävention nicht aus den Augen lassen. Die Rahmenbedingungen für gesunde Lebensweise muss weiter entwickelt werden. Ein Beispiel: Feinstaub ist sicherlich ein Thema, das nicht nur für Demenzen wichtig ist, sondern auch für andere Erkrankungen. Da müssen wir die Datengrundlage zusammenführen. Verhältnisprävention muss eine Grundlage sein für Verhaltensprävention. Und, ob wir's glauben oder nicht, aber wir haben viele Dinge, die wir noch nicht wissen. Forschung muss da noch intensiviert werden. Wir wollen nicht nur eigene Lebensregeln machen, sondern wenn wir Risikoprofile wirklich gut entwickeln wollen, müssen wir molekulare zelluläre Grundlagen schaffen, dass wir den Leuten wirklich richtige und gute Angebote machen müssen und können. Und da gehört eben die Verknüpfung von Grundlagenforschung bis zur Versorgungsforschung alles zusammen, damit wir individualisiert vorgehen können. Nächstes Slide. Und zum Abschluss: Wir schlagen damit auch vor, dass wir App-Entwicklungen machen. Dass wir nicht nur eine haben, sondern ein Ökosystem. Es wird so sein, dass unterschiedliche Menschen unterschiedliche Anforderungen haben. Wir müssen das aber wissenschaftlich fundiert bauen auf Basis von neurowissenschaftlichen, immunologischen, anderen medizinischen Aspekten und nicht einfach nur [eine] Datensammlung machen. Da haben wir auch schon gute Beispiele. Langfristige Finanzierung müssen wir irgendwie klären. Das sind lange Zeiträume, die wir hier bespielen wollen. Und deswegen schlagen wir [dem] Staat [vor], dass man aus der bestehenden nationalen Demenzstrategie eigentlich ab sofort eine sogenannte Dekade für Gehirngesundheit entwickeln sollte – mit allen Ministerien, die dort mitmachen müssten, sektorübergreifend. Das geht natürlich über die Gesundheitspolitik sogar hinaus. Um dann eben eine Dekade für Gehirngesundheit zu entwickeln mit Expertinnenrat. Diese Demenzstrategie muss eingebettet sein zusätzlich noch in eine Gesamtstrategie Gesundheitsprävention. Und auch hier hat der Wissenschaftsrat beigetragen und eben auch die Prävention als wichtiges Forschungsgebiet [benannt], eingebettet in bestehende Strukturen.

Moderatorin [00:12:25]

Ich warte noch, dass das geschlossen wird. Dankeschön für die Vorstellung. Ich gehe gleich mal zu den anderen beiden Forschern. Ich will auch mal hören, was sie davon direkt halten. Aber bevor ich das tue, bin ich mir sicher, dass die Journalisten und Journalisten ihre Fragen mitgebracht haben und wollte noch mal daran erinnern, dass sie die gerne stellen können. Frau Riedel-Heller, ich



möchte jetzt zu Ihnen kommen. Sie sind Forscherin und Ihre Forschung fokussiert sich auf Präventions- und Versorgungsforschung, auch Präventionsforschung bei Demenzen. Wie ordnen Sie denn jetzt aus Ihrer Sicht die Stellungnahme ein? Und ist der vorgestellte Ansatz, wie ordnen Sie den ein?

Steffi G. Riedel-Heller [00:13:07]

Also ich habe die Stellungnahme mit sehr großem Interesse gelesen und ich finde [sie] wichtig, sehr gut, großartig recherchiert und vor allen Dingen kommt zum richtigen Zeitpunkt. Es ist überfällig. Es gibt den demografischen Druck und wir haben die Evidenz zu den Risikofaktoren. Wir haben die Evidenz zu den Multi-Domain-Interventionen. Ich bin PI der AgeWell-Studie und da auch ein großer Verfechter von diesen Wegen. Und das jetzt in eine größere gesellschaftliche Debatte zu bringen, denke ich, ist wirklich ein richtiger Zeitpunkt. Und Deutschland braucht eine Strategie für Demenzprävention. Brain Health, keine Frage. Und ich denke, das muss angeschoben werden. Die Stellung, also das Papier ist eine datengetriebene Perspektive. Aber ich denke, Innovation entsteht auch an Grenzen von Wissenschaft, Medizin und Technik. Deshalb finde ich den Zugang gut. Natürlich sehe ich so als Public-Health-Mensch auch das Große und Ganze und sehe in dieser datengetriebenen individuellen Prävention... Darum geht es hier: was kann der Einzelne tun? Er kriegt quasi sein Risikoprofil, also es werden Daten aus verschiedenen Quellen zusammengefasst, er kriegt das individuelle Risikoprofil. Und das ist der Kern dieser Sache. Und ich denke, das ist ein Hebel. Es ist ein wichtiger Hebel, aber sehe das eben noch mal in einem noch größeren Kontext. Und Sie hatten das in Ihrer Präsentation auch schon angedeutet, insbesondere sozusagen im Kontext gleichzeitig. Also nicht um das auszuspielen, gleichzeitig bevölkerungsweite Prävention, also wo es um Bildung und Bewegung, soziale Teilhabe etc. geht. Also Bedingungen schaffen, die gesunde Lebensentscheidungen möglich machen. Also das sehe ich nicht begleitend oder Add-on – so kam es bei mir manchmal ein an – sondern die Verhältnisprävention als gleichberechtigt. Sie nehmen dazu auch Stellung. Und das gestufte Vorgehen finde ich sinnvoll. [Das] macht für mich Sinn. Und ich finde das mit der App, der ersten Stufe auch sehr gut. Und wir können aufbauen. Also wir arbeiten hier mit My Brain Coach, das wird hier am Institut gerade übersetzt. Da gibt es wirklich gute Sachen. Man muss nicht von Null anfangen und Ihr Ansatz ist ambitioniert. Also da ist ein langer Weg zu gehen. Manche sagen vielleicht, es ist Wolkenkuckucksheim, eh wir den europäischen Datensee haben und die KI fischt oder was da passiert. Aber ich denke, es ist auch ein Entwicklungsweg und wir brauchen auch nicht von null anfangen. Und das ist, denke ich, eine gute Nachricht. Es gibt Fragezeichen sicher mit der Umsetzbarkeit: rechtlich, ethisch, kulturell und Risikostratifizierung. Das ist der Kern, der Kern, was vorgeschlagen ist, braucht Präventionspfade. Wer macht die? wo? Viel wird angesprochen: Hausärzte, Dementia-care-manager. Das ist noch ein Ideenpool und das muss durchdekliniert werden.

Moderatorin [00:16:25]

Wunderbar. Vielen Dank für diese erste Einordnung. Ich möchte Herrn Steffen Heß noch in die Runde bringen. Sie leiten das Forschungsdatenzentrum Gesundheit am BfArM. Sie beschäftigen sich seit vielen Jahren mit der wissenschaftlichen Analyse von Gesundheitsdaten und kennen auch das Gesundheitsdaten-Ökosystem aus wissenschaftlicher und praktischer Perspektive. Noch zur Erklärung: Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit stellt bundesweite Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für die Forschung bereit und ermöglicht damit auch wichtige Analysen zu Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das Screening beinhaltet nun das Zusammentragen von Gesundheitsdaten. 14 Risikofaktoren. Werden diese Daten denn heute bereits jetzt schon ermittelt und festgehalten? Und könnte man denn damit jetzt tatsächlich einfach so direkt starten?



Steffen Heß [00:17:19]

Vielen Dank. Also ich würde sagen, zum Teil. Also ich würde mich den Vorrednern anschließen. Es ist auf jeden Fall ein ambitioniertes Projekt und das auf jeden Fall. Aber ich glaube, ich stimme da auch zu: es kommt genau zum richtigen Zeitpunkt. Ich glaube, die Ziele muss man sich setzen. Ich würde aber tatsächlich noch mal betonen: Zum Teil sind die Daten schon vorhanden. Ich denke, es geht jetzt darum, die zu ergänzen mit den ich denke, die Vorschläge da drin sind auch richtig. Man darf aber nicht vergessen, dass Teile des Gesundheitsdaten-Ökosystems schon stehen. Und ich glaube, man muss auch die Infrastrukturen, die es schon gibt, muss man hier auch sinnvoll anbinden. Also es gibt nicht nur das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, sondern es gibt auch bildgebende Daten bei den Universitätskliniken. Und ich glaube, deutschlandweit gibt es eher zu viele Datenquellen, die relevant wären, und man muss die alle in ein Ökosystem einbinden. Das war genau das richtige Stichwort an der Stelle. Auf dem Weg befinden wir uns schon ein bisschen Richtung europäischer Gesundheitsdatenraum. Der ist aber für viele immer ein bisschen abstrakt. Was ist das? Wofür ist das gut? Ich denke, hier ist die Demenzprävention eines der ersten Beispiele, die wirklich sehr stark davon profitieren könnten, dass wir ein Gesundheitsdatenökosystem kriegen. National wäre schon ein großer Fortschritt, international noch umso besser. Da befinden wir uns, glaube ich, genau auf dem richtigen Weg. Die Vorschläge, die in die Richtung gehen, sind auch in den Bericht eingearbeitet. Von daher kann ich das nur unterstützen.

Moderatorin [00:18:49]

Also was, was gibt es denn schon und was fehlt denn noch, um das tatsächlich umzusetzen und bündeln zu können?

Steffen Heß [00:18:57]

Genau. Also ich denke, das, was es schon gibt, sind die Daten, die einfach schon in der Routine anfallen. Das fängt an bei den Abrechnungsdaten, die wir im Forschungsdatenzentrum auch haben. Die gehen aber oft nicht so sehr in die Tiefe. Dann haben wir bildgebende Daten, die bei den Universitätskliniken schon vorliegen. Es gibt Register zu verschiedenen Erkrankungen, Spezialregister, die schon vorliegen. Was auf jeden Fall noch fehlt, sind dann – das wurde auch in der Grafik gerade gezeigt – die Daten, wo man ein bisschen mehr Aufwand treiben muss. Da wird es dann auch in der Datenlage ein bisschen dünner. Das liegt in der Natur der Sache. Das kann man aber auch schrittweise machen, dass man Risikoprofile erst mal mit den vorhandenen Daten aufbaut und dann sich vor allem auf die schon identifizierten Risikopatienten dann auch ein bisschen konzentriert und da die fehlenden Daten erhebt. Aber da kommt man nicht umhin, fehlende Daten, was Lebensstil, Blutmarker, auch genetische Faktoren sind natürlich weit weg von flächendeckend erhoben. Und dann muss man sich dann schon überlegen, auf welche Patientengruppen man sich da fokussiert, und da die Ressourcen auch zielgenau einzusetzen.

Moderatorin [00:20:07]

Das ist eigentlich schon eine gute Frage: Auf welche Patientengruppen fokussiert man sich und wie konkret kann man sich das erste niederschwellige Screening denn eigentlich vorstellen? Herr Schultze, Sie nicken schon.



Joachim L. Schultze [00:20:18]

Ich wag mich da jetzt mal vor. Ich kann auch Herrn Heß zustimmen. Also wir müssen, glaube ich, schon auch sehen, bevor das flächendeckend alles ist, wollen wir in Stufen das Ganze machen. Das heißt, wir können im Augenblick eben noch nicht genau sagen, müssen wir jetzt jeden zu jeder Zeit messen oder können wir vorher schon einschränken? Und wir haben uns halt schon lange Gedanken darüber gemacht, dass wir die digitalen Medien oder Apps, dass die auf neurowissenschaftlicher Basis entwickelt werden müssen. Ich muss auch wirklich das messen im Gehirn, was nachher bei diesen Erkrankungen geschädigt ist, und nicht nur einfach sagen, das Gehirn hat jetzt weniger Funktion. Das würde nicht richtig sein. Da muss ich Studien machen und genau das ist das, was wir machen. Wir entwickeln Apps, die bestimmte – und zwar nicht nur irgendwelche Tests, die es schon gibt, sondern Apps, die aufbauen, als Beispiel auf bildgebenden Verfahren, die uns genau sagen, welche Bereiche im Gehirn an frühen Stadien der Alzheimer-Krankheit sich verändern. Und mit diesen Apps frage ich jetzt Dinge ab, die in diesen Regionen normalerweise als Funktion lokalisiert sind. Das heißt, ich muss wirklich die App so entwickeln, dass sie das abfragen, was die Krankheit nachher auch ausmacht. Und diese Apps müssen dann gebaut werden, die müssen getestet werden, die gehen in Studien und dann kann ich sie ausrollen, auch in Realwelt. Und diesen Stufenplan müssen wir halt entwickeln. Das heißt, das ist tatsächlich noch das, was ich auch mit Forschung meine. Da ist nicht jetzt so, dass wir hergehen wollen und sagen: „Esst gesünder, treibt ein bisschen mehr Sport.“ Das ist alles richtig, aber das wird doch nicht so funktionieren, weil nicht jeder Patient, jeder Mensch mit dem gleichen Risikoprofil kommt und dann funktioniert es beim anderen, und beim einen – beim anderen funktioniert es nicht. Was wir anbieten wollen, ist wirklich ein Toolset von Möglichkeiten, mit dem wir viel schneller genau die rausfinden, die ein erhöhtes Risiko haben, und dann eben die nächsten Schritte zu machen. Und da sind wir noch nicht, dass wir das morgen flächendeckend einsetzen können, aber wir haben die ersten Schritte gemacht und können anfangen zu skalieren.

Moderatorin [00:22:25]

Okay, eine weitere Frage, die gleich hinterhergekommen ist: wie kann denn dabei sichergestellt werden, dass nicht zu viele falsch positive Befunden die Kosten für nachfolgende Untersuchungen in die Höhe treiben würden?

Joachim L. Schultze [00:22:38]

Soll ich da schon wieder... Jetzt kann ich gerne machen. Also das ist genau der Punkt, dass wir sagen, niederschwellig heißt trotzdem, dass es spezifisch sein muss. Also das nützt uns nichts, dass wir jetzt bestimmte Wearables oder Apps haben, die zum Beispiel Aktivität messen. Und dann merken wir dann, da ist weniger Aktivität oder die Sprache hat sich geändert, aber die hat nichts mit Alzheimer zu tun. Dann haben wir sehr viele falsch Positive. Das ist so der Ansatz, ein bisschen kritisch manchmal von Deep-Tech-Firmen, die sagen: „Ich habe doch jetzt die ganzen Daten“, und dann müssen wir dort nur noch Muster sehen. Wir denken, es gibt den klügeren Ansatz, dass wir das mit der Biologie der Krankheit verknüpfen, dass ich wirklich weiß, was passiert bei der Krankheit und das, was die App wirklich auslesen können muss am Anfang, sind die ersten Schritte zur Krankheit. Und das geht nur, wenn man das mit sehr exakter, guter, hochqualitativer Forschung am Anfang verknüpft, damit wir wissen, dass wir die richtigen Apps nutzen. Und dann kann man die Zahl der Falschpositiven eben dadurch auch einschränken. Aber nur zu sagen, wir bauen Apps und die messen jetzt Gehirnfunktionen, das wird nicht ausreichen.

Moderatorin [00:23:50]

Gut, dann haben Sie sich gemeldet, Frau Riedel-Heller? Dann bitte.



Steffi G. Riedel-Heller [00:23:55]

Also ich finde das wichtig, diese Risikostratifizierung, auch so wie das Vorhaben, dass Sie Hochrisiko-Patienten dann tiefer untersuchen und begleiten wollen. Aber ich finde die andere Richtung auch wichtig, dass wir über diese Apps Lebensstil erfassen, Bewegung, Ernährung, soziale Kontakte oder was auch immer, was es jetzt auch schon gibt in solchen Tools, wie „Mein Brain Coach“. Da wird es schon gemacht. Die sind auch getailort. Ich würde nicht sagen, top individualisiert, aber zugeschnitten. [Denn] es geht um Risikoreduktion. Und dieser erste Teil ist mir sehr wichtig. Ich muss noch mal auf die Verhältnisprävention zurückkommen. Ich denke auch, wir brauchen da ganz viel Daten. Ich denke, das ist wichtig. Wir müssen dort Studien haben. Wir brauchen auch wirklich Studien, um solche verhältnispräventive Maßnahmen zu messen. Da gibt's nämlich einen Mangel. Aber ich denke, das ist eine ganz, also für mich eine ganz wichtige Säule und da wissen wir schon ganz viel, also aus diesem Spektrum der Risikoreduktion – da muss das Rad nicht neu erfunden werden, um jetzt politisch in die Gänge zu kommen, um auch bessere Rahmenbedingungen zu schaffen. Also da müssen wir nicht so sehr zuwarten an dieser Verhältnisstrecke. Und die Evidenz, die wissenschaftliche, die ist natürlich auf diesen individuellen Interventionen – das ist auch im AgeWell so – aber es ist natürlich ungleich schwerer, solche verhältnispräventiven Maßnahmen in Studien zu untersuchen. Das muss man auch sagen. Aber das heißt nicht, dass sie nicht wirken, sondern dass es weniger Studien gibt, dass man auch dort mehr machen muss.

Moderatorin [00:26:00]

Herr Schultze?

Joachim L. Schultze [00:26:02]

Ich kann da nur zustimmen, Frau Riedel-Heller, dass wir das verknüpfen müssen. Ich würde da noch zwei Dinge gerne einbringen. Das eine ist, dass in diesem Lancet-Bericht immer die Genetik ausgelassen wird, weil wir schon wissen, dass die Umwelteinflüsse schon unterschiedliche Effektstärken haben, je nachdem, welche Genetik ich habe. Das muss man noch verbinden. Da glaube ich, haben wir auch die ersten Ideen und auch die ersten Publikationen dazu gehabt. Was ist denn jetzt, wenn ich in eine Bevölkerung reingucke und diese vierzehn Faktoren nehme: Gibt's denn so einen Idealmenschen, der dann von allem profitieren würde? Gibt's natürlich nicht. Das heißt, wir haben verschiedene Typen identifiziert. Das ist ein metabolischer Typ. Das sind Leute, die eben zum Beispiel übergewichtig sind, die haben Diabetes, haben hohes Cholesterin. Das ist so ein Block, den muss ich dann gemeinsam angehen. Aber wenn jemand diese Risiken alle nicht hat, dann braucht man natürlich in dem Bereich auch keine Maßnahmen. Das heißt, deswegen sind diese Werte theoretisch, müssen angegangen werden auf im Verhalten. Aber wir können natürlich das noch mal verbinden und sagen, das gilt grundsätzlich, aber es gibt Subgruppen von Menschen in der Bevölkerung, die halt von Reduktion oder Intervention in bestimmten Bereichen besonders profitieren. Das Gleiche ist, es gibt einen Typ Sehverlust, Hörverlust, Isolation. Das gehört auch zusammen, aber das sind häufig Menschen, die haben halt keinen metabolischen Defekt. Das heißt, da muss ich mich eben dann auf Sehen, Hören und Isolation konzentrieren. Und trotzdem gilt es gleichzeitig für alle. Ich muss, eigentlich müsste ich's in die Bevölkerung hineinbekommen. Es macht Sinn, sich immer wieder die Augen angucken zu lassen. Es macht Sinn, immer wieder das Hören zu überprüfen. Beides gehört dann zusammen. Unsere Überzeugung war auch, die Verhältnisprävention können wir noch besser steuern, wenn wir mehr Daten dazu haben, die vielleicht aus solchen Programmen rauskommen, wenn's um ein Individualrisiko geht, also auch um da sparsam und effizient beides zu verknüpfen.



Moderatorin [00:28:12]

Frau Caspers, noch kurz, dann würde ich gerne zur nächsten Frage kommen.

Svenja Caspers [00:28:15]

Können wir auch gerne so machen. Passt schon.

Moderatorin [00:28:18]

Genau. Hier sagt ein Journalist oder eine Journalistin, bzw. bittet um eine kritische Nachfrage und fragt: „Was ist eigentlich das Neue an Ihrer Initiative? Was habe ich nicht schon vor Jahren bei der Lancet-Kommission zur Demenzvermeidung gelesen? Gibt es konkrete Behandlungsansätze oder stecken Sie noch in der Datenakquise?“

Svenja Caspers [00:28:39]

Vielleicht darf ich an der Stelle anfangen. Das passt zu dem, was ich, gerade noch hätte ergänzen können. Frau Riedel-Heller hatte es, glaube ich, eigentlich schon ganz gut zusammengefasst. Wir sind natürlich schon an einer Stelle, an der wir vieles wissen. Das ist gut. Wir können auch einiges – und das ist, glaube ich, auch Sinn unserer Stellungnahme gewesen – basierend auf den vorhandenen Daten bereits recht zügig in eine mögliche breitere Anwendung und auch, Wahrnehmung der Bevölkerung bringen. Ich glaube, das ist ein ganz entscheidender Punkt. Das heißt, die Daten, die wir alle aus unserem Leben kennen, die wir aus vielleicht irgendwelchen Arztbesuchen haben, die wir aus dem, was wir tun, tagtäglich, theoretisch erheben könnten, das ist alles da. Darauf könnte man aufbauen und bereits Hinweise geben: Mach mehr Sport, du persönlich, ich als Person sollte mehr Sport machen, weil es nicht gut ist, wenn ich es nicht tue. Was aber fehlt, und das ist das entscheidend Neue: Wir wissen nicht, ob für mich als Person der Sport wirklich den entscheidenden Faktor bringt. Das wissen wir nicht und das können wir bisher auch so nicht voraussagen. Dafür fehlen die Modelle und dafür fehlen insbesondere die Zusammenführungen der Daten. Ich nehme mal ein Beispiel. Bei mir ist beispielsweise der Cholesterinwert hoch und ich habe keinen Diabetes. Bei Herrn Schultze könnte es sein, er hat einen Diabetes und hat aber keinen hohen Cholesterinwert. Was sagt uns das denn jetzt? Ist bei beiden der Sport am Ende das Hilfreiche? Oder wäre es bei mir gut, mehr Sport zu machen und bei Herrn Schultze wäre es besser, ein Antidiabetes-Medikament in einer besonderen Form zu nehmen und der Sport ist vielleicht gar nicht das Entscheidende. Und diese Abwägung, welches Profil wo an welcher Stelle angreifbar wird, das ist eigentlich das entscheidende Neue, worauf wir hinauswollen. Auch mit den Gruppen, die nicht ein erhöhtes Risiko haben und ganz gezielt mit einer Intervention versorgt werden müssen, sondern bereits jeden Einzelnen, jeder von uns kann vielleicht an den Stellen schon etwas tun.

Moderatorin [00:30:20]

Herr Schultze?

Joachim L. Schultze [00:30:22]

Ich möchte mich noch anschließen, aber ich würde noch zwei Dinge noch dazu holen, die nur über Daten geholt werden können. Und das eine ist die Sache mit der Zostervakzine, die wir in



Deutschland nicht herausfinden konnten, aber die Leute in Wales. Dass die Zostervakzine tatsächlich in der Beobachtungsstudie – zwar sehr groß und sehr gut angelegte – eine Inzidenzreduktion von Alzheimer ausgelöst hat. So, und das war nur durch Daten getrieben. Und der Lancet-Bericht hat nichts über Vakzinen ausgesagt, nichts über die Immunologie ausgesagt. Das ist Nummer eins. Und das andere ist die Genetik, die vergessen wird. Also wir wissen heute eben aus der Grundlagenforschung, dass Risikogene wie APOE4 eine ganz wesentliche Rolle haben und eben wir dort unterschiedlich – auch was Prävention angeht – Programme entwickeln müssen, weil das einfach einen riesen Einfluss auf viele andere Dinge hat. Und deswegen ist es wichtig, dass wir da datengetrieben vorangehen, eben auch solche Daten dann nachher letztendlich in Populationsstudien überführen und sagen: Was bedeutet das denn jetzt aus dem Labor, aus dem Modell hin zur Populationsstudie, hin zur Bevölkerung, wenn wir solche Informationen mit einbauen? Also das sind schon zwei weitere Punkte, die weit über das hinausgehen, was der Lancet-Bericht im Augenblick bietet.

Moderatorin [00:31:41]

Herr Heß.

Steffen Heß [00:31:43]

Ja, ich denke, ich kann das unterstützen. Ich würde sagen, die Situation ist einfach sehr viel komplexer, als man noch vor ein paar Jahren dachte und auch die Behandlungen werden individueller sein müssen, als wir dachten. Und die Wirksamkeit trotzdem sicherzustellen, brauchen wir eben eine große Datenbasis. Das ist nicht andersherum. Wir erheben nicht jetzt die Daten und dann schauen wir, was wir damit machen wollen, sondern die Situation erfordert das einfach, dass wir eben diese Datenmengen brauchen und auch die Verknüpfung der Daten aus unterschiedlichsten Bereichen, so wie es Herr Schultze gerade gesagt hat.

Moderatorin [00:32:14]

Jetzt gibt es ja, Herr Heß, auch Kritiker dieser Datensammlung, also der Chaos Computer Club klagt jetzt anscheinend schon gegen das FDZ, gegen die Erhebung von den Abrechnungsdaten. Also allgemein: Wie bekommen wir als Deutschland so was rechtssicher auf die Straße?

Steffen Heß [00:32:33]

Also rechtssicher sind wir auf jeden Fall. Ich denke, deswegen stellen wir uns auch dem Gerichtsverfahren. Da haben wir kein Problem mit. Ich denke, es ist eher eine gesellschaftliche Debatte. Natürlich sind das schützenswerte Daten, das stellt keiner infrage. Da stecken Persönlichkeitsrechte von vielen Einzelnen drin und natürlich muss man mit den Daten auch sorgsam umgehen. Auch das stellt keiner infrage. Was manchmal bei solchen Überlegungen einfach vergessen wird – deswegen habe ich es gerade eben noch mal betont – ist einfach der Nutzen. Wir haben, wenn wir die Daten ordentlich zusammenbringen, einen großen Mehrwert für die Bevölkerung. Das wurde in dem Bericht ja auch sehr deutlich gemacht, welches Potenzial da drin steckt, in der Prävention, in der datengetriebenen Prävention. Wir können als Gesellschaft auch die Entscheidung treffen, das lassen wir liegen, aber ich glaube, das möchte keiner.



press briefing

Moderatorin [00:33:27]

Alles klar. Ich habe jetzt auch noch mal eine Frage an die Autoren: Wer soll denn am Ende eigentlich das Screening durchführen? Herr Schultze, Sie haben jetzt auch schon von der App gesprochen, aber bleibt das dann auf der technischen Seite oder welche Rollen spielen dann eigentlich auch die Gedächtnisambulanzen?

Joachim L. Schultze [00:33:45]

Die Gedächtnisambulanzen sind wahrscheinlich schon eine Stufe zu weit in den Krankheitsbereich hinein. Also ich glaube, wir müssen sehr viel stärker in die Grundversorgung gehen, die Allgemeinmediziner. Da geht es hin. Also die Ärzte, Hausärzte, die letztendlich die Menschen führen medizinisch, dort das anzusiedeln. Aber es geht wahrscheinlich noch mal eine Stufe nach vorne. Wir müssen tatsächlich in den nächsten Jahren wieder uns allen klarmachen, dass wir auf uns achten müssen und dass die Gesundheit, die wir haben, in Krisenzeiten ein ganz hohes Gut ist und Gehirngesundheit besonders hoch. Wir brauchen da viel mehr Resilienz und das heißt, für mich ist das an der Stelle anzusiedeln zwischen privat wissend, was für mich wichtig ist, dann in den Allgemeinbereich und dann ist es wie in so einer Zwiebelschale. Neue Sachen kommen vielleicht aus den Exzellenzzentren – da könnten wir eins sein mit anderen zusammen. Wir machen sozusagen neue Forschung, die dann wiederum mit sagt: „Was müssen wir denn eigentlich messen?“ Und dann muss es aber raus in die Fläche, muss es in die Bereiche gehen: Aufklärung, niedergelassenen Mediziner und dann eben, wenn es dazu kommt, dass jemand auf seinen Krankheitspfad kommt, dass er dann in die Gedächtnisambulanzen kommt und dann in die medizinische Versorgung. Aber da müssen wir lernen – ich sage immer Zwiebelschale – dass die äußerste Zwiebelschale sind wir alle und die Wissenschaft sitzt irgendwo in der Mitte und muss die neuen Dinge da reinbringen in unser System, aber alle müssen jetzt vernetzt mitmachen. Das ist nicht eine Sache, die an irgendeiner Stelle nur alleine funktioniert. Da müssen wir jetzt was Neues schaffen. Und das war auch das, was wir damit sagen wollten. Viele Akteure, die wir jetzt aktivieren müssen.

Moderatorin [00:35:36]

Frau Caspers?

Svenja Caspers [00:35:38]

Vielleicht ist auch gerade da diese Ebene der App eine mögliche Verbindungsebene. Die soll also nicht – so war unsere Idee – nicht nur als Datensammlungsoption dienen, sondern kann andersherum auch ein Mechanismus sein, Menschen zu erreichen. Denn was wir natürlich sehen, ist, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise Zugang zum Gesundheitssystem finden, aus verschiedensten Gründen. Und das wäre natürlich wunderbar, wenn man über sehr niederschwellige Zugangsoptionen wie eine App, die einem Möglichkeiten anbietet: Was kann ich tun, akut für mich in meinem Privatleben? Wie Herr Schultze gerade sagte. Und ab welcher Stelle wird es vielleicht doch mal relevant, sich einem Arzt, einer Ärztin anzuvertrauen und da einen nächsten möglichen Schritt der Zwiebelschale zu gehen? Dass ich das möglichst niederschwellig für alle Menschen hinbekomme. Und da wäre die App eine mögliche Schnittstelle, um das auch individuell angepasst für verschiedene Bevölkerungsgruppen, die natürlich auch verschiedene Ansprüche und Bedürfnisse haben, anzupassen. Da kann viel gemacht werden innerhalb einer App.



Moderatorin [00:36:32]

Jetzt habe ich noch eine Frage. Ab welchem Alter kann dann das eigentlich beginnen? Weil das Screening und auch, dass Interventionen angeboten werden. Risikofaktoren liegen teilweise schon extrem früh im Leben. Und kommt das Screening dann vielleicht sogar zu spät? Da würde ich erstmal gerne hören, was die Autoren sagen. Und dann gerne Frau Riedel-Heller auch dazu noch.

Svenja Caspers [00:36:52]

Ich kann gerne anfangen. Also, es ist vollkommen richtig anzufangen, wenn es zu spät ist, bringt sicherlich nichts. Wir hatten eben schon ganz kurz das Thema, wenn, dann muss es sehr früh im Sinne der echten Prävention beginnen. Und früh bedeutet tatsächlich auch schon möglicherweise mit Maßnahmen, die im Kindesjugendalter eine Bedeutung haben – ich würde das jetzt noch nicht Prävention im engeren Sinne nennen –, aber wir haben eben in der Grafik gesehen, Thema Bildung ist ein Faktor, der Einfluss nehmen kann. Der spielt sicherlich früh im Leben eine Rolle. Und wenn ich dann aktiv als erwachsener Mensch Entscheidungen treffen kann, habe ich zumindest die Chance, mich auch sehr früh mit lebensstilrelevanten Faktoren auseinanderzusetzen und mich dann somit, also auch schon im Alter von zwanzig bis dreißig bis vierzig mit solchen Themen zu beschäftigen, um frühzeitig einen langfristigen Erfolg zu erzielen.

Moderatorin [00:37:37]

Herr Schultze.

Joachim L. Schultze [00:37:38]

Ich möchte das unterstützen, weil die Verhältnis- und Verhaltensprävention hier zusammenkommen muss. Wir müssen lernen, Gehirngesundheit ist was, was uns von Anfang an bis ins hohe Alter einfach begleitet und wir müssen uns darum kümmern als Gesellschaft, aber auch als Individuum. Das zu spät macht dann keinen Sinn mehr.

Moderatorin [00:37:59]

Frau Riedel-Heller, Ihre Sicht hätte ich gerne da auch.

Steffi G. Riedel-Heller [00:38:03]

Also das ist für mich was ganz Wichtiges. Als ich studiert habe, war die Demenz eine Alterserkrankung. Das hat sich grundlegend geändert. Wir wissen, dass sie eine lange Vorlaufzeit hat und heute ist die Risikofaktorforschung durch eine Lebenslaufperspektive einnehmen. Und die müssen wir auch einnehmen, wenn es um Brain Health geht. Und das geht am Anfang los in der Schule, im Sportunterricht, wie Bewegung eingeübt wird. Und das mittlere Lebensalter ist auch ein ganz entscheidendes Alter dafür. Und dafür muss auch eine Awareness geschaffen werden. Deshalb fand ich gut, dass das noch mal gesagt wird. Aufklärungskampagnen, wir sehen es in den Niederlande, Herz und Hirn, dort passiert viel und dann eben niederschwellige Angebote. Ich denke, da gibt es digitale Chancen, die auch Empfehlungen geben und dann Präventionspfade. Was Sie gesagt haben, wer soll es machen? Das sind jetzt die üblichen Verdächtigen, aber da bleiben wir noch zu vage. Ich glaube, das ist auch eine Aufgabe, das auszuhandeln. Da geht es auch um Finanzierung. Wer macht das genau? Ist immer einfach zu sagen, der Hausarzt soll alles machen. Der muss auch in die Lage versetzt werden. Und dort denke ich, müssen wir dann weiter nacharbeiten quasi.



Moderatorin [00:39:16]

Ich möchte noch ein paar der Fragen hier einbringen. Ein Journalist oder eine Journalistin fragt: Könnten Sie anhand von Zahlen noch mal darstellen, wie sehr sich das Demenzrisiko auf individueller Ebene durch Prävention reduzieren lässt?

Svenja Caspers [00:39:31]

Also basierend auf der Erhebung der Lancet Commission, der Simulation, die die dort gerechnet haben – das muss man dazu sagen, es ist eine modellhafte Simulation, basierend auf einer großen Datenbasis –, weiß man, dass wahrscheinlich alles zusammengekommen, nicht Demenz als Alzheimer bitte verstehen, sondern alle Arten von Demenzen, möglicherweise bis zu fünfundvierzig Prozent der Fälle verhinderbar sein könnten. So ist die Rechnung. Und es gibt auch bereits eine deutschlandweite Simulation, die etwas niedriger liegt. Da sind wir so bei fünfunddreißig und ein paar zerquetschten Prozent, also etwas niedriger als vierzig Prozent. Sodass wir zusammenfassend sicherlich sagen können, es ist eine relevante Anzahl, die möglicherweise durch diese Maßnahmen verhinderbar wäre. Die genaue Prozentzahl mag von Region, Land, Kultur auch ein bisschen unterschiedlich sein.

Moderatorin [00:40:17]

Frau Riedel-Heller.

Steffi G. Riedel-Heller [00:40:19]

Ich wollte noch mal einen anderen Gedanken einbringen. Diese fünfundvierzig Prozent, die beziehen sich nur darauf, dass die Risikofaktoren auf null gehen. Und die Blotenberg-Arbeit, die dekliniert das durch. Was ist, wenn wir nur um fünfzehn Prozent unsere Risiko reduzieren? Sind das schon eine große Anzahl? Also das macht das deutlich und ich wollte aber noch einmal einen Gedanken einbringen. Also ich habe zu Beginn meiner Karriere Epidemiologie gemacht und in Leipziger Langzeitstudien der alten Bevölkerung hatten die Hälfte aller über neunzig-jährigen eine Demenz. Ich denke, das ist eigentlich schon eine Zahl. Weiß ich nicht, ob man da noch sehr viel dazu sagen muss, was das Risiko ausmacht. Die ist schon ganz schön hart und eigentlich auch ein Ansporn, wirklich sich dem Thema zu widmen, was zu tun.

Moderatorin [00:41:14]

Hier kam eine ganz schnelle Nachfrage: „Wo ist die deutschlandweite Studie zur möglichen Reduktion der Demenzfälle erschienen?“

Joachim L. Schultze [00:41:25]

Ich glaube, es ist sogar im Ärzteblatt. Das war, das war der René Thyrian, vom DZNE, die haben das gemacht. Und die haben halt auch schon gesagt, es gibt halt wirklich diese Typen. Also die Frage war auch, kann ich jetzt individuell sagen, wie viel kann ich meinen individuell... Das ist genau das, was wir jetzt vorschlagen. Wir müssen dazu hinkommen, dass wir sagen, ich bin Typ X und für mich wären die Maßnahmen richtig und dann kann ich mein Risiko voraussichtlich um soundsoviel reduzieren. Und dann stimme ich auch Frau Riedel-Heller zu: es muss wahrscheinlich nicht auf null gehen. Wenn ich nur einen Teil davon reduziere, werde ich hinten raus in meinem Leben einfach



die Zeit rausschieben können, wo Symptome kommen und das ist eigentlich unser Ziel. Die Symptome aus dem Leben schieben, sage ich immer. Das ist das Ziel und damit die Zahl der Demenzkranken im hohen Alter von fünfzig Prozent, wie es bei uns ist, auf eine deutlich niedrigere Zahl zu bringen. Und das fängt halt nicht an mit achtzig, sechsig, siebzig. Sondern das fängt im Kindesalter an und dann mittleres Lebensalter, wo man, glaube ich, sehr stark Weichen stellen kann.

Moderatorin [00:42:27]

Sie haben jetzt am Anfang auch, oder alle betont, es muss auch mehr in das Bewusstsein reinkommen, dass das einfach ein Thema ist für unsere Gesellschaft. Aber könnte so eine besondere Awareness oder auch dieses angesetzte Screening nicht vielleicht auch eine Angst schüren vor einer Erkrankung, die gar nicht so viele Leute bekommen? Wie ordnen Sie das ein? Herr Schultze oder auch Frau Riedel-Heller, Sie haben auch schon genickt.

Steffi G. Riedel-Heller [00:42:58]

Damit beschäftigt sich die Präventionswelt auch, wenn man an Brain Health denkt. In, im Papier wurde – ging's ein bisschen die Stigmatisierung Demenzkranker. Das dreht sich grad bisschen. Es gibt auch Ideen, dass sozusagen eine Stigmatisierung gibt, wenn von Menschen, die sich eben dann nicht so ein Lebensstil anpassen und so. Also da gibt's viele Entwicklungen und das das ist ernst zu nehmen. Und da ist es natürlich auch wieder, das sind die verhältnispräventiven Maßnahmen, die eben für alle gelten, sind hier safer. Das muss man sagen. Aber da muss man auch in dem, was man als Message gibt, sehr sensibel sein. Und das Wort Demenzprävention wird zunehmend auch abgelöst mit Brain Health. Das macht für mich auch Sinn. Also das, das, da gehören quasi Public Health Experten ran, da gehören Kommunikationswissenschaftler ran. Das kann die Medizin aus sich nicht machen und soll das auch nicht tun.

Joachim L. Schultze [00:44:09]

Kann ich nur unterstützen. Gehirngesundheit ist auch unser Thema für die Zukunft. Ich glaub, das ist eine positive Ressource. Wir wollen nicht vor der Krankheit Angst machen, sondern sagen, wir wollen diese positive Ressource, die jeder von uns hat, so lang wie möglich erhalten. Und das ist eine andere Botschaft, als zu sagen, ich will nur Demenz verhindern, weil das ist weitreichender. Und ich glaube, da müssen wir hin. Und da wollen wir eben für die, die eine schlechtere Situation haben, Angebote machen, dass sie eben weniger Risiken haben, dort früher in diese, in diese Richtung Erkrankung zu kommen. Und ich glaub, darum geht's. Es geht nicht darum, die sowieso kein Problem damit haben, denen Angst zu nehmen, dass sie es nicht kriegen, sondern die Leute, die ein höheres Risiko haben, wieder dorthin zu bringen, dass sie sagen, dein Risiko ist zwar höher, aber da konntest was dagegen tun.

Moderatorin [00:45:02]

Herr Heß, ich, möchte noch mal eine Schleife zu Ihnen drehen. Die Bündelung von Gesundheits- und Lebensstilsdaten über eine Gesundheits-ID könnte auch die Gefahr erhöhen, dass Dritte, also zum Beispiel Kassen oder Versicherer oder Arbeitgeber oder so, detailliertere Risikoprofile ableiten und diese zur Risikodiskriminierung nutzen könnten. Wie schätzen Sie diese Gefahr ein?



Steffen Heß [00:45:27]

Also grundsätzlich denke ich, sind Gesundheitsdaten so detailliert, dass man das auch ernst nehmen muss. Beispielsweise beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit ist das tatsächlich auch verboten gesetzlich. Dafür dürfen die Daten tatsächlich auch nicht genutzt werden. Es gibt da verschiedene Möglichkeiten, wie man dagegen vorgehen kann. Grundsätzlich gilt aber, glaube ich, immer so die Prämisse, dass bei Gesundheitsdaten die Nutzung immer vom Zweck abhängt. So sagt es auch die Datenschutzgrundverordnung und ich denke, wenn wir uns da dran orientieren... Wir haben jetzt hier mit Demenzprävention und Demenzforschung im Allgemeinen, glaube ich, einen Zweck, wo die allermeisten in der Bevölkerung dahinter stehen. Und ich glaube, hier haben wir, glaube ich, einen guten Zweck, wofür die Daten auch genutzt werden können. Und da müssen wir, glaube ich, das Kind nicht mit dem Bade ausschütten, sondern wir müssen aufpassen, dass wir die Gesundheitsdaten für gute Forschung bereitstellen und auf der anderen Seite dann aber auch verhindern, dass es nicht für verbotene Zwecke genutzt wird.

Moderatorin [00:46:26]

Herr Schultze?

Joachim L. Schultze [00:46:28]

Ich würde da schon noch mal einen anderen Aspekt reinbringen. Ich stimme Herrn Heß zu, aber es ist so: wir schieben einen riesen Berg von zusätzlichen Erkrankungen vor uns her und Demenzen sind deswegen so teuer, weil wir nachher in eine Phase kommen in dem Leben von Demenzerkrankten, die eine vierundzwanzig-Stunden-Betreuung bedürfen. Das ist wahnsinnig teuer für die Gesellschaft und für das Gesundheitssystem. Das heißt, wir müssen einfach als Gesellschaft uns auch jetzt mal überlegen, was sind denn die wichtigeren Dinge? Wollen wir sagen, wir sind da jetzt im Augenblick sicher und ganz sicher, dann gucken wir uns keine Daten an, dann verknüpfen wir keine? Oder sagen wir, wir wollen lieber dafür sorgen, dass wir das richtig machen und dort investieren wir, damit die Investitionskosten für diese teure Erkrankung weniger wird? Und das ist eine gesellschaftliche Entscheidung, die wir treffen müssen und die wollten wir natürlich auch ein bisschen mit anstoßen. Wollen wir in eine moderne Welt gehen, wo wir Gesundheit als Gut entwickeln? Da gehört dazu, dass Daten sicher sind, aber halt auch Gesundheit möglich wird. Oder lassen wir's und dann haben wir ein Pfad vor uns, den können wir jetzt vorzeigen. Da werden wir's nicht schaffen, alle Patienten nachher im Alter wirklich so zu versorgen, wie wir uns das wünschen. Und da wollen wir eben weg davon, von dieser Idee, dass das der einzige Pfad ist. Dass wir in zwanzig, zehn, dreißig Jahren nicht mit dieser Zahl von Demenzerkrankungen umgehen müssen, sondern möglicherweise Angebote haben, dass das eben nicht so eintritt. Und da gehört's dazu, dass wir uns gesellschaftlich da auf den Pfad machen und sagen, wir können Daten besser nutzen, um den einen oder anderen eben eine bessere Lebenschance im Alter zu geben.

Moderatorin [00:48:08]

Ich hab jetzt noch mal zwei Fragen zu dieser App. Die erste ist, Sie sprechen da auch das Risiko an, durch digitale Präventionsansätze sogar die sozioökonomische Kluft bei der Prävalenz von Demenz zu verstärken. Ich glaube, es ging an Sie, Herr Schultze. Daher fordern Sie eine partizipative App-Entwicklung. Wie genau könnte das denn aussehen?



Joachim L. Schultze [00:48:29]

Also wir haben das tatsächlich schon gemacht. Nicht jeder kann mit jeder App gleich umgehen. Das heißt, wir versuchen, unterschiedliche Altersgruppen, unterschiedliche Herkünfte, unterschiedliche Bildungsgrade, unterschiedliche Einstellungen, Menschen, die eben mit dieser Technologie unterschiedlich umgehen, mit einzubeziehen, wenn's um die Entwicklung geht. Und da haben wir Projekte, wo man sagt, für einen Sechzigjährigen, der so aufgewachsen ist, muss die App völlig anders aussehen als für einen Fünfundachtzigjährigen, der jetzt gerade sich das erste Mal damit beschäftigt. Und das ist partizipatorisch, dass man all diese Gruppen mit einbezieht. Und dann kann's eben sein, dass eine App mit fünf Oberflächen kommt, aber hintendran die gleichen wissenschaftlichen Daten produziert. Das sind alles Dinge, die wir jetzt mitdenken müssen und auch weiter machen wollen. Und da machen wir uns auf den Weg. Also partizipatorisch heißt, die Menschen, die nachher davon profitieren sollen, mit frühzeitig einzubeziehen, zu sehen, was funktioniert am besten?

Moderatorin [00:49:28]

Mit Blick auf die Zeit muss ich langsam zum Ende kommen. Ich würd gern vielleicht noch eine Frage stellen. Also Sie haben jetzt hier eine große Vision. Frau Riedel-Heller hat gesagt, auch dieser datengetriebene Ansatz kann auch nur ein Zweig sein von Prävention. Aber im Großen und Ganzen, um also Brain Health zu fördern, braucht man natürlich auch die Politik dahinter. Und da ist die Frage: Steht die denn eigentlich dahinter? Also ist die politische Unterstützung da, um für Demenzprävention zu unterstützen?

Joachim L. Schultze [00:50:09]

Wenn Sie mit Politikern reden, dann stehen die alle hinter Brain Health. Wenn Sie dann fragen, wie gehen wir jetzt den nächsten Schritt, dann wird's manchmal schon dünner. Aber ich kann Ihnen sagen, dass wir eigentlich schon auf einige – ohne Namen zu nennen – einige Politiker auf Landes- und Bundesebene so in den Diskurs gebracht haben, da sie mit uns diesen Weg gehen wollen. Wir hätten ihn gerne noch früher gehabt, aber ich gehe davon aus, dass wir, wenn wir uns jetzt weiterhin in den Dialog begeben, in den nächsten eins, zwei, drei Jahren schon die Möglichkeit haben, dass die Politik auch sieht, dass es wertvoll [ist,] dort hinein zu investieren und dass wir dann doch diese Dekade für Gehirngesundheit auf den Weg bekommen. Ich glaube, es wäre die Zeit für Deutschland. Wir haben jetzt eine Dekade für postinfektiöse Erkrankungen, das ist gut. Aber ich glaube, da ist Raum für eine weitere Dekade. Die muss nicht dieses Jahr anfangen, aber wenn wir die nächsten eins, zwei Jahre das sehen würden und mit der Politik ins Gespräch kommen, dass das tatsächlich Wirklichkeit wird, dann hätten wir einen wichtigen Meilenstein in diesem Projekt sicherlich erreicht und da arbeiten wir sehr hart dran. Da werden wir auch weiter dran hart arbeiten.

Moderatorin [00:51:22]

Alles klar. ... Ansonsten würde ich mich jetzt mal, die Runde schließen und mich erst mal bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Dann bedanke ich mich bei den Journalisten und Journalisten, die teilgenommen haben. Ich hoffe, dass hier viele Fragen, auch zu diesem großen Papier beantwortet werden konnten. Ich möchte darauf noch mal hinweisen, dass dieses [Papier] unter Embargo steht bis Freitag, also das Press Briefing, hier was gesagt wurde, und auch die Stellungnahme, bitte bis Freitag noch nicht darüber berichten. Genau, mein Dank geht natürlich auch an mein Team, was hier im Hintergrund unterstützt hat. Und, ich wünsche Ihnen allen jetzt noch einen schönen Nachmittag und bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Teilnahme. Auf Wiedersehen.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany