

Hans Vogt

DER ASYMPTOMATISCHE MENSCH

Die Medikalisierung der Lebenswelt
am Beispiel von Alzheimer und Demenz

[transcript] + Medical Humanities

Hans Vogt
Der asymptomatische Mensch

Hans Vogt ist Soziologe und lebt in Berlin. Er forscht vor allem zu gesellschaftlichen Kontexten der modernen Medizin.

Hans Vogt

Der asymptotische Mensch

Die Medikalisierung der Lebenswelt am Beispiel von Alzheimer und Demenz

[transcript]

Gießener Dissertation im Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Die Arbeit zu diesem Buch wurde unterstützt durch die Renate Günther Stiftung (Berlin) und die Stiftung Convivial (Wiesbaden).



The EOSC Future project is co-funded by the European Union Horizon Programme call INFRAEOSC-03-2020, Grant Agreement number 101017536

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Projekt EOSC Future.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2021 im transcript Verlag, Bielefeld

© Hans Vogt

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-5578-0

PDF-ISBN 978-3-8394-5578-4

<https://doi.org/10.14361/9783839455784>

Buchreihen-ISSN: 2698-9220

Buchreihen-eISSN: 2703-0830

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter www.transcript-verlag.de/vorschau-download

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Einleitung | 9 |
| Aufbau der Arbeit | 13 |
| Fragestellungen und Ausgangshypothesen | 15 |
| Bemerkungen | 16 |
| | |
| 1. Theorie | 19 |
| 1.1 Körper, Gesellschaft und Medizin | 19 |
| 1.1.1 Der (soziale) Körper: Soziologische Grundkategorie und Zentrum von Biopolitiken | 20 |
| 1.1.2 Zu Medizin, Gesellschaft und Iatrogenesis | 34 |
| 1.2 Prävention in Gesellschaft und Medizin | 50 |
| 1.2.1 Prävention in der Gesellschaft | 50 |
| 1.2.2 Medizin zwischen Heilung und Prävention | 58 |
| 1.2.3 Alter als Risikofaktor | 65 |
| 1.3 Kontexte der Alzheimer-Krankheit | 66 |
| 1.3.1 Die Macht der Alzheimer-Erzählung(en) | 66 |
| 1.3.2 Bedingungen und Widersprüche | 76 |
| | |
| 2. Methode | 91 |
| 2.1 Diskursanalyse als Grundlage des theoretischen Vorgehens | 91 |
| 2.1.1 Einschreibung der Uneindeutigkeit | 91 |
| 2.1.2 Wissenssoziologische Diskursanalyse | 93 |
| 2.1.3 Sprache als grundlegendes wie herausragendes Zeichensystem | 97 |
| 2.1.4 Erweiterungen des Sprachbegriffs | 100 |
| 2.1.5 Bemerkungen | 102 |
| 2.2 Grounded Theory als Basis der empirischen Datenerhebung | 103 |
| 2.2.1 Die Naivität des Forschers als idealer Ausgangspunkt | 104 |
| 2.2.2 Korpusbildung in Etappen | 105 |
| 2.2.3 Radius des Materials | 106 |
| 2.2.4 Verwicklung des Forschers | 106 |
| 2.2.5 Materiale versus formale Theorie | 107 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 2.2.6 | Induktives versus deduktives Vorgehen | 108 |
| 2.3 | Mixed Methods | 110 |
| 2.3.1 | Explorative Übersichtsarbeit und Replik (Sample 1) | 110 |
| 2.3.2 | Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews (Sample 2) | 112 |
| 2.3.3 | Dichte Beschreibung der Konferenzteilnahmen (Sample 3) | 113 |
| 2.4 | Zur Reflexion der Methoden | 114 |
| 2.4.1 | Lebenswelt und Wissenschaft zwischen Spielregeln und Kontingenz | 115 |
| 2.4.2 | Methoden zwischen Nähe und Distanz | 115 |
| 2.4.3 | Jenseits von Publikationsbias und Peer-Reviews | 116 |
| 3. | Analyse des empirischen Materials | 117 |
| 3.1 | Die Experteninterviews | 117 |
| 3.1.1 | Spiel mit dem Diskurs 1: Amyloid-Plaques, Neurofibrillenbündel und die Alzheimer-Ätiologie | 123 |
| 3.1.2 | Spiel mit dem Diskurs 2: Hirnwissenschaftliche Pathologie oder klinische Diagnose? | 133 |
| 3.1.3 | Heilsversprechen zwischen Heilung und Prävention: Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung | 142 |
| 3.2 | Explorative Literaturanalyse: Veröffentlichung und Replik | 147 |
| 3.2.1 | Kontexte zwischen Alzheimer, Demenz, Delir und Iatrogenese | 148 |
| 3.2.2 | Veröffentlichte Ergebnisse | 151 |
| 3.2.3 | Replik | 155 |
| 3.2.4 | Anmerkung und Fazit | 160 |
| 3.3 | Essayistisch-dichte Beschreibung der Alzheimer-Konferenzen | 161 |
| 3.3.1 | Weimar: »Demenz – Gemeinsam Zukunft gestalten« | 164 |
| 3.3.2 | Barcelona: »Making dementia a European priority« | 170 |
| 3.3.3 | Den Haag: »Making valuable connections« | 177 |
| 4. | Synthese | 187 |
| 4.1 | Zwischenrückblick | 187 |
| 4.2 | Klinik und Pathologie | 188 |
| 4.3 | Frühdiagnostik als Cassandra-Dilemma oder Projekt einer Nicht-Krankheit? | 191 |
| 4.4 | Von der Krise der Klinik zur kontrollgesellschaftlichen Versorgung | 198 |
| 4.4.1 | Zum <i>dividuellen</i> Individuum | 199 |
| 4.4.2 | Zur systemischen Funktion der Klinik | 202 |
| 4.5 | Alzheimer-Frühdiagnostik und Prävention | 205 |
| 4.5.1 | Prävention: individuell oder <i>dividuell</i> ? | 206 |
| 4.5.2 | Frühdiagnostik und die »soziale Grammatik der Vorbeugung« | 209 |
| 4.5.3 | Zwei abschließende Punkte | 212 |

| | | |
|-----|---|------------|
| 4.6 | Zur Enteignung des Narrativen durch das große Narrativ | 214 |
| 4.7 | Zur Alzheimer-Krankheit in unserer Gesellschaft der Gegenwart | 216 |
| | Literaturverzeichnis | 221 |

Einleitung

Das öffentliche Aufsehen um das neue Coronavirus hat uns vor Augen geführt, wie schnell sich die Menschen in der Gesellschaft unserer Gegenwart von einer (noch) abstrakten Idee eines gesundheitlichen Risikos bzw. einer Krankheit vereinnahmen lassen. Unabhängig davon, wie es mit der Covid-19-Krankheit und dem gesellschaftlichen und staatlichen Umgang damit weitergeht, verweist uns die Intensität und Polarisierung der Debatte auf die tiefliegende gesellschaftliche Rolle des Körpers als Machtobjekt und der Medizin als dessen Wächter sowie auf die essenzielle soziale Bedeutung der Frage nach Gesundheit und Krankheit. Dabei ist es heute schwieriger denn je, auszumachen, was Körper, Medizin, Gesundheit oder Krankheit eigentlich meinen. Wo liegen die Grenzen der jeweiligen Konzepte, haben sie überhaupt noch Grenzen und wer dürfte diese bestimmen? Handelt es sich überhaupt um »Konzepte« oder geht es hier eher um Institutionen, Apparate, Modulationen, Konstrukte, Entitäten oder Wahrheiten?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer Krankheit, die seit ihrer ersten Beschreibung im Jahr 1906 auf fundamentalen Unbestimmtheiten basiert und entsprechend der gegenwärtigen Entgrenzungen des biomedizinischen Handlungsfeldes auf eigenartige, aber zeitgemäße Weise expandiert. *Eigenartig*, weil, wie bereits Alois Alzheimer erkannt hat, die Sache nicht frei von Widersprüchen ist, welche nun gegebenenfalls überwunden werden sollen. *Zeitgemäß*, weil die Beobachtungen, die ich im Kontext der hier »behandelten« Krankheit gemacht habe, gewissermaßen auch auf andere soziale Phänomene unserer spätmodernen Gegenwart übertragbar sind.

Es geht um die Alzheimer-Krankheit, welche in ihrer Eigentlichkeit neuropathologisch charakterisiert wird. Das heißt, sie wird über ganz bestimmte Proteinablagerungen im Gehirn definiert. Seit ihrer »Entdeckung« durch Alois Alzheimer ist allerdings unklar, inwieweit diese Ablagerungen im Gehirn tatsächlich mit Phänomenen unserer Lebenswelt in Verbindung stehen. Einige groß angelegte Studien haben ergeben: Wenn bei einem Menschen diese pathologischen Veränderungen im Gehirn nachgewiesen werden, heißt dies nicht zwangsläufig, dass er tatsächlich unter demenziellen Erscheinungen litt, leidet oder leiden wird. Und auch wenn ein Individuum von einer Demenz betroffen ist oder war, heißt dies nicht unbe-

dingt, dass diese als krankhaft definierten Merkmale in seinem Gehirn zu finden sind. Die Proteinablagerungen sind also weder hinreichende noch notwendige Bedingung einer Demenz. Und es kommt noch ein Punkt hinzu: Nach dem aktuellen Stand der Technik sind die benannten neuropathologischen Merkmale nur posthum, also per Obduktion des Gehirns zweifelsfrei nachzuweisen. Bei lebenden Menschen ist dies nach wie vor sehr schwierig und routinemäßig nicht durchführbar. Und dennoch wird bei weit über der Hälfte aller Demenzfälle die Diagnose »Demenz vom Alzheimer-Typ« gestellt. Hier handelt es sich notwendigerweise um eine Ausschlussdiagnose. Das heißt, wenn ein Arzt keine sonstige Ursache für die demenziellen Ausfallerscheinungen einer Person findet – z.B. Durchblutungsstörungen oder chronische Verwirrheitszustände aufgrund von Medikamentenkonsum –, dann wird eine Alzheimer-Demenz festgestellt. Aus Mangel an Alternativen.

Neben diesen Unklarheiten existiert noch ein weiterer grundlegender Aspekt: Es gibt keine effektive medizinische Behandlung und erst recht keine Heilung der Alzheimer-Krankheit. Wie auch, wenn ihre ätiologischen Mechanismen nach wie vor ungeklärt sind? Dieser Frage kann ich entgegen halten: Die Psychiatrie hat viel Erfahrung damit, Krankheitsphänomene (medikamentös) zu behandeln, ohne deren Ätiologie zu kennen. Und diesen Versuch hat die Alzheimer-Forschung bereits vielfach unternommen. Doch nun schlägt sie einen anderen Weg ein... um *vielleicht* zu einer wirksamen Behandlung zu gelangen, vor allem aber, um den seit über 100 Jahren irritierenden neurowissenschaftlichen Widersprüchlichkeiten etwas entgegen zu setzen.

Meine Beobachtungen haben ergeben, dass sich die Lebenswissenschaften darauf einschwören, die Alzheimer-Krankheit nicht als demenzielles Krankheitsphänomen zu behandeln, das in der Lebenswelt eines Menschen auftrat oder auftritt – es geht, wenn überhaupt, vor allem darum, ob und dass dieser biographische Wechselfall *möglicherweise auftreten wird*. Daraus folgt, dass die Alzheimer-Forschung dabei ist, eine rein biologische Krankheit zu konzeptualisieren. Die Alzheimer-Krankheit soll *vor und damit vorerst unabhängig von dem Ausbruch einer Demenz* diagnostiziert werden – nur anhand der eigentlich so umstrittenen Proteinablagerungen im Gehirn und einiger damit assoziierter Indizien. Führenden Wissenschaftlern zufolge solle die Alzheimer-Krankheit als Kontinuum gedacht werden, das von »keine kognitive Störung« bis »schwere kognitive Störung« reiche. Es scheint also egal zu sein, welche Auswirkungen die phänomenologische Wirklichkeit bereithält. Die Alzheimer-Krankheit wird mehr und mehr reduziert auf einen »neuromolekularen Blick« (Abi-Rached et al. 2010), der sich auf ihr »langes präklinisches Stadium« fokussiert. Auf Basis der Analyse einer jahrzehntelangen Krankheitsentwicklung könne man z.B. mithilfe molekularer und genomischer Variablen, die man rechnerisch aus der heterogenen Krankheitsentität »Alzheimer« ziehe, fortschreiten. Doch wohin?

Auf jeden Fall in Richtung des mittleren Lebensalters eines Menschen. Die Neurowissenschaften und mit ihnen die Care-Wissenschaften zielen auf eine »frühe« oder »rechtzeitige« Diagnose ab. Die neurowissenschaftlichen Beweggründe hierfür habe ich bereits angedeutet. Die Care-Wissenschaften haben ebenfalls ein Interesse daran, weil der potenzielle Patient auf diese Weise optimal sozial aufgefangen, versorgt und verwaltet werden könnte. Doch der *potenzielle Patient*, der uns im Zeitalter der Prävention bereits geläufig ist, verändert seine Gestalt, seine Bedeutung, seine Stellung und seine Implikationen. Der Mensch, der *möglicherweise* aufgrund von bestimmten Risiken zu einem Patienten würde, wird abgelöst von einem Menschen, der *immer* Patient ist: ein asymptomatischer Patient. Krank ist, wer Träger der neuropathologischen Merkmale ist. Ungeachtet der sozialen Symptome. Die Alzheimer-Krankheit scheint unabhängig zu werden von der Klinik. Es scheint, als werde diese neuropathologische Entität *einseitig* entkoppelt von dem sozialen Phänomen Demenz. Das heißt, die Alzheimer-Krankheit bestimmt unseren Umgang mit Demenz maßgeblich mit, ohne aber umgekehrt auf die sinnliche Erfahrbarkeit einer Demenz angewiesen zu sein. Die Alzheimer-Krankheit bewegt sich in Richtung des asymptomatischen Menschen.

»Hirnbilder sind die Wissenschaftsikonon unserer Zeit, die Bohrs Atommodell als Symbol für Wissenschaft ersetzt haben.« (Farah 2009; zit.n. Hasler 2013:20) Die Alzheimer-Krankheit beruht heute auf solchen Hirnbildern. Sie ist von grundlegender Wichtigkeit für den sozialen Demenz-Diskurs unserer Gegenwart, obwohl sie eigentlich *nur* eine medizinische pathophysiologische Erklärung für bestimmte Demenzercheinungen liefern soll. Was sie auch tut. Schließlich sind mehr als die Hälfte aller diagnostizierten Demenzen solche »vom Alzheimer-Typ«. Natürlich ist auch die Alzheimer-Krankheit an sich eine soziale Angelegenheit, selbst, wenn man sie auf ein rein medizinisches Konstrukt reduzieren möchte. Doch unabhängig davon, inwieweit die Alzheimer-Krankheit der Gegenwart tatsächlich Ergebnis einer sehr anpassungsfähigen wissenschaftlichen Konzeptualisierung (vgl. Berrios 1990) oder einer »konzertierten« Schöpfung durch politische, ökonomische und wissenschaftliche Akteure der 1980er Jahre ist (vgl. Fox 1989): Die »Alzheimer-Entität« besticht als soziales Phänomen vor allem in der Hinsicht, als ihre technologie-basierte Sprache, ihre Verortung im Gehirn und nicht zuletzt ihre wissenschaftliche Vagheit in einem tiefgreifenden Wechselspiel mit den Lebenswelten unserer postindustriellen Gegenwart stehen. Die Alzheimer-Krankheit, »die ja pathologisch charakterisiert ist durch Protein-Aggregate im Gehirn, die sich dann altersabhängig bilden und auch im Krankheitsverlauf immer mehr zunehmen« (INT1:5), ist ein diskursives Zugpferd unseres gesellschaftlichen Umgangs mit dem Phänomen Demenz und folglich mit den Menschen mit Demenz. Das heißt, die Sprache der Magnetresonanztomographien, Positronenemissionstomographien und Zerebrospinalflüssigkeits-Analysen sowie die Dialekte der Amyloid-Ablagerungen, Neurofibrillenbündel und Hirnatrophien bestimmen unser Bild eines sozial abwei-

chenden Verhaltens, welches wir mit Alter, Kontrollverlust und Tod assoziieren. Menschen, die unserer Hilfe und vor allem unserer Akzeptanz bedürften, werden von natur- und lebenswissenschaftlichen Strömungen definiert und (re-)konstituiert. Doch diese haben weder gute soziale Gründe noch medizinische oder innerfachliche, naturwissenschaftliche Grundlagen dafür vorzuweisen.

Der Alzheimer-Diskurs wurde seit seiner ersten Stunde vom Wechselspiel zwischen vermeintlich unmittelbar erreichbaren Antworten und *basalen offenen Fragen* geleitet. Inzwischen aber geht es um mehr: Die Alzheimer-Krankheit soll ihre Legitimation von jedwedem klinisch-phänomenologischen Symptom abkoppeln.

In Anbetracht meiner Beobachtungen muss gefragt werden, inwieweit die in der Alzheimer-Forschung aufkommenden »asymptomatischen Subjekte« eine gesellschaftliche Dimension haben. Denn die Alzheimer-Krankheit als eine Pionierform *der* Demenz, von der wir täglich in den Zeitungen lesen können, reduziert den Menschen auf sein Gehirn, seinen Körper und seine Biologie. Biologisierung und »Neuromythologisierung« (vgl. Hasler 2013) sind Phänomene, denen wir in inzwischen allen Bereichen unseres täglichen Lebens begegnen. Die Kontrolle des Körpers und Entschlüsselung des Gehirns sollen uns Führung und Antworten geben sowie Hilfe im Umgang mit unserer Hoffnungs- und Ratlosigkeit im Angesicht von Demenz. Doch dies schlägt bisher gänzlich fehl.

Menschen mit Demenz schrecken uns ab: Nicht nur hinsichtlich ihrer monströsen Devianz, auch hinsichtlich ihrer immensen und wachsenden Masse; und vor allem hinsichtlich der Kombination dieser beiden Aspekte. Wir begegnen diesem Schreckgespenst mit Technik, Technik und Technik, die finanziert, legitimiert und verwaltet wird von Ökonomie, Wissenschaft und Bürokratie. *Wir wollen der Demenz habhaft werden.* Koste es, was es wolle. Die Lebenswissenschaften investieren verstärkt in Echtzeitprogramme und Megaprojekte der Bioinformatik, der Präzisionsmedizin, des niedrigschwelligen post-diagnostischen Supports oder des »Co-Designs«, um alle Versorgungslücken restlos zu schließen. Big Data und »weiche« Technologien sollen sich perfekt ergänzen. Den kybernetischen Kontrolltechnologien wird zugetraut, qualitative Aporien unserer Gesellschaft mit quantitativen Methoden zu überwinden. Wir werden nicht aufhören, die Eskalation zu steigern, die wir abzuschaffen beabsichtigen (vgl. Illich 1975:29).

Wie gehen wir mit den Alten und Schwachen um, wenn wir eine »Corona-Epidemie« benötigen, um unsere Solidarität mit diesen Menschen einigermaßen ernsthaft zu bekunden? Und selbst jetzt, da die Frage nach den Alten und Schwachen gerade akut zu sein scheint und deshalb ein Thema ist, wird sie nur auf einer ganz gewissen Ebene diskutiert. Immer wieder geht es um das Narrativ einer biologischen Degeneration, die mit dem Tod als grundsätzlich zu verhindernde oder aufzuschiebende Grenze unseres irdischen Lebens assoziiert wird. Die vorliegende Arbeit geht nicht genauer auf die so wichtige Frage unseres Umgangs mit dem Tod ein. Doch es zeigt sich immer wieder, dass sich vieles aus ihr herleiten lässt

und wir diese »Randerscheinung« unserer Gegenwart nicht aus dem Auge verlieren sollten. Auch der asymptomatische Mensch ist ganz darauf ausgerichtet, einen »natürlichen Tod« zu sterben (vgl. Illich 2007:125ff.).

Ich werde mich den angesprochenen Beobachtungen nähern, indem ich den Körper als Subjekt und Objekt der Macht sowie die moderne Medizin als »gemeinsamen biopolitischen Nenner« betrachte. Ich werde auf die gesellschaftliche und medizinische Rolle von Prävention eingehen und einige Hintergründe zur Geschichte und Gegenwart der Alzheimer-Krankheit liefern.

Darauf aufbauend werde ich empirisches Material heranziehen: Interviews mit etablierten Neurowissenschaftlern aus dem Gebiet der Alzheimer-Forschung, eine Replik eines renommierten Psychiaters auf einen von mir veröffentlichten Artikel zum Thema medikamentös induzierter Demenz sowie einige Erfahrungen, die ich auf drei großen Alzheimer-Konferenzen gemacht habe.

Schließlich werde ich mich mit bestimmten Verzerrungen des Alzheimer-Diskurses beschäftigen und das »Alzheimer-Frühdagnostik-Projekt« sowie damit einhergehende versorgungstechnische Einpflegungen von Klinik und Individuum diskutieren. Des Weiteren werde ich das von Ivan Illich (2007) beschriebene Konzept der Iatrogenesis erweitern und fragen, wie die lebensweltliche Erzählung von Menschen mit Demenz mit der vorherrschenden Alzheimer-Erzählung zusammenhängt.

Aufbau der Arbeit

Teil 1 (Theorie) dieser Arbeit soll einen theoretischen Hintergrund liefern, indem ich bestehende Literatur und existierende Annahmen sowie daraus resultierende Hypothesen anführe, welche mir bei meiner Auseinandersetzung mit dem Thema und auch schon lange vorher begegnet sind. Die Vorstellung dieser Theorien wird eingebettet in eine einleitende Beschäftigung mit dem Verhältnis von Körper, Gesellschaft, Medizin und Prävention sowie mit einigen sozialen, wissenschaftlichen und historischen Kontexten der Alzheimer-Krankheit. Kapitel 1 erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich eines soziologischen Überblicks über den Zusammenhang von Medizin, Alzheimer und Gesellschaft. Er soll dazu dienen, dem Leser meine Idee und die Entwicklung meiner (gedanklichen) Arbeit nachvollziehbar zu machen und die empirischen Beobachtungen einzuleiten. Zum einen sollen bestimmte grundlegende Gedanken tatsächlich für sich stehen, die zwar einen Bezug zu meiner Auseinandersetzung haben, jedoch nicht unmittelbar in die Argumentation einfließen. Zum anderen geht es darum, einige im Theorieteil angesprochene Aspekte in der Synthese am Ende der Arbeit wiederaufgreifen zu können. Manche Gesichtspunkte werde ich bewusst aussparen, um sie im Schluss-

teil pointiert zu ergänzen und in den Kontext meiner empirischen Beobachtungen einzuspinnen.

In Kapitel 2 (Methode) werde ich meine methodische Herangehensweise erläutern. Es geht dabei um eine diskursanalytische Annäherung an das Material über Sprache und Wissen sowie um die empirische Erhebung der in dieser Arbeit verwendeten Datensamples im weiten Sinne einer Grounded Theory. Ich gehe in diesem Teil auch auf die Verschiedenheit der Wege ein, über die ich jeweils zu den einzelnen Samples gelangt bin, und außerdem auf bestimmte Kontexte, Stärken und Schwächen meiner Methode.

In Abschnitt 3 geht es um die Analyse des empirischen Materials. Ich betrachte zuerst verschiedene Interviews (Sample 2), die ich mit Beteiligten der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung geführt habe und die sich z.B. um Fragen der Ätiologie, der Klinik oder der Prävention der Alzheimer-Krankheit drehen. Sample 1 besteht schließlich aus einer von mir veröffentlichten Auseinandersetzung mit dem Thema medikamentös erzeugter Demenz-Syndrome und einer im gleichen Journal publizierten Replik eines renommierten Psychiaters. Sample 1 kann einerseits als eine Art Grenzstein des von mir betrachteten Diskurses gesehen werden – ich werde dies in Kapitel 2 genauer erläutern. Andererseits kann es als Beispiel für eine »alte« Form von Iatrogenese hergenommen werden, die durch neue Entwicklungen abgelöst oder erweitert wird. Als abrundende und verbindende Ergänzung der ersten empirischen Eckpunkte wird eine essayistisch-dichte Beschreibung meiner teilnehmenden Beobachtungen (Sample 3) auf drei Alzheimer-Konferenzen im Oktober 2018 und 2019 versuchen, den einen oder anderen blinden Fleck meiner Betrachtung zu erhellen und die sich in den Samples 1 und 2 andeutenden Entwicklungen aufzugreifen.

In Kapitel 4 (Synthesen) will ich versuchen, die vorangegangenen Hypothesen, Fragestellungen und empirischen Beobachtungen reflexiv zusammenzubringen. Hier könnte eine Vielzahl von Dingen angesprochen werden und ich habe einiges an möglicherweise fruchtbarem Material ausklammern müssen. Letztendlich geht es in diesem letzten Abschnitt zuerst um diskursive Verzerrungen zwischen Klinik und Pathologie der Alzheimer-Krankheit. Daraufhin werde ich beschreiben, warum ich in den neuesten Alzheimer-Forschungen ein regelrechtes »Frühdiagnostik-Projekt« ausmache. Schließlich gehe ich auf verschiedene Entwicklungen ein, die mit diesem Projekt einhergehen: Der einst als gesund geltende Mensch wird zu einem asymptotischen Patienten, der zerlegbar und einer lückenlosen Versorgung unterzogen wird, Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung absorbieren das Konzept der Prävention und Menschen mit Demenz scheinen auf Statisten innerhalb der »großen Alzheimer-Erzählung« reduziert zu werden.

Denjenigen, die sich bei der Lektüre dezidiert auf das Thema des *asymptotischen Alzheimer-Patienten* beschränken möchten, lege ich das Kapitel 1.3 sowie die

Kapitel 3 und 4 nahe. Dabei sei beachtet, dass die Kapitel 1 und 2 manch wichtige Grundlage bereit stellen.

Fragestellungen und Ausgangshypothesen

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird vor allem ein Ausschnitt des neurowissenschaftlich-medizinischen Felds gezeigt, obwohl die Fragen, die für die gesellschaftliche Relevanz des Themas sorgen, weit über den Bereich der Wissenschaft hinausgehen und Wissen an sich nicht ohne das Fundament der alltäglichen Lebenswelt existieren kann (vgl. Berger et al. 2018). Natürlich soll diese Arbeit diesem Horizont Rechnung tragen. Doch wie sich zeigen wird, ist das hier betrachtete soziale Feld – wie so viele andere Bereiche unserer Gegenwart – nicht unabhängig von der »schützenden Hand« der Wissenschaft und speziell der Neurowissenschaften. Kaum eine Demenz-Auseinandersetzung kann sich dem »Gehirn« entziehen, ohne fundamental an Deutungsmacht zu verlieren. Deshalb wird sich diese Arbeit schließlich auf die »klinisch-pathologische Alzheimer-Demenz« konzentrieren, die, wie ich deutlich machen werde, eine besondere, naturwissenschaftlich vorreitende Stellung unter den Demenz-Formen einnimmt. Zwar läuft diese Schwerpunktsetzung auch Gefahr, durch ihren Fokus die Deutungsmacht der Naturwissenschaften ein weiteres Mal zu reproduzieren. Doch kann gerade die Betrachtung von Teilen des Wissenschaftsdiskurses dabei dienlich sein, Demenz aus neuen Perspektiven anzusehen.

Es wird sich zeigen, dass klare Tendenzen dahin zu erkennen sind, dass die Alzheimer-Pathologie über frühdiagnostische Verfahren vor Ausbruch einer klinischen Demenz festgestellt werden soll, um daraufhin sekundäre Prävention, also präklinische medizinische Behandlung anwenden zu können. Hieraus ergeben sich Fragen und Ideen, die in der vorliegenden Arbeit eingekreist und beleuchtet werden sollen und von denen ich die wichtigsten im Folgenden benenne:

Wie steht das Wechselspiel von Präventionsdenken und Alzheimer-Forschung in Zusammenhang mit den beobachtbaren Entwicklungen hin zu Frühdiagnostik und sogenannter sekundärer Prävention? Welche Folgen ergeben sich aus der Tendenz zu sekundärer Prävention von Alzheimer für den gesellschaftlichen Umgang mit Demenz im Allgemeinen?

Gibt es Anhaltspunkte, dass die hier vermuteten Zusammenhänge strukturell-immanente Problematiken wie die medikamentöse Erzeugung von demenziellen Syndromen überschatten, befördern oder erweitern? Gehen die beschriebenen Entwicklungen über solche bereits im gesellschaftlichen Bewusstsein angekommenen iatrogenen Strukturen hinaus? Welche Art von Krankheitsbegriff wird hier impliziert?

Es ist keine Frage, dass Demenz auch und vor allem in nicht-wissenschaftlichen gesellschaftlichen Bereichen eine Rolle spielt und spielen muss, ja geradezu ein Paradebeispiel eines wissenschaftlich nicht greifbaren Phänomens ist. Gerade darum geht es in dieser Arbeit: Zu fragen, ob und inwieweit der wissenschaftliche Alzheimer-Diskurs soziale Aspekte der Demenz unterminiert.

Bemerkungen

Wie angedeutet, dreht sich vieles in dieser Arbeit um ein wissenschaftliches Expertentum bezüglich der Phänomene »Demenz« und »Alzheimer-Krankheit«. Natürlich sind in Hinsicht auf den Kosmos dieser Erscheinungen alle möglichen Ursachen und Konsequenzen, zeitlichen und räumlichen, kulturellen und sozialen Kontexte von Belang. So ist es unumgänglich, dass viele fundamental wichtige Bereiche im Zusammenhang mit Demenz, wie beispielsweise berufliche, ehrenamtliche oder familiäre Pflege und Sorge, weitgehend außen vorgelassen werden müssen und nur an bestimmten Stellen herangezogen werden können.

Ich kann hier auch nicht alle möglichen theoretischen Kontexte des Themas erfassen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit, was z.B. Literatur, Sinnzusammenhänge, Korrelationen oder Kausalitäten angeht, wird keinesfalls erhoben. Gleichzeitig werden an manchen Stellen dieser Arbeit Theorien, Thesen oder Texte nur fragmentarisch herangezogen, ohne Dinge verfälschen, verzerren, aus dem Kontext reißen oder verfremden zu wollen. Die Selektion und Verwendung von Quellen jeglicher Art beinhaltet meiner Meinung nach stets einen mehr oder weniger starken Impetus, die eigenen Denkgebäude aus- oder zurückzubauen, was einen möglichen Einsturz und völligen Neuaufbau nicht ausschließt, aber doch immer auf ein bestimmtes Vorhaben – sei es a priori oder a posteriori entstanden – zurückzuführen ist. Demnach kann und soll bei allen Bemühungen des Autors um wissenschaftliche Neutralität davon ausgegangen werden, dass – um es rigoros zu formulieren – die verwendeten Quellen für die eigenen Zwecke genutzt wurden.

Zitate (Autor Jahr:Seite) und Quellen (vgl. Autor Jahr:Seite) werden im Text in einer üblichen amerikanischen Zitierweise gekennzeichnet. Bei Verweisen auf die anonymisierten Interviews wird die Interviewnummer und der jeweilige vom Programm MAXQDA 2018 angegebene Absatz genannt: (INTX:Absatz). Die vollständigen Transkripte der Interviews sind im Anhang der Prüfungsversion dieser Arbeit im Archiv der Universitätsbibliothek der Justus-Liebig-Universität Gießen einzusehen.

Ich bin dankbar für die vertrauensvolle Offenheit und freundliche und interessierte Bereitschaft zur Wissensvermittlung, die meine Interviewpartner an den Tag gelegt haben.

Keine meiner folgenden Zeilen soll ausdrücken, dass ich irgendwelchen darin angesprochenen Menschen oder Gruppen unterstelle, nicht nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Und gegenüber keinem Menschen will ich sarkastisch sein im Hinblick auf seine Krankheit oder sein Leiden.

1. Theorie

1.1 Körper, Gesellschaft und Medizin

Das Verhältnis von Medizin, Wissenschaft und Gesellschaft sowie die darin verwickelte Rolle des Körpers wurden schon ausführlich und in verschiedenster Form wissenschaftlich beschrieben. Mal wurde diese Beziehung oder ein bestimmter Teil davon als direktes und konkretes Untersuchungsobjekt herangezogen, um je feldimmanente Fragestellungen zu beantworten (z.B. Zola, Conrad, Parsons, Illich, Fleck¹), mal bezog man sich auf einen latenten Aspekt, um diesen als Mittel der Betrachtung und Analyseinstrument für weiterreichende gesellschaftliche oder philosophische Erkundungen zu verwenden (z.B. Canguilhem, Foucault, Haraway, Illich). Für jedwede solcher methodischen oder fachlichen Ausrichtungen wären vermutlich diverse Arten an Perspektiven und ideellen bis ideologischen Hintergründen vorzufinden, die sich nicht unbedingt gegenseitig ausschließen müssen, sondern häufig sogar bedingen und aufeinander beziehen. So war und ist der Körper Objekt der Forschung und des Wissens wie auch Objekt und Katalysator der Macht; die Medizin ein Instrument sozialer Kontrolle und gleichzeitig eine Institution der Hilfe; die Wissenschaft eine Avantgarde aufklärerischer Vernunft sowie ein Glaubenssystem von »unantastbarer Moral« und (nicht) zu hinterfragender Wahrheit. Und auch Gesellschaft insgesamt kann als von festen Strukturen bestimmt betrachtet werden oder als Resultat kaum zu erfassender Bewegungen, Spielabfolgen oder Dispositive.

Art und Hintergrund der jeweiligen (nicht nur soziologischen) Quellen sollen im Folgenden deshalb kein Ausschlusskriterium sein, insofern zumindest eine heuristische Nützlichkeit für diese Arbeit dahinter vermutet wird. So werden einige der vorhandenen, mitunter sehr unterschiedlichen Ansätze – teils fragmentarisch, teils ausführlicher, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit – beleuchtet werden, soweit sie für die Herausbildung und Vorbereitung von Hypothesen und Gesichtspunkten meines Vorgehens als sinnvoll erachtet werden.

1 Die hier genannten Autoren führten medizinimmanente Beobachtungen und Kritik meist mit einem dezidiert gesellschafts- und wissenschaftspolitischen Antrieb durch.

1.1.1 Der (soziale) Körper: Soziologische Grundkategorie und Zentrum von Biopolitiken

Warum wir für die Auseinandersetzung mit einem vermeintlich mentalen Phänomen wie Demenz ein separates Kapitel über den Körper benötigen, wird nicht nur in den folgenden Absätzen, sondern auch im späteren Verlauf dieser Arbeit immer deutlicher werden. Der Körper als grundlegend soziales Moment, als global-reflexives, medizinisch betreutes Identitätsprojekt (vgl. Gugutzer 2013:40), als Träger des »Sitzes der Seele« und als Mittel und Zweck der Macht wird dezidiert in diesem Kapitel angeschnitten. Wolfram Fischer vertritt die These,

»dass Körper und Leib^[2] zentrale soziale Gegebenheiten und Konstrukte sind. Sie gehören deshalb nicht in eine der beliebig zu erweiternden Bindestrich- und Spezialsoziologien (etwa: ›Körper-Soziologie‹), sondern ihre Analyse trägt zur Antwort auf die soziologische Kernfrage bei, wie Sozialität und Gesellschaft konstituiert werden. [...] Der Körperleib markiert eine oszillierende Grenze zwischen bekannt und fremd, verfügbar und kontingent, sozial und nicht-sozial. Er spielt damit für die Gesellschaftskonstitution, in Meads Worten für die Genese von ›mind, self and society‹ (Mead 1968), phylo- wie ontogenetisch^[3] eine wichtige Rolle und hat damit auch in deren theoretischer und empirischer Beschreibung, also in der

-
- 2 Auf die begriffliche Unterscheidung zwischen Körper und Leib (und Organismus) werde ich hier nicht weiter eingehen. Das Verhältnis zwischen dem Biologischen, Physischen, Materiellem, Körperlichem und dem Nicht-Materiellen, Seelischen, Mentalen, Psychischen oder Meta-Physischen spielt im Verlauf dieser Arbeit zwar eine Rolle und könnte durch diese Begrifflichkeiten vielleicht enger gefasst werden, doch würde hier eine grundlegende, philosophisch-ontologische Körper-Leib-Differenzierung den Rahmen sprengen. Auch wenn z.B. »Organismus« bei Berger und Luckmann und »Körper« bei Foucault nicht dasselbe meinen und die entsprechenden Arbeiten nicht auf dasselbe hinauslaufen, so gibt es doch entscheidende Berührungspunkte. Für Analysezwecke werde ich also den Begriff »Körper« als Synonym für verschiedene Deutungen verwenden, ohne die Vielschichtigkeit des Begriffs außen vor zu lassen, da diese hier von Bedeutung ist und verschiedene Aspekte in diesem Kapitel herangezogen werden. In bestimmten Fällen wird »Körper« näher eingegrenzt, um notwendigerweise definitorische Klarheit zu schaffen, meist ergibt sich dies allerdings aus dem Kontext. Da »Körper« im Gegensatz zu »Leib« grundsätzlich der objektivere Begriff ist, wird er vorgezogen. Prinzipiell ist »Leib« stark auf subjektives Empfinden bezogen, was für die hiesige Arbeit zu einschränkend wäre und nur gegebenenfalls mit Bezug auf Leiblichkeit im Sinne von ganzheitlichem Alltags-in-der-Welt-Sein verwendet wird. Beispiele für einzelne unterschiedliche Aspekte wären: »Leib im Sinne von lebendiger Körper«, »Leib im Sinne von subjektiver Tatsache, nur von innen wahrnehmbar«, »Körper im Sinne von objektiver Tatsache, auch von außen wahrnehmbar« (vgl. Gugutzer 2013:152ff.).
- 3 Die Verwendung von Begriffen wie »phylogenetisch« und »ontogenetisch« kann in diesem Kontext als problematisch angesehen werden, weil ihnen wie auch der Geschichte ihrer Verwendung die Tendenz einer Biologisierung des sozialen und menschlichen Daseins anhaftet.

(Allgemeinen) Soziologie seinen Ort. Der Körperleib ist für Individuen und ihre Interaktionen nicht schlicht etwas eindeutig Gegebenes, es ist immer auch offen, was an ihm sozial konstruiert und formbar ist und was außerhalb des Sozialen liegt. [...] Der Körper ist Quelle ständiger Beunruhigung. Dies betrifft viele gewichtige Generalthemen wie Gender, Alter(n), Sexualität, Essen, Krankheit, die eindeutige soziale Konstruktionen von Körperlichkeit erfordern, weil sie nicht einfach unmittelbar und bedeutungssicher aus dem biologischen Körper heraus in Verhalten und Interaktion umsetzbar sind.« (Fischer 2003:10f.)

Fischer beschreibt hier sehr grundlegende Aspekte des Körpers in Gesellschaft und bescheinigt diesem zu Recht eine wichtige Stellung in der allgemeinen Soziologie. Einige seiner Punkte können in meiner folgenden Auseinandersetzung wiedergefunden werden, einige erst im Schlussteil dieser Arbeit. Darüber hinaus werde ich wieder andere Betrachtungsweisen einbringen, die sich jenseits des obigen Zitats bewegen.

1.1.1.1 Die biologische Verfasstheit des Menschen als Grund für Gesellschaft

»Da Gesellschaft objektiv und subjektiv Wirklichkeit ist«, muss sie »als ständige[r] dialektische[r] Prozeß« aus »Externalisierung, Objektivierung und Internalisierung« (Berger et al. 2018:139) verstanden werden. Dasselbe gilt für das einzelne Mitglied der Gesellschaft, welches sich selbst in die Gesellschaft verlagert, diese gestaltet und verändert und im gleichzeitigen Gegenzug die Gesellschaft und deren objektive Wirklichkeit in sich aufnimmt (vgl. ebd.). Dieser triadische Prozess der sozialen Wirklichkeitskonstruktion besteht in einem wiederum dialektischen Verhältnis zum Organismus des Menschen:

»[Es] ist in der *Conditio humana* angelegt und wird in jedem Menschen neu manifestiert. [...] Zwischen jedem einzelnen menschlichen Lebewesen und seiner soziohistorischen Situation geht ständig ein dialektischer Prozeß vor sich, der mit den ersten Phasen der Sozialisation beginnt und sich weiter entfaltet, solange das Leben des Einzelnen in der Gesellschaft währt. Äußerlich ist das eine Dialektik des individuellen Lebewesens und seiner gesellschaftlichen Welt. Innerlich ist es eine Dialektik der biologischen Grundlage des Einzelnen und seiner gesellschaftlich produzierten Identität.« (Berger et al. 2018:192)

Während die biologische Konstitution des Menschen die Gesellschaft beeinflusst (z.B. Sex versus Gender⁴), begrenzt diese wiederum die Möglichkeiten des Orga-

4 Hier beziehe ich mich auf die Verwicklung von biologischem und sozialem (bzw. sozialisiertem) Geschlecht. Es soll erwähnt werden, dass in bestimmten (feministischen) Diskursen das biologische Geschlecht (Sex) wie Gender auch als ein gesellschaftlich konstruiertes angesehen wird. Dementsprechend könnte die Gegenüberstellung von Sex und Gender oben auch als Beispiel für eine Beeinflussung des Körpers durch die Gesellschaft verwendet werden.

nismus in fundamentaler Form (z.B. gesundheitliche Konstitution durch Arbeitsbedingungen). Gleichzeitig sehen Berger und Luckmann in den Bedingungen des menschlichen Körpers, wie der anthropologischen Konstante eines rudimentären, aber bildbaren Instinktapparats, eine weitere entscheidende dialektische Bewegung hin zur Vergesellschaftung des Menschen: Während er keine »artspezifische Umwelt«, keine besondere biologische Anpassung an einzelne Biotope oder ähnliches aufweisen kann, zeichnet sich sein Verhältnis zu seiner Umwelt zwangsläufig durch eine »Weltoffenheit« aus, welche ihm die Möglichkeit eines breitgefächerten sozialen In-Beziehung-Setzens gibt und zu extremen Anpassungsleistungen befähigt. Des Menschen leibliche Beschränktheit ist also Grundlage seiner Disposition zu kultureller Offenheit. Damit zusammenhängend betonen die Autoren den Umstand, dass das erste Lebensjahr nach der Geburt eines Menschen im Vergleich zur ontogenetischen Entwicklung »anderer« höherer Tiere als »fetale Periode« angesehen werden kann. Hier soll nicht biologisiert werden: Im Gegenteil soll auf die auch das Biologische betreffende basale Sozialität des Menschen verwiesen werden. Schließlich finden bestimmte wichtige organismische Entwicklungen des Menschen nicht schon im Mutterleib, sondern in der Gesellschaft und ihren komplexen Reziprozitäten statt. Auch daraus resultiert eine Prägarbarkeit des Menschen als Lebewesen durch Gesellschaft, der entsprechend »man zwar sagen [kann]: der Mensch hat eine Natur. Treffender wäre jedoch: der Mensch macht seine eigene Natur – oder, noch einfacher: der Mensch produziert sich selbst.« (Berger et al. 2018:51f.) Die in dieser Produktion enthaltene interdependente Entwicklung von Organismus, Selbst und Gesellschaft basiert wiederum auf deren »exzentrischer Positionalität«⁵: Einerseits *ist* der Mensch im Sinne eines animalischen Organismus sein Körper und raum-zeitlich an das Hier und Jetzt gebunden (zentrisch); andererseits *hat* der Mensch einen Körper (exzentrisch), den er als Werkzeug begreifen und zu dem er in Distanz treten kann, da er mit diesem nicht ganz identisch ist (vgl. ebd.:49ff.). Er kann den eigenen Körper als Gegenstand der Reflexion haben, ihn an einem anderen Ort, in einer anderen Zeit und in Beziehung zur Exzentrität anderer Menschen denken. Das Körperliche des Menschen ist also von anthropologischer wie auch grundlegender soziologischer Bedeutsamkeit. Dennoch entstehen aus der Körperlichkeit alleine keine gesellschaftlichen Wirklichkeiten. Letztere seien einzig und allein auf menschliches Handeln zurückzuführen: »Wenngleich keine bestehende Gesellschaftsordnung biologisch abgeleitet werden kann, ist doch die Notwendigkeit gesellschaftlicher Ordnung überhaupt in der biologischen Verfassung des Menschen angelegt.« (Ebd.:56)

5 Berger und Luckmann beziehen sich hier auf Helmuth Plessners Ausdruck »Exzentrität« (vgl. Berger et al. 2018:48ff.).

1.1.1.2 Der Körper in der Tradition der Fürsorge

John O'Neill nennt die gesellschaftliche Verwicklung der Rolle des Körpers eine »Tradition der Fürsorge«, in welcher der Mensch das Empfangene zurückzugeben lernt und das Selbst in den Körpern der anderen spiegelt (O'Neill 1990:16ff.). Des Menschen Körperlichkeit bindet ihn ab dem ersten Moment seines Lebens an den Umgang mit anderen, von denen er – mindestens im Zeitraum seiner primären Sozialisation – physisch abhängig ist und die sich schon mit der Geburt seiner annehmen. Entsprechend dieser verpflichtenden sozialen Wechselseitigkeit liege es auch in der Macht der »Lebens-Maschine« (ebd.:21) Gesellschaft, körperliche Erfahrungen zumindest zu einem gewissen Grad in Arbeitskraft umzudefinieren und damit eine entscheidende Säule der Strukturen postindustrieller sozialer Ordnung zu bilden. O'Neills Ansatz sollte hier wenigstens ganz knapp Erwähnung finden, weil er den Aspekt der Fürsorge-Sozialisation mit den im Folgenden zu beschreibenden Disziplinartechnologien verbindet.

1.1.1.3 Der Körper als Subjekt und Objekt der Bio-Macht

Auch Michel Foucault, dessen Ansatz für die vorliegende Arbeit von zentraler Bedeutung ist, schreibt dem Körper eine fundamentale soziale Rolle zu, welche sich vor allem im Verhältnis zwischen Ordnung und Individuum (Techniken der Körperdisziplinierung) bzw. zwischen Macht und Bevölkerung (Biopolitik) zeigt: »Tatsächlich ist nichts materieller, nichts physischer, körperlicher als die Ausübung der Macht...« (Foucault 2002a:935) Das Körperliche als Objekt und Instrument der Kontrolle ist Foucaults poststrukturalistischer Auseinandersetzung zufolge allerdings weniger mit tradiertem Pflichtbewusstsein im Sinne einer Fürsorge verbunden oder einem ausschließlichen direkten Zwang unterstellt. Denn eine rein juristische, durch Suppression negativ bewirkte Produktivität würde die Kräfteverhältnisse innerhalb der Gesellschaft zu sehr gefährden, als dass die Behandlung des Körpers einzig auf eine z.B. staatliche oder institutionelle Unterdrückung reduziert werden könnte. Positive Produktivität hingegen erschaffe Foucault zufolge ein Gleichgewicht, welches der Kontrolle des Körpers und damit dem Machterhalt zuträglich sei.

»Die Disziplin [...] spaltet die Macht des Körpers; sie macht daraus einerseits eine ›Fähigkeit‹, eine ›Tauglichkeit‹, die sie zu steigern sucht; und andererseits polt sie die Energie, die Mächtigkeit, die daraus resultieren könnte, zu einem Verhältnis strikter Unterwerfung um. [Sie verkettet] eine gesteigerte Tauglichkeit und eine vertiefte Unterwerfung im Körper [...].« (Foucault 1977:177)

Mithilfe von derlei von Foucault beschriebenen Regierungstechniken lässt die »Sorge um sich« ein Streben nach Wissen (Wissenschaft⁶ vom Leben, vom Körper, von der Sexualität, vom Alter etc.) entstehen, durch welches das physische Subjekt selbst dazu beiträgt, die Macht tief zu verwurzeln (vgl. ebd. 2002a:937). Der Körper ist hier Zielscheibe wie auch Exekutive einer im Menschen zurechtgestutzten Anlage, eines unbewusst systematisierenden Wissens, welches Freiheit nur unter der Bedingung einer übergeordneten Unterwerfung zulässt:

»Der Mensch, von dem man uns spricht und zu dessen Befreiung man einlädt, ist bereits in sich das Resultat einer Unterwerfung, die viel tiefer ist als er. Eine ›Seele‹ wohnt in ihm und schafft ihm eine Existenz, die selber ein Stück der Herrschaft ist, welche die Macht über den Körper ausübt. Die Seele: Effekt und Instrument einer politischen Anatomie. Die Seele: Gefängnis des Körpers.« (Foucault 1977:42)

Der Körper ist Medium und Ergebnis des Willens zum Wissen und kein reines Objekt der Unterdrückung, um Wissen zu verhindern. Schließlich ist das Hervorbringen von gesellschaftlicher Kenntnis vom Körper fundamental für dessen Tauglichkeit; und diese wiederum für eine positive Produktivität, welche ein Gegengewicht und gleichzeitig einen Katalysator der Unterwerfung und Gelehrsammachung des Körpers darstellt. Es geht hier um die im 17. Jahrhundert aufkommende Dressur des »Körper[s] als Maschine«, um »seine Integration in wirksame und ökonomische Kontrollsysteme« (ebd. 2014:134f.).

Neben und verwickelt mit diesen Körpertechniken, die sich auf die Disziplinierung des Individuums beziehen, beschreibt Foucault die Entstehung eines zweiten Pols der Bio-Macht, welche sich

»um den Gattungskörper zentriert, der von der Mechanik des Lebenden durchkreuzt wird und den biologischen Prozessen zugrunde liegt. Die Fortpflanzung, die Geburten- und Sterblichkeitsrate, das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer, die Langlebigkeit mit allen ihren Variationsbedingungen wurden zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und *regulierender Kontrollen: Bio-Politik der Bevölkerung*.« (Foucault 2014:135)

Auch wenn die zur Disziplinierung der Körper Mitte des 18. Jahrhunderts hinzukommende Biopolitik weniger unmittelbar die Physis des Menschen zu betreffen scheint, so ist gerade ihre Betrachtung unerlässlich für die Analyse des in dieser

6 Foucaults Wissensbegriff bezieht sich nicht nur auf »Wissenschaften« im engeren Sinn, zielt aber doch auf systematisches, systematisierendes und institutionelles Wissen ab, das allerdings nicht unbedingt nur privilegierten Akteuren zugänglich ist. Gerade die Frage nach Zugang und Knappheit spielt eine entscheidende Rolle bei der Ausübung von Macht durch Wissen.

Arbeit herangezogenen empirischen Materials. Beide Bereiche, Techniken der Körperdisziplinierung und Biopolitik, und ihr Wechselspiel als Bio-Macht⁷ werden für die Synthese meiner Beobachtungen relevant sein; zumal Foucaults Genealogie der Biopolitik eine Fülle an weiteren fruchtbaren theoretischen Auseinandersetzungen durch andere Autoren gefolgt sind.

Die von Foucault dargelegte Bio-Macht, welche sich aus den Entwicklungssträngen der Körperdressur und der Bevölkerungs-Biopolitik ergibt, ist eine »Macht zum Leben«. Sie verdankt sich der Vermehrung des Lebens und speist diese. Der europäische Souverän, der bis zum 17. und 18. Jahrhundert sein Recht über die Untertanen ausübte, indem er »leben ließ und sterben machte«, das ihm angetane Unrecht also mit dem Tode *bestrafte*, wurde ersetzt durch eine Macht, die nur noch tötet, um den *Schutz der Gesellschaft und ihrer Körper* vor biologischen Gefahren zu gewährleisten. Nicht die Wiederherstellung von Gerechtigkeit und Ausübung des Rechts ist von hier an Sinn einer Todesstrafe, sondern die Prävention von Verletzung der produktiven Körper (ebd.:131ff.). Die Erhaltung des Lebens steht im Vordergrund und verleiht der Macht ihren Sinn und ihre Legitimität.

»Man könnte sagen, das alte Recht, sterben zu *machen* oder leben zu *lassen*, wurde abgelöst von einer Macht, leben zu *machen* oder in den Tod zu *stoßen*. [...] Die alte Mächtigkeit des Todes, in der sich die Souveränität symbolisierte, wird nun überdeckt durch die sorgfältige Verwaltung der Körper und die rechnerische Planung des Lebens.« (Foucault 2014:134f.)

Das von Foucault beschriebene Auftauchen dieser neuen Machtform markierte eine Wende von der Souveränitätsgesellschaft zur *Disziplinargesellschaft*, die von Einschließungsmilieus und entsprechenden separaten »Disziplinen« (z.B. Schule, Kaserne, Krankenhaus, Gefängnis) geprägt war (vgl. ebd. 1977). Als Basis und Symptom dieser Entwicklung kann die Erschaffung eines neuen »Epistems« durch die gesellschaftlichen Strömungen der Macht gesehen werden: die Grundvorstellung des aufklärerisch-rationalen »Normalen«, das sich unter anderem durch die Fähigkeit auszeichnet, in den genannten Institutionen zu funktionieren. Im Zuge dessen begann – als kontrapunktische Konstituierung der Vernunft⁸ und als eine

7 Auch wenn die Begriffe »Biopolitik« und »Bio-Macht« bei Foucault nicht immer präzise unterschieden werden, so verwende ich »Bio-Macht« in diesem Kapitel als übergeordnete »Macht zum Leben«, als Vereinigung aus »Biopolitik« (der Bevölkerung) und »Disziplinierung und Dressur« (der einzelnen Körper). Ich beziehe mich dabei auf folgende Stelle: »[V]erschiedenste Techniken zur Unterwerfung der Körper und zur Kontrolle der Bevölkerung schießen dabei aus dem Boden und eröffnen die Ära einer ›Bio-Macht‹.« (Foucault 2014:135)

8 Canguilhem verweist darauf, dass das, was zum Anormalen gemacht wurde, um das Normale überhaupt zu konstituieren, historisch eigentlich vorausging. Auch wenn das A-Normale scheinbar »nur« die »logische Negation« des Normalen darstellt, sei es doch das entscheidende Moment gewesen, das die »normative Intention wachruft[e]« (Canguilhem 1977:166f.).

Praxis ihrer Verteidigung – die systematische soziale Abspaltung, Ausschließung und physische Separierung der Anormalen sowie die medizinische »Zähmung« des Wahnsinns in Irrenhäusern und Psychiatrien.

»Das Auftauchen des ›Unkorrigierbaren‹ erfolgt zeitgleich mit der Einrichtung von Disziplinierungstechniken, wie man sie während des 17. und des 18. Jahrhunderts beobachten kann – in der Armee, den Schulen, den Werkstätten und dann, ein wenig später, auch in den Familien. Die neuen Verfahren zur Zurichtung des Körpers, des Verhaltens und der Fähigkeiten werfen das Problem auf, was mit denjenigen ist, die sich dieser Normativität entziehen, die nicht mehr die Souveränität des Gesetzes ist.« (Foucault 2002b:1027)

Der für das Emporkommen der Vernunft basale Ausschluss der Anormalen⁹ sowie das medizinische Wissen-wollen vom Wahnsinn richteten sich vor allem an eine ganz bestimmte Adresse: den Körper der Individuen.¹⁰

Die Disziplinargesellschaft übte – anders als die Souveränitätsgesellschaft – nicht nur durch die potenzielle Zerstörung des Körpers, sondern auch und vor allem durch dessen normative und rationalisierende Rekonstitution Kontrolle aus. Die Bildung brauchbarer sowie die Ausschließung und Behandlung unbrauchbarer (arbeitsuntauglicher) Körper wurde zu einem Schlüsselement der (industriellen) Macht (vgl. Foucault 2002c:159f.).

1.1.1.4 Der Körper in der Kontrollgesellschaft

In seinem Essay »Postskriptum über die Kontrollgesellschaften« (2017; Erstersch. 1990) skizziert Gilles Deleuze die Merkmale einer Kontrollgesellschaft, die im Laufe des 20. Jahrhunderts an die Stelle der Disziplinargesellschaft getreten sei. Auch wenn in der Kontrollgesellschaft frühere Mittel der (disziplinarischen) Macht übernommen würden, so doch mindestens in angepasster Form, um angesichts der dauerkrisehaften Agonie der Disziplinarinstitutionen »den individuellen oder numerischen Körper durch die Chiffre eines ›individuellen‹ Kontroll-Materials [zu] ersetz[en].« (Deleuze 2017:262) Das heißt, den einzelnen Menschen und ihrer Physis wird ihr seit der Aufklärung erkämpfter Status als unteilbare (individuelle) Subjekte streitig gemacht, weil sie nicht mehr nur Bestandteil einer zu disziplinierenden Population sind, sondern auch ihre einzelnen Teile (wie z.B.

Auch Foucault stellt die Vernunft als historisches Produkt der aufklärerischen Auseinandersetzung mit Unvernunft und Wahnsinn dar (vgl. Foucault 2013).

9 Vorwiegend durch Dorfgemeinschaft, Familie (17., 18., 19. Jahrhundert) oder Ärzte (ab dem 19. Jahrhundert) (vgl. Foucault 2002c)

10 Foucault beschreibt auch, dass die Macht, die vor allem das Aufbegehren von Gruppen fürchtet, durch ihre Kontrollmechanismen das »Individuum« überhaupt erst erschafft: indem sie begann, Biographie zu dokumentieren und damit dazu beizutragen, dass der Einzelne von sich aus in der Individualität ein erstrebenswertes Merkmal erkennt. (Vgl. Foucault 2002)

bestimmte Fähigkeiten oder Eigenschaften, aber auch Organe, Zellen etc.) unabhängig voneinander in die verschiedenen, fließend in einander übergehenden Körperkontrollen »eingepflegt« werden. Eine solche »Teilung« des Subjekts scheint nötig zu werden, um der Krise der Disziplin-Institutionen, die der Flexibilität, »Flüssigkeit« oder »Gasförmigkeit« ihrer Umwelt nicht mehr gerecht werden können, entgegenzutreten und der Macht neue Kanäle zu öffnen. Denn die Macht geht hier nicht mehr von Individuum oder Institution aus, sondern sie ist systemimmanent und sozusagen einer ständigen Teilung, Zählung und Kalkulation in Echtzeit unterworfen. Deleuze' Extrapolation von Foucaults Körper-Bezugnahme werde ich in der Synthese genauer erläutern, wenn es darum geht, einen Wandel von den separaten, analogen Einschließungsmilieus zu variierenden, ineinanderfließenden Kontrollmodulationen (z.B. »lebenslanges Lernen«), und von der Zählung von Bevölkerungsmassen zur Erschließung von »Stichproben, Daten, Märkte[n] oder »Banken«« (ebd.:258) im Kontext des empirischen Materials zu hinterfragen. Nun sollen erst noch andere Körpersoziologien und mögliche Anschlüsse an Foucault Erwähnung finden, um weitere Spielarten der gesellschaftlichen Rolle des (von Bio-Macht durchdrungenen) Körpers zu skizzieren.

1.1.1.5 Apparate der körperlichen Produktion

Auch Donna Haraway sieht Körper entscheidend in Wissens- und Machtgefüge verwickelt. In ihrer politaktivistischen Vorgehensweise bezieht sie sich auch auf Foucaults »Biopolitik«, spinnt allerdings einen weitaus konstruktivistischeren und abstrakteren Begriff vom Körper (»als Maschine«; Foucault 2014:134) und analysiert im Zuge dessen ganz bestimmte kulturelle, wissenschaftliche und technologische Praktiken und »Wissenschaftsgeschichten«. Ihre Betrachtungsweise ist von einer Art situativem Poststrukturalismus geprägt. So bezeichnet sie Körper in ihrer diskursanalytischen Auseinandersetzung mit Biopolitik im Kontext des Immunsystems als »beinahe-identisch« (vgl. Haraway 2014:146) mit Sprache und Technologie, welche permanenten Dynamiken unterworfen und gesellschaftlich produziert werden: »Man wird nicht als Organismus geboren, Organismen werden gemacht; sie sind weltverändernde Konstrukte.« (Ebd.:147) Haraway geht nicht von einem biologisch determinierten menschlichen Körper als einzelnes und bestimmtes Wissensobjekt aus, sondern begreift Körper – *auch* den menschlichen – als überdeterminierte, also von diversen Faktoren beeinflusste Konstrukte, die durch »Apparate der körperlichen Produktion« geschaffen werden und grundsätzlich jederzeit von neuen, »zeitgemäßerem« Körperkonstrukten abgelöst werden können. Dabei wird ein bestimmter diskursiver Körper möglicherweise aus verschiedenen, ineinander übergehenden Körpern zusammengesetzt. So nach dem zweiten Weltkrieg, als ein auf dem Konzept des biologischen Organismus beruhender biomedizinischer Körper, der über mehrere Jahrhunderte hinweg durch »Identität, Handlungsfähigkeit,

Arbeit und durch eine Hierarchie der Funktionen« einen »verhältnismäßig eindeutige[n] Ort« (ebd.:151) darstellte, langsam zu einem flexibel-kodierbaren Text und Kommunikationssystem innerhalb eines kybernetischen Netzwerkes wurde. Z.B. war zu dieser Zeit in der feministischen Debatte um den »weiblichen Körper« ein analoger Wandel auszumachen: von einer dichotomen Differenzierung und Abspaltung vom männlichen Geschlecht hin zu einer Auflösung in konstruktivistischen Ideen und technologischen Machbarkeiten (z.B. Sex versus Gender, Anti-Baby-Pille, Transsexualität, Cyborgs), welche diverse, auch hybride Geschlechtertypen in Aussicht stellen. Eine solche Entwicklung kann auch in vielen anderen gesellschaftlich hochrelevanten Körperkontexten, wie z.B. Arbeit oder Krankheit beobachtet werden.

»Seit Mitte des 20. Jahrhunderts organisierten sich biomedizinische Diskurse mehr und mehr um eine Reihe völlig anders gearteter Technologien und Praktiken, wodurch die symbolische Vorherrschaft des hierarchisch organisierten, lokalisierten organischen Körpers destabilisiert wurde. [...] Der Körper hört auf, eine stabile, räumliche Kartierung normalisierter Funktionen zu sein, und entsteht statt dessen als ein hoch mobiles Feld strategischer Differenzen. Der biomedizinisch-biotechnologische Körper ist ein semiotisches System und ein komplexes, Bedeutungen produzierendes Feld [...]« (Haraway 2014:151f.)

Haraway bezieht sich bei der Beschreibung einer gegenwärtigen dezentralen Körperlichkeit zwar auf Kontexte wie Gentechnologien und Immunsystem, weshalb ihre Konstruktionen nicht einfach auf unser Forschungsobjekt gestülpt werden können; doch scheint die Verbildlichung der Wandelbarkeit der »Körperproduktion« und der biomedizinischen Sprechenden in Richtung eines Arbeitens mit »Kodes, Dispersion, Vernetzung und fragmentierter postmoderner Subjektivität« (ebd.:151) für mein weiteres Vorgehen fruchtbar. Ich werde Haraways Ansatz an bestimmten Stellen dieser Arbeit immer wieder heranziehen.

1.1.1.6 Körper und Fremdkörper: Thanatopolitik

Ganz anders geartet als Haraways Ansatz ist Giorgio Agambens recht schwierig zu durchleuchtender Bio-Macht-Anschluss, der hier nur schemenhaft umrissen werden kann, jedoch für die spätere Auseinandersetzung nicht vorenthalten werden soll. Seinen eigenen Ausführungen zufolge versuche Agamben, die sehr unterschiedlichen Arbeiten von Hannah Arendt und Michel Foucault im Begriff des »nackten Lebens« zu vereinen, um die Politisierung des Lebens und damit des Körpers in der Moderne zu analysieren.

Arendt ließe Agamben zufolge bei ihrer grundlegenden Analyse der totalitären Systeme des 20. Jahrhunderts den biopolitischen Aspekt außer Acht und sehe des-

halb fälschlicherweise das (Konzentrations-)Lager¹¹ als ein Experimentierfeld für den Totalitarismus. Agamben zufolge sei es eher umgekehrt: Da die biopolitischen Flüsse bereits seit langer Zeit »unterirdisch« auf eine radikale Transformation des Politischen in einen »Raum des nackten Lebens« – dessen Reinform das Lager darstellt – wirkten, sei die Legitimation der totalen Herrschaft lediglich eine notwendige Konsequenz, die durch die Biopolitik an die Oberfläche gebracht werde (vgl. Agamben 2014:192).

Foucault hingegen beschrieb und etablierte zwar den Begriff der Biopolitik, setzte sich jedoch kaum mit der Politik der totalitären Systeme des 20. Jahrhundert als Prototyp der modernen Biopolitik schlechthin auseinander: »Die Forschung, die mit der Rekonstruktion des *grand renfermement* in den Hospitälern und in den Gefängnissen begonnen hatte, schloß nicht mit einer Analyse des Konzentrationslagers.« (Ebd.:191)

Grundsätzlich sieht Agamben die (politische) Identität des modernen Menschen dadurch charakterisiert, dass sich die antike Spaltung in den vergesellschafteten Menschen (*bios, Bürger*) und das »nackte Leben« (*zoe, Mensch*) (ebd.) aufgelöst habe. Anhand einer historischen Analyse der Berührungspunkte von Demokratie und Totalitarismus sowie von Bio-Macht und Souveränität beschreibt er, wie »das biologische Leben mit seinen Bedürfnissen überall zum *politisch* entscheidenden Faktum geworden ist« (ebd.:194). Das schier nahtlose Ineinander-übergehen von totalitären Staaten und Demokratien im 20. Jahrhundert sei nur möglich gewesen »in einem Umfeld, wo die Politik sich schon seit längerem in Biopolitik verwandelt hatte und wo der Einsatz nunmehr bloß darin bestand, zu bestimmen, welche Organisationsform sich für die Pflege, die Kontrolle und den Genuß des nackten Lebens am wirksamsten erweisen würde.« (Ebd.:194)

Biopolitik des nackten Lebens (des Körpers, der Gesundheit etc.) war Agamben zufolge bereits in der prä-disziplinarischen souveränen Macht enthalten. Umgekehrt weist die von biopolitischen Maßstäben getriebene, vermeintlich humanere Moderne Ambivalenzen auf, die sich immer wieder in der souveränen Ausnahme der Abspaltung eines für unwert befundenen nackten Lebens zeigen.

»Die erste Registrierung des nackten Lebens als neues politisches Subjekt findet sich implizit schon in jenem Dokument, das man gemeinhin der modernen Demokratie zugrunde legt: dem *writ* des *habeas corpus* von 1679. [...] Nicht der freie Mensch mit seinen Eigenschaften und seinen Statuten, und nicht einmal schlicht homo, sondern corpus ist das neue Subjekt der Politik, und die Geburt der modernen Demokratie ist genau diese Einforderung und Ausstellung dieses ›Körpers‹:

11 Agamben bezieht sich in seinen Ausführungen vor allem auf die Konzentrationslager im Nationalsozialismus.

habeas corpus ad subjiciendum, du musst einen Körper vorzuzeigen haben. [...] gewiß ist, daß auf diese Weise die im Entstehen begriffene europäische Demokratie nicht *bios*, das qualifizierte Leben des Bürgers, ins Zentrum ihres Kampfes gegen den Absolutismus stellt, sondern *zoe*, das nackte Leben in seiner Namenlosigkeit, das als solches in den souveränen Bann genommen wird [...]. Das ist die Stärke und zugleich der innerste Widerspruch der modernen Demokratie: Sie schafft das heilige Leben nicht ab, sondern zersplittert es in jedem einzelnen Körper, um es zum Einsatz in den politischen Konflikten zu machen. [...] Derjenige, der sich später als Träger der Menschenrechte und [...] als das neue souveräne Subjekt [...] präsentieren wird, kann sich als solches nur dadurch konstituieren, daß er die souveräne Ausnahme wiederholt und in sich selbst *corpus*, das nackte Leben, isoliert. [...] *Corpus ist ein doppelgesichtiges Wesen, das sowohl Träger der Unterwerfung unter die souveräne Macht als auch der individuellen Freiheit ist.*« (Agamben 2014:195ff.)

Corpus, »Körper«, das nackte, heilige Leben, »*subiectus superaneus*, das was zugleich unten und am höchsten ist« (ebd.:197) scheint also *das* fundamentale Bindeglied zwischen biopolitischen Machtströmungen und den sie repräsentierenden Souveränitäten zu sein. Dementsprechend sei die Souveränität niemals ganz von der Disziplinargesellschaft abgelöst worden, weshalb es ihr noch immer möglich ist, in der Ausnahme ihr Recht, auszugrenzen und zu töten, auszuüben. Das nackte Leben sei zwar einerseits Grund für Recht und Freiheit in den Demokratien, doch auch die Basis des souveränen Rechts der Ausnahme, also der Bestimmung, welches Leben politisch oder unpolitisch, wert oder unwert sei, wodurch das politische Feld und damit das »Andere«, welches als nacktes Leben außerhalb bleibe, bestimmt werde.

»Die Sache ist die, daß ein und dieselbe Einforderung des nackten Lebens in den bürgerlichen Demokratien zu einem Vorrang des Privaten gegenüber dem Öffentlichen und der individuellen Freiheiten gegenüber den kollektiven Pflichten führt, in den totalitären Staaten dagegen zum entscheidenden politischen Kriterium und zum Ort souveräner Entscheidungen schlechthin wird.« (Agamben 2014:194)

Im Hinblick auf das in unserer Gegenwart undurchsichtige Wechselspiel von Souveränität und Biopolitik erweitert Agamben Foucaults Biopolitik-Begriff um den Terminus der Thanatopolitik: Nach dem Prinzip der *einschließenden Ausschließung*, welches durch Negierung des Lebens die »Macht zum Leben« erst konstituiert und gegebenenfalls dazu beiträgt, das (un-)werte Leben zu definieren, kann die Entscheidung über den Tod wieder in einen (institutionellen) biopolitischen Zusammenhang gestellt werden. Die Negierung des Lebens allerdings scheint Agamben zufolge mit der Zeit immer weniger an den »üblichen« Ausnahmezustand, über den der Souverän entscheidet, gebunden zu sein:

»Tatsächlich kann man beobachten, wie sich im Gleichschritt mit der Durchsetzung der Biopolitik auch die Entscheidung über das nackte Leben, in der die Souveränität bestand, verschiebt und über die Grenzen des Ausnahmezustands hinaus ausbreitet. [...] Diese Linie [...] ist beweglich und verschiebt sich in immer weitere Bereiche des sozialen Lebens, wo der Souverän immer mehr nicht nur mit dem Juristen, sondern auch mit dem Arzt, dem Wissenschaftler, dem Experten und dem Priester symbiotisiert.« (Agamben 2014:194f.)

Um die (bio-)politischen Ordnungen der Moderne und ihre thanatopolitischen Auswüchse zu analysieren, zieht Agamben den Begriff des *Lagers* als einen Ort des totalen Ausnahmezustands heran:

»In dieser Perspektive wird das Lager, dieser reine, absolute und unübertroffene biopolitische Raum (insofern er einzig im Ausnahmezustand gründet), als verborgenes Paradigma des politischen Raumes der Moderne erscheinen, dessen Metamorphosen und Maskierungen zu erkennen wir lernen müssen.« (Agamben 2014:195)

Im Schlussteil der vorliegenden Arbeit werde ich noch einmal fragen, inwieweit uns die »politische Pflicht, einen Körper zu haben«, betrifft, inwieweit der Alzheimer-Demenz-Diskurs über Ausnahmestände hinaus wirkt oder der Ausnahmezustand selbst sich ausdehnt und durch Definition und Ausweisung »unpolitischen Lebens« gesellschaftliche Verhältnisse konstituiert. Inwieweit begegnen wir bestimmten »Maskierungen« oder Metamorphosen des Lager-Paradigmas? Auch wenn Agambens Auseinandersetzung vor allem eine Philosophie des Politischen darstellt und noch dazu eine sehr abstrakt-radikale Sichtweise einnimmt, könnte die Betrachtung der Machtausübung über den Körper als »nacktes Leben« dienlich sein, um bestimmte Facetten der Biopolitik zugänglich zu machen, die sich Foucaults Konzept von Unterwerfung und Tauglichmachung entziehen. Nikolaus Rose, dessen Aufsatz »Die Politik des Lebens selbst« ich später auch heranziehen werde, fasst Agambens Erweiterung der Biopolitik folgendermaßen zusammen: »Die Gesundheit im Rahmen der ›Körperpolitik‹ zu verwalten erfordert zwangsläufig die Kontrolle und Eliminierung von ›Fremdkörpern‹.« (Rose 2014:423)

1.1.17 Aspekte des Körpers als mikrosoziologisches Forschungsobjekt und Forschungssubjekt

Zur Ergänzung noch ein kurzer mikrosoziologischer Exkurs zum Körper als Mitgestalter und Ergebnis von Erkenntnis: Entsprechend der obigen Ausführungen fließen unsere eigenen körperlichen Einschreibungen und Erfahrungen mit gesellschaftlichen Bereichen aller Art selbstverständlich, im Sinne von tief in uns verwurzelt, in diese Arbeit mit ein. Ich persönlich spüre beim Schreiben dieses Texts

in gewisser Weise eine stete Bedeutung meines Körpers und die Bedeutung der Körper der Anderen für mein Selbst, für die Gemeinschaft wie für die gesamte Gesellschaft. Auch der Arbeitsprozess selbst ist von ganz konkreten physischen Bedingungen wie meinem Arbeitsplatz und von unmittelbaren subjektiv-leiblichen Sinneserfahrungen betroffen. Z.B. mag spürbare innere Reibung oder Euphorie beim Lesen eines bestimmten Texts oder Schreiben eines bestimmten Kapitels durchaus ein Zeichen von subjektiver Identifizierung sein, welches im Hinblick auf die Selbstreflexion der eigenen Vorannahmen relevant sein könnte (vgl. Gugutzer 2013:14ff.). Mein Körper ist also – selbst wenn die hier behandelten Themen ihn auf den ersten Blick nicht unmittelbar betreffen würden – auch als Forschungsobjekt und -objekt zu verstehen. Die banalsten physischen Hinweise mögen die basalsten Überlegungen anstoßen bzw. angestoßen haben.

Schließlich verweist Gugutzer (ebd.:10ff.) noch auf eine von verschiedenen soziologischen Autoren¹² beschriebene Problematik, die sich vor allem auf die methodische Herangehensweise an den Körper als Forschungsobjekt bezieht: eine gewisse Sprachlosigkeit des Körpers.¹³ Weder könne sich der Körper selbst verbal ausdrücken, noch scheinen die abendländischen Kulturen über hinreichende sprachliche Kapazitäten zu verfügen, um körperliche Erfahrungen (wissenschaftlich) angemessen wiedergeben zu können.¹⁴ Als Bestandteil des Selbst sei der Körper außerdem zu nah am Menschen, um eine reflexive Distanz wahren und angemessen darüber sprechen zu können. Dieser Faktor betrifft vor allem Wissenschaftler bei der Befragung von Subjekten zu ihrem Körper sowie ihrer Haltung dazu und ihrem Umgang damit. Quantitative Auswertungen seien Gugutzer zufolge hier schier aussichtslos, da sie kaum Spielraum für geeignete Analyseinstrumentarien böten (ebd.). Doch auch für qualitativ und rein theoretisch Arbeitende stellt die Sprachlosigkeit des Körpers eine Herausforderung dar: Bei der Beschäftigung mit bereits getätigten Auseinandersetzungen oder Aussagen über den Körper sprechen keine Körper; es handelt sich bei der letztendlichen Interpretation stets um *Texte*, die keine Unmittelbarkeit erlauben.

Diesbezüglich mag ein Vorteil der vorliegenden Arbeit darin bestehen, dass nicht die Körper selbst, sondern die Lebenswissenschaften als »Wächter der Körper« Teil des Forschungsinteresses sind. Im Speziellen geht es gerade um das durch diese Wächter Gesagte, welches erheblichen Einfluss auf den Körper und den Umgang mit diesem ausübt: Der Medizin und den aus ihr erwachsenen Lebenswissenschaften wurde in unserer von naturalistischem Rationalismus geprägten Gesell-

12 Z.B. Fischer 2003

13 Haraway würde der Aussage »der Körper ist sprachlos« vermutlich nur eingeschränkt zustimmen, worauf ich im Methodenteil weiter eingehen werde.

14 Gugutzer verweist hier auf den von Norbert Elias 1939 beschriebenen »Zivilisationsprozess« (Elias 1997), der den Körper zu einer tabuisierten Zone machte.

schaft die Aufgabe überantwortet, eine bestimmte Sprache des Körpers – zumindest ganz bestimmte (Krankheits-)Zeichen, deren Wirkungskreis immer weiter expandiert – zu schaffen, zu definieren, zu lesen, zu übersetzen oder zu deuten, und damit den Körper normativ zu rekonstituieren. So beschäftigten sich bereits einige soziologische Arbeiten ganz konkret mit der Semiotik von Ätiologie, Diagnose und Prognose, also der Symptomatologie als medizinischem Pendant zur philosophischen und linguistischen Semiologie (vgl. z.B. Staiano 1979) sowie mit der diskursiven Verbindung von Körper, Krankheit und Sprache (vgl. Haraway 2014) oder dem Verhältnis von klinischem und pathologischem Blick (vgl. Foucault 1973).¹⁵

Hier mag eingewendet werden, dass die Medizin auf einer Körper-Dichotomisierung von »gesund/krank« beruhe und lediglich die Sprache der hemmenden und leiden machenden Krankheit als positiven Wert verstehe. Der »Normalzustand Gesundheit« als das eigentliche »Leben im Schweigen der Organe« (Leriche 1936; zit.n. Canguilhem 1977:58) stelle dagegen lediglich einen marginalen und passiven Reflexionswert dar. Somit könne auch nicht von einer »Sprache des Körpers« die Rede sein. Doch liegt gerade hier die Brisanz und Wichtigkeit dieses Zusammenhangs: Denn es kann in der Tat gefragt werden, inwieweit Medizin und Lebenswissenschaften ausschließlich (körperliche) Anomalitäten behandeln. Schließlich werden Letztere zwar in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext hervorgebracht, doch nicht erst seit einer »Entgrenzung der Medizin«¹⁶ größtenteils von dieser definiert. Ursprünglich »normale« Bereiche des Körpers und der Körperwahrnehmung werden eingegliedert und dem »leben machenden« lebenswissenschaftlichen Zuständigkeitsbereich zugeordnet. Wie sich in dieser Arbeit erneut zeigen wird, haben auch die Facetten der Körperlichkeit, die jenseits einer formellen Erfassung existieren und existierten, und diejenigen, für die sich dezidiert die Sozial- oder Kulturwissenschaften zuständig sehen oder sahen, das Potenzial, in den Fokus der Medizin zu geraten.

Wohin die Bewegung letztendlich geht, bleibt offen: Können Körper noch als einem vernakulären Bereich zugehörig verstanden werden (vgl. Illich 1981)? Geschieht die oben genannte medizinische Interpretation von Zeichen als »Symptome« über eine Arzt-Patient-Interaktion, die dem Patienten und seinem Körper Raum für »subjektive Schilderungen« lässt? Oder besteht das Lesen solcher Zeichen nur noch aus Technikanwendungen wie bildgebenden Verfahren, die den Menschen auf ein beispielsweise »zerebrales Subjekt« (Lock 2008) reduzieren und im Körper ein technisch zu durchleuchtendes, teilbares Objekt sehen?

15 Auf diese drei Beispiele werde ich im Schlussteil der Arbeit zurück kommen.

16 Viehöver und Wehling (2011) sehen im Zuge einer »Entgrenzung der Medizin« vier Hauptdynamiken bezüglich des medizinischen Handlungsfeldes: Grenzverschiebung, Grenzüberschreitung, Grenzverwischung und Grenzpluralisierung.

Ob Demenz nun als rein »neurodegenerative Hirnerkrankung« gesehen wird oder eher den »Geist«, das »Mentale«, die »Seele«, die »Psyche«, das »Soziale« oder die *conditio humana* betreffende Fragen aufwirft; oder beides: Die ursprünglich allen klinischen Demenzdiagnosen gemeinsamen Nenner Schwäche, Hilfsbedürftigkeit und *soziale Devianz* und die mit diesen zusammenhängenden Interaktionen und Reaktionen manifestieren sich immer auch und vor allem über *den Körper*. Dieser Aspekt wird dann besonders interessant, wenn ich mich später damit beschäftige, ob und inwieweit das Phänomen »Alzheimer« seine eigentlich so wichtige Verbindung zu behavioralen und kognitiven Symptomatiken aufweicht, auflöst, obsolet macht oder verschwinden lässt; und dadurch auch dazu beiträgt, den Körper in der Gesellschaft, den gesellschaftlichen Körper und den Gesellschaftskörper zu verändern.

1.1.2 Zu Medizin, Gesellschaft und Iatrogenesis

1.1.2.1 Medizin: Stützkonzeption mit biopolitischem Monopol

»Natürlich hat die Medizin die grundsätzliche Rolle eines gemeinsamen Nenners [der Politik des Körpers] gespielt...Ihr Diskurs lief vom einen zum anderen weiter. Im Namen der Medizin sah man nach, wie die Häuser ausgestattet waren, in ihrem Namen ordnete man aber auch jemanden als einen Wahnsinnigen, einen Kriminellen oder einen Kranken ein...In Wirklichkeit jedoch bilden, ausgehend von einem verworrenen Muster wie der Philanthropie, alle diese ›Sozialarbeiter‹ ein sehr ungleichförmiges Mosaik...« (Foucault 2002a:940f.)

Obwohl in dieser Arbeit mindestens genauso oft von Neurowissenschaften die Rede sein wird wie von Medizin, soll Letztere übergeordnet vorgestellt werden. Schließlich können wir konstatieren, dass die Medizin als »gemeinsamer biopolitischer Nenner« der Gesellschaft, als Hüterin des individuellen und sozialen Körpers, die sich im Laufe ihrer Geschichte von einem zweckgebundenen Handwerk zu einer gesellschaftsformenden und zieloffenen Technokratie entwickelt hat, die Basis gibt für einen Großteil lebenswissenschaftlicher Deutungsmacht. Und obwohl oder gerade weil das »Golden Age of Doctoring« der Vergangenheit angehört (vgl. McKinlay et al. 2002 oder Clarke 2010:131) und vermehrt »medizinkritische« Diskurse auftauchen, die den »aktiven und mündigen Patienten« propagieren und auf diese Weise die diskursive Medizinisierung der Gesellschaft noch zu vertiefen scheinen, stellen die Zunft der Ärzte und deren Dunstkreis nach wie vor eine deutungsmächtige und systemrelevante Stützkonzeption (vgl. Berger et al. 2018) unserer Gesellschaft dar. Die Biomedizin fungiert als Pfeilspitze eines wirtschaftlichen, politischen, technologischen, bürokratischen und wissenschaftlichen Macht-Konglomerats, dem auch der Großteil der anwendungsbezogenen Neurowissenschaften (als »Grundwissenschaften« der Psychiatrie; vgl. Kap. 1.3.2)

angehört. Doch eben nicht nur Neuro- und Lebenswissenschaften haben essenzielle Überschneidungsmengen mit der gegenwärtigen Biomedizin. Die Gesellschaft als Ganzes, mitsamt ihrer milieu-, schichten- und klassenübergreifenden Episteme, Denkkollektive und Paradigmen, all ihren Normen und Strukturen, steht in einer vielschichtigen Wechselseitigkeit mit der Medizin: »Wir erkennen, [...] daß die Medizin aufs engste verknüpft ist mit der allgemeinen Kultur, daß jede Wandlung im medizinischen Denken bedingt ist durch Wandlungen in der Weltanschauung ihrer Zeit.« (Sigerist 1931; zit.n. Canguilhem 1977:66)

Doch ist Medizin mehr als in Sigerists Zitat angedeutet. Sie ist nicht nur Folge gesellschaftlicher Gegebenheiten, sie beinhaltet, produziert und reproduziert weltanschauliche Idealtypen unserer Gesellschaft: »Keine andere Szenerie der modernen Gesellschaft ist so stimmig: ihre scheinbare Klassenlosigkeit, ihr offenkundiges Expertentum und ihr atheistischer Humanismus sind nicht nur der Stoff, aus dem die Arzt-Serien im Fernsehen gemacht sind; es sind Elemente unserer Ideologie.« (O'Neill 1990:116)

Und besser noch: Medizin vertritt nicht nur wichtige weltanschauliche Gebäude unserer Gesellschaft, sie selbst stellt Weltanschauung dar. Als menschengemachtes Konstrukt ist sie ein essenzieller und effektiver »Apparat der Körperproduktion« (Haraway 2014), der mehr erschafft als bloße Bilder von »ausdefinierten Körpern«, einer »perfekten Gesundheit« oder einer »idealen Work-Life-Balance«; und mehr als Körper, Gesundheit oder intersubjektive Ausgeglichenheit für sich. Die gegenwärtige Medizin ist eingeschrieben in all die Parameter unserer gesellschaftlichen Normative, welche wiederum die Macht-katalysierenden Körper der Individuen und ihre sozialen Abbilder formen: Schönheitsideale auf der Straße, Substanzgrenzwerte im Organismus, Leistungsmaßstäbe im Büro sind noch eher banalere Beispiele ihres Einflussbereichs. Sie wirkt überall: im Essen, in der Schule, im Konzertsaal und auf dem Fußballplatz. Foucault konstatierte in *Die Geburt der Klinik*, »daß in dieser Kultur der philosophische Status des Menschen wesentlich vom medizinischen Denken bestimmt wird« (Foucault 1973:209). Dabei hat es den Anschein, als verdanke die Medizin ihre Position – als Hüterin des sozialen Körpers und als latent-klandestine Schöpferin des gesellschaftlichen Menschen – vor allem ihrer Funktionalität innerhalb unserer (leistungs- und kontrollorientierten) Gesellschaft. Dies ist durchaus der Fall. Jedoch besteht diese Funktionalität nicht vornehmlich in einzelnen innerfachlich nachvollziehbaren, klinischen, »evidenzbasierten« oder Notrettungs-Szenarien, sondern in einer übergeordneten Produktion von Weltanschauung und Wissen. Wie andere soziale »Sinnstützen« auch vermittelt sie sich als eine soziale Notwendigkeit, die einen wesentlichen Teil dazu beiträgt, Stabilität in die künstliche Ordnung »Gesellschaft« zu bringen, um Verhältnisse (beispielsweise in Form von Klassen oder Institutionen) zu legitimieren und zu erhalten. Als institutionalisierte Stützkonzeption hängt ihre Wirkkraft also weniger von ihrer inneren Logik und wissensbezogenen Schlüssigkeit ab als viel-

mehr von ihrer systembezogenen Anwendung durch die Inhaber der sie tragenden Deutungsmacht sowie den darin immanenten Dynamiken (vgl. Berger 2018:98ff.; 112ff.). Der Medizinhistoriker Roy Porter konkretisiert dies: »[D]ie westliche Heilkunde brachte, gestützt durch die Wissenschaft als solche, eine machtvolle Medizin hervor, die weitgehend davon unabhängig ist, ob sie auch einen sinnvollen, sozialen Weg zu guter Gesundheit darstellt.« (Porter 2003:8)

So sind nicht die einzelnen medizinischen »Errungenschaften« das entscheidende Moment ihres Einflusses, sondern ihre (wissenschaftlichen) Bewegungen hin zur Einschreibung kultureller Meilensteine in Individuum, Körper und Gesellschaft. Nicht die neuesten Fortschritte selbst – wie in den hochtechnisierten Bereichen der Prothetik oder Hirnchirurgie – bilden ihr Zentrum der Wirkmacht, sondern das von ihr bewerkstelligte Möglichmachen einer Konvergenz von Kultur, Technologien¹⁷, Ethik und gesellschaftlichem Anspruch. Verschiedenste historische Zeitspannen und politische Systeme liefern teilweise tragische und drastische Beispiele für die machttechnische Unabhängigkeit von ihrer eigenen Beschaffenheit und für die selbstreferenzielle Systembezogenheit der Medizin: Je nach Kontext wandte sie völlig unterschiedliche Methoden an und verfolgte je gegenläufige Ziele, ohne an *wissenschaftlicher Autorität* einzubüßen.¹⁸

Die machtbezogene Losgelöstheit von ihrer eigenen inneren Logik trug wiederum dazu bei, dass sich die Medizin im Zuge von Spezialisierung, Differenzierung und Industrialisierung mehr und mehr vom Alltagswissen der einzelnen Gesellschaftsmitglieder entfernen konnte, ohne dabei ihre *lebensweltliche Autorität* zu verlieren.

»Wenn [...] kompliziertere Wissensformen und wirtschaftlicher Überfluss entstehen, widmen sich die Experten hauptamtlich ihren Gebieten, und ihr Sachverstand entfernt sich, sobald theoretische Konzeptionen für ihr Sachgebiet vorhanden sind, immer mehr von den praktischen Anforderungen des Alltagslebens.« (Berger et al. 2018:125)

Grundsätzlich birgt dieses Zitat eine fast landläufige Sichtweise auf »Experten«. Auch der Volksmund weiß frei nach Karl Marx, dass eine hochgradige Spezialisierung nicht selten den sprichwörtlichen »Fachidiotismus« hervorbringt (vgl. Marx

17 Bereits für das Konvergieren verschiedener Technologien und deren Anwendungsbezogenheit war die Medizin ausschlaggebend (vgl. Vogt 2013). So manifestiert sich das Zusammenkommen von Nanotechnologie, Biotechnologie, Informationstechnologie und Kognitionswissenschaft bereits in dem festen Begriff *NBIC-Technologien*, welcher mit dem erklärten Ziel einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Individuum und Gesellschaft entwickelt wurde (vgl. Roco et al. 2003).

18 Für eine einführende Auseinandersetzung mit der Rolle der Medizin im Nationalsozialismus siehe: Bormuth 2004.

1972:157). Die Medizin trug jedoch einen großen Teil dazu bei, dass hoch spezialisiertes Expertentum in vielen Fällen und Gebieten gesellschaftlich gefragt und erwünscht ist; auch und gerade in Alltagsbereichen. Im Falle der Medizin stellt sich die Frage des Alltagswissens und der Anwendungsbezogenheit allerdings als besonders bedeutsam und gleichzeitig verworren dar, da Medizin nicht nur theoretische Konstruktion ist, nicht nur ein isoliertes Feld einer wissenschaftlichen Dienstleistung, keine reine Ingenieurstätigkeit, sondern eine »Sonderwissenschaft«, welche sich zwischen Handwerk, Ethik, Technik, Theorie und einem direkten Zugriff auf den Körper und Alltag der Menschen bewegt. Die Medizin konstituiert sich dabei spätestens seit dem 19. Jahrhundert *sowohl* durch ihre alltagsweltliche Funktion als Hilfsberuf *als auch* durch ihre wissenschaftliche Legitimität (vgl. Foucault 2003a), während sie all den genannten Feldern – Alltag, Ethik, Technik, Wissenschaft – nicht vollends zugehört oder unterstellt ist. Dieses »unverbindliche« Wechselspiel zwischen verschiedenen Bereichen ist wiederum eine Grundlage für ihre biopolitische Universalität und Vielgesichtigkeit, die sich heute in allen gesellschaftlichen Bereichen zeigt.

Folgende mikrosoziologische Beobachtung aus den späten 1970er Jahren deutet an, welche große Bedeutung dem bereichsübergreifenden Verschwimmen der medizinischen Spielfelder auch damals zugeschrieben wurde:

»In seiner Ausrichtung auf das Handeln, seinem Glauben, seinem Pragmatismus, seinem Subjektivismus und seiner Hervorhebung der Unbestimmtheit unterscheidet sich der praktizierende Arzt [...] weitgehend vom Wissenschaftler. [...] Wie viele Berufsgruppen, die mit den Schattenseiten des Lebens zu tun haben – Hausmeister, Polizisten, Prostituierte, Taxifahrer, Barkeeper –, so glaubt auch [...] (der Kliniker) gern, daß seine Arbeit ihn mehr als andere dazu befähigt, über das Leben und die menschliche Natur Bescheid zu wissen. Doch im Gegensatz zu jenen anderen wird beim professionellen Kliniker der Glaube an seine funktionell-diffuse Lebensklugheit durch die respektvolle Aufnahme seiner Ansichten seitens einer Laienwelt noch beträchtlich verstärkt, die zwischen dem, was seiner Ausbildung nach für ihn funktionell-spezifisch ist, und dem anderen keinerlei Unterschied macht.« (Freidson 1979; zit.n. Stollberg 2001:9)

Auch wenn die Ärzteschaft – auf die dieses Zitat abzielt – heutzutage nicht unbedingt noch als diskursiver Hauptakteur der Biomedizin gesehen werden kann, ist ihre hier beschriebene, von »funktioneller Diffusität« geprägte Rolle durchaus repräsentativ für die gegenwärtige Medizin. Und auch die Frage der »Professionalität« des Berufsstandes Arzt ist für die Medizin in der Hinsicht von Bedeutung, als dass sie sich seit dem frühen 20. Jahrhundert über eine politisch-rechtliche Ausnahmestellung definieren darf:

»Die Kluft zwischen Arzt und Patient [ist] institutionell abgefedert: durch einen reformresistenten Ärztstand, der seine Interessen rechtsförmig, insbesondere in der staatlichen Sozialversicherungsgesetzgebung, abgesichert hat und die darüber hinaus in diesem Rahmen selbst verwalten kann. Vor allem diese Definitionsmacht über ihren Gegenstand macht die Ärzteschaft seit den dreißiger Jahren zum Paradigma erfolgreicher Professionalisierung in der Berufssoziologie: Professionalisierung bedeutet, dass eine Berufsgruppe ihre Arbeitsinhalte selbst bestimmt und damit auch die Bedürfnisse ihrer Klienten steuert.« (Degele 1998:193)

Nicht zuletzt die in diesem Kapitel angesprochenen Kontexte¹⁹ machten die Medizin zu einem modernen (biopolitischen) Monopol im gesellschaftlichen Umgang mit dem Körper, der letztendlich stets über »Krankheit und Gesundheit« definiert wird. Auf dieses Monopol und sein wechselhaftes Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit soll im Folgenden eingegangen werden.

1.1.2.2 Gesundheit, Tod und die Macht der Ärzte: Von Basismomenten zu Randerscheinungen?

»Gesundheit« könnte einerseits als bloß passiver Reflexionswert für die Medizin gesehen werden. Schließlich *indiziert* einigen Autoren zufolge nur die Normabweichung »Krankheit« medizinische Handlungen (vgl. z.B. Fleck 1983a). Andererseits wird das Konstrukt Gesundheit gesellschaftlich zu einem höchsten Gut (aufgeklärter Lebensführung) stilisiert und mag somit als die eigentliche diskursive Triebfeder gelten, um medizinische Handlungen zu *legitimieren*. Wir werden aber im Laufe dieses und des nächsten Kapitels sehen, dass medizinisches Eingreifen auch durch »Krankheit« *legitimiert* bzw. auch durch »Gesundheit« *indiziert* wird.

Das epochenspezifische Idealbild von Gesundheit stellt für die jeweilige Medizin der Zeit in jedem Fall eine basale Säule dar. Gleichzeitig entzieht sie sich in den modernen Gesellschaften einer festen oder einheitlichen Vorstellung:

»Krankheits- und Gesundheitskonzepte haben in der Vergangenheit vielfache Umschwünge und Wechsel erfahren, die weder linear auf das heutige Verständnis hingeführt haben noch stets einheitlich, geschlossen oder umfassend plausibel erschienen. Darum ist es wenig verwunderlich, dass auch in der heutigen westlichen Gesellschaft mehrere Konzepte von Krankheit und Gesundheit parallel existieren und dass sich viele von ihnen eher durch Kontingenz und Ambiguität als durch Eindeutigkeit und Gewissheit auszeichnen.« (Fangerau et al. 2011:51)

19 Der Status der Medizin als »gemeinsamer biopolitischer Nenner« und als sonderwissenschaftlicher Hilfsberuf mit entsprechendem Ethos/Ihr beschriebenes Potenzial zur symbolischen Repräsentation von Sinnwelten/Ihre Vorreiterrolle für anwendungsbezogene Wissenschaftskonvergenzen/Ihre politische Unabhängigkeit als professionalisiertes Feld

Im Fokus öffentlicher Debatten zum Gesundheitsbegriff steht häufig das Ringen um juristische Klassifikationen, welche bestimmte Rechte und Pflichten im Kontext von z.B. Versorgungsstrukturen klar stellen sollen. Des Weiteren stehen verschiedene Konzepte im Zentrum (sozial-)politischer Aushandlungskämpfe, die sich darum drehen, inwieweit Gesundheit bzw. Krankheit individuell oder gesellschaftlich begründet oder zu behandeln ist oder gesteuert wird.

Während es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, auf apertistisch-differenzielle²⁰ Ansprüche an einen Gesundheitsbegriff einzugehen oder eine bestimmte Gesundheitsdefinition zu erarbeiten, soll Folgendes benannt werden: Zwar beziehen sich Ärzteschaft und Medizin häufig auf ganz bestimmte institutionelle Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen wie die der WHO (Weltgesundheitsorganisation) bzw. der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) oder des DSM (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen). Doch gerade die Unklarheiten, die aus dem zuweilen krisenhaften Pluralismus sowie dem Verschieben und Verschwimmen von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (vgl. Schramme 2012; Viehöver et al. 2011a) resultieren, befähigen die Medizin zur schleichenden Ausweitung ihrer Hoheitsansprüche, da diese konzeptübergreifend erhoben werden können. Entsprechend biomedizinischer Expansions- und Entgrenzungstendenzen kann der Akzent von Nosologie, Taxonomie, Ätiologie, Diagnose, Prognose oder Behandlung also z.B. auf *physiologische oder soziale Funktionalität* (z.B. ADHS oder Demenz als abweichendes Verhalten), *subjektives Krankheitserleben* (z.B. Schmerzen oder Depression) oder *Relationalität* (z.B. »altersgerechte Entwicklung« bei Kindern und Jugendlichen) gelegt werden, um ein jeweiliges Mitspracherecht der Medizin zu behaupten.²¹ Entgegen der klar formulierten wissenschaftlichen Eindeutigkeitsansprüche der »evidenzbasierten« Medizin ist auch hier wieder eine wie oben be-

20 Mit diesem Begriff beziehe ich mich auf Andreas Reckwitz' Ausführungen (2018) zu einer Gesellschaftsentwicklung, die durch eine Verquickung von kulturellem Liberalismus und ökonomischem Liberalismus gekennzeichnet ist. Reckwitz und anderen Autoren zufolge konnte das Übereinkommen dieser beiden liberalistischen Erscheinungen eine besondere Wucht entwickeln, nachdem sie bis in die späten 1980er Jahre zwei verschiedenen, gegenläufigen politischen Lagern (konservativ-wirtschaftsliberal versus links-kulturliberal) zugeordnet wurden.

21 Hier will ich den in diesem Zusammenhang eine Rolle spielenden Begriff der *Reifizierung von Krankheit* erwähnen. Damit ist die Entwicklung gemeint, dass seit dem 20. Jahrhundert sozial abweichende Verhaltensweisen von der Psychiatrie zu Krankheiten erklärt werden, sobald sich die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung auftut bzw. die »Krankheit« über einen Rückschluss über die Wirkungsweise eines Medikaments ätiologisch definiert wird. Ein Beispiel hierfür ist die ADH-Störung, welcher eine bestimmte Störung des Hirnbotenstoffs Noradrenalin zugeordnet wurde, nachdem das darauf abzielende Medikament Metylphenidat (bekannt als »Ritalin«) bei »verhaltensauffälligen Kindern Besserung« brachte. ADHS ist gesellschaftlich zu Recht umstritten und kann als Vorwand für einen pharmakologisch un-

schriebene funktionelle Diffusität auszumachen, die bestimmten Strömungen der Medizin nicht schadet, sondern die diese im Gegenteil für sich zu nutzen wissen.

Die uns heute begegnenden Gesundheitskonzepte ergaben sich historisch aus sehr unterschiedlichen, aber doch zusammenhängenden Entwicklungen.²² Wie vielfältig die Ebenen auch sein mögen, auf denen die Basis für den gegenwärtigen Gesundheitspluralismus gesponnen wurde: Für jedes der Konzepte – von der Antike über das Mittelalter bis heute – kann die jeweils gesellschaftliche Vorstellung vom *Tod* als ein Spiegel dienen:

»In allen Gesellschaften bestimmt das herrschende Bild vom Tode die allgemeinen Vorstellungen von Gesundheit.^{[...] Dies} Dieses Bild, die kulturell bedingte Erwartung eines bestimmten Geschehens zu einem unbestimmten Zeitpunkt, wird geprägt durch institutionelle Strukturen, tief verwurzelte Mythen und den vorherrschenden Sozialcharakter. Die Vorstellung, die eine Gesellschaft vom Tod hat, gibt Aufschluß darüber, wie unabhängig ihre Menschen sind, wie persönlich sie miteinander verkehren, wieviel Selbstvertrauen sie haben und wie lebendig sie sind.« (Illich 2007:125)

Ivan Illich beschrieb diesbezüglich den neuzeitlichen Wandel des »natürlichen Todes«, der sich ihm zufolge zu einem Meilenstein der Medikalisierung der Gesellschaft, weil zu einem gewerkschaftlich geforderten Bürgerrecht und schließlich zu einer klassenübergreifenden Bürgerpflicht entwickelt habe. Das gesellschaftliche Ideal des »natürlichen Todes« verstehe sich medizinisch betreut und trete im hohen Alter *und* bei guter Gesundheit ein. Nachdem Sterben seit dem 18. Jahrhundert mehr und mehr mit spezifischen biologischen Ursachen assoziiert wurde, entwickelte es sich als ein »möglichst rechtzeitiges« Phänomen zu einer von Ärzten definierten, klinischen Angelegenheit (vgl. ebd.:125ff.).

In diesem Zuge entstand auch die systematische Organisation einer medizinischen Infrastruktur im heutigen Sinn²³, welche nicht nur eine »Demokratisie-

ternommenen Fortschritt im Sinne leistungsgesellschaftlicher Ambitionen gesehen werden, wie ich in meiner Magisterarbeit dargelegt habe (vgl. Vogt 2013).

22 Z.B. mündete eine christliche Gnadenlehre in eine folgenreiche protestantische Arbeitsethik (vgl. Weber 1904). Aus antiken kosmischen Harmonievorstellungen und religiösen Hygienevorschriften wurden vom Individuum zu ersinnende Ansprüche. Und Gesundheit als göttliches Zeichen wurde abgelöst von einem leistungsorientierten Mittel zum Zweck mit selbstbezogenem Wert (vgl. auch Illich 2007).

23 Illich geht darauf ein, dass bereits die französische Nationalversammlung 1792 eine therapeutische Bürokratie als Ziel hatte, da sie Krankheit vor allem auf einen Mangel an »Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit« zurückführte. »Ein nationales Gesundheitswesen sollte die Gesundheitspflege übernehmen und die Einhaltung von Ernährungsvorschriften und Statuten überwachen, die den Bürger anhielten, seine neue Freiheit zu einer frugalen Lebensweise und heilsamen Vergnügungen zu nutzen. Medizinbeamte sollten den Gehorsam der Bürger überwachen, und Gesundheitsrichter sollten Gesundheitstribunale über Scharlatane

rung« der Hilfe bereitstellte, sondern auch eine systematische medizinische Autorität des situationsbedingten, wissenschaftlich legitimierten und rechtmäßigen Eingriffs ermöglichte (vgl. Porter 2003:409ff.; Illich 2007:140ff.). Die Mythen des Mittelalters als Ausgangs- und Kontrapunkt der heutigen Gesundheitskonzepte wurden zugunsten einer aufklärerischen Normalität verbannt. Derlei Entzauberungen lösten die (letzten) religiösen Fesseln der Gesundheit, ließen sie zu einem vornehmlich naturwissenschaftlich-passiven Reflexionswert werden und beförderten den lebens-bezogenen Kampf um die produktiven Körper auf ein institutionelles Niveau.

Auch wenn die spätmodernen Gesundheitskonzepte nicht allein auf die Etablierung eines »klinischen Todes« zurückzuführen sind, so ist deren feste Einbettung in biomedizinische Kontexte eng damit verbunden. Für die Auseinandersetzung am Ende dieser Arbeit ist bedeutsam, dass die modernen Gesellschaften den »natürlichen Tod« grundlegend mit *sozialem Fortschritt* assoziieren und den Anspruch erheben, dass ihre Mitglieder möglichst »ohne definierbare spezifische Ursache« (Illich 2007:141), aber unter medizinischer Betreuung sterben. Illichs Auseinandersetzungen können hier wichtige Anhaltspunkte liefern. Für ihn spiegelte sich ganz allgemein in der wissenschaftlichen Institutionalisierung des Todes der Verlust einer Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit, durch den die Menschen als Individuen und Sozialwesen »unfähig gemacht werden, sich aktiv mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen«, und wodurch »die gegenseitige Pflege und de[r] selbstverantwortliche[...] Gebrauch von Heilmitteln zum Delikt« (Illich 2007:33) geworden ist. Canguilhem nähert sich dieser Problematik ebenfalls und räumt mit dem Konjunktiv »bestünde« ein, dass Ärzte ihre Aufgabe vor allem in der *Behandlung* sehen:

»Eine Sache ist es, die Gesundheit zu erhalten, die man zu verdienen meint, eine andere, die Gesundheit zu verdienen, die man sich verschafft. Hat der Arzt einmal die vom organischen Zustand geforderte Behandlung verschrieben, kann er in diesem letzten Sinn an der Heilung teilhaben. Dieses Teilhaben bestünde darin, den Kranken über seine nicht abtretbare Verantwortung für die Eroberung eines neuen Gleichgewichtszustands mit Blick auf die Anforderungen der Umgebung zu unterrichten.« (Canguilhem 2004:48f.)

Die hier beschriebene Gratwanderung zwischen ärztlicher Teilhabe und nicht abtretbarer Selbstverantwortung des Kranken ist Illich zufolge gar nicht mehr mög-

und Ausbeuter abhalten.« (Illich 2007:112) Eine medizinische Infrastruktur existierte natürlich schon vor den oben beschriebenen gewerkschaftlichen Bewegungen und trug ihren Teil dazu bei, das Normale und das Pathologische im weitesten Sinn voneinander zu trennen (vgl. Canguilhem 1977 und Foucault 2014 und 2002c). Die oben angedeutete Neuheit der Infrastruktur bezieht sich vor allem auf demokratische und egalitäre Zugänge zu medizinischer Versorgung.

lich. Die meisten Ärzte scheinen weder die Fähigkeit noch den Willen zu haben, ihre Patienten zur Selbstbestimmtheit zu »erziehen«. Entsprechend seien die betroffenen Patienten selbst immer unfähiger und unwilliger geworden, ihrer Gesundheit und gegebenenfalls Krankheit selbstständig und autonom zu begegnen. Das Erleiden von Krankheit, Schwäche und Schmerz als persönliche, individuelle und kulturelle Grundtechnik scheine verwandelt in eine Nachfrage nach Gütern, zu einem Kreislauf der materiellen Bedürfniserzeugung und Bedürfnisbefriedigung. Eine allgemeine Handlungsunfähigkeit als Konsequenz verhindere jede Möglichkeit einer systemischen Veränderung. An tiefgreifenden Abhängigkeiten wie diesen zeigt sich Illich zufolge die *Radikalität des ärztlichen Monopols* (Illich 2007:32ff.; 94ff.).

Irving Zolas medizinsoziologischer Vorreiter-These²⁴, dass vor allem ein komplexes technologisches und bürokratisches System zu der expansiven sozialen Kontrolle durch Medizin geführt hat und weniger ein ärztlicher Imperialismus (vgl. Zola 1972), widerspricht Illichs Ansatz nur auf den ersten Blick. Schließlich bezieht sich Illich ebenfalls auf die umliegenden Strukturen der Gesundheitsberufe und zieht den durchaus sozialprestigeträchtigen, deutungsmächtigen und repräsentativen Ärztestand auch deshalb heran, um in einer Atmosphäre der Hyperprofessionalisierung des Umgangs mit Gesundheit die (verschwindenden) Potenziale des *Laien* kontrapunktisch zu betonen.

Während die Ärzteschaft und die sie umgebenden Strukturen also die *Gesundheit der Gesellschaft* des 19. und 20. Jahrhunderts in weiten Teilen vereinnahmt und ihre annähernd totale Medikalisierung vorbereitet haben, sind die modernen Höhenflüge des ärztlichen Wirkens als Zugpferd der naturwissenschaftsbasierten Medizin mit dem langen 19. Jahrhundert und den 1980er Jahren passé (vgl. Clarke 2010:131). Die Ärzteschaft stellt heute *nur noch eine* von vielen Säulen des biomedizinischen Gesellschaftskomplexes dar. Sie ist eingebettet in systemische Anforderungen an den Patienten als Teil eines übergeordneten kontrollgesellschaftlichen Ganzen und als Träger biologisch-organischer Merkmale. Der Arzt hat vor allem dafür zu sorgen, dass ein Zusammenfunktionieren von Gesellschaft (Umwelt, Kultur, Familie, Care etc.), Subjekt (Patientenerfahrung) und Körper (Organe, Zellen, Moleküle etc.) erwirkt wird (vgl. Arney et al. 1984:62ff.). Nachdem er die »Verherrlichung der unmittelbaren Sinnlichkeit« (Foucault 1973:135) hinter sich lassen musste, ja selbst zu deren Abschaffung beitrug, fungiert er bald nur noch als systemischer Diagnostiker: Er übersetzt, vermittelt und kennzeichnet das von ihm erschaffene Umfeld und die entsprechenden Strukturen, anstatt diese noch maßgeblich mitzubestimmen.

Natürlich katalysierte und legitimierte die Ärzteschaft die »Geburt der Klinik« (ebd.) und den Aufstieg des medizinischen Feldes insgesamt und bereitete die Voraussetzungen für dessen heutiges Wirken, indem sie ein außergewöhnliches und

24 »Medicine as an institution of social control« (1972)

wissenschaftlich akribisches Handlungswissen elaborierte und durch ihre Anwendungsbezogenheit das Konvergieren diverser wissenschaftlicher Felder um 1900 ermöglichte (vgl. Vogt 2013). Zwar

»trug die auf der Anatomie basierende Medizin, die aus den Universitäten der Renaissance und der Wissenschaftlichen Revolution hervorging, [zunächst] mehr zum Wissensstand bei als zur Gesundheit [...] [und] der Rückzug der großen tödlichen Krankheiten (beispielsweise Diphtherie, Typhus und Tuberkulose) ist unmittelbar eher den Verbesserungen urbaner Lebensverhältnisse, einer besseren Ernährung und dem öffentlichen Gesundheitswesen zuzuschreiben als der kurativen Medizin.« (Porter 2003:11)

Doch nutzte die Ärzteschaft die politischen, technologischen, ökonomischen, wirtschaftlichen und bürokratischen Strukturen des 20. Jahrhunderts wie kaum eine andere Berufsgruppe für sich, bis sie aufgrund ihrer tiefen funktional-systemischen Einbettung letztendlich gezwungen war, einen Großteil ihrer Deutungsmacht an ebenjene selbst mitgestalteten »Apparate« (der Körperproduktion²⁵) abzugeben:

»Die Untersuchung des Patienten wird mehr und mehr zur Überprüfung seiner Krankenakten, wie sie in unterschiedlichen Situationen von verschiedenen beruflich zuständigen Fachkräften (den verschiedenen Spezialisten) angelegt wurden, die nur vermittelt über die Weitergabe der Unterlagen in Beziehung zueinander stehen [...]. Das für die Erstellung der Diagnose entscheidende Moment ist nicht länger die konkrete Beziehung zum kranken Menschen, sondern der Bezug, der zwischen den verschiedenen Expertisen hergestellt wird, aus denen seine Akte sich zusammensetzt. Hier handelt es sich bereits um einen Wandel [...] vom professionellen Blick zur objektiven Speicherung von Daten. [...] Die punktuelle und vervielfachte Expertise verdrängt die konkrete Arzt-Patient-Beziehung. Das bedeutet zwar nicht das Ende der Medizin, aber ganz gewiß eine tiefgreifende Transformation der Formen ihrer Ausübung.« (Castel 1983:52)

Die Ärzteschaft ist für die gesellschaftliche Legitimität der Medizin nach wie vor von besonderer Bedeutung, da speziell sie als eine historische Avantgarde der »Klassifizierer unter [den] Klassifizierenden« (Bourdieu 1988:9) den direkten Zugriff auf die Körper der Bevölkerung beanspruchen kann und somit dazu beiträgt, biomedizinische Konstrukte in der Lebenswelt der Menschen zu verankern. Wie sich aber auch in dieser Arbeit wieder andeuten wird, und wie es auch die Debatte um das neue Coronavirus zeigt, ist die »Klasse des Kliniklers« keineswegs mehr diejenige, die das biomedizinische Feld absolutistisch beherrscht. Die Krise der Institutionen, auf die ich später noch einmal kommen werde, hat auch das

25 Vgl. Haraway 2014

(akademisch-)medizinische Personal erreicht. Die Ärzteschaft unserer Gegenwart muss inzwischen vielmehr als ein kybernetisch-gouvernementales Steuerelement und Handlanger einer selbstreferenziellen Leitlinienkultur²⁶ verstanden werden und weniger als ein den Diskurs im Alleingang bestimmendes Berufsfeld. Speziell im öffentlichen Medien-Diskurs wird in dieser Hinsicht vor allem auf die Technisierung sowie Ökonomisierung des Gesundheitswesens verwiesen, durch welche Ärzte nur noch als ausführende Zahnräder (teilweise ohne jeden ethischen Heilkunst-Bezug) erscheinen. Gleichzeitig ist das auf der Geschichte des ärztlichen Denkens beruhende Wissen der Biomedizin (und mit diesem auch die Neuro- und alle Lebenswissenschaften) immer noch und immer mehr dabei, seinen Einflussbereich in alle gesellschaftlichen Bereiche auszudehnen und zu vertiefen.

1.1.2.3 Iatrogenesis, Entgrenzung und das Wissen der Medizin

In *Die Nemesis der Medizin* beleuchtete Ivan Illich bereits vor fast einem halben Jahrhundert, was in der heutigen Zeit nichts an Aktualität verloren, sondern sich im Gegenteil verschärft hat und gewissermaßen im gesellschaftlichen Bewusstsein angekommen ist: Unsere hochtechnisierte, ökonomisierte und bürokratisierte moderne Medizin ist omnipräsent und schadet oft mehr als sie nützt. Sie schafft mehr Krankheiten als sie Leiden lindern kann. Sie ist stets fähig, institutionell legitimierte Behandlungen durchzuführen, aber oftmals unfähig, Heilung herbeizuführen.

Illich analysierte drei Ebenen der Iatrogenesis. Auf *technischer* bzw. *klinischer Ebene* sorgen Diagnosen und Therapien in Form von übermäßiger, unnötiger und falscher Anwendung von Gerätschaften, Medikamenten und Operationen sowie durch Krankenhausaufenthalte für zahlreiche Schädigungen: Kunstfehler, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Infektionen, Nocebo-Effekte und auch die intendierten²⁷ medizinischen Wirkungen selbst haben regelmäßig negative seelische und körperliche Konsequenzen (vgl. Illich 2007:17-30; Vogt 2017; Reuther 2017; Foucault 2003a). Später in dieser Arbeit werde ich am Beispiel des Zusammenhangs zwischen dem Medikamentenkonsum älterer Menschen und der Entstehung demenzieller Syndrome verdeutlichen, dass der (medizininterne) Umgang mit dieser Problematik seit Illichs Buchveröffentlichung keinerlei Fortschritte gemacht zu haben scheint.

Auch bezüglich einer *sozialen Ebene* benennt Illich diverse Aspekte einer Schädigung durch Medizin, von denen ich hier nur einige stichpunktartig anführe: Die

26 Siehe zum Zusammenhang von klinischen Leitlinien, Ingenieurswesen und ökonomischen Strukturen: Samuel et al. 2005.

27 Hier von »Intention der Behandlung« oder »medizinischer Indikation« zu sprechen, scheint immer schwieriger zu werden, da viele Krankenhäuser vor allem Fallpauschalen und andere ökonomische Abwägungen der medizinisch vermutlich besten Behandlung vorziehen.

gesundheitsbezogene radikale Monopolstellung der Ärzte hat zu einer oft totalen Abhängigkeit der Kranken geführt. Die Stigmatisierung durch verpflichtende Prävention kann Ausgrenzung von Gesunden, Therapien gegen unheilbare Zustände und Krankheitsförderung durch Angst zur Folge haben. Eine juristische Pflicht zur Diagnose verwandelt die Tendenz zur Selbstbestimmtheit subjektiv gesunder Menschen in immer mehr Fällen in eine »asoziale« Form der Abweichung. Sozial (mit-)erzeugte Krankheiten werden für politische (gewerkschaftliche) Forderungen nach mehr Behandlung genutzt anstatt für das Überdenken der gesellschaftlichen Strukturen. Die finanzielle Umverteilung passiert zugunsten der Unternehmen und Akademiker und zuungunsten der Patienten und (formell und informell) Pflegenden. Pharmazeutische Scheininnovationen behindern die Möglichkeit von Selbstbehandlung, indem sie diese (meist in Form von Tabletten) suggerieren (vgl. Illich 2007:31-90). Diese und weitere Punkte bringt Illich ausführlich vor und beendet das Kapitel mit den Zeilen:

»Der *homo sapiens*, dessen Bewußtsein in den Stammesmythen erwachte und der sich als Staatsbürger zum politischen Menschen entwickelte, wird heute zum lebenslänglichen Insassen einer industrialisierten Welt herangezogen. [...] Die Medikalisierung der Industriegesellschaft treibt ihren imperialistischen Charakter zur letzten Blüte.« (Illich 2007:90)

Auf *kultureller Ebene* sieht Illich einen durch die Medizin der Moderne herbeigeführten Niedergang der Leidensfähigkeit und Leidensbereitschaft der Menschen. Dies geht einher mit einer technologisch-wissenschaftlichen Verdrängung und Verleugnung von Schmerz, Krankheit und Tod, welche aus kulturwissenschaftlicher und anthropologischer Sicht tiefwurzelnde Momente der Kultur von Individuen und Gemeinschaften sind bzw. waren.

Während sich eine hochgradig schädigende und entmündigende Medizin im klinischen, sozialen und kulturellen Bereich ausgebreitet hat und die Postindustriegesellschaften weitestgehend medikalisiert zu haben scheint, setzt sie dies heute im noch oder noch nicht industrialisierten Rest der Welt fort. Bezüglich der *postindustriellen westlichen Welt* der Gegenwart kann bereits davon gesprochen werden, dass eine weiter reichende *Entgrenzung* der Medizin etabliert worden ist. Diese wiederum scheint bestehende iatrogene Zustände zu marginalisieren, indem sie durch transhumanistische Enhancement-Tendenzen über geläufige medizinimmanente und soziale Problematiken hinausweist. Der wohl bis zu den Anfängen der Geschichte zurückreichende Sinn des Heilens, der zwar niemals einheitlich und kontinuierlich war, aber erst in den modernen Gesellschaften zum Selbstzweck technologischer Behandlungen wurde, scheint gegenwärtig gänzlich verdrängt zu werden durch den Sinn der flexiblen Anpassung, Optimierung und Steigerung.

Die Entwicklung von »Gesundheit« zu einem »immer-gesünder-Werden«, ja zu einem »ganz-besonders-gesund-und-glücklich-Sein«, geht Hand in Hand mit den

Entgrenzungen des medizinischen Handlungsfeldes: Grenzverschiebung, Grenzüberschreitung, Grenzverwischung und Grenzpluralisierung sind heute bezüglich Gesundheit, Krankheit, Diagnose und Behandlung omnipräsent (vgl. Viehöver et al. 2011a). Zwar stellte sich schon die industrielle Moderne immer mehr auf krankheitsunabhängige gesundheitliche Optimierung ihrer Prozesse ein, doch geht es bei der spätmodernen Medizin-Entgrenzung nicht mehr nur um die Verbesserung des »Patienten« innerhalb einer mehr oder weniger festgelegten, immer flexibleren gesund-krank-Skala. Es geht um die vollständige Aufhebung von (medizinischen) Skalenbezügen, ohne dabei die leistungsgesellschaftliche Kommensurabilität und Bewertbarkeit zu verlieren. Viele Beispiele sind uns hier geläufig: Medikamente werden »Enhancer« – das ADHS-Medikament Ritalin ist heute gängig als leistungsoptimierende Droge unter Studierenden (vgl. Vogt 2013). Individuell-persönliche Eigenschaften werden pathologische Merkmale – funktionell belastende Schüchternheit gilt als Sozialphobie (vgl. Scott 2006). Die Auseinandersetzung mit körperlichen »Makeln« wird (nicht mehr nur in betuchten Kreisen) dem Schönheitschirurgen überlassen. Jugend, Schwangerschaft und Alter werden zu potenziellen Krankheiten. Der farbenblinde Neil Harbisson wird zu einem staatlich anerkannten Cyborg als zukunftsweisendes Kunstprojekt und politische Aktion, der mithilfe einer Antenne im Schädel Farben hören kann.

Moderne medizinische Behandlung von Krankheit oder Behinderung hat längst die Legitimation von Wissenschaften herbeigeführt, deren Motive seit jeher weit über Ausgleich, Heilung oder Linderung hinausgehen (vgl. Khushf 2008). Die Steigerung von »gesund« entspricht Zuschreibungen wie »haltbar«, »reparabel«, »energetisch« oder »resistent gegen den Alterungsprozess« (vgl. ebd.). Eine fachliche oder qualitative Unterscheidung zwischen medizinisch und nicht-medizinisch (bzw. Therapie und Enhancement) wird dabei immer schwieriger. Während Wissenschaftler im Selbstversuch die technischen Vorgänge in ihren Wohnräumen durch in ihre Körper eingepflanzte Chips steuern (vgl. Nagel et al. 2009:29), geht die technische Erweiterung des Menschen – ob analog oder digital – heute weit über eine Werkzeugverwendung hinaus, über die das Menschsein einst anthropologisch charakterisiert werden konnte. Aus einem Wesen, das im Gegensatz zu Tieren nicht nur ein Körper *ist*, sondern auch einen Körper (als Werkzeug) *hat* (vgl. Berger et al. 2018), wird (bzw. wurde²⁸) in weiten Teilen ein kybernetischer Organismus, ein Mischwesen aus lebendigem Organismus und Maschine, ein »Cyborg«. Der Mensch und die Lebenswissenschaften scheinen eins zu werden.

28 Bereits bezüglich der Absorption der menschlichen Lebenswelt durch alltägliche Hilfsmittel wie Smartphones ist in verschiedenen Diskursen vom einzelnen und auch vernetzten Menschen als »Cyborg« die Rede.

Natürlich ist bei den oben genannten Beispielen zu reflektieren, in welchem sozialen Kontext sie stehen und wann welche (medizinische) Reaktion auf ein bestimmtes Leiden bzw. einen bestimmten Leidensdruck gefordert sein mag. Fest steht aber, dass ehemals sozial betrachtete, als normal eingestufte Phänomene lebensweltlicher Wechselfälle fest medikalisiert bzw. technologisiert sind. So wird den »Patienten« unter anderem die moralische Komponente ihrer Situation abgenommen: »From badness to sickness« vermittelt den Anschein, dass das eigentlich verantwortliche, moralisch »schuldige« Subjekt durch die Medizinisierung²⁹ (und Technisierung) und entsprechende Überantwortung erlöst wird. Es mag jedoch ebenfalls gesellschaftlich relevant sein, inwieweit hier gerade der Fokus auf ein vermeintliches Fehlverhalten des Individuums oder überhaupt auf das Individuum gelenkt wird anstatt auf gesellschaftliche Bedingungen, unter denen die Krankheiten bzw. (sozialen Verhaltens-)Abweichungen entstehen und produziert werden und besonders auch nicht mehr toleriert werden können. Zudem werden – wie die Beispiele oben zeigen – viele medizinisch behandelte Fälle nicht als Krankheit gesehen, gelten aber allgemein als behandelbar bzw. zu behandeln.

Dass all diese Entgrenzungs-Entwicklungen für die betroffenen Individuen Erleichterungen oder Aufwertung im sozialen Alltag bringen können und sich somit als Normalfälle etablieren, bedeutet indes nicht, dass die überbordende biomedizinische Grundversorgung, also die standardisierte Behandlung von »zweifelsfrei Kranken« an Macht verliert. Sie steht zwar weniger im Fokus des gesellschaftlichen Anspruchs, wird durch ihre Selbstverständlichkeit als infrastrukturelle Basis aber mehr und mehr vertieft und durch die komplexen Wechselspiele der Medizin-Entgrenzung in neue Bereiche eingeführt. Auch wenn das auf dem formalen Rationalismus beruhende »Allgemeine« (wie z. B. »sozial gerechte Verteilung von Zugang zu Medizin und Bildung«) zusammen mit den Disziplinarinstitutionen sich in einer wie auch immer gearteten Krise befinden mag (vgl. Reckwitz 2018:429ff. oder Deleuze 2017), so ist diese Krise vermutlich gar keine existenzielle, keine Agonie. Sie mag vielmehr einen Wendepunkt oder ein Entscheidungsmoment³⁰ darstellen, in der sich die etablierte (Ärzte-)Medizin der Moderne auf eine Einschränkung von Einfluss und Prestige einstellen muss, das medizinische Wissen selbst aber keineswegs an Deutungsmacht einbüßt. So wird das in der industriellen Moderne systematisch auszuschließende und zu überwindende »Andere« und Pathologische (als

29 Ich verwende hier den Begriff »Medizinisierung«, um zu verdeutlichen, dass es hier um eine »offizielle«, bewusste und aktive Überantwortung eines konkreten sozialen Alltagsphänomens an die Medizin geht. »Medikalisation« hingegen soll eher im Sinne des von Illich adressierten globalen Phänomens einer sowohl aktiv als auch passiv, offensichtlich als auch schleichend vorstattgehenden »Enteignung der Gesundheit« verwendet werden. In diesem Sinne kann eine »Medizinisierung« als Teil der gesamtgesellschaftlichen »Medikalisation« gesehen werden.

30 *Krisis* (griechisch): die Entscheidung, Beurteilung, Zuspitzung

Gegensatz zum Normalen) heutzutage nur vermeintlich sozial angenommen und aufgenommen. Das Außenseitertum als »Besonderes« wird auf Basis des Allgemeinen vermutlich nur anerkannt und wertgeschätzt, um es zu absorbieren und letztendlich all die »anormalen«, für die Gesellschaft mit Risiko behafteten Ritzen institutionell füllen und kontrollieren zu können. Wir kommen hierauf im Kapitel zur Prävention und im Schlussteil dieser Arbeit zurück.

In einem Vortrag kritisierte Michel Foucault kurz nach der Veröffentlichung des Buches *Die Nemesis der Medizin* (Illich 2007; Erstersch. 1975) dessen Fokus »auf die Geschicklichkeit oder die Unwissenheit von Ärzten, ohne die Medizin selbst in ihrer Wissenschaftlichkeit in Frage zu stellen« (Foucault 2003a:61). Foucault ließ hier jedoch außen vor, dass Illich ähnliche Perspektiven anführt; auch wenn dieser – womöglich auch um öffentlichkeitswirksam³¹ zu werden, aber vor allem, um die technische Ebene der Klinik zu beschreiben – das Buch mit einer Reihe konkreter klinischer, innermedizinischer »Fakten« eröffnet. Der von Foucault geforderte Fokus auf historisch gewachsene Strukturen der Medizin und auf eine »Bio-Geschichte« (ebd.:64), welche das Leben selbst statt das Individuum betrifft, ist angebracht und auch bei Illich zu finden. Schon der Untertitel der *Nemesis der Medizin* beinhaltet die »Medikalisierung der Gesellschaft«, also die Ausweitung der Medizin auf alle sozialen Felder, auch auf die der kritischen Auseinandersetzung. Worauf ich hinaus will: Foucault geht darauf ein, dass die Medizin seit dem 18. Jahrhundert immer auch außerhalb ihres »eigentlichen« Feldes agierte. Die schiefe Unmöglichkeit, die Medizin von außen zu betrachten, ist also nicht ganz neu. Allerdings wirkt das Dilemma zwischen der Unmöglichkeit und der Notwendigkeit, die Medizin von außen zu betrachten, heute akuter denn je. Gerade eine Entgrenzung der Medizin, die eine gesamtgesellschaftliche Reflexion immer nötiger machen würde, trägt dazu bei, dass eine externe Reflexion immer unmöglicher wird:

»Das Teuflische an der derzeitigen Situation ist, dass wir, wenn wir auf einen Bereich zurückgreifen wollen, den man für der Medizin äußerlich hält, feststellen müssen, dass er mediziniert worden ist. Und wenn man der Medizin ihre Schwächen, ihre Nachteile und ihre schädlichen Wirkungen entgegenhalten möchte, geschieht dies im Namen eines noch vollkommeneren, verfeinerten und stärker verbreiteten medizinischen Wissens.« (Foucault 2003a:69)

31 Die Intention einer »Öffentlichkeitswirksamkeit« hätte Ivan Illich vermutlich weit von sich gewiesen oder zumindest weitgehend eingeschränkt. Dies geht nicht zuletzt aus dem von ihm verfassten Nachwort hervor, welches er 1995 dem Buch hinzufügte und das bestimmte Aspekte seiner eigenen Arbeit grundlegend kritisiert. Dennoch gehe ich davon aus, dass Illichs Einarbeitung in innerfachliche medizinische Studien ein Grund für die große Verbreitung war, die dieses Buch erfahren hat.

Diese Problematik stellt sich auch für die vorliegende Arbeit und den Versuch einer kritischen Auseinandersetzung mit dem empirischen Material. Mein öffentlich-wissenschaftliches Wirken im Kontext dieser Arbeit konnte bisher vor allem Aufmerksamkeit generieren, indem es sich im Kontext medizinischer Studien bewegte. Die Auseinandersetzung mit dem klinischen Zusammenhang von Alter, Demenz und Medikamenten findet Gehör. Ich werde später darauf eingehen, dass ein grundlegendes und distanzierteres Infragestellen unserer medikalisierten Gesellschaft und ihrer Phänomene wie »Alzheimer« ungehört bleibt und die Protagonisten unbeachtet passiert. Man kann konstatieren: *Die* Handlung bzw. Behandlung ist die einflussreichste und meistbeachtete, die am wenigsten zu bewirken vermag, da sie sich am nächsten an den vorherrschenden Strukturen bewegt. Nach Fleck: Nur das, was sich innerhalb des Denkstils bewegt, das also einen vom Denkkollektiv bestimmten »Zweck des Wissens« (Schäfer et al. 1983:17) verfolgt und ein vom Denkkollektiv anerkanntes Mittel der Beobachtung verwendet, um einen vom Denkkollektiv als würdig erklärten Gegenstand zu inspizieren, findet Gehör und Anerkennung.

Auch wenn Illich von einer mehr oder weniger immanenten »radikalen Kritik der instrumentellen Effizienz« des Gesundheitssektors schreibt, war ihm bewusst und schwingt im benannten Buch stets der Unterton mit, dass das Einlassen auf immanente »Fakten« ein Problem der diskursiven Reproduktion birgt. So ist auch die gesamte vorliegende Arbeit ein Ergebnis der medizinischen Absorption des Phänomens Demenz, ohne dass sie beabsichtigt, besagtes Phänomen weiter in Richtung Krankheits-Einordnung zu treiben. Deshalb setze ich mich schließlich im Kontext des medizinischen Umgangs mit Demenz bewusst mit dem neurowissenschaftlichen Diskurs um »Alzheimer-Demenz« auseinander, da diese *sui generis* eine »Krankheitsentität« bzw. ein Krankheitskonstrukt darstellt. Vielleicht kann hierdurch die Differenzierung zwischen einer klar medizinisierten Demenz (Alzheimer-Krankheit) und einer weniger oder subtil medizinisierten Demenz (Demenz als z. B. eine gesellschaftliche Aufgabe) erleichtert bzw. ihre Verbindung verdeutlicht werden. Wie ich in der Einleitung bereits angedeutet habe: Die Alzheimer-Krankheit als eigentlich hirnwissenschaftliches Konstrukt scheint eine Pionier-Form und trotz aller Unklarheiten nach wie vor das gegenwärtige Zugpferd der Medikalisierung des gesamten Phänomens Demenz zu sein. Darüber hinaus scheint der »Alzheimer«-basierte Umgang mit Demenz auf in dieser Arbeit zu beleuchtende, richtungsweisende Erweiterungen der Medikalisierung unserer Gesellschaft hinzuweisen.

Inwieweit sind nun all diese hier beschriebenen Kontexte der Biomedizin und ihrer Ableger als Wächter des sozialen Körpers für die vorliegende Arbeit, die keinen Schwerpunkt auf die dezidiert klinischen Begebenheiten des Themas setzt, relevant? Grundsätzlich bereiten die angedeuteten Aspekte einige Fäden für die weitere Auseinandersetzung vor, die unter anderem folgende Fragen umkreist: Wie

zeigt sich die inhaltsunabhängige Stabilität der um das medizinische Wissen vernetzten Institutionen und die biopolitische Legitimation der Hirnwissenschaften im Kontext der neuesten Alzheimer-Forschung? Welche Rolle spielt hier der »Tod bei voller Gesundheit«? Inwieweit geht es hier noch um die iatrogenen Bedingungen in der gegenwärtigen Welt der Klinik, inwieweit haben wir darüber hinaus zu denken, um einen Teil der Gegenwart überhaupt zu fassen zu bekommen? Wie verändern sich »Gesundheit« und »Krankheit« im Kontext der in dieser Arbeit relevanten Entgrenzungen des medizinischen Handlungsfeldes? Wie hängt damit das Wechselspiel der Demenz-Medikalisierung zwischen Biopolitik und einer Gesellschaft der Kontrolle zusammen? Welche Rolle spielt hier (noch) der Arzt, die Medizin oder der Körper des Menschen?

1.2 Prävention in Gesellschaft und Medizin

»Wer es an Einsicht fehlen lässt [...], der hat auch die Folgen selbst zu tragen.«
(Bröckling 2008:46)

1.2.1 Prävention in der Gesellschaft

1.2.1.1 Prävention als grundlegendes soziales Moment

Das Konzept der Prävention im Sinne von »Zuvorkommen«, »Verhindern«³² oder auch »Antizipieren«³³ ist so alt wie die Sesshaftigkeit des Menschen. Es erfüllt seit der Zeit des Ackerbaus wichtige soziale Funktionen und betrifft weitaus mehr gesellschaftliche Bereiche als die im 20. Jahrhundert allgemein bekannt gewordenen Beispiele wie Kriegsführung, Verbrechensbekämpfung oder Gesunderhaltung. Entsprechend ist für die späteren Ausführungen in dieser Arbeit auf die Historizität des Begriffs zu verweisen: Weder war die Verbindung des heutigen Präventionsbegriffs mit Unheil, Angst, Wahrscheinlichkeit und Risiko schon immer so eng noch muss sie in zukünftigen Szenarien so gedacht werden (vgl. Schülein 1983:13; 23).³⁴

32 *Praevenire* (Latein)

33 Das lateinische *anticipare* (Vorwegnehmen, Zuvorkommen) hat einige Überschneidungen mit *praevenire*, wenn es auch die negativ konnotierte Seite des Verhinderns und auch das Moment des Einschreitens weniger betont. Gerade aus diesem Grund ist die Verbindung von Prävention und Antizipation aber interessant, da, wie sich zeigen wird, Prävention auch als das aktive, vorausschauende Herstellen von Bedingungen verstanden werden kann.

34 Schülein beschreibt, dass das Brockhaus-Lexikon des 19. Jahrhunderts »Prävention« vor allem juristisch und kirchenrechtlich fasst. Damals sei der Begriff vor allem auf Konkurrenz im Sinne von »einem anderen zuvorkommen« oder »weiter reichende Befugnisse als ein anderer haben« bezogen worden, wohingegen das heutige Verständnis von Prävention vielmehr von

Grundsätzlich könnte man sagen, dass Prävention in gewisser Weise die gesamte Gesellschaft, ihre Organisation und ihr Wirken an sich betrifft. Jedes zukunftsgerichtete mikro- bis makrosoziale Handeln mag als Prävention bezeichnet werden. Georg Vobruba zieht einen sozialstaatlich-disziplinarischen Kontext heran, wenn er Prävention allgemein als Verhinderung der »Entstehung sozialpolitischer Probleme« (Vobruba 1983:29) definiert, welche sich im Spannungsfeld zwischen institutioneller und personeller Prävention bewegt. Johann Schülein zufolge zeichnen sich moderne Gesellschaften aufgrund ihrer hoch-technisierten und sozial komplexen Entwicklungen grundsätzlich auch dadurch aus, dass sie unter dem permanenten Druck stehen, sich durch präventive Maßnahmen gegen potenzielle Irritationen (z.B. Kriminalität, Unfälle, Krankheiten) abzusichern und bestimmte Bedingungen (z.B. Bildung, Verkehrsinfrastruktur, gesundheitliche Aufklärung) herzustellen (vgl. Schülein 1983:24). Auch das aktive Hervorbringen, nicht nur die Verhinderung von Sachverhalten, kann also als Prävention gesehen werden, bzw. kann die Vermeidung von »Übeln« auch als aktives Hervorbringen von (vermeintlichen) Sicherheiten verstanden werden.

Wie Körper und Medizin ist auch das Konzept der Prävention in einem direkten Bezug auf gesellschaftliche Machtkonstellationen zu verstehen. Schon allein, weil »[j]ede Prävention [...] notwendig eine Selektion [ist] – aus der Vielzahl möglicher Ereignisse werden bestimmte ausgewählt, was zugleich bedeutet, daß alle anderen unmöglich werden. [...] Prävention ist immer auch repressiv.« (Schülein 1983:17)

Im Sinne Foucaults ist das Wort »auch« im hier zitierten Abschnitt von entscheidender Bedeutung, da eine durch Präventionsziele vorbestimmte Auswahl von Ereignissen durchaus Ursache und Ergebnis »freiwilliger«, positiver Produktivkräfte sein kann. Wie im obigen Kapitel zum vergesellschafteten Körper beschrieben: dessen Tauglichmachung ist sowohl Mittel als auch Ergebnis des machtbezogenen »Willens zum Wissen«. Die poststrukturalistische Betonung des »Könnens« oder »Wollens« gegenüber dem »Sollen« ist für die Auseinandersetzung mit gegenwärtigen Gesellschaftsdynamiken von großer Bedeutung und wird im Laufe der vorliegenden Arbeit, obwohl diese keinen empirischen Fokus auf das Handeln der einzelnen Betroffenen legt, weitere Beachtung finden. Der folgende Abschnitt aus Schüleins sehr grundlegenden Beobachtungen schließt die Beteiligung einzelner Individuen bzw. Subjekte oder gesellschaftlicher Gruppen am Auswahlprozess auch keineswegs aus:

»Indem sie eine bestimmte Zukunft produziert, unterdrückt sie mögliche Zustände, die anderen Interessen dienlicher gewesen wären. Prävention ist aus diesem Grund ein normativer Prozeß, denn mit der Option für eine bestimmte Zukunft

Angst (z.B. vor Krankheit) und Mißtrauen (z.B. gegenüber potenziell Kriminellen) geprägt sei (vgl. Schülein 1983:13f.).

werden zugleich Werturteile über die Gegenwart und die Zukunft gefällt, die Entscheidungen für und gegen deren Zustand bzw. deren Interpretation einschließen. Damit sind zwangsläufig Konflikte verbunden. Da diese Konflikte [...] durch Macht entschieden werden, setzen sich normalerweise die Präventionsinteressen der Machtzentren durch, so daß Prävention empirisch zur Festigung von gegebenen Machtverhältnissen beiträgt.« (Schülein 1983:17)

Die hier angesprochenen Machtzentren müssen heutzutage als flüssig oder dezentralisiert gedacht werden, um bestimmte Phänomene des Umgangs mit potenziellen Zukünften verstehen zu können. Postindustrielle, hoch-technisierte und gar digitalisierte Gesellschaften erweitern die Möglichkeiten und Kompetenzen Ihrer Gesellschaftsteile derart, dass die Notwendigkeit der flexibilisierten Steuerung in Richtung bestimmter Ziele exponentiell steigt. Und obwohl oder gerade weil die Moderne, erst recht die zum Pluralismus neigende Spätmoderne, immer weniger statische Elemente in ihren Entwicklungen aufweist, sind für Schülein Institutionen, ob als individuelle Habitus oder soziale Organisationen verstanden, notwendig, um den »selbstgeschaffenen Handlungsspielraum sekundär [...] wieder zu beschränken« (ebd.:25). Institutionen sind »im Grunde nichts anderes als Negativ-Präventionen, indem sie einen großen Teil von potenziellen Entwicklungen ausgrenzen.« (Ebd.) Durch Institutionalisierung werden bestimmte soziale Abläufe ressourcenschonend und aufwandsarm von vornherein abgesichert. Die institutionellen Vorauswahlen und Ausgrenzungen von Möglichkeiten laufen jedoch Gefahr, sich als Selbstverständlichkeit zu verfestigen: »Wo Interaktion institutionalisiert ist, haben es Alternativen schwer, zur Geltung zu kommen.« (Ebd.) Die Bewältigung der stets steigenden eigenen sozialen Komplexität kann somit erschwert werden. Die gesellschaftliche Entwicklung ist den Präventivmaßnahmen meist voraus. Gleichzeitig steigt das Risiko, dass nur ganz bestimmte Interessen verfolgt werden. Andere Belange, die mit dem gesellschaftlichen und (für diese Arbeit besonders interessanten) wissenschaftlichen Wandel vielleicht immer wichtiger werden oder neu entstehen, werden vernachlässigt. Ein grundlegendes Überdenken systemischer Bedingungen wird durch Institutionalisierung erst recht gehemmt. Der in den modernen Gesellschaften klar auszumachende Fokus auf Effizienz und technisierte Prävention versperrt indes den Blick auf makrosoziale und makroökologische Kontexte und erschwert die individuelle wie kollektive Fähigkeit zu autonomer, reflexiver Prävention (vgl. ebd.). So führt beispielsweise die »[s]tärkere Abhängigkeit der Subjekte von technischen Systemen [...] zu deren Ausbau und schwächt ihre Selbsthilfefähigkeiten« (ebd.:27).

Bei Schülein können sowohl individuelle als auch kollektive Haltungen und Deutungsmuster als Institutionalisierung und Institutionen an sich als »Negativ-«)Prävention verstanden werden. »Institution« kann hiernach als begriffliches Analyseinstrument dienen, um sich Phänomenen der Prävention in der Gesell-

schaft zu nähern. Vobruba dagegen betont die sozialpolitische Ambivalenz des Präventionskonzepts. Er setzt der institutionellen Prävention, welche die einzelnen Subjekte von sozial problematischen »Systemzwängen« entlasten und für verbesserte »Lebenschancen« sorgen soll, die personelle Prävention entgegen. Diese überantwortet die Systemerhaltung teilweise an die Subjekte, wertet diese damit auf und will sie dazu bringen, sich mit den institutionell als problematisch gekennzeichneten Gegebenheiten zu arrangieren (vgl. Vobruba 2018:29f.; 41). Vobrubas Unterscheidung ist ihm zufolge idealtypisch und es ist in der Tat fraglich, inwieweit sie in Zeiten von »wissenschaftlich fundierten Lebensstil-Präventionen« als gesellschaftliches Moment noch beobachtbar sein kann. Denn Wissenschaft als Institution und Lebensstil als individuelles Moment gehen heute Hand in Hand und sind ineinander verquickt. Da im späteren Verlauf der vorliegenden Arbeit die Alzheimer-Prävention allerdings unter anderem in einem biopolitischen Kontext betrachtet werden soll, können beide hier skizzierten Präventionsauseinandersetzungen dienlich sein. Zumal bezüglich des Alzheimer-Diskurses die Frage aufkommen wird, ob und inwiefern das Ersetzen von individueller Lebensstil-Prävention durch Früherkennung und Vorsorgebehandlung eine biomedizinische Re-Institutionalisierung der Prävention darstellt.

1.2.1.2 Bröcklings »soziale Grammatik der Prävention«

Um dieses Kapitel auf weitere gegenwärtige Entwicklungen auszuweiten, will ich im Folgenden neun Thesen umreißen, die Ulrich Bröckling bezüglich der »spezifische[n] Rationalität und [der] Technologien vorbeugenden Handelns« (Bröckling 2008) aufgestellt hat. In seinem dichten Essay skizziert der Autor Grundtendenzen unseres »Zeitalter[s] der Prävention« (ebd.:40). Einige der oben genannten Punkte finden sich in dieser »soziale[n] Grammatik der Vorbeugung« (ebd.:38) wieder, Wichtiges wird ergänzt, manches wirkt widersprüchlich. Ich will mich im Schlussteil dieser Arbeit wieder konkret auf diese Punkte beziehen.

Bröcklings *erster* Punkt: »Prävention will nichts schaffen, sie will verhindern«. Es geht hier um das Vermeiden, Hinauszögern oder Begrenzen von Schäden oder Störungen. Das heißt, Prävention braucht (1) eine auf Indizien beruhende *Prognose* zukünftiger unerwünschter Zustände sowie (2) *Fehlentwicklungen*, die sich ohne Eingreifen verschlimmern, (3) deren *Risiko* sich aber durch eine Intervention *minimieren* lässt. (4) Diese Intervention muss sich schließlich als »Hilfe« *konzeptualisieren* lassen (vgl. ebd. 38f.). Hier liegt eine Diskrepanz zu meiner Ausführung oben. Bezüglich vieler typischer Präventionsfelder und was das Präventionsverständnis des 20. Jahrhunderts sowie den Alltagsgebrauch des Begriffs angeht, ist der Verhinderungsaspekt klar und plausibel. Nach Schüleins oben skizzierter Lesart kann Prävention allerdings auch als Antizipation, vorausschauendes Handeln und aktives Herstellen von Bedingungen verstanden werden: Infrastruktur oder Bildung z.B.

stellen Bedingungen für (im Idealfall reibungslose) Interaktion her. Andererseits helfen diese Bedingungen wiederum, Schäden oder Störungen wie Immobilität, Arbeitslosigkeit oder Kriminalität zu verhindern. So verwendet Schülein »Prävention« vor allem als Analyseinstrument und weniger als zu analysierendes modernes Phänomen. Wie er außerdem einräumt, ist die Historizität und damit auch die sich wandelnde Verwendung des Begriffs zu beachten. Das heißt, neben der unmittelbaren Bedeutung des Wortes sind auch die sozio-historischen Kontexte, seine Verbreitung und seine Diskursivität bezüglich der Lebenswelten von Individuen, Gruppen und Gesellschaft zu beachten (vgl. Schülein 1983). Dennoch soll hier die Frage bedacht werden, inwieweit ein Verhindern auch immer ein Herstellen impliziert. Denn eines der folgenreichsten Charakteristika von Prävention liegt im

»Prinzip des Latenthaltens: Gesundheit kennt sie nur als Abwesenheit von Krankheit, Sicherheit nur als Ausbleiben von Verbrechen, Frieden nur als Nicht-Krieg. Die Mittel, mit denen sie ihre Ziele erreichen will, sind dagegen ebenso gut repressiver wie produktiver Natur. So wenig ihr Gegenstand a priori festliegt, so gegensätzlich ist auch die Wahl ihrer Interventionsformen und Akteure: Prävention straft und belohnt, droht und ermutigt, schreckt ab und belehrt, sammelt und sondert aus, entzieht Ressourcen und teilt sie zu, installiert technische Kontrollsysteme und nutzt soziale Netzwerke.« (Bröckling 2008:39)

Zweitens geht moderne Prävention Bröckling zufolge mit einem radikalisierten und durch-technisierten Kontingenzenverständnis einher, welches nicht nur das Handeln, sondern den gesellschaftlich geschaffenen Möglichkeitsrahmen selbst als veränderbar, unsicher, entgrenzt, aber auch (natur-)wissenschaftlich berechen- und steuerbar erscheinen lässt. Die Wechselfälle des Lebens, Schicksal, Glück, Unglück, Zufall, Unklarheit und Veränderlichkeit beinhalten stets die Möglichkeit, dass »etwas anders kommt als erwartet«, und somit das potenzielle Übel, welches mit aller (technischer) Macht in ein kybernetisches System eingepflegt werden soll.

»Die vorbeugende Kontingenzenbewältigung entbehrt jeglichen Bezugs auf Transzendenz und stützt ihre Interventionen auf wissenschaftlich generierte Gewissheiten. Das unterscheidet sie von anderen Formen des Umgangs mit prospektiven Übeln. Vorsorgepraktiken sind vermutlich so alt wie die Menschheit, doch kommen Schutzvorkehrungen [...] oder Opferrituale, welche die Götter günstig stimmen und so Schaden abwenden sollen, noch ohne systematische Datenerhebung, Ursachenforschung und Prognostik, ohne minutiöse Steuerungsprogramme und Planbarkeitsutopien aus, wie sie das Zeitalter der Prävention kennzeichnen.« (Bröckling 2008:39)

Die im Zitat erwähnten Punkte Datenerhebung, Ursachenforschung und Prognostik verweisen bereits auf Bröcklings Punkt *drei*: Prävention bezieht sich auf Risiken

als selbstverschuldete potenzielle Schäden. Gefahr als umweltabhängiger Gegenpol zum Risiko kann (durch Prävention) in ein solches transformiert werden, indem sie einem prognostischen Kalkül und entsprechendem Handeln unterworfen wird. Folglich ist die Risiko-Gefahr-Unterscheidung in der heutigen Kybernetik-affinen Zeit immer weniger möglich bzw. wird zu einem Dilemma, da die Möglichkeit der Vorbeugung, welche immer gegeben ist, den Verzicht darauf riskant macht. Umweltbedingte Gefahr wird also fast zwangsläufig in Risiko verwandelt. Und jedes Risiko erzeugt neues Risiko und damit eine Entscheidungsspirale nach Wahrscheinlichkeitskriterien (vgl. ebd.). Das Wissen von der Möglichkeit der Prävention macht diese schier unausweichlich.

»Darin liegt die Brisanz aller Prävention: Entschieden wird in jedem Fall, weil auch Nicht-Entscheiden eine Entscheidung darstellt, aber welche Entscheidung die richtige ist, dafür gibt es keine absoluten Kriterien, sondern bestenfalls Wahrscheinlichkeitsaussagen. Und weil die Zukunft nun einmal kontingent ist, kann Prävention sich auch als ganz unnötig erweisen. [...] Risiko ist all das, so ließe sich zuspitzen, wogegen sich vorbeugende oder schadensausgleichende Maßnahmen treffen lassen.« (Bröckling 2008:40f.)

Bröckling bezieht sich hier auf zwei komplementäre und oft gemeinsam auftretende Möglichkeiten des Umgangs mit Risiko: *Risikovermeidung*, also vorausschauende Einschränkung des Möglichen, und *Risikomanagement*, sozusagen »abwartende« Prävention in Versicherungsform, die alle Möglichkeiten voll nutzen will, aber auf Schäden vorbereitet ist (vgl. ebd.:41).

»Die Grenzen der einen fungieren als Rechtfertigung der jeweils anderen: Weil auch noch so umfassende Prävention keine absolute Sicherheit garantieren kann, werden Rest-Risiken versicherungsförmig abgedeckt; weil Versicherungen Risiken kapitalisieren, sind sie darauf bedacht, Zahl und Ausmaß der Schadensfälle durch vorbeugende Maßnahmen zu begrenzen.« (Bröckling 2008:41)

Versicherung wie auch Prävention kalkulieren Wahrscheinlichkeiten. Während die Versicherung allerdings eine einheitliche und damit gesamtgesellschaftskompatible Risikotechnologie darstellt, ist die Prävention von Heterogenität in verschiedenster Hinsicht geprägt, was für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse ist:

»Ihrer Funktionsweise nach lassen sich die Technologien der Vorbeugung klassifizieren in Maßnahmen zur *Früherkennung* (z.B. Vorsorgeuntersuchungen [...]), der Expositionsprophylaxe (z.B. [...] Wegsperren »gefährlicher Individuen« [...]) und der *Dispositionsprophylaxe*, die sich wiederum in Maßnahmen zur *Verhaltensmodifikation* (z.B. [...] Strategien des Selbstmanagements) und zur *Immunisierung* (z.B. Impfprogramme [...]) gliedern.« (Bröckling 2008:42)

Wie der Verweis auf die schiere Unmöglichkeit der Nicht-Prävention und entsprechende Entscheidungsspiralen schon angedeutet haben: Prävention ist *viertens* ein niemals zu beendendes Projekt, welches die Norm immer wieder (und in der Regel weiter nach oben) korrigiert. Die Unmöglichkeit vollkommener Sicherheit führt stets zur Entdeckung neuer Defizite. Die Optimierung des Menschen und seiner Umwelt ist immer nur vorübergehend abgeschlossen. Prävention macht aus dem Wechselspiel von Beschränktheit und Offenheit des Menschen (vgl. Berger et al. 2018) eine »Anthropologie im Gerundivum. [...] Vorbeugen kann man nie genug und nie früh genug.« (Bröckling 2008:42)

Fünftens: Der Mensch will und muss wissen, um dem Übel zuvorzukommen. Nur auf Basis erfahrungsmäßiger Kausalitäten und entsprechender systematischer Produktion von Wissen können Entscheidungen zur Verhinderung von Schäden und Störungen getroffen werden. Ursache-Wirkung-Zusammenhänge sind allerdings nie, erst recht in keinem menschlichen oder »natürlichen« Feld eindeutig, höchstens plausibel, und in Hinblick auf die Zukunft höchstens wahrscheinlich.

»Der präventive Blick generalisiert deshalb den Verdacht und sucht Indizien aufzuspüren, die auf künftige Übel hindeuten und an denen die vorbeugenden Maßnahmen ansetzen können. [...] Die ätiologische Forschung isoliert und korreliert Risikofaktoren, ohne diese jemals vollständig erfassen zu können. Das Präventionswissen bleibt stets lückenhaft und erheischt weitere Forschung. Wer vorbeugen will, weiß nie genug.« (Bröckling 2008:43)

Die Frage des Nicht-Wissens wird im Schlussteil dieser Arbeit einen wichtigen Aspekt darstellen.

Bröcklings *sechster* Punkt: Prävention braucht bestimmte Normen oder Normalwerte, auf die ihre Maßnahmen geeicht werden. Gerade bei dem Ziel generalisierender Beeinflussung, selbst wenn das Individuum im Fokus steht, wird eine empirisch-statistische Normalverteilung nötig, »[u]m eine diffuse, räumlich wie zeitlich weit verstreute Menge von Menschen in eine Population zu verwandeln« (ebd.:44), von der aus dann »Normbrüche, Pathologien und Abweichungen« (ebd.:43) definiert werden. Wenn aus Bestrafung oder Behandlung eine auf Datenerhebung und -verarbeitung beruhende Suche nach Faktoren wird, wird aus herrschender Normativität ein selbstbezogener kybernetischer Normalismus. Während Normen stets neu korrigiert werden, ist der Durchschnitt das Ideal. Der aus dieser Logik der Prävention resultierenden »Denormalisierungsangst«³⁵ (ebd.:44) der modernen Menschen wird wiederum durch Präventionsversprechen

35 Damit ist die stete Ungewissheit verbunden, die sich mit der Frage ausdrückt: »Bin ich noch normal?«

begegnet, die ihrerseits zu erneuter Normalisierung führen. Ein weiterer Aspekt von Prävention, der als eine Art Kreislauf funktioniert.³⁶

Siebtens: Totalisierung versus Individualisierung (vgl. ebd.). Wie oben mit Bezug auf Vobrucas Arbeit angedeutet, lebt Prävention von einem komplexen Wechselspiel aus der Aufwertung des Subjekts durch die eigenverantwortliche »Sorge um sich« und seiner gleichzeitigen Unterwerfung unter einen (vgl. Foucault 2014) oder gar Auflösung in einem »Komplex von [...] Risikofaktoren« (Castel 1983:51).³⁷

»Die vom Ideal der Mathematisierbarkeit getragenen messenden Verfahren und die gerade auf das nicht Mathematisierbare abzielenden phänomenologisch-verstehenden Zugänge stehen sich dabei nicht antagonistisch gegenüber, sondern sind in einem komplexen Verhältnis wechselseitiger Verweisungen und Verbindungen aufeinander bezogen.« (Bröckling 2008:44f.)

Punkt *acht* betrifft die oben bei Schülein (1983) angesprochene Verstrickung der Prävention in Machtverhältnisse. Die Selektion der Ziele und Maßnahmen ist nur mit Macht durchzusetzen, ebenso wie deren Durchführung nur möglich ist, wenn die sozialen, technischen, moralischen oder sonst wie gearteten Fähigkeiten bestehen, um das Wissen und die Selektion in Maßnahmen zu verwandeln. Macht-ausübung kann auch zu Konflikten führen: z.B. im Individuum angesichts einer erwogenen Lebensstiländerung oder in der Gesellschaft angesichts politischer Aushandlungen oder zwischen Individuum und Gesellschaft angesichts Verboten. Grundsätzlich geht es um Machtgenerierung und vor allem und meistens – wie bei Schülein betont – um Machterhalt, denn

»[i]ndem ihr notwendig das Wissen, die Werturteile und damit die Machtkonstellationen der Gegenwart eingeschrieben sind, projiziert Prävention die Gegenwart normativ auf die Zukunft. Sie ist konservativ, selbst wenn sie das Leben von Individuen, Gruppen oder ganzen Populationen nachhaltig verändert.« (Bröckling 2008:45)

36 Siehe oben die anderen als »Kreislauf« interpretierbaren Beispiele wie Prävention als nie endendes Projekt, die Risiko-Entscheidungsspirale, das dialektische Latenthalten von Gesundheit als Krankheit oder die Komplementarität von Versicherung und Prävention.

37 Bröckling (2008:45) geht in einer Fußnote auf die vom Soziologen und Kriminologen David Mata 1973 getroffene Unterscheidung zwischen Verstehens- und Präventionsperspektive ein. Matza sah in seinem praktisch orientierten Ansatz die individuelle Lebenswelt des der Prävention unterzogenen Subjekts nur aus einer Verstehensperspektive zu erfassen. Die Präventionsebene, auch die soziologische der damaligen Devianz-Forschung, erfasse die Dinge aufgrund ihrer Anwendungsbezogenheit rein normativ und reduziere durch ihre Methoden die Wirksamkeit der Präventionen. Die Chicago School dagegen, die sich der Verstehensebene später ethnographisch näherte, hatte zwar keinen anwendungsbezogenen sozialreformerischen Impetus, trug aber gerade durch ihre differenzierten Beobachtungen der Subjektivität dazu bei, die realen Präventionsmaßnahmen zu elaborieren.

Schließlich geht Prävention *neuntens* mit Kosten-Nutzen-Kalkülen einher. Prävention verspricht weniger Aufwand (z. B. finanziell oder technisch) oder größere Effekte (z. B. ganz gesund bleiben statt nur teilweise wiederhergestellt werden) gegenüber Therapie, Sanktionen oder Schadensersatz. Die Argumente hierfür werden Bröckling zufolge in den spätmodernen Gesellschaften trotz aller Machtkämpfe vor allem von den Subjekten transportiert.

»Prävention wird wichtiger denn je, aber sie wird zunehmend zur Sache der Individuen, die gehalten sind, sich selbst ökonomisch zu regieren. [...] Aktuelle Präventionsdiskurse ersetzen die traditionellen Mechanismen des Überwachens und Strafens deshalb durch ein Regime des Monitoring und freiwilliger Selbstkontrolle.« (Bröckling 2008:45f.)

Die Kontrollgesellschaft (vgl. Deleuze 2017) scheint dem »Vorsorgestaat« (Ewald 1993), auch wenn dieser dem Risiko als erheb- und messbares Bedrohungsszenario überhaupt erst Geltung verschafft hat, kaum noch Raum zu lassen. Die Meritokratie der Verantwortlichkeit kennt immer weniger eine soziale Sicherung – auch im Sinne eines moralischen Auffangens.

»Wer es an Einsicht fehlen lässt und etwa auf Tabak oder Alkohol nicht verzichten will, wer keinen Sport treibt oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen versäumt, der hat auch die Folgen selbst zu tragen – sei es in Form höherer Versicherungsprämien, sei es in Form von Erkrankungswahrscheinlichkeit und geringerer Lebensdauer. Je dichter das Netz präventiver Kontrollmöglichkeiten, desto fahrlässiger handelt, wer sie nicht wahrnimmt. Vorbeugung avanciert zur moralischen Pflicht, deren Unabweisbarkeit gerade darauf beruht, dass sie nicht an hehre Ideale, sondern an das Eigeninteresse appelliert. Weil dieses Gebot sich auf alle Lebensbereiche erstreckt, ist ihm eine ebenso universelle Schuldzuweisung eingeschrieben.« (Bröckling 2008:46f.)

Ob und inwieweit sich das Kontrolldispositiv der Prävention und seine Überantwortungen an das Individuum allein mit dem Bild des »unternehmerischen Selbst« (ebd.) erklären lassen, wird im Syntheseteil der vorliegenden Arbeit wieder aufgegriffen werden, wenn es z. B. um das Wechselspiel von präventivem Lebensstil und Alzheimer-Vorsorgebehandlungen geht. Wir werden auf alle hier von Bröckling genannten Punkte in irgendeiner Hinsicht zurückkommen.

1.2.2 Medizin zwischen Heilung und Prävention

So wie seit jeher eine enge Verbindung zwischen Gesellschaft und Medizin besteht, so tendierte diese auch schon immer dazu, sich in einem Spannungsfeld zwischen

Vorsorge- und Heilungsmaßnahmen³⁸ zu bewegen und eine entsprechende, mehr oder weniger ausgewogene Balance anzustreben. In unserer Gegenwart der Spätmoderne scheint ein gesellschaftlicher Grundkonsens dahingehend zu bestehen, dass die Vorsorge eine klare Überlegenheit gegenüber dem Heilen innehat; wozu überhaupt Behandlung und Heilung, wenn Prävention doch erst gar keine Krankheit entstehen ließe? Doch so vermeintlich klar uns die Antwort auf diese Frage zu sein scheint, so fraglich und modern ist ihr impliziter Blick auf Krankheit als unbedingt zu verhinderndes Übel, welches dem »leben machen« der Macht grundsätzlich zuwider läuft (vgl. Foucault 2014; Canguilhem 2004). Z.B. könnte die »Fähigkeit und Versuchung, sich krank zu machen, [auch als] ein Wesensmerkmal der menschlichen Physiologie« (Canguilhem 1977:135) gesehen und gar konstatiert werden, »daß die Möglichkeit, mit der Gesundheit Mißbrauch zu treiben, selber Teil der Gesundheit ist« (ebd.). Krankheiten können »Werkzeuge des Lebens [sein], durch die sich der Lebende, wenn es ein Mensch ist, gezwungen sieht, seine Sterblichkeit einzugestehen« (Canguilhem 2013a:42). Die Form der Prävention, von der die industrielle und späte Moderne allerdings gezeichnet ist, scheint – ganz im Gegensatz zum Ansatz des Heilens – Krankheit per se keinen Wert zuschreiben zu wollen. So ist Bröckling zufolge

»[d]ie Suggestivkraft des Präventionsgedankens [spezifisch modern], die Überzeugung, dass vorbeugende Strategien korrektiven und kurativen Maßnahmen grundsätzlich überlegen sind. Weil niemand daran zweifelt, dass Vorbeugen besser ist als Heilen, breiten sich präventive Semantiken und Technologien in nahezu alle Lebensbereiche aus: ›prevention of everything – and everything as prevention« (Billis 1981, 374f.).« (Bröckling 2008:40)

Wie sich allerdings zeigen wird, scheinen sich die beiden Pole Vorsorge und Heilung in einem dialektischen Wechselspiel zu überschneiden, zu bedingen und in gewisser Weise auch zu entsprechen. Während sie zuweilen antagonistisch anmuten, gehen sie heute fließend ineinander über. Prävention wäre ohne die Möglichkeit bzw. Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Übels (hier: Krankheit) weder nötig noch möglich, da zwar Gesundheit im Zentrum ihres Diskurses steht, sie diese aber nur als latente Krankheit begreifen kann (vgl. ebd.:39). Krankheit wiederum entfaltet ihre lebensweltlich-phänomenologische Macht nur durch ihr tatsächliches Auftreten. Prävention benötigt für ihre Legitimation also eigentlich das mindestens einmal da gewesene, (physisch) mit Schaden drohende Krankheitsphänomen; in welchem Ausmaß auch immer. Krankheit indiziert aus der Sicht der modernen Medizin eine Form der (mindestens abwartenden) Behandlung, welche

38 Ich verwende hier »Heilung« oder »Heilen« größtenteils wie im folgenden Bröckling-Zitat (2008:40): im Sinne von »korrektiven und kurativen Maßnahmen«. Andernfalls, wie z.B. bei der Unterscheidung von Heilung und Behandlung, wird dies aus dem Kontext ersichtlich.

ursprünglich eine Heilung (nicht zuletzt mit *Hilfe* des Arztes) intendiert. Der Sinn von medizinischer *Prä*-vention leitet sich also, wenn auch indirekt, sehr basal von Heilung als *Re*-aktion auf Krankheit ab. Hier kann wieder Canguilhem herangezogen werden, welcher das Anormale (hier: Krankheit und Heilung) zwar als logische Negation des Normalen (hier: Gesundheit und Prävention) beschreibt, es aber als geschichtlichen Vorgänger darstellt, der überhaupt erst die »normative Intention wachruft« (1977:167). Prävention ist also abhängig von dem normativen Plan, keiner Heilung zu bedürfen.

Spätestens im 19. Jahrhundert wurde aus einer aufklärerisch-normativen Tendenz der Vorsorge die Negativschablone der gesellschaftlichen Emanzipation der Prävention: Heilung selbst wurde nun immer mehr zu einer biopolitisch getriebenen präventiven Maßnahme, indem sie nicht nur medizinische Komplikationen, sondern auch ökonomische Störungen wie Arbeitsunfähigkeit durch (chronische) Krankheit oder soziale Devianz und daraus folgende Einsperrung, Stigmatisierung und Diskriminierung verhindern sollte (vgl. Foucault 2002a; Porter 2003:424ff.). Man könnte die Hypothese aufstellen, dass trotz ihres Zusammenwirkens stets eine wie auch immer geartete und subtile Asymmetrie zwischen medizinischer Heilung und Prävention vorhanden war, welche sich in Neuzeit und Moderne zugunsten einer »leben machenden« Vorsorge verschoben hat.

Weit über die psychiatrische Medizin hinaus, welche seit dem 19. Jahrhundert nicht nur das »irre« Individuum, sondern vor allem die Gesellschaft präventiv vor diesem zu schützen³⁹ beauftragt war, gilt die *Behandlung* von »multifaktoriellen und komplexen Krankheiten« (Bu et al. 2016) inzwischen als »tertiäre Prävention« (vgl. Caplan 1964; Castel 1983; Foucault 2002b).⁴⁰ In vielen medizinischen Fällen gilt heute: Auch wenn eine Krankheit schon eingetreten ist, soll durch Behandlung noch Schlimmeres wie Rückfälle, Komplikationen oder (soziale) Folgeschäden verhindert werden. Moderne Prävention und Risikovermeidung finden nie ein Ende, weil Sicherheit stets unerreichbar bleibt, auch bei eingetretener Krankheit oder deren Heilung (vgl. Kap. 1.2.1).

39 Ursprünglich durch Prävention durch Einsperrung

40 »At present, most multi-factorial and complex diseases are managed by tertiary prevention strategy, which includes the primary, secondary and tertiary prevention. Primary disease prevention aims to prevent disease or injury of before it occurs either through eliminating disease-modifiable risk factors or increasing resistance to disease, including immunization against diseases, and maintaining a healthy diet and lifestyle. Secondary disease prevention aims to detect and address an existing disease or injury prior to the appearance of symptoms, including screening tests to detect disease in its earliest stages and treating the disease or injury to prevent further progression. Tertiary disease prevention aims to improve the patient's quality of life by softening the negative impacts of an ongoing symptomatic disease. This approach includes rehabilitation and treatment methods that halt dis-ease progression.« (Bu et al. 2016)

Canguilhem verweist außerdem darauf, dass eine Heilung zwar als das Wiedererlangen eines Gleichgewichtszustandes, aber nie als das Erreichen des vor der Krankheit bestehenden Ausgangszustands gesehen werden kann, womit die Prävention bezüglich des gesundheitlichen Status quo per se der Heilung überlegen wäre. Andererseits könne aus dem Aushalten und Heilen einer Krankheit eine kathartische Neuordnung und Stärkung der (Körper-)Kräfte resultieren (vgl. Canguilhem 2004). Die spätmoderne Gesellschaft will Gesundheit jedoch erhalten oder höchstens nach oben in ein »noch gesünder« oder »besonders gesund« korrigieren (vgl. Viehöver et al. 2011). Die Wiedererlangung von Gesundheit raubt neben der Krankheit selbst so viel Kraft und Zeit, dass ihr die Prävention in ihrer Effizienz überlegen zu sein scheint. Canguilhem könnte fast auch eine moderne Präventionsaufforderung unterstellt werden, wenn er sagt: »Wie beim Erzieher besteht das Ziel des Arztes darin, seine eigene Funktion nutzlos werden zu lassen.« (Canguilhem 2004:49) Jedoch geht es Canguilhem nicht darum, Krankheit durch Anweisung und Beratung zu verhindern. Es geht ihm um ärztliche Hilfe dabei, das Wiedererlangen der Gesundheit als Teil des Krankseins und Krankheit als Teil der *conditio humana* anzunehmen und sich über seine eigene »nicht abtretbare Verantwortung« (ebd.) bewusst zu werden. Es geht ihm um Verantwortung im Sinne von menschlicher Autonomie, ob eines kranken oder eines gesunden Menschen.

Verantwortung bzw. *Verantwortlichkeit* ist im Zusammenhang der Prävention ein Stichwort, das in einem idealtypischen Fall von Institutionalisierung der Vorsorge eine wichtige Rolle spielt: François Ewald sieht in der Verantwortlichkeit die Vorläuferin der Solidarität als sozialer Gesamtschuldnerschaft (vgl. Ewald 1993:16f.). Solidarität ist für ihn eine basale Kategorie der Auseinandersetzung moderner Gesellschaften mit Risiko als Zusammenkommen von Zeit, Ordnung und Übel⁴¹ und damit ein Kern des Gedankens von der Gesellschaft als »eine umfassende Versicherung gegen die Risiken, die sie durch ihre eigene Entwicklung verursacht« (ebd.:11). Im Falle des Gesundheitssystems: Das Rest-Risiko, das die Gesundheit trotz eines guten individuellen Lebensstils oder präventiver Behandlungen stets mit sich bringt, wird nach dem Solidarprinzip versicherungsförmig durch Medizin als eine Institution des »Vorsorgestaates« (ebd.) aufgefangen. Dadurch aber, dass die Medizin als Sicherheit oder gar als Versicherungsvertreter (Gesellschaftsvertreter) dienen muss, sind ihre Forderungen an den Lebensstil oder die »Compliance«⁴² der Individuen zwar nicht per Gesetz, mindestens aber

41 »[D]rei Dimensionen *Zeit* – Zukunft, Zufall, Glück, Vorsehung, Schicksal –, *Ordnung* – bzw. Unordnung in Natur, Welt und Gesellschaft – sowie in der Existenz des *Übels*, seines Ursprungs, der Verantwortlichkeiten, die es impliziert, und der Kämpfe, die es nötig macht.« (Ewald 1993:10)

42 Hiermit ist eine »therapietreue«, kooperative Befolgung der ärztlich-medizinischen Ratschläge und Anweisungen durch den Patienten gemeint.

juridisch⁴³ zu erfüllen und mehr noch: als säkularisierter Segen zu empfangen. Das einzelne Subjekt ist in der Verantwortung, sich zu optimieren, auf Risiken zu reagieren, seine biologische Existenz als Basis eines »guten Lebens« zu betrachten und seine Gesundheit in Richtung eines »allumfassenden ›Wohlbefindens« [zu steuern] [...] – Schönheit, Erfolg, Glück, Sexualität und vieles andere mehr« (Rose 2014:453). Die oben angesprochene Autonomie des Subjekts ist nicht nur angesichts solcher (wenn auch indirekter) institutioneller Erwartungen problematisch; auch die Abhängigkeiten der Institutionen selbst von Verwaltung und Technik scheinen in einem Widerspruch zur Selbstbestimmtheit der meisten Gesellschaftsteile zu stehen. Wir werden später noch grundsätzlicher darauf eingehen, inwieweit das Subjekt als potenziell erkrankendes Individuum im »Zeitalter der Prävention« (Bröckling 2008) und jenseits des »Vorsorgestaates« überhaupt noch bemerkenswert oder vielmehr zu einer »Chiffre eines ›dividuellen‹ Kontroll-Materials« (Deleuze 2017:262) geworden ist; und inwieweit es in seiner Optimierung überhaupt noch abhängig ist von den »alten« Institutionen.

Ich komme noch einmal auf unsere gesellschaftliche Tendenz zurück, *alles* als Prävention zu betrachten. Sie ist in der modernen wissenschaftsbasierten Medizin auch jenseits der Psychiatrie zu finden, weil jede Behandlung theoretisch als Prävention interpretiert werden kann und oft auch wird. Ludwik Flecks Beschreibung des ärztlichen Handelns aus dem Jahr 1960 ist diesbezüglich interessant, weil sie einerseits auf das Verhältnis von Wissen *und* Nicht-Wissen abzielt und damit andererseits darauf verweist, wie ähnlich sich Heilungsansätze und Präventionsansätze in ihrer vagen, von Wahrscheinlichkeiten getriebenen Annäherung an Krankheitsphänomene sind:

»Diese [...] idealen, fiktiven Bilder, Krankheitseinheiten genannt, um die sich so individuelle und veränderliche Krankheitsphänomene gruppieren, ihnen aber nie völlig entsprechen, schafft das ärztliche Denken auf der einen Seite durch spezifisches, weitgehendes Abstrahieren, d.h. durch das Verwerfen einiger beobachteter Daten, auf der anderen Seite durch das ebenfalls spezifische Aufbauen von Hypothesen, d.h. durch das Vermuten nicht beobachteter Zusammenhänge. [...] Die Rolle der Statistik in der Medizin ist enorm.« (Fleck 1983a:38)

Flecks Beschreibung liefert einen möglichen Grund, warum die oben angesprochene Alles-ist-Prävention-Mentalität der modernen Medizin kaum inhaltliche Argumentation, sondern vor allem eine bestimmte Basis der (Natur-)Wissenschaftsbezogenheit benötigt. Von den vielen auf Statistik beruhenden Krankheitszuordnungen als Ausgangspunkt für biomedizinische Behandlungen hin zu präventiven

43 Natürlich ist der Grat zwischen juridisch und juristisch in diesem Fall besonders schmal, da es üblich ist, dass ein Versicherter für die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten finanzielle Vorteile, »Prämien« oder »Boni«, erlangt.

Maßnahmen auf Grundlage von Datenerhebung und Datenverarbeitung scheint kein qualitativer Schritt vorzuliegen. Allerdings geht Fleck bezüglich einer medizinischen Nosologie davon aus, dass es darum geht, anhand »der statistischen Zusammenstellung und des Vergleichs vieler ähnlicher Phänomene [...] unter den vielen Individuen einen Typus zu finden« (ebd.). Dieses Dilemma zwischen statistisch entwickeltem Krankheitstypus und einem individuellen Krankheitsphänomen ist im Fall der Verwaltung von »Dividuen«, die anstelle der *Individuen* getreten sind, aber vielleicht gar nicht mehr vorhanden. Wir werden hierauf in der Synthese zurückkommen.

Robert Castel beschäftigte sich in seinem Essay »Von der Gefährlichkeit zum Risiko« (1983) insbesondere mit den Entwicklungen der mentalmedizinischen Prävention im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts. Er sah die wahrscheinlichkeitsbasierte beziehungslose Überwachung der Bevölkerung als Hauptaspekt der neuen psychiatrischen Vorsorge an und machte zwei ihm besonders wichtig erscheinende Folgen aus, die mit dem gerade angedeuteten Ersetzen des Subjekts durch Risikofaktoren⁴⁴ einhergehen: Erstens sagte Castel eine Trennung von Diagnose und Versorgung sowie eine Transformation der Behandlungstätigkeit in Gutachtertätigkeit voraus. Dies ist heute in weiten Teilen eingetreten: Die kontinuierliche medizinisch-psychologische (psychiatrische) Betreuung kranker Personen wurde abgelöst durch Begutachtungen, die »ein Individuum [...] *kennzeichnen*, es mit einem *Profil* versehen, das ihm eine bestimmte *Laufbahn* vorschreibt« (Castel 1983:63). Der eigentliche Prozess der Versorgung, die alltägliche Auseinandersetzung und Betreuung passiert dann durch Hilfskräfte, die im Auftrag einer »*automatisierten Steuerung* der Populationen« (ebd.:64) den Diagnosen der Spezialisten entsprechend handeln. Zweitens beschreibt Castel die mit dem ersten Punkt zusammenhängende »[t]otale *Unterordnung der Fachleute unter die Verwaltungsvertreter*« (ebd.:64): Das seit dem 18. Jahrhundert existierende Wechselspiel zwischen psychologisch-medizinischen Praktikern und administrativ Tätigen, das von Konflik-

44 Castel's wichtiger Essay wurde oben bereits zitiert, als es um Bröcklings (2008) Punkt ging, dass Prävention Totalisierung und Individualisierung vereint. Castels Ansatz zufolge ist die Totalisierung der weitaus bahnbrechendere Aspekt, zumal sie gar kein Subjekt mehr übrig lasse. Zu bemerken ist hier natürlich, dass Castels Aufsatz aus dem Jahr 1983 stammt, Bröckling seine »Präventionsgrammatik« in einer Zeit verfasste, in der das »unternehmerische Selbst« als selbstverantwortlicher Agent bereits vielmehr im Zentrum des Interesses und der Kritik stand und die Frage von Wahrscheinlichkeit und Risiko bereits vielfach diskutiert und gesellschaftlich so tiefgreifend absorbiert war, dass eine (wissenschaftliche) Auseinandersetzung nur noch in Kombination mit dem scheinbar wiedererstarkten neoliberalen Subjekt möglich schien. Dieses scheinbare Wiedererstarken kann allerdings auch als das Auftreten eines neuen Subjekts verstanden werden, welches nicht ein Individuum, dessen Verschwinden Castel beschreibt, sondern ein *Dividuum*, ein teilbares, in Faktoren zerlegbares Objekt, ein Subjekt der Population, darstellt. Ich werde hierauf später zurückkommen.

ten wie auch Kollaboration gleichermaßen geprägt war, sei im Auflösen begriffen (vgl. ebd.:67f.). Tatsächlich ist auch diese Beobachtung Castels für die »Mentalmedizin« unserer Gegenwart charakteristisch. Die mehr oder weniger auf Augenhöhe stattfindende Zusammenarbeit der beiden idealtypisch skizzierten Gruppen hat sich zugunsten einer Vormachtstellung der Verwaltung verändert. Die Präventionstechnologien liegen vornehmlich in der Hand der Administratoren, die als Unternehmen, Bürokraten, Agenturen wie Nichtregierungsorganisationen, staatliche Institutionen, Manager oder vielleicht noch Epidemiologen in Erscheinung treten. Der praktizierende Psychologe oder Mediziner, Allgemeinarzt, Psychiater oder Neurologe, und selbst die Hirnwissenschaft in Form von z.B. Molekularbiologen oder Neurochemikern, scheinen alle einem Informationssystem unterstellt zu sein, welches sie vornehmlich als Gutachter einsetzt. Die durch die fachliche Diagnose (bzw. Diagnostik) produzierten »Informationen werden dann auf Wegen, die vollständig von der beruflichen Praxis losgelöst sind, gespeichert, verarbeitet und weitergegeben, insbesondere mit Hilfe der Informatik« (Castel 1983:67).

Castel führte als dritten Punkt noch die ausblickende Frage an, ob sich die spätindustrielle Gesellschaft in Richtung einer postdisziplinarischen Ordnung bewege. Dies kann heute allein aufgrund der »Krise der Disziplinarinstitutionen« wohl mit Ja beantwortet werden (vgl. Deleuze 2017). Viele von Castels Anhaltspunkten für den Trend zur »perfekten Prävention« (Castel 1983:70) haben sich inzwischen zu subtilen Gewissheiten oder gar weiterreichenden Aussichten gewandelt, von denen ich im Syntheseteil dieser Arbeit einige wieder aufgreifen will: Das ehemalige individuelle Subjekt als »erkennendes Ich« mag inzwischen zu einem gewissermaßen »dividuellen« Populationssubjekt als schutz- und verbesserungsbedürftiges, »zu registrierendes Material« transformiert worden sein. An die Stelle sozialer Kontrolle durch medizinische Disziplinarität (»nachträgliche Durchsetzung einer Ordnung«) mag eine medizinisch legitimierte rechnerische Kontrolle als kybernetischer Selbstzweck (»Projektion einer Ordnung«) getreten sein. Ausschließung, Repression oder Fürsorge existieren weiter als Infrastruktur, im Mittelpunkt stehe jedoch eine medizinisch-soziale Rollenzuweisung auf Basis mathematisch-wissenschaftlicher Evaluationen (vgl. ebd.:68ff.). Castel streifte auch das heute gängige Bild einer auseinandergelenden Schere des Sozialen auf Basis von Markt, Wettbewerb und Rentabilität; eine »duale« Gesellschaft von Integrierten und Abgehängten, Leistungs- bzw. Anpassungsfähigen und Schwachen, Deklassierten oder Aussteigern. Und Castel geht noch weiter: Nur die irgendwie »Programmierbaren« würden dort noch in der Skala der gesamtgesellschaftlichen Risikoprävention erfasst. Gleichzeitig könne »man jede beliebige Besonderheit objektivieren und auf dieser Basis differenzierte Populationsprofile konstruieren.« (Ebd.:69)

Im Folgenden werde ich ganz kurz auf die »Besonderheit Lebensalter« bzw. die »Risikogruppe der Senioren« eingehen, bevor im nächsten Kapitel einige Grundfacetten des Phänomens »Alzheimer« beleuchtet werden.

1.2.3 Alter als Risikofaktor

Alter wurde seit dem 19. Jahrhundert mit einer eigenen Pathologie veränderter Organleistungen verbunden und somit zu einem eigenen Bereich moderner Medizin. Diesen Aspekt werde ich im Zusammenhang mit der »Entdeckung von Alzheimer« weiter unten noch einmal aufgreifen.

Alter und Altern ist schließlich im 20. Jahrhundert in den Fokus aller möglichen Wissenschaften gerückt (vgl. Schweda 2018) und wurde bzw. wird bereits in vielerlei Hinsicht beleuchtet, theoretisch wie empirisch und nicht zuletzt im Kontext von Demenz (vgl. Gronemeyer 2013 und 2014; Schroeter et al. 2018): vom Alter als Wissens-Konstrukt (vgl. Saake 2006) über den omnipräsenten »Megatrend« des demographischen Wandels (Sackmann 2018), soziale Ungleichheiten und barrierefreie Gesellschaften bis hin zu sozialen Optimierungsanforderungen an ältere Menschen, die im Zeichen eines allgegenwärtigen Kults ewiger Jugend vermittelt werden. Diese Arbeiten werde ich größtenteils außen vor lassen, wenn ich in den späteren Kapiteln der Datenerhebung und der Synthese auf den besagten Gegenstand zu sprechen komme.

Vor allem wird Alter an verschiedenen Stellen herangezogen werden als das, worauf es im Alzheimer-Diskurs der Lebenswissenschaften häufig begrenzt wird: ein mit dem Leben *und* dem Tod assoziierter Risikofaktor. Natürlich ist diese Reduzierung bereits ein soziologisch hochinteressantes Phänomen. Um hier vorerst nur zwei Aspekte zu nennen: Sie impliziert eine erst im 19. Jahrhundert aufgekommene Nosologie, die die Trennung der alten Menschen von anderen Altersgruppen medizinisch begründet (vgl. Fox 1989:61). Zweitens wird hohes Alter von der Forschung einhellig als Haupt-Risikofaktor⁴⁵ für Alzheimer bezeichnet (vgl. Armstrong 2019) und steht damit im Zentrum der Debatte, gleichzeitig aber völlig am Rand, weil es eben *nur einer* und noch dazu ein (noch⁴⁶) *nicht beeinflussbarer* unter vielen Faktoren ist. Mit dieser Aussicht der angstbeflissenen Unveränderlichkeit

45 Auf eine spezielle, mit dem hiesigen Kontext zusammenhängende »Vulnerabilität« der »Risikogruppe Senioren« werde ich unten noch kommen: die Anfälligkeit für Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten.

46 Hiermit verweise ich noch einmal auf beobachtbare, stärker werdende transhumanistische Tendenzen in der spätmodernen Gesellschaft, die nicht zuletzt die ultimative Verlängerung des Lebens oder gar die Leugnung und »Abschaffung« des Todes implizieren oder propagieren. Ein prominentes Beispiel für den tatsächlichen Versuch der Überwindung des Todes bzw. der körperlichen Sterblichkeit des Menschen ist das mit Milliardensummen jonglierende Unternehmen Calico, welches 2013 von Google gegründet wurde: »Calico is a research and development company whose mission is to harness advanced technologies to increase our understanding of the biology that controls lifespan. We will use that knowledge to devise interventions that enable people to lead longer and healthier lives. Executing on this mission will require an unprecedented level of interdisciplinary effort and a long-term focus for which funding is already in place.« (Calico 2019)

und biologischen Separierung gehen Marginalisierungen und Stigmatisierungen einher, die sich auf verschiedenste soziale Bereiche wie Mitspracherecht (vgl. z.B. Baldwin 2006), Selbstwertgefühl, Familien- und Gemeinschaftskonstellationen et cetera auswirken. Wie auch die Corona-Krise deutlich macht: Nicht nur im wissenschaftlichen und speziell im medizinischen Bereich fristen alte Menschen ein Dasein als Risikogruppe; auch gesamtgesellschaftlich und ontologisch gilt Alter heute nicht mehr als erstrebenswert im Sinne einer »Weisheit der Alten« (Gronemeyer 2018), sondern ist vielfach von einer drohenden Atmosphäre der krisenhaften Morbidität und Vulnerabilität umgeben, zu der nicht zuletzt der Diskurs um den *Morbus Alzheimer* beiträgt.⁴⁷

1.3 Kontexte der Alzheimer-Krankheit

»Die Alzheimer-Krankheit ist eine neuropathologische Entität mit einem langjährigen präklinischen Verlauf und einer dann schleichend beginnenden Demenz.« (Eschweiler et al. 2010 im *Deutschen Ärzteblatt*)

1.3.1 Die Macht der Alzheimer-Erzählung(en)

»Narrative Strukturen sind nicht einfach nur Techniken der Verknüpfung sprachlicher Elemente, sondern als »mise en intrigue« (Paul Ricœur), als konfigurativer Akt der Verknüpfung disparater Zeichen und Aussagen in Gestalt von Erzählungen ein Grundmodus der menschlichen Ordnung von Welterfahrung. [...] Als Aussagen haben sie performativen Charakter: sie konstituieren (bestreitbare) Weltzustände als Erzählungen, in denen es handelnde Akteure, Ereignisse, Herausfor-

47 Nicht, dass es an historischen Beispielen für gesellschaftliche Entwertung, Exklusion und Eliminierung schwacher und alter Menschen mangelt. Doch sind in den von Pluralismus durchzogenen spätmodernen Gesellschaften Spannungen zwischen unvollständig komplementären Motiven auszumachen, die solch »einhellige« Lösungen auszuschließen scheinen und den gesellschaftlichen Umgang mit dem Alter (und Demenz) neuartig und komplex machen: Wir erkennen in den postindustriellen Gesellschaften der Gegenwart einen Hang zum besonderen, authentischen, affektvollen Leben *und* einen Hang zur wissenschafts- sowie technikkbasierten Verlängerung des Lebens; zum Humanismus, zum Humanen *und* auch zum Humanoiden; zur perfekten Effizienz, zum reibungslosen Funktionieren in einem System, zur optimierten Anpassung *und* zu individualistischer Freiheit und »Andersartigkeit«; zur Be- *und* Entschleunigung; zur Entkörperlichung *und* zur (technoiden) Über-Körperlichung des Menschen; zur sozialen Unterstützung für pflegende Familien *und* zu deren Ersetzung durch »Lager«. Und dennoch scheint eine Art Code zu existieren, welcher eine Verbindlichkeit zu einem ganz bestimmten Umgang mit den Problematiken dieser Gegensätze erzeugt. Dem Alter und damit verbundener nachlassender »Arbeits- und Lebenskraft« wird in unserer Gesellschaft sehr ambivalent und widersprüchlich begegnet.

derungen, Erfolge und Niederlagen, ›Gute‹ und ›Böse‹ gibt. Die Erschließung der narrativen Strukturen von Diskursen kann sich auf unterschiedliche Ebenen richten und Haupt- von Nebenerzählungen, allgemeine oder generalisierende Narrationen von illustrierenden Beleg- oder Beweisgeschichten unterscheiden.« (Keller 2011a:251f.)

Nicht nur in soziologischen oder literaturwissenschaftlichen, sondern in diversen wissenschaftlichen Disziplinen wird das Konzept des Narrativs als ein ubiquitäres Element in der Entstehung und Stiftung von Sinn gesehen. »[N]arrative is international, transhistorical, transcultural: it is simply there, like life itself.« (Barthes 1977:79). Es geht bei meinen vorliegenden Betrachtungen zwar nicht explizit um die Analyse narrativer Stränge, doch soll das Wirken einer ganz bestimmten »story line« (Keller 2011b:110f.) hier nicht vorenthalten werden. Wir werden sehen, dass das Heranziehen des langen roten Fadens, der von und um (Alois) Alzheimer gesponnen wurde, für eine Auseinandersetzung mit der Thematik fruchtbar sein kann.

1.3.1.1 Die kleineren Nicht-Erzählungen (ohne Held und ohne Anti-Held)

Narrative sind auf einer psycho-sozialen Mikroebene für das Phänomen (Alzheimer-)Demenz interessant und von entscheidender Bedeutung. Z.B. erleben Pflegernde oder Angehörige die diversesten Demenz-Erzählungen auch deshalb als besonders, weil die »Erkrankten« selbst häufig als des »Narrativen enteignet« angesehen werden können. Nicht nur Sprache, Kognition, soziale Kontakte oder Bevormundung spielen hier eine Rolle. Clive Baldwin zufolge ist die Frage nach der Herangehensweise an Narrativität entscheidend:

»[T]he narrative dispossession of people living with dementia can also be seen as a function of how we conceptualise and operationalise narrative and narrativity. The focus, or insistence, on linear consistency, coherency and emplotment^[48], coupled with a one-sided approach to narrative agency may also serve to dispossess people living with dementia from their (potential) narratives.« (Baldwin 2006)

Der Umgang mit Erzählungen von, über und *um* Demenz kann also sehr vielsagend sein, weil er uns auf unser gesellschaftliches Konzept vom Erzählen verweist, welches wiederum viel darüber verrät, wie wir unsere Welt konstituieren: wer darf wann was wie erzählen? Was ist einer Erzählung wert? Wer darf Protagonist sein? Bis zu welcher Grenze gilt etwas noch als Erzählung? Welche inhaltliche oder formelle Abweichung entzieht dem Subjekt die erzählerische Legitimität? Auch Klaus Dörners Beschreibung der gesellschaftlichen Rolle von psychisch Kranken verweist

48 In etwa: erzählstrukturelle Einbettung, Verleihen einer Erzählstruktur, narrative Modellierung

auf diesen Aspekt der narrativen Entmachtung des »unvermittelbaren« Subjekts, welches ganz ohne soziale Rolle eine »Nicht-Identität« darstellt:

»In soziologischer Sicht wurde der psychisch Kranke gleichsam zur Verabsolutierung des Individuums als der Abweichung von der Gesellschaft. Er wird zum Extrem der Subjektivierung und Privatisierung der Welt, der Ichwillkür und sozialen Unverfügbarkeit, zur reinen durch soziale Rolle eben nicht vermittelten und daher leeren Ichidentität. Psychische Krankheit als sozialer Zustand der Nicht-Rolle ist zugleich soziale Nicht-Identität.« (Dörner 1981:43)

Im späteren Verlauf dieser Arbeit soll ersichtlich werden, warum Dörners richtige soziologische Erläuterung der Nicht-Identität eines psychisch Kranken einer Reflexion oder Erweiterung bedarf, wenn es um Menschen mit (Alzheimer-)Demenz geht. Denn eine *Hypothese* könnte lauten: Der im Zitat angesprochene Aspekt der Devianz, Unverfügbarkeit, Privatisierung et cetera ist plausibel. Doch erstens mag die beschriebene Nicht-Identität und Ichwillkür bei Menschen mit Demenz eine neue Qualität erfahren, indem diesen biographisch, sprachlich, inhaltlich und strukturell das grundlegend Narrative entzogen wird (vgl. Baldwin 2006). (Diese Frage bedürfte weiterer Forschung z.B. in Sachen »sozialer Teilhabe«, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.) Und zweitens scheint die Subjektivität von Alzheimer-Patienten *dividualisiert* (vgl. Deleuze 2016; Castel 1983) zu werden, das heißt, das betroffene Individuum wird aufgespalten in einzeln verwaltbare (Umwelt-, Gesellschafts-, Risiko-)Faktoren und in weiten Teilen reduziert auf ein »zerebrales Subjekt« (Lock 2008). Die »Verabsolutierung des Individuums« scheint dabei obsolet. Hierauf werde ich im Schlussteil genauer eingehen. Ich werde dabei auch mit Hinblick auf die »European Working Group of People with Dementia« anreißen, inwiefern mächtige Diskursteilnehmer der Problematik der »Aberkennung des Narrativen« mit einem Überstülpen eines anderen, großen Narrativs begehen. Dieses Narrativ wird im Folgenden erläutert.

1.3.1.2 Die große Erzählung

Es liegt nah, bei der Betrachtung des globalen Alzheimer-Diskurses, neben den vielen kleinen (Nicht-)Erzählungen, auf einer meso- oder makrosozialen Ebene *eine ganz bestimmte*, einschneidende und tief wurzelnde Haupt-Narration auszumachen.

»Alzheimer« ist als Wissenschaftsthema im Bewusstsein der spätmodernen Gesellschaften sehr präsent. Seine Wirkkraft und inzwischen fast mystische Sphäre verdankt es nicht zuletzt einer Art neurowissenschaftlicher Fabel, welche als Ausgangspunkt für benannten Diskurs nicht eindringlicher hätte geschrieben werden

können. Der Artikel⁴⁹, den Alois Alzheimer seinerzeit in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* (1907) veröffentlichte, bereitete in seiner Bildhaftigkeit und Reproduktion des »Anormalen« (vgl. Canguilhem 1977) den idealen Nährboden für den ersten Akt einer Krankheitsgeschichte, deren Fortführung allerdings in gewisser Weise schnell zu stocken begann. Denn auch wenn die Alzheimer'sche Erzählung in ihrer diskursiven Wirkmacht nach wie vor anhält, scheint die Zeit um 1910 bei genauerem Hinsehen der bisher einzige naturwissenschaftlich wirklich fruchtbare Höhepunkt dieses Stücks gewesen zu sein. Zwar haben inzwischen Wissenschaftler, wie der mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnete Heiko Braak, mithilfe modernster Technik tausende Gehirne von Menschen mit Demenz posthum auf Proteinablagerungen untersucht und neue wissenschaftliche Errungenschaften gefeiert (vgl. Braak 1997). Doch auch wenn sich seit dem »Fall, auf den [der besessene Arzt und Wissenschaftler] Alzheimer schon lange gewartet hatte« (Maurer 1999:27), unzählige (neuro-)wissenschaftliche Sprünge und Verzahnungen ergeben haben: Spätestens beim zweiten Versuch, heute über (inner-)disziplinäre Horizonte hinaus zu blicken, »gewinnt die Betrachtung der Geschichte für ein so komplexes Feld wie die Erforschung von Hirn und Bewußtsein eine kritische Funktion, über die aktuelle Problemstellungen präzisiert und bestimmte Arten von Antworten auch in Frage gestellt werden können« (Breibach 2001:12). So sieht auch der Neurowissenschaftler und Alzheimer-Forscher Peter Whitehouse einen entscheidenden, wenn nicht den wichtigsten »Teil der [gesellschaftlichen] Herausforderung [um Alzheimer] darin, zu erkennen, dass Krankheitsentitäten genauso sprachliche Etiketten und soziale Konstruktionen sind wie eine Aufgabe von Wissenschaft und Medizin« (Whitehouse 2000:295⁵⁰). Doch die Alzheimer-Erzählung als eine Geschichte des 20. Jahrhunderts, eine Geschichte von technischem Fortschritt, Angst und Hoffnung auf einen neurowissenschaftlichen Durchbruch im Kampf einer Gesellschaft gegen eine Krankheit, deren (biologischer) Ursprung offiziell ungeklärt ist, lässt eine kritische Reflexion kaum zu. Gleichzeitig verrät sie viel über die an dieser Auseinandersetzung Beteiligten. Über die um 1900 aufkommende Hirnwissenschaft als (tragische) Heldin der Psychiatrie; oder über die Bevölkerung als »Sender und Vermittler« von Interpretationen; oder umgekehrt? (vgl. Keller 2011b:111ff.)

Innerhalb des Mainstreams des öffentlichen Mediendiskurses wimmelt es gegenwärtig von kleineren, aber wirkmächtigen Alltags-Erzählungen, die sich im Rahmen des übergeordneten neurowissenschaftlichen Makro-Narrativs abspielen und dessen umstrittene Konsequenzen als gegeben darstellen oder implizieren.

49 Der Aufsatz übernahm den Wortlaut des Vortrages, den Alois Alzheimer im November 1906 auf der 37. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte in Tübingen hielt (vgl. Maurer 1999:198ff.).

50 Vom Autor aus dem Englischen übersetzt.

Das folgende Zitat von der Internetseite des öffentlich-rechtlichen Radiosenders Deutschlandfunk dient als gutes Beispiel für die Verstrickung von neurowissenschaftlichem und Alltagsnarrativ in einem Absatz:

»Am Anfang ist der Schlüssel nicht da, wo er sein soll, sind Namen einfach weg, dann bleibt der Herd an und man weiß nicht mehr wie man im Nachthemd auf die Straße gekommen ist, am Ende sind die eigenen Kinder Fremde und das Ich verblasst. Die Ursache hinter dem Gedächtnisverlust bei der Alzheimer-Demenz sind Ablagerungen im Gehirn. Zwischen den Nerven sammeln sich Amyloid-Plaques an und im Zellinneren die Tau-Fasern. Die Plaques entstehen zuerst und stören die Kommunikation der Nerven, später töten die Fasern die Zellen ab.« (Wilder-muth 2015)

Die Selbstverständlichkeit der Verquickung dieser beiden Narrative zeigt exemplarisch, dass die meist so isoliert im Labor arbeitenden Hirnwissenschaftler unmittelbaren Einfluss auf das allgemeine und alltagsbezogene Bild von »Alzheimer« und damit auf Demenz haben. Die Alzheimer-Krankheit und Demenz sind im Diskurs tief miteinander verwoben. (Technologische) Ideeengebäude und Alltagswissen gehen Hand in Hand (vgl. Berger et al. 2018; Haraway 2016).⁵¹

Die Verstrickung wissenschaftlicher und alltagsweltlicher Narrative im Fall von Demenz hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die alte Alzheimer-Erzählung durch die von einem spätmodernen demographischen Wandel vorangetriebene Debatte über ältere Menschen (und deren Pflege) auf eine neue Ebene gehoben wurde, nachdem bereits in der 1980er Jahren eine »konzertierte« politische und wissenschaftliche Institutionalisierung⁵² der Alzheimer-Krankheit als gesamtgesellschaftlich relevante Demenzerkrankung stattfand (vgl. Fox 1989). Die Grundprobleme der gesellschaftlichen Rat- und Fassungslosigkeit, der Überforderung, Überwältigung, Angst und Planlosigkeit im Angesicht einer wachsenden Zahl von Menschen mit demenziellen Syndromen lassen Alois Alzheimers Darstellung einer

51 Dies wird etwa an der in den 1990er Jahren etablierten translationalen Medizin deutlich, welche die Anfang des 20. Jahrhunderts aufkommende Anwendungsbezogenheit der (medizinischen) Wissenschaften erweiterte. Translationale Medizin-Forschung wird »from bench to bedside« betrieben: Auf dem Labortisch gewonnene Erkenntnisse sollen möglichst schnell und direkt Anwendung in der Klinik finden. Natürlich kann diese Entwicklung auch als Symptom einer von biopolitisch-lebenswissenschaftlichen Strömungen und Sprachen bestimmten Welt gesehen werden. Hierauf komme ich später zurück.

52 Whitehouse (vgl. 2009:111) ist der Ansicht, dass sich das Phänomen »Alzheimer« neben dem Zusammenkommen von demographischen Entwicklungen und technischen Möglichkeiten wie bildgebenden Verfahren (PET etc.) auch deshalb so verselbstständigenden konnte, weil es ein idealer »Lückenfüller« war, um einer schwammigen hirnbioologischen Altersforschung durch ein zwar unklares, aber mit einem scheinbar einleuchtenden Konzept versehenes Krankheitsgerüst Legitimität und Forschungsgelder zu besorgen.

schwachsinnigen und unberechenbaren Kranken, der 51-jährigen Auguste Deter aus Frankfurt a.M., neu aufleben:

»In der Anstalt trug ihr ganzes Gebaren den Stempel völliger Ratlosigkeit. Sie ist zeitlich und örtlich gänzlich desorientiert. Gelegentlich macht sie Äußerungen, daß sie alles nicht verstehe, sich nicht auskenne. [...] Zeitweise ist sie völlig delirant, schleppt ihre Bettstücke umher, ruft ihren Mann und ihre Tochter und scheint Gehörshalluzinationen zu haben. Oft schreit sie viele Stunden lang mit gräßlicher Stimme.« (Alzheimer 1907:147)

Es ist klar: Das hier berichtete Verhalten geht einher mit typischen Wertgegensätzen einer aufklärerischen Erzählung (vgl. Keller 2011b:111ff.), die sich teilweise im medialen Gebaren der gegenwärtigen Gesellschaft widerzuspiegeln scheinen: Das Individuum ist geprägt von Ratlosigkeit, zeitlicher und örtlicher Desorientierung, Angst, deliranter kognitiver Beeinträchtigung, Unordnung und Unordentlichkeit, psychotischen Bewusstseinsstörungen und monstrosen Devianz.⁵³ Gleichzeitig verpflichtet uns das Paradigma eines »aufgeklärten, fortschrittlichen Humanismus«: Wir dürfen sie nicht einfach einsperren, sterben lassen oder gar töten. Wir sind verpflichtet, ihnen zu helfen (vgl. Foucault 1977). Doch wie? Durch Pflege und Sorge? Am besten, so der Diskurs, man setzt vorher an: bei Heilung und Prävention; im Gehirn; dort, wo die Krankheit vermutlich ihren Ursprung hat (vgl.

53 Es soll hier erwähnt werden, dass meiner persönlichen Vorstellung und Erfahrung nach Auguste Deters Verhalten zuweilen nachvollziehbar scheint: »Beim Versuch, sie festzubinden, fängt sie an zu weinen, klagt und äußert ihren Unwillen und gebraucht dabei sinnlose Worte oder Wendungen.« (Maurer 1999:32) Auch andere nur wenig reflektierte Beschreibungen in Maurers Buch über die Krankenakte Deter sind bemerkenswert. Wenn z.B. nicht weiter auf die banal anmutende, aber klinisch bedeutsame Tatsache eingegangen wird, dass sich Deter oft in einem dehydrierten Zustand (Flüssigkeitsmangel) befand, was heute als häufiger Verwirrtheitsgrund bei älteren Menschen gilt, wenn auch zu wenig beachtet wird (vgl. Lorenzl et al. 2012 oder Waldfahrer 2013). Und auch der Patienten-Angst im Kontext einer geschlossenen Psychiatrie wird mit einem gewissen Unverständnis begegnet: »Als sie aus dem Isolierzimmer in ihr Bett gebracht werden soll, erregt sie sich, schreit laut, widerstrebt allem, zeigt große Angst und ruft immer wieder: ›Ich werde doch nicht geschnitten . . . ich laß mich nicht schneiden!« (Maurer 1999:18) Ich werde später noch auf das Konkurrieren von neurologischer Analyse und Psychoanalyse zu Beginn des 20. Jahrhunderts kommen, welches auch Maurer und Maurer in einem Kapitel beschreiben. Doch soll hier ein anderer, damit zusammenhängender Aspekt kurz benannt werden: Natürlich geht es bei Alois Alzheimer um einen »Irrenarzt mit dem Mikroskop« (ebd.:7) und bei seiner Geschichte um den Kontext von Hirnwissenschaft. Dennoch ist die Perspektive dieser populärwissenschaftlichen, von den Pharmaunternehmen Eisai und Pfizer empfohlenen Alzheimer-Biographie von Maurer und Maurer Sinnbild für und institutionelle Fortführung von Alois Alzheimers Erzählung und das damit verbundene klinische Ausblenden von psychologischen, psycho-somatischen, psychosozialen und iatrogenen Fragestellungen und Problematiken.

ebd. 1973); schließlich wurde sie dort gefunden – mithilfe des Mikroskops und einer durch den Nobelpreis geadelten technischen Innovation⁵⁴:

»Im weiteren Verlauf zeigen sich dann viele nebeneinander verlaufende Fibrillen in der gleichen Weise verändert. Dann legen sie sich zu dichten Bündeln zusammen und treten allmählich an die Oberfläche der Zelle. Schließlich zerfällt der Kern und die Zelle, und nur ein aufgeknäueltes Bündel von Fibrillen zeigt den Ort, an dem früher eine Ganglienzelle gelegen hat.« (Alzheimer 1907:148)

Den meisten Autoren zufolge lag Alzheimers großer Fund darin, bei der posthumen Obduktion der Gehirne einiger »schwachsinniger« Patienten die *ungewöhnlich häufig* auftretenden Neurofibrillenbündel (hyperphosphorylierte Tau-Proteine) als krankhaft auszumachen. Er beobachtete bei *manchen* dieser Patienten außerdem die sogenannten Amyloid-Plaques (A β) sowie eine bestimmte Hirnatrophie⁵⁵, die jedoch schon vor ihm als ursächliche Merkmale von Demenz und anderen Krankheiten entdeckt und benannt worden waren (vgl. Lock 2008). Berrios (1990:363) zufolge seien sowohl das klinische Bild (auch in »präsenilem« Alter) als auch alle pathologischen Merkmale der Alzheimer-Krankheit Jahre zuvor bekannt, doch die Kombination dieser Merkmale mit Bezug auf das Alter der Patientin das »Neue« an Alzheimers »Entdeckung«⁵⁶ gewesen. In jedem Fall sind die beiden ungewöhnlichen Proteinablagerungen, Neurofibrillenbündel und Amyloid-Plaques, bis heute tragende Säulen der Alzheimer-Forschung, wie allein die Liste der Veröffentlichungen innerhalb des folgenden Zitats zeigt:

»Aggregates of abnormal proteins are the hallmarks of the AD-associated pathological process. Intraneuronal inclusions consisting of aggregated protein tau develop only in vulnerable types of CNS nerve cells [...] (Goedert and Spillantini 2006; Goedert et al. 2006; Mandelkow et al. 2007; Alonso et al. 2008; Iqbal and Grundke-Iqbal 2008; Iqbal et al. 2009; Kolarova et al. 2012; Mandelkow and Mandelkow 2012; Spillantini and Goedert 2013) whereas plaque-like deposits containing amyloid- β protein (A β) appear in the extracellular space of the CNS [...] (Beyreuther and Masters 1991; Selkoe 1994, 2000; Mattson 2004: [sic!] Masters and Beyreuther 2006; Haass and Selkoe 2007; Alafuzoff et al. 2009; Haass et al. 2012; Masters and Selkoe 2012; Selkoe et al. 2012). Both types of proteinaceous deposits appear at different times within different CNS predilection sites and, from there, spread out systematically into previously uninvolved brain regions. In

54 Es handelt sich hier um eine in den 1890ern erfundene Silberfärbetechnik, mit der bestimmte zerebrale Auffälligkeiten über das Mikroskop sichtbar gemacht werden konnten (vgl. Lock 2008).

55 Verkümmern bzw. Verkleinerung des Gehirns

56 Die Frage nach der »Entdeckung der Alzheimer-Krankheit« wird weiter unten aufgegriffen werden.

the course of the pathological process, both types of lesions increase in severity.«
(Braak et al. 2015:3)

Eine der grundlegendsten und wichtigsten Erkenntnisse, die die Alzheimer-Forschung seit dem Verfassen der oben angeführten Beschreibung aus dem Jahr 1907 erlangt hat, über hundert Jahre später, ist die folgende: Weltweit sind Anzahl und Anteil der erwachsenen Menschen, die ein Verhalten wie Auguste Deter⁵⁷ an den Tag legen, bis heute vehement gestiegen, wachsen noch gegenwärtig und werden voraussichtlich auch weiterhin zunehmen. Eine Heilbarkeit dieser Krankheit scheint dagegen nicht in Sicht: »Also ich glaube nicht, dass es bald gelingen wird, eine Therapie zu entwickeln, aber natürlich arbeiten wir dran. Wir haben das jetzt nicht irgendwie aufgegeben, da gibt es auch keinen Grund für. Aber dieser Fortschritt ist sehr, sehr langsam, sehr, sehr gering.« (INT5:9)

Doch völlig unabhängig von den Heilungs- oder Präventionsaussichten für die Alzheimer-Krankheit hat die im November 1901 ihren Anfang nehmende Geschichte von Auguste Deter die gesellschaftliche Weise des Umgangs mit Demenz (nicht nur mit Alzheimer) maßgeblich geprägt. Und dies, obwohl senile Demenz einerseits an der Grenze zu einer »normalen Alterserscheinung« anzusiedeln und andererseits auch ohne das hirnwissenschaftliche Etikett »Alzheimer« eine Art Idealform gesellschaftlicher Abweichung und des Anormalen ist. Letzteres stellt nicht erst seit dem langen 19. Jahrhundert einen konstituierenden Kontrapunkt

57 Alois Alzheimer berichtete hier zwar von einer 51-jährigen Frau, doch ist eine Unterscheidung zwischen präseniler und seniler Demenz bis heute nicht eindeutig nachzuvollziehen und vage. Obwohl die damals durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen ca. 50 Jahre betrug, ordnete Alzheimer Auguste Deters Krankheit definitionsgemäß nicht als senilen, sondern präsenilen Schwachsinn ein. Er hatte vor Deter diverse senile Demenzfälle beobachtet, aber nur einen einzigen vergleichbaren Fall von präseniler Demenz, der ihm für eine neue taxonomische Benennung aber nicht ausreichte. Deter war dann schließlich der Fall, auf den Alzheimer gewartet hatte, um seine These zu untermauern (vgl. Maurer 1999:26f.). Obwohl Alzheimer von präseniler Demenz sprach, bezieht sich die gegenwärtige Hauptproblematik der Alzheimer-Forschung vor allem auf die Gruppe der ab 70-Jährigen. Die »präsenile«, vermutlich genetisch determinierte »familiäre« Alzheimer-Demenz macht gegenwärtig einen minimalen Bruchteil (weltweit geschätzt: 170 Familien) aus und dient vor allem als wissenschaftlich hypothetischer oder heuristischer Orientierungspunkt (vgl. z.B. Lock 2008 oder INT5). Ob man Deter heute noch als präsenilen Fall einordnen würde, ist ungewiss, weil die gegenwärtigen Lebensumstände der meisten Menschen und damit die demographischen Gegebenheiten völlig anders als im Jahr 1902 sind. Deter wäre heutzutage womöglich später oder gar nicht erkrankt. Diese Verzerrung der Einordnung: senil oder präsenil (sporadisch/familiär) ist angesichts der Historizität der Fragen, was wann wie gegeben sein muss, dass ein Patient als senil eingestuft werden kann, schwierig zu entwirren; zumal wie Alois Alzheimer selbst auch Emil Kraepelin, der die Alzheimer-Krankheit 1910 in sein bedeutendes psychiatrisches Lehrbuch aufnahm, nicht ganz überzeugt war, dass die Alzheimer-Krankheit eine von der senilen Demenz distinkte Krankheits-Entität darstellte (vgl. Fox 1989:62).

unserer gesellschaftlich-aufklärerischen, leistungsorientierten Neigungen dar (vgl. Canguilhem 1977; Foucault 2002b). Es leuchtet also ein, das Phänomen oder klinische Syndrom »Demenz« heranzuziehen, um unsere Gesellschaft allgemein auf ihren gegenwärtigen Umgang mit Alter, Schwäche, dem Anormalen, dem Verrückten und der Gefährlichkeit zu untersuchen. Das heißt aber nicht, dass die Geschichte von Alois Alzheimers neurowissenschaftlicher Entdeckung und ihrer Folgen nicht noch einige, wenn auch banale, vielleicht auch basale Hinweise bereithält, die solche Untersuchungen ergänzen, verfeinern oder hinterfragen könnten.

Demenz kann zweifellos als eine der vorherrschenden Zivilisations- und Volkskrankheiten der gegenwärtigen (industrialisierten) Welt gesehen werden. Unzählige Quellen verweisen auf das mittlerweile zu einem Leitmotiv gewordene Jahr 2050, in welchem die weltweite Demenz-Prävalenz auf weit über 100 Millionen Menschen gestiegen sein werde, wenn man keine Heilmethode fände (ADI 2015; Prince et al. 2013; Ferri et al. 2005); jeder 85ste Mensch auf der Erde wäre dann an Alzheimer erkrankt, 43 % davon bedürften einer Pflege, die der in einem Altenheim entspricht (vgl. Brookmeyer et al. 2007).⁵⁸ Nicht ohne Grund kommt dem klinischen Syndrom Demenz Aufmerksamkeit inzwischen aus diversen sozialen – zivilgesellschaftlichen, wissenschaftlichen, politischen oder ökonomischen – Bereichen zu. Geht es allerdings um Lösungen zu dieser Problematik, kann der neurowissenschaftliche⁵⁹ Diskurs als dominant gesehen werden. Wie auch aus dieser Arbeit herauszulesen sein wird, folgt die Exekutive der Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und Angehörigen dieser »mentalmedizinischen« Deutungsmacht, welche zwar nicht immer direkten Kontakt mit den Ausführenden zu haben scheint und deshalb meist nicht als unmittelbar tonangebend betrachtet wird, die aber die grundlegende Legitimation für Definition von und Umgang mit der Krankheit und den Kranken liefert bzw. immer wieder reproduziert. Auch hier kann Alzheimers große Erzählung, die ein von allseitigem Kontrollverlust geprägtes Verhalten in sicht- und messbar gemachten Parametern widerspiegelte, als wegweisend gesehen werden:

»Die Meinungsverschiedenheiten unter Historikern und anderen, die sich zur ›Entdeckung‹ der Alzheimer-Krankheit geäußert haben, dauern an, aber viele

58 Langa 2015, Langa et al. 2017 und andere Studien weisen dagegen auf einen (meist mit dem Lebensstil begründeten) Rückgang der Prävalenz hin.

59 Hier soll zumindest erwähnt sein, dass auch einige *innermedizinische* Ansätze wie der umweltmedizinische, der sich mit dem Zusammenhang von Demenz und der Belastung durch Umweltgifte wie Quecksilber oder Aluminium auseinandersetzt (vgl. z.B. Mutter et al. 2010), marginalisiert bleiben, weil sie einerseits von den herrschenden (wissenschaftspolitischen) Strukturen an den Rand gedrängt werden und andererseits tief in den Argumentationslinien der Neurowissenschaften verstrickt sind und dort lediglich *eine* ganz bestimmte strukturelle Seite betonen, ohne aber dezidiert die *Erklärung der ätiologischen Mechanismen* voranzutreiben.

argumentieren, dass es der definitive Nachweis der Neurofibrillenbündel und ihre Interpretation als pathologisch waren, die alles veränderten und das medizinische Verständnis von Demenz auf einen Weg lenkten, der das Materielle privilegierte und Geist und Gehirn vermengte.« (Lock 2008:56)

Wie ging die Geschichte weiter? Im 20. Jahrhundert lernte Alzheimers Ruhm Höhen und Tiefen kennen (vgl. ebd.). Inzwischen ist die Alzheimer-Krankheit ein mit Milliardensummen umkämpftes technisches und soziales Konstrukt: als Gesellschaftsthema, Wissenschaftsfeld und Marktsektor. Da sich verschiedene unsere Gesellschaft bestimmende Bereiche wie Bürokratie, Technik, Wissenschaft oder Ökonomie gegenseitig legitimieren und reproduzieren, ist es unmöglich, einen einzelnen *maßgeblichen* Bereich auszumachen. Nur vermeintlich benötigt eine Forschung, die sich der abendländischen Medizin verschreibt, keinen weiteren Impetus als einen ethischen: einen wie den der Nächstenliebe, des Strebens nach Hilfe für Schwache und Kranke. Unter Einbezug bio- und molekularpolitischer Tendenzen wirkt diese Annahme naiv, obwohl die ethische Basis medizinischer und neurowissenschaftlicher Kontexte einen zentralen Machtfaktor darstellt (vgl. Rose 2014). Wo beginnt und endet das moderne Streben der Forschung also? Spätmoderne Gesellschaften und ihr apertistisch-differenzieller Liberalismus (vgl. Reckwitz 2018) scheinen keine Zweifel an Forschung um ihrer selbst willen zuzulassen. Dennoch oder gerade deshalb – aufgrund ihrer Einbettung in die Ritzen des systemischen Wechselspiels von z.B. kultureller, wissenschaftlicher Freiheitlichkeit und ökonomischer Freiheitlichkeit – ist Forschung, ähnlich wie Politik, für die beteiligten Subjekte zu einem Karrierezweig geworden, der auf Basis einer historisch-ethischen Legitimierung mehr institutionalisierten Selbstzwecken als dem Gemeinwohl zu dienen scheint. Geebnet werden solche Curricula häufig durch Referenzen, Zufall und (Labor-)Opportunismus (vgl. Knorr-Cetina 2002) und deren Verquickung in die gewaltige Scheinkontingenz von Interessenkonflikten, Geldströmen und Vetternschaft (vgl. Schott et al. 2010; 2013; Martiny 2006). Doch werden nicht nur Karrieren von ökonomischen Angeboten beeinflusst: Auch der Dringlichkeit eines Massenphänomens von sozial abweichendem Verhalten alter Menschen und der Frage nach dem gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit kann mit kommodifizierenden Argumenten noch mehr Nachdruck verliehen werden:

»The global costs of dementia have increased from US\$ 604 billion in 2010 to US\$ 818 billion in 2015, an increase of 35.4 %. Our current estimate of US\$ 818 billion represents 1.09 % of global GDP, an increase from our 2010 estimate of 1.01 %. Excluding informal care costs, total direct costs account for 0.65 % of global GDP.« (ADI 2015, World Alzheimer Report)

Alzheimer ist voll in unserer Gesellschaft angekommen; nicht zuletzt aufgrund einer Helden-Erzählung, die inzwischen zwar verblasst zu sein scheint, deren Kon-

zept und narrative Ausläufer aber gesellschaftlich neu Fuß gefasst haben. Was in einem ärztlich-psychiatrisch-hirnwissenschaftlichen Kontext seinen Anfang nahm, ist nun flächendeckend im gesamtwissenschaftlichen, bürokratischen (vgl. Castel 1983), technologischen und ökonomischen Bereich vertreten.

Über Jahrhunderte und Jahrtausende war Demenz ein Phänomen, das mal mehr, mal weniger als Strafe, göttliches Zeichen, Bürde, Prüfung, charakterliche Schwäche, Karma, Schicksal und überhaupt als Krankheit betrachtet wurde. Erst im 19. Jahrhundert, mit dem Erscheinen einer anatomiebasierten Verortung von Krankheiten, wurde Demenz zu etwas, das im Hirngewebe sitzt (vgl. Berrios 1990; Fox 1989; Foucault 1973). Und erst im Laufe des 20. Jahrhunderts, spätestens in den 1980er Jahren wurde (zumindest die biomedizinisch definierte) Demenz zu einem Phänomen des Alters (vgl. Fox 1989). Es ist symptomatisch für die Entfremdung einer sich medikalisierenden Gesellschaft (vgl. Illich 2007), dass Demenz zu Beginn des 20. Jahrhunderts nach einem letztendlich unentschlossenen Hirnforscher umbenannt wurde (vgl. Lock 2008 oder Fox 1989) und, wie sich zeigen wird, sich dann als Alzheimer-Krankheit gegen Ende des Jahrhunderts so sehr verselbstständigt und von seiner Basis entfernt hat, dass sie gar keinen klinischen Bezug im ursprünglichen Sinne mehr für ihre Daseinsberechtigung benötigt. Im Verlauf dieser Arbeit wird sich Folgendes andeuten: In der Alzheimer-Krankheit, wie wir sie heute kennen, lebt Demenz nicht nur als neuartiges hirnwissenschaftliches Narrativ vom Altersgebrecchen weiter, sondern neigt dazu, als lebensweltliches Phänomen von einem unabhängigen technisch-wissenschaftlichen Konstrukt abgelöst zu werden, welches den Demenz-Diskurs maßgeblich geprägt hat und noch weitgehend mitbestimmt.

Was einen Ausgangspunkt dieses Kapitels, aber auch der gesamten vorliegenden Arbeit bildet, ist die Tatsache, dass das Gesamtphänomen Demenz nicht nur in der öffentlichen Debatte, sondern auch in den Wissenschaften häufig mit der Alzheimer-Krankheit gleichgesetzt wird. Dies ist nicht zuletzt deswegen der Fall, weil ca. 60 % bis 70 % der Demenz-Patienten mit der Alzheimer-Krankheit in Verbindung gebracht werden (vgl. Brookmeyer et al. 2007). Dieses medizinisch-wissenschaftliche Vorherrschen des (sprachlichen und diagnostischen) Alzheimer-Etiketts wirkt jedoch bei näherer Betrachtung verwirrend, wie sich auf den folgenden Seiten zeigen wird.

1.3.2 Bedingungen und Widersprüche

»Blieben bei all dem vielen neu angesammelten Wissen die Fragestellungen für eine Forschung, die sich dem Bezug von Hirn und Bewusstsein nähert, unverändert?« (Breidbach 2001:11)

1.3.2.1 Von der Seele zur Psyche

Grundlage des oben geschilderten Einflusses des »Alzheimer-Narrativs« auf diversen Ebenen ist nicht zuletzt der Wandel, den unsere gesellschaftliche – und mit ihr die medizinische – Perspektive auf den Geist und das Mentale vollzog: Aus der unfassbaren, transzendent verorteten und sich der Messbarkeit per Definition entziehenden »Seele« – als metaphysische Entwicklungsstufe im Kontext menschlicher Leiblichkeit oder als Cartesianisch-Immaterielles (*Res cogitans*) – wurde die »Psyche«⁶⁰: ein Teil des menschlichen Körpers und gleichzeitig dessen komplementäres Gegenstück, welches spätestens als messbar gedacht werden konnte, als man dem Körper des Subjekts die Hülle des wissenschaftlich Objektivierbaren übergezogen hatte und ihn vollends der Gesundheit unterordnen konnte:

»Die Definition der Gesundheit, die die Bezugnahme des organischen Lebens auf jene Lust und jenen Schmerz einschließt, die als solche empfunden werden, führt insgeheim den Begriff des subjektiven Körpers in die Definition eines Zustands ein, den der medizinische Diskurs in der dritten Person beschreiben zu können glaubt.« (Canguilhem 2004:64f.)

In den epistemischen Kontexten um 1900, denen der von Canguilhem beschriebene Wandel voranging, entstand schließlich ein Etikett, ein Konstrukt, eine »Krankheits-Entität«, welche das gesellschaftliche Bild von Demenz bis heute maßgeblich prägt und den Ursprung dieser Devianz oder »sozialen Funktionsstörung« im »modernen Sitz der Seele«, im Gehirn verortet.

1.3.2.2 Vom Erblicken und Benennen

Angeichts der Tatsache, dass die Alzheimer-Krankheit nach einem als »Irrenarzt mit dem Mikroskop« (Maurer 1999:7) bekannten Psychiater benannt wurde, erscheint es nicht verwunderlich, dass diese Form der Demenz (und mit ihr wahrscheinlich alle anderen Formen) noch heute dem Hoheitsfeld der Neurologie und Psychiatrie untersteht. Das Mikroskop kann hier sinnbildlich für eine tiefenstrukturelle Revolution des medizinischen Wissens stehen, die Alzheimers Entdeckung vorausging.

»Die Formen der medizinischen Rationalität senken sich in die wunderbare Tiefe der Wahrnehmung ein und bieten als erstes Gesicht der Wahrheit die Oberfläche der Dinge, ihre Farbe, ihre Flecken, ihre Härte, ihre Adhäsion dar. Der Raum der Erfahrung scheint mit dem Bereich des aufmerksamen Blicks identisch zu werden, mit dem Bereich jener empirischen Wachsamkeit, die nur für die Erscheinung sichtbarer Inhalte offen ist. Das Auge wird zum Hüter und zur Quelle der

60 *Psyche* (griechisch): Seele. Das moderne Ersetzen von »Seele« durch das griechische Wort »Psyche« ist allein ein Verweis auf eine Rationalisierung und damit zusammenhängende Verwissenschaftlichung bzw. Medizinisierung des Umgangs mit dem »Mentalen«.

Wahrheit; es hat die Macht, eine Wahrheit an den Tag kommen zu lassen, die es nur empfängt, sofern es ihr Tageslicht geschenkt hat; indem es sich öffnet, eröffnet es die Wahrheit: diese Wendung markiert den Übergang der ›Aufklärung‹ von der Welt der klassischen Klarheit zum 19. Jahrhundert.« (Foucault 1973:11)

Alois Alzheimer war überzeugt: »Psychische Krankheiten sind Hirnkrankheiten« (Maurer 1999:7). Dass dieser feldimmanenten Selbstverständlichkeit jedoch mindestens genauso starke und immanente Widersprüchlichkeiten gegenüberstehen, darf dabei nicht unbeachtet bleiben. Das Krankheits-Konzept »Alzheimer« ist seit seiner Benennung bis heute durch Uneindeutigkeit und wissenschaftliche Unklarheit geprägt (vgl. Lock 2008; Berrios 1990). Einerseits widerspricht dies der erstrebten vergegenständlichenden Manifestation, welche Alois Alzheimer durch Beobachtung von Materie zu erreichen versuchte und der Großteil der ihm folgenden Hirnwissenschaftler noch zu erreichen versucht. Andererseits förderte es ein von Zeit zu Zeit sich vergrößerndes Einzugsgebiet des Alzheimer-Etiketts – wovon ebenjener Entdecker möglicherweise nicht zu träumen gewagt und wenn doch, wovor er vielleicht gewarnt hätte.

1.3.2.3 Ein Artikel und sein Titel

Die geläufige Alzheimer-Geschichte, auf die das vorige Kapitel bezugnahm, ist also die eines demütigen Helden, der 1906 einen Vortrag »Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde« hielt und diesen ein Jahr später in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlichte. Die Erkrankung manifestierte sich in einer 51-jährigen Patientin mit kognitiver Beeinträchtigung, Halluzinationen, Wahnvorstellungen und psycho-sozialer Inkompetenz, in deren Gehirn posthum Hirnatrophie, (arteriosklerotische Veränderungen⁶¹), (senile) Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel gefunden wurden. Daraufhin, 3 Jahre später, veröffentlichte der damals schon berühmte Psychiater und Kollege Alzheimers Emil Kraepelin den zweiten Band seines Psychiatrie-Lehrbuchs, in dem er in der »Alzheimerschen Krankheit« eine mehr oder weniger altersunabhängige, eigenartige Krankheitsform zwischen präseniler und seniler Demenz vermutete (vgl. Alzheimer 1907; Maurer 1999; Berrios 1990; Lock 2008; Kraepelin 1910:627f.).

Das Adjektiv »eigenartig«, mit welchem Alzheimer die beschriebene Krankheit im Titel seines Vortrags bezeichnete, wurde ins Englische teilweise mit »characteristic« im Sinne von »für ein geläufiges Phänomen charakteristisch« oder »diese Krankheit absteckend« übersetzt. Andere wählten die Übersetzung, die vermutlich auch Alzheimer verwendet hätte: »odd« oder »peculiar« im Sinne von »absonderlich«, »merkwürdig«, »ungewöhnlich« oder »seltsam«. Alois Alzheimer sah seine

61 Dieser Zusammenhang wurde in einem zweiten Bericht über den Fall Auguste Deter revidiert (vgl. Berrios 1990).

Beobachtung als ungewöhnliche Abwandlung einer senilen Demenz an. Eine eigene Krankheits-Entität hatte er wohl nicht im Sinn (vgl. Berrios 1990; Alzheimer 1911).

Inwieweit die überstürzende Taufe der Krankheit durch Emil Kraepelin im Jahr 1910 gegen Alzheimers Insistieren war, bleibt offen (vgl. ebd.; Kraepelin 1910). Historisch nachvollziehbar ist, dass es Kraepelin jenseits wissenschaftlicher Gründe für die Benennung einer neuen Krankheit auch um ideologische, wissenschaftspolitische und persönliche Kontexte gegangen sein könnte: z.B. die Rivalität zwischen verschiedenen hirnwissenschaftlichen Forschungsgruppen, die Rechtfertigung finanzieller Aufwände für Labortechnik oder der Streit der psychiatrischen Schulen (vgl. Berrios 1990:362). Auf Letzteren will ich kurz eingehen, weil er mir für das sich etablierende Paradigma einer »Materialisierung der Seele« und die Reduzierung von Menschen mit Demenz auf »zerebrale Subjekte« wichtig erscheint.

1.3.2.4 Die psychiatrischen Schulen

Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert brannte eine Art Wettstreit oder gar eine ideologische »Feindschaft« (Dörner 1981:69) zwischen den Vertretern der hirnwissenschaftlichen »Materialisierung der Seele« und der aufsteigenden psychoanalytischen Schule um Jung und Freud auf. Die eilige Institutionalisierung von Alzheimers Entdeckung hing hiermit sicher in irgendeiner Weise zusammen (vgl. Kollé 1957; Lock 2008; Maurer 1999). Freud, der zunächst auch auf eine neuropathologische Annäherung an psychische Krankheiten hinarbeitete, wandte sich davon ab, als sich ihm abzeichnete, dass komplexes menschliches Verhalten nicht allein durch anatomische Betrachtungen erklärt werden konnte (vgl. Whitehouse 2000); auch wenn er unter anderem anerkannte, dass Demenz eine organische Basis haben könnte (vgl. Berrios 1990:362). Alzheimer und seine Kollegen um Emil Kraepelin hingegen waren führende Vertreter der Neurowissenschaften und sahen sich gewissermaßen unter Zugzwang, Krankheiten im Gehirn »dingfest« zu machen. So war nicht zuletzt Alzheimers Fund sowohl Katalysator als auch Ergebnis der hirnwissenschaftlichen Anstrengungen, den Machtkampf mit Freud und Kollegen für sich zu entscheiden (vgl. Dörner 1981; Maurer 1999; Lock 2008). Der Erfolg der »Kraepelinianer« (Hoff 1994) mündete schließlich in den 1960er Jahren in einen Denkstil, der die Wissenschaft vom »Geist« (vgl. Hasler 2013:18) ganz einem »neuromolekularen Blick« (Abi-Rached et al. 2010) unterordnete und unter dem Banner der Neurowissenschaften die damals neu aufkommenden Gebiete der molekularen Biologie, der molekularen Chemie und der molekularen Biophysik vereinte. Doch während mit dem »molekularen Blick« die anwendungsbezogene Erforschung des Gehirns auch jenseits medizinischer Zwecke in Aussicht gestellt wurde, können Neuroanatomie und Neuropathologie Peter Whitehouse zufolge bereits seit Ende

des 19. Jahrhunderts als Grundwissenschaften der Psychiatrie⁶² angesehen werden (vgl. Whitehouse 2000:296); was auch Kraepelin in seinem Schaffen beflügelte und der innermedizinischen Stellung der Psychiatrie zugutekam.

»Kraepelin hat am konsequentesten das Krankheitskonzept in der Psychiatrie durchgeführt und hat damit am eindeutigsten dieser Wissenschaft theoretisch, praktisch und politisch-institutionell zur Anerkennung als einer unter anderen medizinischen Fachspezialitäten verholfen. Nach ihm hat kein anderer Psychiater bis heute ein neues und ähnlich umfassendes System und Paradigma der Psychiatrie zustandegebracht.« (Dörner 1981:53)

Auch für Kraepelin war klar: »Psychiatrie ist [...] selbstverständlich Naturwissenschaft.« (Ebd.) Auch wenn die Hirnwissenschaften in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen zähen Kampf im Spannungsfeld von Klinik und Labor auszufechten und *vorerst* immer wieder Rückschläge hinzunehmen hatten:

»Alle Psychiater der Gründerzeit gehen als glänzende Kliniker in die Geschichte ein. Doch die mit dem Versagen der Hirnforschung verknüpfte Enttäuschung, die sich im Stande der praktischen und wissenschaftlichen Psychiatrie am Ausgang des 19. Jahrhunderts spiegelt, verweist die Psychiater wieder auf die schlichte klinische Erfahrung.« (Kolle 1957:8)

Alois Alzheimer und Emil Kraepelin waren begeisterte Kliniker, die von den neurowissenschaftlichen Erklärungsmöglichkeiten ihrer Zeit angezogen wurden. Dies ist in Kraepelins *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (1909-1915) gut nachzuvollziehen (vgl. Kraepelin 1910). Allerdings verweisen Aussagen von Zeitgenossen sowie die Biographie von Maurer und Maurer darauf, dass Alois Alzheimer als Forscher passionierter und auch fähiger gewesen sein soll als in der täglichen psychiatrischen Praxis; dies entsprach wohl auch seinem Selbstbild (vgl. Berrios 1990:356; Maurer 1999). Wie auch immer: Auch wenn Demenz bereits 1822 erstmals als neuropathologische *und* klinische Kategorie gesehen und seit den 1880er Jahren in Verbindung mit den heute bekannten Neuropathologien gebracht wurde (vgl. Berrios 1990; Fox 1989), kann die Alzheimer'sche Krankheit *heute* als eine Art Meilenstein für die öffentliche Akzeptanz der Neurowissenschaften im klinischen Kontext betrachtet werden. *Obwohl ihre vorwiegende Definition (neuropathologisch) und ihre klinische Diagnose (symptomatologisch) nach wie vor isoliert zu sein scheinen.*

62 Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts erstarkte die Psychoanalyse nach Freud und Kollegen; erstrecht, als klar wurde, dass Kraepelins Systematisierung eine Rolle im Denken nationalsozialistischer Rassenhygieniker spielte (vgl. Dörner 1981).

1.3.2.5 Kausalität und Eindeutigkeit

Entsprechend dieser Isolation ist seit jeher umstritten, wie viele der Demenz-Fälle, welche als Alzheimer-Krankheit diagnostiziert werden, auch tatsächlich der diese Krankheit definierenden Hirnpathologie entsprechen. Zum einen sind die Kriterien wie Amyloid-Ablagerungen oder Neurofibrillenbündel *weder hinreichende noch notwendige Bedingungen einer Demenz* (Snowdon 2003; Whitehouse 2009; Lock 2008; Winblad 2016) und *auch mit anderen Krankheiten assoziiert*:

»By the end of 1912 more than 45 articles representing examinations of tissue from at least 500 brains appeared in the medical literature reporting senile plaques and neurofibrillary tangles in all forms of dementing disease (Torack 1978) and similar reports continued well into the twentieth century (Critchley 1933; Boyd 1936; Jervis and Soltz 1936; Marchand 1940; Newton 1948; Sjogren 1952; Green et al. 1952; Thompson 1969; Merritt 1970). Other conditions in which they were found included posttraumatic dementia, cerebral arteriosclerosis, cerebro-cerebellar arteriolar amyloidosis, amyotrophic lateral sclerosis, Down's syndrome, toxic conditions, dementia pugilistica, postencephalitic Parkinsonism, and phenacetin abuse (Bucci 1963; Slaby and Wyatt 1974). Data have also been published from autopsies of patients with the neurofibrillary plaques and tangles who did not exhibit the typical mental deterioration (Gellerstedt 1933).« (Fox 1989:63f.)

Zum anderen können diese weder hinreichenden noch notwendigen Merkmale wirklich sicher erst posthum bei einem Menschen festgestellt werden. Bildgebende Verfahren, die immer häufiger als Besserung versprechende Diagnosemöglichkeit angepriesen werden, bieten erstens keine hundertprozentige Treffsicherheit der Beurteilung und spielen zweitens in der medizinischen Praxis alleine aufgrund ihrer immensen finanziellen Kosten in den nächsten Jahren keine Rolle. »Diagnoses based on ante mortem observation, even with the help of advancing ancillary disciplines, such as neuroimaging and biomarkers, are still too unreliable, thereby necessitating post mortem confirmation [...].« (Braak et al. 2015:1f.) Die Deutungsmacht der Alzheimer-Forschung aber bleibt davon unberührt. Im Gegenteil. Die Vagheit des Konzepts scheint seine Macht noch zu befördern. Dies spiegelt sich auch in seiner Entstehung wieder.

1.3.2.6 Präsenil oder senil? Familiär oder sporadisch?

Der Fall der 51-jährigen Auguste Deter, von dem Alois Alzheimer auf der 37. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte 1906 erstmals berichtete, war zu jener Zeit eine Seltenheit. Aus diesem Grunde wurde dieser Fallbeobachtung ebenso wie der daraus resultierenden »präsenilen Demenz« vorerst kaum öffentliche Aufmerksamkeit geschenkt. Dennoch wurde sie 1910 von Kraepelin in dessen psychiatrisches Lehrbuch aufgenommen und mit »Alzheimer-Krankheit« benannt. Ähnlich

wie damals kommen in einem derart frühen Alter auftretende Demenzfälle auch heute äußerst selten vor. Das demenzielle Verhalten selbst allerdings, welches Auguste Deter an den Tag legte, gehört heute zum Erfahrungsschatz eines jeden Altenpflegers und vieler Familienangehöriger, ja inzwischen der allermeisten Menschen. Dies liegt allerdings vor allem an einem sich beschleunigenden demographischen Wandel in den industrialisierten Ländern der Welt und einer damit einhergehenden Erweiterung der Taxonomie. Es geht hier also um hohes Alter, den »größten Risikofaktor« für eine Demenz und auch für die neuropathologischen Alzheimer-Merkmale (vgl. Armstrong 2019). Nachdem die seit jeher umstrittene Unterscheidung zwischen seniler (Altersdemenz) und präseniler Demenz (die ursprüngliche Alzheimer-Krankheit) molekularbiologisch schließlich relativiert wurde bzw. in die Unterscheidung zwischen den Subtypen familiärer (quasi-präseniler, »early onset«) und sporadischer (quasi-seniler, »late onset«) Alzheimer-Demenz übergang⁶³, kann die Alzheimer-Krankheit einer unüberblickbaren Masse von (alten) Menschen zugeschrieben und ihr Konzept noch offensiver verbreitet werden (vgl. Fox 1989:64ff.). Und dies, obwohl die für die Definition der eigentlichen Krankheit bzw. die für ihre hirnwissenschaftlich definierte Taxonomie notwendigen pathophysiologischen Merkmale oft nicht vorhanden oder zu Lebzeiten gar nicht nachweisbar sind. Und obwohl Alois Alzheimer eigentlich eine »präsenile« Demenz entdeckt hatte. Das pathologische Verschwimmen von »early onset«- und »late onset«-Demenz trägt heute zur Expansion des Alzheimer-Etiketts bei. Dagegen war es zu Beginn der Karriere dieser Krankheit gerade die strikte Trennung von präseniler und seniler Demenz, die sie trotz ätiologischer Unklarheit zu etwas Neuem machte: Der Fakt, dass Alter(n) und eine entsprechende Pathologie veränderter Organleistungen erst im 19. Jahrhundert zu einem eigenen medizinischen Bereich wurden und die Alzheimer-Krankheit deshalb als »verfrühte Altersdemenz« wissenschaftlich nicht haltbar war, machte es dieser neuen Demenzform einfacher, als eigene Entität akzeptiert zu werden (vgl. ebd.:63f.). Alois Alzheimer selbst unterstützte die Unterscheidung zwischen seiner Entdeckung und der senilen Demenz aller Wahrscheinlichkeit nach nie wirklich (Lock 2013:35). Sie wurde von Kraepelin vermutlich auch unter dem Druck getroffen, neue Erkrankungen im Gehirngewebe finden zu müssen und die Alzheimer-Krankheit nicht als verfrühte Alterserscheinung betrachten zu dürfen (Fox 1989:63).

Die *familiären* Alzheimer-Krankheits-Fälle, die meist schwerer verlaufen, früher ausbrechen und molekular-biologisch nachvollziehbar mit den Amyloid-Plaques und den Neurofibrillenbündeln sowie mit Mutationen auf dem ApoE4-Gen und an-

63 Mit dem neurowissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bezüglich der Alzheimer-Demenz und verbesserten Technologien im 20. Jahrhundert wurde das Alter des Erkrankten als Kriterium für die Einordnung der Demenzform immer unwichtiger (vgl. Fox 1989:64).

deren Genen in Verbindung gebracht werden, machen ein bis fünf Prozent⁶⁴ aller Alzheimer-Demenzfälle aus (vgl. Armstrong 2019; Deuschl et al. 2016; Ridge 2013). So soll in dieser Arbeit zwar ein Fokus auf die *häufige*, aber uneindeutige sporadische Form von Alzheimer gelegt werden, doch kann die Trennlinie zur familiären Form nicht immer ganz klar sein, da die Auseinandersetzungen verschwimmen, sich vermischen und beide Subtypen der Krankheit ihren Anteil an der Macht des Diskurses haben: die sporadische Form vor allem dank ihrer Häufigkeit, die familiäre Form vor allem dank ihrer eindeutigeren Ätiologie. Wie man sich aber fragen kann: Ist vielleicht gerade die Uneindeutigkeit der sporadischen Form die Basis für die neuesten Trends der Alzheimer-Forschung?

1.3.2.7 Klinik versus Pathologie

In der ICD-10, welche als offiziell anerkannter Diagnoseschlüssel, als Nomenklatur der WHO und verpflichtendes Ordnungs- und Kategorisierungsinstrument der Krankenkassen großen Einfluss auf das alltägliche Handeln von praktizierenden Medizinerinnen hat, ist der Widerspruch um die Alzheimer-Demenz immanent nachzuvollziehen: Sie wird gekennzeichnet als Krankheit mit »unbekannter Ätiologie«, aber als »symptomatische psychische Störung« unter der Kategorie »organisch« geführt, da sie sich durch die (umstrittenen) »neuropathologischen und neurochemischen Merkmale« auszeichnet:

»Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen [...]

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei

64 Je nach Studie unterschiedliche Angaben

Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen. [...]

Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-+) [...]

Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.« (ICD Code 2019⁶⁵)

Whitehouse (2000a) unterscheidet die Geschichte von *Alzheimer* als eine Chronologie von klinischem und wissenschaftlichem Fortschritt und die Geschichte des *Konzepts von Alzheimer* als ein politisches, sprachliches, machtbezogenes und kulturelles Konstrukt. Ich will hier eine andere, vielleicht banale, aber für mein weiteres Vorgehen wichtig erscheinende Unterscheidung anbringen, die beide von Whitehouse benannten Aspekte gewissermaßen miteinbezieht. Es herrscht eine Diskrepanz zwischen zwei Arten von Alzheimer, die verschiedene Kontexte, Nutzungen und Interpretationen des Begriffs implizieren:

Erstens ist eine Alzheimer-Krankheit auszumachen, die posthum *pathophysiologisch im Gehirn* festgemacht werden kann und die das eigentliche Forschungsobjekt der Alzheimer-Forschung (Neurologie, Molekular-Biologie, Genetik etc.) darstellt. Es könnte hier vornehmlich an die eindeutigere, familiäre Alzheimer-Form gedacht werden, doch ist – wie gesagt – die Unterscheidung zur sporadischen Form nicht eindeutig und es wird von einem Teil der Forschung darauf beharrt, dass von den Charakteristika der von Alzheimer entdeckten präsenilen, heute »familiäre« Form genannten auf die Ätiologie der sporadischen Form geschlossen werden kann. Dass es sich bei Alois Alzheimers Entdeckung um eine Alzheimer-Krankheit mit frühem Ausbruch und somit eigentlich als marginal zu betrachtende Form handelte, spielt für die hier getroffene Unterscheidung entsprechend keine Rolle. Die hier von mir benannte und unterschiedene Alzheimer-Art umfasst also sowohl die sporadische als auch die familiäre Form. In der hiesigen Unterscheidung zeichnet sich diese Art vor allem dadurch aus, dass sie *nur im Laborkontext und nur zerebral manifestiert werden kann*, worauf noch näher einzugehen sein wird.

Davon unterschieden werden kann, *zweitens*, das Alzheimer-Syndrom bzw. die Alzheimer-Demenz, die Demenz vom Alzheimer-Typ oder das Alzheimer-Etikett, welches als *verdachtsmäßige Ausschlussdiagnose* im klinischen Alltag praktisch unabhängig von der Pathologie gestellt wird (vgl. ICD Code 2019). Es bezieht sich auf

65 Siehe: https://www.icd-code.de/suche/icd/code/Foo.-*.html?sp=Sdemenz (letzter Aufruf: 12.10.2020).

den äußerlich beobachtbaren Verlust kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten, die mit einer Beeinträchtigung *sozialer Funktionen* einhergehen. Vor allem das Kurzzeitgedächtnis, das (im Laufe des Lebens erworbene) Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, aber auch die Persönlichkeitsstruktur werden bei einer klinischen Diagnose miteinbezogen.

Wie oben angedeutet: Die Problematisierung der Diskrepanz zwischen dem pathologischen und dem klinischen Alzheimer-Bild ist nicht neu. Sowohl Alois Alzheimer und Kollegen als auch diverse nachkommende Wissenschaftler machten bis heute auf die unzureichende Verbindung von pathologischen Kennzeichen und klinischen Symptomen aufmerksam (vgl. Alzheimer 1911; Rothschild et al. 1936; Fox 1989; Lock 2008; Snowden 2003; Winblad 2016). Schon 1911 schrieb Alzheimer über die senile Demenz sowie die Frage nach deren Trennung von der Alzheimer-Krankheit:

»So müssen wir doch wohl zu dem Schluss kommen, daß die Drusen [Amyloid-Plaques] nicht die Ursache der senilen Demenz, sondern nur eine Begleiterscheinung der senilen Involution des Zentralnervensystems sind.« (Alzheimer 1911:376)

»So scheint wirklich kein stichhaltiger Grund vorhanden, diese Fälle als durch einen besonderen Krankheitsprozeß verursacht zu betrachten. Es sind senile Psychosen, atypische Formen der senilen Demenz.« (Alzheimer 1911:378)

Und auch bezüglich Hirnatrophie und Neurofibrillen ist seit jeher umstritten, ob sie Hauptursachen für Demenzercheinungen darstellen oder eher unregelmäßige, späte Begleiterscheinungen des Alterns und (neurologisch) verwandter Prozesse sind (vgl. z.B. Rothschild et al. 1936). Dass die mangelhafte Ätiologie allerdings kein Grund war und ist, die Alzheimer'sche Entdeckung in der Klinik *nicht* anzuwenden, zeigt folgendes Zitat. Es beschreibt eine Auseinandersetzung, die ziemlich genau in der chronologischen Mitte der bisherigen Alzheimer-Karriere von 1901 bis heute liegt:

»In the 1969 Ciba symposium on Alzheimer's disease Professor McMenemey (1970) asked: »How far are we justified in departing from the criteria originally laid down by the person who first described the malady?« [...]. He went on to suggest that departures in neuropathological characterization might be allowed provided that the case histories were typical, and that symptomatic (clinical) departures might be equally permissible when the neuropathology was typical. McMenemey concluded that both types of change might have taken place since the first description of Alzheimer's disease.« (Berrios 1990:355)

Dieses Zitat bestärkt die Plausibilität meiner Einteilung von Alzheimer in zwei völlig verschiedene und gewissermaßen voneinander unabhängige Phänomene ein und desselben Diskurses. Man kann konstatieren, dass ein Großteil der Alzheimer-

Forschung diese Einteilung nicht vornimmt bzw. ihre Möglichkeit gar nicht in Betracht zieht. Andere Autoren wiederum versuchen, die beschriebene Diskrepanz zu überwinden bzw. zu nutzen, indem sie z. B. den Menschen, deren Gehirne posthum pathologische Merkmale aufwiesen, die aber zu Lebzeiten ohne Symptome geblieben sind, besondere Widerstandsfähigkeit gegen die »klinische Entsprechung« der zerebralen Veränderungen bescheinigen...

»Whether or not a participant exhibits symptoms of dementia or maintains a state of healthy aging depends, in part, on two main factors. First is the degree of pathology present in the brain. Second is the degree of resistance to the clinical expression of the neuropathology, since some participants have substantial neuropathology but few, if any, symptoms.« (Snowdon 2003)

...oder indem die Diskrepanz als rätselhafte, aber anzugehende Herausforderung für die Alzheimer-Forschung (und speziell die Alzheimer-Früherkennung) dargestellt wird:

»However, people with a clinical diagnosis of AD, when followed to post mortem, do not always have AD-type pathology, with around 20 % suggested to be misclassified during life in one report. Also, many older people who fulfil neuropathological criteria for AD do not have dementia when they die, creating a continuing and largely unaddressed conundrum for the specialty of AD and early detection.« (Winblad et al. 2016)

1.3.2.8 Zwischen Entdeckung und Kreation

Eine Erklärung für die Akzeptanz der die Alzheimer-Krankheit durchdringenden Rätselhaftigkeit mag German Berrios (1990) geliefert haben, welcher ein gut nachzuvollziehendes Bild zweier Konzepte zeichnete, zwischen denen sich »Alzheimer« nosologisch bewegt(e): Erstens kann die Geschichte so betrachtet oder erzählt werden, dass Alois Alzheimer ein klinisches Phänomen spezifiziert, neurowissenschaftlich überprüft und katalogisierte; als Forscher, der neuartige Spezies in einem exotischen Garten *entdeckt*. Hier ergeben sich diverse Schwierigkeiten wie: Trifft das Konzept der Krankheit wirklich nur auf die Fälle zu, die genau der ersten Beobachtung und Beschreibung durch Alzheimer entsprechen? Und war Alzheimer wirklich der erste, der dieses Phänomen entdeckte? Hat er das Phänomen unvollständig beschrieben oder zu viele klinische oder pathologische Parameter hinzugefügt? Lag er vielleicht einfach überwiegend falsch? Wie in diesem und im vorigen Kapitel zum Alzheimer-Narrativ gezeigt wurde, spielt die Metapher von Alois Alzheimer als Naturforscher in einem unbekanntem klinischen »Urwald« sehr wohl eine Rolle für die Entstehung und Geschichte des Alzheimer-Konstrukts; allein, dass die Krankheit nach dem Forscher benannt wurde, ist hier symptomatisch. Berrios sieht im späteren Verlauf des 20. Jahrhunderts allerdings eine wissen-

schaftliche Verschiebung hin zu einem zweiten, »kreationistischen« Konzept historischer Alzheimer-Nosologie; dieses Konzept ist für ihn auch dasjenige, welches die Alzheimer-Krankheit *eigentlich* konstituiert: Der Kliniker *formt* eine Krankheit, die niemals als endgültige Entität gesehen werden kann und deren klinische Maßstäbe, Symptome und sogar neuroanatomische und neuropathologische Kennzeichnungen immer wieder dem gegenwärtigen Diskurs entsprechen bzw. angepasst werden (müssen). Die vorsichtige Akzeptanz der Forschung, dass »Alzheimer« auch ein soziales Phänomen, ein aus der Interaktion von Biologie *und* Sprache, Deutungen oder Akteuren entstandenes Konstrukt ist, zeigte sich für Berrios in der erst in den 1980er Jahren verstärkten Beachtung psychiatrischer und behavioraler Symptome der Alzheimer-Krankheit (vgl. Berrios 1990:355f.). Man könnte aus geisteswissenschaftlicher Perspektive annehmen, dass eine Krankheit und ihr Bild sich stets mit Umwelt und Gesellschaft wandeln; jedoch wurde diese Perspektive Berrios zufolge erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aktiv von der psychiatrischen (Alzheimer-)Forschung aufgegriffen und (bis heute) aktiv umgesetzt; und mehr noch: womöglich als Rechtfertigung aller möglicher institutioneller Ansprüche, Ausrichtungen und Irrwege genutzt.

Die oben angedeuteten ätiologischen und diskursiven Verworrenheiten der Alzheimer-Geschichte spiegeln sich im Wechselspiel der von Berrios erläuterten Konzepte wider. In der Synthese werde ich hierauf immer wieder zurückkommen. Doch noch ein weiterer Punkt soll hier angerissen werden, welcher Kraepelins und Alzheimers Schaffen mit dem »kreationistischen« Konzept von Berrios verbindet: Der Siegeszug des DSM.

1.3.2.9 Von Kraepelin zum DSM

Die fünfte Auflage des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM* (2015; Ersterscheinen 2013) gilt als äußerst einflussreiche Publikation der American Psychiatric Association, die »an dem Ziel der Vorläuferversionen [...] an[knüpft], diagnostische Richtlinien bereitzustellen, die für Entscheidungen in der Behandlung und Versorgung von Bedeutung sind« (Falkai et al. 2015:7). Bereits 1844 wurde eine Version des DSM veröffentlicht, um Populationen von in den USA hospitalisierten psychisch Kranken für medizinische und staatliche Zwecke statistisch zu klassifizieren (vgl. ebd.). Allerdings kann Emil Kraepelins oben benanntes Lehrbuch, welches zwischen 1883 und 1915 – also *nach* der ersten DSM-Auflage – publiziert wurde, in seiner nosologischen Anwendungsbezogenheit als paradigmatischer Vorläufer des DSM gesehen werden (vgl. Kraepelin 1910; Shorter 2013). Wie heute das DSM, welches erst nach dem zweiten Weltkrieg in einer ersten praxisbezogenen Revision erschien (vgl. Falkai et al. 2015:7), betonte Kraepelin den engen Zusammenhang zwischen Forschung und Klinik in der Psychiatrie. Schließlich galt

schon seit dem 19. Jahrhundert auch in dieser jungen *medizinischen Fachrichtung* das »motto of no treatment without diagnosis« (Shorter 2013:3).

Die aktuellste Auflage des DSM (5) stieß seit ihrer Veröffentlichung häufig auf mediale und wissenschaftliche Kritik, da es mehr als seine Vorläuferversionen den psycho-pathologischen, psychiatrischen Bereich erheblich auf bis dato »normale«, also gesellschaftlich kaum problematisierte (psycho-)soziale Phänomene (wie extreme Schüchternheit als Soziophobie, mehrwöchige Trauer als Depression etc.) erweitert hat. Fast gegenläufig zu dieser den Praktikern entgegenkommenden, selbstbewussten Expansion scheint die »bescheidene« Einschränkung der US-amerikanischen DSM-5-Autoren,

»dass die derzeitigen diagnostischen Kriterien nur die bislang bestmögliche Beschreibung darstellen, wie sich psychische Störungen manifestieren und wie sie von ausgebildeten Klinikern erkannt und diagnostiziert werden können, da es bis heute nicht möglich ist, eine vollständige Beschreibung und Aufklärung der ätiopathologischen Prozesse der meisten psychischen Störungen zu geben.« (Falkai et al. 2015:LIX)

Doch die Macht des DSM hängt nicht zuletzt damit zusammen, die Vagheit der psychiatrischen Nosologie in eine Stärke umzumünzen und sich selbst damit zur idealen Ergänzung der weltweit gültigen, offiziellen Krankheits-Nomenklatur der WHO, der ICD-10⁶⁶, zu machen. Schließlich zeigt sich in der Nosologie des DSM-5 eine undurchsichtige und komplexe Verbindung zwischen Berrios' Kreationisten-Metapher (vgl. Berrios 1990:355 und Kap. 1.3.2.8) und einem »medical model, a well-defined process that depends on more than »consensus« in opinion or symptoms alone« (Shorter 2013:4). Mit Edward Shorter könnte man Berrios' Beobachtung einer Alzheimer-Konzeptverschiebung erhellen: Ihm zufolge basieren nosologische Einordnungen entweder auf dem Vertrauen auf Autoritäten, auf Konsens oder auf einem »medizinischen Modell« (vgl. ebd.). Die Entdeckung von »Alzheimer« als »Krankheitsspezies« in einem »exotischen Garten« – bevor das flexible »kreationistische Modell« (vgl. Berrios) und das formelle »medizinische Modell« (vgl. Shorter) in der psychiatrischen Forschung aufkamen – war vermutlich auch deshalb so problemlos möglich, weil sich die psychiatrische Nosologie damals wie heute⁶⁷ auf Autoritäten stützte; damals jedoch namentlich und speziell auf die Autorität von Emil Kraepelin, dessen Ausführungen international und fast universell

66 Die ICD-10 umfasst alle möglichen diagnostizierbaren Krankheiten und ist im Gegensatz zum DSM nicht auf Psychiatrie beschränkt.

67 Hiermit beziehe ich mich auf die medizinischen Experten-Gremien, die sich aus besonders etablierten Wissenschaftlern und Chefärzten zusammensetzen und »wissenschaftlichen Konsens« repräsentieren; z.B. werden S1-Leitlinien, die über zwei Drittel aller medizinischen Leitlinien ausmachen, durch einen »informellen Expertenkonsens« hervorgebracht.

übernommen wurden. Nicht zuletzt seine Ausführungen zur Alzheimer-Krankheit (vgl. ebd.).

Kraepelins Einfluss als Vorreiter des DSM war auch mit einer von ihm eingeführten Neuerung verbunden, die nur aus dem Wechselspiel von Klinik und Hirnforschung entstehen konnte und dieses gleichzeitig bestärkte: *die Ausrichtung auf Prognose*.

»The innovative aspect of the Kraepelinian system was its intention of predicting prognosis. Not the phenomenology as such determined illness classification, but ›how things are going to progress,‹ as Kraepelins colleague Robert Gaupp put it in 1926, the year Kraepelin died. ›The prognosis is the touchstone of all of our science.‹ In an epoch that lacked effective treatments, the ability to foretell a patient's future was the very rationale of nosology.« (Shorter 2013:4)

Das im Zitat angesprochene Verhältnis zwischen den klinischen Symptomen als *Phänomenologie*, dem pathologischen *Prozess*, dem Mangel an effektiven Behandlungsmöglichkeiten, einer möglichen *Linderung* der Krankheit sowie der *Prognose* als »Grundgedanke der Nosologie« (und gar Selbstzweck) ist im Kontext des Alzheimer-Phänomens deutlich wiederzufinden und wird in dieser Arbeit weiter eine Rolle spielen. Wir werden auf die oben angeführte Unterscheidung zwischen der »klinischen Alzheimer-Krankheit« und der »pathologischen Alzheimer-Krankheit« zurückkommen. Sie beinhaltet weitreichende Implikationen, speziell, was die Frage nach Prognose, Prävention, Früherkennung und Vorsorgebehandlung von »Alzheimer« angeht. So soll zum Schluss dieses theoretischen Alzheimer-Kapitels noch einmal auf dessen Eingangszitat verwiesen werden: *Der langjährige präklinische Verlauf der Alzheimer-Krankheit mag ein entscheidender Aspekt der kommenden Alzheimer-Forschung und ihres Dunstkreises sein* (vgl. Eschweiler et al. 2010).

2. Methode

2.1 Diskursanalyse als Grundlage des theoretischen Vorgehens

Noch einmal will ich die zu umkreisenden Forschungsfragen ins Gedächtnis rufen:

Wie steht das Wechselspiel von *Präventionsdenken* und *Alzheimer-Forschung* in Zusammenhang mit den beobachtbaren *Entwicklungen hin zu Frühdiagnostik* und sogenannter *sekundärer Prävention*? Welche *Folgen* ergeben sich aus der Tendenz zu *sekundärer Alzheimer-Prävention für den gesellschaftlichen Umgang mit Demenz* im Allgemeinen?

Gibt es Anhaltspunkte, dass die hier vermuteten Zusammenhänge strukturell-immanente Problematiken wie die medikamentöse Erzeugung von demenziellen Syndromen überschatten, befördern oder katalysieren? Gehen die beschriebenen Entwicklungen über solche bereits im gesellschaftlichen Bewusstsein angekommenen *iatrogenen Strukturen* hinaus? Welche *Art von Krankheitsbegriff* wird hier impliziert?

2.1.1 Einschreibung der Uneindeutigkeit

Grundsätzlich entspricht der Weg der vorliegenden Arbeit dem einer Diskursanalyse, welche Sprache als konstitutiven Faktor der sozialen Verhältnisse und Aussagen als Forschungsobjekt versteht: egal, ob – nach Foucault – Diskurs die Gesamtheit aller Aussagen, einzelne Äußerungen oder eine Sprachpraxis nach bestimmten Regeln meint (vgl. Waldenfels 1992). Gesagtes reproduziert und spiegelt nicht nur die Verhältnisse, sondern kann in einem foucaultschen Sinn in erster Linie als Produzent und Katalysator von Macht, also als Basis und Ergebnis der Verhältnisse verstanden werden. Hier kommt es nicht unbedingt (nur) auf das inhaltlich über etwas Gesagte an, sondern ganz grundsätzlich auch darauf, »daß man davon spricht, wer davon spricht« (Foucault 2014:19) und von welcher Sprechposition aus Wissen in einen Diskurs gegeben wird, um das im Theorieteil bereits beschriebene Wechselspiel von Unterwerfung und produktiver Tauglichkeit bzw. von Unterdrückung und Anreiz zu füttern.

Da Sprechpositionen durch die gesellschaftliche Institutionalisierung von Wissen definiert werden, ist eine Diskursanalyse herausragend geeignet, um Teile des wissenschaftsbezogenen Alzheimer-Diskurses als *Ort der Macht* zu betrachten, der wiederum das gesellschaftliche Wissen von »Alzheimer« und allgemein auch Demenz zu bestimmen vermag. Denn die Diskursivierung eines bestimmten (gesellschaftlichen) Phänomens und die entsprechende Wissensvermittlung räumt diesem erst den *Raum* zur Entfaltung ein und verleiht ihm durch Diskursregeln einen Reiz, welcher ihm schließlich zu besagter Macht verhilft. Diese auf *alle* Beteiligten wirkende Macht – Deutungsmacht, Definitionsmacht, Regeln, Attraktivität, Angst, Tabuisierung etc. – wiederum rückbeeinflusst den Diskurs. Die Analyse eines Diskurses kann also unter anderem deshalb so fruchtbar sein, weil das Beobachten eines angespornten »Willens zum Wissen« helfen kann, die Hintergründe selbst der paradoxesten Mechanismen in Gesellschaften zutage zu bringen. Foucault – dem neben Luckmann und Berger¹ der Verdienst der Etablierung der diskursanalytischen Vorgehensweise zugeschrieben werden kann – entwickelte hierfür keine explizite Methodik, sondern etablierte diesen Weg innerhalb seiner Forschungen selbst, bei denen es unter anderem darum ging, »den Fall einer Gesellschaft zu prüfen, die [...] redselig von ihrem eigenen Schweigen spricht und leidenschaftlich und detailliert beschreibt, was sie nicht sagt, die genau die Mächte denunziert, die sie ausübt, und sich von den Gesetzen zu befreien verspricht, denen sie ihr Funktionieren verdankt.« (Foucault 2014:16)

Was dieses Zitat andeutet, mag auch für die vorliegende Arbeit unmittelbar zutreffen: Es geht mir bei der Betrachtung des empirischen Materials nicht nur darum, welche Regeln im vorgefundenen Diskurs bestehen und von welchen Institutionen und Sprechpositionen sie ausgehen, sondern wie die befragten Hirnwissenschaftler (und auch die übrigen beobachteten Diskursteilnehmer) mit dem umgehen, was ich hier als *Regelmäßigkeit der Uneindeutigkeit* bezeichnen will. Damit ist gemeint, dass die Macht und symbolische Ordnung des betrachteten Diskurses in den Kontext meiner Fragestellung gerückt werden soll, indem sie auf die im Theorieteil beschriebenen Widersprüchlichkeiten des Alzheimer-Phänomens geprüft wird. Wenn ich also bestimmte »Instanzen der diskursiven Produktion (die sicher auch Momente des Schweigens einsetzen), der Produktion von Macht (die manchmal Verbotsfunktionen besitzt) und der Wissensproduktion (die oft Irrtümer und systematische Verkennungen in Umlauf setzen) [...] untersuche[...]« (ebd.:20), spielen die Momente des Schweigens, die Verbote, Irrtümer und systematischen Verkennungen hier womöglich eine besondere Rolle. Denn meine Dokumentation der *Einschreibung* (eine durch Wiederholung von Aussagen erzeugte Regelmäßigkeit des Diskurses) soll auch und gerade anhand der

1 *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* (2018; Erstersch. 1966)

beobachteten inhaltlichen Unregelmäßigkeiten, Unklarheiten, Uneindeutigkeiten und Ungereimtheiten innerhalb der Hirnforschung passieren.

2.1.2 Wissenssoziologische Diskursanalyse

Das in dieser Arbeit zu betrachtende empirische Material, auf dessen Erhebung ich in den Kapiteln 2.2, 2.3 und 3 noch genauer eingehen werde, umfasst drei Archivteile² bzw. Samples: Erstens wird, als inhaltliche Basis der Auseinandersetzung, die Betrachtung von Leitfaden-Interviews mit Alzheimer-Forschern aus den Neurowissenschaften angeführt (Sample 2³). Zweitens wird eine Literaturanalyse medizinischer Veröffentlichungen zum Zusammenhang von Medikamentenkonsum älterer Menschen und dem Auftreten von demenziellen Syndromen vorgestellt (Sample 1). Drittens erfolgt eine essayistische dichte Beschreibung meiner teilnehmenden Beobachtungen von drei öffentlich renommierten Alzheimer-Konferenzen (Sample 3). Um die Analyse der Leitfaden-Interviews zu stützen, wird eine Art Abgleich mit dem diskursimmanenten Stellenwert der in der Literaturübersicht betrachteten Problematik erstellt, welche gleichzeitig eine ganz bestimmte *Grenze des Diskurses* manifestiert und diesen möglicherweise noch genauer zu bestimmen hilft. Letztendlich wird die Diskursanalyse durch eine kurzgefasste, subjektive dichte Beschreibung meiner Teilnahme an drei Alzheimer-Konferenzen ergänzt, welche auch als Verbindungsglied zwischen den Diskursebenen von Sample 1 und 2 dienen soll. Mithilfe der Verkettung dieser drei Samples zu einem vorerst losen »Archiv« (vgl. Foucault 1988) will ich schließlich eine Synthese von Theorie und Empirie versuchen.

Da hermeneutische, sozialkonstruktivistische und wissenstheoretische – bezüglich der Datensammlung letztendlich auch ethnographische – Aspekte in die Arbeit miteinfließen, ist es schwierig, eine bestimmte Form der Diskursanalyse zu benennen. Seit Foucault haben sich allein in den Sozialwissenschaften zahllose Spielweisen von Diskursbetrachtungen institutionalisiert und – um dies zu erwähnen: zu einem gewissen Grad auch diskursiviert. Doch auf diesen Aspekt, der eher der Methodologie überlassen bleiben soll, wird hier nicht weiter eingegangen. Um meine Herangehensweise aber annähernd einzuordnen: Am ehesten kann von einer sogenannten »wissenssoziologischen Diskursanalyse« gesprochen werden, die

-
- 2 Natürlich ist jede einzelne (auch theoretische) Veröffentlichung und Quelle, die in dieser Arbeit herangezogen wird, auf irgendeine Weise Teil des Diskurses und fließt in meine Beobachtungen und Interpretationen ein, doch geht es an dieser Stelle um das empirische, von mir *erhobene* Material, welches versprechen soll, eine »neue« Erkenntnis, Frage oder Thematik hervorzubringen.
 - 3 Auf den Prozess der Datensammlung inklusive »Theoretisches Sampling« werde ich weiter unten eingehen.

Reiner Keller 2011 konzeptualisiert hat. Kellers »Grundlegung eines Forschungsprogramms« hat thematisch einige Überschneidungen mit meiner Herangehensweise, weshalb ich im Folgenden fragmentarisch auf sie Bezug nehme, ohne sie aber unmittelbar als Vorbild genommen zu haben. Keller zählt bestimmte bei Foucault gefundene Vorschläge auf, die ihm für die wissenssoziologische Diskursanalyse relevant erscheinen. Demnach bezeichnet »Diskurs« unter anderem

»strukturierte und zusammenhängende (Sprach-)Praktiken, die Gegenstände und gesellschaftliche Wissensverhältnisse konstituieren. Einzelne diskursive Ereignisse aktualisieren diesen Zusammenhang. Die Diskursperspektive richtet sich auf die Ebene der gesellschaftlichen Wissensformationen und -politiken, deren Konturen, Genese, Entwicklung, Regulierungen und Folgen (›Machtwirkungen‹). Sie versteht sich als empirisches Forschungsprogramm: Diskurse werden auf der Grundlage entsprechender Datenmaterialien untersucht. Die einzelnen Äußerungen werden nicht als singuläre Phänomene analysiert, sondern im Hinblick auf ihre typische Gestalt als ›Aussage‹. Gewiss werden die Äußerungen in einem materialen Sinne durch einzelne Sprecher produziert. Letztere agieren jedoch nicht als einzigartige Subjekte, sondern sind – in der Sprache der Soziologie – Rollenträger, welche die sozio-historisch geformten und institutionell stabilisierten Regeln der Diskursproduktion in einem *doppelten Sinne* ›aktualisieren‹: Sie setzen sie ein, realisieren sie also in ihrem Tun und bringen sie gleichzeitig auf den ›neuesten Stand‹. *Die Diskursanalyse interessiert sich für die Formationsmechanismen von Diskursen, die Beziehung zwischen Diskursen und Praktiken sowie die strategisch-taktische Diskurs-Performanz sozialer Akteure.*« (Keller 2011a:186)

Die in diesem Zitat enthaltene Betonung des Verhältnisses von rollentragendem Individuum und regelstabilisierender Institution im Diskurs hat einen bestimmten Grund: So wie Kellers Konzept beziehen sich meine Betrachtungsweisen neben der Arbeit von Michel Foucault auf die von Peter Berger und Thomas Luckmann. In deren wissenssoziologischem Manifest *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* (Berger et al. 2018; Ersterscheinen 1966) liegt der Fokus bewusst auf der *Alltagswelt* der Menschen als Fundament der gesellschaftlichen Wirklichkeit und nicht – wie es die »Klassiker« der Wissenssoziologie etabliert hatten (vgl. Keller 2011a:180ff.) – auf theoretischem Metawissen einer übergeordneten und von Experten bestimmten Ideengeschichte.

Gerade wenn es bei der Betrachtung eines sozialen Feldes auch inhaltlich um die Frage des Verhältnisses von Experten und Laien, Theorien und Praxen, Wissenschaft und »Vernakulärem«⁴ geht – und dies ist in der vorliegenden Arbeit der

4 Mit der Verwendung von »vernakulär« (ursprünglich im Sinne von »handgemacht, von gemeinsam erzeugtem sozialen Wert«, hier mit Bezug auf die Laienherstellung, Laiensprache

Fall –, ist Bergers und Luckmanns Betonung der Kommunikation von »Allerweltswissen« als Grundlage einer Wissenssoziologie interessant. Ihnen zufolge gebührt diesem »Allerweltswissen, nicht [den] ›Ideen« [...] das Hauptinteresse der Wissenssoziologie, denn dieses ›Wissen‹ bildet die Bedeutungs- und Sinnstruktur, ohne die es keine menschliche Gesellschaft gäbe« (Berger et al. 2018:16).

Selbst theoretische Konzeptionen und entsprechendes Wissen werden den Autoren zufolge immer wieder auf die Verkörperung durch konkrete Personen oder Gruppen zurückgeworfen. Auch Foucault sieht *Machtbeziehungen* als eine Bedingung der Macht an. Die Macht eines Souveräns kann beispielsweise ohne das Volk nicht funktionieren, da sie sich über Diskurs- und Körpergefüge konstituiert und somit eine stetige Verbindung zum Wissen des Einzelnen hat. Deshalb mag es durchaus wichtig sein, die Bedeutung des Alltagswissens zu bedenken, wenn wir die Aussagen von Molekularbiologen und Neurowissenschaftlern betrachten, »weil ja selbst dieser Bereich des Wissens nur recht verstanden werden kann, wenn er vor dem Hintergrund einer viel umfassenderen Analyse von ›Wissen‹ gesehen wird« (ebd.).

Luckmann und Berger beziehen sich in diesem Zitat explizit auf »theoretisches Denken«, meinen damit aber unter anderem auch ein ganz bestimmten Personen oder Gruppen vorbehaltenes Wissen, was auf Neurowissenschaft und Molekularbiologie zweifelsohne zutrifft; zumal diese am »Geschäft mit ›Ideen«, [an der] Fabrikation von Weltanschauungen« (ebd.) beteiligt sind. In jedem Fall ist die Frage nach der »Distribution von Wissen« (Schütz 1962; zit.n. Berger et al. 2018:17) und der Bestimmung der Lebenswelt durch Alltags-Denken von grundlegender Bedeutung für wissenssoziologische Analysen. Vielleicht wäre es sogar einen Versuch wert, übergeordnete (theoretische) Ideen bei meiner Analyse vorerst völlig auszublenden, um grundlegende Perspektivwechsel zu erleichtern. Doch mutet es idealisierend an, dem Alltagswissen eine herausragende Macht in der gegenwärtigen Gesellschaft zuzuschreiben. Auch, wenn ich einräumen muss, dass mir persönlich eine (auch methodische) Besinnung auf die alltägliche Lebenswelt des Mensch-in-Gesellschaft-Seins erstrebenswert scheint, auch was das Wissen der Experten angeht. Dennoch wäre im Hinblick auf die gegenwärtige gesellschaftliche Wissenskultur und das Alzheimer-Phänomen im Speziellen der Versuch, das betrachtete Wissen gänzlich von seiner Sozio-Historie isoliert vorzufinden, für die Durchführung einer Diskursanalyse zum Scheitern verurteilt; und ein Diskurs ohne Institution *scheint* in unserer Gegenwart per se unmöglich. Indes bringen auch Berger und Luckmann vor, dass speziell sozialer Wandel eines Zusammenspiels von sozialen (individuellen) Sinnwelten und (institutionellen) »Ideen« bedarf und von deren Wechselseitigkeit lebt. Das diskursive Umherschwirren von Wissen ist für

und Laienwissen) als Gegensatz zu »wissenschaftlich« (Expertenwissen) beziehe ich mich auf Ivan Illichs Arbeiten und speziell sein Buch *Shadow Work* (1981).

diese Autoren durchaus von basaler Bedeutung, wenn sie die gesellschaftliche Ordnung als eine »ständige menschliche Produktion« (Berger et al. 2018:55) bezeichnen. Während sie nicht müde werden, zu bekräftigen, dass für eine grundlegende Betrachtung sozialer Felder das »Grundwissen« des Laien fundamental ist, räumen sie eine Reziprozität zwischen theoretischem und (alltags-)praktischem Wissen ein:

»Ideengeschichte«, abgetrennt vom Fleisch und Blut der allgemeinen Geschichte, gibt es nicht. Aber wir betonen nochmals: solche Theorien sind keineswegs nur Reflexe ›unterschwelliger‹ institutioneller Prozesse. Die Beziehung zwischen den Theorien und ihren gesellschaftlichen Stützformationen ist immer dialektisch. [...] Sozialer Wandel muß also immer in dialektischer Beziehung zur Ideengeschichte gesehen werden.« (Berger et al. 2018:137)

Ich will die grundlegende Bedeutung des »Allerweltswissens« für die vorliegende Arbeit nicht unbeachtet lassen und später miteinbeziehen. Nun sollen noch Problematiken angeführt werden, die Reiner Keller bezüglich der Brauchbarkeit von Bergers und Luckmanns Wissensbegriff für die Analyse eines Diskurses sieht:

Mit dem Alltags-Wissensbegriff allein scheint es also schwierig zu werden, die »gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit« auf bestimmte Diskursebenen und »größere Ideengebäude« zu übertragen. Keller zufolge übersehen die Autoren,

»dass theoretische Ideen und Modelle bzw. expertengestützte Wirklichkeitsinterpretationen in das Allerweltswissen der Individuen einsickern und ihre Handlungsweisen mehr oder weniger handlungs- bzw. deutungspragmatisch mitformen – gerade darin liegt ja ein konstitutives Moment moderner posttraditionaler Gesellschaften. Der vorgeschlagenen Hinwendung zum Alltag entgeht die enorme Bedeutung der institutionellen Wissensbestände für die Gesamtkonstitution der gesellschaftlichen Wirklichkeitsverhältnisse.« (Keller 2011a:183)

Nichtsdestotrotz erkennt Keller Bergers und Luckmanns Arbeit als fundamental an, wenn er deren Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Wissen des Individuums auf die Betrachtung des kollektiven Wissens für die Diskursanalyse übertragen will:

»Summa summarum geht es der Wissenssoziologischen Diskursanalyse darum, die diskutierten Defizite durch eine Akzentverschiebung von der Konzentration auf die Wissensbestände und Deutungsleistungen individueller Akteure des Alltags hin zur Analyse von diskursiven Prozessen der Erzeugung, Zirkulation und Manifestation kollektiver Wissensvorräte auszugleichen. [...] Die Wissenssoziologische Diskursanalyse stellt ein theoretisches Vokabular und eine empirische Perspektive zur Verfügung, um solche Wissenspolitiken (nicht nur) der posttraditionalen Gesellschaften als Diskurse zu untersuchen. [...] Die Wissenssoziologische

Diskursanalyse übersetzt den daran anschließenden Gedanken der ›kommunikativen‹ Konstruktion der Wirklichkeit in denjenigen der diskursiven Konstruktion und bestimmt dadurch ihren Untersuchungsgegenstand. Als Diskurse werden unterschiedbare handlungspraktische und institutionelle Strukturierungen gesellschaftlicher Wissenspolitiken zum Gegenstand der erweiterten hermeneutischen Wissenssoziologie.« (Keller 2011a:185)

Keller sieht Bergers und Luckmanns Plädoyer für das »Laienwissen« als für seine Zwecke defizitär an und will diesen Aspekt überwinden. Für das von ihm beschriebene methodische Vorgehen erscheint dies durchaus nachvollziehbar, sinnvoll und fruchtbar, weshalb diese Übertragung auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung finden soll. Ich will die Gegenüberstellung und Wechselbeziehung von Laienwissen und Expertenwissen allerdings später noch einmal heranziehen und problematisieren, um sie inhaltlich, also jenseits methodischer Überlegungen, auf die Fragestellungen dieser Arbeit anzuwenden. Speziell was die Körperlichkeit des Menschen als Bedingung für Gesellschaft und was die Medizin als Wissenschaftsgrenzgebiet zwischen Alltag, Ethos, Ratio und Technik (siehe Kap. 1) angeht, wäre eine Betonung der alltagsweltlichen Beschaffenheit eines jeden sozialen Feldes – auch und gerade eines hoch spezialisierten wie der Medizin – womöglich von Relevanz. Für die Methode insgesamt und die erste Betrachtung des Experten-, Prozess und Deutungswissens der interviewten Naturwissenschaftler folge ich allerdings der aktualisierten wissenssoziologischen Version Kellers und betrachte eine »diskursive Konstruktion der Wirklichkeit« (Keller 2011a:180ff.).

2.1.3 Sprache als grundlegendes wie herausragendes Zeichensystem

Doch noch einmal soll auf *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit* aus dem Jahr 1966 eingegangen werden, um auf die dort beschriebene Beschaffenheit von Sprache⁵ als Medium von Wissen zu kommen. Beides – Sprache und auch ihr Verhältnis zum Wissen – sind für die vorliegende Arbeit in all ihren von Berger und Luckmann beschriebenen Einzelheiten relevant. Die für die gesellschaftliche Wirklichkeit konstitutiven – externen und internen – Objektivationen des Individuums (Wissen) werden vor allem durch Sprache als ein Zeichensystem von herausragender Beschaffenheit manifestiert und transportiert. Letztere sehen die Autoren z.B.

»in der Fähigkeit, Sinn, Bedeutung, Meinung zu vermitteln, die nicht direkter Ausdruck des Subjektes ›hier und jetzt‹ sind. [...] Ich kann über Unzähliges sprechen, was in der Vis-à-vis-Situation gar nicht zugegen ist, auch von etwas, was ich nie erlebt habe oder erleben werde. Sprache ist Speicher angehäufte Erfahrungen

5 Die folgende Erläuterung beziehe ich auch – anders als Berger und Luckmann – auf *verschriftlichte* Sprache. Weiter unten im Fließtext gehe ich nochmal kurz auf diesen Aspekt ein.

und Bedeutungen, die sie zur rechten Zeit aufbewahrt, um sie kommenden Generationen zu übermitteln.« (Berger et al. 2018:39)

Neben dieser Möglichkeit zur räumlichen, zeitlichen und transzendenten Abstraktion beinhaltet Sprache unter anderem eine Reziprozität mit dem Denken an sich, eine herausragende Intersubjektivität (im Vergleich mit anderen Zeichensystemen), die Möglichkeit der Begrenzung von semantischen Feldern, Sinnzonen und sozialen Orten sowie die »Verwirklichung« des Selbst durch das Manifestieren der Meinung des Subjekts (vgl. ebd.:42.f.). Letztere »Kraft der Sprache, Subjektivität zu erhellen, zu kristallisieren und zu stabilisieren, bleibt ihr, wenngleich modifiziert, auch wenn sie von der Vis-à-vis-Situation abgelöst ist.« (Ebd.:40)

Doch nicht nur bezüglich der Subjektivität des Sprechenden, auch ganz grundsätzlich ist Sprache *ein von Unmittelbarkeit emanzipiertes Zeichensystem*. Ohne ihre Unabhängigkeit von direkten Gesprächssituationen – einschließlich indirekteren Wegen wie Telekommunikation, Internet⁶ etc. – wäre die machtkatalysierende Wirkung der Sprache als Wissensvermittler kaum vorhanden, weil beispielsweise *Aussagen*, die von bestimmten durch Zugangsbeschränkung und Knappheit charakterisierten Sprechpositionen aus getroffen werden, keinerlei Reichweite hätten.

Wenn die Arbeit von Luckmann und Berger für eine diskursanalytische Verwendung also problematische Wissenszugänge enthält, so birgt sie doch subtile Hinweise, die für die Betrachtung von Wissen und Macht von grundlegender Bedeutung sein können.

Sprache bietet verlässliche Sinnbezüge für den Einzelnen wie für das Kollektiv und ist gleichzeitig flexibel genug, um verschiedenste Erfahrungen komplett und komplex zu objektivieren. Indes wird durch Sprache nicht nur zugeordnet und typisiert, sondern auch entpersonalisiert, indem ihre Kategorien prinzipiell für jede und jeden zugänglich sind (vgl. ebd. 40f.).

Auch wenn sie keinen direkten Abnehmer hat und vorläufig nur dem »Selbstgespräch« dient, kann durch sie »eine Welt in einem Nu entstehen« (ebd.:41). Eine solch soziale Funktion der Imagination mag die Sprache nicht nur in der Konstruktion eines vermeintlichen Gegenübers leisten, sondern auch in der Rekonstruktion, Projektion und der *Prognose* von Sachverhalten. *Die sprachliche Überwindung sowohl der Abwesenheit eines »Ansprechpartners« als auch des gegenwärtigen Fehlens bezeichneter Gegebenheiten mag für die Betrachtung der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung und ihrer deutungsmächtigen Hypothesen interessant werden. Denn »[a]ll diese »Präsenzen« können natürlich für die fortwährende Wirklichkeit der Alltagswelt von großer Bedeutung sein.«* (Ebd.:41f.)

6 Auf die wichtige Frage nach dem qualitativen Unterschied zwischen verschiedenen Kommunikationsmedien wie Telefon und Internet in Sachen Synchronizität, Asymmetrie etc. kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Bei der Betrachtung von Wissenschaft ist außerdem von Bedeutung, dass Sprache ihren Ort in der Alltagswelt haben und gleichzeitig auf eine andere »Welt« verweisen kann. Indem die Sprache durch diese spezielle Transzendenz eine symbolische wird, hat sie das Potenzial, sich von der sozialen »Situation« zu entfernen und für die Lebenswelt de facto unerreichbare Symbolsysteme zu erschaffen. Da die Sprache allerdings der Alltagswelt entspringt und somit von ihr abhängig ist, ist sie ebenso fähig und sogar gezwungen, die von ihr geschaffenen Symbole wieder in diese zurückzuholen. So werden Symbole, symbolische Sprache und Symbolsysteme wie Kunst, Technologie, Religion oder *Wissenschaft* zu Grundpfeilern der Alltagserfahrung und Gesellschaftskonstruktion (vgl. ebd.:42f.). Hier kommen wir wieder auf Kellers oben angeführte Kritik und auf die Frage, inwieweit sich Symbolsysteme in unserer Gegenwart von ihrem Alltagsbezug entfernen können, ohne jeglichen Rückgriff zu benötigen; inwieweit sie womöglich autopoietisch existieren und die Alltagswelt sogar unterminieren und aushöhlen und als übergeordnetes Wertesystem funktionieren; inwieweit sie die alltägliche Lebenswelt nicht nur – wie Keller konstatierte – speisen (vgl. Keller 2011a:183), sondern mehr noch: sie ersetzen.

Neben der theoretischen Ebene, auf der Sprache als grundlegendes Medium von Wissen fungiert, ist hier außerdem von Belang, dass all ihre benannten Eigenschaften auch Fragen wie die nach der methodischen Validität des empirischen Materials dieser Arbeit betreffen. Beispielsweise unterscheidet sich Sample 1 (Literaturübersicht) schon dadurch von Sample 2 (Interviews), dass es auf einem »Zeichensystem zweiter Ordnung« (Berger et al. 2018:39), nämlich auf Schrift, auf Journal-Veröffentlichungen basiert, deren Inhalte zwar durchaus auch über Vorträge etc. vermittelt werden, ihre größte Verbreitung aber in Schriftform finden. Ein anderes Beispiel ist die Interview-Datenerhebung, die zwar auf gesprochener Sprache basiert, jedoch in einer eingeschränkten »Vis-à-vis-Situation« per Skype (Videotelefonie) oder Telefon generiert und letztendlich auch transkribiert, also verschriftlicht wurde. Auf diesbezügliche Einzelheiten des Datenmaterials werde ich weiter unten noch einmal eingehen. Hier soll noch erwähnt werden, dass Berger und Luckmann dezidiert zwischen Sprache und Schrift unterscheiden und der gesprochenen Sprache (auch aufgrund ihrer Körperlichkeit) einen höheren Stellenwert in der »gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit« zuschreiben als der Schrift. Angesichts der Tatsache, dass Wissenschaft, also die vorliegende Arbeit wie auch das hierfür herangezogene Material, zu großen Teilen auf Schrift (und nicht auf vokaler Sprache) basiert, ist die oben angeführte Erläuterung der Wichtigkeit von Sprache einerseits nur für einen Teil dieser Arbeit – die durchgeführten Interviews sowie die Konferenzteilnahmen – interessant, andererseits meines Erachtens auch durchweg auf die hier relevante Funktion von Schrift zu übertragen.

2.1.4 Erweiterungen des Sprachbegriffs

Nun kommen wir von den empirischen Überlegungen »Ist ein bestimmtes Zeichensystem im Hinblick auf diese Arbeit methodisch überlegen?« wieder zur Wissenstheorie: Donna Haraway z.B. ordnet Schrift selbstverständlich dem Überbegriff »Sprache« zu. Und auch Foucault, der sich viel mit Vergangenen, mit Geschichte und Archiven befasste, war auf verschriftlichte Sprache angewiesen. Natürlich unterscheiden sich Haraways und Foucaults Auseinandersetzungen von der Herangehensweise von Luckmann und Berger in vielerlei Hinsicht, doch ist die grundlegende alltagsbezogene soziale Rolle der Objektivation durch Sprache durchaus den Diskursanalysen von schriftlichen (und anderen) Zeugnissen inhärent. Wenn Haraway also ein Zitat wie »Krankheit ist eine Sprache« (Paula Treichler 1987; zit.n. Haraway 2014:134) anführt, will sie einen völlig anderen Begriff von Sprache entwickeln als es Berger und Luckmann im Sinn hatten. Haraway geht es hier nicht zuletzt um politische Repräsentationen und damit zusammenhängende konkrete Aushandlungsprozesse in einer hypertechnisierten Gegenwart. Selbst technische Apparate können Haraway zufolge als Sprache oder Sprecher fungieren, ohne dass es einer großen transferleistenden Interpretation durch Menschen oder gar einer »Übersetzung« bedarf. Ihr Sprachbegriff wird wohl nur schwierig auf die ausschließlich menschenbezogenen, rein wissenssoziologischen Abhandlungen von Berger und Luckmann anwendbar sein; umgekehrt ist die Anwendung allerdings möglich und sogar in Haraways Arbeit impliziert. Die angeführten sozialen Funktionen von Sprache aus der »gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit« sind nicht nur auf Haraways »Parolen« übertragbar, sondern dort grundlegend und selbstverständlich – solange die Beschränkung auf den Menschen als sozialen Akteur ausgeklammert wird. Wenn Haraway *Krankheit als eine Sprache* betrachtet, will sie gerade damit sagen, dass Krankheit als ein Zeichensystem für *soziale Begrenzung, Transzendierung, Imagination oder Sinn-, Bedeutungs- und Meinungsvermittlung* gesehen werden kann. Auf Luckmanns und Bergers – wenn auch nur implizite – Einbettung in Haraways Arbeit und mögliche Überschneidungen und Gegensätze will ich in Analyse und Synthese zurückkommen. Angesichts Haraways Tendenz, gesamtgesellschaftliche körperpolitische Diskurse als durch biomedizinische Techniksprache bestimmt zu sehen, stellt sich beispielsweise die Frage, inwieweit die Laborsprache der von mir befragten Alzheimer-Forscher überhaupt noch ansatzweise einer Alltagssprache entsprechen kann; oder inwieweit sie den Alltag, seine Sprache und seinen Ethos bestimmt und erzeugt.

Speziell im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit medizinischer Forschung als hochtechnisiertem Katalysator der Naturwissenschaften soll Donna Haraways Arbeit zum Zusammenhang von Biopolitik und Postmoderne hier noch weitere Erwähnung finden. Schließlich stellt sie einen ganz eigenen Anschluss an Foucault dar und regt bezüglich der Methode zum Nachdenken an, wenn sie schreibt, dass

»in den gegenwärtigen, von biologischer Forschung, Biotechnologie und wissenschaftlicher Medizin geprägten Welten in jede gesellschaftliche Aushandlung von Krankheit und Leiden eine Vielfalt spezifischer kultureller Dialekte verwoben ist. [...] Die biomedizinische Sprache – mit ihren faszinierenden Artefakten, Bildern, Architekturen, gesellschaftlichen Formen und Technologien – ist in der Lage, die unterschiedliche Erfahrung von Krankheit und Tod für Millionen zu formen. [...] Auch wenn anerkannt ist, daß neben der Biomedizin eine Vielzahl von nicht-, para-, gegen- oder außerwissenschaftlichen Sprachen die verkörperte Semiose der Sterblichkeit in der industrialisierten Welt strukturieren, ist es weitaus weniger üblich, die Vielfalt der Sprachen innerhalb des Feldes, das oft etwas leichtfertig als das wissenschaftliche gekennzeichnet wird, zu betonen.« (Haraway 2014:135)

Haraways Ansatz ist klar von Bergers und Luckmanns zu trennen: Ihr Fokus liegt hier auf dem Wissenschaftlichen, Artifizialen und Institutionellen, weniger auf dem Menschengesagten und entsprechender Alltagswelt, welche lediglich Teil ihrer Überlegungen sind. Dennoch ist die von Berger und Luckmann angesprochene gesellschaftsdynamisierende Dialektik von Theorie und Praxis, Idee und Alltag, Experten und Laien, Sprache und Dialekt in Haraways Verweis auf die Vielheit der wissenschaftlichen Sprachen und deren Ursprünge wiederzufinden.⁷ So schreibt sie auch: »Diese Macht der Biomedizin ist eine gesellschaftliche Tatsache, die stets von einer Vielzahl gesellschaftlicher Prozesse abhängig ist. Sie ist auf ihre ständige Re-Produktion angewiesen, ohne die sie nicht fortbestehen könnte.« (Ebd.)

Die angesprochene Macht bleibt also immer auch abhängig von den Folgen konkreter Verkörperung durch diverse, einzelne Teile der Gesellschaft. Haraway zufolge stellen heute allerdings nicht nur Menschen Gesellschaftsteile dar, sondern auch Tiere, technische Apparate und die Sprache selbst:

»Sprache ist nicht länger ein Echo des *verbum dei*, sondern ein technisches Konstrukt, dessen Wirkungsweise auf intern erzeugten Differenzen beruht. [...] Die außerordentlich enge Verbindung von Sprache und Technologie kann kaum überschätzt werden. Das »Konstrukt« steht im Zentrum der Aufmerksamkeit: Machen, Lesen, Schreiben und Bedeuten scheinen fast dasselbe zu sein. Diese Beinahe-Identität von Technologie, Körper und Semiose legt es nahe, den wechselseitig konstitutiven Beziehungen von politischer Ökonomie, Zeichen und Wissenschaft, die die gegenwärtigen Forschungsrichtungen der medizinischen Anthropologie durchdringen, eine überragende Bedeutung zuzubilligen.« (Haraway 2014:146f.)

7 Mindestens am Rande soll hier bemerkt werden: Nicht nur das naturwissenschaftliche, auch das sozialwissenschaftliche Feld ist von einer Vielzahl von Sprachen durchsetzt.

Die Technologisierung der körperbezogenen Sprache der medizinischen Forschung ist ein wichtiger Aspekt der vorliegenden Arbeit. Der postmoderne Charakter des hirnwissenschaftlichen Umgangs mit den behandelten Alzheimer-Hypothesen wird im Verlauf der Materialanalyse und -synthese zu beachten sein. Außerdem spielen technische Artefakte – wie beispielsweise Apparate zur Durchführung bildgebender Verfahren im Zuge einer Diagnostik oder Großrechner für eine Big Data-basierte Krankheitsentschlüsselung – eine bedeutende Rolle.

»Die verschiedenen konkurrierenden biologischen Körper entstehen an einem Schnittpunkt, wo sich biologisches Forschen, Schreiben und Veröffentlichen, medizinische und andere kommerzielle Praktiken, eine Vielfalt kultureller Produktionen [...] und Technologien wie Visualisierungstechnologien überlagern, mit deren Hilfe Farbvergrößerungen von Killer-T-Zellen und intime Fotografien sich entwickelnder Föten in Hochglanzausgaben in die Haushalte der Mittelklasse gelangen.« (Haraway 2014:148)

Die Betrachtung der Maschinen selbst und des Wissens davon fließt zwar nur mittelbar in meine Analyse mit ein, doch ist der Verweis auf ihren Nutzen und ihre soziale Rolle essenzieller Bestandteil des wissenschaftlichen *und* alltäglichen Sprechens von Alzheimer. Somit schwebt mindestens ihr Abbild permanent über bestimmten Aussagelinien.

Wissensobjekte – ob der menschliche Körper, die mit Alzheimer assoziierten Proteinablagerungen oder die diese vermeintlich sichtbar machenden bildgebenden Apparate – können Haraway zufolge alle »gesellschaftlich teilhaben« und unabhängig von ihrer tatsächlichen Präsenz *aktiv* involviert sein, wenn Wissen vom Körper und damit der Körper selbst *produziert* wird:

»Mit dem Begriff des ›materiell-semiotischen Akteurs‹ ist beabsichtigt, das Wissensobjekt als einen aktiven Teil des Apparats der körperlichen Produktion hervorzuheben, ohne jedoch jemals die unmittelbare Präsenz solcher Objekte zu unterstellen oder, was auf dasselbe hinauslief, eine von diesen ausgehende, endgültige und eindeutige Determinierung dessen, was als objektives Wissen über einen biomedizinischen Körper zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt gelten kann.« (Haraway 2014:148)

2.1.5 Bemerkungen

Im Synthese-Teil werde ich mich auf weitere Arbeiten beziehen, die ganz eigene Wissensbegriffe und zu den angeführten Autoren verschiedene Herangehensweise an »Wissen« oder zumindest andere als die hier vorgestellten Hintergründe haben. Als Beispiel nenne ich hier Ludwik Flecks Konzept vom »Denkkollektiv« und »Denkstil« (vgl. Schäfer et al. 1983), welches sich im Speziellen auf wissen-

schaftliche Erkenntnisdynamiken bezieht und durch diesen konkreteren Wissensbegriff auch einen einigermaßen radikalen Konstruktionsbegriff bezüglich Wissen beinhaltet. Fleck zufolge ist die soziale Konstruktion von naturwissenschaftlichem Wissen an ganz greif- und beobachtbaren Schritten festzumachen. Für die hiesige Diskursbetrachtung werden einige Aspekte dieser Ansätze fruchtbar gemacht.

Derlei Autoren ziehe ich jedoch größtenteils für Analyse- und Interpretationszwecke jenseits des übergeordneten, vorgenommenen »Forschungsweges« heran. Das heißt, sie sollen zwar vor allem *zusätzliche* Impulse für die spätere interpretierende Auseinandersetzung geben, sind bezüglich der Forschungsmethode und ihres epistemologischen Dunstkreises jedoch nicht gänzlich irrelevant.

Schließlich will ich konstatieren, dass die hier angestellten Überlegungen zur Methode meiner Diskursforschungen lediglich Anhaltspunkte sind, um nachvollziehbar zu machen und zu erklären, aber auch um zu inspirieren, einzugrenzen und vorzubereiten. Ich werde mich allerdings nicht zu rigoros nach strikten Vorgaben richten, durch die ich Gefahr laufen könnte, unsere ohnehin begrenzten Gedankenwelten noch weiter zurechtzustutzen und womöglich eine entscheidende Idee einzubüßen.

2.2 Grounded Theory als Basis der empirischen Datenerhebung

Die empirische Datenerhebung für diese Arbeit fand im groben Rahmen der »Grounded Theory«-Forschungsstrategie von Glaser und Strauss (1998; Erstersch. 1967) statt, ohne dass ich dabei deren Vorstellungen von »Aufgaben von Theorie in der Soziologie« (ebd.:13) wie die Vorhersage von Verhalten oder Brauchbarkeit für die Praxis übernommen habe und daraus resultierende Vorgaben erfüllen wollte. Einige der Grounded Theory-Bestandteile waren fruchtbar für meine Forschung und sind nützlich für das hiesige Nachvollziehbarbarmachen meiner Vorgehensweise.

Ein für diese Arbeit grundsätzlicher praktischer Aspekt der Grounded Theory ist das »theoretische Sampling«, ein

»auf die Generierung von Theorie zielende[r] Prozeß der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächstes erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind.« (Ebd.:53)

Eine solche Forschung gestaltet sich also zieloffen und entwickelt ihren Fokus erst mit dem Generieren von Theorie. Während Daten gesammelt und ausgewertet werden, wird der weitere Plan ständig aktualisiert. Bei und infolge der Erhebung und Auswertung von Sample (Datensatz) 1 reifte die Idee für die Erhebung von Sample 2, dessen Sichtung wiederum zur Erhebung von Sample 3 führte.

2.2.1 Die Naivität des Forschers als idealer Ausgangspunkt

Ein Teil der in vorliegender Arbeit verwendeten empirischen Daten wurde gesammelt, noch bevor überhaupt der Gedanke zur Umsetzung dieses Buches und ein entsprechendes Desiderat gereift war. Das erste Sample entstand also in einem Kontext, der bezüglich Ausrichtung und Verwendung der Daten zu großen Teilen von den Fragestellungen der hiesigen Arbeit abwich. Dies mag bezüglich mancher (methodischer) Aspekte ein Nachteil sein. Z.B. wurde die Bearbeitung der empirischen Substanz nicht auf bestimmte hier relevante Themenfelder und inhaltliche Kontexte eingegrenzt. Hinsichtlich einer Theoriegenerierung im Sinne einer »Grounded Theory« jedoch kann man von fast idealen Umständen sprechen. Einerseits führte gerade der Kontext jenseits dieser Arbeit zu einer bedeutenden Offenheit der Methode im Hinblick auf die Materialentstehung. Andererseits trug meine Forscher-»Naivität« bzw. Unkenntnis bezüglich des Forschungsfelds als Medizin-Externer und Feld-Neuling zu einer besonders offenen Herangehensweise an das gefundene empirische Material und die daraus potenziell resultierenden Fragestellungen und Konzepte. Mein Vorgehen ist also sehr nah an einigen von Glasers und Strauss' methodologischen Empfehlungen. Nicht nur, dass bestimmte Konzepte bei der Annäherung an Sample 1 unklar waren; auch das grundsätzliche Vorhaben dieser Arbeit war noch nicht existent und wurde erst im Laufe des ersten Feldkontakts geboren.

»Der Soziologe mag sein Forschungsprojekt mit einem Strauß' »lokaler« Konzepte beginnen, um ein paar grundsätzliche oder grobe Eigenschaften und Abläufe der von ihm zu untersuchenden Situation zu bestimmen. Z. B. weiß er, schon bevor er ein Krankenhaus untersucht, daß es dort Ärzte, Schwestern und Pfleger, Stationen und Aufnahmeverfahren gibt. Diese Konzepte sind ein Ansatzpunkt seiner weiteren Forschung. Natürlich weiß er noch nicht um die Relevanz dieser Konzepte für sein Problem – das Problem muss sich erst herauskristallisieren –, noch ist es wahrscheinlich, daß sie in die Schlüsselkategorien seiner Theorie eingehen werden.« (Glaser et al. 1998:53)

Das »theoretische Sampling« führte im Fall meiner Arbeit zu drei grundverschiedenen Archivteilen, die jeweils für sich einen neuen Boden für die Auseinandersetzung mit den jeweils anderen hervorbrachten. So wurde das erste Sample (Literaturübersicht) in einer unabhängigen Feinanalyse reduziert und zum Ausgangspunkt für den weiteren zirkulären Prozess, der schließlich in der Sammlung des für diese Arbeit zentralen Interviewmaterials (Sample 2) mündete. Die Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial führte wiederum zu neuen Fragestellungen, die mich letztendlich zu den Alzheimer-Konferenzen in Weimar, Barcelona und Den Haag führten, wo sich schließlich aufgrund der dort gemachten Erfahrungen (Sample 3) eine Art Theorie manifestierte.

2.2.2 Korpusbildung in Etappen

Die »Korpusbildung« (vgl. Keller 2011b:88ff.) des empirischen Materials vollzog sich also im Laufe des Forschungsprozesses: Grundlegende *Fragestellungen* waren klar, doch verformten, aktualisierten und konkretisierten sie sich mit jedem Sample. Nach der Literaturübersichtsanalyse (Sample 1), welche als separates Forschungsprojekt angelegt war, lag mein Interessensfokus auf dem Verhältnis zwischen verschiedenen Präventions- und Forschungskonzepten bezüglich der Alzheimer-Krankheit und der Frage nach dem Stellenwert ihrer patho-ätiologischen Erklärungen. Mit Sample 2, der Interviewdurchführung und ersten Interviewmaterialsichtung, verschob sich das Gewicht in Richtung der Frage nach dem wissenschaftlichen Umgang mit den ätiologischen »Alzheimer-Ungewissheiten« und entsprechenden Tendenzen zu Früherkennung und Vorsorgebehandlung als Präventionsersatz. Sample 3, die teilnehmende Beobachtung, vertiefte die Frage nach der Rolle der Früherkennung von Alzheimer zwischen klinischer und pathologischer Herangehensweise und ihre Verbindung zu meinen bisherigen Beobachtungen sowie mir bereits geläufigen theoretischen Ansätzen von Gegenwartsanalyse, die sich unter anderem auf Körper, Medizin, Iatrogenese, Prävention und Alzheimer beziehen.

Die *Zeit- und Sozialräume* der Erhebungen (von 2015 bis 2019, über Internetdatenbanken, Konferenzen, Internetvideotelefonie etc.), die *Realisierbarkeit* und *Reichweite der zu erfassenden oder erfassten Daten* (deren Zugangsbeschränkungen, finanzielle Kosten, die Bereitschaft zur Kooperation der Interviewpartner, die Dateninterpretation im jeweiligen Kontext etc.) sowie deren *Quellen* (wie Fachliteratur, persönliche Gespräche, Skype-Interviews, teilnehmende Beobachtung oder Mitschriften), *thematische Breite und Spezifizierung* (zwischen iatrogener und pathologischer Ursache von Demenz, zwischen den Sozial- und Neurowissenschaften oder zwischen Alltagssprache und Wissenschaftsjargon) veränderten sich im Forschungsprozess und variierten mit jedem Schritt, bis ich schließlich eine erste Ahnung hatte, wie und wo hier etwas »Neues« versteckt sein könnte. Aus dieser Ahnung einer *Einschreibung* bzw. aus der *theoretischen Sättigung*⁸ (vgl. Glaser et al. 1998:68ff.) der Kategorien ergaben sich schließlich Gebot und Legitimation, die Datensammlung abzuschließen.

8 »Sättigung heißt, daß keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann.« (Glaser et al. 1998:69)

2.2.3 Radius des Materials

Um Material für die Analyse des Diskursfeldes zu sammeln, stieß ich also auf verschiedene Vorgehensweisen, die sich alle jeweils für sich auf den Bewegungskontext des Diskurses direkt beziehen und keine mittelbaren Quellen darstellen. Natürlich muss die Frage nach der Präzision und Nähe, der Unmittelbarkeit des Bewegungsradius' und der Repräsentativität seiner Vertreterinnen und Vertreter gestellt werden: Wer gehört dazu? Wann wird die Trennlinie unscharf? etc. Allerdings sind die drei hier beleuchteten Felder von einer fast unbestreitbaren Unmittelbarkeit geprägt: (1) *Fachveröffentlichungen der medizinischen Forschung*, (2) *direkte Interviewaussagen von in die Forschung verwickelten und sogar renommierten Akteuren* und (3) *den öffentlichen Diskurs repräsentierende interdisziplinäre Alzheimer-Konferenzen*. Das Feld der Fachveröffentlichungen zum Zusammenhang zwischen der Entstehung demenzieller Syndrome und dem Medikamentenkonsum älterer Menschen in (post-)industriellen Gesellschaften stellt zwar ein recht spezielles Objekt dar, soll aber – anders als die Samples 2 und 3 – als Beispiel eines fachimmanenten Rand-Diskurses dienen und gehört trotz seines geringeren Einflusses auf den übergeordneten Alzheimer-Diskurs eindeutig zu dessen Bewegungskontext. Gerade aufgrund seiner scheinbaren Marginalität oder Spezifität mag Sample 1 von besonderer Bedeutung bezüglich einer Grenzziehung des Diskurses sein und als Kontrapunkt neuerer Entwicklungen dienen.

2.2.4 Verwicklung des Forschers

Die Analyse der medizinischen Fachliteratur zu demenziellen Syndromen als Folge medikamentöser Behandlung (Kap. 3.2) stellt eine Übersichtsarbeit dar, welche sich vor allem niedergeschriebenen Aussagen widmet. Die hier erarbeiteten Diskursbausteine sind also welche, denen ich mich als Externer, als nicht involvierter Beobachter genähert habe. Daraus folgt, dass ich – auch wenn eine jede Herangehensweise und Auseinandersetzung vom Subjekt und seinen Voraussetzungen abhängt – auf jene Diskurse keinen direkten Einfluss hatte.

Die Bearbeitung der Interviews dagegen wird zwar später mit der Literaturbetrachtung durch eine übergeordnete Analyse in Verbindung gebracht, verglichen und gegenübergestellt werden, doch ist hier die Verwicklung des Interviewers von entscheidender Bedeutung. Deshalb wird die Interpretation des Interview-Materials stilistisch an Clifford Geertz' Konzept der dichten Beschreibung angelehnt sein, obwohl neben verallgemeinernden Schlussfolgerungen auch eine Theorieentwicklung im Sinne einer Grounded Theory folgen soll. Die direkte Teilnahme des Autors an den Interviews unterscheidet deren Analyse also grundlegend von der empirischen Untersuchung der Literatur (vgl. Geertz 2015).

Die Beschreibung meiner Teilnahmen an den Alzheimer-Konferenzen in Weimar, Barcelona und Den Haag sind explizit als dichte Beschreibung angelegt, die einer teilnehmenden Beobachtung entspringt. Hier kann also von einer Methode gesprochen werden, die vorwiegend subjektiv geprägt ist.

2.2.5 Materiale versus formale Theorie

Glaser und Strauss unterscheiden zwischen zwei grundlegenden Typen von Theorie:

»Als material bezeichnen wir Theorien, die für ein bestimmtes Sachgebiet oder empirisches Feld der Sozialforschung (wie z.B. die Pflege von Patienten, Rassenbeziehungen, die Berufsausbildung, die Delinquenz oder Forschungseinrichtungen) entwickelt werden. Als formal bezeichnen wir Theorien, die für einen formalen oder konzeptuellen Bereich der Sozialforschung (wie Stigmata, abweichendes Verhalten, formale Organisation, Sozialisation, Statuskongruenz, Autorität und Macht, Belohnungssysteme oder soziale Mobilität) entwickelt werden.« (Glaser et al. 1998:23)

Man kann sagen, dass die Hypothesen dieser Arbeit *zwischen* »materialen« und »formalen« Ursprüngen, Zielen, Begebenheiten und Feldern gebildet werden.

Der materiale Aspekt ist in der Hinsicht abgedeckt, insofern meine Beobachtungen auf das empirische Feld der »Alzheimer-Forschung« abzielen und in gewisser Weise auch einen Beitrag zu diesem darstellen. Einzelne konkrete Beobachtungen, Erfahrungen und Erkenntnisse werden induktiv in allgemeinere bzw. allgemeingültige Formulierungen umgewandelt. Diese Abstraktionen wiederum dienen der Theoriegenerierung sowie der theoretischen Auseinandersetzung und späteren praktischen Kritik entsprechender Felder. Diese Kritik könnte mithilfe von Interventionsvorschlägen – welche nicht unbedingt Teil dieser Arbeit werden sollten – in konkretisierten materialen Feldern verwendet werden. Allerdings geht es mir vor allem darum, ein »Werkzeug« zu schaffen, mit dem eine allgemeine Gesellschaftsbetrachtung möglich wird, die sich an Fragen von Wissen, Macht, Krankheit oder Normalität entlang hangelt.

Der formale Aspekt der hier potenziell entstehenden Hypothesen und Theorien liegt im Bereich des Umgangs mit und der Wahrnehmung von Krankheit im Kontext von Wissen und Macht, von Sprache, Autorität, Devianz, Gemeinnützigkeit, Technik, Paradigmen, Epistemen oder Denkkollektiven. Natürlich streift auch dieser Bereich konkrete empirische Belange, jedoch wird von einem grundsätzlich bereits abstrahierten Sachverhalt ausgegangen, der nur auf einer Meta-Ebene beschrieben werden kann, weil er in den hier behandelten Diskursen in dieser Form und als konkretes Objekt einer Debatte nicht vorkommt. Grundsätzlich ist der *for-*

male Aspekt aufgrund meiner wissenssoziologischen und entsprechend konzeptuellen Herangehensweise der *vorrangige*.

2.2.6 Induktives versus deduktives Vorgehen

So wie hier weder von dezidiert materialer noch von ausschließlich formaler Theoriegenerierung gesprochen werden kann, ist es (nicht nur) bezüglich dieser Arbeit schwierig, von streng induktivem oder vornehmlich logisch-deduktivem Vorgehen zu sprechen. Natürlich beziehe ich mich auf bestehende Theorie (bzw. internalisierte Erfahrungen und Kenntnisse) und projiziere diese deduktiv in das Beobachtete. Doch auch entsteht – induktiv – aus dem Beobachteten etwas (womöglich oder vermeintlich) Neues, welches schließlich, räumlich und zeitlich fließend, wieder zu einem »Apriori« wird. Von apriorischen Annahmen im Sinne eines deduktiven Vorgehens kann und will ich mich weder freisprechen noch distanzieren, da sie in gewisser Hinsicht zu einem jeden Denken und vor allem soziologischen Vorgehen gehören; ja ohne sie wäre eine soziologische Analyse selbstverständlich nicht möglich. Auch Glaser und Strauss konstatieren: »Die anfängliche Entscheidung für die theoriegeleitete Datenerhebung hängt nur von der allgemeinen soziologischen Perspektive und dem allgemeinen Thema oder Problembereich ab [...]. Die Ausgangsentscheidung hängt von apriorischen theoretischen Annahmen ab.« (Glaser et al. 1998:53) Doch ist natürlich zwischen apriorischen Wahrheiten und logisch-deduktivem Vorgehen zu unterscheiden, selbst, wenn sich apriorische Annahmen immer wieder »als eine soziale und historische Kontingenz« (Ankersmit 2012:6) offenbaren und in einer steigenden Zahl von Fällen zu aposteriorischen Aussagen oder Wahrheiten erklärt werden.

Der historische Siegeszug des *erfahrungsbasierten Urteils* spiegelt sich auch in der hiesigen Arbeit wider – ohne, dass ich persönlich hier eine endgültige Position beziehen könnte oder wollte. Und ganz zu schweigen vom Themenfeld der Alzheimer-Forschung, für welches die Empirie (nicht unbedingt aber die sinnliche Wahrnehmung, wie sich zeigen wird) einen wichtigen inhaltlichen Teil darstellt, muss unsere eigene Affinität zu empirischen Denkmustern als gegeben vermutet werden. Deshalb kann ich konstatieren, dass – größtenteils unabhängig von Glasers und Strauss' berechtigter Ansicht, dass lediglich induktive Theorien sich im Feld, auf Dauer, für Interventionen, bezüglich Dichte, Reichweite und Klarheit wirklich bewähren können (vgl. Glaser et al. 1998:15) und dass »die Angemessenheit einer soziologischen Theorie heute nicht (mehr) von dem Prozeß, in dem sie generiert wird, getrennt werden kann« (ebd.) – hier *auch* ein induktiver Ansatz vorliegt. Bestimmte konkrete Merkmale einer Grounded Theory fanden und finden sich in unserem Vorgehen wieder. So fungierte die Grounded Theory als eine methodische Leitlinie und kann hier als Erklärungsmodell dienen. Das empirisch induktive Vorgehen war für die Entstehung dieser Arbeit von großer Bedeutung.

Doch soll noch folgende Bemerkung gestattet sein: Es gilt, die Grounded Theory, zumindest im Stillen, als Symptom eines (Wissenschafts-)Diskurses zu erkennen, wenn sie als Analyseinstrument oder zumindest als ein Werkzeug dienen soll, dessen einheitliche Benennung die Darlegung meines Vorgehens einer Allgemeinheit verständlicher machen kann. Denn ohne jeden Zweifel ist die Grounded Theory nicht nur ein Anzeichen für den zur Mitte des 20. Jahrhunderts (zumindest in den USA) zu beobachtenden Trend zu »mittelgroßen« empirisch geprägten (anwendungsbezogenen) Theorien, sondern damit auch ein Vorbote einer sozialwissenschaftlichen Neigung zu immer strukturabhängigeren Analysen, welche heutzutage (auch in Deutschland) den Großteil der Veröffentlichungen im Bereich der Auseinandersetzung mit dem menschlichen Zusammenleben stellen. Auch die Sozialwissenschaften wurden verschult und ökonomisiert, auch und erstrecht der Bereich der qualitativen Sozialforschung.

Zu welchem Zeitpunkt in unserem Fall, bezogen auf diese Arbeit, eine induktive Ableitung in empirisch nachvollziehbarer Art und Weise zum ersten Mal stattgefunden hat, ist schwer zu sagen. Gewiss wird das *tempus initii* mit der Analyse der Literaturübersicht festgelegt, durch welche die letztendliche Idee für diese Arbeit entstanden ist. Da es sich allerdings nicht nur bei diesem Zeitpunkt um eine »biographische Kontingenz« handelte, sondern eindeutig auch weitere Arbeiten in der Nähe des hier umkreisten Themenfelds bereits vorher stattgefunden hatten, muss rückwirkend vielleicht doch von einer Art Apriori, die sich zumindest auf einer Metaebene oder in Bezug auf die hier vorliegende Arbeit gegen die aposteriorische Wahrheit durchzusetzen vermag, gesprochen werden. Denn natürlich sind die vorher abgeschlossenen und inzwischen internalisierten Arbeiten ein Vorläufer der darauf folgenden Gedanken, doch ist ihr Erwähnen im Kontext einer zu weiten Teilen von strukturellen Bedingungen geprägten Arbeit kein offiziell legitimes Mittel, um letztendlich inhaltlich entscheidende Argumente zu liefern. Der hier getätigte Verweis auf akademische Paradigmen macht klar, dass ein logisch-deduktives Denken (nicht nur in Mathematik und Logik) mindestens zu Teilen vorhanden sein muss, um überhaupt methodische Überlegungen anstellen zu können, die wiederum als basale (akademische) Voraussetzung für eine solche Arbeit gelten. Es ist inzwischen geläufig: Völlige Objektivität ist in keiner Wissenschaft möglich, reine Induktion eine Chimäre.

Und auch jenseits methodischer bzw. methodologischer Fragen bleibt, wie angedeutet, ein deduktives Denken und Erklären ein wichtiger Teil nicht nur des Lernens und Erkennens in der Lebenswelt des Menschen, sondern auch des Beschreibens und Hinterfragens. Ein Grübeln im Hinterzimmer eines Gebäudes setzt Mauern, Türen und vielleicht Fenster voraus; und natürlich ein denkendes Subjekt. Doch ich nehme mir heraus, davon auszugehen, dass vorerst nicht der komplette Raum definiert werden kann. Nicht einmal durch Zahlen. In diesem einen potenziellen »Nichts« sollte ein Apriori vermutet werden dürfen.

2.3 Mixed Methods

Wie oben bereits angesprochen, kommen in meinen empirischen Beobachtungen (Kap. 3) externe Betrachtungen von Fachveröffentlichungen, Interviewsituationen und teilnehmende Beobachtungen sowie entsprechende (überwiegend qualitative) methodische Herangehensweisen nebeneinander vor. Zuweilen werden aber auch Beobachtungs-, Analyse- und Interpretationsmethoden und -ebenen vermischt, wenn z.B. inhaltliche Ergebnisse meiner Literaturanalyse in meine dichte Beschreibung der Konferenzteilnahmen miteinfließen.

So werden einzelne Interpretationsfäden bereits während der Beschreibung und Analyse des Materials in Kapitel 3 aufgenommen. Eine letzte synthetisierende Interpretation des Materials findet aber erst in Kapitel 4 statt. Vor allem die dichte Beschreibung in Kapitel 3.3 beinhaltet entsprechend ihrer der Ethnographie entspringenden Art eine Verschmelzung von beschreibenden, analysierenden und interpretierenden Elementen. Sie soll gerade durch ihren erzählerisch-essayistischen Charakter den empirischen Teil abrunden, indem mit ihrer Hilfe versucht wird, »das ›Gesagte‹ [des sozialen] [...] Diskurses dem vergänglichen Augenblick zu entreißen« (Geertz 2015:30).

Die Mixed Methods-Methode bot sich im Laufe meiner Forschungen aus methodisch-inhaltlichen sowie logistisch-organisatorischen Gründen an und erwies sich – auch aus den oben angedeuteten Gründen der multiperspektivischen gegenseitigen Ergänzung – als äußerst fruchtbar für die Bearbeitung meiner Forschungsfragen.

Die drei verschiedenen Samples sind nicht in dem Sinne multiperspektivisch, als dass sie die Perspektiven verschiedener Diskursteilnehmer auf ein und dasselbe Phänomen abbilden. Sie bieten vielmehr einerseits die angesprochene methodische Multiperspektivität und andererseits die Möglichkeit, aus ganz bestimmten Blickwinkeln an das Gesamtphänomen heranzutreten und bestimmte mehrdimensionale Grenzen und Machtverhältnisse auszuloten, die in einem eher »zweidimensionalen« Ansatz, z.B. einer komparatistischen Diskursbetrachtung, verborgen geblieben wären.

Im Folgenden werde ich Charakteristika und Hintergründe der drei Archivateile, die mit jeweils verschiedenen methodischen Mitteln erstellt wurden, etwas näher erläutern. Auf inhaltliche Einzelheiten wie genaue Zeit- und Sozialräume, Operationalisierung oder Codierung werde ich in Kapitel 3 zusammen mit der tatsächlichen Beschreibung und Analyse des Materials eingehen.

2.3.1 Explorative Übersichtsarbeit und Replik (Sample 1)

Im Forschungsprozess wurde ausgegangen von einer explorativen Literaturuntersuchung, einem sogenannten Literatur-Review, also einer Übersichtsarbeit,

welche im Rahmen einer inhaltlich unabhängigen Forschung angefertigt wurde. Hierbei ging es um die Frage, inwieweit aus in PubMed⁹ gelisteten medizinischen Fachpublikationen hervorgeht, dass die bei Menschen über 65 Jahren in ihrer Prävalenz steigenden Demenzdiagnosen in der westlichen Welt häufig einem durch Medikamentenkonsum erzeugten, chronischen Verwirrheitszustand geschuldet sind. Das Feld bestand hier aus Fachliteratur, hauptsächlich Artikeln aus etablierten Fach-Journals, aber auch aus medizinischen Lehrbuchkapiteln¹⁰ und thematisch passenden Fachbuchbänden¹¹. In PubMed wurden hauptsächlich die an die Software angepassten Suchbegriffe »Dementia/chemically induced« (ca. 1700 Treffer¹²), »Alzheimer/chemically induced« (ca. 900), »Dementia/adverse drug reaction« (ca. 5900) und »Alzheimer/adverse drug reaction« eingegeben (ca. 3300) und die Treffer durchsucht. Circa 150 Veröffentlichungen entsprachen der Ausgangshypothese »Demenz als Folge medikamentöser Behandlung« und wurden genauer untersucht.¹³ Der Hauptzeitraum dieser ersten Recherche war das Jahr 2014. Sie wurde allerdings bis zur Veröffentlichung des Artikels *Demenz als Folge der Therapie?* (Vogt 2017¹⁴) und im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit durch einige Quellen aktualisiert. Die von einem renommierten Vertreter der Psychiatrie ebenfalls im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte Replik zu meinem genannten Artikel ist auch Teil meiner Betrachtung. Sample 1 besteht also nicht nur aus den Rechercheergebnisse an sich – auch wenn diese in der Erläuterung von Bedeutung sein werden –, sondern vor allem aus den zwei genannten, aufeinander folgenden Veröffentlichungen zu diesen Ergebnissen.

Aus der Auseinandersetzung mit Hintergründen und Fragestellungen rund um Demenz, Alzheimer und deren Ursachen ergaben sich erste für die vorliegende Arbeit relevante Fragestellungen. Der medizinisch-pathologische Umgang mit klinischen Demenzsyndromen weckte erstes Interesse für die Macht der Hirnforschung in diesem Bereich.

Zwar wurde dieses Material als Grundstein des allerersten Samples erhoben und bereitete die gedankliche Basis für den weiteren Forschungsprozess, doch wer-

9 PubMed ist eine Online-Datenbank des »National Center for Biotechnology Information« (NCBI) für biomedizinische und lebenswissenschaftliche Fachveröffentlichungen (vgl. NCBI 2019).

10 Z.B. *Arzneitherapie für Ältere* von Wehling et al. (2013)

11 Z.B. *Arzneiverordnungsreport 2013* von Schwabe et al.

12 Die Trefferangaben können nur ungefähr angegeben werden, da die Anzahl im Laufe der mehrwöchigen Recherche variierte.

13 Auch wenn es sich für die meisten Leser vermutlich von selbst versteht, will ich Folgendes nicht unerwähnt lassen: Die Untersuchung musste vor allem über universitäre Internetzugänge mit entsprechenden Verlagslizenzen durchgeführt werden, da der Großteil der gefundenen Studien und Veröffentlichungen kostenpflichtig bzw. zugangsbeschränkt ist.

14 Zwischen 2014 und 2017 ergaben sich aufgrund verschiedener Umstände einige mehrmonatige Forschungspausen.

den die daraus entstandenen Ergebnisse und Veröffentlichungen in dieser Arbeit erst *nach* Sample 2 (Interviews) angeführt und beschrieben, da Sample 2 die Basis meiner Argumentation bildet und die Voraussetzungen für das Verstehen von Sample 1 im hiesigen Kontext schafft. Sample 1 kann, wie oben angedeutet, einerseits als Instrument dienen, um bestimmte »Grenzen« des von mir betrachteten Diskurses zu erschließen; z.B. was die Unterscheidung zwischen der Klinik und der Pathologie der Alzheimer-Krankheit angeht. Andererseits und mit dem ersten Punkt zusammenhängend, kann es als Beispiel für eine »alte« Form von Iatrogenese in einer Krise der Institution hergenommen werden, die durch entgrenzte Formen der Iatrogenese relativiert, abgelöst oder vollendet werden bzw. wurden. Sample 1 ist also Grenzstein eines Randgebietes der Medizin bzw. zwischen Klinik und Pathologie der Alzheimer-Krankheit und gleichzeitig ein exemplarischer Gegenpol zu neuen iatrogenen Entwicklungen bezüglich der Alzheimer-Krankheit, auf die ich später kommen werde.

2.3.2 Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews (Sample 2)

Im Zuge der Auseinandersetzung mit Sample 1 ergaben sich Fragen nach der Rolle einer Medikalisierung älterer Menschen im Kontext von Forschungs- und Präventionsdiskursen rund um Demenz als Syndrom und schließlich rund um Alzheimer als »führende« patho-ätiologische Erklärung. Bei meinen Nachforschungen stieß ich unvermeidlich auf die im Theorieteil beschriebenen Widersprüchlichkeiten bezüglich den Protein-Ablagerungs-Hypothesen und klinischen Demenz-Syndromen. Über diesen Kontext wurde ich auf das bevorstehende, von der VW-Stiftung geförderte Symposium »Beyond Amyloid – Widening the View on Alzheimer's Disease« in Hannover aufmerksam, an welchem ich am 10. und 11. Oktober 2016 als Hörer teilnahm. Ich nutzte die Gelegenheit, Kontakt mit Forschern auf dem Gebiet der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung aufzunehmen und gewann schließlich fünf von ihnen – alle Inhaber von Professuren an bekannten Forschungseinrichtungen – für ausführliche Experteninterviews. Diese Interviews wurden schließlich mit der Vorgabe einer Anonymisierung der Transkripte im Frühjahr 2017 via Skype und Telefon durchgeführt und als Audiodateien aufgenommen. Die entsprechenden Transkripte – die im Anhang dieser Arbeit inklusive der Fragen an die Forscher einzusehen sind – wurden schließlich mit der qualitativen Analysesoftware MAXQDA 2018 ausgewertet. Die Interviewfragen, die als ungefähre Leitfaden für die Gespräche dienten, spiegeln teilweise die damals entstandenen Fragestellungen meiner Forschung, entsprachen dieser aufgrund von interviewstrategischen Gründe nicht völlig:

Wie hängen Heilung und Prävention der Alzheimer-Krankheit zusammen? Forcieren die Wissenschaftler in ihrer Forschung eher Heilung (und Behandlung) oder eher Prävention? Welchen Stellenwert haben die Proteinablagerungs-Hypothesen

für die einzelnen Forscher, auch in Bezug auf klinische Fragen? Wie gehen die Forscher mit den strukturellen Begebenheiten, den inhaltlichen Widersprüchen und Ambiguitäten im Feld um – auch angesichts ständig neuer Meldungen über wissenschaftliche »Durchbrüche« und in Anbetracht der Frage nach Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlungen? Wie klar ist die Rolle der Lebenswissenschaften als Diskursführer in der Alzheimer-Forschung? Wie und wo verorten sich die Forscher selbst in diesem Feld?

Natürlich lag mein Interesse durchaus im Expertenwissen (fachinternes, technisches und inhaltliches Wissen) und im Prozesswissen (Wissen über strukturelle Begebenheiten und Handlungsabläufe des Forscheralltags). Wichtig war mir aber vor allem das Deutungswissen meiner Interviewpartner: Wie *deuten* sie das, was sie tun, wie sie es tun, wo, warum etc.? Bereits im Zuge der ersten Materialsichtungen kam ich auf weitere Fragen, neue Literatur und Ideen. Diese sollten sich bei den Konferenzteilnahmen in Weimar, Barcelona und Den Haag zu dem verdichten, was im Schlussteil dieser Arbeit beschrieben wird und was die Basis der Kategorien und Codes war, die ich letztendlich für die Interviewanalyse anwendete.

2.3.3 Dichte Beschreibung der Konferenzteilnahmen (Sample 3)

Aus den Interviews hatten sich bereits eindeutige Tendenzen meines weiteren Forschungsinteresses und -prozesses ergeben: Z.B. stand die Frage im Raum, inwieweit die Forschung zu einer Früherkennung und Vorsorgebehandlung von Alzheimer tendiert oder inwieweit eine weitere Radikalisierung des neurowissenschaftlichen Monopols um Demenz stattfindet. Diese und weitere Fragestellungen meiner Arbeit verfolgte ich als teilnehmender Beobachter der Konferenzen der Alzheimer-Organisationen »Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.« und »Alzheimer Europe« im Oktober 2018 in Weimar und Barcelona und im Oktober 2019 in Den Haag. Und noch weitere Fragestellungen und Konzepte ergaben sich erst vor Ort. Da ich nicht nur als passiver Hörer beiwohnte, sondern selbst jeweils ein Thema¹⁵ bei den Konferenzen vorstellte, war meine Verwicklung als teilnehmender Beobachter garantiert.¹⁶ Dennoch war ich als Wissenssoziologie unter meist sehr anwendungsbezogen arbeitenden Menschen so etwas wie ein ethnologisch Forschender mit einem fremden Blick auf etwas »Anderes«. So ging es bei meinen Konferenzteilnahmen nicht unbedingt darum, »unsere tiefsten Fragen zu beantworten, sondern uns mit

15 Die Titel der Poster lauteten »Demenz als Folge ärztlicher Behandlung« (Weimar), »Dementia as a result of therapy« (Barcelona) und »Distinct epistemological concepts of AD and their role regarding secondary prevention« (Den Haag).

16 Da die Posterpräsentationen völlig separat von den von mir beschriebenen Situationen und Präsentationen stattfanden, kann hier eine Beeinflussung der Akteure durch meine Forschungsschwerpunktsetzung ausgeschlossen werden.

anderen Antworten vertraut zu machen, die andere Menschen – mit anderen Schafen in anderen Tälern – gefunden haben, und diese Antworten in das jedermann zugängliche Archiv menschlicher Äußerungen aufzunehmen.« (Geertz 2015:43)

Um die aus Sample 2 generierten Hypothesen zu hinterfragen und gegebenenfalls zu erweitern, wurden Mitschriften und Notizen auf den Konferenzen gesammelt, die hinterher im Sinne einer dichten Beschreibung zusammengefügt wurden. Nach dem Begründer der dichten Beschreibung, Clifford Geertz, geht es bei dieser Art der ethnographischen Beschreibung unter anderem um die Deutung sozialer Diskurse, indem die dort getätigten Aussagen »dem vergänglichen Augenblick« (ebd.:30) entrissen werden, meist auf einer »mikroskopischen« oder mikrosozialen Ebene. Aus Letzterem folgt, dass die kleinsten Beobachtungen die wertvollsten sein mögen, auch für das große Ganze. Mit Bezug auf ein Geertz-Zitat: Ich habe nicht Konferenzen untersucht, sondern *auf* Konferenzen (vgl. ebd.:32).¹⁷ Die flüchtigen Ereignisse, Atmosphären und Momente, die ich auf den genannten Veranstaltungen erlebt habe, habe ich also mithilfe von Protokollen und Notizen in Momentaufnahmen verwandelt, um das Geschehene wieder heranziehen und für meine Arbeit nutzen zu können. Die daraus resultierenden subjektiven Schilderungen einzelner Erlebnisse runden die vorherigen Eindrücke, Ideen und Hypothesen meiner Arbeit ab und ergänzen das Material um *persönliche Erfahrungen*.

2.4 Zur Reflexion der Methoden

»Wer etwas wirklich Neues finden will, muß sich vor allem vor jeder Untersuchungsmethode hüten. Er mag sich später, wenn er etwas gefunden hat, dazu gedrängt fühlen, seine Untersuchungsmethode nachträglich zu bestimmen. Aber das ist eine taktische Frage, besonders, wenn es sich darum handelt, seinen Funden schon zu Lebzeiten Anerkennung zu verschaffen. Der ursprüngliche Vorgang selbst zeichnet sich durch absolute Freiheit und Unbestimmtheit aus, und von der Richtung seiner Bewegung kann einer, der sich zum erstenmal auf diese Weise bewegt, überhaupt keine Ahnung haben. Die Verantwortung liegt im ganzen Menschen und nicht in dieser besonderen Unternehmung.« (Canetti 1976:213f.)

17 Folgende Diskrepanz zwischen Geertz und Foucault ist mir bewusst: Geertz untersucht Gegenstände in Räumen und Orten, Foucault die Räume und Orte (Diskurse) selbst. Dieser Vergleich scheint banal, weil die Abstraktionsebenen des jeweiligen empirischen Materials völlig unterschiedlich sind (ethnographische Forschung in tatsächlichen Dörfern versus historisch-sozialphilosophische Untersuchung von Diskursen als »Orte der Macht«). Dennoch will ich diesen Hinweis einbringen, gerade weil die Gegenüberstellung und Kombination dieser beiden Verständnisse von »Ort« fruchtbar sein könnte und weil auch Geertz von sozialen Diskursen ausgeht.

2.4.1 Lebenswelt und Wissenschaft zwischen Spielregeln und Kontingenz

Die »biographische Kontingenz«, die mich zu der Entscheidung für die vorliegende Arbeit geführt hat, mag sich auch in meinem empirisch-methodischen Vorgehen widerspiegeln: Es ist von Offenheit geprägt; einerseits im Hinblick auf die übergeordnete Methodenwahl, also bezüglich meines »Mixed-Methods-Ansatzes«, andererseits aber auch im methodisch-inhaltlichen Sinne einer Grounded Theory, also durch die permanente Weiterentwicklung, Verformung und Aktualisierung meiner Fragen und Konzepte. Letztendlich ist jede ursprüngliche, inzwischen womöglich verworfene Fragestellung oder Konzeptbenennung, selbst wenn sie in dieser Arbeit kein einziges Mal erwähnt werden sollte, für diese Arbeit von Bedeutung. Ich selbst kann nicht einmal sagen, ob ich jedes »Desiderat«, das mir während des Forschungsprozesses einen Weg aufgezeigt hat, *bewusst* erkannt oder bedacht habe. Und bei der Frage nach Motiven oder Momenten meiner Forschung müsste ich unweigerlich auf die Frage nach dem Wechselspiel einer Wahrheit oder Annahme zwischen ihrem Dasein als Apriori oder Aposteriori zurückkommen. Letztendlich schreibe ich diese Arbeit in einem und für einen akademischen Kontext, der mir von vorneherein klare Regeln diktiert hat. Andererseits ist jedes die-Welt-Befragen, und wollte ich mich noch so sehr von den Formen »guten wissenschaftlichen Arbeitens« distanzieren, von derart festgeschriebenen Spielregeln bestimmt, dass es kaum einen Unterschied macht, ob die gegenwärtige Wissenschaft diesen entsprechen kann, will, muss oder tatsächlich entspricht. Dies kann ich lediglich möglichst genau dokumentieren. Und natürlich versuche ich, den Prozess meiner Arbeit für den Leser nachvollziehbar und ein Stück weit nachverfolgbar zu machen, da auch ich ein gewisses Interesse daran habe, dass mein Tun reflektiert oder extrapoliert werden kann. Von jeder und jedem. Damit hängt auch zusammen, dass die Auseinandersetzung mit dem »Material«, der Wissenschaft und besonders der Welt, in die das Material eingebettet ist, nicht nur der Institution überlassen werden darf. Schließlich ist Paul Feyerabends Zitat nicht als Forderung, sondern als simple Beobachtung zu begreifen: »Die Wissenschaft ist wesentlich ein anarchistisches Unternehmen: der theoretische Anarchismus ist menschenfreundlicher und eher geeignet, zum Fortschritt anzuregen, als ›Gesetz-und-Ordnungs‹-Konzeptionen.« (Feyerabend 1979:5)

2.4.2 Methoden zwischen Nähe und Distanz

Ich will darauf hinweisen, dass meine soziologische, naturwissenschafts-externe Position – meine Außenseiterstellung nahm ich nicht nur bei der Literaturrecherche und den Interviews, sondern auch auf den »interdisziplinären« Konferenzen wahr – durchaus als ein Vorteil und gar eine Grundvoraussetzung einer kritischen

Analyse begriffen werden kann und muss. Diesem Kurzplädoyer für die distanzierte Kritik der Institution (durch Laien) will ich allerdings noch einmal die von Foucault beschriebene Einschränkung eines jeden Umgangs mit *medizinischem bzw. nicht-medizinischem Wissen* hinzufügen: »Das Teuflische an der derzeitigen Situation ist, dass wir, wenn wir auf einen Bereich zurückgreifen wollen, den man für der Medizin äußerlich hält, feststellen müssen, dass er medizinisiert worden ist.« (Foucault 2003a:61)

2.4.3 Jenseits von Publikationsbias und Peer-Reviews

Bezüglich der Literaturrecherche für die Übersichtsarbeit mit Datensample 1 kann eingewandt werden, dass ich die methodischen Qualitäten der betrachteten Publikationen größtenteils unbeachtet ließ. Allerdings könnten solchen Fragen nach der Vergleichbarkeit verschiedener Studiendesigns oder einer wie auch immer gearteten Publikationsbias wiederum eine noch grundlegendere Fragwürdigkeit der »Peer-Review«-Kultur (vgl. Henderson 2010) oder die ethische Frage bezüglich Tier- und Menschenversuchen (vgl. Shah 2006) und deren Nützlichkeit entgegengestellt werden. Letztendlich mögen etwaige Verzerrungen meiner Übersichtsarbeit nur marginale sein, wenn man bedenkt, dass jegliche »Realitäten« und auch deren Betrachtung von Verzerrungen und Selektionen betroffen sind oder gar sein müssen – nicht nur aus konstruktivistischer Perspektive, sondern aus welcher (wissens-)soziologischen und philosophischen Sicht auch immer. Entsprechend ging es bei der Erhebung und Analyse von Sample 1 vor allem um die Frage der Diskursexistenz dieser Problematik an sich sowie bestimmte sie betreffende »Umgangsformen«, von denen ich eine exemplarisch darstellen werde. Es ging nicht um eine methodische Validität einzelner Aufsätze und Studien und daraus folgende Forderungen nach systemimmanenten Veränderungen, die einer Medizinisierung der Problematiken vermutlich weiter Vorschub leisten würden.

Im Hinblick auf alle drei Samples war für mich besonders interessant, *dass* man von »Alzheimer« spricht, *wer* davon spricht, *von wo* aus davon gesprochen wird, was davon gesprochen wird und wie *die Einschreibung der Uneindeutigkeit* sich in der Sprache, im Wissen, im Körper und im Wissen und der Sprache vom Körper manifestiert bzw. durch diese verformt wird.

3. Analyse des empirischen Materials

3.1 Die Experteninterviews

»Zwischen zwei Theorien, die einander widersprechen, muss man sich entscheiden; den Widerspruch zweier Evidenzen gilt es auszuhalten.« (Dávila 2017:153)

Die Neurowissenschaftler, die ich für die Interviews gewinnen konnte, kommen aus den Feldern Neurobiologie, Molekularbiologie, Entwicklungsbiologie, Immunologie, Biochemie, Pathobiochemie, psychiatrische Medizin und »klinisch orientierte[...] Grundlagenforschung« (INT5:3).¹ Ich hatte das Glück, dass zwei der fünf Forscher zwar dezidiert Hirnforschung betreiben, jedoch ebenso eindeutig dem Feld der klinischen Forschung angehören, also eine praktische Verbindung von Labor und Klinik einbrachten. Einer dieser beiden, I3, ist studierter Biochemiker und arbeitet mit relativ großem translationalen Bezug auf Anwendung in der Klinik, der andere der beiden, I5, ist studierter Mediziner und betreibt Hirnforschung von einem klinischen Standpunkt aus. Die übrigen drei Wissenschaftler sind eher der Grundlagenforschung zuzuordnen; auch wenn biomedizinische Forschung heute niemals die Frage der Anwendungsbezogenheit aus den Augen verliert. Welcher Forscher genau welchem Feld bzw. welchen Feldern angehört, werde ich im Einzelfall weiter unten erläutern, sofern mir dies für den Kontext relevant erscheint. Alle fünf Interviewpartner waren und sind noch heute Professoren an renommierten Forschungsinstituten, vier davon in Deutschland, einer im englischsprachigen Ausland.² Alle Forscher arbeiten oder arbeiteten in großen neurowissenschaftlichen Forschungsprojekten rund um die Alzheimer-Pathologie bzw. Alzheimer-Ätiologie. Sie sind in renommierten Fach-Journals als Autoren und als Redner auf öffentlichen und wissenschaftlichen Konferenzen vertreten. Die Interviews wurden im Februar und März 2017 per Telefon oder Skype von Berlin aus durchgeführt. Die Sprache war Deutsch, meine und die Muttersprache der Wis-

1 Diese Informationen stammen entweder von eigenen Angaben der Wissenschaftler oder von den Webseiten ihrer Forschungsinstitute.

2 Die genauen Orte bleiben aufgrund der Anonymisierung unerwähnt.

senschaftler.³ So wurden Übersetzungsschwierigkeiten ausgeschlossen und eine unmittelbare Verbindung zum Ausdruck des Gesagten erleichtert. Die Interviews dauerten im Durchschnitt circa 45 Minuten, mindestens circa 40 Minuten, höchstens circa 50 Minuten. Im Durchschnitt beinhalten die Transkripte circa 4400 Wörter, inklusive meiner Fragen. Eines der Transkripte beinhaltet circa 3000 Wörter, eines circa 4000 und drei Transkripte je circa 5000 Wörter.

Die genauen Fragen, die sich nach einem Leitfaden richteten und je nach Interviewverlauf etwas variierten, sind wörtlich im Anhang der Prüfungsversion dieser Arbeit im Archiv der Universitätsbibliothek der Justus-Liebig-Universität Gießen einzusehen. Grundsätzlich ging es um folgende bereits in Punkt 2.3.2 angeführte Themen, die einerseits aus strategischen Gründen nicht alle direkt und ausdrücklich als Interviewfragen formuliert wurden, um eine Offenheit der Befragten bezüglich dem, was mich »zwischen den Zeilen« (Deutungswissen) interessierte, zu wahren, und die sich andererseits erst im Laufe der Materialsichtung und weiteren Forschung ergaben, jedoch bereits in den Interviews angesprochen wurden:

Wie hängen potenzielle Heilung und Prävention der Alzheimer-Krankheit zusammen? Geht es den Wissenschaftlern in ihrer Forschung eher um die Möglichkeit einer Heilung (und Behandlung) oder eher um Prävention? Welchen Stellenwert haben die Proteinablagerungs-Hypothesen für die einzelnen Forscher, auch in Bezug auf klinische Fragen? Wie gehen die Forscher mit den strukturellen Begebenheiten, den inhaltlichen Widersprüchen und Ambiguitäten im Feld um – auch angesichts ständig neuer Meldungen über wissenschaftliche »Durchbrüche« und in Anbetracht der Frage nach Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlungen? Wie klar ist die Rolle der Lebenswissenschaften als Diskursführer in der Alzheimer-Forschung? Wie und wo verorten sich die Forscher selbst in diesem Feld?

Diese Fragen wurden im Nachhinein – einmal nach einer ersten Materialsichtung und später erneut für die letztendliche Analyse – mithilfe der Analysesoftware MAXQDA2018 durch folgende Codes operationalisiert, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten entstanden, die unterschiedlich stark gewichtet und vertreten waren und deren Wichtigkeit im Laufe des Forschungsprozesses teilweise zu-, teilweise abnahm. Die wichtigsten Codierungen waren folgende:

- *»Technologiebasiertes Sprechen von Demenz«*: Inwieweit ergibt sich aus den verschiedenen Kategorien eine Verschiebung des sozialen Aspekts von Demenz in Richtung eines durch den Alzheimer-Diskurs beeinflussten »kulturellen Diskurss«*», der auf einem hohen Grad an Verwissenschaftlichung und Technologisierung der Alltagswelt beruht (vgl. Haraway 2014:135)?*

3 Auch der Interviewpartner aus dem englischsprachigen Ausland kommt ursprünglich aus dem deutschsprachigen Bereich.

- »Heilung oder Prävention?«: Ist die Forschung der Befragten eher auf mögliche Heilung oder Behandlung der Alzheimer-Krankheit ausgerichtet oder eher auf die Prävention der Krankheit? Gehen die Bereiche ineinander über? Spielen hier Früherkennung und Vorsorgebehandlung als Bindeglieder der zwei Ansätze eine besondere Rolle?
- »Früherkennung und Vorsorgebehandlung«: Inwieweit sind Früherkennung und Vorsorgebehandlung im Sprechen von der Alzheimer-Krankheit bestimmend? Womit wird dies begründet?
- »Selbstverständlichkeit des Forschungskontextes«: Wie selbstverständlich wird die Rolle der Lebens- und Hirnwissenschaften als Diskursführer der Alzheimer-Forschung und des gesellschaftlichen Umgangs mit Demenz durch die Interviewpartner vermittelt. Welche Themen sehen sie als relevant an? Sehen sie in der Hirnforschung den »Königsweg« des Umgangs mit Demenz bzw. Alzheimer-Demenz als häufigster Demenzform?
- »Unklarheit der Ätiologie« (Unterkategorie: »Widerspruch Protein-Hypothesen«): Sehen die Forscher fundamentale Unklarheiten bezüglich der Ätiologie und Pathologie der Alzheimer-Krankheit? Inwiefern? Werden die in Kapitel 1.3 beschriebenen Unklarheiten um Alzheimer durch die Forscher bekräftigt, entkräftet, verschwiegen oder verdrängt? Direkt oder indirekt? Wie geht man mit eventuellen Widersprüchlichkeiten (auch in der eigenen Forschung) um?
- »Bildgebende Verfahren und Diagnose«: Wie stehen die Befragten zu bildgebenden Verfahren und anderen Diagnosetechnologien? Wie reden sie darüber? Werden sie als Verbindung zwischen Labor- und Klinikarbeit angesehen?
- »Labor versus Klinik«: Verorten sich die Wissenschaftler eher in der Laborarbeit bzw. Grundlagenforschung oder eher in der klinischen (alltagsbezogenen bzw. medizinischen) Forschung? Oder sowohl als auch? Wie sehen sie die Verbindung zwischen den von mir in Kapitel 1.3.2.7 beschriebenen Alzheimer-Arten und Demenz als allgemeinem klinischen Syndrom, also zwischen der pathologischen Alzheimer-Krankheit, der klinischen Alzheimer-Demenz und Demenz? Sehen sie überhaupt eine Verbindung und wie wird diese hergestellt? Oder wird klar getrennt?
- »Chance auf ›Durchbruch‹«: Sehen die Befragten die Möglichkeit eines Durchbruchs in der Forschung? Auf welcher Ebene wird dieser dann verortet? Wie stehen sie zum Umgang der Massenmedien mit Heilungsversprechen bezüglich »Alzheimer«?
- Codierungen, die sich im Laufe des Forschungsprozesses als eher marginal erwiesen und untergeordnet behandelt wurden, waren folgende:
- »Laboropportunismus«: Welche »Karriere-Kontingenzen« (wie z.B. Projektstellen, Förderungen, Zugangsbeschränkungen, Logistik, Technologien) treten vermehrt auf? Wie spielen diese in die Fragestellungen hinein?

- »*Iatrogenese*«: Existiert bei den Befragten ein Bewusstsein für »Kollateralschäden« durch lebenswissenschaftliche Forschung? Inwieweit ist man bereit, Risiken für Mensch und Umwelt einzugehen? Für wen und mit welchem Ziel? Welche Formen der Erzeugung von Krankheit sind beobachtbar und welche sind geläufig im Diskurs?
- »*Hoffnung und Angst als Leitmotiv*«: Inwieweit sind Hoffnung und Angst Triebfedern für die Forscher, ob bezüglich ihrer eigenen Erfolgsaussichten oder der Aussichten der betroffenen Patienten oder potenziellen Patienten?

Manche Codes sind tatsächlich nahe an dezidiert gestellten Interviewfragen, andere eher subtilerer Natur. Einige wiederum kommen in der folgenden Analyse nur randständig vor, andere sind zentral oder Ausgangspunkt für weitere Fragen und Kategorien, die vielleicht selbst nur indirekt operationalisiert wurden, aber in der Synthese eine herausragende Rolle spielen. Die Bedeutungen und Gewichtungen der Codes werde ich anhand der Analyse teilweise noch genauer erläutern. Dies bietet sich auch deshalb an, weil sich die Interpretationen der Textabschnitte, die über einen bestimmten Code gekennzeichnet wurden, im Laufe meiner weiteren Forschung teilweise verändert haben. So spezifizierte sich mein Interesse bezüglich des Codes »*Heilung oder Prävention?*«: Von der allgemeineren Frage, ob die Forschung der Befragten eher auf Prävention oder auf eine Heilung oder Behandelbarkeit der Alzheimer-Krankheit ausgelegt sei, verschob sich mein Interesse in Richtung der Frage, inwieweit Früherkennung und Vorsorgebehandlung als eine Art Bindeglied zwischen Heilung und Prävention den Diskurs bestimmen, woher dies rührt und wohin dies führen mag.

Die Fragen nach *Früherkennung und Vorsorgebehandlung* sowie nach einem damit verbundenen *technologiebasierten Sprechen von Demenz* erwiesen sich als tiefgreifend und entscheidend. Sie wurden letztendlich über eine Verbindung und Vernetzung verschiedener Codierungen operationalisiert, ohne dass ich hierfür extra neue Textmarkierungen erstellt habe. Was sich also ursprünglich aus dem Code »*Heilung oder Prävention?*« zu neuen Ideen und Kategorien entwickelt hat, betraf letztendlich alle Kategorien, speziell aber die Codes »*Unklarheit der Ätiologie*«, »*Bildgebende Verfahren und Diagnose*«, »*Chance auf Durchbruch*« und »*Labor versus Klinik*«. Dies ist nicht auf eine mangelnde Genauigkeit meiner Operationalisierungen zurückzuführen, sondern auf meine Offenheit gegenüber dem Forschungsprozess und der sich aus dieser ergebenden Komplexität der Zusammenhänge. Eine völlig neue Codierungsstrategie hätte vermutlich lediglich zu Verwirrung geführt und den Interdependenzen der verschiedenen Kategorien nur eingeschränkt Rechnung getragen.

Wie im Methodenteil bereits angeführt: Es ging nicht nur um inhaltliches Expertenwissen und Prozesswissen der Interviewpartner, auch wenn mir durchaus wichtige Aspekte der Alzheimer-Forschung dadurch verdeutlicht wurden. Es ging

mir vor allem um ein Deutungswissen und die Verbindung der verschiedenen Wissensformen (vgl. Bogner et al. 2014:17ff.).

Schon allein entsprechend der Normativität von Deutungswissen ist die Frage nach der Objektivität meiner Materialbetrachtung hier nur eingeschränkt zu beantworten, weil es um den *Versuch* einer Beschreibung und Interpretation von Deutungsmustern, »Weltanschauung« und Handlungsstrukturen geht und selbst die basalste und objektivste *meiner* Annahmen ebenfalls vorgeprägt ist; nicht zuletzt vom akademischen Kontext. Dennoch war natürlich intendiert, die Aussagen der Wissenschaftler möglichst objektiv zu rezipieren und zu verwerten und – soweit es der Leitfaden und der Gesprächsverlauf zuließen – möglichst die gleichen oder mindestens annähernd »gleichwertige« Fragen an die Wissenschaftler zu stellen. Auch wenn methodisch eingeräumt werden könnte, dass das eigentliche »Wissen« der Interviewpartner nur durch eine freie und von einzelnen Fragestellungen unabhängige, narrative Rede zum Vorschein kommen kann. Ich habe versucht, im Fragen-Leitfaden einen Kompromiss zu finden, um von einer großen allgemeinen intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Gesagten ausgehen zu können.

Aufgrund einer sich schnell einstellenden »theoretischen Sättigung« in Hinsicht auf minimale und maximale Kontrastierungen (vgl. Glaser et al. 1998) in diesem Sample sollten die Aussagen der Forscher ein valides und reliables Bild eines »Wissenschaftsinterviews« oder »Experteninterviews« zum Thema »Alzheimer« und der mich diesbezüglich interessierenden Fragen abgeben. Den meisten Wissenschaftlern waren die Namen der übrigen Interviewpartner geläufig, aber es bestand meines Wissens keine direkte institutionelle Verbindung zwischen den Personen. Alle hatten also Bezug zum übergeordneten Feld der pathologischen Alzheimer-Forschung, stellten aber inhaltlich andere Frage (wenn auch innerhalb des hirnbioologischen Rahmens) und kamen ursprünglich, aber auch bezüglich ihres damaligen Forschungskontexts aus verschiedenen Bereichen innerhalb der *neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung*.

Ich werde im Folgenden nur Ausschnitte aus den Antworten der Interviewpartner zitieren, jedoch möglichst viele für eine Aussage relevante Zusammenhänge mitaufnehmen. Ich will das Gesagte keinesfalls verzerren, indem ich es aus dem Kontext reiße oder unangemessen vereinfache. Natürlich werde ich zwangsläufig vereinfachen, um für die Analyse die Komplexität zu reduzieren und den theoretischen Umgang zu erleichtern. Vereinfachung ist in allen Wissenschaften ein gängiges, oft notwendiges, teilweise aber auch problematisches Mittel. Gerade in der vorliegenden Arbeit geht es inhaltlich nicht zuletzt um wissenschaftliche Simplifizierung, wie an folgendem Zitat mit Bezug auf die Amyloid-Hypothesen deutlich wird: »Es ist eine übersimplifizierte Sicht auf einen komplexen Sachverhalt, bei dem man mal mit etwas Abstand und etwas Gelassenheit sagen würde, es ist einem eigentlich unverständlich, wie ein, sagen wir mal, ein Akademiker annehmen kann, dass es so simpel ist.« (INT5:21)

Den Interviewpartnern war seit der ersten Kontaktaufnahme bewusst, dass die Interviews für eine soziologische Arbeit verwendet werden sollten. Sie begriffen mich also als Laien, als Nicht-Experten oder Anfänger auf dem Gebiet der neurowissenschaftlichen Alzheimerforschung. Meine Position als Fachexterner wurde von mir zu Beginn der Interviews noch einmal angesprochen und von den Akteuren direkt oder indirekt – über im Verlauf des Interviews getätigte Vermerke wie »das wissen Sie als Soziologe besser als ich« (INT5:59) – bestätigt. Allerdings schien es für die Wissenschaftler zuweilen von minderer Bedeutung oder minderm Interesse zu sein, dass ich, obwohl dies in meiner Erklärung erwähnt wurde, neben dem inhaltlich-technischen Expertenwissen auch am Deutungs- und Prozesswissen (vgl. Bogner et al. 2014:17ff.) der Wissenschaftler interessiert war. Es soll nicht unterstellt werden, dass die Interviewten keinerlei Idee von den eher subtileren soziologisch relevanten Aspekten meines Interesses hatten. Man kann davon ausgehen, dass deren Bereitschaft und Offenheit durchaus bewusst auch verborgenen Gesichtspunkten meiner Forschungen dienen sollten. Dennoch kann allein aufgrund des Forschungsfeldes der Interviewpartner, aber auch aufgrund der Art des allgemeinen Gesprächsduktus und unter der Berücksichtigung der Analyse-Codierung »Selbstverständlichkeit des Forschungskontexts« (welche Themen sind relevant bezüglich »Alzheimer«, welche bezüglich Demenz?) und entsprechender Interviewausschnitte ein Fokus auf die Vermittlung inhaltlichen Expertenwissens vermutet werden, welcher unter anderem aus den folgenden Gründen relevant ist: Einerseits ließen sich die Interviewten im Kontext der Erklärung Ihrer fachinternen Inhalte und aus der Sprechposition des (fachbezogen höhergestellten) Experten heraus vermutlich eher zu ungenaueren, inhaltlich vageren und sogar widersprüchlicheren Aussagen verleiten als wenn die Interviews auf fachinterner Augenhöhe stattgefunden hätten. Zum anderen führte jener Fokus auf die Erläuterung von Fachwissen zu einem leichtfertigeren Offenlegen der von mir hinterfragten Meta-Aspekte wie Deutungsmuster, Denkstile oder Paradigmen, als wenn ich von vorneherein Fragen nach z.B. einem »Weltbild« der Interviewten gestellt hätte. Diese Erwartungshaltungen meiner Gegenüber sind für alle hier zu behandelnden Interviewaspekte von Bedeutung. Ebenso spielen meine eigenen Erwartungen durchaus eine Rolle, welche nicht außen vorgelassen werden und an manchen Stellen miteinfließen. Dennoch muss angemerkt werden, dass Teile der Reziprozität und Interdependenz, die schon allein meine grundlegendsten Handlungsweisen und Ideen (bezüglich z.B. der Interviewsituationen) betreffen, hier keine ausführliche Erwähnung finden können.

Um nun ein konkretes Beispiel bezüglich des Gewichts der Vorannahmen der Interviewpartner zu benennen und eine Brücke zum Einstieg in die Interviewbetrachtung zu schlagen: Bei Fragen zu einer möglichen »Unklarheit der Ätiologie« der Alzheimer-Krankheit spielte meine Fach-Externalität unter anderem insofern eine Rolle, als die jeweils erste Auskunft inhaltlich nur so weit reichte, dass die

Interviewten durch Nachhaken teilweise zu widersprüchlichen Aussagen und inhaltlich ausweichenden oder sogar abweisenden Antworten bewegt wurden. Dies hängt allerdings nicht nur mit dem Verhältnis zwischen Interviewer und Interviewten zusammen, sondern auch mit den Inhalten des Themas selbst. Denn Widersprüchlichkeit scheint der Sache innezuwohnen.

3.1.1 Spiel mit dem Diskurs 1: Amyloid-Plaques, Neurofibrillenbündel und die Alzheimer-Ätiologie

Die Kombination der für die Alzheimer-Krankheit typischen physiologischen Veränderungen im Gehirn wurde erstmals von Alois Alzheimer und Kollegen sichtbar gemacht und benannt (vgl. Kap. 1.3). Sie vermuteten eine direkte Verbindung zwischen bestimmten Auffälligkeiten in den Gehirnen (starkes Vorhandensein von Neurofibrillenbündeln, Amyloid-Plaques und Hirnatrophie) der damals posthum obduzierten Patienten und deren zu Lebzeiten auffällig-abweichenden Verhalten (vgl. Alzheimer 1907 und 1911). Wie ich in Kapitel 1.3 gezeigt habe, sind die *Protein-Hypothesen* (Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel als Auslöser der Krankheit), auf denen die Alzheimer-Forschung nun seit über 110 Jahren gründet, umstritten. Die von der Volkswagenstiftung geförderte Konferenz im Oktober 2016 in Hannover, über welche ich mit den Interviewpartnern für diese Arbeit Kontakt aufgenommen habe und auf der namhafte Wissenschaftler zusammenkamen, hatte die Frage nach einer Alzheimer-Hirnforschung jenseits der Amyloid-Hypothese zum Thema. Natürlich deutet der Begriff Hypothese bereits auf den Glauben hin, dass es sich hier um überprüfbare, aber noch unbewiesene Annahmen als Hilfsmittel für Erkenntnis handelt. Während die Konferenz in Hannover zeigte, dass es neben den beiden vorherrschenden Annahmen auch andere Forschungsansätze gibt (vgl. auch Whitehouse 2009:100ff.), wird die Alzheimer-Krankheit allerdings nach wie vor durch das Vorhandensein dieser Proteinablagerungen und assoziierten Hirnatrophie pathologisch von anderen Demenzen unterschieden. Deshalb wird es im Folgenden vorerst nur um die pathologische Ätiologie gehen, auf die sich die Hirnwissenschaftler in ihrer Arbeit beziehen, ganz unabhängig von der im nächsten Punkt herangezogenen Frage, inwieweit der Zusammenhang mit dieser Ätiologie im klinischen Einzelfall nachweisbar wäre und wie damit umgegangen wird. Zwar ist hier auch die inhaltliche Frage, ob und inwieweit die vorherrschenden Hypothesen gerechtfertigt sind, von Belang. Doch soll vor allem beschrieben und analysiert werden, wie die Forscher mit der vorhandenen wissenschaftlichen Uneindeutigkeit der führenden Hypothesen umgehen und wie sie durch ihr Sprechen dazu beitragen, diese *Uneindeutigkeit einzuschreiben*. Dies betrifft auch das diskursive Wechselspiel der Interviewten zwischen dem Bewusstsein von der eigenen (sozialen, wissenschaftlichen, ökonomischen oder beruflichen) Verwicklung bzw.

Angewiesenheit auf die mutmaßlichen Alzheimer-Ursachen *und* dem Wissen um deren Vagheit.

Die erste Erläuterung seines Forschungsgebiets durch den Interviewten 1 (I1) vermittelt den Eindruck, die Alzheimer-Pathologie sei eine klare, eindeutige, unumstößliche und fast selbstverständliche Tatsache. Dies wird vor allem durch die Beiläufigkeit (»die *ja* charakterisiert ist«⁴) der Aussage bezüglich der Pathologie verstärkt: »Wir interessieren uns primär für molekulare grundlegende Prozesse der Alzheimer-Krankheit, die ja pathologisch charakterisiert ist durch Protein-Aggregate im Gehirn, die sich dann altersabhängig bilden und auch im Krankheitsverlauf immer mehr zunehmen.« (INT1:5)

Folgende vier Zitate stellen schließlich Fragmente einer Antwort auf die direkte Frage nach dem zukünftigen Stellenwert der Amyloid-Hypothese in der Forschung dar. Sie lassen die im Forschungsmainstream vorherrschende Beschäftigung mit den benannten Proteinen, welche aus dem obigen Zitat als eine plausible Konsequenz hervorgeht, wie eine provisorische Notlösung erscheinen: »[E]s ist einfach so, dass die Datenlage in der Literatur schon sehr stark [...] für eine extrem wichtige Rolle in der Alzheimer-Pathogenese dann von diesem Amyloid-Peptid spricht.« (INT1:13) Ohne mein Eingreifen wurden immer wieder Ergänzungen hinzugefügt: »[E]s ist genauso klar eigentlich von der Datenlage, dass es eben Faktoren geben kann, die übergeordnet von Amyloid stehen und vielleicht auch Amyloid dann bei den Fällen gar nicht so wichtig ist.« (Ebd.:15)

Hier mag angenommen werden, er beziehe sich nur auf Amyloid, während die Neurofibrillenbündel ein übergeordneter Faktor sein könnten. Im Folgenden wird jedoch klar, dass es um »die beiden Faktoren«, sowohl Amyloid-Plaques als auch Neurofibrillenbündel, geht:

»Also von daher [...] kann man [die] nicht einfach komplett ausblenden, das war natürlich auf dem Meeting [in Hannover] [...] in manchen Vorträgen so angeregt worden. Das ist auch wichtig, dass man eben nicht zu eng auf die beiden Faktoren fokussiert, aber so ganz ohne kann man die Krankheit bisher eben auch nicht erklären.« (INT1:21)

»Man braucht erst auch mal eine andere gute Idee, um dann überhaupt sozusagen weg von diesen Amyloid- oder Tau-Proteinen [...] auch kausal ansetzen zu können. Da sehe ich im Moment, zwar gibt's viele Vermutungen, aber so richtig untermauert experimentell ist da eigentlich wenig.« (INT1:27)

4 Auch wenn diese Beiläufigkeit zum Teil der oralen Sprache und dem (vermutlich hessischen) Dialekt des Interviewpartners geschuldet ist, so gehört sie doch und erstreckt zum inhaltlich Gesagten.

Obwohl auch die Protein-Hypothesen kaum als experimentell untermauert gesehen werden können, werden sie als einzige annähernd handfeste Indizien für eine Alzheimer-Ätiologie herangezogen. Hier zeigt sich ein Umgang mit der Vagheit der Ätiologie, der einem Wissenschaftler vom Fach gegenüber vermutlich weniger flüchtig ausgefallen wäre. Dennoch ist er bemerkenswert. Der Forscher verweist auf »die Datenlage in der Literatur«, erst als Indiz und kurze Zeit später als Gegenindiz. Nachdem ich seine ersteren Aussagen lediglich durch Äußerungen, die während kurzer Sprechpausen meine Aufmerksamkeit signalisieren sollten (»Ja« oder »Ja, ok«), unterbrochen habe, lenkt er schließlich ein, dass man keine »andere gute Idee« habe, um Forschungen jenseits dieser Hypothesen zu betreiben. Ein Mangel an fachinternen Alternativen ist folglich Grund genug, diesen Forschungsweg nicht zu verlassen. Dennoch bringt die Konfrontation mit der Alzheimer-Pathologie den Forscher in die Verlegenheit, seine wissenschaftliche Arbeit mit der Amyloid-Hypothese zu rechtfertigen. Diese Verteidigung bezieht sich auf eine fachinterne Betrachtung verschiedener möglicher Faktoren bezüglich der Ursache der Alzheimer-Krankheit. Es geht ihm nicht darum, grundsätzliche Fragen nach der Verortung der Krankheit im Gehirn oder nach den Perspektiven der Alzheimer-Forschung an sich zu stellen. Ob diese implizite Unausweichlichkeit des »Weitermachens« sozio-ökonomischen Faktoren wie einer beruflich-biographischen Abhängigkeit von diesem Feld, wissenschaftlichen Faktoren wie der tatsächlichen Möglichkeit des Erfolgs oder gesellschaftlichen Faktoren wie einem Erwartungsdruck geschuldet ist, soll hier nicht herausgearbeitet werden. Es scheint in jedem Fall etwas zu geben, was ich vorerst *Verbindlichkeit gegenüber dem Diskurs* nennen will und was in allen Interviews aus verschiedenen Kategorien hervorgeht. Die Interviewpartner sehen ihre Zunft und mit ihr die gängigen Hypothesen als zentralen Hoffnungsträger im Kampf gegen die Alzheimer-Krankheit – im Hinblick auf meine Ausführungen in Kapitel 1.3 und aus wissenschaftsoziologischer Perspektive ist dies plausibel und nachvollziehbar. Die daraus resultierende *Verbindlichkeit* geht, Hand in Hand mit einer gewissen (*neurowissenschaftlichen*) *Ambivalenz*, auch aus folgendem Fragment der Antwort des Interviewpartners 2 (I2) hervor, welche dieser auf meine Frage nach einer Alzheimer-Ätiologie gegeben hat:

»Im Prinzip sind das komplexe Erkrankungen und man kann jetzt nicht alles über einen Kamm scheren oder über ein Molekül, glauben, das lösen zu können. Das ist zu simpel, vom Ansatz her, gedacht gewesen. Aber ich glaube auch nicht, dass es verschwindet, weil, es gibt so viele gute Hinweise, dass das A-Beta [Amyloid-Beta-Peptid] wirklich eine pathophysiologische Relevanz hat. Der beste Beweis sind nach wie vor die genetischen Fälle, die Early-Onset Fälle, die familiären Alzheimerfälle. Das ist eine glasklare genetische Evidenz, dass das A-Beta wirklich auch involviert ist in der Pathophysiologie. Aber damit allein wird man es nicht heilen können, deswegen muss man das, was vorher so bisschen in den Hinter-

grund getreten ist, muss man jetzt einfach fördern und dem auch eine Chance geben. Das ist halt zu wenig forciert worden.« (INT2:15)

Die hier erkennbare Spannung zwischen »zu simpel [...] gedacht«, »gute[n] Hinweise[n]«, dem »beste[n] Beweis« und »glasklare[r] [...] Evidenz« fällt – wie auch Teile der obigen Zitate von I1 – in die Analysekatgorien, die als »Unklarheit der Ätiologie« und »Widerspruch Protein-Hypothesen« codiert sind. Auch hier ist eine klare *Ambivalenz* bezüglich der führenden Forschungshypothesen herauszulesen.

Eine Art *Verbindlichkeit* zeigt sich in diesem Zitat an folgender Stelle: »[...] damit allein wird man es nicht heilen können«. Der Umgang mit der Möglichkeit einer klinischen Behandlung oder gar Heilung der Alzheimer-Krankheit wird erst weiter unten angeschnitten. Doch will ich hier schon andeuten, dass eine *Verbindlichkeit* in Form von sozialen (wissenschaftlichen oder gesellschaftlichen) Erwartungen, Dynamiken, Konventionen oder Zwängen eine Art Heuristik in der Arbeitsweise der Forscher hervorbringen kann, durch welche *Indizien den diskursiven Status von Beweisen erlangen*. Der innere und äußere Druck des Diskurses, durch ein klares Narrativ den Status der Unsicherheit zu verändern, scheint auf allen Seiten sehr groß zu sein. Das Verschwimmen der Begriffe »Hinweis« und »Beweis« ist dem obigen Zitat sogar wörtlich zu entnehmen.

Auch im Zitat von I2 (INT2:15) wird die Amyloid-Hypothese relativiert. Der Verweis auf die »glasklare genetische Evidenz« bezieht sich auf die familiären, genetisch bedingten Alzheimer-Fälle, welche nur einen Bruchteil aller Diagnosen ausmachen. Außerdem ist umstritten, ob die pathologischen Zusammenhänge dieser Alzheimer-Form überhaupt irgendwie auf die weitaus häufigere sporadische Alzheimer-Krankheit übertragen werden können. Wie in dieser Arbeit bereits beschrieben, ist auch die Unterscheidung zwischen Early-Onset-Alzheimer (früheinsetzende, meist familiäre Fälle) und Late-Onset-Alzheimer (späteinsetzende, meist sporadische Fälle) wissenschaftlich nicht klar festzumachen. Zwar spricht die Tatsache, dass diese Formen klinisch ineinander übergehen, für eine mögliche Übertragbarkeit der pathologischen Ursachen, doch fußt dieses Argument für die wichtige Rolle der Proteine in der Krankheitsentstehung wiederum auf einem uneindeutigen Sachverhalt.

Die *Ambivalenz* der Frage nach der Übertragbarkeit der Pathologie der familiären Form auf die sporadische Form wird auch in den folgenden Zitaten des Interviewten 3 (I3) deutlich:

»Ich denke, was die Ursachen betrifft... Es gibt die familiären Formen, ich glaube, da sind die Ursachen klar. Das heißt, die familiären Formen entstehen aufgrund von Mutationen in einer definierten Anzahl von Genen, in den präsenilen Genen und in den Genen des Amyloid-Precursor-Proteins kodiert. Und alle drei Gene stehen ursächlich zusammen mit der Herstellung von Amyloid. Das hat dann zur Amyloid-Kaskaden-Hypothese geführt. Ich glaube, das ist etabliert [...]. Anderer-

seits ist es so, wenn Sie [...] die familiären und die sporadischen Formen vergleichen, dann gibt es da keine Unterschiede, wenn Sie die Klinik anschauen oder die Histopathologie oder die Biochemie, der einzige Unterschied ist, dass, wenn man die Mutationen hat, zum Beispiel in dem APP-Gen oder in dem Presenilin-Gen, dass die Krankheit früher einsetzt. Aber abgesehen davon sind sich die Krankheiten klinisch, histopathologisch und biochemisch ... sind identisch. Von daher denke ich, dass ... von daher können wir den Schluss ziehen, dass es quasi etwas gibt, was in einer Signalkaskade oberhalb von Amyloid und Tau sitzt, aber dass dann der Rest der Kaskade identisch ist. [...] Und es ist dann möglich, man sagt dann, gut, was man bei diesen familiären Formen sieht oder was man am Tiermodell sieht, [...] dass man von dem ableiten kann, das, was in den sporadischen Formen geschieht. Weil letztlich, was allen neurodegenerativen Krankheiten gemeinsam ist, ist, dass es sich um Protein-Aggregations-Erkrankungen handelt.« (INT3:31)

Hier wird für eine Übertragbarkeit der pathologischen Prozesse argumentiert, während die für eine Übertragung basale distinkte Unterscheidung zwischen familiärer und sporadischer Form nicht klar zu sein scheint. Gleichzeitig zeigen diese Aussagen, dass I3 die Protein-Hypothesen als gegeben hinnimmt. Der Forscher I3 arbeitet im Rahmen klinischer Studien sehr anwendungsbezogen und hat einen Ansatz gefunden, der im Diskurs um die Heilung der Alzheimer-Krankheit Erfolg verspricht bzw. für einiges wissenschaftliches wie öffentliches Aufsehen gesorgt hat. Auch aufgrund seiner praxisbezogenen Forschung hat I3 eine hohe Reputation sowohl im Bereich der Hirnforschung als auch im populärwissenschaftlichen und öffentlichen Kontext inne. Entsprechend stellt er sich und sein Vorgehen in einer diplomatischen und selbstsicheren Weise dar. Auch wenn ihm die wissenschaftliche Fraglichkeit der Protein-Hypothesen bewusst zu sein scheint, spricht er ihnen in einer überzeugten und somit überzeugenden Art eine wichtige Rolle in der Entstehung der familiären wie der sporadischen Alzheimer-Form zu. Der letzte Satz bezüglich der Gemeinsamkeit aller neurodegenerativen Erkrankungen (Protein-Aggregate) wiederum spricht zwar für eine Nähe von familiärer und sporadischer Alzheimer-Form, doch nicht für diese Charakteristika als Alleinstellungsmerkmal im Vergleich zu anderen neurodegenerativen Krankheiten.

Später im Interview wird der Forscher explizit nach dem zukünftigen Stellenwert der Amyloid-Hypothese gefragt, worauf hin er diese im ersten Satz infrage stellt (»Das eine ist die Frage, was ist wirklich der Fall«) und dann umliegende Kontexte – quasi als separat zu verhandelnde, aber eigentlich tonangebende Gebiete (»Und dann geschieht vieles natürlich auch in einem politischen und ökonomischen Umfeld«) – ins Spiel bringt:

»Das eine ist die Frage, was ist wirklich der Fall? Und dann geschieht vieles natürlich auch in einem politischen oder ökonomischen Umfeld. [...] [E]in Trial nach dem andern ist gescheitert. Das muss man schon so sehen und das ist ein Pro-

blem. Ich glaub, dass sich die Industrie abwenden wird von dem Amyloid, wenn jetzt auch noch der Biogen-Antikörper scheitert. Ich denke schon auch. Und dann wird man alternative Methoden suchen müssen. Ich denk, das Problem ist vielschichtig, das Problem ist zum Beispiel, dass [...], wenn Sie sich die pharmazeutische Industrie anschauen, dann haben die natürlich ihre internen Programme. Das heißt, die haben nicht zehn Alzheimer-Programme, die haben ein oder zwei Programme. Und oft, selbst, wenn eine Gruppe an einem Institut oder außerhalb der Industrie eine Substanz findet, die wirkt oder einen Mechanismus entdeckt, der sich nicht deckt mit dem, was in der Industrie verfolgt wird, dann ist es für diese Gruppen sehr schwierig, das Interesse der pharmazeutischen Industrie zu gewinnen. Das ist wie ein großer Dampfer, der in eine bestimmte Richtung fährt. Und viele Studien wurden einfach auch nicht früh genug abgebrochen. Ein anderes Problem ist, welche Patienten man auswählt für die Studie, das ist ein großes Problem. Wenn man im frühen Stadium behandelt, was nimmt man als primary endpoint, also was guckt man sich an, wo man einen Effekt sehen möchte. Ich glaub, das ist vor allem in frühen Stadien sehr problematisch. Wenn Sie noch keine großen kognitiven Veränderungen sehen. Was guck ich mir dann eigentlich an? Wenn ich vielleicht nicht glaube, dass das A-Beta ein richtiger (?)⁵ ist, was schau ich mir dann eigentlich an? Das ist ein wirkliches Problem. [...] Ich denke, was es in der Zukunft braucht, ist: mehr kleine klinische Studien, vielleicht auch kombinatorisch, so wie man es auch bei der Krebsbehandlung macht. Dass man jemanden bestrahlt und das kombiniert mit Chemotherapie, vielleicht bei Brustkrebs mit Östrogen-Blockern. Da gibt's ja verschiedene Methoden, die dann kombiniert werden und an den Patienten angepasst werden. [...] [I]ch glaube, es ist ein Fehler, nur auf das A-Beta zu setzen, und ich glaube, die Industrie hat das auch erkannt, man versucht inzwischen auch, Tau-Programme aufzunehmen. Aber das ist natürlich alles sehr kostspielig. So eine Phase 3-Studie kostet, ich weiß nicht, glaube, ne Milliarde Dollar. Das sind Riesenbeträge.« (INT3:35)

Erst wird die Amyloid-Hypothese im Kontext der familiären Alzheimer-Form als etabliert beschrieben und eine zumindest teilweise Übertragbarkeit auf die sporadische Form in Aussicht gestellt. Dann wird ein Scheitern der klinischen Medikamentenstudien mit unpassenden Versuchs-Designs begründet. Implizit wird an mehreren Stellen die Abhängigkeit der Forschung von der pharmazeutischen Industrie benannt. Schließlich wird deutlich gemacht, dass ein Weg, der ausschließlich über Amyloid führt, aussichtslos erscheint. Hier sind verschiedene Aspekte bemerkenswert. I3 bezieht sich in seinem wissenschaftlichen Handeln viel mehr

5 Das Fragezeichen (?) steht für ein im Tondokument unverständlich aufgenommenes Wort. In diesem Kontext wird das in neurowissenschaftlichen Kreisen geläufige Wort »Target« vermutet. »Target« wird im Sinne von Forschungsobjekt oder Angriffspunkt für die Krankheitsbekämpfung verwendet.

auf direkte Translation, also auf potenzielle Behandlungsmöglichkeiten als dies I1 und I2 tun. Dementsprechend ist seine Einschätzung der Amyloid-Hypothese zwar *ambivalent*, doch überspringt er in pragmatischer Anwendungsbezogenheit den Schritt einer Ursachenaufklärung und arbeitet heuristisch »mit dem, was man hat«. Ähnlich dem, was den Aussagen des Forschers I1 zu entnehmen war, wird die Amyloid-Hypothese hier als eine auf Vermutungen basierende Notlösung dargestellt. Die Verwendung des Verbs »glaube«⁶ weist ebenfalls darauf hin: »Wenn ich vielleicht nicht glaube, dass das A-Beta ein richtiger (?) ist, was schau ich mir dann eigentlich an?« (ebd.) Doch besteht ein Unterschied einerseits, wie gesagt, in den Abstraktionsgraden der Tätigkeitsfelder von I1 und I3 (Grundlagenforschung versus klinische Studien über Behandlungsmöglichkeiten) und andererseits und damit zusammenhängend in der Richtung der Kausalität: Wie seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der psychiatrischen Forschung geläufig, versucht I3 in seiner Arbeit den umgekehrten Weg zu gehen, nämlich über die klinische Wirksamkeit eines Psychopharmakons (Symptombekämpfung) auf eine potenzielle Ursache der Krankheit zu schließen. Des Weiteren ist aus dem Zitat INT3:35 wiederum eine *Verbindlichkeit* herauszulesen, welche sich hier im Kontext der Praxisbezogenheit der Tätigkeit vor allem auf die Behandelbarkeit von »Alzheimer« bezieht. Außerdem ist zu dem entsprechenden Zitat insgesamt zu bemerken, dass er mir einerseits – auch jenseits dieses Textfragments – die Amyloid-Kontexte recht aufwendig inhaltlich zu erklären versucht und andererseits sowohl die Bedeutung der Amyloid-Hypothese als auch die Ausführlichkeit seiner Erklärung an sich durch den impliziten Verweis auf die Abhängigkeit der Forschungsansätze von kommerziellen Interessen relativiert.

Der Interviewpartner 4 (I4) zeichnet sich wie I2 durch eine größere Distanz zum Thema aus. Zwar ist er nach wie vor in die Forschung zu neurodegenerativen Krankheiten verwickelt, doch ist die Alzheimer-Krankheit nicht sein Hauptthema:

»Aber es war eigentlich nicht mein Thema, aber ich habe es eben so wohlwollend verfolgt, den Fortschritt auf dem Feld und immer mal wieder macht man sich eben auch seine eigenen Gedanken und [...] ich hatte das Gefühl, dass ich ein, zwei Ideen dazu hätte, wo ich etwas beitragen könnte. Ja, dann habe ich mich eben ein bisschen damit beschäftigt und ein bisschen darauf gearbeitet, aber es ist nicht mein Hauptthema letztlich.« (INT4:3)

Der hier ausgedrückte Abstand zur Debatte und die Aktivitäten auf verschiedenen Feldern mögen damit zusammenhängen, dass I4 einen gewissermaßen besonders offenen und kritischen Umgang mit grundsätzlichen Herangehensweisen

6 Das Verb »glaube« wurde in den fünf Interviews allein in Bezug auf die Fragen nach Amyloid-Hypothese und die Alzheimer-Ätiologie elfmal von vier verschiedenen Interviewpartnern (I2-I5) verwendet.

in der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung an den Tag legt. Dennoch ist auch seine Arbeit von der führenden Hypothese und mindestens deren Kontext bestimmt, wie sich in relativ aktuellen Veröffentlichungen (September 2018) und im Interview zeigt. Seine Eingangserklärung zu Beginn des Gesprächs präsentiert die beschriebenen Muster:

»[E]s gibt bei der Alzheimer-Demenz zwei mikroskopische Merkmale [Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel], die man eben sieht, die sehr genau chemisch untersucht werden und untersucht worden sind. Und relativ – im Verhältnis – überraschend wenig wird oder wurde dazu geforscht, wie es dazu kommt, dass diese beiden letztlich entstehen, diese Merkmale. Also die Details des Prozesses der Entstehung des Merkmals, [...] die Details werden sehr genau analysiert, aber wie es dazu kam, [...] das irgendwie weniger. [...] Kann man vielleicht sagen: gibt es einen Kausalfaktor oder eine Theorie oder Hypothese, wie man weiter oben, also upstream, wie englisch modern gesagt wird, die sichtbaren Veränderungen bei Alzheimer, wie man die vielleicht erklären kann? Ja, es gibt da nicht so viele Ideen, ein paar, und wir haben eben auch eine Idee und gehen der nach.« (INT4:5)

Zwar setzt der Ansatz von I4 weiter oben, also vor der Amyloid-Entstehung und der Entstehung der Fibrillenbündel an, doch bezieht er sich ebenfalls auf die Protein-Aggregate als Ausgangspunkt der Auseinandersetzung. Und gerade dieser »upstream«-Ansatz impliziert eine Gewissheit bezüglich der gängigen Hypothesen. I4 will schließlich nicht diese Hypothesen untersuchen, sondern sieht sie als gegebene Kennzeichen, deren Ursprung er untersucht. Auf meine Frage nach einem Alleinstellungsmerkmal zeigt sich allerdings, dass ihm bewusst ist, dass diese Kennzeichen nicht nur der Alzheimer-Krankheit zugeschrieben werden:

»Also etwas, was die Alzheimer-Demenz völlig [...] unterscheidbar macht, gibt es, glaube ich, nicht. Also nicht aus pathologisch, molekularbiologisch, biochemischer Hinsicht. Sie haben sowohl Phänotypen, also Erscheinungen, was man nicht mehr lernt, wie man sich verhält, dieses Misstrauen zum Beispiel der Patienten, aber auch aus mikroskopischer Sicht, die biochemischen Veränderungen, die finden Sie isoliert immer auch bei anderen Erkrankungen. Also es ist quasi das Zusammenkommen dieser verschiedenen Faktoren, aber viele Leute, auch Pathologen – und denen folge ich, wenn ich die Artikel lese, ich kann denen soweit zustimmen, obwohl ich selber kein Pathologe bin, aber es kommt mir plausibel vor, dass es ein Kontinuum ist, was man da sieht und dass es quasi direkt auch ohne scharfe Abgrenzung auch in andere Demenz- oder neurodegenerative Krankheiten übergehen kann und das auch tut.« (INT4:7)

Auch hier werden *Ambivalenzen* deutlich. Doch so wie I3 in Bezug auf Therapiemöglichkeiten und im Zuge der Fokussierung auf klinische Studien die Frage nach den Protein-Hypothesen überspringt und sie damit zustimmend beantwortet, neigt

auch I4 dazu, diese Hypothesen und die *Verbindlichkeit* seiner Arbeit indirekt zu bestärken, wenn es um Therapierbarkeit geht:

»[A]lso die Amyloid-Hypothese und die molekularbiologischen Dinge, die beschrieben worden sind, also die Aggregation von Plaques, die Zusammensetzung, der Schnitt des Ganzen, wann und wo welche Zellen es machen und wo das heraus hervorgeht, das ist sicher und gut gemacht, hervorragende Arbeit und man sieht die Plaques auch und man hat die Plaques eigentlich auch schon als Kriterium für die Definition von Alzheimer herangezogen. Also dieser Teil der Erklärung eines Krankheitsbildes, den würde ich schon als soweit korrekt einschätzen. Nur ist all das, was dort beschrieben wird, jetzt meiner Meinung nach, ziemlich weit am Ende einer längeren, sehr viel längeren Kaskade und ich bezweifle sehr stark, dass man an diesem späten Punkt ein wirklich gutes Medikament entwickeln könnte.« (INT4:15)

Die Interviewpartner bringen die Proteinablagerungen alle von sich aus ins Spiel, relativieren diese als Faktor aber irgendwann wieder. Das gerade angeführte Zitat betont, dass die Amyloid-Mechanismen unklar sind und deshalb *gerade* auf die Frage der gesamten Kausalität als Kaskade wert gelegt werden müsse. I5 dagegen konstatiert im Hinblick auf Amyloid-Plaques als pathoätiologischen Meilenstein der Alzheimer-Forschung den einzigen eindeutigen Kontrast unter den fünf Befragten:

»Diese Amyloid-Kaskaden-Hypothese. Es hat immer wieder Widerstand dagegen gegeben. Also ich habe der auch nie angehangen, zu keinem Zeitpunkt. Und der Widerstand ist unterschiedlich groß, bis in die Gegenwart. Deshalb ja auch dieses Symposium [in Hannover]. Aber es ist auf der anderen Seite auch, sehr interessanterweise, sozusagen gruppendynamisch unheimlich schwierig, gegen diese These anzukämpfen. Und die hält sich sehr hartnäckig. [...] Ich glaube nicht, dass die Amyloid-Kaskaden-Hypothese tragfähig etwas leisten kann, weder in der Vergangenheit noch in der Zukunft. Es ist eine übersimplifizierte Sicht auf einen komplexen Sachverhalt, bei dem man mal mit etwas Abstand und etwas Gelassenheit sagen würde, es ist einem eigentlich unverständlich, wie ein, sagen wir mal, ein Akademiker annehmen kann, dass es so simpel ist. Wenn es so simpel wäre, dann hätte man die Sache relativ leicht im Griff und alle Therapieansätze, die auf dieser Theorie beruhen – das hat auch immer unterschiedliche Gründe natürlich – aber die sind alle gescheitert bisher. Es gibt viele Gründe, könnte man sehr viel zu sagen, ist schon sehr viel zu gesagt worden, was gegen dieses Konzept spricht, aber solange keiner ein anderes, besseres Konzept hat, wird sich das wahrscheinlich noch eine Weile halten. [...] Ich halte das für einen der stärksten Irrtümer in der Wissenschaft des 20., 21. Jahrhunderts im Grunde genommen. Da sind Milliarden versenkt worden im Prinzip durch dieses dogmatische Festhalten, was ja

nicht heißt, dass man das nicht überprüfen muss. Aber es ist ein dogmatisches Festhalten an Annahmen, an unbewiesenen Annahmen, was eigentlich für Wissenschaft ungewöhnlich ist. Da Wissenschaft sich eigentlich immer sehr stark der Kritik verpflichtet.« (INT5:21)

I5 spricht sich klar gegen die Amyloid-Kaskaden-Hypothese aus. Die *Ambivalenz* bezüglich der führenden Hypothesen ist hier also nicht vorhanden. Ihre Alternativlosigkeit als Grund für ihr weiteres Fortbestehen wird allerdings wie selbstverständlich formuliert. Daraus ergibt sich im Kontext von angestrebter »tragfähiger Leistung« eines Forschungsansatzes die oben angesprochene *Verbindlichkeit* auch für seine medizinisch-klinische Grundlagenforschung. Die *Verbindlichkeit* besteht hier nicht in direktem Bezug zum »Amyloid-Denkkollektiv«, bezieht sich aber ebenfalls auf eine neurowissenschaftliche Begrenzung im Rahmen des im Theorieteil dieser Arbeit beschriebenen »kreationistischen« Konzepts der Alzheimer-Krankheit (vgl. 1.3.2.8). I5 erwähnt die Vergangenheit der Alzheimer-Forschung, in der die Amyloid-Hypothese ebenfalls keine Fortschritte brachte. Hier bleibt allerdings unerwähnt, dass die benannte Hypothese die Grundlage des »kreationistischen« Alzheimer-Narrativs und somit auch für alternative neurowissenschaftliche Ansätze darstellt. Andererseits geht er auf die Möglichkeit des Hinterfragens einer bereits aufgestellten These ein. Die Aussagen von I5 erweisen sich also als eindeutig kritisch gegenüber diesem »starken wissenschaftlichen Irrtum« (vgl. INT5:21) und der Befragte spricht offen über die Macht der (teilweise »mafiosen«) Strukturen, die auf dieser Fehleinschätzung beruhen und sogar wider besseres Wissen aufrechterhalten werden (vgl. ebd. im Anhang der archivierten Prüfungsversion). Wie sich auch in anderen Veröffentlichungen von I5 zeigt, stellt er stets andere neurowissenschaftliche Ansätze neben oder vor die Amyloid-Kaskaden-Hypothese. Und trotz seiner Offenheit, die er auch bezüglich der Fragwürdigkeit der Verbindung zwischen klinischer und pathologischer Alzheimer-Krankheit an den Tag legt (siehe nächstes Kap.), verdankt sich seine Rolle im Alzheimer-Diskurs durchaus auch der Suche nach *Alternativen*, welche sich wiederum über den von Alois Alzheimer und Emil Kraepelin geschaffenen Ausgangspunkt Alzheimer-Demenz und die damit verbundenen Hypothesen definieren. So ist das Paradigma einer translationalen Medizin, welche Forschung nach dem Prinzip »from bench to bedside« (»vom Labortisch zum Krankenbett«) betreibt, bei allen Forschern tief verwurzelt. Alle fünf Interviewpartner sind fest von dem Gedanken überzeugt, Laborergebnisse (auch der Grundlagenforschung) möglichst direkt in die klinische Anwendung »übersetzen« zu wollen, können oder müssen. Nach Ludwik Fleck wäre schließlich auch – oder erst recht – I5 zu einem gewissen Maß ein Katalysator des Alzheimer-Denkstils, indem er einen vom Alzheimer-Denkkollektiv bestimmten »Zweck des Wissens« (Schäfer et al. 1983:17) (die angesprochene soziale und innerfachliche *Verbindlichkeit* der neurowissenschaftlichen Forschung, Erkenntnis, Heilung, Behand-

lung, Prävention oder Translation) durch die anerkannte Art der Beobachtung (Mikroskopie, Mikrobiologie, Neurobiologie, Biochemie, Translation etc.) des als würdig erklärten Gegenstands verfolgt (vgl. ebd.). Hier wäre allerdings einschränkend zu fragen, was der als würdig erklärte Gegenstand der Beobachtung ist, der aus der beschriebenen *Verbindlichkeit und Ambivalenz* hervorgeht: die Gesellschaft, das Individuum, das menschliche Gehirn, die Amyloid-Plaques, andere pathologische Merkmale oder gar die Translation selbst?

3.1.2 Spiel mit dem Diskurs 2: Hirnwissenschaftliche Pathologie oder klinische Diagnose?

Im Folgenden werden – aufbauend auf den Codes und Kategorien, die für das vorangegangene Kapitel relevant waren – vor allem die Kategorien eine Rolle spielen, die über die Codes »Bildgebende Verfahren und Diagnose« sowie »Labor versus Klinik« analysiert wurden.

»Also ich bin kein Kliniker. Ich weiß nicht, ob ich da kompetent genug bin, mich zu äußern. Ich kann mich nur aufgrund der Literatur, aber nicht aus eigener Erfahrung dazu äußern.« (INT3:29) Nach der Klinik der Alzheimer-Krankheit und ihrem Dasein als Ausschlussdiagnose gefragt (vgl. Kap. 1.3.2.7), verweist I3 auf sein Fachgebiet und seinen fehlenden Bezug zum klinischen Alltag, obwohl gerade I3 einer derjenigen unter den Befragten ist, deren Arbeit regelmäßig in klinische Studien mündet und eng mit ihnen verhandelt ist. Diese eindeutige Trennung ist allerdings weder im allgemeinen übergeordneten Alzheimer-Diskurs noch in den Einzelgesprächen (inklusive Interview 3) selbstverständlich. Wie in Kapitel 1.3 bereits angedeutet, existieren Diskrepanzen zwischen den klinischen und den pathologischen Definitionen, um die sich der Begriff »Alzheimer« dreht. Dies ist einerseits der Literatur zu entnehmen als auch einigen Aussagen der interviewten Hirnwissenschaftler. Neben der unbewiesenen neuromolekularen Pathologie gibt es keine Belege dafür, dass bei den Demenz-Patienten, die in der Alzheimer-Statistik geführt werden und die mindestens 60 % aller Demenz-Fälle ausmachen, die Proteinablagerungen überhaupt vorhanden sind. Um diese festzumachen, sind die Diagnosemöglichkeiten zu provisorisch. Die mit den klinischen Symptomen assoziierten zerebralen »Schäden« sind nur post mortem per Autopsie oder zu Lebzeiten durch eine angesichts fehlender Heilungsmöglichkeiten medizinisch fahrlässig erscheinende, weil sehr invasive und riskante Biopsie (Entnahme einer Gehirngewebeprobe) manifestierbar. Bildgebende Verfahren (MRTs oder PETs) sind nach wie vor zu teuer und zu wenig verlässlich, um sie als für den klinischen Alltag tauglich zu erachten. Zumindest ist ihre Tauglichkeit weitgehend umstritten. Und auch die Zerebrospinalflüssigkeits-Analyse (Liquor-Analyse) kann (noch) nicht als etabliert angesehen werden.

Andersherum kann durch eine Obduktion allein keine Alzheimer-Krankheit angenommen werden, selbst wenn sowohl die entsprechenden Protein-Aggregate als auch Hirnatrophie vorliegen. Dazu braucht es die klinische Bestätigung der Demenz-Symptome vor dem Tod. Schließlich sind die Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel zusammen mit der Hirnatrophie nicht nur keine notwendige, sondern auch keine hinreichende Bedingung für eine (Alzheimer-)Demenz (vgl. Snowden 2003; Whitehouse 2009; Lock 2008; Winblad 2016). Seit Alois Alzheimer wird dieser Zusammenhang heftig diskutiert (vgl. Fox 1989 und Kap. 1.3.2). Die im klinischen Alltag relevante Alzheimer-Demenz bleibt also trotz ihrer Häufigkeit eine provisorische Ausschlussdiagnose.

At present, only a provisional clinical diagnosis can be made for AD, and this usually takes place during the last phase of the underlying pathological process. Diagnoses based on ante mortem observation, even with the help of advancing ancillary disciplines, such as neuroimaging and biomarkers, are still too unreliable, thereby necessitating post mortem confirmation.« (Braak et al. 2015:1f.)

In diesem Prolog von *Neuroanatomy and Pathology of Sporadic Alzheimer's Disease* werden die Diagnosemöglichkeiten zwar als sehr eingeschränkt beschrieben, doch wird ein ganz bestimmter pathologischer Prozess unterstellt und andererseits eine klare klinische Ausprägung formuliert:

»Clinically, its earliest sign is a subtle decline in memory functions in a state of clear consciousness. Intellectual and practical skills gradually worsen, and personality changes manifest themselves, followed by deterioration of language functions, impairment of visuospatial tasks, and, in the end, dysregulation of autonomic functions and dysfunction of the motor system in the form of a hypokinetic hypertonic syndrome.« (Braak et al. 2015:1)

Die beiden von mir bereits in Kapitel 1.3.2.7 unterschiedenen Alzheimer-Arten (die klinische und die pathologische) existieren scheinbar größtenteils parallel, ohne dass es wirklich belegte naturwissenschaftlich-kausale Verbindungen gibt. Selbst wenn die pathologischen Protein-Hypothesen verifiziert würden, wäre dies im klinischen Alltag nur von beschränktem Nutzen. Natürlich existieren Berührungspunkte im Diskurs, auf welche die Legitimität der hirnwissenschaftlichen Alzheimer-Forschung angewiesen ist. 60 % aller in Deutschland lebenden Demenzpatienten werden immer wieder und an prominenter Stelle als Alzheimer-Kranke »typisiert«. Beispielsweise steht seit Beginn des Jahres 2017 am Ende der meisten E-Mail-Newsletter von Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. unter der Überschrift »Hintergrund«: »In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,7^[7] Millionen Menschen mit Demenz. Ungefähr 60 Prozent davon leiden an einer Demenz vom Typ

7 Diese Zahl veränderte sich im Laufe der Zeit von 2017 bis 2019 von 1,6 zu 1,7.

Alzheimer. Die Zahl der Demenzkranken wird bis 2050 auf 3 Millionen steigen, sofern kein Durchbruch in der Therapie gelingt.« (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018) Inwieweit reflektieren die interviewten Hirnwissenschaftler die Frage nach einer Widersprüchlichkeit der Alzheimer-Definitionen, die die Hirnforscher im Gegensatz zu den Experten der Klinik vertreten? Inwieweit gibt es überhaupt eine Wahrnehmung der Unterscheidung zwischen der Alzheimer-Krankheit der Pathologie und der Alzheimer-Demenz der Klinik?

Einer der Forscher verwies bei der Beantwortung der Frage nach einer speziellen klinischen Ausprägung der Alzheimer-Krankheit explizit auf den Begriff »Demenz«, welcher allgemein eine Störung des Erinnerungsvermögens und der kognitiven Leistung mit verschiedenen möglichen Ursachen beschreibe. Dagegen sei die »Alzheimer-Krankheit [...] pathologisch charakterisiert [...] durch Protein-Aggregate im Gehirn«. (INT1:5) »[D]ie Definition an sich Alzheimer wird ja pathologisch getroffen, das heißt, Amyloid ist ein essenzielles Kriterium für die Alzheimer-Diagnose.« (Ebd.:17) Alzheimer sei in der Klinik nicht einfach von anderen Demenzformen mit ähnlichen Ausprägungen unterscheidbar. Auch das Ausschlussverfahren durch neuropsychologische Tests sei »nicht ganz einfach« und es gebe »auch überlappende Formen« (ebd.:9). Alzheimer ist dieser Aussage zufolge also nicht eindeutig klinisch festzumachen. Später wird im selben Interview erklärt:

»Es gibt ja dieses funktionelle Imaging, dass man sozusagen Hirn-Topographie macht bei lebenden Patienten und sich da den Zustand anguckt. Das wird schon immer sehr genauer, die Frage ist halt, inwieweit man dann die Diagnose vorantreibt. Das würde ich gar nicht so problematisch sehen, dass es jetzt eine riesen Herausforderungen ist, da die Krankheit auch bei lebenden Personen zu diagnostizieren.« (INT1:51)

Hier wird in Aussicht gestellt, dass die nach wie vor problematischen Diagnoseverfahren mit der nötigen Anstrengung erfolgreich sein können, um die, wie oben gezeigt, völlig unklaren Parameter zu messen. Weiter unten werden wiederum die kognitiven Tests und psychologischen Befragungen als letztendliches Kriterium für das Feststellen einer Alzheimer-Krankheit angeführt, obwohl diese Tests lediglich die allgemeine *Verhaltensstörung Demenz* erkennen lassen können. Scheinbar zwangsläufig wird die Alzheimer-Krankheit hier mit Demenz vermischt:

»Ich denke, [...] die am besten abgesicherte Diagnose ist immer noch die klinische, also über Befragung, über kognitive Tests, das gibt schon mal ein sehr gutes Bild auch über den Zustand des Patienten. Und wenn da eben dann eine Diagnose stattgefunden hat oder Hinweise sind auf eine Demenz oder die Alzheimer-Krankheit, dann wird in der Regel das eben weiter abgesichert. Es wird ein Imaging gemacht. Manchmal, es gibt bestimmte biochemische Marker, also man kann dann – im Blut nicht unbedingt – aber man kann dann durch Mikropunktionen be-

stimmte Marker noch heranziehen oder nachweisen, die für die Krankheit sprechen. Die sind allerdings eher in Kombination mit der klinischen Diagnose dann wertvoll, sozusagen.« (INT1:55)

Des Weiteren begründet der Forscher im Interview das Versagen von Studien zum Zwecke der Therapieentwicklung durch ein falsches klinisches Design. Die Studien, welche auf einer im Labor entwickelten Pathologie gründeten, hätten ihm zufolge in einer präklinischen Phase stattfinden müssen, also zu einem Zeitpunkt, zu dem bei den Patienten zwar Amyloid-Plaques feststellbar waren, aber die Krankheit noch nicht ausgebrochen war (vgl. ebd.:15). Die in seiner Aussage als besonders wichtig beschriebene klinische Diagnose (vgl. ebd.:55) wäre hier also gar nicht möglich. I3 argumentiert genau gegenteilig, weil angesichts der fehlenden Klarheit der Protein-Zusammenhänge nicht klar wäre, was die Studien eigentlich finden sollen, solange noch keine Krankheit ausgebrochen ist (vgl. INT3:35). Welches Argument auch immer angeführt wird: man vermischt hier die Bereiche der Pathologie und der Klinik, um über den nächsten Schritt »Therapiemöglichkeiten« zu sprechen, während gleichzeitig eine eindeutige Diagnosemöglichkeit – selbst *nach* Ausbruch der Krankheit – infrage gestellt wurde.

Der Begriff »Überlapp« im folgenden Zitat zeigt, dass – auch wenn es so zitiert nicht bekräftigt wird und einige Studien hinsichtlich »falscher« Alzheimer-Diagnosen (vgl. Snowdon 2003 oder Winblad 2016) scheinbar ausgeblendet werden – die Verbindung von klinischer (Alzheimer-)Demenz und der pathologischen Alzheimer-Krankheit eher als eine Korrelation im Sinne einer mehr oder weniger zufälligen Überschneidung gesehen wird und weniger als eine stichfeste Kausalität: »Letztendlich, aber da ist schon ein sehr hoher Überlapp. Dass man da so in der klinischen Diagnose falsch liegt, das kommt so eigentlich – schon vor – aber es ist schon eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Diagnose dann eben stimmt.« (INT1:51)

Die Verbindung von Klinik und Pathologie wird immer wieder eingeschränkt und gleichzeitig gerechtfertigt. So ist auch plausibel, dass Durchbrüche in der Alzheimer-Pathologie möglich sind, während die klinische Demenz bzw. ihre Heilung ganz offiziell ein Buch mit sieben Siegeln bleibt:

»[D]a muss man halt unterscheiden dann, auf was sich dann so eine Meldung von Durchbruch bezieht. Ich denke, es gibt schon sehr wichtige Erkenntnisse, was die Pathogenese der Krankheit angeht, da kann man durchaus dann in der Forschung auch von Durchbrüchen sprechen, das heißt, die Faktoren, die eigentlich dann zu diesen Ablagerungen führen, die sind relativ gut verstanden, also wir kennen die entsprechenden Gene, die Genetik der Alzheimer-Krankheit ist relativ gut verstanden. Die Frage ist eigentlich eher, inwieweit halt so ein Ursprung aus der Grundlagenforschung, was den Erkenntnisgewinn angeht, dann auch umgesetzt werden kann oder wie wertvoll sozusagen so eine Erkenntnis ist letztendlich für

eine Therapie. Also letztendlich die Meldung über einen Durchbruch im Zusammenhang mit einer Therapie, die sind meiner Meinung nach schon sehr übertrieben. Also da kann man ja eigentlich überhaupt nicht von Durchbruch sprechen, weil es keine Behandlung gibt, also zumindest keine besonders effektive Behandlung, jetzt mal abgesehen von Pflege, aber so Molekularbehandlung oder pharmakologische Behandlung, die sind alle nicht besonders effektiv und von daher muss man eben vorsichtig sein. Ich mein, es gab und wird auch weiterhin sogenannte Durchbrüche in der Forschung, in der Erforschung der Krankheit geben, aber eben der wichtigste Durchbruch letztendlich für eine Therapie, der war noch nicht geschehen bisher und da sind also alle Meldungen dahingehend bisschen übertrieben, meiner Meinung nach.« (INT1:35)

»Krankheit« meint in diesem Zitat eindeutig eine rein hirnpathologisch manifestierte Sache. Die klinische Demenz vom Alzheimer-Typ wird gar nicht direkt mit der Hirnpathologie in Verbindung gebracht, sondern wiederum im Rückschluss über eine potenzielle Therapie definiert, die mit der Hirnpathologie assoziiert werden könnte. Das Zusammenspiel von *Ambivalenz* und *Verbindlichkeit* bezüglich der Protein-Hypothesen und der Alzheimer-Krankheit als neuropathologische Entität setzt sich in der Frage nach der Klinik der Alzheimer-Krankheit fort. Das folgende Zitat wird im späteren Verlauf des Interviews INT1 mit Verweis auf die Diagnosemöglichkeiten mithilfe bildgebender Verfahren immer wieder relativiert (vgl. oben ebd.:51), doch dauert es bemerkenswert lange, bis I1 die Alzheimer-Krankheit als Syndrom, also als lose zusammenhängende körperliche oder soziale Merkmale, die mehr oder weniger zufällig zusammenfallen, bezeichnet:

»[D]ass bei der Alzheimer-Pathologie diese beiden Protein-Aggregate vorhanden sein müssen, das ist natürlich so ein Ja-Nein-Befund, aber sowohl in der Pathologie selbst als auch in der klinischen Ausprägung ist da eine riesen Variation vorhanden; also die Patienten unterscheiden sich, also auch neuropsychologisch, es gibt Leute, die sind eher depressive, in einer depressiven Verfassung, die anderen sind aggressiv, es gibt da alle möglichen Ausprägungen, wobei pathologisch sozusagen immer diese beiden Charakteristika vorhanden sind. Aber auch im Gehirn gibt's da massive Unterschiede, einmal was die Menge dieser Ablagerungen angeht, es gibt bestimmte Unterschiede in der Verteilung sozusagen dieser Ablagerungen im Gehirn, also verschiedene Gehirnregionen, die befallen sind. Und ich denke, das muss man eigentlich noch viel, viel besser verstehen, inwieweit diese Heterogenität auf pathologischer Ebene eben den klinischen Phänotyp beeinträchtigen kann. Da ist man eigentlich noch relativ am Anfang. Man versteht erst sozusagen jetzt, wie heterogen auf allen Ebenen sowohl klinisch als auch pathologisch die Krankheit sein kann. Man spricht da auch von Subtypen sozusagen der Alzheimer-Krankheit. Das ist vielleicht eher auch ein Syndrom, also die korrektere Bezeichnung wäre eher so ein Alzheimer-Syndrom, was ja dann irgendwie

schon anzeigt, dass es eben ein heterogenes Krankheitsbild ist und keine stark ganz eng definierte Krankheit an sich, die so einen Auslöser hat; das ist von der Bezeichnung her schon etwas schwierig.« (INT1:49)

Der Umgang der Forscher mit dem Wechselspiel von *Verbindlichkeit* und *Ambivalenz* gegenüber den Herausforderungen der Alzheimer-Krankheit wird von I2 relativ unmittelbar problematisiert, wenn auch in einem anderen Kontext. Zwar bezieht sich das folgende Zitat auf meine Frage nach seiner Meinung über Öffentlichkeitsarbeit durch Hirnwissenschaftler und deren Umgang mit verschiedenen Medien, doch zeigt es ganz allgemein die Schwierigkeiten auf, die die Konfusionen des Feldes bereiten:

»Allerdings muss man halt auch sagen, dass die Erkenntnisse von verschiedenen Instituten und Kliniken, die sind ja nicht immer ganz homogen, einheitlich, das ist ja teilweise auch ein bisschen widersprüchlich. Da muss man ein bisschen aufpassen, dass man... und das Thema ist natürlich wahnsinnig komplex. Man muss da aufpassen, dass man da nicht mehr Verwirrung stiftet, das man da was Positives erreicht.« (INT2:31)

Der potenziellen »Verwirrung« zu trotzen und etwas »Positives« zu erreichen, könnte auch bedeuten, den *wissen- und gesellschaftlichen Verbindlichkeiten* nachzukommen, ohne sich in den gängigen Widersprüchen und *Ambivalenzen* zu verfangen.

Als ich I4 frage, inwieweit die Alzheimer-Krankheit auf klinischer Ebene vor allem als Ausschlussdiagnose fungiert, bringt dieser eine bestimmte *Verbindlichkeit* auf den Punkt und verweist auf den auch von Ludwik Fleck geschilderten Habitus der Ärzte (vgl. Fleck 1983a:38), nach einem vereinfachenden Konzept zu agieren:

»Alles, was man nicht den andern so zuordnen kann, also vaskulär[e Demenz] zum Beispiel oder genetisch: das schiebt man erstmal in Richtung Alzheimer und da ist es gut aufgehoben. Und falls es dann doch was anderes ist, kommt es eben weg. Also letztlich ist Alzheimer schon ein bisschen der Sammelpool für alles, was übrig bleibt. Und man könnte das jetzt an bestimmten Kriterien genauer differenzieren, aber diese Kriterien sind schon teuer. Man muss Leute in bildgebende Röhren reinschieben und selbst dann sind sich die Experten ja offenbar gar nicht so ganz einig, was definiere ich jetzt als unbedingt notwendige Voraussetzung für Alzheimer. Da gibt es an den Rändern schon eine gewisse Unsicherheit – die Kliniker haben sich ein übliches Konzept halt erarbeitet –, aber soweit ich das weiß und so hört man das auch manchmal von den Neurologen in der Klinik, sagen sie: Ja, es ist... ein paar Kriterien sind erfüllt, die andern nicht, aber wir packen ihn zu Alzheimer, weil das dem Patienten entgegenkommt, überhaupt etwas zu hören. Was habe ich eigentlich? Bin ich bekannt in der Medizin oder bin ich ein ungelöster Fall? Es ist einfach schöner, sowohl für Patienten wie Arzt, diesen Namen zu

haben, dann kann man nämlich ein bisschen was probieren therapeutisch, auch wenn es nichts so gutes gibt. Es ist immer noch besser als zu sagen, Sie haben eine unklare Gehirnerkrankung, die wir nicht einordnen können.« (INT4:9)

Der klinischen *Verbindlichkeit* wird also nachgekommen, indem die pathologischen *Ambivalenzen* ausgeblendet werden. Auch I5, ausgebildeter Mediziner und nach eigenen Worten in der »klinischen Grundlagenforschung« tätig, spricht dies nüchtern aus:

»[...] ja. Es ist eine Ausschlussdiagnose. Sie müssen im Prinzip alle anderen Ursachen ausschließen, bis das nur noch übrig bleibt. Man hat heute durch die bildgebenden Verfahren ein bisschen bessere Möglichkeiten als vor vielen Jahren, also Amyloid-PETs, aber das hat man nun auch nicht überall, das gibt es nur in bestimmten Forschungszentren, also für die klinische Routine ist das natürlich nicht geeignet.« (INT5:37)

Und dennoch bleibt auch bei dem klinisch orientierten Forscher I5 eine *Verbindlichkeit* gegenüber den technologischen Möglichkeiten *und* bestehenden Hypothesen, zumal er den Protein-Ablagerungen vorher bereits eine bestimmte Rolle im Kontext der »Diagnose« eingeräumt hat. Doch geht es bei diesen Zugeständnissen keineswegs um eine klinische Diagnose:

»Sie können alleine durch die klinische Untersuchung gewisse Hinweise erhalten, aber das ist nicht spezifisch. Sie brauchen also immer noch... Ja, wir sagen dazu Biomarker, also molekulare Hinweise oder eben auch bildgebende durch Positronenemissions-Tomographie, um sich die Ablagerungen im Gehirn anzugucken. Ansonsten rein klinisch können Sie das nicht diagnostizieren.« (INT5:15)

Er redet hier von Diagnose. Als ich bezüglich der Klinik nachhake, fährt er fort: »Also es ist eine kognitive Störung oder eine Demenz. Aber was die Demenz hervorruft, ob das Alzheimer ist oder etwas anderes, das können Sie nicht letztendlich mit Sicherheit sagen. Sie können nur die Demenz klinisch diagnostizieren.« (Ebd.:17) Auf meine Nachfrage, ob eine Alzheimer-Diagnose auf neurologischer Ebene über bildgebende Verfahren möglich wäre, antwortet er: »Da wäre es möglich, ja. Da kann man spezifische Ablagerungen sichtbar machen und das ist dann auch beweisend letzten Endes.« (Ebd.:19)

Doch was soll hier bewiesen bzw. diagnostiziert werden? Die Amyloid-Ablagerungen, deren Rolle für die ätiopathologischen Mechanismen der Alzheimer-Krankheit er selbst bezweifelt? Oder bezieht sich der Forscher auf weitere pathologische Merkmale, die über bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden könnten? Wie auch immer: Das klinische Phänomen Demenz scheint an dieser Stelle eindeutig ausgeklammert.

Geht es vielleicht einzig um den Beweis *irgendeines beliebigen* Zusammenhangs zwischen Gehirn und Verhalten oder zwischen Pathologie und Klinik? Und zwischen welchen der folgenden Teile unserer Lebenswelt sollte oder könnte überhaupt eine Translation hergestellt werden? Gesellschaft, Individuum, Gehirn, Amyloid-Plaques, Neurofibrillenbündel, sonstige zerebrale Krankheitszeichen?

Die Unterscheidung, die ich in Punkt 1.3.2.7 getroffen habe, scheint bei der Betrachtung aller fünf Interviews bestätigt zu werden. Die Alzheimer-Krankheit, die posthum pathophysiologisch im Gehirn erkannt werden kann und die das eigentliche Forschungsobjekt der Alzheimer-Forschung (Neurologie, Molekular-Biologie, Genetik etc.) darstellt, ist *keine Demenz im klinischen oder gar im sozialen Sinn eines abweichenden Verhaltens*.

In einem *anderen sozialen Sinn* aber ist bei der Alzheimer-Krankheit durchaus von Demenz als lebensweltlich signifikante Tatsache zu sprechen: Die posthum pathologisch festgestellte Alzheimer-Krankheit ist mindestens insofern ein soziales Phänomen, als sie in einen kulturellen Dialekt biomedizinischer und technologischer Machbarkeiten verwoben ist (vgl. Haraway 2014), dem ich mich hier mit dem Begriff der *Verbindlichkeit* genähert habe. Nicht das abweichende Verhalten der Patienten ist der soziale Aspekt der Alzheimer-Krankheit, sondern die Sprache, in der das Signifikat »Alzheimer-Krankheit« den Signifikant »Demenz« bezeichnet. Das klinische Demenz-Syndrom, welches als Alzheimer-Demenz oder Demenz vom Alzheimer-Typ diagnostiziert wird, also die ärztliche Alzheimer-Klassifizierung über die ICD-10 basiert auf einem von Alois Alzheimer und Kollegen in die Welt gesetzten Denkstil, dessen kultureller *Verbindlichkeit* die Hirnforscher *ambivalent*, aber pragmatisch gegenüberstehen – als Teil des Alzheimer-Denkkollektivs. So ist vermutlich auch die über Ausschlussverfahren diagnostizierte Alzheimer-Demenz eine »echte« klinische Demenzform, solange sie ihren Bezug zu den relevanten Technologien und »kreationistischen« Paradigmen (vgl. Kap. 1.3.2.8) nicht verliert. Oder andersherum: Womöglich ist gerade die klinisch diagnostizierte Demenz vom Alzheimer-Typ (die am häufigsten diagnostizierte Demenzform überhaupt) die eigentliche Alzheimer-Krankheit. Nicht nur, weil der diagnostizierende Arzt durch den täglichen Kontakt zum menschlichen Körper und damit zu einem gesellschaftlichen Macht-Katalysator den Alltags-Diskurs bestimmt und unsere Lebenswelt mit Technikvokabeln füttert, sondern weil in der klinischen Praxis das Nicht-Wissen in Hinblick auf Krankheitsphänomene eine traditionelle Routine darstellt, weil im klinischen Kontext der kulturelle Dialekt der hirnwissenschaftlichen Alzheimer-Bilder ohne Irritation gesprochen werden kann und weil die ominösen *Verbindlichkeiten* hier nicht durch innerwissenschaftliche *Ambivalenzen* gestört werden. Noch einmal Fleck an dieser Stelle:

»Diese [...] idealen, fiktiven Bilder, Krankheitseinheiten genannt, um die sich so individuelle und veränderliche Krankheitsphänomene gruppieren, ihnen aber nie

völlig entsprechen, schafft das ärztliche Denken auf der einen Seite durch spezifisches, weitgehendes Abstrahieren, d.h. durch das Verwerfen einiger beobachteter Daten, auf der anderen Seite durch das ebenfalls spezifische Aufbauen von Hypothesen, d.h. durch das Vermuten nicht beobachteter Zusammenhänge.« (Fleck 1983a:38)

Die klinischen, sozialen und kulturellen Ambivalenzen, die das sozial abweichende Verhalten eines Menschen mit Demenz erzeugt (z.B. anstrengende Alltagssituationen), sind nicht die *Ambivalenzen* und Widersprüchlichkeiten, denen ein Alzheimer-Forscher auf dem Gebiet der Hirnwissenschaft gegenüber steht. Oder doch? Hier müsste vielleicht vergleichende Forschung betrieben werden. Fest steht, dass die Alzheimer-Hirnforschung, wie ich im Theorieteil gezeigt habe, weltweit großen Einfluss auf die Taxonomie der meisten klinischen Demenzdiagnosen sowie auf den allgemeinen Umgang mit Demenz hat. Die Praxis der Klinik entwickelt dabei ihre eigenen Verbindungen, »übliche[n] Konzept[e] (INT4:9) und »fiktiven Bilder [und] Krankheitseinheiten« (Fleck 1983a:38). Die rein auf Technik basierende Hirnwissenschaft dagegen scheint – trotz ihrer Nähe zum gesellschaftlich so mächtigen biomedizinischen Verwaltungsapparat – immer wieder ihre Hände nach einem klinischen Fundament austrecken zu müssen, um sich zu legitimieren oder zumindest zu rechtfertigen.

Vielleicht weisen uns die folgenden Betrachtungen aber auch darauf hin, dass es bei der Orientierung Richtung Klinik weniger um eine Verlegenheit der Hirnwissenschaften geht, sich zu rechtfertigen und zu legitimieren, als vielmehr um ihre stete Expansion.

Denn die hirnwissenschaftlichen Dialekte haben in vielerlei Hinsicht begonnen, den klinischen Blick zu absorbieren. »Die Formen der medizinischen Rationalität [...] bieten als erstes Gesicht der Wahrheit« (Foucault 1973:11) inzwischen mehr als – wie zu Alois Alzheimers Zeiten – die »Oberfläche der Dinge, ihre Farbe, ihre Flecken, ihre Härte, ihre Adhäsion dar.« (Ebd.) Mit Bezug auf Michel Foucault mag das Auge immer noch Hüter der Wahrheit sein, ihre Quelle allerdings ist die Technologie. Der Fokus auf die Erscheinung sichtbarer Inhalte, der für Foucault die Geburt der Klinik markierte, hat sich unabhängig gemacht vom Tageslicht. Der Raum der Erfahrung ist heute mehr als der »Bereich des aufmerksamen Blicks« und mehr als ein »Bereich [...] empirische[r] Wachsamkeit« (ebd.). Während auf ein »Jahrhundert der Psychiatrie« ein »Jahrzehnt des Gehirns« gefolgt ist, reduzierten Kraepelins Nachfolger empirische Beobachtungen auf ein Zahnrad im Prozess der vorhersagenden Kybernetik. Das Grundprinzip der Prognose, das die psychiatrische Nosologie einst aus einem Mangel an effektiven Behandlungsmöglichkeiten hervorbrachte (vgl. Shorter 2013:4), hat sich inzwischen verselbstständigt. Aus der (anatomischen) Pathologie, die einst als »Geographie der Nosologie« Krankheiten vor allem lokalisieren und nachweisen konnte (vgl. Foucault 1973:19ff.), wurde

ein Bereich, der mithilfe von Technologie und Statistik Krankheiten zeitlich verschieben, ausdehnen und erzeugen kann und der die Logik des Wechselspiels von *Verbindlichkeit* und *Ambivalenz* in die Demenz-Debatte einschreibt. Die Alzheimer-Krankheit bestimmt den sozialen Umgang mit Demenz, ohne dabei auf einen Bezug zu klinischen Symptomen angewiesen zu sein.

3.1.3 Heilsversprechen zwischen Heilung und Prävention: Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung

Im Folgenden wird sich noch deutlicher als in den vorangegangenen Kapiteln zeigen, wie die interviewten Wissenschaftler – verbunden durch den Diskurs, die Sprache von Wissenschaft und Technik und die Einschreibung von *Verbindlichkeit* und *Ambivalenz* – das gegenwärtige Fehlen von kausalen Verbindungen ihres Spezialgebietes zur Lebenswelt der Klinik mithilfe einer symbolischen Techniksprache als Imaginationmedium überwinden. Sie transformieren die durch ihre Sprache »vorfabrizierte« Alltagsrealität (vgl. Berger et al. 2018:39ff.), die sich aus ihren deutungsmächtigen, aber global wie auch innerfachlich gefährdeten Hypothesen speist, in eine aktualisierte Realität, durch die sich das oben angedeutete Dilemma zwischen *Verbindlichkeit* und *Ambivalenz* aufzulösen verspricht.

Alle Interviewpartner sind *ambivalent* im Hinblick auf den Zusammenhang und den Nicht-Zusammenhang von Klinik und Pathologie bzw. die Fragwürdigkeit der pathologischen Erklärungen für die Klinik und die Möglichkeiten der Diagnostik-techniken. Doch sie alle sind ebenso von einer *Verbindlichkeit* umgeben, die sie an das, dem sie *ambivalent* gegenüber stehen, bindet. An unterschiedlichen Stellen der jeweiligen Interviews bringen I1, I3, I4 und I5 schließlich einen Lösungsansatz vor, der bei allen vier Forschern in die gleiche Richtung tendiert. Mal ergibt sich dieses Thema im Kontext meiner Frage, ob Behandlung oder Prävention (Code: »Heilung oder Prävention?«) die wichtigere Rolle im Kontext der Alzheimer-Krankheit spiele; mal im Kontext der Amyloid-Kaskaden-Hypothese (»Unklarheit der Ätiologie«) und den verfehlten Designs bisheriger klinischer Studien; mal sprechen es die jeweiligen Wissenschaftler von sich aus als wichtiges Element ihrer Forschung an. Dabei geht es darum, dass das Dilemma von *Verbindlichkeit* und *Ambivalenz* nur lösbar zu sein scheint, indem man Frühdiagnostik und gegebenenfalls Vorsorgebehandlung betreibt und, wie es scheint, die Pathologie von der Klinik loslöst. Es geht darum, Menschen möglichst lange vor Ausbruch von klinischen Demenzsymptomen auf hirnpathologische Anzeichen zu testen. Es geht darum, die präklinische Alzheimer-Krankheit in der Lebenswelt zu etablieren. Es geht um die Einführung einer erweiterten oder gar neuen, »negativen« Zeitdimension der Alzheimer-Krankheit.

I1 bezieht sich im folgenden Zitat vor allem auf den Kontext der gescheiterten klinischen Studien zu Alzheimer-Medikamenten, deren Entwicklung auf der

Amyloid-Hypothese fußt. Die Studien könnten nur Erfolg haben, wenn man früher ansetzt:

»Also von daher, denke ich, wird auch in Zukunft dieses Amyloid-Peptid und die Amyloid-Hypothese selbst einen sehr wichtigen Faktor darstellen sowohl in der weiteren Forschung als auch in weiteren Therapieansätzen. Das ist bisher natürlich jetzt nicht so positiv verlaufen. Die Therapieansätze, die wirklich des Amyloid-Peptid sozusagen als Target hatten. Warum das so ist, weiß man nicht genau, da ist vielleicht auch einfach der klinische Ansatz oder das Design der klinischen Studie nicht geeignet gewesen, weil der Prozess natürlich sehr lange dauern kann. Also man spricht auch von einer präklinischen Phase dieser Krankheit, also dass man zwar diese Aggregate schon im Gehirn haben kann, aber eben noch keinerlei klinische Symptome aufweist, also das (?) Verhalten, die Kapazität ist nicht beeinträchtigt, obwohl im Gehirn schon massive Verklumpungen vorhanden sind und nachweisbar sind und alle klinischen Studien waren bisher mit Patienten gemacht worden, die eben schon erkrankt sind teilweise im zugegebenermaßen frühen Stadium, aber das kann einfach zu spät sein, wenn man sich das... so wie so eine Lawine kann man sich das vielleicht vorstellen. Wenn die schon voll im Rollen ist, kann man vielleicht oben noch was machen und weitere Auslöser sozusagen wegnehmen, aber der Prozess ist einfach im Gange und das Gehirn ist teilweise schon so stark betroffen bei der ersten leichten Ausprägung von klinischen Symptomen, dass also wenn man diesen initialen Trigger sozusagen wegnehmen würde, dann trotzdem der Verlauf nicht beeinträchtigt ist. Also es wäre eine Erklärung.« (INT1:15)

Der folgende Absatz ist Teil der Antwort von I3 auf meine Frage, ob es sich bei seiner Forschung um Heilungsansätze, Behandlung oder Prävention handle:

»Wir haben zunächst gezeigt, dass wir – wenn eine Pathologie vorhanden ist – dass wir diese Pathologie reduzieren können und dass wir Gedächtnisfunktionen wiederherstellen können. Wir haben aber auch Experimente initiiert, bei denen wir herausbekommen möchten, ob wir, wenn wir sehr früh in der Krankheitsentwicklung behandeln, ob wir die Klinik verhindern können. Das heißt, offensichtlich muss die Methode angewendet werden zu einem Zeitpunkt, da sich das Amyloid bereits abgelagert (?). Aber es braucht natürlich eine Weile, bis das Amyloid, das sich abgelagert hat, zu einer Schädigung führt. Es ist nicht präventiv in dem Sinn, dass wir die Bildung von Amyloid verhindern würden, aber wir versuchen, herauszube... wir versuchen, – das ist sowieso der Fall, wenn man Patienten behandelt, möchte man die Patienten möglichst früh behandeln. Das heißt, die Idee ist nicht, die Patienten in einem späten Stadium zu behandeln, sondern wirklich zu einem Zeitpunkt, wo sich das Amyloid bereits abgelagert, aber noch zu keinen klinischen Veränderungen führt. Erst in einem Stadium, wo man das Amyloid schon

messen kann über bildgebende Verfahren wie zum Beispiel PET, wo aber die Patienten noch keine, oder die Personen noch keine Beeinträchtigung in kognitiver Hinsicht zeigen.« (INT3:11)

I4 kommt auf Früherkennung zuerst bezüglich des Stellenwerts der Amyloid-Proteine innerhalb der Kaskaden-Hypothese zu sprechen:

»[A]lso die Amyloid-Hypothese und die molekularbiologischen Dinge, die beschrieben worden sind, also die Aggregation von Plaques, die Zusammensetzung, der Schnitt des Ganzen, wann und wo welche Zellen es machen und wo das heraus hervorgeht, das ist sicher und gut gemacht, hervorragende Arbeit und man sieht die Plaques auch und man hat die Plaques eigentlich auch schon als Kriterium für die Definition von Alzheimer herangezogen. Also dieser Teil der Erklärung eines Krankheitsbildes, den würde ich schon als soweit korrekt einschätzen. Nur ist all das, was dort beschrieben wird, jetzt meiner Meinung nach, ziemlich weit am Ende einer längeren, sehr viel längeren Kaskade und ich bezweifle sehr stark, dass man an diesem späten Punkt ein wirklich gutes Medikament entwickeln könnte, wie es aber versucht worden ist jetzt seit zehn Jahren und was diese ganzen überraschenden, letztlich, ja, gescheiterten klinischen Studien mit sich gebracht hat. Also im Endeffekt, vielleicht, auch wenn ich mir jetzt noch nicht überlegt habe, ob das Bild gerade von diesem Autounfall so gut war. Aber im Endeffekt würde ich es in etwa so einschätzen, wenn Sie in einem Auto, das gerade diesen Straßen(baum?) berührt, ganz genau diese Abfolge des Verlaufs der nächsten paar Millisekunden sich ansehen, oder der nächsten Sekunde, dann ist das natürlich interessant und es gibt bestimmte Eingriffsmöglichkeiten, zum Beispiel können Sie daran lernen, wie man besser Airbags zündet und wie der Patient bitte gesessen haben sollte, der Fahrer, um das Verletzungsrisiko zu minimieren und so weiter. Aber für eine gute Verhinderung, ein Medikament, müssen Sie früher eingreifen, nämlich dort, wo das Auto von der Straße runtergerutscht ist. Eigentlich sehr viel früher. So würde ich das in etwa sehen, deswegen. das war nicht offenkundig so, also es musste nicht so sein, aber ich denke, die klinischen Studien mit den Sekretasehemmern und den verschiedenen Antikörpern, die das Amyloid angreifen, die haben das letztlich dann doch sehr wahrscheinlich gemacht, dass es etwa so ist, dass das Amyloid, die Aggregation zu spät ist. Und dass man verstehen müsste, viel weiter oben, woher die Fehlregulation des Proteins und des Amyloids selber und so weiter kommt.« (I4:15)

Auf meine Frage nach der Ausrichtung seiner Forschung hin konstatiert I4, dass diese auf Prävention, im Sinne von »vor Ausbruch der Krankheitssymptome«, abziele:

»Nach Ausbruch der Krankheit heißt, nachdem man beginnende Demenz normal diagnostiziert hat, ein Neurologe, würde ich sagen: Nein. Da zielt meine For-

sung sicher auf Prävention ab, weil eine halbwegs vernünftige Behandlung nach Ausbruch der Krankheit, gemessen beim Neurologen, wird es nicht geben, behaupte ich. Oder es ist außerordentlich unwahrscheinlich, weil schon so viel zugrunde gegangen ist, was Sie nicht mehr retten können. Also Prävention. Eindeutig, ja. Man muss sehr viel früher angreifen, man bräuchte, theoretisch jetzt mal, irgendein bisschen besseres Wissen über die Ursachen, die Kausalfaktoren, und dann könnte man die vielleicht, ganz ähnlich, nicht so unähnlich wie bei der Krebsvorsorge, in den Jahrzehnten zuvor alle zehn Jahre sich mal angucken und dann gegebenenfalls etwas gegensteuern.« (INT4:17)

Später geht es um die Zukunft der Alzheimer-Forschung und die Möglichkeit eines »tatsächlichen« Durchbruchs:

»Meine persönliche Erwartung ist, dass es sicherlich eine Krankheit ist, die in der Zukunft, wann – ob in 10 oder mal 50 Jahren –, deutlich, sehr viel deutlich besser behandelbar sein wird als heute; vielleicht sogar eine normale behandelbare Erkrankung, aber eben nicht, wenn sie ausgebrochen ist, sondern sehr viel früher. Also wenn ich jetzt einen Durchbruch erwarten würde, würde ich den in etwa folgendermaßen ansehen: dass man irgendeinen ursächlichen Faktor – was auch immer der sein mag, ob das jetzt genetisch, infektiös, Verhalten oder Ernährung, egal, was auch immer sein mag – dass man solche Faktoren findet, die man eben mit 20, 30, 40 und 50 Jahren Lebensalter sich ansehen kann, überprüfen kann im Sinne einer Vorsorge und dass man durch Maßnahmen, die man dann trifft, den Ausbruch der Erkrankung entweder ganz verhindern oder doch um mindestens ein, zwei Jahrzehnte nach hinten hinausschieben kann. Das wäre ein Durchbruch, den ich für... was eine Art Durchbruch wäre wahrscheinlich, was ich aber trotzdem für nicht unrealistisch halten würde. Aber ein Durchbruch im Sinne: der Patient wird diagnostiziert mit fragmentierten Nervenzellverbindungen, mit diesen Tau-Tangles, die dann die Verbindung, die Axone zerschneiden und so weiter – dass sie das wieder reparieren mit einem Medikament, da erwarte ich eigentlich keinen Durchbruch.« (INT4:23)

Schließlich kommen wir noch auf die Arbeit des bekannten Neuropathologen Heiko Braak zu sprechen:

»Und er sieht die Alzheimer-Marker, in 20 % der 30-Jährigen sieht er sie schon beginnend, ja? Und er hat immer noch ein paar Prozent 95-Jährige, da sind sie nicht. Und diesen Unterschied, den muss die Alzheimer-Forschung erklären: Was läuft in den 30-Jährigen falsch, was diese vier Prozent 95-Jähriger richtig gemacht haben? Und das ist schon interessant, denn wenn man das mal weiterrechnet, käme dabei heraus, dass Alzheimer eben nicht zehn Jahre Prävention braucht, sondern 40, 30 bis 40 Jahre. Das macht es natürlich schwierig, aber das muss man zur Kenntnis nehmen, wenn man da was erklären oder was helfen will.« (INT4:44)

I5, der als Kliniker die größte Distanz zur Amyloid-Hypothese einnimmt, bezieht sich allgemein auf Therapieansätze und den damit verbundenen langwierigen Prozess der Degeneration von Hirnzellen:

»Das Kritische ist immer, dass eine Therapie, weil dieser Prozess eben so langsam voranschreitet, dass eine Therapie nur dann wirkt, wenn ich sie auch frühzeitig an den Patienten bringen kann. Das heißt, ich muss Möglichkeiten haben, die Patienten sehr frühzeitig zu identifizieren, idealerweise noch ehe die Erkrankung ausbricht.« (INT5:5)

Ich will nun auf ein Zitat zurückkommen, welches ich im Kapitel zur Methode bereits angeführt habe und welches ich auf die von den Interviewpartnern skizzierte Tendenz zu Früherkennung und -behandlung der Alzheimer-Krankheit bzw. von Demenz-Erkrankungen beziehen will: »All diese [durch Sprache erzeugten] ›Präsenzen‹ können natürlich für die fortwährende Wirklichkeit der Alltagswelt von großer Bedeutung sein.« (Berger et al. 2018:41f.)

Berger und Luckmann beziehen sich hier auf Sprache als Medium von Objektivierung, welches symbolischen und abstrakten Sinn in die Ordnungen der menschlichen Alltagswelt integrieren kann. Auch (*noch*) *nicht vorhandene Erfahrungen* können transzendiert, ins Jetzt geholt und zu Wirklichkeit werden. So ist nicht nur die klinische Demenz als sozial-phänomenologisches Moment Bestandteil unseres Denkens und Sprechens von Demenz. Auch die Amyloid-Hypothesen⁸ als Teile eines »kulturelle[n] Dialekte[s]« (Haraway 2014:135), der sich aus der biomedizinischen Demenzforschung speist, gehören dazu. Solche biochemischen oder molekularbiologischen Bilder der »Alzheimer-Marker« (INT4:44) sind fester Bestandteil des allgemeinen Sprechens von demenziellem bzw. sozial abweichendem Verhalten – und auch die Neurowissenschaftler sprechen *allgemein* und bereiten, wie ich in den Kapiteln zu Medizin und Alzheimer gezeigt habe, den Boden für unser alltagsweltliches Sprechen (von Demenz). Doch sind diese Bilder nicht nur fähig, sogenanntes demenzielles Verhalten sprachlich für sich einzunehmen und diesen sozialen Aspekt der medizinisierten Devianz als eine Frage der Neuropsychiatrie erscheinen zu lassen. Diese Bilder vermögen es auch, den *sozialen Aspekt von Demenz gänzlich zu verlagern* von einer Frage des phänomenologisch-sozialen Verhaltens in eine Frage von hoch-technologisierten Dialekten und Übersetzungen sowie von Risiko.

8 Nicht alle gesammelten Forscher-Aussagen zum Thema Früherkennung und Vorsorgebehandlung sind auf Amyloid-Proteine oder Neurofibrillenbündel reduziert. Doch ist mein ständiger Rekurs auf die Amyloid-Hypothese insofern berechtigt, da die gesamte Tendenz zur frühzeitigen Behandlung asymptotischer Patienten nicht nur auf der allgemeinen, von einer bestimmten Ätiologie unabhängigen Möglichkeit einer Bekämpfung von Alzheimer beruht. Das Thema der Vorsorgebehandlung erscheint immer wieder im Kontext der Möglichkeit, sich endgültig mit der nach wie vor umstrittenen, aber so grundlegenden Amyloid-Hypothese zu arrangieren; selbst wenn es dezidiert (auch) um andere Ansätze geht.

Diese Verlagerung ist ein entscheidender Ausgangspunkt für die Schlüsse, die ich aus den in diesem Kapitel zusammengefassten Aussagen ziehe: Es ist nicht abwegig und bedarf auch keiner besonderen Erklärung mehr, soziales Verhalten zu abstrahieren, mit der *Sprache der bildgebenden Verfahren oder Biomarker-Tests* zu überlagern und die damit verbundene »Beinahe-Identität von Technologie, Körper und Semiose« (Haraway 2014:146) innerhalb der Lebenszeitspanne eines Menschen nach vorne zu verschieben und auszudehnen; selbst wenn niemals (weder in der Zukunft noch der Vergangenheit) eine »Klinik«, also eine symptomatische Anomalität bei diesem vorliegen würde. Dies mag eine neuartige Form der Iatrogenesis (vgl. Illich 2007) darstellen, worauf ich in der Synthese wieder zurückkommen werde. Um dieses Kapitel zusammenfassend abzuschließen, möchte ich Bergers und Luckmanns oben angeführtes Zitat hypothetisch erweitern und mit Haraways Auseinandersetzung verquicken:

All diese durch die Techno-Dialekte der Biomedizin erzeugten »Präsenzen« (wie z.B. die Amyloid-Pathologie) können natürlich für die fortwährende Wirklichkeit der Alltagswelt, für eine gegenwärtig manifestierbare Demenz genauso wie für jeden Menschen als (potenziell) »asymptomatischen« oder zukünftigen Patienten, von großer Bedeutung sein. (Vgl. Berger et al. 2018:41f. und Haraway 2014)

3.2 Explorative Literaturanalyse: Veröffentlichung und Replik

Seit den späten 1980er Jahren, nicht lange nachdem der Demenz-Diskurs im Zuge einer »konzertierten« politischen und wissenschaftlichen Debatte über die Alzheimer-Krankheit in eine heute etablierte hirnwissenschaftlich orientierte Weise überführt worden war (vgl. Fox 1989⁹), häuften sich erstmals Publikationen zum kausalen Zusammenhang zwischen dem bis heute steigenden Medikamentenkonsum älterer Menschen und der Entstehung von demenziellen Syndromen.

»The worst treatment for a demented patient is to incarcerate that individual before the exhaustive elimination of reversible causes.« (Lowenthal et al. 1991) Lowenthal und Kollegen sprechen im zitierten Artikel das Problem an, dass *Diagnosen von Demenz*, also einem als chronisch und unheilbar geltenden und damit häufig stigmatisierenden Syndrom, in vielen Fällen auf *vermeidbaren, akuten oder umkehrbaren durch Medikamente herbeigeführten Verwirrheitszuständen* basieren. Auch der Geriater Eric Larson und seine Kollegen konstatierten bereits 1987 diese klinisch schwierige und schwerwiegende Problematik:

9 Auch wenn Lock (vgl. 2008:56) zufolge bereits Alois Alzheimer und Kollegen zumindest das medizinische Verständnis von Demenz auf eine hirnwissenschaftliche Sicht reduziert hatten, so fand der gesamtgesellschaftliche Aufschwung von Demenz als neurodegenerative Alzheimer-Krankheit erst ab den 1980ern statt (vgl. Fox 1989).

»Dementia is one of the most prevalent problems in the elderly and a formidable challenge for clinicians and others who care for demented patients [...]. Chronic cognitive impairment due to drug toxicity is particularly important and challenging [...]. This problem is a by-product of the increased use of drugs during the past few decades [...] and an important type of adverse drug reaction in the elderly. The elderly have the largest burden of illness, consume the most drugs, are more sensitive to adverse drug reactions, and are the fastest-growing segment of the industrialized world [...].« (Larson et al. 1987)

Diesem Thema habe ich mich im Jahr 2014 erstmals gewidmet und eine (schon in Kap. 2.3.1 skizzierte) Literaturanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse seit 2016 über unterschiedliche Medien veröffentlicht wurden. Die bisher am weitesten verbreitete dieser Veröffentlichungen war die im *Deutschen Ärzteblatt* vom März 2017 (vgl. Vogt 2017). Diese Publikation ist für die vorliegende Arbeit auch deshalb so interessant, weil ihr – nachdem ihr eine fast einjährige Korrespondenz zwischen der Zeitschriften-Redaktion und mir als namenlosem Sozialwissenschaftler vorausging – prompt eine Replik von einem etablierten Vertreter der psychiatrischen Medizin im selben Journal entgegnet wurde. Einerseits verweist diese unmittelbare Reaktion auf die klinische Relevanz des Themas – und womöglich auch auf seine krisenhafte Brisanz. Andererseits ist am Thema der Replik an sich sowie an ihrer inhaltlichen Argumentation – auch in Hinblick auf meinen Artikel – abzulesen, wie eng das Phänomen der klinischen Demenz (als sozial abweichendes Verhalten) diskursiv mit der Alzheimer-Krankheit, ihren ätiopathologischen Charakteristika und entsprechenden Diagnosetechniken verwoben ist bzw. wie selbstverständlich oder auch zwangsläufig diese zuweilen grundverschieden erscheinenden Aspekte *translational* miteinander in Verbindung gebracht werden. Ich werde in diesem Kapitel (3.2) auf meine Rechercheergebnisse und deren Veröffentlichung wie auch auf die darauf folgende Replik eingehen, um diese angesprochenen Gesichtspunkte zu beleuchten.

Des Weiteren ziehe ich die Ergebnisse meiner Literaturrecherche auch deshalb heran, weil damit eine bestimmte, »alte« Form der Iatrogenese (vgl. Illich 2007) beschrieben werden kann, der ich im Schlussteil dieser Arbeit eine andere, »neue« Form der Iatrogenese, wie sie sich vermutlich in den gegenwärtigen Tendenzen der Alzheimer-Früherkennung andeutet, gegenüberstelle.

3.2.1 Kontexte zwischen Alzheimer, Demenz, Delir und Iatrogenese

Bei der Erhebung des in diesem Kapitel betrachteten Samples (Sample 1) wurde von einer Fragestellung ausgegangen, die sich vor allem auf eine ganz bestimmte

klinische Problematik demenzieller Syndrome bezieht.¹⁰ So ist der Ursprung von Sample 1 als isoliert von dieser Arbeit anzusehen. Andererseits war, wie ich im Kapitel zur Methode bereits angedeutet habe, gerade der häufig auf hirnpathologischen Annahmen und Auseinandersetzungen beruhende Umgang mit einem vor allem klinisch und alltagspraktisch relevanten Phänomen der Ausgangspunkt für diese Arbeit.

Dem klinischen Kontext entsprechend waren viele der vorgefundenen Studien zum Zusammenhang der Inzidenz von demenziellen Syndromen und dem Konsum von Medikamenten rein empirisch, also auf der Analyse von Patientendaten (z.B. populationsbasierte Studien), aufgebaut (vgl. z.B. Billioti de Gage et al. 2012, 2014 oder Coupland et al. 2011). Allerdings begegnete ich auch immer wieder Studien oder Publikationen¹¹, die sich auf hirnpathologische Einzelheiten der Alzheimer-Krankheit beriefen, indem sie z.B. den biochemischen Wirkmechanismus eines Medikamentes betrachteten und diesen mit klinisch-empirischen Beobachtungen und den ätiologischen Alzheimer-Hypothesen assoziierten (vgl. z.B. Zhang et al. 2011). Gerade in diesem Kontext wurde vermehrt der Begriff der Demenz mit dem der Alzheimer-Krankheit vermengt – wie z.B. bezüglich des Anästhetikums Isofluran und der Amyloid-Plaques (vgl. ebd.) oder in Hinsicht auf Anticholinergika und das cholinerge System (vgl. z.B. Richardson et al. 2018). Aber auch in den rein empirisch angelegten Studien bezog man sich nicht selten auf die Inzidenz und Prävalenz der Alzheimer-Krankheit (vgl. z.B. Breitner et al. 2009). Andererseits fanden sich aber auch Veröffentlichungen, die sich auf klinisch unmittelbar nachvollziehbare Begriffe wie Kognition oder demenzielle Syndrome beschränkten.

Auch ich verwandte in genannter Veröffentlichung die Begriffe Demenz und Alzheimer-Krankheit überschneidend, da ich den Horizont für die Frage nach Ursachen dieser »Krankheiten« weiten wollte, ohne aber Platz zu haben für eine genauere Erklärung. Eine ausführlichere Ausarbeitung der in der vorliegenden Arbeit betrachteten Unterscheidungen zwischen Klinik und Pathologie hätte womöglich zu einer Ablehnung und Nicht-Veröffentlichung meines Manuskripts geführt. Es ging schließlich vornehmlich um die Frage medikamenteninduzierter Demenzen. Ich habe hier also strategisch und sozusagen journalistisch gehandelt, um in der Debatte Anschluss zu finden. Die einzige Anmerkung in meinem Artikel zur Frage der Taxonomie und Ätiologie war folgende: »[Die Alzheimer-Krankheit] gehört nicht nur unter Senioren zu den gefürchtetsten Syndromen, während ihre Einordnung und Ursachen so schwammig sind wie die kaum einer anderen Krankheit.«

10 Die Fragestellung war in etwa folgende: Welche Hinweise lassen sich in der medizinischen Fachliteratur auf den Zusammenhang zwischen Demenz oder demenziellen Syndromen und dem Konsum von Medikamenten finden?

11 Ich habe auch Kommentare u. ä. aus Fach-Journalen miteinbezogen.

(Ebd.) Dieser *eine* Nebensatz führte in der Replik des Psychiaters zu einer eigenen Stellungnahme in einem separaten Absatz, welcher die Einleitung darstellte zu einer Art Kurzplädoyer für die neuesten technologischen Errungenschaften rund um die Alzheimer-Krankheit. Womöglich war dieser eine Nebensatz zur Taxonomie und Ätiologie der Alzheimer-Krankheit sogar der Hauptgrund für die gesamte Replik des Psychiaters. Doch darauf werde ich in den nächsten Kapiteln etwas genauer eingehen.

Insgesamt war in vielen der von mir betrachteten Studien ersichtlich, dass Demenz, Delir und die Alzheimer-Krankheit unbewusst als verwandte und verwickelte Phänomene kognitiver Beeinträchtigung (»cognitive impairment«) angesehen und behandelt werden. Andererseits wurde in manchen Studien genau diese Vermengung problematisiert und in den Kontext iatrogenen Dynamiken gerückt. So waren einige Publikationen zu finden, die explizit darauf hinweisen, dass *demenzielles Verhalten*¹² häufig einem dahinter stehenden eigentlich *akuten Verwirrtheitszustand* geschuldet sein mag, welcher durch Arzneimittel vermutlich erst hervorgerufen oder vertieft und chronisch wird (vgl. Moore et al. 1999; Fick et al. 2002).¹³

Wie sich nun schon angedeutet hat, habe ich verschiedenste Arten von Publikationen und Studientypen betrachtet: Populationsbasierte Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Querschnittstudien, Studien mit oder ohne Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren, Kommentare, Einzelfalldarstellungen und andere.¹⁴ Es ging und geht mir hier weder um einen Vergleich der methodischen Validität der Studientypen noch um die genaue Umsetzung einer bestimmten Studienmethode im Einzelfall. Ich beschäftige mich hier mit einer übergeordneten Herangehensweise an die für diese Arbeit interessanten Phänomene. Zwar geht es in diesem Kapitel durchaus auch um eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der medikamentösen Erzeugung demenzieller Syndrome. Doch liegt deren Gewicht im Kontext dieser Arbeit auf bestimmten Merkmalen und Rändern eines Diskurses, die sich in einer übergeordneten Betrachtung meiner Publikation und der darauf folgenden Reaktion des Psychiatrie-Professors relativ konkret zeigen.

12 Inklusive Vergesslichkeit, Unruhe oder Aggressivität

13 »Ein Anhaltspunkt könnte hier die Altersverteilung von »Amnesie« und »Demenz« sein: im Alter zwischen 50 und 70 Jahren beginnt der durchschnittliche Medikamentenkonsum eines Deutschen rapide zu steigen und regelmäßiger zu werden [...]. Delirpatienten in diesem Alter leiden vornehmlich an einer »transienten globalen Amnesie« (TGA) – auch diese Störung ist physiologisch nicht wirklich geklärt. Ab dem 70. Lebensjahr wird, was Delirzustände betrifft, die (vorübergehende) TGA als Diagnose fast vollständig von der (chronischen) Demenz verdrängt [...].« (Vogt 2017)

14 Für eine Übersicht über Studientypen in der medizinischen Forschung siehe: Röhrig et al. 2009.

3.2.2 Veröffentlichte Ergebnisse

Im Rahmen meiner 2014 begonnenen Recherche, die zum Ausgangspunkt dieser Arbeit wurde, ging es dezidiert um die »Risikogruppe« der älteren Menschen. Jedoch bezieht sich der Risikobegriff hier nicht auf eine mögliche (Alzheimer-)Demenz im Allgemeinen. Es geht hier um eine spezifische und per se medizininterne »Vulnerabilität« der Älteren: die Anfälligkeit für die Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten. Gerade die Überschneidung dieser beiden Risikobereiche in ein und derselben Personengruppe macht die Auseinandersetzung mit der medikamentösen Erzeugung von demenziellen Zuständen bei alten Menschen kompliziert und im öffentlichen Wissenschaftsdiskurs teilweise schwierig, wenn nicht fast unmöglich. Doch gerade darin mag die Brisanz dieses Themas liegen.

Die Gruppe der Menschen, die sich jenseits des »erwerbsfähigen Alters« befinden, stellt angesichts des demographischen Wandels eines der neuen großen medizinischen Fachgebiete dar. Dementsprechend gibt es großen Forschungsbedarf, auch und vor allem was Medikamente betrifft. Schließlich existieren nach wie vor diverse Paradoxa: Während Menschen über 65 Lebensjahren aufgrund ihres »veränderten« Stoffwechsels häufig von Zulassungsstudien für neue Arzneien ausgeschlossen werden, sind sie diejenigen, die in Deutschland die meisten Medikamente einnehmen und gleichzeitig am sensibelsten auf diese Medikamenten reagieren (vgl. Schaufler et al. 2013). Und man darf nicht vergessen: Auch die Alzheimerforschung ist nicht zuletzt auf die Entwicklung von Medikamenten (für Menschen jenseits des 65. Lebensjahres) ausgelegt.

Mehr als die Hälfte der in Deutschland lebenden über 70-Jährigen nehmen regelmäßig fünf oder mehr verschiedene Arzneimittel ein. Teilweise gibt es aufgrund von Selbstmedikation oder sogenannten Verschreibungskaskaden mehr Verschreibungen als bestätigte Diagnosen. Allein die Berliner Altersstudie verweist auf eine Übermedikation bei 13,7 Prozent der Menschen über 70 und auf eine Fehlmedikation bei 18,7 Prozent dieser Altersgruppe (vgl. Burkhardt 2013a; 2013c). Neben- und Wechselwirkungen kommen einigen Studien zufolge bei älteren Menschen durchschnittlich siebenmal häufiger vor als bei Menschen mittleren Alters (vgl. Midlöv 2013; Cresswell et al. 2007; Alomar et al. 2014). Aus der Studie von Larson und Kollegen geht hervor, dass zwei bis drei Medikamente die Wahrscheinlichkeit von teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen um den Faktor 2,7 erhöhen, vier bis fünf Medikamente um den Faktor 9,3 und sechs und mehr Medikamente um den Faktor 13,7 (vgl. Larson et al. 1987). Bestimmte Veröffentlichungen wiederum deuten auf den direkten Zusammenhang von Demenz und Polypharmazie hin: Je mehr Arzneien eingenommen werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenz bzw. einer Demenzdiagnose (vgl. Lai et al. 2012). Des Weiteren wirken Medikamente grundsätzlich bei älteren Menschen oft gegenteilig: Tranquilizer können

zu Verwirrung, Ängstlichkeit und Depression führen, Schlafmittel zu Aufregung und Unruhe (vgl. Langbein et al. 2001:820).

Der Medikamentenkonsum eines Durchschnittsdeutschen steigert sich im Laufe seines Lebens exponentiell bis zu seinem 80. Lebensjahr. Die Anfälligkeit für unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen wie für Krankheiten (bzw. Krankheitsdiagnosen) an sich wächst ebenfalls. Das daraus entstehende Dilemma zwischen »Multimorbidität«¹⁵ und »Vulnerabilität«¹⁶ ist Ursache für vielerlei Problematiken im klinischen Umgang mit älteren Menschen. So ist auch folgende Unterscheidung trotz genauer Differenzialdiagnose oftmals kaum zu treffen: Wann sind Verwirrheitszustände Folge einer sogenannten irreversiblen Demenz, wann sind sie Folge der Medikamenteneinnahme, wann führen Medikamente zu einer »tatsächlichen« Demenz? Weder Betroffene, Angehörige, Pflegende, Ärzte noch Pharmakologen können diese Frage im Einzelfall einfach beantworten. Dennoch ist – vor allem in Pflegeheimen – die Gabe von fünf und mehr Medikamenten¹⁷ gleichzeitig gängig, bei Menschen mit oder ohne Demenz. Menschen *ohne* Demenz entwickeln nicht selten durch die Medikamentengabe kurz- oder langfristige, akute oder chronische Delir-Zustände, die schließlich immer wieder als Demenz verkannt werden, und auch tatsächliche irreversible Demenzen. Bei Menschen *mit* bestehender Demenz wird die Frage, ob es sich bei ihrem Zustand überhaupt um eine »echte« Demenz handelt, oft zu spät oder gar nicht gestellt.

Fest steht: Ein mit Demenz diagnostizierter Mensch wird häufig medizinisch und folglich sozial stigmatisiert, weil er als unheilbar gilt. Ohne aktiven Beistand von Vormunden, Nachbarn, Freunden oder Verwandten sind Menschen mit medikamentös erzeugten Verwirrheitszuständen meistens dem Kreislauf von Medikamentenkonsum¹⁸ und Demenzdiagnose ausgeliefert. Es gibt diverse Fallberichte, die dies verdeutlichen. Der bekannte Autor und Neurologe Oliver Sacks z.B. beschrieb den Fall eines vermeintlichen »Alzheimer-Patienten«, der aufgrund von rheumatischen Beschwerden ein gängiges Steroid verschrieben bekam: »This robust performance on all cognitive fronts, 5 years after he was considered to have Alzheimer disease, is inconsistent with such a diagnosis and seems to confirm our impression that his months-long dementia in 2001 was solely a consequence of the steroids he was taking.« (Sacks 2007:622)

Viele gängige Medikamente können demenzielle Zustände hervorrufen, z.B. auch Schmerzmittel wie Ibuprofen, die weit verbreitete Parkinson-Arznei Levodopa oder verschiedene Arten von Antidepressiva (vgl. Goodwin 1982; Moore et al. 1999; Shabarín 2009:13; Burkhardt 2013b:241; Brooks et al. 2007). In einer klinischen

15 Mehrere Krankheiten gleichzeitig

16 Besonders anfällig für Krankheiten und Neben- bzw. Wechselwirkungen von Medikamenten

17 Fünf Medikamente ist die Grenze, ab der üblicherweise von »Polypharmazie« gesprochen wird

18 Hierzu gehören schließlich auch die nach wie vor umstrittenen Antidementiva.

Falldatenbank ist zu lesen vom kausalen Zusammenhang zwischen der Einnahme eines Antibiotikums und einem demenziellen Syndrom:

»Eine 82-jährige Patientin nahm Moxifloxacin (400 mg/d) aufgrund eines fieberhaften bronchopulmonalen Infekts eine Woche lang ein. Während dieser Behandlung traten Verwirrtheit und Demenz auf, die auch nach dem Absetzen mindestens zwei Monate lang anhielten. Ein dementielles Syndrom kann mit der Einnahme von Fluorochinolonen assoziiert sein.« (Fux et al. 2008)

Bestimmte Gruppen von Medikamenten werden in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte besonders eng mit dieser Problematik assoziiert. So gelten Benzodiazepine als sehr problematisch, wie dieses Zitat aus einem medizinischen Lehrbuch mindestens indirekt zeigt:

»Bei alten Menschen gut dokumentiert ist die deutlich erhöhte Sturzgefahr, die Folge der zentral sedierenden und muskelrelaxierenden Wirkung der Benzodiazepine ist. Insbesondere bei Patienten mit vorbestehender kognitiver Einschränkung führen Benzodiazepine zu einer Verschlechterung kognitiver Defizite, weshalb sie bei Patienten mit Demenz oder leichter kognitiver Störung nicht eingesetzt werden sollen.« (Schwarz et al. 2013:187)

Folgender Absatz aus einer 1999 publizierten Meta-Analyse macht den Zusammenhang direkt deutlich und verweist auch auf die schwierige klinische Unterscheidung zwischen den verschiedenen Ursachen für die Verwirrtheit:

»Benzodiazepines have been linked with both delirium and dementia.[...] In a prospective study of 229 elderly hospital patients, 7 of 50 patients with delirium had benzodiazepine toxicity.[...] In a case control study, 21 % of 91 patients of mixed age with postoperative delirium and 8 % of 154 controls (surgical patients without postoperative delirium) had been treated with benzodiazepines.[...] Long-acting benzodiazepines, such as flurazepam and diazepam, and high dose treatment (more than diazepam 5 mg/day or equivalent) were particularly associated with delirium. Long-acting benzodiazepines are also the commonest drugs to cause dementia.[...] For example, in a study of 308 patients with suspected dementia, dementia was attributed in 13 patients to chronic treatment with a single benzodiazepine.[...] Others have reported similar findings.[...] Although barbiturates are now used less frequently, they may also cause chronic cognitive impairment which may mimic Alzheimer's disease.« (Moore et al. 1999:20)

Moore und Kollegen gehen in ihrer Veröffentlichung unter anderem auf anticholinerge Wirkungen ein, die von diversen handelsüblichen Medikamenten ausgehen und speziell mit der Alzheimer-Krankheit, Demenz, demenziellen Syndromen und Verwirrheitszuständen assoziiert werden:

»Almost any drug can cause delirium, especially in a vulnerable patient. Impaired cholinergic neurotransmission has been implicated in the pathogenesis of delirium and of Alzheimer's disease. Anticholinergic medications are important causes of acute and chronic confusional states. Nevertheless, polypharmacy with anticholinergic compounds is common [...].« (Moore et al. 1999:16)

Das Fazit einer neueren Studie verweist auf den schleichenden Übergang zwischen Demenzsymptomen und Verwirrheitszuständen, die erst durch die medikamentöse Behandlung (von frühen vermuteten Demenzsymptomen) erzeugt wurden. Die Frage der Kausalität ist in vielen Fällen schwierig zu beantworten, da aufgrund des hohen Medikamentenkonsums älterer Menschen oft nicht geklärt werden kann, was zuerst da war: eine tatsächliche medikamentenunabhängige Demenz, eine tatsächliche, aber medikamenteninduzierte Demenz, ein eher akuter Verwirrheitszustand mit anderer Ursache oder ein als Demenz verkannter Dauerzustand medikamentös erzeugter Verwirrtheit. »A robust association between some classes of anticholinergic drugs and future dementia incidence was observed. This could be caused by a class specific effect, or by drugs being used for very early symptoms of dementia.« (Richardson et al. 2018)

In meiner Arbeit beschäftigte ich mich auch mit den bereits etablierten Listen, über die in der alltäglichen Praxis Medikamente kategorisiert werden können, um die »Kosten und Nutzen« ihrer Anwendung durch ältere Menschen einzuschätzen (vgl. Fick et al. 2003; Kuhn-Thiel et al. 2012; Holt et al. 2011). Welche Medikamente sind adäquat, welche sind unnütz oder gar gefährlich bei ihrer Einnahme durch Menschen in höherem Lebensalter? Allerdings werden die Beers-, FORTA- oder PRISCUS-Listen in der Praxis nicht rigoros angewandt. Wichtiger ist jedoch, dass sie sowohl im wissenschaftlichen Demenzdiskurs als auch in der (medizinisch-)pflegerischen Praxis die scheinbare Alternativlosigkeit medikamentöser Behandlungen reproduzieren und über grundlegende Fragen einer Medizinisierung, Medikalisierung oder Iatrogenese von Demenz hinwegleuchten.¹⁹

Die in diesem Kapitel 3.2.2 bisher dargelegten Inhalte entsprechen in etwa denen meiner Veröffentlichung vom März 2017. Dies soll erwähnt sein, damit das folgende Kapitel besser verstanden werden kann.

Dass wir es bei der Problematik medikamenteninduzierter Demenzen, die in der post-industriellen Welt an der Tagesordnung ist, mit einem Paradoxfall einer tief sitzenden klinischen Iatrogenese zu tun haben, wird dadurch verdeutlicht, dass der Begriff der *Verschreibungskaskade* unter Medizinern etabliert und geläufig ist. Dieser bezeichnet ein strukturelles Phänomen, das auf dem Kontext der

19 Die Unterscheidung zwischen Medizinisierung und Medikalisierung habe ich in einer Fußnote des Theorie-Kapitels über Iatrogenese, Entgrenzung und das Wissen der Medizin erläutert.

– fast als »Naturgesetz«²⁰ akzeptierten – Multimorbidität älterer Menschen basiert: Nebenwirkungen von Medikamenten werden häufig als eigene, unabhängige Krankheit diagnostiziert und mit weiteren Arzneien behandelt. Im schlimmsten Fall werden daraus resultierende Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente wiederum medikamentös behandelt. Ein geläufiges Beispiel im Kontext von Demenz ist die Behandlung von Depression, Unruhezuständen und Schlafstörungen. Diese werden häufig Demenz-Erkrankungen zu- bzw. untergeordnet. So kommt es immer wieder vor, dass nicht erkannt wird, inwiefern die medikamentöse Behandlung der genannten Symptome indirekte, aber eigentliche Ursache für die Demenz-Diagnose bzw. für das chronische Delirium ist; zumal, wie oben angedeutet, Tranquilizer oder Schlafmittel bei älteren Menschen häufig gegenteilig wirken.

»Einer US-Studie aus dem Jahr 2007 zufolge, nehmen zwölf Prozent der älteren Menschen Antidepressiva ein, 28 Prozent Antipsychotika und 33 Prozent Anxiolytika oder Hypnotika; unabhängig von der Wohn- und Lebenssituation [...]. In diesem Kontext dürfte es keine Ausnahme sein, dass sogenannte ›Verschreibungskaskaden‹ entstehen: also die Behandlung von Arzneinebenwirkungen als eigene Krankheit [...].« (Vogt 2017)

Die Lösung oder Behandlung eines technisch erzeugten Problems (Unerwünschte Arzneimittelwirkungen) durch eine andere technische Erzeugung (Behandlung mit weiteren Medikamenten) in einem Umfeld, das von technologischen Machbarkeitsparadigmen geprägt ist, ist gängig und scheint plausibel: Dieser Satz scheint einerseits gar eine Tautologie zu sein. Andererseits haben wir es hier inhaltlich und strukturell mit einer Art Aporie zu tun. Und dies ist kein Ausdruck von Resignation, sondern eine nüchterne Betrachtung systeminterner Dilemmata, welche gerade nicht als Konflikte oder Zwangslagen, sondern als Fortschritte und Chancen wahrgenommen, interpretiert und formuliert werden. Dies wird sich in den folgenden Kapiteln noch einmal zeigen und verdeutlicht werden.

3.2.3 Replik

Wenige Monate nach der Veröffentlichung meines oben skizzierten Artikels im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte das Journal eine Replik. Der Autor dieser Replik ist Psychiater, amtierender Professor und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an einem großen deutschen Universitätsklinikum, ein Hauptautor

20 Ich beziehe mich hier auf Ivan Illichs Auseinandersetzung mit dem »natürlichen Tod« und dessen Rolle für den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und auch Alter (vgl. Illich 2007:125ff.).

der S3-Leitlinie²¹ *Demenzen*, Leiter einer Kooperations-Einheit im Forschungsfeld der »Alzheimer Früherkennung« des DZNE (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gesellschaft), Vorstandsmitglied der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) sowie Autor zahlreicher Publikationen, unter anderem zu den Themen Demenz, Alzheimer-Krankheit und Amyloid-Pathologie. Seine Sprechposition kann somit als beispielhaft im Hinblick auf die gesellschaftliche Institutionalisierung des Alzheimer-Wissens gesehen werden. Er vereint den pathologischen und den (zumindest übergeordneten) klinischen Diskurs in einer Person. Dies zeigt sich nicht zuletzt in den Inhalten und Strategien seiner Replik.

Im Folgenden werde ich auf diese Replik mit dem Titel »Medikation im höheren Lebensalter: Wichtig ist medizinische Sorgfalt« etwas genauer eingehen. Dabei werden einige meiner Betrachtungsweisen vermutlich verzerrt sein bzw. verzerrt erscheinen, weil sich die betrachtete Replik auf einen von mir verfassten Text bezieht. Dies hier soll allerdings keine erneute Antwort, sondern tatsächlich den Versuch einer kritischen Auseinandersetzung auf einer Meta-Ebene darstellen, für die ich bestimmte Aspekte der Replik nicht außen vor lassen will. Bestimmte Eigenheiten des Textes sollen also nicht auf persönlicher Ebene kritisiert werden, sondern als Hinweise für eine Einordnung innerhalb des Diskurses dienen.

Der Autor gliedert seine Stellungnahme in drei Teile. Er eröffnet mit Hinweisen auf die von mir angesprochenen klinischen Fragestellungen. Dann leitet er über auf eine pathologische bzw. ätiologische Ebene, die zwar nur quasi-klinische Relevanz hat, zu der er aber eine diskursive Brücke schlägt, wie ich sie in dieser Arbeit bereits mehrfach skizziert habe. Am Ende des Textes kommt der Professor schließlich wieder auf ein klinisches Thema zu sprechen, das mit der Ausgangsdebatte jedoch kaum noch Berührungspunkte hat und eher als Verteidigung seiner Zunft gesehen werden kann. Diesen letzten Absatz, eine Bewerbung von Antidementiva, betrachte ich nicht weiter.

21 S3-Leitlinien gelten als die Leitlinien mit der höchsten Qualität der Entwicklungsmethodik. Sie machen nur einen kleinen Teil der Leitlinien insgesamt aus und haben (vor S1, S2k, S2e) die höchstmögliche Verbindlichkeit im Sinne einer evidenzbasierten Medizin. Allerdings sind sie formell nicht verbindlich, sondern sollen lediglich Hilfestellung geben. In der S3-Leitlinie *Demenzen* steht: »Ziel ist es, den mit der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in den Bereichen der Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung zu bieten. Dazu gehören Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musik-, Kunst- und Tanztherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte und Sozialarbeiter. Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt im medizinischen Bereich. Sie stellt keine vollständige Leitlinie aller Bereiche der Betreuung von Demenzkranken dar.« (Deuschl et al. 2016:1) Dennoch werden Leitlinien als durchaus einflussreich und im Zweifelsfall juristisch relevant angesehen, speziell im medizinischen Bereich.

Die Replik ist mit einigen Rhetoriken versehen, wie z.B. Suggestiv-Sätzen, in denen *mir* die Intention einer Suggestion sowie ein eher fernliegendes Plädoyer für eine leitliniengerechte Diagnostik unterstellt wird.²² Ich will hier nicht weiter auf solche Einzelheiten eingehen, jedoch anmerken, dass diese »Finessen« darauf verweisen, dass die Replik durchaus aus einer Rechtfertigungs-, wenn nicht sogar Abwehrhaltung heraus verfasst sein könnte. Sie scheint eine Reaktion auf eine als Affront wahrgenommene Kritik an einem nicht ganz gesicherten Feld zu sein. Diese eher defensive Handlungsweise wurde allerdings wissenschaftlich-routiniert und in einem höflichen Stil transportiert und in eine diplomatisch verpackte *Handlungsempfehlung* verwandelt, die durch positive Formulierungen optimistisch daherkommt. Insgesamt vermittelt die Sprache und Rhetorik dieser antwortenden Stellungnahme den Eindruck, ihre Inhalte seien reflektiert, eindeutig und für jedermann nachvollziehbar. Der Habitus eines renommierten und selbstsicheren Repräsentanten der psychiatrischen Medizin, der »in Verteidigung der Alzheimer-Krankheit« agiert, ist vermutlich das bedeutendste Merkmal dieses Texts.

»Die alltägliche Versorgungspraxis von älteren Menschen mit Medikamenten lässt zu wünschen übrig. So hat die German Study on Aging Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)[...] gezeigt, dass [...]. Es ist seit langer Zeit bekannt, dass genau durch diese nicht adäquate Anwendung von Medikamenten und durch Polypharmazie bei älteren Menschen kognitive Beeinträchtigungen und Delirien ausgelöst werden können [...].« (Jessen 2017)

Der Autor macht stilsicher, fast lapidar klar, dass er sich der Problematik der medikamenteninduzierten Demenzen bzw. Verwirrheitszustände bewusst ist. Mehr noch: Er stellt implizit die Aktualität und damit den Stellenwert meiner Veröffentlichung infrage, indem er konstatiert, dass die Debatte »seit langer Zeit« geführt wird und die Zusammenhänge »unbestritten« (ebd.) sind.

Des Weiteren wird vehement darauf insistiert, dass nicht die Arzneien selbst zu kritisieren seien, sondern die Versorgungspraxis der Ärzte, welche »zu wünschen übrig lässt« (ebd.). Wie mein Artikel auch ist die Replik von einem starken Fokus auf die klinischen Kontexte demenzieller Syndrome und kognitiver Beeinträchtigung bei älteren Menschen und entsprechende medizinische Praxis geprägt. Immer wieder wird rekuriert auf die Versorgungspraxis, die medizinische Sorgfalt, die zentrale Bedeutung der »Kenntnis des verordnenden Arztes über Risiken und Wirkungen der verordneten Medikamente« (ebd.) oder eine leitlinienorientierte Diagnostik (vgl. ebd.). Der letzte Punkt ist bemerkenswert, denn hier kommt ein

22 »Vogts Titel ›Demenz als Folge der Therapie‹ ist zwar irreführend indem er suggeriert, einzelne Medikamente würden eine Demenz verursachen, er ist aber auch ein Plädoyer für die konsequente Anwendung leitlinienorientierter Diagnostik bei kognitiven Störungen älterer Menschen.« (Jessen 2017)

dramaturgischer Wendepunkt bzw. ein erweitertes Anliegen des Autors ins Spiel. Nachdem die ersten beiden Unterüberschriften »Demenz. Schwierige Diagnose« und »Umsichtige Medikation« mehr oder weniger dezidiert auf die Fragestellungen meines Artikels eingingen, leitet die dritte Unterüberschrift den springenden Punkt ein: »Fortschritt durch Biomarker«. Die einzige Aussage meiner Veröffentlichung, die (in einem Nebensatz) auf die unklare Ätiologie der Alzheimer-Krankheit anspielt²³, führt der Autor auf meinen »pessimistischen Tenor« (ebd.) zurück, widerspricht ihr deutlich und behauptet das Gegenteil. Davon ausgehend plädiert er für eine genaue und systematische Diagnose, die entsprechend der S3-Leitlinie *Demenzen* (vgl. Deuschl et al. 2016) zuallererst medikamenteninduzierte Kognitionsstörungen ausschließen soll, schließlich aber auch auf eine potenzielle Alzheimer-Diagnose durch Biomarker-Tests und bildgebende Verfahren hinausläuft. Die Überschrift »Fortschritt durch Biomarker« markiert die dramaturgische Verbindung der von mir angesprochenen klinischen Problematik der medikamenteninduzierten Demenzdiagnosen mit den vom Autor in Aussicht gestellten patho-ätiologischen Fortschritten und Technologien, die eigentlich vor allem auf eine – nach bisherigen Erkenntnissen – klinisch nicht relevante Ätiologie abzielen. Während er die fehlerbehaftete und schwammige »syndrombasierte[...] Diagnose der Alzheimer Demenz« von der »Alzheimer Erkrankung«, die »frühzeitig und mit großer Sicherheit zu diagnostizieren« (Jessen 2017) sei, unterscheidet und damit implizit die klinische Alzheimer-*Demenz* von der pathologischen Alzheimer-*Krankheit* trennt, ordnet er diese Bereiche im nächsten Absatz wieder ein und derselben Ebene des Diagnoseprozesses zu; wenn auch nacheinander:

»Hierunter wird die Bewertung der eingenommenen Medikation mit Blick auf mögliche kognitive Nebenwirkungen verstanden. Erst wenn eine solche mögliche Ursache der Leistungsbeeinträchtigung ausgeschlossen ist, kommen weitere diagnostische Verfahren zur Anwendung. Die adäquate Differenzialdiagnostik von kognitiven Beeinträchtigungssyndromen und Demenzen im höheren Lebensalter umfasst ferner Blutuntersuchungen zum Ausschluss häufiger zum Beispiel internistischer Ursachen kognitiver Störungen im Alter sowie internistisch-neurologische Untersuchungen und eine strukturelle Bildgebung des Kopfes um Läsionen oder Raumforderungen auszuschließen. Sollte sich mit diesen Verfahren keine Ursache für die kognitive Beeinträchtigung gefunden haben, beginnt die Differenzialdiagnostik neurodegenerativer Erkrankungen, bei der oben genannte Biomarker zur Anwendung kommen können«. (Jessen 2017)

Die klinische Ebene wird hier nicht auf eine potenzielle Alzheimer-Demenz bezogen, jedoch kann, wie ich in dieser Arbeit gezeigt habe, auf klinischer Ebene so

23 »Einordnung und Ursachen [der Alzheimer-Krankheit sind] so schwammig [...] wie die kaum einer anderen Krankheit«. (Vogt 2017)

wieso nur per Ausschlussverfahren eine Demenz vom *Alzheimer-Typ* diagnostiziert werden. So wechselt der Autor von der Ebene der klinisch relevanten – wenn auch teilweise laborbezogenen, aber in der klinischen Praxis durchführbaren – Tests fließend zur Ebene der klinisch kaum relevanten Tests, »bei [denen] oben genannte Biomarker zur Anwendung kommen können« (ebd.). Und der Autor ging an einer früheren Stelle seiner Stellungnahme bereits einen Schritt über die benannten Widersprüchlichkeiten hinaus: »Diese Möglichkeit [der Biomarker-Tests und bildgebenden Verfahren], auch im Sinne des Ausschlusses einer Alzheimer Krankheit, ist ein erheblicher Fortschritt [...]« (Ebd.)

Der Autor verweist innerhalb dieser diffusen Konstellation von klinischen und pathologischen Phänomenen auf eine weitere Möglichkeit: Hier geht es weder um die klinische Ausschlussdiagnose »Demenz vom Alzheimer-Typ« noch um die pathologisch definierte und womöglich (unabhängig von der Klinik) beweisbare »Alzheimer-Krankheit«, sondern um die sehr aufwendige und in der täglichen Routine deshalb kaum umsetzbare Anwendung von Diagnostetechnologien (vgl. INT5:37), um die pathologische Alzheimer-Krankheit auszuschließen. Die Verfahren, die zum Beweis der Alzheimer-Krankheit dienen sollen, könnten in Zukunft also angesichts des mangelnden Zusammenhangs von klinischer Demenz und pathologischer Alzheimer-Krankheit dazu verwendet werden, die Alzheimer-Krankheit auszuschließen, indem das Nicht-Vorhandensein von Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündeln bewiesen wird. Und so scheint der Ausschluss pathologischer Alzheimer-Merkmale eine nennenswerte kausale Verbindung zu eröffnen zwischen Klinik und Pathologie. Die Diagnose könnte dann lauten: Keine Demenz vom Alzheimer-Typ.

Dennoch wird – wie ich oben bereits angedeutet habe – in der Replik nicht versäumt, darauf hin zu weisen, dass die Alzheimer-Krankheit *frühzeitig* diagnostiziert werden sollte. Wie in der vom Autor angeführten S3-Leitlinie *Demenzen* betont wird, sei eine Frühdiagnostik per Liquor-Untersuchung oder bildgebende Verfahren »bei Personen mit Symptomen« oder »bei Personen ohne spezifische Beschwerden, aber mit hohem Risiko für kognitive Beeinträchtigungen bzw. Demenzen« (Deuschl et al. 2016:32) zu empfehlen. Warum? Schließlich ist ein Screening, also die Frühdiagnostik bei Menschen ohne Symptome *noch* nicht vorgesehen:

»Aktuell wird international diskutiert, ob ein Screening auf Demenz mit kognitiven Tests oder technischen Verfahren empfohlen werden soll. Screening bezeichnet die systematische Anwendung eines Tests oder einer Untersuchung bei beschwerdefreien Personen mit dem Ziel der Krankheitsentdeckung. Aufgrund der oben beschriebenen geringen positiven prädiktiven Wertigkeit der heute verfügbaren kognitiven Tests, der mangelnden Spezifität apparativer Verfahren (z.B. Hippokampusatrophie in der MRT, s. unten) und der unklaren individuellen prognostischen Wertigkeit (z.B. Amyloid-PET, s. unten) wird ein

Screening aktuell nicht empfohlen, da es zu einer hohen Anzahl an falsch positiven Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen kommen würde.« (Deuschl et al. 2016:32)

Die Wörter »internationale Diskussion« und »aktuell« klingen nach einem groß angelegten Plan und der Chance und Bereitschaft, die Screening-Praxen zu verändern; zumal die Diskrepanz zwischen der Aussage der Replik, eine Frühdiagnostik sei mit großer Sicherheit zu stellen, und den im angeführten Zitat genannten Einschränkungen bezüglich eines Screenings bestimmte Fragen aufwirft. Warum soll der Zusammenhang zwischen pathologischen Anzeichen und klinischen Symptomen bei einem Menschen mit ersten Beschwerden größer sein als bei einem sogenannten »asymptomatischen Patienten«, also einem Menschen ohne Symptome? Kann die individuelle *diagnostische* Wertigkeit von Biomarker-Tests oder bildgebenden Verfahren tatsächlich höher ausfallen als deren individuelle *prognostische* Wertigkeit? Wo liegt hier der Unterschied, angesichts der in Kapitel 1.3.2 und in den Interviewbetrachtungen verdeutlichten Unklarheiten, Widersprüche und lückenhaften Kenntnisse der translationalen Alzheimer-Forschung und angesichts der äußerst spärlichen Behandlungsmöglichkeiten? Vermutlich liegt der vornehmliche Nutzen einer Anwendung von Diagnose-Technologien bei Menschen mit Symptomen in der Möglichkeit, die translationale Zusammenarbeit von Labor-Wissenschaftlern und klinischen Wissenschaftlern weiter zu befördern und provisorisch biomedizinisches Wissen anzuhäufen.

3.2.4 Anmerkung und Fazit

Soziale Faktoren wie der demographische Wandel, die Vereinzelung alter Menschen, deren soziale Beziehung zur Ärzteschaft und Medizin-Technik, oder die allgemeine Zeitknappheit und alltägliche Überbelastung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden, professionell Pflegenden, Sozialarbeitern und Ärzten haben maßgeblich dazu beigetragen, dass sich medikamenteninduzierte Fälle von Demenz in der heute vorkommenden Weise etablieren konnten. Solche Faktoren spielen in komplexen Wechseldynamiken in die in der vorliegenden Arbeit behandelten Phänomene hinein. Hier wäre weitere Forschung interessant, die sich mit dem alltäglichen sozialen Blick auf die Verbindung von Alzheimer-Krankheit, Demenz, Pflege, sozialem Status und Medikamentenwirkungen beschäftigt. Ich will zum Schluss dieses Kapitels aber noch einmal kurz auf die uns eigentlich interessierende Ebene zurückkommen.

Der in der Replik vollzogene fließende Übergang zwischen der pathologischen Alzheimer-Krankheit und alltagsweltlich-klinischen Demenz-Diagnosen katalysiert iatrogene Problematiken wie die der medikamenteninduzierten Demenzen. Auch wenn die Replik grundsätzlich den Zusammenhang zwischen unangemes-

senem Einsatz von Medikamenten, differenzialdiagnostischer Nachlässigkeit und kognitiven Beeinträchtigungen bei älteren Menschen einräumt. Der *ambivalente* Umgang mit den ätiologischen, pathologischen und taxonomischen Unklarheiten bezüglich der Alzheimer-Krankheit marginalisiert die klinischen Schwierigkeiten, indem er diskursiv dazu beiträgt, diese trotz intensiver Auseinandersetzung zu akzeptieren und Demenz entgegen besserer Intuition oder besserem Wissen in einer Atmosphäre der biomedizinischen Expertise und Hochtechnologie verbleiben zu lassen. Während die wissenschaftliche Debatte über medikamenteninduzierte Demenzen einerseits schon lange geführt wird...

»Es ist seit langer Zeit bekannt, dass genau durch diese nicht adäquate Anwendung von Medikamenten und durch Polypharmazie bei älteren Menschen kognitive Beeinträchtigungen und Delirien ausgelöst werden können [...].« (Jessen 2017)

...und inzwischen in der öffentlichen Debatte anzukommen scheint, hat sich im Hintergrund eine neue Form der Demenz-Reproduktion entwickelt, die noch dabei ist, ihre Potenziale ganz in die Praxis umzusetzen. Die Verbindung dieser beiden Formen von Krankheits-Erzeugung wird in der beschriebenen Replik deutlich. Die klinische Iatrogenese wird subtil marginalisiert und zu einer rein medizinisch zu verhandelnden Vorlage für Strukturvertiefungen, wie z.B. eine strengere Leitlinienorientierung; jenseits einer Auseinandersetzung durch professionell Pflegenden oder Laien, ob Betroffene oder Angehörige. Vor allem aber bietet die Diskussion dieser klinischen Iatrogenese Raum für die Diskursivierung neuer »Herausforderungen«, welche sich in erster Linie als Chancen für Wissenschaft, Ökonomie, Bürokratie und Technik herausstellen und ihren Schatten unmittelbar auf die zwar krisenhaften, aber eher als marginal dargestellten iatrogenen Strukturen der Institution Klinik werfen. In dieser Hinsicht steht die Aktualität meiner Veröffentlichung (Vogt 2017) insofern infrage, als die pathologische Ebene, die die Replik in die Diskussion einführt, eine tiefgreifendere, weitreichendere und gleichzeitig auch niedrigschwelligere Form der Iatrogenese hervorbringen kann als es auf der klinischen Ebene der medikamenteninduzierten Demenzen möglich ist. Dies werde ich im weiteren Verlauf der Arbeit verdeutlichen.

3.3 Essayistisch-dichte Beschreibung der Alzheimer-Konferenzen

Im Zuge meiner Forschungen nahm ich an drei Konferenzen zum Thema Demenz bzw. Alzheimer aktiv und beobachtend teil: einerseits, um dort Ergebnisse meiner Forschungsarbeit vorzustellen, andererseits, um bestimmte Charakteristika

des Diskurses zu beobachten.²⁴ Die Konferenzen wurden jeweils von Patientenorganisationen veranstaltet, welche inzwischen zu einflussreichen Akteuren in den öffentlichen Debatten rund um das Thema Demenz gezählt werden können und eng mit großen wissenschaftlichen, ehrenamtlichen, wirtschaftlichen und politischen Einrichtungen kooperieren. Es handelte sich bei diesen Veranstaltungen um den 10. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft »Demenz – Gemeinsam Zukunft gestalten« vom 18. bis 20. Oktober 2018 in Weimar, um die 28. Alzheimer Europe Konferenz »Making dementia a European priority« vom 29. bis 31. Oktober 2018 in Barcelona und um die 29. Alzheimer Europe Konferenz »Making valuable connections« vom 23. bis 25. Oktober 2019 in Den Haag. Diese Demenz-Kongresse sind nicht auf einen bestimmten gesellschaftlichen Bereich oder ein bestimmtes wissenschaftliches Feld reduziert. Aufgrund ihrer thematischen Offenheit und ihrer gesellschaftlichen Reputation und Reichweite geben sie ein einigermaßen repräsentatives Bild des institutionell-sozialen Geschehens um Demenz ab. Auf jeder der Konferenzen präsentierte ich ein Themenposter und hatte somit als aktiv partizipierender Forscher eine gute Ausgangslage für Beobachtungen. Es geht im Folgenden nicht um die Inhalte meiner Präsentationen, sondern um die Beobachtungen und Erfahrungen, die ich auf den Konferenzen gemacht habe.

Im Teil zur Darstellung der Methoden habe ich bereits erwähnt, warum der Exkurs einer dichten Beschreibung in dieser Arbeit berechtigt ist. Unter anderem eignet sich diese Form der Auseinandersetzung speziell dafür, bestimmte Ränder und Ritzen des betrachteten Diskurses heuristisch zu umreißen und zu beleuchten, um schließlich die bisher vollzogenen Annäherungen zu ergänzen. Die Deutung sozialer Diskurse mithilfe der kleinsten Beobachtungen vermag das vielleicht besonders wertvolle Flüchtige in Momentaufnahmen festzuhalten und für eine Analyse fruchtbar zu machen (vgl. Geertz 2015). Wie im Methodenteil bereits angesprochen: Ich habe nicht Konferenzen untersucht, sondern *auf* Konferenzen (vgl. ebd.:32), indem ich teilnahm. Die für die Gesamtheit des Diskurses womöglich entscheidenden Andeutungen, Nuancen und Atmosphären mögen mithilfe einer dichten Beschreibung, die auf einer teilnehmenden Beobachtung basiert, am besten eingefangen und wiedergegeben werden. Die teilnehmende Beobachtung ist in ihrem ganzheitlichen Zugang ein herausragendes Werkzeug für die Analyse und Synthese. Auch, weil diese Beobachtungs- und Beschreibungsform Einsichten in bestimmte Bereiche des Forschungsobjekts gibt, die mit der Untersuchung von Sample 1 und 2 allein blinde Flecken geblieben wären. Trotz »kritischer Distanz« gegenüber dem Forschungsobjekt hatte ich aufgrund meiner aktiven Teilnahme an

24 Das Symposium »Beyond Amyloid – Widening the View on Alzheimer's Disease« am 10. und 11. Oktober 2016 in Hannover besuchte ich lediglich als Hörer. Es war aufgrund seines ausschließlich neurowissenschaftlichen Kontexts kein Forschungsobjekt im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung.

den Konferenzen die Möglichkeit von Nahaufnahmen. Ich hatte Zugang zu einem Netzwerk von Bedeutungen *und* zu den Trägern und Vermittlern dieser Bedeutungen, wodurch ich Strukturen erahnen konnte, derer sich die Akteure selbst kaum bewusst waren (vgl. Geertz 2015).

Die Idee der Beschreibung einzelner Konferenzsituationen kam erst während der Konferenzen im Jahr 2018 auf, weshalb meine Herangehensweise an das Feld – trotz durchgehender Notizen und Protokolle während der Teilnahme – zwar von einer verinnerlichten Fragestellung an das Thema dieser Arbeit geprägt, aber unvoreingenommen in Hinblick auf eine spätere Auswertung des Erlebten war. In Den Haag, 2019, war die teilnehmende Beobachtung bewusst geplant. Es sollten hier noch Ergänzungen notiert werden, schließlich ergaben sich aber entscheidende Feinheiten und Erkenntnisse bezüglich der Synthese dieser Arbeit.

Renommierte Vertreter verschiedener Bereiche waren bei den Konferenzen vor Ort und gaben den neuesten Stand ihrer Erkenntnisse und Ergebnisse wieder. Auch wenn die zwei ausrichtenden Organisationen nur ganz bestimmte Bereiche zu inkludieren scheinen – darauf wird noch genauer zu kommen sein –, so repräsentieren sie doch einen wichtigen und wirkmächtigen Teil der »Demenz-Szene« – wie die Mitwirkung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. an vorderster Front der Nationalen Demenzstrategie der Bundesrepublik Deutschland zeigt. So sind diese drei Veranstaltungen ein geeignetes und reichhaltiges Objekt der Beobachtung. Aufbau und Hierarchien, Besetzung von Podium und Publikumsraum, Auswahl der Themen, Stimmung unter den Teilnehmern, Themen abseits der Vorträge und anderes: Von derlei Strukturen und Atmosphären ausgehend habe ich charakteristisch erscheinende Szenarien ausgewählt, um sie hier zu beschreiben und im Ansatz zu interpretieren und in den Kontext zu bringen. Auf den drei Konferenzen fanden dutzende Vorträge und Präsentationen statt, die teilweise gleichzeitig in verschiedenen Räumlichkeiten des jeweiligen Veranstaltungsortes gehalten wurden. Natürlich war die Auswahl der von mir besuchten Vorträge zu einem gewissen Grad willkürlich. Eine solch verzerrte Selektion mag in seiner Validität und Reliabilität infrage gestellt werden. Doch ließ ich mich einerseits im Zweifelsfall intuitiv von meinem Forschungsinteresse leiten und ging es andererseits vor allem darum, stichprobenartig zu arbeiten, um Argumentationslinien, Atmosphären und Tendenzen zu erahnen, anstatt einzelne Vorträge in Inhalt oder Methode zu zerlegen.

Die folgenden Beschreibungen beziehen sich zwar auf einzelne Veranstaltungen auf den Konferenzen, wurden aber bei der Auswertung und Verschriftlichung entsprechend eines erlebten Gesamtbildes ausgewählt, um dem Leser einen Eindruck meines Erlebens der Konferenzteilnahmen zu vermitteln. Im Folgenden werde ich also einige Szenarien unterschiedlich ausführlich beschreiben und teilweise aufeinander beziehen, um einen Einblick zu geben, der im letzten Kapitel dieser Arbeit erneut als Material für eine Synthese dienen kann. Es handelt sich teilweise um reine Beschreibungen, die auf handschriftlichen und Gedächtnisprotokollen

basieren und meist um erste Gedanken und Interpretationen ergänzt wurden. Die in Anführungszeichen gesetzten Zitate habe ich während der Konferenz-Sitzungen mitgeschrieben und gegebenenfalls ins Deutsche übersetzt. Manche Ausführungen sind sehr kurz und skizzenhaft gefasst, um eine Atmosphäre oder einen einzelnen Eindruck zu vermitteln, manche Kapitel sind ausführlicher und detaillierter.

3.3.1 Weimar: »Demenz – Gemeinsam Zukunft gestalten«

3.3.1.1 Spielball zwischen Wirtschaft und Technik

»ichó ist ein Ball, der auf alle äußeren Einflüsse, wie Druck, Annäherung, Streicheln, Fangen etc. reagieren kann. Mit Fokus auf die Förderung von Motorik und Kognition des Nutzers reagiert ichó mit farbigem Leuchten, Vibration, Klang oder Musik. [...] ichó ist durch seine Ballform ein vertrautes Objekt, das keine Ressentiments hervorruft. Hierbei ist der Ball aber selber nur das Medium, für einen großen Schritt in Richtung Digitalisierung im Gesundheitswesen im Bereich der Pflege und Versorgung.« (ichó 2017)

So wird ichó, eine digital-interaktive Kugel, eine technische Neuheit im Demenz-Pflegebereich, auf der Webseite der Hersteller-Firma beschrieben. Der Firmenvertreter, dessen an Demenz leidende Großmutter seiner Erzählung nach in die Entwicklung von ichó involviert war – man spricht hier von »Co-Design« –, sagt beim Schlussplenum des 10. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sinngemäß: »ichó soll eine Brücke darstellen und Kommunikation aufbauen«. Ob er das wirklich tut, wird vom mehrere hundert Menschen umfassenden Publikum – darunter größtenteils Pflegenden²⁵ – durchaus kritisch gesehen. Natürlich kann Kommunikation mittels eines Werkzeugs geschehen und der in der »Demenz-Szene« immer stärker hervortretende Ruf nach »nicht-medikamentöser Behandlung« scheint als Katalysator für neue Technikentwicklungen zu wirken. Dennoch belächeln die Anwesenden, die den Rednern im Großen Saal gebannt folgen, die aussichtslos erscheinende Robotisierung der Pflege: Bei der Frage »Kann ein Roboter den Menschen in der Pflege ersetzen?« wird im Saal geflüstert, getuschelt, mit dem Kopf geschüttelt. Gleichzeitig wird mithilfe dieser werbeförmig anmutenden Podiumsdiskussion und dem sympathischen Auftreten des jungen Geschäftsmannes einer weiteren Kolonialisierung der Pflege durch Technik die Tür geöffnet. Ar-

25 Beruflich Pflegenden konnten sich für die Teilnahme an dem Kongress Punkte für die Zertifizierung der RbP (Registrierung beruflich Pflegenden) gutschreiben lassen: »Teilnahme nur am 18. oder 19.10.2018 6 Punkte, Teilnahme nur am 20.10.2018 3 Punkte, Teilnahme am 18. und 19.10.2018 sowie vom 18.-20.10.2018 10 Punkte« (Kongress-Flyer). Auch wenn die Registrierung beruflich Pflegenden GmbH keine öffentliche Stelle ist, so wird mit der Möglichkeit, auf dem Kongress Punkte als »Qualitätsprädikat« zu sammeln, suggeriert, dass es sich hier um eine Art Lehrveranstaltung handelt.

gumenten wie dem der fehlenden Emotionalität und damit größeren Objektivität und Geduld einer Maschine oder eines Roboters im Vergleich zu einer pflegenden Person wird anerkennend zugestimmt. Ein makrostruktureller Vorteil der Technik, der von Gesundheitspolitikern als immens gewichtet wird, vermittelt sich unterschwellig: Gelder für Technikentwicklung und -wartung scheinen nur begrenzt und einmalig vonnöten zu sein, während Mittel für die leistungstechnisch anfälligen Pflegekräfte kontinuierlich bezahlt und regelmäßig erhöht werden müssen. Auch in dieser Hinsicht kann Technik Probleme scheinbar endgültiger lösen. So tritt das auf dieser Schlussdiskussion nur marginal behandelte politische Thema einer Verbesserung der Pflegebedingungen *automatisch* in den Hintergrund. Zumal der Kongress in der Euphorie des folgenden emotionalen Moments beschlossen wird: Bevor der ichó-Vertreter eine Zuschauerfrage nach dem Kaufpreis des interaktiven Balles beantwortet, herrscht gebannte Stille im Publikum. Die meisten gehen vermutlich davon aus, dass ein so hochmodernes Werkzeug für viele Pflegeinstitutionen und erstrecht für privat Pflegende vorerst unbezahlbar bleibt. Die Stille zieht sich gefühlt in endlose Länge. Das Publikum wartet ungeduldig. Dann gibt der junge Mann nach einem kurzen einleitenden Auftakt, der die Spannung weiter steigen lässt, den Gegenwert von wenigen hundert Euro an, was lauten, fast tosenden Beifall auslöst. Der Ball ist bezahlbar. Auch für den Normalverbraucher. Ich fühle mich in diesem Moment tatsächlich wie in einer Fernsehwerbeveranstaltung der 1950er Jahre, als man dabei war, Konsum zu demokratisieren. In diesem Moment, in dem das Phänomen Demenz in einem *abgeschwächt medizinischen*, aber immer noch technologischen Kontext verhandelt wird, wird die Auseinandersetzung mit den von Demenz betroffenen Menschen mit umso offener zur Schau gestellter Begeisterung kommodifiziert.

3.3.1.2 Ein gemeinschaftlicher Masterplan

Doch solange derart weitreichende und kostspielige Veranstaltungen um das Thema Demenz geplant werden oder zumindest solange die Deutsche Alzheimer Gesellschaft diese austrägt, sollte man – allein ihrem Namensbestandteil »Alzheimer« nach – der Medizin dort eine tragende Rolle unterstellen. Zu Beginn des Kongresses in Weimar hält Prof. Emrah Düzel einen »Medizinischen Vortrag«. Dieser wird eingeleitet durch die Kongresseröffnung durch politische Repräsentanten und die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und abgelöst durch ein Grußwort von Bodo Ramelow, dem Ministerpräsidenten von Thüringen. Düzels Referat mit dem Titel »Zukunft der Diagnostik und Forschung« ist also an prominenter Stelle gesetzt. Es geht dem Professor darin um drei Botschaften:

Erstens: *Sekundäre Prävention, also die Behandlung der neuropathologischen Ursachen vor Ausbruch der Krankheit könnte gelingen und ist das erklärte Ziel.*

Die Ursachen der Krankheit werden hier mit den gängigen Protein-Hypothesen als Grundlage erklärt. Die krankhaften Proteine könnten dem Professor zufolge in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit durch Positronenemissions-Tomographie (PET) festgestellt werden – die in der Power Point-Präsentation vorgeführten Bilder wirken wie aus der Praxis entliehen, wurden aber vermutlich in einem Forschungskontext erstellt. Alzheimer zu verhindern (primäre Prävention noch vor klinischen *und* neuropathologischen Anzeichen) scheine unmöglich, während man sich von der tertiären Prävention, also der Behandlung der ausgebrochenen Symptome und dem Verhindern des Fortschreitens der Krankheit offiziell verabschiedet habe. In dem Vortrag werden neben den Proteinypothesen auch andere mögliche neuropathologische Hintergründe zwar erwähnt, aber eher als marginal betrachtet oder zumindest dargestellt.

Zweitens: *Es gibt erfolgversprechende Therapieansätze, deren Wirksamkeitsuntersuchung aber schwierig ist.*

In diesem Zusammenhang wird das häufige und fast ausschließliche Versagen von Behandlungsstudien mit diversen Faktoren begründet, die vor allem die Designs der Studien betreffen: Die neuropsychologischen Tests der A4-Studie (vgl. A4 2014) seien ungeeignet gewesen, andere Gesundheitsfaktoren blieben außen vor, es wurden die Amyloid-Plaques unabhängig von den meist später auftretenden Tau-Neurofibrillenbündeln betrachtet, und der geistige Abbau der Patienten sei im Stadium der frühen Demenz sowieso sehr langsam. Eine bekannte Studie, die eine Impfung gegen Amyloid testete, habe zu spät behandelt, es handelte sich also nicht mehr um sekundäre, sondern um tertiäre Prävention (Symptombehandlung).

Drittens: *Innovationen können nur durch Bürgerbeteiligung gelingen.*

Düzel bekräftigt, dass eine wirksame Behandlung von Alzheimer nur durch die Studienteilnahme möglichst vieler, auch und vor allem gesunder Bürger gefunden werden könne. Er fordert die Identifikation des Publikums mit der Alzheimer-Forschung durch direktes Ansprechen der Zuhörer heraus: »Einige von Ihnen haben an der Studie teilgenommen«. So zieht er die Menschen entsprechend des Slogans »Innovationen durch Bürgerbeteiligung« auf seine Seite, indem er die Neurowissenschaft nahbar macht. Es kommt mir vor, als würde den Hörern (vermutlich zurecht) unterstellt, stolz darauf zu sein, dass sie an der Forschung teilhaben.

Die Amyloid-Hypothesen sowie die Möglichkeit gelingender Studien und einer Sekundärprävention werden in dem Vortrag erst bestärkt und als kurz bevorstehende Durchbrüche angepriesen, um dann wieder in ihren Möglichkeiten und ihrem Nutzen relativiert zu werden. Dieses Wechselspiel erzeugt Unklarheiten, doch bleibt am Ende die Atmosphäre von »Wir stehen kurz vor dem Durchbruch«. Ein Beispiel hierfür ist die Ankündigung einer konkreten neuen Erkenntnis: Neurofibrillenbündel (hyperphosphorylierte Tau-Proteine) hängen vermutlich vor allem mit objektbezogenen Prozessen in den Gehirnen der Betroffenen zusammen, Amyloid-Plaques dagegen eher mit raumbezogenen Prozessen. Diese Neuigkeiten

bieten Angriffspunkte innerhalb der Proteinhypothese[n]forschung und damit neue Grundlagen für Projekte und werden dementsprechend präsentiert. Doch während sie weder Sicherheit bezüglich der Hypothesen an sich noch eine Aussicht auf wirksame Behandlungen liefern, vermittelt man sie fast wie den letzten Schritt zur Heilung von Demenz.

Eine der Schlussparolen des Professors klingt in dieser Situation wie eine politische Aufforderung aus einem Science-Fiction-Film, die die Masse auf eine ganz bestimmte Zukunft vorbereiten will und einen politischen Aktionismus ankündigt und rechtfertigt: »Wir brauchen neue Technologien«. Dieser Satz wird mit Enthusiasmus und Tiefe formuliert. Insgesamt wirkt dieser »Medizinische Vortrag« latent wissenschaftspolitisch und scheint Inhalte vor allem als Legitimierung des eigenen Handelns und als Werbung für neue Projekte vorzubringen.

Nach dem Vortrag fragt der Moderator das Publikum: »Haben Sie alles verstanden?« Die Frage ist in gewisser Hinsicht suggestiv, wie sich am antwortenden Gelächter des Publikums zeigt. Es wird laut gelacht, weil diese Frage sich ganz offensichtlich selbst beantwortet und angesichts der unüberschaubaren biomedizinischen Alzheimerforschung als Witz zu verstehen ist. Einerseits bestätigen sich die Zuhörer alle noch einmal gegenseitig, dass dieses Feld viel zu komplex ist, um irgendeinen Einblick geschweige denn Überblick haben und entsprechend mitreden zu können. Man macht sich über seine eigene Unfähigkeit und Inkompetenz lustig, man kokettiert. Andererseits wirkt dieses einhellige, ausgelassene Lachen des Publikums so, als sei es geschlossen euphorisiert von den zwar undurchsichtigen, teilweise ernüchternden, aber doch Hoffnung auf etwas Großes machenden Worten des Experten. Dieses Sich-selbst-generieren als nicht eingeweihter »Pöbel«, aufgebracht durch den Vortrag und um die eigene Kleinheit wissend, scheint keinerlei Reflexion der Herangehensweisen und Umstände zuzulassen. Die Hierarchien sind klar und die Asymmetrie zwischen Redner und Publikum wird – wie sie entsprechend einer Herr-Knecht-Dialektik die größte Stabilität entfaltet – vor allem von unten gefüttert. Ich fühle mich in diesem Moment des lauten Gelächters (wie im oben beschriebenen Moment des Beifalls für den Warenwert des Demenz-Balls) einsam in dieser scheinbar geschlossenen Gesellschaft. Ich lache als teilnehmender Beobachter nicht mit.

Schließlich kommt eine ernst gemeinte Frage einer Hörerin aus dem Publikum: »Vor ein, zwei Jahren wurde ein Amyloid-Medikament versprochen. Daraus ist wohl nichts geworden, oder?« Düzels Antwort klingt wie eine Floskel, eine Parodie, fast wie eine Karikatur eines Heilsverkünders und dessen permanenter Verschiebung von Eindeutigkeit in die Zukunft: »Ich muss Sie noch einmal um ein bis zwei Jahre vertrösten, dann sollte ein Medikament auf den Markt kommen.« Er nennt regulatorische und organisatorische Gründe für das »noch nicht«, das lediglich eine Verzögerung, aber kein Scheitern darstellt. Vermutlich weiß er mehr als er sagt? Die Hörerin nimmt diese Antwort hin und setzt sich. Diese Szene erinnert

mich an eine Klassenzimmer-Situation zwischen Lehrer und Schüler. Redner und Publikum scheinen eine Gemeinschaft zu bilden, die im gemeinsamen Glauben an eine gegebene Ordnung und eine bessere Zukunft existiert.

3.3.1.3 Ratlosigkeit wird überstrahlt von Hoffnung

Auch der Neurowissenschaftler Prof. Alexander Kurz hält einen der wohl am besten besuchten Vorträge der Konferenz im Großen Saal. Auch dieser von rhetorischem Witz begleitete medizinische Vortrag oszilliert zwischen Aussichtsreichtum und offenen Fragen: Die Alzheimer-Ursachen seien nicht ganz klar, die rechtzeitige bzw. vorzeitige sekundäre Prävention sei das Ziel, aber letztendlich existierten keine handfesten Perspektiven auf Diagnose- und Behandlungsmethoden. In der anschließenden Fragerunde meldet sich ein Zuhörer: »Müssen wir nicht viel mehr in die gesellschaftliche Akzeptanz von Demenz investieren als in die medizinische Forschung, die scheinbar nichts bringt?« Auf diese fast ketzerisch anmutende und entsprechend kleinlaut und vorsichtig formulierte Frage antwortet Prof. Kurz, zwar für kurze Zeit innehaltend, aber dennoch bestimmt in etwa sinngemäß: »Nein, wir brauchen weiterhin beides. Sowohl in die soziale als auch in die medizinische Herangehensweise muss investiert werden«. Professor Kurz begründet seine Aussage zwar durch einen beiläufigen Verweis auf die vorher beschriebene Möglichkeit von Prävention, doch ist für einen kurzen Moment eine Art Ratlosigkeit bei ihm und im Publikum zu spüren. In dieser Ratlosigkeit spiegelt sich eine Alternativlosigkeit: Auch wenn die medizinische Deutungshoheit im Kontext von Demenz kaum wirkliche Fortschritte zu bringen scheint, so wird sie doch als institutioneller Rahmen gebraucht. Hier blitzt die im Interview-Kapitel genannte *Verbindlichkeit* wieder auf. Denn eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen Demenz jenseits medizinischer Definitionen ist undenkbar. Vermutlich bin ich nicht die einzige Person im Saal, die bei der Zuhörerfrage den Impuls verspürt, zu applaudieren. Es ist schließlich nicht unüblich, dass mutige Fragen oder Aussagen, die einigen latent auf der Seele brennen, in demokratischer Manier beklatscht werden. Vielleicht bin ich aber doch einer unter ganz wenigen, die dieser Frage Wichtigkeit zusprechen würden. Wie auch immer: Die für alle scheinbar unbefriedigende Antwort des Professors hinterlässt ein Vakuum in Form von Stille, so dass man schnell mit der nächsten Zuschauerfrage fortfährt und dieser grundlegenden Frage den Raum nimmt.

Die meisten Menschen auf der Konferenz sind Angehörige von Menschen mit Demenz oder professionell Pflegende bzw. Pflegewissenschaftler, die sich in ihrem Bereich austauschen und fortbilden wollen. Viele Vorträge dagegen entspringen oder unterliegen dem medizinischen Feld und führen nicht zu einer Reflexion oder Weiterentwicklung des pflegerischen Alltags oder sozialen Umgangs mit Menschen mit Demenz, sondern scheinen lehrbuchartig übergeordnetes Wissen

zu vermitteln, welches kaum Berührungspunkte mit der Lebenswelt der Zuhörer hat – bis auf die Hoffnung auf »erleichternde« Medikamente. Doch während der Alltag mit Menschen mit Demenz letztendlich für die meisten das eigentliche Thema ist, herrscht eine fühlbare Spannung, wenn die Heilsversprecher der Medizin im Großen Saal reden und ihre Vorträge mit Schlagworten wie »bahnbrechende Fortschritte in der Diagnostik« beginnen und beenden. Die Aura einer technisierten Hoffnung überstrahlt während dieser Vorträge die gesamten pflegerischen und sozialen Bereiche und deren Schwierigkeiten.

3.3.1.4 Haben Menschen mit Demenz überhaupt weniger teil?

Natürlich finden auf der Konferenz in Weimar auch Veranstaltungen zu dezidiert »sozialen« Themen statt. Einige von ihnen scheinen mir persönlich interessant, anspruchsvoll und kritisch zu sein. Und einige finden auch in privilegierten Räumlichkeiten und zu privilegierten Zeiten statt, was bedeutet, dass sie ein großes Publikum finden. Nach Professor Düzels Eröffnungsvortrag wird vor derselben Zuhörerschaft im Großen Saal eine einleitende Präsentation zum Thema »Soziale Teilhabe« von dem Rechtswissenschaftler und Sozialexperten Professor Klie abgehalten. Die Rede kritisiert unter anderem die Pathologisierung von Menschen mit Demenz und benennt deren Folgen wie eine »Hygiene-Angst« vor Menschen mit Demenz, die von beruflich Pflegenden berichtet wird. Schwerpunkt des Vortrags sind wichtige Aspekte im Kontext von gesellschaftlicher Ex- und Inklusion Betroffener. Teilhabe an allen möglichen Feldern solle zugänglich gemacht werden: am Arbeitsleben, am politischen Leben, am Verkehr, am Konsum, am kulturellen und religiösen Leben et cetera. Allerdings wird die Frage nach der Teilhabe der Betroffenen an Definition von und Umgang mit Demenz nicht gestellt. Natürlich klingt eine diesbezügliche Forderung in einer von Spezialisten geprägten Welt erstaunlich. Doch sind die von Professor Klie angesprochenen Felder wie Arbeit, Politik oder Religion, an denen Menschen ohne Demenz selbstverständlich teilhaben könnten, wie seine Argumentation impliziert, nicht auch von Experten bestimmt? Vielleicht sollte man von der vermeintlichen Teilhabe der Konferenzteilnehmer an der Definition von Demenz als Krankheit ausgehen und auf eine Fraglichkeit der Teilhabe an den genannten Feldern übertragen. Wenn medizinische Erkenntnisse durch Experten für die Konferenz-Zuhörer zugeschnitten werden, wieso trifft dies nicht auch auf die Debatten um Verkehr und Religion zu? Denn es geht bei Teilhabe nicht nur um alltägliche Praxis, sondern auch um die Bereitstellung der Bedingungen für die Praxis und um das Reden darüber. Vielleicht haben die Menschen ohne Demenz also kaum besseren Zugang zu Teilhabe als die Menschen mit Demenz – ob es sich nun um Teilhabe an der Definition von Demenz (und dem Sprechen darüber) handelt oder um die Teilhabe an Feldern wie Verkehr und Religion (und dem Sprechen darüber).

3.3.2 Barcelona: »Making dementia a European priority«

3.3.2.1 Prävention ohne wissenschaftliches Risiko

Wie in Weimar wird die Konferenz in Barcelona nach ihrer Eröffnung durch eine neurowissenschaftlichen Experten-Präsentation eingeleitet: Dr. Molinuevos Leitvortrag mit dem Thema »Will we be able to prevent Alzheimer's disease?« weist, wie entsprechend einer globalisierten Wissenskultur zu erwarten ist, inhaltliche Parallelen zu denen von Düzel und Kurz auf. Molinuevo eröffnet seine Rede mit dem Verweis, dass die Alzheimer-Forschung heute keine »science fiction« mehr, sondern »science reality« sei. Einerseits scheint er damit Zweifeln an den umstrittenen neuromolekularen Thesen um die Alzheimer-Krankheit im Vorhinein entgegenzutreten. Andererseits baut er ein mystifizierendes Gerüst um seine Rede, welches an die politikhafte Schlussrhetorik von Prof. Düzels Vortrag in Weimar erinnert. Molinuevos Referat der neuesten Entwicklungen der internationalen Alzheimer-Forschungen ist ein Plädoyer für die Möglichkeit und Umsetzung von sekundärer Prävention und Risikofaktorforschung: *Es gebe eine Verschiebung vom klinischen zum biologischen Konstrukt Alzheimer*. Als Beleg für die Notwendigkeit dieser Verschiebung verweist er auf eine klinische Studie, in welcher 20 % der mit Alzheimer Diagnostizierten post mortem keine Alzheimer-Pathologie aufwiesen (vgl. Winblad et al. 2016). Wie in der vorliegenden Arbeit beleuchtet, hätte eine solche Erkenntnis, dass Proteinablagerungen im Gehirn keine notwendige Bedingung für eine (Alzheimer-)Demenz darstellen, als Angriffspunkt für ein grundlegendes Infragestellen der Alzheimer-Krankheit gesehen werden können. Molinuevo sieht die angeführte Studie jedoch als Hinweis auf die noch fehlende Diagnosegenauigkeit in der Klinik. Seiner Meinung zufolge betreffe die Diagnose Alzheimer also genau nur die Fälle, bei denen Proteinablagerungen zu finden seien. Er lässt dabei bei Seite, dass dieser mangelnde Zusammenhang in der Klinik die Demenzform »Alzheimer« an sich fraglich werden lassen könnte, da auch vice versa die post mortem-Pathologie, also das Vorhandensein von Amyloid-Plaques, nicht zwangsläufig eine klinische Alzheimer- oder Demenz-Diagnose zu Lebzeiten bedeutet. In seinem Vortrag lenkt also die Einsicht, dass Amyloid-Ablagerungen keine notwendige Bedingung für eine Demenz sind, von der Tatsache ab, dass diese Ablagerungen auch keine hinreichende Bedingung für eine Demenz sind; zumal Letzteres in seinem Vortrag nicht erwähnt wird. Die Alzheimer-Krankheit soll in Zukunft auf eine biologische Ebene reduziert und unabhängig von klinisch-pathologischen Symptomen präventiv diagnostiziert werden. Eine klinische Diagnose soll also nur in Ausnahmefällen gebraucht und größtenteils von der präventiv-pathologischen Diagnostik abgelöst werden. Die Fälle mit Proteinablagerungen, aber ohne klinische Krankheit – wie sie z.B. in Publikationen zu der sogenannten »Nonnenstudie« (vgl. Snowdon 2003) beschrieben werden –, würden dann zu Lebzeiten mit Alzhei-

mer etikettiert, ohne dass bei ihnen jemals eine Demenz zu beobachten wäre. Moli-nuevo lässt diese Frage unbeantwortet und fordert eine genaue Risikoeingrenzung auch bei Gesunden sowie personalisierte Präventionspläne: Prävention soll durch individuelle »Lebensstilanpassung« – was eine medizinische Behandlung *gegebenfalls* mit einschließt – auf Basis von biologischen Risikofaktoren betrieben werden.

3.3.2.2 Die Alzheimer-Familie als geschlossene Gesellschaft

Beim Eröffnungsabend der Konferenz in Barcelona mit Musik, Buffet und Getränken vernehme ich im Raucherbereich vor der Hotelpforte ein auf die Konferenz bezogenes Gespräch einer kleinen Gruppe von Teilnehmern: Ein Mann Anfang 30 mit deutschem Akzent äußert in selbstsicherem und geübtem Tonfall: »There is still lots of work to do«. Diese trivial anmutende Aussage, die so ausgesprochen wird, als habe sie der Sprecher längst internalisiert, könnte natürlich bei einem jeden Arbeitstreffen vorzufinden sein, doch stellt sie im Kontext dieser Konferenz und der Alzheimer-Krankheit eine Selbstverständlichkeit dar, die bemerkenswert ist: Sie verweist auf die Leichtigkeit der immer wiederkehrenden Reproduktion eines Paradigmas, welches in der Lage ist, neue Forschungsgelder zu mobilisieren und die Auseinandersetzung mit dem Thema auf einen Rahmen von etablierten Arbeitskreisen zu konzentrieren. Das englische »still« (»noch«) verweist auf eine feste Basis durch bereits Erforschtes, welche aber eben erstrecht zu weiterer Arbeit verpflichtet. Es ist davon auszugehen, dass niemand auf der Konferenz darauf aus ist, das Thema als abgeschlossen zu betrachten. »Nothing left to do« wäre wohl per se kein Wahlspruch einer Arbeitsgruppe. Und dennoch scheint zumindest die Art der Auseinandersetzung mit diesem Thema besonders festgesetzt, geregelt und eingegrenzt zu sein. Zukünftige Arbeitsfelder im Bereich Alzheimer muten – so wurde mir im weiteren Verlauf der Konferenz immer deutlicher – wie ein ökonomischer und kultureller Selbstzweck an und scheinen kaum der Erschließung neuer Horizonte zu dienen. Ein *think outside the box*, wie es von modernen Berufstätigen gefordert wird und das auch der Wahlspruch dieser Gesprächsrunde sein könnte, verortet auch hier das Außerhalb der Box immer noch innerhalb eines ganz bestimmten Denkgerüsts. Der Satz »There is still lots of work to do« weist darauf hin, dass das Thema Alzheimer – zumindest aus Sicht des Teilnehmers – einer Auseinandersetzung durch eine bestimmte institutionalisierte Arbeitsgemeinschaft überantwortet ist. Es vermittelt den Eindruck, als wären es die Teilnehmer dieser Konferenz, in deren Händen das Schicksal aller in Europa vorkommenden Demenz-Fälle läge. Und vermutlich ist dieser Eindruck gegenwärtig gar nicht weit von der Realität entfernt. Die vermeintliche Aporie Alzheimer wird zu einer transdisziplinär lösbaren Aufgabe, an der sich die dazu beauftragten und legitimierten Felder abarbeiten. Hinter der genannten Aussage verbirgt sich ein Wissen davon,

dass es bereits heute etwas wie einen ganz bestimmten, wenn nicht vorgegebenen, so doch in Aussicht gestellten Weg für die Alzheimer-Auseinandersetzung gibt. Die Methoden²⁶ scheinen klar zu sein.

Der kurz darauf ausgesprochene Satz zeigt implizit und doch offensichtlich, dass es sich bei dieser europäischen Arbeitsgemeinschaft zu Alzheimer um eine Art geschlossenes Denkkollektiv handelt, in welchem man sich innerhalb eines Denkstils austauscht, um diesen weiterhin zu reproduzieren und zukünftige Auseinandersetzungen und (monopolistische) Deutungsansprüche zu sichern: »We are a big European family, nearly the same persons every year, which bring together their progress.« Diese Gruppe, mit der die regelmäßigen Teilnehmer der Alzheimer Europe-Konferenz gemeint sind, generiert sich insofern als große Familie, als eine gegenseitige Angewiesenheit ihrer Mitglieder besteht. Wie in Bezug auf 15 oben bereits erläutert: Nach Ludwik Fleck stärken selbst vom vorherrschenden Denkstil leicht abweichende Herangehensweisen insgesamt die Deutungsmacht des Denkstils, solange ein von diesem bestimmter »Zweck des Wissens« (Schäfer et al. 1983:17) durch die anerkannte Art der Beobachtung des als würdig erklärten Gegenstands verfolgt wird (vgl. ebd.). Jedes für Menschen mit Demenz möglicherweise noch so irrelevante Ergebnis einer Studie oder Forschung kann die Basis eines neuen Projekts eines anderen Konferenzteilnehmers und von Wichtigkeit für das Denkkollektiv an sich sein. Sich deshalb als (wenn auch auf den ersten Blick heterogene) Einheit zu generieren und zu präsentieren, ist fundamental wichtig und stärkt jeden einzelnen neuen Projektantrag ihrer Mitglieder. Letzteres scheint hier kein reines Mittel zum Zweck zu sein, sondern eine Form von Selbstzweck darzustellen.

Ein weiterer Ausspruch aus der beschriebenen Gesprächsrunde vor der Hotelpforte: »The political dementia strategy is coming now in Germany«. Die Identifikation mit groß angelegten politischen Masterplänen verdeutlicht die institutionelle Einbettung des hier angetroffenen Denkstils um Demenz. Der Kontext des gesellschaftlichen Mainstreams verleiht dieser Stützkonzeption, welche um ein zur Volkskrankheit erhobenes Alters-Phänomen errichtet wurde, noch größere Immunität gegenüber inhaltlichen Schwachstellen als es Stützkonzeptionen bereits per definitionem inhärent ist (vgl. Berger et al. 2018). Ein Symptom und Indiz für die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Legitimation dieser Stützkonzeption von einem direkten gesellschaftlichen Nutzen ist ein auf der Konferenz in Barcelona angebotener Workshop für Nachwuchswissenschaftler mit dem Titel *INTERDEM Academy: The road to success for high impact writing in psychosocial research – tips and tricks*. »INTERDEM« (»Early detection and timely INTERvention in DEMentia«) bezeichnet sich als »network of researchers collaborating in research on and dissemination of Early, Timely and Quality Psychosocial Interventions in Dementia aimed

26 *Methodos* (griechisch): der Weg

at improving the quality of life of people with dementia and their supporters, across Europe« (INTERDEM 2019). Das Workshop-Abstract beginnt wie folgt:

»This interactive workshop involves the broad topic academic writing skills, including grant writing and writing for a top journal. Publishing a high impact paper or being awarded a big research grant are career makers for a scientist. However, writing high-impact science requires polish and politics. The workshop is aimed at early stage dementia care researchers (PhD students and post-docs) who plan to submit grant proposals or hope to publish their research in a high-impact journal.« (Verhey et al. 2018)

Es geht hier vor allem darum, »einflussreiche Wissenschaft« zum Thema *Demenz im frühen Stadium* hervorzubringen. Dies passiert über den Weg der Veröffentlichung von Artikeln in renommierten Fachzeitschriften und mithilfe von Fördergeldern. Das Angebot des Workshops verweist nicht nur auf die Möglichkeit, dass mithilfe von Tipps, Tricks, »polish and politics« vielleicht auch inhaltlich irrelevantere Forschung als Teil der Stützkonzeption und des Denkkollektivs einflussreich sein könnte. Es zeigt auch die in dieser Arbeit beleuchtete institutionelle Forcierung des Trends zur Früherkennung – wie sich diese auch darstellen und welche Konsequenzen sie mit sich bringen mag. Außerdem wird ersichtlich, dass ein nicht unerheblicher und mächtiger Teil der Demenz- bzw. Alzheimerforschung, der auf der Konferenz in Barcelona prominent vertreten war, einen fest eingerahmten Diskurs repräsentiert und verfolgt. Dieser scheint nicht zuletzt von Zugangsbeschränkungen zu leben. Was bezüglich der Konferenz in Barcelona allein die relativ hohen Teilnahmegebühren anzeigten, wird im beschriebenen Diskurs allgemein auch jenseits rein wirtschaftlicher Hürden vollzogen: Man macht kein Geheimnis daraus, dass hier Wissenschaft dominiert, die von politischen und ökonomischen Aushandlungsprozessen bestimmt wird und im Kontext von Karrieren funktioniert, welche an bestimmte kollektive Deutungen gebunden und in anschlussfähige und entsprechend institutionalisierte Forschungslinien eingebettet sind. Das hier beobachtete Zusammenspiel von Zugangsbeschränkung, Legitimation durch Karriere und Forschungsrahmen (sowohl das Objekt als auch die Methode betreffend) ist schon in Ludwik Flecks Ausführungen aus dem Jahr 1960 wiederzufinden:

»Der gewöhnliche Wissenschaftler von heute findet, daß die »wissenschaftliche Wahrheit« eine komplexe geistige Konstruktion ist, untrennbar mit den Forschungstechniken, statistischen Interpretationen und vielfältigen Konventionen verbunden. Er weiß, daß sie oft nur in einem spezifischen Jargon ausgedrückt und nur nach einer längeren Ausbildung wahrgenommen werden kann. Seiner Meinung nach hängt die »wissenschaftliche Wahrheit« vom Zusammentreffen verschiedener Umstände ab: von der wissenschaftlichen Gelegenheit, von der Umgebung und vom persönlichen Einfluß des Autors. Sie sollte geeignet sein,

in das bestehende Wissenschaftssystem einverleibt werden zu können, und schließlich sollte sie Zustimmung finden. Denn der einzige Beweis des Werts liegt im Erfolg ...« (Fleck 1983b:175f.)

3.3.2.3 Neuropathologisch gemessene soziale Sorge

Der Vortrag »Social Health: an opportunity to improve our cognitive reserve?« von Myrra Vernooij-Dassen ist ein Beispiel für die diskursive Begrenzung des Forschungsrahmens sowie die Einbettung von Herangehensweisen, wie sie auf der Konferenz in Barcelona fast ausschließlich zu beobachten war. Zwar sprach Vernooij-Dassen kritische Punkte wie die soziale Entmachtung durch eine Demenz-Diagnose an, doch bestärkten ihre Argumentationen unbewiesene, doch weitgehend unangefochtene naturwissenschaftliche Grundannahmen und machten sich zu weiten Teilen davon abhängig. Sie bezog sich auf eine Publikation von Winblad und Kollegen (2016), in der beschrieben wurde, dass eine große Anzahl an (Alzheimer-)Demenzpatienten keine neuropathologischen Anzeichen aufweisen und viele neuropathologische Anhaltspunkte in einem Drittel Hochaltriger ohne Demenz vorgefunden wurden. Dieses Ergebnis könnte die in dieser Arbeit schon mehrfach angesprochene Fragwürdigkeit des Nutzens der Protein-Hypothesen bestärken. Vernooij-Dassen allerdings zog ihre psychosozialen Forschungsergebnisse heran, um darauf hinzuweisen, dass soziale Faktoren wie die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit Demenz Kapazitäten freisetzen könnten, welche die Neuropathologie ausschalten und somit die Ergebnisse von Winblad und Kollegen erklärten. Die Auseinandersetzung mit Demenz als soziales Phänomen funktionierte wie in den meisten Konferenzbeiträgen so auch in diesem Vortrag nur über den Umweg der naturwissenschaftlich-pathologischen Begründung einer Krankheit. Sie verwies durch ihre Argumentation also einerseits implizit auf die kollektive Akzeptanz des Zusammenhangs von Proteinablagerungen im Hirn und klinischen Demenzercheinungen. Andererseits ordnete sie die Berechtigung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialen Kontexten des Umgangs mit Demenz und ihre Verbindung zu »sozialer Gesundheit« den hirnpathologischen Vorannahmen unter.

Wie ich im Kapitel zu Körper und Gesellschaft bereits angedeutet habe: Auch die Bereiche der Körperlichkeit, die sich bisher einer formellen Erfassung entzogen oder wenigstens noch in den »Zuständigkeitsbereich« der »weichen« Sozialwissenschaften eingeordnet wurden, tendieren längst dazu, sich einer Medizinisierung unterzuordnen. Und mehr noch: Die Medizin scheint hier nur Mittler und Klassifizierer zu sein. Die eigentliche Produktion des Körpers als Medium der sozialen Devianz, als Subjekt und Objekt der Macht, findet über hoch technologisierte lebenswissenschaftliche Wege statt und wird über »kulturelle Dialekte« (Haraway 2014:135) der Biomedizin gespeist und vermittelt.

Bergers und Luckmanns Beschreibung der alltagswissensbezogenen Konkurrenz von Expertengruppen – in diesem Fall zwischen den Sozial- und Hirnwissenschaften – kann hier also nur eingeschränkt herangezogen werden, weil eine »Entpragmatisierung« der Theorien zu beobachten ist, die einerseits asymmetrisch zugunsten des biomedizinischen Wissens, andererseits in gegenseitigem Einvernehmen vonstattengeht.

»Stehen Expertengruppen mit ihren definitiven Wirklichkeitsbestimmungen einander nicht nur als Konkurrenten in der Theorie, sondern auch in der Praxis gegenüber, so entpragmatisieren sie ihre Theorien wechselseitig und »veräußern« damit deren praktische Möglichkeiten. Das heißt: eine Theorie wird als praktisch überlegen »demonstriert«, nicht wegen ihrer inneren Qualitäten, sondern wegen ihrer Verwendung für die gesellschaftlichen Interessen ihrer Trägergruppen. Eine große Mannigfaltigkeit der gesellschaftlichen Organisation theoretischen Experimentums ist in der Geschichte die Folge.« (Berger et al. 2018:129)

Hier kommen wir wieder auf die Unabhängigkeit einer gesellschaftlichen Stützkonzeption von ihrer inneren Logik zurück, die aus dem beobachteten Umgang mit »sozialer Gesundheit« und Demenz herauszulesen ist. Angesichts der interessegeleiteten Unterordnung der Sozialforschung unter das neurowissenschaftliche Regime wird fraglich, inwieweit eine von Berger und Luckmann beschriebene ideenbezogene Mannigfaltigkeit in unserer Gesellschaft noch vorzufinden ist, jenseits biomedizinischen Wissens.

3.3.2.4 Weltweite Diagnosestellungen

Auch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) war mit einem prominenten Vortrag im großen Saal der Alzheimer Europe-Konferenz in Barcelona vertreten. Dan Chrisholm stellte den *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025* vor, welcher sieben Handlungsfelder beinhaltet: Dementia as a public health priority; Dementia awareness and friendliness; Dementia risk reduction; Dementia diagnosis, treatment and care; Support for dementia carers and families; Information systems for dementia; Dementia research and innovation. Unter den Bereich Dementia diagnosis, treatment and care fällt das von Chrisholm formulierte Ziel: »In at least 50 % of countries, as a minimum, 50 % of the estimated number of people with dementia are diagnosed by 2025.« Weder in Fachveröffentlichungen zu diesem WHO-Plan noch in der hierzu von der WHO bereitgestellten PDF-Datei wird ersichtlich, was genau mit diesem Ziel gemeint ist (vgl. WHO 2017). Ob es sich allein um klinische Diagnosen von Demenz handelt – was eine durchaus nachvollziehbare Intention wäre – oder sich auf einen eher lose gesteckten Frühdiagnostikplan bezieht, der sich um die Alzheimer-Krankheit und ihre neuropathologischen Kontexte dreht, bleibt unklar. Da die WHO-Zielsetzung auch Behandlungs- und Sorgemöglichkeiten ins Auge fasst, ist anzunehmen, dass

Diagnosen durch die oben beschriebene sekundäre Prävention ebenfalls von Belang sein könnten. In diesem Fall kann der Plan der WHO als ein Mammutprojekt von nicht abschätzbarer Größenordnung gesehen werden. Nicht nur seine Umsetzung an sich – inklusive der Entwicklung Nationaler Demenz-Strategien in 75 % aller WHO-Mitgliedstaaten – wird für viele ökonomisch schwächere Länder eine kaum zu meisternde Herausforderung sein (vgl. Cahill 2019) und vor allem den Motiven der Wissenschaftler aus den Industrienationen entgegenkommen. Auch der in dieser Arbeit beleuchteten Entwicklung von Diagnosewissen mit Tendenz zur Früherkennung kann kaum bis zum Jahr 2025 entsprochen werden. Oder doch?

3.3.2.5 Infrastruktur für die Heilsversprechen

Dass nicht nur die gesamtgesellschaftliche Umsetzung von Demenzplänen, sondern auch die angestrebten medizinischen Behandlungen von Menschen, bei denen eine Alzheimer-Pathologie festgestellt wurde, zu einer logistischen Herausforderung werden könnten, zeigte der Vortrag von Jodi Liu in Barcelona. Sie präsentierte die Ergebnisse einer von ihr und Kollegen durchgeführten Studie (vgl. Hlavka et al. 2018) zu staatlichen Kapazitäten bezüglich der flächendeckenden Bereitstellung einer möglicherweise bald entwickelten Alzheimer-Therapie: Medizintechnische Infrastruktur, Anzahl an Neurologen, Psychiatern, Geriatern etc. wurden für sechs europäische Länder untersucht. Die Ergebnisse, die sich je nach Land unterschieden, sind im Kontext meiner Betrachtung weniger wichtig als die Tatsache, dass solche großangelegten Prognosen mit politischem Impetus die Manifestation von festgelegten Strukturen im Umgang mit dem Phänomen Demenz – unabhängig vom Ausgang der Forschung nach verbesserten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten – einerseits anzeigen und andererseits durch Stil, Inhalt und Präsentation latent befördern. Es geht hier um Strukturen, in denen Auseinandersetzungen mit Demenz jenseits von messbarer Eindeutigkeit des Phänomens als Krankheit nur noch randständig, wenn überhaupt möglich erscheinen. Ein Beispiel liefert der oben angeführte Vortrag von Vernooij-Dassen, welcher psychosoziale Forschungen in einem Rahmen von Neurologie und Neuropathologie unterbrachte bzw. unterbringen musste. Und auch der angesprochene Demenz-Plan der WHO lässt kaum Platz für nicht kartographierte »Regionen der Demenz«.

3.3.2.6 Aufbruchstimmung der Betroffenen als Zugpferd der Behandelnden

Während globale Pläne von großen Ambitionen zeugten, so verbreitete auch die »European Working Group of People with Dementia« (EWGPD) Aufbruchstimmung. Die EWGPD besteht ausschließlich aus Menschen mit Demenz²⁷, welche

27 In der Gruppe sind Menschen mit verschiedenen Typen von Demenzdiagnosen vertreten: Alzheimer-Typ, Vaskuläre Demenz, Lewy-Body-Typ etc.

als unmittelbare Repräsentanten für gesellschaftliche Inklusion und ein Mitspracherecht der Erkrankten eintreten wollen. Diese Gruppe war mit einer eigenen Veranstaltung auf der Konferenz in Barcelona vertreten. Menschen mit Demenzdiagnosen aus verschiedensten europäischen Ländern traten auf die Bühne und erzählten von ihren Alltagserfahrungen, Hoffnungen und Erwartungen an Entwicklungen im Hinblick auf den gesellschaftlichen Umgang mit Demenz. Die Veranstaltung war überdurchschnittlich gut besucht und die einzelnen Beiträge wurden laut beklatscht. Die Rednerinnen und Redner als auch die Menschen im Publikum schienen ein Zeichen setzen zu wollen, um die Frage nach Menschlichkeit oder einfach nur die Wichtigkeit von Inklusion im Hinblick auf Demenz zu betonen. Die Atmosphäre der Veranstaltung kann als emotional bezeichnet werden. Eine als Demenz-Aktivistin bekannte und wortgewandte Vertreterin der Gruppe sagte ungefähr die folgenden, von mir handschriftlich mitgeschriebenen Sätze: »Media say a diagnosis means the end, but it is not.« Und: »We need more than medication; we need political inclusion and right support. My brain is not me. Even a new therapy must be accompanied by the social environments.« Diese Sätze zielen auf die so wichtigen sozialen Aspekte des Umgangs mit Demenz ab. Dabei bestärkte die Gruppe auch die Wichtigkeit einer frühen Diagnose, um entsprechende (soziale) Maßnahmen einleiten zu können. Daraus ergibt sich nicht nur die Frage, wer welche Maßnahmen wie medikamentöse Therapie oder soziale Betreuung, Beantragung einer Pflegestufe oder anderes durchführt. Es ist vor allem bedenkenswert, wer eine frühe Diagnose fordert und wer am Ende davon profitiert und warum. Gerade die Betonung weicher sozialer Aspekte eignet sich hervorragend, um Bedingungen zu schaffen, von denen später vor allem die harten technisierten Zweige wie Pharmaunternehmen, Medizin und Neurowissenschaften profitieren. Die Grundstimmung in Barcelona schien hierfür ein Paradebeispiel zu sein: Die Tendenzen zu technischen Versprechungen der Experten umhüllten die Konferenz und wurden den strategisch wichtigen Vertretern der Nicht-Experten nahegelegt, damit diese die Expertenziele reproduzieren und den Deutungsmächtigen als durchsetzbare Ideen, aufgeladen mit sozialem Sinn, zurückliefern. Die medizinische und hirnwissenschaftliche Vormachtstellung wurde in den oben angeführten Aussagen und Praxen der Demenz-Aktivistin mindestens akzeptiert, wenn nicht bekräftigt. Für alle im Saal. Auch für mich.

3.3.3 Den Haag: »Making valuable connections«

3.3.3.1 »How I became a warrior«

In der Eröffnungszeremonie der Alzheimer Europe-Konferenz in Den Haag 2019 schien ein ganz bestimmter Vortrag besonderen Eindruck im Publikum zu hinterlassen: Eine Vorsitzende der »European Working Group of People with Dementia«, bei der 2012 eine früh einsetzende Alzheimer-Krankheit (»Early Onset Alzhei-

mer's Disease«) diagnostiziert wurde, sprach darüber, wie sich ihr Leben aufgrund fehlender Dienstleistungen für Menschen mit der Diagnose »Alzheimer« damals schlagartig »verdunkelte«: Weder konnte ihr die bio-medizinische Seite Behandlung, Linderung oder gar Heilung anbieten, noch schienen die sogenannten postdiagnostischen Unterstützungs-, Fürsorge- oder Pflegestrukturen ihr einen angemessenen Halt in der Bewältigung ihres Alltags geben zu können. Wie sie es schildert, habe sich dennoch eine Möglichkeit aufgetan, die sich als »lebensrettend« erwies. Ihre Beteiligung an Forschungsprojekten im Rahmen der Organisation durch Alzheimer Europe und andere Netzwerke, die Patienten und Wissenschaften verbinden, machte sie zur »Kämpferin« (»I became a warrior«). Nun wolle sie mehr als eine »demenzfreundliche Kommune«. Sie wolle die »demenzinklusive Kommune«. Ihr Ideal schien von nun an die systematische Eingliederung der Anormalen (oder zumindest deren Elite) in das System Gesellschaft und ein entsprechend reibungsloses Funktionieren.

Dieser Vortrag erzeugte Spannung und eine gebannte Atmosphäre im Publikum. Und er verfehlte seine implizite Botschaft nicht. Zumindest mir schien ihr Satz »Look at the whole person!« noch einmal klar zu machen: Es geht hier um Menschen. Aber auch um Wissenschaft. Um Menschen in einem Umfeld der Wissenschaften. Um Hirnwissenschaft und Pflegewissenschaft. Der »ganze Mensch« soll als Individuum betrachtet werden; mindestens aber als Subjekt zwischen Biologie und Gesellschaft. Eine Herangehensweise im Sinne einer lebenswissenschaftlichen »Ganzheitlichkeit« schien der Rednerin angemessen, um Demenz als globalem Phänomen zu begegnen. Einbettung in Netzwerke, die sich nahe an wissenschaftlicher Forschung bewegen, würden den betroffenen Menschen am besten helfen. Zumindest ihr habe dies Sinn und Orientierung geben können: »I saw the darkness, now I see the stars. Research has changed my life!«

3.3.3.2 Zwischen Heilung und Empowerment

Theo van Uum, der für Langzeitpflege zuständige Direktor des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Wohlbefinden und Sport, sprach ebenfalls zur Eröffnung der Konferenz. Er erzählte die vermutlich fiktive Geschichte vom 70-jährigen Peter, der von Demenz betroffen sei, jedoch dank moderner Navigationstechnik Fahrrad fahren und so seinen Arbeitsplatz erreichen könnte. Für van Uum war, auch hinsichtlich des Mottos der Konferenz »Making valuable connections«, eines klar: Es gehe um ein sinnvolles Leben in der Gemeinschaft. Hierfür seien drei Säulen von Bedeutung: Technik, Pflege und Forschung (»technology, care, research«). Da die dritte Säule auch auf eine Heilung (»cure«) abziele, konstatierte van Uum mit Bezug auf die drei Bereiche insgesamt: »So lange wir Demenz nicht ausgerottet (»eradicated«) haben, sollen die Betroffenen zu einem sinnvollen Leben ermächtigt (»empowered«) werden.« Auch hier scheint sich das Individuum systematisch und

systemisch als Subjekt zwischen Biologie und Gesellschaft wiederzufinden. Ausgangspunkt für diese Integration und Angriffspunkt der politischen Bemühungen scheint vor allem die *Diagnose von Demenz* zu sein, sowohl in Hinblick auf die Heilung bzw. »Ausrottung« von Demenz als auch in Hinblick auf die Ermächtigung von Menschen mit Demenz.

3.3.3.3 Postdiagnostischer Support nach früher oder zeitiger Diagnose?

Ein Grundtenor der Konferenz in Den Haag war das gemeinsame Streben nach verbessertem »postdiagnostischen Support«, welcher unter anderem als Menschenrecht bezeichnet wurde.²⁸ Die Frage, ob eine Diagnosestellung angesichts der mangelnden Handlungsmöglichkeiten überhaupt sinnvoll erscheint, schien also (wie auch auf der Konferenz 2018 in Barcelona) weitestgehend geklärt. Diagnose sei ein Muss, um Menschen mit Demenz zu ihrem Recht zu verhelfen. Eine neue Unterscheidung nahm in Den Haag Form an: die zwischen der frühen (»early«) und der zeitigen (»timely«) Diagnose. Wann genau ist der richtige Moment für die Diagnose, um dem schleichend an Demenz erkrankenden Menschen mit ersten Unterstützungen zu helfen?

Eine Erkenntnis, die auch die in der Demenzforschung renommierte Professorin Marjolein de Vugt referierte, ist, dass »early low level support« eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung einer frühen Diagnose darstelle. »Low level support« heißt, dass schon bei ersten Anzeichen einer Erkrankung (z.B. »Mild Cognitive Impairment«) die Betroffenen mit kleinen alltäglichen Unterstützungen versorgt werden, ohne dass hierfür große institutionelle Zahnräder in Bewegung gesetzt werden müssen, die gegebenenfalls abschreckend wirken könnten. Es geht hier z.B. um die Frage nach der Wichtigkeit von Pflegestufen im alltäglichen Umgang mit Menschen mit Demenz. Die niedrigschwellige Ermöglichung einer offiziellen, staatlichen Fürsorge scheint den Wissenschaftlern zufolge ein idealer, systemisch adäquater Kompromiss zu sein zwischen der vagen Eventualität einer pathologischen Prognose, der Frage nach einer offiziellen Klassifikation (Diagnose) eines Menschen mit Demenz und der beschränkten Möglichkeit, ihm als »behindertem« Gesellschaftsmitglied soziale Teilhabe und Unterstützung zu ermöglichen. Dabei bezogen sich die Vortragenden immer wieder auf die zwar schwierigen, aber ständig verbesserten anamnestischen (maximale persönliche Information des Arztes über den Patienten) und bio-technischen (MRI, PET oder CSF²⁹) Diagnosemöglichkeiten – die jedoch stets »weiterer Forschung bedürften«. Die Frage nach Diagnose war in diesem Zusammenhang meistens gleichbedeutend mit der

28 Prof. Henry Brodaty bezeichnete in seinem Vortrag den postdiagnostischen Support als ein Menschenrecht.

29 Magnetresonanztomographie, Positronenemissionstomographie und Zerebrospinalflüssigkeitsanalyse.

Frage nach Prognose (Früherkennung), wodurch auch immer wieder Folgendes zur Sprache kam: Wie soll ein Arzt diagnostizieren? Dass er diagnostizieren (oder prognostizieren) soll, scheint inzwischen klar. Doch wie? Welche Kenntnisse, welches Wissen, und vor allem: welche Techniken, Technologien und Informationen könnten bereitgestellt werden? Hierfür müssten alle Hebel in Bewegung gesetzt werden: Alte Traditionen, Rollen und Glauben (z.B. Arzt-Patient-Hierarchie) müssten über Bord geworfen werden. Das Maximum an Informationen über den Patienten müsse ermittelt werden. Der Arzt müsse als Experte der Krankheit anerkannt werden. Der Patient müsse als Experte seines individuellen Prozesses und seiner Präferenzen anerkannt werden. Alle Beteiligten müssten involviert werden und ihre persönlichen und systemischen Ergebnisse überdenken und verbessern. Man müsse daran glauben, dass viel in kurzer Zeit erreicht werden könne.

Doch inwiefern kann der Arzt in diesem Zusammenhang Experte der Krankheit sein, inwiefern der Patient Experte seines eigenen Lebens? Vor allem, wenn diese Forderung nur von den Wissenschaften ausgeht?

3.3.3.4 Unsicherheiten in der Gedächtnisambulanz und den klinischen Versuchen

Ausnahmslos alle Konferenz-Vorträge waren von sicherem Auftreten der Sprecher und positiver, kollegialer und meist fröhlicher Atmosphäre geprägt. Diese durchweg arbeitsfördernden Bedingungen zeugten von hoher Professionalität und Souveränität, welche umso notwendiger zu werden schienen, je mehr sich die referierten positivistischen Erkenntnisse auf Unsicherheiten bezogen. Die geordnete und freundliche Stimmung auf der Konferenz verwies immer wieder auf die gemeinsame Basis, von der aus eine wissenschaftlich korrekt erstellte Studie durch kein empirisches Ergebnis – positiv oder negativ – in ihrer Daseinsberechtigung angefochten werden kann. Im Gegenteil sind negative Resultate neue Ausgangspunkte für weitere Forschung eines Denkkollektivs (vgl. Schäfer et al. 1983). Wenn er sich nur im Rahmen der Veranstaltung bewegt, kann jeder Beitrag von Nutzen für die »Alzheimer-Familie« sein. Darauf verwies diese scheinbar offene Atmosphäre unter den Teilnehmern und Organisatoren. In der Form freundlich, in der Methode bestimmt, im Inhalt mehr oder weniger unbestimmt, in der Zielsetzung einig. Im Folgenden werde ich Beispiele für auf der Konferenz vorgestellte Problematiken, Unklarheiten und Negativ-Ergebnisse und den forschungsbezogenen Umgang damit anreißen.

Session A:

Einer vorgestellten Studie zufolge erwähne ein Viertel der befragten Ärzte im Rahmen einer Demenzdiagnose die Unsicherheiten hinter dieser Diagnose vor dem Betroffenen nicht (wie z.B. die nosologische Genauigkeit oder eine Prognose des

Krankheitsverlaufs). Wenn Patienten hingegen Fragen zur Diagnose an den Arzt haben, beziehen sich diese meist *gerade* auf Ungewissheiten, also auf ebenjene vagen Informationen (»uncertain information«), für die es keine weiterreichende Erklärung gibt (vgl. Visser et al. 2019b). Wenn es nach den Wissenschaftlern geht, müsse sich hier das Verhalten der Ärzte verändern, welche spezifischer und individualisierter informieren sollten. Obwohl einem anderen Vortrag dieser Sitzung zufolge gerade das Problem im Raum stehe, dass die potenziell relevanten Informationen eben nicht individualisiert werden könnten.

Wenn man in Demenzzentren in London anfrage, um sich ein Bild von den praktischen (Diagnose-)Schwierigkeiten zu machen, erfahre man, dass z.B. die Häufigkeitsverteilungen der Demenztypen und auch der Diagnoseformen und Diagnoseorte und entsprechender ärztlicher Überweisungen in den verschiedenen Stadtteilen stark variieren. Ein Auszug aus dem Abstract des entsprechenden Vortrages:

»Results demonstrated significant variations in [...] location of initial assessment (i.e. home versus clinic), referral for imaging (and choice of imaging modality) and neuropsychology, rates of diagnosis of mild cognitive impairment and dementia sub-types, access to pharmacological treatment and cognitive stimulation therapy and provision of information about research. Average time from referral to diagnosis varied from 5 to 23 weeks. The proportion of patients deemed not to require brain imaging ranged from 6 % to 43 %. We deemed much of this variation to be unwarranted.« (Cook et al. 2019)

Auf mögliche Zusammenhänge zwischen Diagnoseform und Demenztyp wurde nicht weiter eingegangen. Doch es schien klar und jenseits jeden Zweifels, dass der offensichtliche Mangel an Einheitlichkeit weniger auf die heterogene Beschaffenheit des Phänomens Demenz oder eine Kausalität zwischen Diagnosemethode und Diagnoseergebnis zurückgeführt werden sollte als vielmehr auf eine »Unterversorgung« und einen Mangel an adäquater Diagnosecodierung. Die Herangehensweisen und Ziele wurden hier nicht hinterfragt, sondern ein neues Feld für weitere Forschung eröffnet, deren Resultate erst zu dem Mangel an Einheitlichkeit geführt haben.

Die Hausärzte (»General practitioners«), von denen die Wissenschaftler auf der Konferenz berichteten, schienen eindeutig weniger motiviert als die Wissenschaftler selbst zu sein, wenn es darum geht, sich bei Demenz-Diagnosen spezifisch und individualisiert festzulegen. Und auch den Patienten und Angehörigen wird mangelndes Engagement im Diagnoseprozess unterstellt. Wenn die Wissenschaftler Gründe für diesen fehlenden Enthusiasmus suchen, dann in ungenügenden Studien, Diagnosecodes oder Versorgungsstrukturen; und nicht in der Natur der Sache einer ablehnenden Haltung der Beteiligten gegenüber einer Zerlegung ihrer Krankheit oder ihrer eigenen Zerlegung in einzelne Faktoren einer Krankheit. Und auch

wenn soziale Faktoren jedweder Art (z.B. Glaube, Religion, Einstellung) eingeräumt werden, werden diese nicht als gegebener Sachverhalt, etwa als »Konstante« hingenommen, sondern als statistische Variable und durch Erziehung zu überwindendes Hindernis verstanden und meist als irrational interpretiert. Biomedizinskeptische Haltungen gelten als Folge mangelnder Aufklärung, die es zu bewältigen gilt, um dem Paradigma der flächendeckenden (inter-)nationalen Diagnosestellung nachzukommen. Die nationalen Demenzstrategien kommen...

Session B:

Der Umgang mit Ungewissheiten angesichts der klinisch-pathologischen Studien erinnert an das Vorjahr (siehe oben 3.3.1 und 3.3.2). Grund für ein Scheitern seien falsche pathologische Angriffspunkte, falsche Designs, falsche Auswahl der Patientenkohorten etc. Doch man müsse weitermachen, denn man sei zum Erfolg verpflichtet, weil man sonst »zerbrochene Herzen« bei den Betroffenen hinterlasse. Da kam die Biogen³⁰-Nachricht zwei Tage vor der Konferenz gerade recht: Wie nachträgliche Großanalysen von Daten aus einer Studie, die bereits vor einem halben Jahr aufgrund von schlechten Erfolgsaussichten abgebrochen wurde, ergaben, würde das Medikament Aducanumab in hoher Dosierung und in einer früher Phase der Demenz nun doch wirken. Simon Lovestone, ein renommierter Professor in Oxford und für die Pharmafirma Janssen tätig, sagte in seinem Vortrag mit Bezug auf die frohe Biogen-Botschaft, es sei Zeit, man habe sich dies verdient: »The field needs it. Patients need it. I hope it works.«

Derselbe Vortrag wiederum brachte die gängigen Errungenschaften mit den gängigen basalen Einschränkungen in der hirnwissenschaftlichen Alzheimerforschung zusammen: Erstens sei Amyloid als der »Übeltäter« bei der Alzheimer-Krankheit klar. Die Pathologie und die Genetik seien klar. Nur die Mechanismen, wie Amyloid mit der Krankheit zu tun habe, seien gar nicht klar. Das wie und das warum sei also ein großes Fragezeichen. Zweitens habe damit zusammenhängend jeder Patient eine andere Krankheit. Diese Erkenntnis ist eine klinisch sehr entscheidende Tatsache und von großer Bedeutung für das gesamte Alzheimer-Feld. Doch widerspricht diese Aussage Lovestones erstem Punkt über die Klarheit der Alzheimer-Pathologie, die im klinischen Kontext doch sehr heterogen sei. Die dritte wichtige Botschaft war, dass Kognition sehr schwierig zu messen sei. Messresultate bezüglich der Kognition eines jeden Menschen änderten sich stets mit der Veränderung von Zeit und Raum. Diese Botschaft könnte einerseits als konstruktive, selbstbegrenzende Einsicht eines Neurowissenschaftlers interpretiert werden, andererseits als Einräumen von großen empirischen Schwierigkeiten und

30 Biogen ist ein US-amerikanisches Biotechnologie- und Pharmaunternehmen, welches sich nach eigenen Angaben auf die Entwicklung von Medikamenten für Menschen mit schweren neurologischen und neurodegenerativen Krankheiten spezialisiert hat.

Aporien, oder auch als Perspektive auf ein großes Feld zukünftiger kybernetischer Forschung. Grundsätzlich aber muss Lovestones eher nüchterne neurowissenschaftliche Einschätzung der Lage mit den Aussichten anderer Konferenzredner ergänzt werden:

Da die Tau-Neurofibrillenbündel als zweites großes Alzheimer-Steckenpferd im Gegensatz zu Amyloid-Plaques erst im symptomatischen Krankheitsstadium auftraten, könnten diese das neue große Forschungsobjekt werden. Des Weiteren versprechen bezüglich der mangelnden Amyloid-Kausalität Big Data-Sammlungen und die Mithilfe *aller* Beteiligten (Forscher, Kliniker, Patienten, Gesunde) aufschlussreiche Erkenntnisse für die zukünftige Forschung – nicht zuletzt, was die sekundäre Prävention angeht. Diese Perspektiven, mit insgesamt unwesentlichen Abweichungen, wurden von nicht wenigen Neurowissenschaftlern auf der Konferenz immer wieder reproduziert.

Doch nach wie vor ist bei Fortschritten in der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Forschung das zu beobachten, was Malcolm MacLeod, Professor an der University of Edinburgh und Projektkoordinator von EQIPD³¹, in seinem Vortrag als typisches Szenario beschrieben hat: Eine erste Veröffentlichung berichtet von einem aufregenden Fund (»exciting finding«), der durch eine zweite Veröffentlichung für wissenschaftlichen Enthusiasmus sorgt (»Enthusiasm in the field«), bis eine dritte Veröffentlichung zu diesem Thema die Ernüchterung bringt (»Sobering news«).

3.3.3.5 Einsicht und Big Data als Lösung

Was im Gegensatz zum Vorjahr in Barcelona auffiel, war eine vermehrte Einsicht, eine offiziellere Akzeptanz oder ein offeneres Aussprechen bezüglich verschiedener Problematiken, Unsicherheiten und Unklarheiten des Feldes: dass z.B. die »Alzheimer-Pathologie heterogen« ist; dass die Alzheimer-Krankheit eine idiopathische Krankheit ist und ihre ätiopathologischen Mechanismen völlig unklar sind; dass jeder Mensch mit Demenz eine »andere Krankheit« hat; dass ein obduziertes Gehirn stets einen Mix aus »diversen Pathologien« aufweist; oder dass »klinische Signifikanz« kein Begriff ist, der einfach auf einzelne Menschen oder eine Gruppe von Menschen, mit oder ohne Demenz, auf Laborbefunde, auf hochtechnologisch erzeugte Abbildungen eines Gehirns oder auf probabilistische Statistiken angewendet werden kann.

Die Antwort auf sich hieraus ergebende Fragen fand sich in einem Thema des Vorjahres als roter Faden der Veranstaltung wieder: Sekundäre Prävention. Doch

31 EQIPD (»European Quality In Preclinical Data«) ist ein Projekt der EU-unterstützten *innovative medicine initiatives* (IMI), das laut eigener Website die Qualität von und den Zugang zu (prä-)klinischen Studiendaten verbessern will, um medizinische Forschung und Medikamentenentwicklung voranzutreiben.

wie will man diese durchsetzen ohne das Engagement der Ärzte und (potenziellen) Patienten und ohne eine klare Ätiologie, Pathologie und ohne das Wissen über entsprechende Mechanismen? Hierauf fand sich wiederum eine Antwort, die die klinischen *und* die neurowissenschaftlichen (und auch die sozialen) Bereiche abzudecken fähig scheint und die flächendeckend vertreten war: Big Data. Durch systematische open source-Datensammlung und Datendistribution könne das vorhandene Wissen nach »richtig« und »falsch« selektiert, gebündelt und vereinheitlicht werden, um den erklärten Zielen ein großes Stück näher zu kommen und der immer wiederkehrenden Ernüchterung Einhalt zu gebieten. Es sei möglich, das Problem der pathophysiologischen Mechanismen zu klären, konstatierte der Bioinformatiker Prof. Hofmann-Apitius vom Fraunhofer Institut, wenn man sich vom aktuellen taxonomischen Krankheits-Modell der homogenen Entität verabschiede und die molekularen und genomischen Variablen von Krankheitsentitäten und deren Heterogenität als Basis nehme, um Krankheiten neu einzuordnen. Dies könne – wie es in dem von Hofmann-Apitius vorgestellten Projekt AETIONOMY angegangen wird – durch die systematische und in der täglichen Praxis nachvollziehbare Ansammlung und »Inventarisierung« von Daten über thematisch assoziierbare Patientenvariablen (Biomarker) und deren Kombination mit allen verfügbaren und überprüfbareren Modellen von pathophysiologischen Krankheitsmechanismen passieren.

»AETIONOMY was initiated to explore the idea that conventional disease definition is an increasingly outdated concept in the current medical environment. Opportunities for so-called »precision medicine«, in which molecular features both identify and direct treatment for disease, have been observed in a range of disorders. [...] The project has developed innovative computational tools to manage and interpret the complex healthcare and research data environment. [...] The outcomes are still being explored and our findings will support new research directions for many years to come. Excitingly, the computational models appear to have identified groups of patients that differ significantly from each other. The differences can either be traced to molecular characteristics or describe different risk profiles for the development of neurodegenerative disorders. Both findings offer insights into future opportunities for precision-medicine approaches and increased hope in the search for treatments.« (AETIONOMY 2019)

Hofmann-Apitius' Vortrag war innerfachlich wohl durchaus erhellend, weil er einige der oben genannten Einsichten sehr klar und innovativ formulierte und sich unverhohlen dem eigentlich längst geläufigen »kreationistischen« Konzept (vgl. 1.3.2.8) der Alzheimer-Krankheit hingab. Gleichzeitig lässt sein Ansatz in seiner einfach-genialen Radikalität eine übergeordnete Tendenz erahnen, die den vom medizinischen Denken durchdrungenen philosophischen Status des Menschen in

unserer Kultur (vgl. Foucault 1973:209) auf eine neue Ebene der technologisch-kybernetischen Abhängigkeiten ausrichtet.

4. Synthese

4.1 Zwischenrückblick

Ich möchte noch einmal einige Punkte aus den Kapiteln zu Theorie und Empirie in Erinnerung rufen, um dann den Versuch zu unternehmen, die Dinge zusammenzubringen. Es sollte deutlich geworden sein, warum ich ein separates Kapitel zum Körper (vgl. 1.1.1) als Zentrum der Bio-Macht angeführt habe. Der Körper ist Angriffspunkt der Disziplin, der Regulierung oder der aufklärerischen Frage nach Normalität oder Wahnsinn und steht damit als Träger der Alzheimer-Krankheit und ihrer technisch abbildbaren, pathophysiologischen Eigenschaften in ganz konkreter Hinsicht im Zentrum des sozialen Phänomens Demenz. Es ging und geht in meiner Auseinandersetzung unter anderem darum, wie vom Körper gesprochen wird, welche Rolle er im Alzheimer-Diskurs spielt, inwieweit er reduziert wird auf das Organ Gehirn, ob er per se als ein Teil des Menschen oder gar als ein sich wandelnder Apparat verstanden wird, ob er individuell oder »teilbar« ist, ob er nur »zum Leben hin« tauglich gemacht werden soll oder ob er nach wie vor auch ein Objekt einer eliminierenden »Macht über den Tod« darstellt.

Die Rolle der Medizin (vgl. 1.1.2) ist ebenfalls von bestimmten Fragen umwoben: In welcher Instanz des Alzheimer-Diskurses ist das entscheidende medizinische Wissen zu finden? Im Arzt und in der Klinik? Im Patienten? In den Neurowissenschaften und im Labor? Im Gehirn und in den Proteinablagerungen? In der Technologie? Im Lebensbegriff der Biopolitik oder im Leben des Einzelnen und der Gemeinschaft? Oder gar im Tod? Inwieweit war und ist welches medizinische Wissen an einer Diagnose, einer Diagnostik, einer potenziellen Heilung, einer Prävention oder einer Erzeugung der Alzheimer-Krankheit beteiligt? Das medizinische Wissen ist zweifelsohne überall vorhanden und verquickt. Es geht hier allerdings darum, welche Stränge dieses Wissens die Medizin noch zu einem »gemeinsamen biopolitischen Nenner« (Foucault) und einer herausragenden »Stützkonzeption« (Berger und Luckmann) unserer Gesellschaft machen. Worin besteht die Funktion der Klinik? Welcher Krankheitsbegriff geht von der Alzheimer-Krankheit aus?

Das in Kapitel 1.2 betrachtete Konzept der Prävention ist offensichtlich von großer Bedeutung für die gegenwärtige Alzheimer-Forschung. Es geht hier vor allem

um das (auch zeitlich) unsichtbare Zwischenstadium zwischen »Kranksein« und »Krankheit«, das nicht ganz dem Individuum, aber auch nicht ganz allein der Population zugeordnet werden kann. Es wird zwar von Krankheit gesprochen, doch ist diese in weiten Teilen nur über den technischen Weg sichtbar: abbildbar. In der folgenden Synthese wird es vor allem um die von der lebenswissenschaftlichen Forschung in Aussicht gestellte und implizit wie explizit geforderte »sekundäre Prävention« der Alzheimer-Krankheit gehen: um das *Frühdiagnostik-Projekt*.

Das Frühdiagnostik-Projekt scheint die große Alzheimer-Erzählung (vgl. Kapitel 1.3.1) fortführen zu können, indem es ihre strukturellen Bedingungen verfestigt und ihre Widersprüche (vgl. 1.3.2) auflöst. Dies passiert unter anderem durch die Einführung einer negativen Zeitebene, durch die *Dividualisierung* des Individuums und durch die rigoros akzentuierte Verschiebung des Alzheimer-Konzepts in Richtung Biologie. Derartige Entwicklungen münden schließlich im Aufkommen des »asymptomatischen Patienten«, der als krank gilt, weil er Träger der neuropathologischen Alzheimer-Merkmale ist.

4.2 Klinik und Pathologie

»In der Pathologie hat die Klinik historisch das erste, logisch das letzte Wort.«
(Canguilhem 1977:154)

Die vorangegangenen Kapitel und insbesondere die Betrachtung der Interviews zeigen, dass die Amyloid-Plaques sowie die Neurofibrillenbündel (und die Hirn-Atrophie) die epistemologische Basis der Alzheimer-Forschung darstellen und als das eigentlich Pathologische an der Alzheimer-Krankheit betrachtet werden; *völlig unabhängig* davon, ob sich hieraus ein anormales Verhalten jenseits gesellschaftlicher Erwartungen, Konventionen oder Gewohnheiten ableiten ließe oder nicht. Mit Demenz assoziierte soziale Devianz bzw. klinisch demenzielles Verhalten wiederum ist ein eigenständiges, von der Hirnpathologie separates und weitgehend unabhängiges Phänomen, welches vorwiegend als Ausschlussdiagnose ebenfalls Alzheimer-Krankheit oder Alzheimer-Demenz bzw. aufgrund seiner fehlenden Beweisbarkeit zu Lebzeiten »mögliche« oder »wahrscheinliche« Demenz vom Alzheimer-Typ genannt wird (vgl. 3.1.1, 3.1.2 und 1.3.2.7).

Ich will die Synthese nun einleiten, indem ich bestimmte Grundlagen und Verzerrungen des Alzheimer-Diskurses andeute, auf die ich auch über die Lektüre von Michel Foucaults *Die Geburt der Klinik* (1973) gestoßen bin. Es geht dabei vornehmlich um die Diskrepanz zwischen der Wissensgestalt der Klinik und der Wissensgestalt der (anatomischen) Pathologie:

»[D]em klinischen Blick, einem neutralen auf die Erscheinungen, ihre Häufigkeit und Chronologien gerichteten Blick, war diese Durchdringung der stummen und

zeitlosen Körper völlig fremd; die Ursachen oder der Sitz der Krankheiten waren ihm gleichgültig: die Klinik war Geschichte, nicht Geographie. Anatomie und Klinik sind nicht eines Geistes. Sosehr das uns, für die anatomisch-klinische Methode als Einheit längst selbstverständlich ist, auch befremden mag: es war das klinische Denken, das die Medizin vierzig Jahre lang gehindert hat, Morgagnis Lektion zu vernehmen. Es handelt sich nicht um einen Konflikt zwischen einem jungen Wissen und einem alten Glauben oder Aberglauben, sondern um einen Konflikt zwischen zwei Gestalten des Wissens. Damit innerhalb der Klinik die Erinnerung an die pathologische Anatomie wach werden kann, bedarf es einer wechselseitigen Anpassung: hier müssen neue geographische Linien gezogen und dort muß die Zeit neuartig gelesen werden. Am Ende dieses an Auseinandersetzungen reichen Strukturierungsprozesses kann die zweifelhafte Erkenntnis der lebendigen Krankheit in die stumme Sichtbarkeit der Toten einmünden.« (Foucault 1973:139f.)

Die besagte Einmündung des klinischen Wissens in das pathologische scheint im Fall der Alzheimer-Krankheit nur unter der Bedingung gegeben zu sein, dass sich die Kliniker, die die Alzheimer-Krankheit zu Lebzeiten des Patienten nur als Ausschlussdiagnose verwenden können, ganz der pathologisch definierten Krankheit unterordnen, um deren aktive Rolle im Körper nicht zu gefährden. Denn die ärztliche Diagnose als »Zerlegung der Ideen« – z.B. das Vermuten der Proteinablagerungen im Gehirn – scheint heute mehr denn je abhängig zu sein von der ihr analogen »Zersetzung« des körperlichen Gewebes:

»Der ›Analyse‹ verlieh [die pathologische Anatomie] indessen eine neue und entscheidende Bedeutung, indem sie – im Gegensatz zu den Klinikern – zeigte, daß die Krankheit nicht – wie für die Kliniker – ein passiver und amorpher Gegenstand der Klinik ist, sondern daß sie selber das aktive Subjekt ist, das den Organismus unbarmherzig analysiert. Die Krankheit kann analysiert werden, weil sie selber Analyse ist; die Zerlegung der Ideen wiederholt im Bewußtsein des Arztes nur die Zersetzung, die im Körper des Kranken wütet.« (Foucault 1973:143)

Nun scheint die alte von Foucault beschriebene Trennung von Anatomie und Klinik heute, über 100 Jahre nach Alzheimers Entdeckung, welche gerade durch die junge klinisch-pathologische Einheit zustande kommen konnte, zu einem gewissen Grad wieder aufzuleben. Wie Foucaults Verweis auf »Glauben oder Aberglauben« bereits andeutet, könnte der klinische Blick angesichts des damals neuen anatomischen Wissens als eine naive Laienvorstellung gesehen werden. So konstituiert sich die Alzheimer-Krankheit teilweise über eine Art »Alltagswissen« (siehe Kapitel 2.1), welches einer höheren Idee, die *wissenschaftlich* konkretisiert, jedoch klinisch-technisch nicht genutzt werden kann, unterlegen zu sein scheint. Es handelt sich also bei der pathologisch begründeten Alzheimer-Krankheit um eine wissenschaftliche Konstruktion *par excellence*, weil das *Wissen* von den Proteinablagerungen vor al-

lem eine im konkreten klinischen Fall nicht zu beweisende Idee repräsentiert. Eine Idee des Verfalls, der »Neurodegeneration«, des Nicht-Funktionierens, die in Millionen Fällen eine Krankheit begründet in einem Feld, das für deren »Analyse« (Diagnose) dringend gestalthafte Bilder benötigt, weil seine Legitimation heute mehr denn je von einer Veranschaulichung seines Gegenstandes abhängt. Dabei spielt es jedoch nur eine untergeordnete Rolle, ob die Analyse dieser repräsentativen Ideen genau jener »Zersetzung, die im Körper des Kranken wütet«, entspricht. Nur in ganz gewisser Hinsicht hängt die Alzheimer-Krankheit noch von der »stumme[n] Sichtbarkeit der Toten« (Foucault 1973:140) ab. Folgendes könnte aus Foucaults Beschreibungen zu folgern sein: Dass die »anatomisch-klinische Methode als Einheit« (ebd.:139) für uns heute derart selbstverständlich ist, trägt gerade dazu bei, dass eine so gefestigte Verbindung zwischen der pathologischen Alzheimer-Krankheit als »aktivem wütenden Subjekt« und der klinischen Alzheimer-Demenz bestehen kann, *ohne* dass eine tatsächliche Entsprechung, Komplementarität oder Spiegelung der beiden Wissensformationen vorliegt (vgl. ebd.:111ff.).

Die Alzheimer-Krankheit wurde anfangs des 20. Jahrhunderts unter einem analog-materiellen Regime entdeckt, unter dem enthusiastisch Leichen obduziert und schließlich eine »gerechtere Welt« sowie ein »neuer Mensch« durch transhumanistische Technikverheißungen in Aussicht gestellt wurden. Sie entfaltete ihre heutige Macht im Zuge der gegenwärtigen Demenz-Diskurse *allerdings* erst unter einem anderen, dezentralen, risikobezogenen, digital-informatischen Regime, welches den neuen, technologisch optimierten Menschen tatsächlich produziert (z.B. Enhancement; vgl. Vogt 2013), die Möglichkeit einer gerechteren Welt revidiert und lebendige Körper durchleuchtet statt sie posthum zu obduzieren. Doch trotz des beschriebenen radikalen Wandels des Diskurses rund um das biomedizinische Wissen gibt es nach wie vor nur eine Möglichkeit, die Alzheimer-Krankheit tatsächlich so vorzufinden, wie es Alois Alzheimer anfangs des 20. Jahrhunderts tat: Proteinablagerungen und ganz bestimmte Hirnatrophien mithilfe von Skalpell und Mikroskop posthum zu entdecken und nosologisch einzuordnen. Die einzige heute verfügbare pathologische Vorgehensweise zum *endgültigen Nachweis* der Alzheimer-Krankheit ist mit der von Alois Alzheimer und Kollegen also grundsätzlich identisch. Der Diskurs der Neurowissenschaften im Zeitalter einer »translationalen Medizin« jedoch befindet sich auf einer völlig anderen Ebene als anfangs des 20. Jahrhunderts: Er ist bestimmt von der Sprache der Biomarker, bildgebenden Verfahren und Hirnbilder und von einer omnipräsenten Neuromythologie, die auf »umfassende Erklärungsansprüche weit jenseits der Erkenntnismöglichkeiten« (Hasler 2013:1) der Neurowissenschaften hinausläuft.

Die weitgehenden Erklärungsansprüche der Neurowissenschaften sind für die praktische Medizin allerdings keine neue Herausforderung. Die Klinik übt sich seit dem 18. Jahrhundert darin, ihre unzureichenden Gewissheiten in ein positives Element der Erkenntnis umzumünzen:

»[D]ie Ungewißheit [kann] analytisch als Summe einer bestimmten Anzahl von isolierbaren und genau berechenbaren Gewißheitsgraden behandelt werden [...]. Diese begriffliche Wendung [...] hat der Forschung einen Bereich eröffnet, in dem jedes konstatierte, isolierte und verglichene Faktum in einer Serie von Ereignissen Platz findet, deren Konvergenz oder Divergenz prinzipiell meßbar ist. [...] Sie hat dem klinischen Feld eine neue Struktur gegeben, in welcher das jeweilige Individuum weniger die kranke Person als vielmehr das pathologische Faktum ist, [...] und die Zeit ist in dieser Struktur [...] eine Dimension, deren Elemente als Gewißheitsgrade zu integrieren sind. [...] Die einfache Dialektik von pathologischer Art und krankem Individuum, von geschlossenem Raum und ungewisser Zeit hat sich aufgelöst.« (Foucault 1973:111f.)

So wirkt es heute kaum als qualitativer Schritt, wenn die Alzheimer-Krankheit ganz selbstverständlich als »Sammelpool für alles, was übrig bleibt« (INT4:9), verwendet wird: Sie ist eine Entität, eine eigene Welt der Assoziationen und Wahrscheinlichkeiten, des Unwissens, der positiven Unschärfe, der Gefahr als Risiko, der Bio-Technologien, der neuromolekularen Erkenntnisse und der Gewissheitsgrade, die sich auf ein »klinisches Kontinuum« beziehen, das von »keine Symptome« bis »schwerwiegende Symptome« reichen soll (vgl. Molinuevo 2018). Die Zirkulation der *Verbindlichkeiten* zwischen den längst verquickten, aber niemals ganz vereinbaren Bereichen Klinik und anatomischer Pathologie ist die eigentliche Einschreibung des Alzheimer-Diskurses. Sie ist die Grundlage für eine kybernetische Loslösung der Alzheimer-Krankheit von ihren symptomatologischen Beziehungen.

4.3 Frühdiagnostik als Cassandra-Dilemma oder Projekt einer Nicht-Krankheit?

»Medical semiotics (semeiology), as a tradition separated from the linguistic and philosophical traditions, has generally been regarded as the aspect of the medical sciences principally concerned with diagnosis, although signs of dis-order point to a past (etiology) and a future (prognosis). Generally lacking the technology to produce and evaluate the broader range of ›signs‹ of health and disease and the therapeutic skills and materials necessary to treat cases with consistent success, the Greeks tended to emphasize the accuracy with which the physician prognosticated the course of the illness.« (Staiano 1979:107)

Low und Kollegen (2018) weisen in einer Literatur-Überblicksarbeit darauf hin, dass Menschen, die eine frühe (Alzheimer¹-)Demenz-Diagnose erhalten haben, al-

1 Bei 80 % der in der Studie betrachteten Diagnose-Fälle lautete die Diagnose »Alzheimer-Krankheit« (vgl. Low et al. 2018).

lein durch den Prozess der Diagnose und im Zuge von »post-diagnostischem Support« eine psychische wie soziale Entmachtung erfahren. Subjektive Schilderungen durch Betroffene wie die folgende sind viele in der genannten Arbeit zu finden: »I'm giving up various activities because I have the onset of Alzheimer's disease.« (Harman et al. 2006) Die Bereiche »self-identity, independence, control and status, activities, stigma, and how to view the future« (Low et al. 2018) werden als für die Betroffenen problematisch beschrieben. Das Spannungsverhältnis zwischen der Aufrechterhaltung der eigenen Persönlichkeit und deren Anpassung an die Diagnose hat häufig einen Nocebo-Effekt zufolge, der klinische Symptome verstärken kann. Des Weiteren führt eine Diagnose häufig zu Stigmata und externen sozialen Reglementierungen, die den Menschen mit einer Demenz-Diagnose Möglichkeiten entziehen und Fähigkeiten absprechen, die sie noch innehaben.² Dass dies einen Kreislauf von demenziellen Syndromen und sozialer Entmachtung zufolge haben kann, deuten auch Studien wie die von Bauer und Kollegen (1995) an, welche typische prämorbid psycho-soziale Phänomene wie »fürsorgliche[...] Bevormundung« [...], Behütung und Einengung seitens dominierender Bezugspersonen« bereits in der Vorgeschichte von Demenzdiagnosen ausgemacht haben (vgl. auch Bauer 2019:39f.).

Diese Begleiterscheinungen einer Demenz-Diagnose sind bekannt und gelten längst als neue Herausforderungen und Arbeitsfelder für Pflegende, Pflegewissenschaftler, Ärzte und *Neurowissenschaftler*. Letztere sind hier nicht nur deshalb verwickelt, weil sie das ikonische Bild des Gehirns (vgl. Hasler 2013) und damit das Epistem einer postmodern-aufklärerischen Vernunft repräsentieren oder die Genauigkeit einer akuten Demenz-Diagnose pathologisch verbessern bzw. diese überhaupt erst herstellen könnten. Von besonderer, weil anwendungsbezogener Bedeutung scheint gegenwärtig vor allem die Möglichkeit, die Diagnose vorzuverlegen, vor den Ausbruch der klinischen Krankheit, also der Symptome. Mithilfe einer solchen präklinischen Diagnose, die dann vornehmlich zur sich rein technisch definierenden *Diagnostik* würde, könnte der post-diagnostische institutionelle Support die (potenziellen) Patienten und Angehörigen einfacher und effektiver erreichen, auf einem »niedrigeren und sanfteren Level« (vgl. Vugt et al. 2013), weil die demenziellen Symptome noch kaum oder noch gar nicht vorhanden wären. Die Arbeit vor der Diagnose und die Arbeit nach der Diagnose, das *neurowissenschaftliche* und das *pflegewissenschaftliche* Wissen und Verfahren, scheinen zukünftig also eine direkte Verbindung eingehen zu können, in der Ärzte bzw. Kliniker höchstens noch ein diagnostizierendes im Sinne von kennzeichnendes Medium darstellen. In diesem und den folgenden Kapiteln wird es nicht zuletzt um ein Wechselspiel zwischen *biologischer und sozialer Versorgung* sowie um die Frage gehen, welche Art von Krankheit wir in dieser systemischen Versorgung wiederfinden.

2 Zum Zusammenhang von Demenz und sozialem Tod siehe auch: Sweeting et al. 1997.

Oben benannte post-diagnostische Problematiken sind nur einige unter vielen realen sozialen Konsequenzen und Kontexten einer Demenz-Diagnose, unabhängig davon, ob diese rein klinisch oder zusätzlich pathologisch oder gar rein pathologisch begründet erfolgt. Eine diesbezügliche Abwägung von Kosten und Nutzen einer Diagnose ist schon häufig an anderen Stellen durchgeführt worden.³ Hier soll also nicht Pro und Contra gegenübergestellt, sondern die Basis der Demenz-Diagnose an sich hinterfragt werden. Mit einer solchen Reflexion hängt auch die Überlegung zusammen, inwieweit Demenz-*Diagnosen* – z.B. im Kontext nationaler Demenzstrategien (vgl. Kapitel 3.3.2) – durch gegenwärtige Tendenzen der neurowissenschaftlichen Alzheimer-*Diagnostik* forciert werden und die Praxen dieser Diagnosen eine neue Quantität und vor allem Qualität erlangen.

Einige Wörterbücher nennen als Antonym zu »Diagnose« den Begriff »Therapie«. Eine effektive medizinische Demenz-Therapie, über die sich ihre Diagnose als anwendungsbezogene Kategorie in gewisser Hinsicht definiert, ist jedoch nicht wirklich vorhanden. Auch die Aussicht auf eine Entwicklung eines Medikaments ist sehr gering. Dennoch – oder gerade deshalb – pochen Wissenschaftler und etablierte Diskurs-Teilnehmer wie auf den beschriebenen Alzheimer-Konferenzen darauf, alle Kräfte in Richtung einer Frühdiagnostik zu lenken: einerseits, um die Möglichkeit einer frühen (medikamentösen) Behandlung der Alzheimer-Pathologie auszuloten, und andererseits, um den Patienten möglichst früh mit post-diagnostischem Support zu versorgen.

Von der tertiären Prävention, also einer Behandlung der bereits aufgetretenen Symptome hat man sich auch in prominenten Forscherkreisen offiziell verabschiedet. Es wird aber in Aussicht gestellt, dass einer frühen Diagnose mit einer sogenannten sekundären Prävention begegnet werden kann. Sekundäre Prävention heißt hier, dass versucht wird, neuropathologische Störungen wie die viel beschriebenen Amyloid-Plaques im Gehirn des Patienten zu entfernen oder zumindest zu behandeln, obwohl sich noch keine klinischen Symptome entwickelt haben, sich also kein Kranksein im eigentlich klinischen Sinne gezeigt hat.

Es geht hier also um die Alzheimer-Krankheit und nicht um eine klinisch erfassbare Demenz. Es geht um die für die Alzheimer-Krankheit charakteristischen Anzeichen wie Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel. Die klinische Demenz vom Alzheimer-Typ und ihre sozial erfassbaren Symptome sind davon zu trennen. Zeitungen und Forscher berichten inzwischen, dass sich die Diagnosemöglichkeiten verbessern. Auch die Frühdiagnostik, noch vor Ausbruch, schein im Bereich des Möglichen und schüre Hoffnungen, über diesen Weg eine Therapie zu finden. Der Medizinjournalist Werner Bartens bezog sich 2014 in der vielgelesenen Wochenzeitung *Die Zeit* auf den Medizinethiker Heiner Fangerau, der von einem

3 Z.B. durch Diagnose legitimierter Rechtsanspruch auf Pflegeunterstützung versus Stigma durch Diagnose.

Kassandra-Dilemma in der Alzheimer-Forschung spreche: »Ähnlich wie die Mythenfigur sind Ärzte heute in der Lage, eine Menge negativer Vorhersagen [zu] machen, ohne an dem fatalen Ausgang etwas ändern zu können.« (Bartens 2014) Allerdings geht es in dem Artikel zum Thema »Recht auf Nicht-Wissen« nicht nur um das Phänomen demenzieller Syndrome, sondern auch und vor allem um die Alzheimer-Krankheit, die mit jenen eindeutig in Verbindung gebracht wird. Der Autor lässt außer Acht, dass die durch die medizinische Forschung angestrebten negativen Vorhersagen einer Demenz-Entwicklung anhand von Biomarkern bzw. bildgebenden Verfahren in vielen Fällen nicht zutreffen würden – sie wären häufig »falsch-positiv«. Somit reproduziert der Ansatz des Artikels – auch wenn er von »Risikofaktoren« spricht – das wissenschaftliche »Fischen im Trüben«, indem das übergeordnete Thema »Recht auf Nicht-Wissen« eine tatsächlich determinierende Prognosestellung impliziert. Um ein Cassandra-Dilemma handelt es sich hier nur scheinbar, weil die potenzielle Frühdiagnostik der Alzheimer-Krankheit in Form von Protein-Ablagerungen nicht unbedingt eine kommende Demenz für den Betroffenen bedeuten würde.

Für die Alzheimer-Forschung könnte die Etablierung von frühdiagnostischen Verfahren allerdings eine enorme Erleichterung verheißen. Sie würde sich von einer bestimmten Verlegenheit der *Unschärfe* befreien und damit die *Verbindlichkeiten* der hirnwissenschaftlichen Alzheimer-Forschung noch unabhängiger von der klinischen Praxis der Psychiatrie werden lassen: Die Früherkennung und -behandlung von Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündeln würde die große Frage nach deren Zusammenhang mit Demenz-Symptomen obsolet oder zumindest weniger dringlich und somit weniger angreifbar machen. Bedeutet dieser beobachtbare Trend, dass die Forschung gar den Zusammenhang zwischen Demenz-Syndromen und der Degeneration des Gehirns aufgibt? Stellen präventive Amyloid-Screenings einen Weg dar, die Demenz-Behandlung von den Demenz-Syndromen bzw. -Symptomen zu isolieren? Man könnte sich auf die Entwicklung von Medikamenten konzentrieren, die die Proteinablagerungen entfernen, ohne dass diese jemals wirklich mit einer Demenz-Klinik zu tun hätten. Das Einzugsgebiet der Diagnostizierbaren, Behandelbaren und zu Versorgenden würde sich dann auf viele Menschen vergrößern, die in ihrem späteren Leben niemals an einer Demenz »erkranken« würden – mit oder ohne sekundäre Prävention. Die Medikamentenforschung würde um vieles einfacher, da nicht Patienten in ihrem Verhalten untersucht, sondern lediglich deren Gehirne gescannt und abgebildet bzw. Biomarker entdeckt werden müssten. Das Versagen der bisherigen klinischen Medikamentenstudien wird, wie in den obigen Kapiteln beschrieben, mit falschen Studiendesigns begründet und nur latent mit dem möglicherweise falschen Ansatz der Proteinablagerungen. Das vielleicht nicht lösbare – oder zumindest medizinisch nicht lösbare – Problem, dass sich die Symptome trotz der Proteinentfernung nicht bessern, würde umgangen werden. Kostenintensive und

damit für die Industrie einträgliche Diagnosen wären in großer Zahl möglich und auch Behandlungen wären relativ einfach erforschbar, da man sich auf bestimmte Biomarker konzentrieren könnte, ohne allzu abhängig von den Ergebnissen klinischer Studien zu sein. Die Biomarker werden zwar auch heute schon als zentral angesehen, doch schlugen bisher alle Versuche der Symptombehandlung über den Proteinansatz fehl. Wenn sich in Zukunft trotz Vorsorgetherapie in Form von sekundärer Prävention demenzielle Symptome entwickeln würden, könnten immer noch alternative Diagnosen gestellt und weitere (z.B. nicht-medikamentöse) Behandlungen verschrieben werden.

Geschichte und Gegenwart des DSM zeigen, dass die Vagheit von Ätiologie, Nosologie und Diagnose vieler psychiatrischer Erkrankungen eine Grundproblematik in der Psychiatrie, wenn nicht sogar eines ihrer Grundcharakteristika darstellt und mit einem speziellen Verhältnis dieses Fachs zur Prognose von Krankheitsverläufen einhergeht (vgl. Shorter 2013). Die Früherkennung der Alzheimer-Krankheit – das *Frühdiagnostik-Projekt* – mag nun eine neue Möglichkeit eröffnen, Ätiologie, Nosologie, Diagnose und Behandlung von der Symptomatologie zu trennen, obwohl gerade diese *Zeichenlehre* die ursprünglichste Brücke zwischen Medizin und Mensch darstellt – auch in der Psychiatrie. Diese Verbindung war seit jeher von einer gewissen Unbestimmtheit und Uneindeutigkeit, entsprechend der Fragilität und Wechselhaftigkeit des menschlichen Lebens geprägt. Das Loslösen von den Symptomen und Erfahrungen des Patienten bedeutete ein Loslösen des Krankheitsbegriffs von der klinischen Medizin, ein immer tiefer greifendes Loslösen vom »Gatekeeper Ärzteschaft« mithilfe des biomedizinischen Wissens.

Wir erleben heute eine fortschreitende Medikalisierung der gesamten Lebenszeitspanne, welche durch die meisten Diskursteilnehmer, aktive wie passive, involvierte und externe, etablierte wie kritische, gefördert wird. Denn gerade kritisch anmutende Auseinandersetzungen mit und die Benennung von »antizipatorischer Medikalisierung« (Peter Conrad, zit.n. Bartens 2014), wie sie in benanntem Wochenzeitungsartikel zu finden sind, entsublimieren die »Taktiken der Verschiebung von Eindeutigkeit in die Zukunft«. Diese sind als »institutionelle Strategien [...] an die Hoffnung geknüpft, dass die Rationalisierung der Welt durch die Wissenschaft beständig fortschreitet und dass Bereiche, in denen Uneindeutigkeit herrscht – wenn auch nicht sofort, so doch zumindest in der Zukunft – objektivierbar sind.« (Karsch 2011:132)

Die inzwischen implizit im Kollektivbewusstsein verankerte Verschiebung von wissenschaftlicher Eindeutigkeit in die Zukunft ist die Basis für eine fortschreitende Biologisierung des Alters, welche sich in der Vorsorgebehandlung von Phantom-Demenzen bzw. der Akutbehandlung der »Alzheimer-Krankheit« genannten Proteinablagerungen spiegelt.

Einen Menschen mit einer Diagnose zu belegen, die auf einem vagen Zusammenhang der mithilfe von hochtechnologischen Diagnostiken gefundenen patho-

logischen Merkmale mit einer in der Zukunft potenziell auftretenden Krankheit beruht, ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Die oben beschriebenen Konsequenzen des Diagnose-Prozesses und der post-diagnostischen Unterstützungsverfahren bezogen sich auf Menschen, bei denen zumindest klinische Anzeichen einer Demenz eine Rolle spielten. Wie die Auseinandersetzung von Low und Kollegen zeigt, ist selbst die Medikalisierung des Umgangs mit Menschen mit klinisch vorhandener Demenz auch in gerontopsychologischen Kreisen umstritten. Doch bahnt sich hier ein Phänomen den Weg, welches weder klinische Anzeichen noch irgendeine Gewissheit kommender klinischer Anzeichen zugrunde legt, sondern schlichtweg das biologisch-konzeptuelle Etikett der Alzheimer-Krankheit. Der Neurologe José Molinuevo vom *Barcelonaβeta Brain Research Center* sprach im Eröffnungsvortrag der Alzheimer Europe-Konferenz 2018 in Barcelona davon, dass die heutige Alzheimer-Forschung keine »science fiction«, sondern »science reality« sei. Angesichts der von Unklarheiten geprägten Forschungsentwicklungen mag diese Aussage paradox klingen, doch könnte sie gerade so verstanden werden, dass nicht die wissenschaftlichen Visionen der letzten Jahre – wie z.B. die Heilung von Menschen mit Demenz – Realität würden, sondern dass die Realität selbst von wissenschaftlichen Visionen besetzt würde; dass die Lebenswelt mehr und mehr von den von Haraway beschriebenen kulturellen Dialekten der Biomedizin und ihrer auf Wissenschaft beruhenden Realität eingenommen und konstituiert würde. Molinuevo führte den Kontext des Frühdiagnostik-Projekts aus, der auch im Abstract-Text seines Konferenz-Vortrags nachzulesen ist:

»In the last decades, progress in neuroimaging techniques and cerebrospinal fluid (CSF) assays has enabled the characterization of several Alzheimer's disease (AD) biomarkers. This knowledge has shifted the conceptualization of AD from a clinical-pathological construct, where its diagnosis required the presence of dementia with distinct pathologic features, toward a biological one that recognizes AD as a pathological continuum with a clinical picture that ranges from normal cognition to a dementia stage. The possibility of assessing AD pathophysiology in vivo before the onset of clinical symptoms in the preclinical stage provides the unprecedented opportunity to study and intervene at earlier stages of the continuum.«
(Molinuevo 2018)

Molinuevo legt hier die Verschiebung des Alzheimer-Konzepts zu einem »pathologischen Kontinuum« offen, dessen »klinisches Bild von normaler Kognition zu einem Demenz-Stadium« reicht. Dieses neu erschaffene Kontinuum kann eine Legitimation darstellen, um (noch) nicht vorhandene Alterssymptome (vorzeitig) zu behandeln. Sollte die Entfernung von Proteinablagerungen tatsächlich eine Wirkung haben, könnte den Menschen, bei denen im Zweifel sowieso niemals eine Demenz auftreten würde, auch eine Optimierung durch Enhancement in Aussicht gestellt

werden. Jenseits der Symptomatologie entblößt die medizinische (Demenz-)Forschung ihre transhumanistischen Momente.

»Frühzeitige Diagnose« war ein vorherrschendes Schlagwort auf den Alzheimer-Konferenzen in Weimar, Barcelona und Den Haag. Meist ging es von Vortragenden aus dem Bereich der Neurowissenschaften aus. Aber auch Fachleute aus den Bereichen Pflege, Soziale Arbeit und Kulturwissenschaften betonten unermüdlich die Wichtigkeit einer frühen Diagnose, um die Betroffenen rechtzeitig durch strukturelle Netze abzufangen. Diesbezüglich boten die Konferenzen zwar auch kritische Stimmen wie die von Lea Sgier, die eine frühzeitige Demenz-Diagnose als politisches Thema aufgriff, indem sie einen politischen Konsens durch WHO oder OECD den ungeklärten ethischen und praktischen Fragen wie der Zweckdienlichkeit des Zeitpunkts der Diagnose und dem Recht auf Wissen bzw. Nicht-Wissen gegenüberstellte. Allein die Tatsache aber, dass bereits ein politischer Konsens existiert, der in diesem Zusammenhang von WHO und OECD repräsentiert wird, sagt viel über Machtverteilungen und die Legitimität der Diskursführer aus. Eine Einvernehmlichkeit von Institutionen und Bevölkerung scheint dabei längst gegeben. Man denke nur an die 8000 freiwilligen gesunden Personen, die sich laut José Molinuevos Vortrag als »asymptomatische Subjekte« (vgl. Molinuevo et al. 2016) für eine Teilnahme an der ALFA-Studie gemeldet haben. Letztendlich wurden 2743 Personen in die Studie aufgenommen, wie dem Abstract einer Veröffentlichung zur ALFA-Studie zu entnehmen ist⁴:

»The preclinical phase of Alzheimer's disease (AD) is optimal for identifying early pathophysiological events and developing prevention programs, which are shared aims of the ALFA project, including the ALFA registry and parent cohort and the nested ALFA1 cohort study. [...] A total of 2743 participants aged 45 to 74 years were included in the ALFA parent cohort. [...] The longitudinal ALFA1 cohort will serve to untangle the natural history of the disease and to model the preclinical stages to develop successful trials.« (Molinuevo et al. 2016)

Dem Eingangszitat dieses Kapitels (Staiano 1979) zufolge verweist die medizinische Semiotik (Diagnostik) stets auch auf eine Ätiologie als Vergangenheit und eine Prognose als Zukunft. Die von mir beschriebenen Beobachtungen zeigen, dass Alzheimer-Ätiologie und -Prognose dabei sind, sich von einer an der Person des

4 Hierzu sei erwähnt, dass der Anteil an Menschen mit genetischen Risikofaktoren in der Studie durch die Abstammung von Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung bzw. »Alzheimer« definiert wird, obwohl bei Aufnahme nicht klar war, ob es sich bei diesen Fällen um eine familiäre Form von Alzheimer handelte (vgl. Molinuevo et al. 2016). Dies verkompliziert bzw. relativiert die Studieninterpretation, da – wie in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnt – die Pathologie der äußerst seltenen familiären Alzheimer-Form nicht ohne weiteres auf die sporadische Form, um die es hier eigentlich geht, übertragbar ist.

Patienten orientierten Diagnose loszulösen und als phantasmagorische Frühdiagnostik eine eigendynamische und selbstreferenzielle Stellung einzunehmen, die das Phänomen der Alzheimer-Krankheit noch unantastbarer werden lässt als es aufgrund seiner (vermeintlichen) Prävalenz, Inzidenz und gleichzeitig vagen Charakteristika ohnehin schon ist. Das nach wie vor andauernde Ringen um eine befriedigende Klarheit des Forschungsobjekts mag sich langsam der Formel René Leriche's aus dem Jahr 1936 annähern: »Will man eine Krankheit definieren, muß man den Menschen aus ihr verbannen.« (zit.n. Canguilhem 1977:58)

Die Bereitschaft von Menschen mit klinischen Demenz-Syndromen und ihren Angehörigen, sich einer ausführlichen Anamnese und Diagnose zu unterziehen, scheint nach wie vor eher gering zu sein (vgl. Olafsdóttir et al. 2001; ADI 2015; Hwang et al. 2019). Und auch viele Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner sind zurückhaltend und skeptisch im Umgang mit Demenzdiagnosen (vgl. Visser et al. 2019a). Dagegen wächst Studien zufolge – auch angesichts sich verändernder »Angebots- und Nachfragestrukturen« – die Bereitschaft der gesunden Bevölkerung langsam, aber stetig, sich frühdiagnostischen oder prognostischen Verfahren zu unterziehen (vgl. Berth et al. 2003). Es scheint, als sei die Gesellschaft bereit, diesem Bedürfnisse erzeugenden Frühdiagnostik-Projekt zu folgen, um aus gesunden Menschen dezidiert *asymptomatische Patienten* zu machen.

4.4 Von der Krise der Klinik zur kontrollgesellschaftlichen Versorgung

»Äußerlich ist das eine Dialektik des individuellen Lebewesens und seiner gesellschaftlichen Welt. Innerlich ist es eine Dialektik der biologischen Grundlage des Einzelnen und seiner gesellschaftlich produzierten Identität.« (Berger et al. 2018:192)

Im Folgenden versuche ich mich zwei Beobachtungen anzunähern, die ich im Dunstkreis des neuen Alzheimer-Wissens und des beschriebenen Frühdiagnostik-Projekts gemacht habe: Erstens, dass das »Alzheimer-Individuum« zu einem teil- und zerlegbaren Subjekt wird, indem es auf seine Krankheits- und Risikofaktoren reduziert und – so wie die Alzheimer-Krankheit selbst – über bioinformatische Algorithmen definiert werden soll. Zweitens, dass im Zuge dieser Reduktionen und Vorverschiebungen die Klinik und ihre Praxen vor allem auf ein systemisches Funktionieren zwischen Neurowissenschaften und Care-Wissenschaften reduziert werden.

4.4.1 Zum *dividuellen* Individuum

1973 schreibt Michel Foucault in *Die Geburt der Klinik*:

»Der Blick reduziert nicht mehr, er begründet vielmehr das Individuum in seiner unreduzierbaren Qualität. Und dadurch wird es möglich, eine rationale Sprache um es herum zu organisieren. Das *Objekt* des Diskurses kann ebensogut ein *Subjekt* sein, ohne daß die Gestalten der Objektivität dadurch verändert würden.«
(Foucault 1973:12)

Diese Beschreibung des Aufkommens einer neuen Qualität des Individuums – als körperlich-gegenständlicher Raum von sichtbarer Materie – bezieht sich auf das Aufkommen des »klinischen Blicks« im 18. und 19. Jahrhundert. Ein Blick, der sich auf »eine Welt konstanter Sichtbarkeit« (ebd.:8) und eine Objektivität bezieht, wie wir sie heute zumindest im medizinisch-klinischen Bereich als grundlegend und selbstverständlich erachten.

Erst einige Jahre nach der Veröffentlichung von *Die Geburt der Klinik* begann Foucault, sich dezidiert mit der Dressur des Individuums (Disziplinartechnologien) und der Regulierung der Bevölkerung (Biopolitik) zu beschäftigen. Gilles Deleuze' Betrachtung des Individuums in der Kontrollgesellschaft schließt konkret an ebenjene späteren Genealogien der Bio-Macht an. Dennoch trifft sie im angeführten Zitat über den klinischen Blick auf einen Kontrapunkt. Deleuze findet in unserer Gegenwart der Kontrollgesellschaften eine neuartige Teilbarkeit des Individuums vor, welche auch im Kontext der Alzheimer-Krankheit von Bedeutung zu sein scheint. Diese Teilbarkeit des Individuums benötigt zwar die Objektifizierung des Subjekts, wie sie Foucault angesprochen hat, doch stellt sie die »unreduzierbare Qualität« des Objekts des klinischen Blicks infrage. In meiner Betrachtung des Alzheimer-Wissens findet Deleuze' Annahme, die »individuellen oder numerischen Körper [würden] durch die Chiffre eines ›dividuellen‹ Kontroll-Materials ersetzt« (Deleuze 2017:262), eine Entsprechung.

»Die Disziplinargesellschaften haben zwei Pole: die Signatur, die das *Individuum* angibt, und die Zahl oder Registrierungsnummer, die seine Position in einer *Masse* angibt. Denn für die Disziplinierungen bestand nie eine Inkompatibilität zwischen beidem, die Macht ist gleichzeitig vermassend und individuierend, das heißt konstituiert die, über die sie ausgeübt wird, als Körper und modelt die Individualität jedes Glieds dieses Körpers [...]. In den Kontrollgesellschaften dagegen ist das Wesentliche nicht mehr eine Signatur oder eine Zahl, sondern eine Chiffre: Die Chiffre ist eine *Losung*, während die Disziplinargesellschaften durch *Parolen* geregelt werden (unter dem Gesichtspunkt der Integration, aber auch des Widerstands). Die numerische Sprache der Kontrolle besteht aus Chiffren, die den Zugang zur Information kennzeichnen bzw. die Abweisung. Die Individuen

sind ›dividuell‹ geworden, und die Massen Stichproben, Daten, Märkte oder ›Banken‹.« (Deleuze 2017:257f.)

Der Wandel von Disziplinalgesellschaften zu Kontrollgesellschaften zeigt sich nicht zuletzt in einer landläufig anerkannten Krise der Disziplinen und ihrer Institutionen (siehe auch Kapitel 1). Einschließungsmilieus wie Schulen, Kliniken, Psychiatrien oder Gefängnisse stehen unter gesellschaftlicher Beobachtung, in der Kritik und zuweilen kurz vor ihrem Aus. Sie werden der selbst mitverursachten Flexibilität ihrer Umwelt nicht mehr gerecht. So bereitete die Disziplin Krankenhaus den Stätten des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts die idealen Voraussetzungen auf verschiedenen Ebenen: Der Umgang mit Problematiken wie der klinisch-technischen Iatrogenese, wie ich ihn in Kapitel 3.2 beschrieben habe, schafft systeminterne Verzerrungen, lenkt die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf die Agonie des Krankenhausmilieus und schafft den Boden für neue, radikale, dezentrale und lückenlose Lösungsansätze, die sich einer neuartigen Freiheitlichkeit, Grenzenlosigkeit und Ganzheitlichkeit verschreiben. Während die Agonie der Institution Klinik ihren Lauf nimmt, übergeben die sich noch heute selbst kontrollierende Ärzteschaft und ihre Verbündeten das »große Ruder« an eine technokratische Verwaltung, die auf dezentrale, ganzheitliche und lückenlose Zählung, Berechnung und Steuerung ausgerichtet ist (vgl. Castel 1983). In diesem Zuge einer Verschiebung der Bio-Macht bewegt sich das Alzheimer-Konzept hin zu einem rein biologischen Konzept und zu einem pathologischen Krankheitskontinuum von »normale Kognition« bis »demenzielles Stadium« (vgl. Molinuevo 2018). Dabei tritt ein neues Subjekt auf: Es stellt nicht ein Individuum dar, dessen Verschwinden Castel bereits beschreibt, sondern ein *Dividuum*, ein teilbares, in Faktoren zerlegbares Objekt, ein reines Subjekt der Population. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass die alten Disziplin-Institutionen der Flexibilität und »Flüssigkeit« oder gar »Gasförmigkeit« ihrer Umwelt nicht mehr gerecht werden können und neue Kanäle der Macht eröffnet werden müssen, indem neue Objekte bzw. Subjekte definiert und erschaffen werden. Ein solches Subjekt sah Foucault bereits im Aufkommen der »Bevölkerung«, die einen neuen, »multiple[n] Körper« hervorbrachte, »mit zahlreichen Köpfen, der, wenn nicht unendlich, zumindest nicht zwangsläufig zählbar ist« (Foucault 2014a:94). Doch dieses biologische *und* Machtproblem der Bevölkerung, der Gattungskörper, transformiert sich im Falle der Alzheimer-Forschung und ihres Frühdagnostik-Projekts in eine Art *gasförmigen Schwarm* (vgl. Deleuze 2017 und Han 2013), dessen einzelne Teile unabhängig voneinander und unabhängig von den sie tragenden Individuen in Körperkontrollen eingepflegt werden sollen. Dabei geht es vor allem um eine Ansammlung von *anpassungsfähigen* neuromolekularen Daten und Informationen, die nur jenseits der Dressur von Individuen und über die Regulierung der Masse hinaus beherrschbar ist, weil auch die den Individuen zuzuordnenden Krankheits-

Entitäten selbst nur über bio-informatische und statistische Verfahren definierbar sind (vgl. AETIONOMY 2019). Mensch und Krankheit sollen in Daten-Einzelteile zerlegt werden, um schließlich neu zusammengesetzt werden und verschmelzen zu können.

Foucaults Genealogie des klinischen Blicks bezog sich bereits auf Aspekte, die für die Entstehung der *dividuellen* Individuen grundlegend sind: verschiedene Gewissheitsgrade der medizinischen Erkenntnis, die in Kalkül-Techniken eingepflegt werden sollte; die Messbarkeit der Divergenz und Konvergenz von registrierten Ereignissen; die Aleatorik der Krankheits-Entwicklungen; die stufenlose Überwindung von Widerspruch und Bestätigung; und eine Individualität und Subjektivität, die sich nicht im kranken Menschen, sondern im »pathologische[n] Faktum« zeigt (vgl. Foucault 1973:111f.).

Die neueste Biomedizin allerdings, wie sie sich in der vom AETIONOMY-Projekt (siehe 3.3.3.5) in Aussicht gestellten »Präzisionsmedizin« darstellt, erschafft eine biopolitische Erweiterung oder eine Art Paradox: Foucaults »Körper der Bevölkerung« verschmilzt mit der statistisch definierten Krankheit. Die neue Biomedizin macht aus Individuen und Gattungskörper ein durch Bioinformatik (Big Data) und Präzisionsprozesse (alle Daten, jedes Wissen, alle Informationen) kalkulierbares und teilbares bewegliches Gesamtobjekt, das einer potenziellen und flexiblen Krankheit zugeordnet wird, welche ebenfalls nur über Rechenprozesse und die hoch technologisierten Sprachen der Biomedizin erklärt werden kann. Die *Vermischung von Einzelfaktoren des »dividuellen Kontrollmaterials«* und von molekularen sowie genomischen Variablen einer heterogenen Krankheits-Entität ist von nun an das Objekt der Macht, das mithilfe von digitalen Gehirn-Screenings klassifiziert werden könnte. Alle Daten bezüglich Subjekt, Population und Krankheit sollen erhoben, vermengt und je nach Einzelfall in verschiedener Kombination herangezogen und kompatibel gemacht werden. Alles ist hier beweglich und anpassungsfähig: Subjekt, Objekt, Mensch und Krankheit. Es mag ein grundlegendes Merkmal der gegenwärtigen »Macht zum Leben« zu sein, dass die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, eine »gasförmige Lösung« (vgl. Deleuze 2017) zu zählen und vorherzusagen, kybernetisch überwunden werden soll (vgl. Tiqqun 2007).

In meinen Beobachtungen könnte sich eine neue Konstellation abzeichnen, die die Dressur des Individuums und die Regulierung der Bevölkerung durch eine hyperpersonalisierte »Echtzeit«-Kalkulation des *Dividuums* ergänzt bzw. vereint. Das einzelne Subjekt steht – trotz einer nach wie vor absolutistisch vermassenden Biomedizin – insofern im Zentrum dieser aktualisierten Bio-Macht, als es als Objekt der Macht in totalitärer Weise auf der Ansammlung von bioinformatischen Risikofaktoren und Big Data-Informationszugängen basiert.

Die angedeutete Dividualisierung des Subjekts im Zuge des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts mag ein wichtiger Grundstein sein sowohl für eine

systemische Verwissenschaftlichung der Lebenswelt des Individuums als auch für die systemische Verwicklung und Reduzierung der Funktion der Klinik.

4.4.2 Zur systemischen Funktion der Klinik

»In den Disziplinargesellschaften hörte man nie auf anzufangen (von der Schule in die Kaserne, von der Kaserne in die Fabrik), während man in den Kontrollgesellschaften nie mit irgend etwas fertig wird: Unternehmen, Weiterbildung, Dienstleistung sind metastabile und koexistierende Zustände ein und derselben Modulation, die einem universellen Verzerrer gleicht.« (Deleuze 2017:257)

Die *Klinik* (Allgemeinärzte, Spezialisten wie Psychiater, Psychologen, andere Praktiker und deren Praxen) als zwischen-wissenschaftlicher Bereich war meist nur indirekt oder vereinzelt auf den von mir besuchten Konferenzen vertreten. Gleichzeitig war sie *der* zentrale Bezugspunkt, auf den immer wieder zurück gegriffen wurde und der für die beiden großen Forschungsbereiche der »Alzheimer-Bewegung« (Care und Neurowissenschaften) ausschlaggebend zu sein scheint, da er die Verbindung zum Individuum bzw. Subjekt herstellt. 2019 in Den Haag breitete sich, stärker als im Vorjahr, das Bild der Klinik als systemische Exekutive aus (vgl. Arney et al. 1984), die vom Ort des (potenziellen) Patienten aus zwei verpflichtende Richtungen kennt:

Einerseits bezieht sich die Klinik auf das *Funktionieren des Patienten in der Gesellschaft* (extern, außerhalb des Körpers). Hierfür ist »Care«⁵ zuständig. Care bezieht sich auf das post-diagnostische globalgesellschaftliche Zurechtkommen des Individuums und seiner Umwelt (Inklusion, Integration, soziale Teilhabe, Sorge, Pflege, Hilfstechnologien etc.). Care setzt die Klinik als Kennzeichner des zu behandelnden und zu pflegenden, zu um- und versorgenden Individuums durch (möglichst frühe bzw. »zeitige«) *Diagnose bzw. Diagnostik* voraus (vgl. Castel 1983 und 3.3.3.3). Die Klinik legitimiert die Versorgung durch Pflege- und Sozialwissenschaften, welche wiederum die (frühe) Diagnose durch die Klinik legitimieren. De Vugt und Kollegen von der School for Mental Health and Neuroscience, dem Alzheimer Centre Limburg und dem Maastricht University Medical Centre bescheinigen der frühen Diagnose nur Vorteile, *solange* diese von postdiagnostischem Support gefolgt wird: »[D]rawbacks of an early diagnosis may outweigh the benefits if people are left with a diagnosis but little support.« (Vugt et al. 2013:54) Und auch wenn sich die prä-demenziellen Diagnosemöglichkeiten verbessert hätten und auch Wissen über frühzeitige Care-Interventionen angehäuft wurde, gebe es den dringenden Bedarf nach weiterer Forschung; speziell zum Thema »early caregiver interventions [...]. As

5 Care ist auch mit Pflegewissenschaften zu übersetzen, was meiner Betrachtung aber nicht ganz gerecht wird, da Care die Wissenschaften *und* die praktische Umsetzung meinen kann.

levels of stress and burden are still low in the predementia stage it provides excellent opportunities to empower the resources of caregivers.« (Ebd.) Auch wenn die (klinische) Diagnose also ambivalent gesehen wird, wird sie in Kombination mit post-diagnostischem Support empfohlen und auch die Frühdiagnostik diskursiv etabliert.

Andererseits bezieht sich die Klinik auf das *biologische Funktionieren im Körper des Patienten* (intern, innerhalb des Körpers, im Gehirn). Hier sind die Neurowissenschaften tonangebend. Sie beobachten Gehirngewebe, erheben biologische, neuromolekulare Korrelationen und entwickeln Assoziationen sowie Modelle für potenzielle Mechanismen im Gehirn. Für sie ist die Klinik die Zielscheibe ihrer »translationalen« Bemühungen. Das heißt, die Neurowissenschaften sind stets auf der Suche nach einer klinischen Entsprechung ihrer im Labor generierten Erkenntnisse. Die Klinik soll schließlich Verbindungen legitimieren zwischen tatsächlichen demenziellen Syndromen und pathologischen Merkmalen der Alzheimer-Krankheit und daraus die für den Care-Bereich notwendige Diagnose festmachen. Im Gegensatz zu Care, deren Verbindung zur klinischen (Symptom-)Diagnose klar ist, verharren die Neurowissenschaften in einem vagen Wechselspiel mit der Demenz-Klinik bzw. Alzheimer-Klinik. Angesichts der völlig fehlenden Einsichten über Mechanismen der Alzheimer-Pathologie scheint die *Diagnostik* der sekundären Prävention wie oben beschrieben ein geeignetes Mittel zur Überwindung der Barriere zur Klinik (siehe Kapitel 3.1 und 3.3). Allerdings:

Im Falle einer Umsetzung des oben beschriebenen Trends zu sekundärer Prävention würde der Kliniker noch weiter auf ein systemisches Steuerelement der ihn umgebenden Wissenschaften reduziert werden. Die symptomatischen Erfahrungen des Patienten als Bindeglied der Systemumgebungen (Körperäußeres: Gesellschaft etc. und Körperinneres: Zellen etc.) würden größtenteils obsolet. Die »neurowissenschaftlichen Verwalter« des Körperinneren würden den »sorgenden Verwaltern« des Körperäußeren (Care) direkt zuarbeiten, ohne die aufwendige Frage von symptomatischen Wechselfällen aufwerfen zu müssen. Eine systemische Kontrolle, deren Instanzen fließend ineinander übergehen, überwindet die Disziplinen und ihre Lokalitäten (vgl. Deleuze 2017). Frühzeitige Screenings schaffen analog zum kontrollgesellschaftlichen »lebenslangen Lernen« eine »lebenslange Diagnose«, die harmonisch in »lebenslange Sorge« übergehen kann, ohne ein Einschließungsmilieu wechseln zu müssen. Krankheiten im System kennen vor allem ein *vor* und ein *nach* dem Symptom, jenseits der lebensweltlichen Erfahrung oder der individuellen Erzählung eines Menschen. Die das Subjekt determinierende Molekularbiologie und die aus ihr resultierenden sozialen Konsequenzen werden diesem eingeschrieben ohne klinische Praxis; auch ohne organische Relevanz, sondern allein durch den »biotischen Code« einer Hirnpathologie ohne phänomenologisches Krankheitsbild. Die Medizin, durch welche die Alzheimer-Krankheit, die Psychiatrie und die Hirnforschung entwickelt und etabliert werden konnten, verschwindet

weitgehend; sie ist vor allem Kennzeichner der Subjekte (vgl. Castel 1983), die in ein Versorgungs- und Verwaltungssystem eingepflegt werden sollen. Das »weiße kapitalistische Patriarchat« der Ärzteschaft wird ersetzt von der »Informatik der Herrschaft« durch Neurowissenschaft und Care; die Diagnose durch den Arzt wird abgelöst von der Diagnostik durch die Technologien des Neuro-Ingenieurwesens. Haraway versinnbildlicht den Wandel biomedizinischer Produktion vom 19. zum 20. Jahrhundert in einer Tabelle von Dichotomien, die unter anderem folgende Zeilen beinhaltet:

| | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------|
| [19. Jahrhundert | . | 20 Jahrhundert] |
| Repräsentation | | Simulation |
| Bürgerlicher Roman | | Science Fiction |
| Realismus und Moderne | | Postmoderne |
| Organismus | | Biotische Komponente, Kode |
| Arbeit | | Text |
| Biologie als klinische Praxis | | Biologie als Einschreibung |
| Physiologie | | Kommunikationstechnologie |
| Kleingruppe | | Subsystem |
| Weißes kapitalistisches Patriarchat | | Informatik der Herrschaft |

(vgl. Haraway 2014:149f.)

Der von Donna Haraway skizzierte Schritt vom bürgerlichen Roman zur Science-Fiction wird gegenwärtig aufgelöst durch eine von Molinuevo (2018) skizzierte »Science-Reality«, die im großen Narrativ von Alois Alzheimer und Auguste Deter ihren Anfang nahm und heute eine neue Qualität von wissenschaftsbasierter sozialer Realität hervorbringt. Seit der Antike mag das Leben die Kunst imitiert haben (vgl. Wilde 1905). Heute imitiert das Leben die Wissenschaft, sofern es (noch) nicht mit ihr identisch ist.

Aus der medizininternen Risikogruppe der »Älteren«, deren »Multimorbidität« und individuelle Anfälligkeit für »unerwünschte Arzneimittelwirkungen« sich unmittelbar aus veränderten Stoffwechselfvorgängen und anderen körperlich manifestierten Aspekten ergibt, wurde »das Alter« als rein statistisch erfasstes, per se

risikobehaftetes Merkmal eines globalen *Dividuums* (vgl. Deleuze 2017). Dabei hat sich die Form der Iatrogenese (vgl. Illich 2007; Kap. 1.1.2.3) so verändert bzw. erweitert, dass die *Erzeugung von Krankheit* ein vom Arzt unabhängiger Prozess wurde, durch den der individuelle Körper (und das Gehirn) einerseits im Sinne einer biologistischen Ethopolitik (vgl. Rose 2018) zum alleinigen Zentrum der (alltagsbezogenen) Macht wird, der aber andererseits das Phänomen Demenz von der körperlich-sinnlichen Erfahrung und damit vom Individuum gänzlich isoliert. Die Sorge um den Menschen wird zur Sorge um die Krankheit, vollzogen nicht von Ärzten, sondern von Lebenswissenschaftlern: von Bioinformatikern, Biochemikern, Molekularbiologen oder Pflegewissenschaftlern. Diese Verschiebungen werden als Hoffnung in einer gesamtgesellschaftlich drohenden Demenz-Krise verstanden, gehen allerdings mit einem neuen Krankheitsbegriff einher, welcher durch seine Individuen-unabhängige Existenz gesellschaftliche Herausforderungen von neuer Qualität heraufbeschwört. Lebenslange Diagnose (durch *Diagnostik*) und lebenslange Sorge (mithilfe der *Care-Wissenschaften*) mögen eine obligatorische Antwort auf die Krise sein, sie *bedeuten* allerdings mehr als nur einen erhöhten materiellen Ressourcenaufwand. Der asymptotische Patient relativiert den Begriff der Iatrogenese: Einerseits, weil der Arzt (griechisch: Iatros) kaum noch vorkommt, andererseits, weil ein Leben jenseits von (re-)produzierten, definierten und kalkulierten Krankheitszuständen kaum noch denkbar scheint.

Agamben begründet die Möglichkeit des problem- und nahtlosen Übergangs von demokratischen und totalitären Systemen im 20. Jahrhundert damit, dass das biologische Leben *überall* das politisch entscheidende Faktum darstelle (vgl. Agamben 2014:194). Ich will hier eine »Analogie der Digitalität« herstellen, welche Thanatopolitik und Kontrollgesellschaft verbindet: Das biomedizinische *Dividuum* nach Deleuze sowie die modulhafte Koppelung von Neuro- und Pflegewissenschaften ohne den dezidiert ärztlichen Umweg scheinen plausible Erscheinungen zu sein »in einem Umfeld, wo die Politik sich schon seit längerem in Biopolitik verwandelt hatte und wo der Einsatz nunmehr bloß darin bestand, zu bestimmen, welche Organisationsform sich für die Pflege, die Kontrolle und den Genuß des nackten Lebens am wirksamsten erweisen würde.« (Agamben 2014:194)

Das Verschmelzen oder stufenlose Ineinanderwirken von Subjekt, Objekt, Krankheit, Technologien und Wissenschaften ermöglicht eine Grenzenlosigkeit der institutionellen Versorgung, welche kaum noch eine Abwägung eines einzelnen Arztes oder eine Selbstbestimmung des Individuums zulässt.

4.5 Alzheimer-Frühdagnostik und Prävention

Wie ich vermute, geht das Alzheimer-Frühdagnostik-Projekt über das ursprüngliche biopolitische Zusammenspiel von Disziplinierung der Individuen und Regu-

lierung der Masse hinaus. Wenn man jedoch allein die Dressur der Individuen im Kontext der Demenz betrachtet, also hier die Frage nach den »Disziplinartechnologien der Arbeit« (Foucault 2014a:91) stellt, kommt man zwangsläufig auf lebensstilbasierte Prävention zurück. Die Parolen für gesunde Ernährung, Bewegung oder soziale Aktivitäten ertönen heute – im Zeitalter der Ethopolitik (vgl. Rose 2014) – so laut wie nie zuvor. Dennoch scheint das Paradigma einer eigenverantwortlichen Prävention im Falle der Alzheimer-Forschung in gewisser Hinsicht abgelöst oder zumindest eingeschränkt zu werden. Das Alzheimer-Wissen scheint eine Kontrolltechnologie vorzubereiten, die vom hohen Alter (altersassoziierte Proteinablagerungen) in den Bereich des erwerbsfähigen Alters zurück-reicht, ohne dass dem Individuum selbst ein Großteil der aufwendigen Präventionsarbeit auferlegt werden muss.

4.5.1 Prävention: individuell oder *dividuell*?

Die Alzheimer-Krankheit ist also nicht nur ein interessantes biopolitisches Phänomen, weil es dabei um die Menschen geht, die potenziell aus dem Feld der Fähigkeiten und Tätigkeiten herausfallen, und um die, die ein Herausfallen weitgehend verhindern wollen – ob über individuelle Disziplinierung, globale Milieuveränderung oder andere, politisch oft unbequeme Ansätze (vgl. Foucault 2014a). Diese Aspekte sind seit der »gesellschaftlichen Besserstellung« des Alters im 18. Jahrhundert geläufig (vgl. Illich 2007:134ff.), nach wie vor zu beobachten und prägen das Leben in den (post-)industriellen Ländern gar fundamental. Die gegenwärtige Alzheimer-Biopolitik ist vor allem deshalb so bemerkenswert, weil sie dazu tendiert, *auf rein techno-bürokratischem Wege* vom Feld der Nichterwerbsfähigkeit in das Feld der Tätigkeiten und Fähigkeiten hineinzuragen. Dabei wird das taugliche Individuum nicht nur diszipliniert, sein »Leben« von seinem »letzten Abschnitt« aus nicht nur reguliert, sondern alles zusammen, die gesamte Lebenszeitspanne des *dividuellen* Schwarms soll lückenlos *kontrolliert* werden. Die Alzheimer-Krankheit ist selbst eine Technologie, um »leben zu machen«, von einem Standpunkt aus, der in der unmittelbaren Gegenwart des arbeitstauglichen Körpers nicht erfahrbar ist. Das disziplinierende tauglich Machen des asymptotischen arbeitsfähigen Menschen, welches gleichzeitig eine lebensstilbasierte Prävention von Demenz darstellt, spielt hier nur noch eine untergeordnete Rolle. Die Erfassung von Proteinablagerungen im Gehirn im Zuge einer sekundären Alzheimer-Prävention tritt vornehmlich an die Stelle disziplinierender Lebensstilprävention.

Die vorliegende Arbeit ging von der impliziten Hypothese aus, dass das unser wissenschaftlichen Weltbild entsprechende Verschieben von wissenschaftlicher Eindeutigkeit in die Zukunft stets neue Forschung impliziere. Dies geschehe in der nie endenden Hoffnung auf das Gute in Form einer wissenschaftlichen Lösung des Problems, am besten der Entdeckung eines Heilmittels in der Zukunft.

Prävention dagegen will das Übel verhindern, sehe also das Schlechte, Böse, Drohende in der Zukunft. Nun impliziert allerdings auch die Prävention weitere Forschung und die Forschung weitere Prävention. Ein Wechselspiel und Kreislauf von sich vermeintlich widersprechenden, aber vor allem gegenseitig bedingenden Ansätzen ist hier auszumachen. Erstere Reihenfolge (Prävention führt zu Forschung) ist allein deshalb unabdingbar, da, wie wir im Kapitel zur Prävention schon gesehen haben, stets ein forschender Wille zum Wissen nötig ist, um die Bedingungen für drohendes Übel zu kennen und dieses schließlich zu verhindern (vgl. Kapitel 1.2.1.2). Zweiterer Punkt allerdings, dass durch Forschung gewonnenes Wissen automatisch weitere Präventionsaktivitäten impliziert, wird meinen Beobachtungen zufolge transformiert, weil sich Fokus und Charakteristika der Präventionsbemühungen verschieben. Wie im letzten Absatz angedeutet, geht es bei der sekundären Alzheimer-Prävention eben nicht mehr nur um die Disziplinierung der Individuen und deren subjektiven Lebensstil oder um die vorsorgende Regulierung der Bevölkerung, sondern auch und vor allem um die akute Kontrolle eines »*dividuellen* Kontrollmaterials«.

Neben dem oben beschriebenen Vortrag von Prof. Molinuevo in Barcelona bestärken auch Prof. Düzels in Weimar getätigte Aussagen die These, dass »Prognostik«, »Frühdiagnostik«, »Früherkennung« oder »Vorsorgeuntersuchungen« (durch PET, Biomarker etc.) und die Behandlung vor Krankheitsausbruch und Symptomen an die Stelle der Alltags-Prävention treten bzw. den Präventionsbegriff diskursiv für sich in Anspruch nehmen (vgl. Kapitel 3.3). Obwohl Professor Düzel zufolge bis heute nicht klar ist, was genau sich bei einer Frühbehandlung verbessern soll – auch I3 stellte im Kontext der Früherkennung die Frage: »Was guck ich mir dann eigentlich an?« (INT3:35) –, ist das erklärte Ziel: die Entfernung von Amyloid-Plaques im Zuge einer *sekundären Prävention*. Düzel erwähnte diesbezügliche Schwierigkeiten wie die sehr hohen Kosten, den Zeitaufwand sowie die sehr subtilen Therapieeffekte. Doch gerade Letztere stellen, wie oben erwähnt, eher eine Stütze der Früherkennungs-Bewegung dar: Aufgrund des präklinischen Zeitpunkts der Behandlung wird die Kausalität zwischen Proteinablagerungen und Demenz-Symptomen marginal. Die Diagnose wird zu technologischer Diagnostik und deren Bezug zur Klinik kaum nachvollziehbar. Womöglich wird der Klinik-Bezug in der Zukunft gar nicht mehr vorhanden sein. Die bisher mangelhafte Studienlage (vgl. 3.1 und 3.3) könnte sich, wie oben beschrieben, allein durch diese Paradigmenverschiebung zu einem »biologischen Konzept« verbessern (vgl. Molinuevo 2018). Lebensstilforschung und Prävention durch Lebensstilanpassung büßen in diesem Zuge vermutlich große Teile ihres Deutungsfeldes ein.

Die Alzheimer-Krankheit wird heute verstärkt vom klinischen Kontext entfernt und auf eine molekular-biologische, neurowissenschaftliche, genetische und zerebrale Angelegenheit reduziert. Nach wie vor wird der Diskurs vom biomedizinischen Wissen bestimmt, doch werden nun auch die alltagsweltlichen Handlungs-

felder, die lange der Eigenverantwortung des liberalen Individuums unterstellt waren, über neurowissenschaftliche und biowissenschaftliche Ingenieurskunst gewissermaßen zurückerobert. Die Disziplinartechnologien der Lebensstil-Dressur werden in weiten Teilen verdrängt von den Dialekten einer spätmodernen Bio-Macht. Die Faktoren der Kontrolle erstrecken sich dabei von einem Phänomen des Alters auf die gesamte Lebenszeitspanne des menschlichen Subjekts und verwandeln die Masse der Individuen dabei in ein »*dividuelles* Kontrollmaterial«, welches zwischen Disziplin und Biopolitiken oszilliert, aber niemals vollständig an einem der Pole der Bio-Macht ruht.

In jedem Fall kann konstatiert werden, dass die lebensstilbasierte Demenz-Prävention einer »drohenden Krankheit in der Zukunft« (»das Böse liegt vor uns«) mittels des per se positiver konnotierten Heilsversprechungskonzepts der Alzheimer-Forschung (»das Gute liegt vor uns in der Zukunft«) in eine Phase der Alzheimer-Frühdagnostik und Alzheimer-Vorsorgebehandlung überführt wird. Natürlich basiert der Präventionsgedanke weiterhin auf Angst vor einem Übel. Doch die Antwort darauf geriert sich mehr und mehr positiv und positivistisch. *Der potenzielle Patient der Lebensstilprävention wollte das Übel (die Krankheit) verhindern, der asymptomatische (bereits kranke) Patient lebt in der Hoffnung und im Glauben an die Heilsversprechungen der Forschung.*

Das einst auf privaten Lebensstil und Lebenswandel des Individuums bezogene Feld der Prävention wird mit der sekundären Prävention noch unmittelbarer medikalisiert. Man könnte annehmen, dass das Überholen des meritokratischen Public Health- und Präventionsprinzips eine Repolitisierung von Krankheiten und eine Stärkung der Gesellschaftsmitglieder als Träger der Verhältnisse zufolge hätte. Nicht mehr nur das Individuum, sondern die ganze Gesellschaft würde herangezogen, um dem psycho-sozialen Phänomen Demenz bzw. der Alzheimer-Krankheit zu begegnen. Allerdings ist angesichts der institutionalisierten Motive dieses Wandels von Prävention zu Früherkennung eine Zunahme von Bürokratisierung, Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Technisierung zu erwarten. Diese wiederum werden kaum zu einer politischen und gesellschaftlichen Ermächtigung von Bürgern und Zivilgesellschaft bezüglich Umgang mit Krankheit und Kranken führen, da sie selbst als Ursache und Ergebnis der Strukturen und Dynamiken betrachtet werden müssen. Die Kontrolle um der Kontrolle willen (vgl. Deleuze 2017) reproduziert sich auch in diesem Falle autopoietisch. Die Krankheit wird in der Verwaltung erzeugt und verlässt diese zu keinem Zeitpunkt. Nur der Grad, in dem der individuelle Körper in das System eingespeist wird, variiert von Zeit zu Zeit.

4.5.2 Frühdiagnostik und die »soziale Grammatik der Vorbeugung«

Ich will nun noch einige Punkte aus Bröcklings Essay »Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention« (2008) im Kontext des empirischen Materials kommentieren (vgl. Kapitel 1.2.1.2).

Zu Punkt eins: Prävention als zeitliches, *auf die Zukunft gerichtetes Verhindern* ist in der von den Alzheimer-Forschern angestrebten Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung wiederzuerkennen, allerdings mit bestimmten Verschiebungen. Bröckling behauptet, Prävention brauche eine auf Indizien beruhende *Prognose* zukünftiger unerwünschter Zustände sowie *Fehlentwicklungen*, die sich ohne Eingreifen verschlimmern, deren *Risiko* sich aber durch eine Intervention *minimieren* lasse. Diese Intervention müsse sich schließlich *als »Hilfe« konzeptualisieren* lassen (vgl. ebd.:38f.). Das Konzept der Hilfe ist klar: Menschen mit Demenz oder mit drohender Demenz wollen Hilfe, angesichts Tod, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Stigmatisierung, Einsamkeit etc. Ein Risiko ist ebenfalls auszumachen im Kontext von Demenz. Und Indizien gibt es auch genügend in der neurowissenschaftlichen Forschung. Doch worin besteht die den Risiken und Indizien zugrunde liegende Fehlentwicklung? In den Proteinablagerungen? In den demenziellen Symptomen? In deren vager Verbindung? Vielleicht ist hier Schüleins Ansatz des antizipatorischen aktiven Handelns (1983) wieder heranzuziehen: Die infrastrukturelle Antizipation und das Herstellen von Bedingungen durch das Frühdiagnostik-Projekt ist in jedem Fall eine aktive Handlung des Machterhalts, indem hier der Begriff der »Fehlentwicklungen« ausgelotet, demenzielles Verhalten als selbstverständlich unerwünscht dargestellt und nach Möglichkeit mit Amyloid-Plaques und Neurofibrillen gleichgesetzt wird; ganz im Sinne einer sich aufklärerisch gerierenden Kultur der »Neuromythologie« (Hasler 2013).

Zu Punkt zwei: In unseren empirischen Beobachtungen ist außerdem ein *radikalisiertes und durch-technisiertes Kontingenzverständnis* wiederzuerkennen: Das »*individuelle* Kontrollmaterial« und dessen Verschmelzung mit der Alzheimer-Krankheit sieht nicht (nur) das Handeln der Menschen, sondern den sozialen Rahmen der Möglichkeiten selbst als veränderbar. Krankheit und Mensch können »kreationistisch« angepasst werden (vgl. Kapitel 1.3.2.8); entsprechend der Paradigmen und Parameter des neuesten wissenschaftlichen Standes. Die Wechselfälle des Lebens werden eingepflegt in ein kybernetisches Modell von Krankheit, Mensch und Gesellschaft.

Zu Punkt drei: »Verhaltens- steht neben Verhältnis-, Spezial- neben Generalprävention, Individuum-zentrierte konkurrieren mit Risikogruppen- oder bevölkerungsbezogenen Ansätzen, Zwangsmaßnahmen mit Aufklärungskampagnen.« (Bröckling 2008:41f.)

Auch Demenzprävention basiert auf eine Vielzahl heterogener Technologien. Prävention durch Lebensstil ist z.B. Verhaltensprävention, Spezialprävention

gegen Demenz ist gleichzeitig Generalprävention für eine gesundes Alter(n) und sorgt für Ausgeglichenheit und Fitness im gegenwärtigen Alltag der Arbeitswelt. Der mögliche Wandel von Lebensstil-Prävention hin zu medizinischer Vorsorgebehandlung ist auch deshalb interessant, weil Letzterer insofern die Oberhand zusteht, als sie milieuhängige Umweltfaktoren und individuelles Verhalten als Folgen unserer konsum-liberalen Bedürfniskultur unangetastet lassen kann. Durch die dezidiert medizinische Produktion kann das Frühdiagnostik-Projekt sogar diverse Arten neuer Produkte und Konsummöglichkeiten hervorbringen, ohne das einzelne Individuum in die Zwangslage einer Enthaltung oder »Selbstbegrenzung« (vgl. Illich 1975) zu bringen.

Zu Punkt vier: Prävention ist niemals abgeschlossen, erst recht nicht, wenn das Objekt der Prävention ein zerlegbares Subjekt darstellt. Der »Normalmensch« kann und muss in diesem Zuge ständig neu definiert und aktualisiert werden. Mehr noch: er kann zusammengesetzt werden aus idealen Normalwerten, die sich ständig und in Echtzeit selbst nach oben korrigieren.

Zu Punkt fünf:

»[O]hne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention. Vorbeugung impliziert daher systematische Wissensproduktion. ›Voir pour savoir, savoir pour prévoir, prévoir pour prévenir‹, heißt es schon bei Comte. Biologische Prozesse, menschliches Verhalten und erst recht soziale Phänomene lassen sich jedoch in den meisten Fällen nicht auf eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge reduzieren, und selbst wenn Kausalerklärungen Plausibilität beanspruchen können, gilt das nur a posteriori. In Bezug auf die Zukunft sind dagegen nur Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich.« (Bröckling 2008:42)

Der Wille zum Wissen ist ein herausragend wichtiger Aspekt der Alzheimerforschung, in verschiedener Hinsicht. Unter anderem deshalb, weil das *Generieren von Wissen* hier nicht nur eine zwar wichtige, aber hintergründige Funktion einnimmt, sondern auch ein explizites Zugpferd des öffentlichen Diskurses und seiner Inhalte darstellt. Der immanente Wissenschaftskontext ist nicht in allen medizinischen Präventionsdebatten so prominent vertreten. Zudem ist die vermeintlich basalste Ausgangsposition noch nicht einmal erreicht: das Wissen um die Ätiologie. Natürlich ist, wie im Theoriekapitel beschrieben (vgl. 1.2.1), bei Zukunftsvoraussagen stets nur von Wahrscheinlichkeit und nicht von Sicherheit zu sprechen. So mag auch die Hypothese einer Ätiologie oder bestimmter Mechanismen bereits den Anforderungen von präventivem Eingreifen entsprechen. Man könnte argumentieren: Wenn eine Voraussage sowieso nur wahrscheinlich richtig ist, warum sollte dann eine nur wahrscheinliche Ätiologie, die die Wahrscheinlichkeit der Voraussage nur quantitativ etwas einschränkt, nicht als Ausgangspunkt herangezogen werden, um wenigstens eine geringe Chance auf Vorbeugung zu haben. Warum sollten die technologischen, wissenschaftlichen, bürokratischen

und ökonomischen *Verbindlichkeiten* die interviewten Wissenschaftler also nicht dazu bringen, Indizien grundsätzlich den diskursiven Status von Beweisen zu übertragen (siehe Kapitel 3.1.1)? Außerdem stabilisieren nach Popitz (1968) »[n]icht nur die verhängten Sanktionen, sondern auch die nicht entdeckten und folglich auch nicht geahndeten Normverletzungen [...] die Rechtsordnung, weil sie diese von der Überforderung durch einen lückenlosen Sanktionszwang entlasten, ohne den Geltungsanspruch der Normen preiszugeben.« (Bröckling 2008:43)

Es mag problematisch anmuten, Verbrechensprävention auf die Verhinderung der Alzheimer-Krankheit zu übertragen. Doch gerade hier scheint die Dunkelziffer, sowohl der nicht Diagnostizierten als auch und *vor allem der früh Diagnostizierten, die angesichts der vagen Pathologie-Symptom-Assoziationen nur vermeintlich erkranken würden*⁶, eine wichtige Rolle zu spielen. Denn vor allem der Geltungsanspruch der neurologischen Alzheimer-Forschung, der durch das Zulassen der »Lücke« des Nichtwissens geschützt wird, legitimiert überhaupt erst Prävention in der Form, in die sie sich als Früherkennung und Vorsorgebehandlung gegenwärtig transformiert. Schließlich bewegt sich die sekundäre Alzheimer-Prävention außerhalb oder zumindest nur am Rande von Bröcklings Beobachtung: »ohne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention« (ebd.:42). Es soll hier Prognostik und Prävention geben, gerade *weil* es keine klare Ätiologie gibt. *Gerade weil das Wissen lückenhaft ist, soll eine lückenlose Kontrolle der Daten und Informationen stattfinden.*

Zu Punkt sechs: Normen und Normalwerte werden im Fall des Frühdiagnostik-Projekts nicht nur angepasst. »[E]ine diffuse, räumlich wie zeitlich weit verstreute Menge von Menschen in eine Population zu verwandeln« (Bröckling 2008:44), um »Normbrüche, Pathologien und Abweichungen« (ebd.:43) zu bestimmen, ist kaum noch nötig, weil das »Kontrollmaterial« eine Verschmelzung von Individuum, Bevölkerung *und* Krankheit voraussetzt. Außerdem werden soziale Normbrüche (deviantes Verhalten) von der neuromolekularen Pathologie getrennt und nur Letztere als eigentlicher Richtwert betrachtet. Die soziale »Denormalisierungsangst« (ebd.:44) der modernen Menschen wird im Falle der Alzheimer-Demenz auf die Zukunft projiziert und zu großen Teilen eingenommen von technischen Werten, welche einen »selbstverantworteten« sozialen Umgang mit Norm-Abweichung größtenteils ablösen.

Zu Punkt sieben: Die lebensstilbasierte Eigenverantwortung des Subjekts und seine gleichzeitige Unterwerfung unter einen »Komplex von [...] Risikofaktoren« (Castel 1983:51) scheinen hier kaum noch eines Wechselspiels zu bedürfen. Das »Ideal der Mathematisierbarkeit« (Bröckling 2008:44) thront über den lebensweltlichen Wechselfällen der phänomenologischen Gegenwart und entmachtet das Individuum räumlich und zeitlich durch rein technik-bezogene Vorhersagen. Die kybernetische Totalisierung durch Prävention lässt der Individualisierung durch

6 Sogenannte falsch-positiv-Diagnosen

Prävention nur Platz im Sinne einer biologistischen Risikoperson, die sich aus der Personalisierung nicht individualisierbarer Daten ergibt (vgl. Kapitel 3.3.3.4, »Session A«).

Zu Punkt acht: Diesen Aspekt habe ich bereits in meinem Kommentar zu Punkt eins tangiert. So fortschrittlich die Technologien des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts auch sind, seine gesellschaftliche Rolle ist konservativ: »[D]as Wissen, die Werturteile und damit die Machtkonstellationen der Gegenwart« (ebd.:45) werden hier fest eingeschrieben und reproduziert. Z.B.: Altern sei zu verhindern. Demenz sei eine Krankheit. Demenz sei zu bekämpfen. Demenz entspreche größtenteils der Alzheimer-Krankheit. Die Alzheimer-Krankheit sei rein biologisch zu fassen. Demenz sei im Gehirn zu verorten. Demenz sei auf das Gehirn zu reduzieren. Demenz sei verhinderbar. Demenz sei behandelbar. Und so weiter.

Zu Punkt neun: Bröckling meint, Prävention werde als »billiger« eingeschätzt als Therapie oder Sanktion. Kosten-Nutzen-Kalküle scheinen mir im Kontext des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts vor allem insofern wichtig, als sie das »unternehmerische Selbst« entlasten und von einem Teil seiner individuellen Bürde freisprechen. Gerade in dieser Hinsicht ist die Rolle des Individuums von großer Bedeutung für frühdiagnostische Verfahren: Es kommt nicht mehr vor. Oder doch?

»Prävention wird wichtiger denn je, aber sie wird zunehmend zur Sache der Individuen, die gehalten sind, sich selbst ökonomisch zu regieren. [...] Aktuelle Präventionsdiskurse ersetzen die traditionellen Mechanismen des Überwachens und Strafens deshalb durch ein Regime des Monitoring und freiwilliger Selbstkontrolle.« (Bröckling 2008:45f.)

Bröckling sieht genau das Gegenteil. Das Individuum ist wie nie zuvor zum Selbstregime verpflichtet. Doch vielleicht ist es auch so: Die Sorge um sich wird zu einer Kontrolle des Selbst, indem der eigene Lebensstil potenziell jederzeit abgeglichen werden könnte durch ein Screening, ohne auf den Tag der potenziellen Erkrankung »warten« zu müssen – so könnte der Lebensstil im Zweifel korrigiert werden durch eine Technikanwendung. Diese Technikanwendung aus z.B. Kostengründen zu vermeiden, könnte allerdings ein Ziel sein, das den Lebensstil des unternehmerischen Selbst in einem meritokratischen Kreislauf hält.

4.5.3 Zwei abschließende Punkte

Abschließend will ich noch zwei allgemeine Punkte zum Präventions-Begriff ansprechen:

Erstens: Lebensstil-Prävention durch das Subjekt wird heute zwar meist auf »naturwissenschaftlich fundierten« Erkenntnissen durchgeführt, ist aber vor allem von kollektiven Glaubenssätzen abhängig und wird in seiner Evidenz und vor allem Nützlichkeit kaum hinterfragt. Hier verquicken sich Vobrubas (1983) Gegen-

überstellung von institutioneller und personeller Prävention mit der von Berger und Luckmann (2018) konstatierten inhaltsunabhängigen Stabilität von Stützkonzeptionen wie der Medizin. Dem damit gleichzeitig in seiner Subjektivität aufgewerteten Individuum wird die Möglichkeit gegeben, seine Lebenschancen zu verbessern, indem es den institutionellen Präventionsvorgaben entspricht. Gleichzeitig wird eine (selbst-)reflexive Prävention institutionell verhindert, da die Institutionen den Problematisierungsfokus und damit auch den Rahmen für Inhalte und Durchführungen der Maßnahmen bestimmen. Aus diesem Grund scheint es plausibel, dass der Schritt fort von der individuellen Lebensstilprävention durch das Individuum hin (bzw. zurück) zur institutionellen Vorsorgebehandlung bzw. medizinischen Sekundärprävention durch Biotechnologie von den Diskursteilnehmern nicht unbedingt als ein qualitativer Schritt betrachtet wird.

Zweitens will ich folgendes Zitat kommentieren:

»Der Unbestimmtheit des Begriffs – das einzige, was die heterogenen Formen präventiven Handelns verbindet, ist ihre zeitliche Struktur: das Zuvorkommen – entsprechen die praktischen Ambivalenzen vorbeugender Interventionen. Im Zeichen von Prävention geschieht Humanstes wie Inhumanstes. Vorbeugung rettet, verlängert und verbessert Leben, sie mindert Leid und Unsicherheit. Vorbeugung kann aber auch gewalttätig, ja mörderisch sein. Sie legitimiert die Todesstrafe ebenso wie die Errichtung von Gefängnissen, Zwangssterilisierungsprogramme ebenso wie die Abtreibung behinderter Föten.« (Bröckling 2008:39)

Bröcklings Gegenüberstellung mag auf die westliche Welt bezogen und idealtypisch sein; und dennoch ist bemerkenswert, dass er die für ihn mit dem Inhumanen verbundene Todesstrafe dem Humanen in Form von Lebensverlängerung und Sicherheit gegenüberstellt. Ich will seine Aussage, die durchaus einer Wertung nahekommt, nicht wiederum bewerten, sondern darauf hinweisen, dass Bröckling in seinem plausiblen Essay nicht umhinkommt, Stellung zu beziehen, um das »Zuvorkommen« durch Prävention adäquat zu beschreiben. Prävention impliziert Selektion. Diese Selektion wird durch das Ersetzen von »personeller Prävention« (vgl. Vobruba 1983) durch Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung der mit Alzheimer assoziierten Proteinablagerungen im Gehirn biographisch weiter nach »vorne« verlegt. Das heißt, der Scheidepunkt der Selektion entkoppelt sich von der Erfahrung des Individuums, wird technifiziert und an einer dezidiert institutionalisierten Stelle, jenseits von lebensweltlicher Nachvollziehbarkeit verortet. Mit dem Aufkommen des asymptotischen Menschen werden sich Pole annähern, die bei Bröcklings Darstellung praktischer Ambivalenzen ganz selbstverständlich auf zwei verschiedenen Seiten einer ethischen Einschätzung stehen würden: Wann wird was wo durch wen bezüglich unseres Umgangs mit Demenz als human oder inhuman begriffen? Ist das bioinformatisch geleitete Alzheimer-Frühdiagnostik-Projekt ein Schritt in Richtung Rettung, Verlängerung oder Verbesserung des Le-

bens? Vermindert dies Leid oder Unsicherheit (vgl. Bröckling 2008:39)? Und wenn ja, inwieweit oder wie lange gelten diese Optimierungen oder »Enhancements« dann als gut oder schlecht?

4.6 Zur Enteignung des Narrativen durch das große Narrativ

Die European Working Group of People With Dementia (EWGPWD), die auf den Konferenzen in Barcelona und Den Haag vertreten war, ist die Greta Thunberg der »Demenz-Krise«. Ihr Einsatz scheint respektabel und wichtig. Doch wichtig für wen? Sie bringt einen Hauch von Drama auf die wissenschaftliche Bühne, gibt den »wirklich« Betroffenen ein Gesicht und befindet sich im Dilemma zwischen öffentlicher Aufmerksamkeit und der damit verbundenen Entsublimierung der bestehenden Rahmenbedingungen. Repräsentieren diese *ganzen Menschen aus Fleisch und Blut* der EWGPWD andere Menschen, eine Gemeinschaft, eine Organisation, ein (wissenschaftliches) Feld oder vielmehr eine übergeordnete »Science Reality«? In jedem Fall scheinen sie die Reduzierung ihres Selbst auf das Organ Gehirn und auf einen Teil eines meist quantitativ berechenbaren sozialen Systems zu befördern. Die kybernetische Gestaltung einer Versorgungskarriere zwischen medizinischer Prognose, fürsorglicher Klassifikation und inklusivem gesellschaftlichem und technologischem Umgang (siehe z.B. »ichó« in 3.3.1) entzieht ihnen weitgehend die Möglichkeit ihrer *eigenen individuellen* Erzählung und Erfahrung. Das von ihnen personalisierte *große Narrativ* ersetzt hier die Möglichkeit von Alternativen und befriedigt das Bedürfnis nach Sinn. Grammatische und strukturelle Vorgaben an die Erzähler in unserer Gesellschaft werden durch die vorsitzenden Repräsentanten der EWGPWD erfüllt; schon allein, weil sie als Allegorie der großen Erzählung nach Alois Alzheimer fungieren, weil sie unseren Vorgaben eines Plots und unserem Bedürfnis nach einer zentralen Heldenfigur (oder wenigstens Antiheldenfigur) Rechnung tragen (vgl. Baldwin 2006).

»I saw the darkness, now I see the stars. Research has changed my life!«

Wie steht es um die, die eine Erzählung anders fassen oder denen von vorneherein eine Nicht-Erzählung nachgesagt wird (vgl. Kapitel 1.3.1)?

Die EWGPWD gibt vor, die in Europa lebenden Menschen mit Demenz im Kontext der Wissenschaften und institutionellen Entscheidungen zu repräsentieren. Entsprechend dieser Kontexte übernimmt die Working Group in ihrer Arbeit auch die »biomedizinischen Dialekte« des Alzheimer-Diskurses. Ihre Sprache ist von technologischen Bildern geprägt und technologische Bilder sind ihre Sprache. Infolgedessen erscheinen auch die durch die EWGPWD zu repräsentierenden Menschen mit Demenz als einzelne Personen »teilbar«, weil sie selbst ihr »Inneres« (biologisches Funktionieren) und das ihnen »Äußere« (soziales Funktionieren) re-

präsentieren. Da auch sie als *dividuelle* Subjekte die Individuen abgelöst haben, ist eine Erzählung nur noch möglich, wenn sie sich auf die große Erzählung bezieht. Ein einzelnes Narrativ entfaltet seinen Sinn nur in einer systemischen »valuable connection«. Dieses Motto der Alzheimer-Konferenz 2019 in Den Haag weist weit über die Verbindung von neurowissenschaftlichen Hypothesen, über die Verbindung von Hirnzellen und über die alltagsweltliche soziale Verbindung zwischen Menschen hinaus. Wertvolle, nützliche, kostbare oder hochwertige Verbindungen sind dann vorhanden, wenn sie als solche anerkannt werden. Doch wer entscheidet hierüber? Wer entscheidet darüber, ob ein narrativer Strang tatsächlich vorhanden ist? Oder darüber, ob ein narrativer Strang nützlich sein muss?

Greta Thunberg repräsentiert ihrer Erscheinung zufolge die kommenden Generationen, die in unsere Welt geboren werden, in ihr zu leben und zu sterben haben. Doch vielmehr repräsentiert sie das, worauf ihre Argumentation beruht: den naturwissenschaftlichen Beweis des Klimawandels. Sie repräsentiert die Selbstverständlichkeit von Mess- und Berechenbarkeit der Welt, die gerade den Grundstein legte für eine grenzenlose Missachtung von Menschen, Tieren, Pflanzen und allem, was krecht und fleucht. Wenn sie mit Windkraft den Atlantik überquert, um zu einem »Klimagipfel« zu gelangen, versinnbildlicht dies ein Dilemma zwischen dem Gefühl der Verpflichtung, sich einzumischen, und dem Befördern der Strukturen, gegen die sie zu kämpfen vorgibt. »Sie alle steigern die Eskalation, die abzuschaffen sie beabsichtigen.« (Illich 1975:29)

Einen ähnlichen Zwiespalt symbolisiert folgendes Zitat eines EWGPD-Mitglieds:

»We need more than medication; we need political inclusion and right support. My brain is not me. Even a new therapy must be accompanied by the social environments.«

Die Mitglieder der EWGPD handeln nach bestem Wissen und Gewissen. Dabei argumentieren sie ausschließlich innerhalb des großen Narrativs und innerhalb des Wechselspiels von Neurowissenschaften und Care-Wissenschaften, um nicht als rückständig angesehen oder ausgeschlossen zu werden; und um überhaupt erst aufgenommen werden zu können. Inmitten ihrer »Biosozialität«, ihrer »selbst mitbestimmten« biologischen Heimat und Identität (vgl. Rose 2014:455), bewegen sie sich sicher, in einer Sub-Gesellschaft, die sich »Alzheimer« nennt. Die mächtigen Patientenvereinigungen, deren Konferenzen ich besucht habe, sind die neuen Gesellschaften, die symbolisch dafür stehen, dass die »Volks-gesundheit« ersetzt wird durch den Ethos des Biologischen (vgl. ebd.), welcher schließlich im krisenhaften Leben *teilbarer Individuen* und in einem »echten Bedürfnis nach kollektiven Panikzuständen« (Agamben 2020) mündet und gleichzeitig aus diesen emporsteigt.

4.7 Zur Alzheimer-Krankheit in unserer Gesellschaft der Gegenwart

Nachdem die modernen Gesellschaften den »*natürlichen Tod*« zu einem Grundpfeiler des sozialen Fortschritts erklärt haben, erheben sie nicht mehr nur den Anspruch, dass ihre Mitglieder möglichst »ohne definierbare spezifische Ursache« (Illich 2007:141), aber unter medizinischer Betreuung sterben (vgl. Kapitel 1.1.2.2). Entsprechend unserer spätmodern-präventionistischen »Anthropologie im Gerundivum« (Bröckling 2008:42) *möchte man heute medizinisch betreut leben und sterben und dabei alle potenziellen und potenziell definierbaren Krankheits- und Todesursachen jederzeit ausschließen können.*

Wir leben in einer Gesellschaft der Kontrolle, in welcher die kleinsten Ritzen des Sozialen von biomedizinischen Auseinandersetzungen und Wissensflüssen ausgefüllt werden. Auch in den »alternativsten« Diskussionen bewegt man sich innerhalb einer biologiebezogenen technologisch-wissenschaftlichen Hemisphäre. Wir haben kaum noch Gelegenheit, auszubrechen aus dieser hegemonialen Helden-Erzählung, die der materialistischen Verbesserung, dem quantitativen Möglichmachen, der Verortung und Verfeinerung sowie einer hyperrationalistischen Plausibilität huldigt.

Nikolas Rose (2014) sieht in der Biopolitik der Gegenwart drei spezifische Politiken: Die neuen Strukturen der Kontrolle unterstellten die Unterscheidung zwischen dem, was normal, und dem, was pathologisch ist, einem Risikodenken. Eine solche *Risikopolitik* findet sich in den neuen Alzheimer-Projekten eindeutig wieder. Was ist die spätmoderne neuromolekulare Alzheimer-Krankheit und ihr »klinisches Kontinuum« mehr als – wenn überhaupt – ein Risiko, auf das nicht nur potenziell symptomatische Patienten, sondern am besten alle potenziell *asymptomatischen* Patienten, *alle* Menschen im Laufe ihres Lebens immer wieder getestet werden sollten? Außerdem sei die heutige Biopolitik Rose zufolge eine *Molekularpolitik*, in der die Lebenswissenschaften von einem neuen Wahrheitsregime gelenkt werden. Das heißt, Biologie und Biomedizin, aber auch »weiche« Wissenschaften wie Sozial- und Pflegewissenschaften, verstehen – wie Haraway es formuliert – Körper als »beinahe-identisch« (vgl. Haraway 2014:146) mit Technik und Sprache. Das Leben werde mithilfe eines eher semiotischen, linguistischen, nicht-mechanistischen Vokabulars, wie z.B. »Botschaften, Information, Programme, Codes, Anweisungen, Entschlüsselung« (Canguilhem 1994; zit.n. Rose 2014:446f.), erfasst. Auch hier ist eine Alzheimer-Krankheit wiederzuerkennen, die sich komplett über das Gehirn und den »neuromolekularen Blick« (Abi-Rached et al. 2010) definiert und deren neueste Bewegungen sich aus Imaging-Technologien, der datenbasierten Verschmelzung von Patient und Krankheit und den entsprechenden Big Data- und Open Source-Clouds speisen. Der dritte Punkt nach Rose: *Ethopolitik*. Auch wenn, wie ich in Kapitel 4.5 angedeutet habe, lebensstilbasierte Prävention bis zu einem gewissen Grad von den neuen Alzheimer-Kontroll-Technologien abge-

löst wird, so sind neurowissenschaftliche »Empfehlungen« heute einerseits von einer ethisch-juridischen Natur und eminent wichtig für die dressurbezogenen Technologien des Selbst, welche uns sagen, *wie wir unser Leben zu leben haben*. Andererseits reproduzieren und propagieren Patientenorganisationen oder andere Bindeglied-Gruppen wie die EWGPWD die Vormachtstellung des Alzheimer-Wissens und dessen ethisches Recht, aktiv und mit physischen Mitteln in das Leben und die Seelen der Bevölkerung einzugreifen und diese zu re-konstituieren, um jederzeit einen kontrollierenden technologischen Abgleich von »Gesundheitszustand« und »Lebensstil« machen zu können.

Die von mir beschriebenen Bewegungen des Frühdiagnostik-Projekts hin zu regelmäßigen Alzheimer-Screenings sind eindeutig auszumachen. Die Screenings werden in der Praxis noch nicht flächendeckend durchgeführt, weil die technologische Infrastruktur und ökonomische Legitimation noch nicht vorhanden sind. Doch es wird in Aussicht gestellt und bald etabliert sein.⁷ Gerade die Kombination des in Aussicht Stellens und der (noch) mangelhaften Diagnose-Technologien bemächtigt neue Wissenschaftszweige wie die Bioinformatik mehr und mehr, die alten Wissenschaften und mit ihnen die Lebenswelt der Menschen zu kolonisieren. Denn solchen neuartigen Wissenschaften der Steuerung, Teilung und Zählung wird zugetraut, Aporien, die sich aus der Qualität einer Sache ergeben, über quantitative Wege zu überwinden.

»Es bedarf keiner Prophetie, um zu erkennen, daß die sich einrichtenden Wissenschaften alsbald von der neuen Grundwissenschaft bestimmt und gesteuert werden, die Kybernetik heißt. Diese Wissenschaft entspricht der Bestimmung des Menschen als des handelnd-gesellschaftlichen Wesens. Denn sie ist die Theorie der Steuerung des Planens und Einrichtens menschlicher Arbeit.« (Heidegger 1966; zit.n. Tiquun 2007:30)

Selbst wenn manche in dieser Arbeit angeführten Hypothesen polemisch anmuten mögen: Unsere soziale und kulturelle Realität, die schon heute in weiten Teilen auf biomedizinischen Paradigmen fußt, wird sich weiter in eine Richtung der ständig und in immer kleineren Intervallen aktualisierten technologischen Dialektiken bewegen, welche von den meisten Menschen des 20. Jahrhunderts in höchstem Maße als entwirklicht und entleiblicht wahrgenommen worden wären. Gleichzeitig wird die Körperlichkeit des Menschen in ihrer neuen Qualität der datenbezogenen Teilbarkeit und Vorhersagbarkeit an Wichtigkeit gewinnen. Natürlich werden in diesem Zuge bereits auf unmittelbarer gesellschaftlicher Ebene problematische Veränderungen eintreten: Die technologischen Lösungsansätze – wie sie z.B. die Alzheimer-Forschung verspricht – werden neue kybernetische Herausforderungen der Planung und Steuerung heraufbeschwören, denen aller Voraussicht

7 Siehe hierzu auch: Bundesärztekammer 2018.

nach mit weiteren Technologie-*Verbindlichkeiten* begegnet werden wird. Wir können die Beschaffenheit solcher Auseinandersetzungen anhand einiger wissenschaftlicher Großprojekte erahnen, die ich in Kapitel 3.3 skizziert habe. Die kommenden Grundfragen werden sich entsprechend auf einer Ebene bewegen, für die eine gewisse Art des Nachdenkens über die Welt, wie sie heute in den letzten Zügen zu liegen scheint, nicht mehr zugänglich sein wird. Denn die Strukturen unserer Werkzeuge sind längst zu unseren Strukturen geworden (vgl. Illich 1975:51). Und vermutlich ist der Begriff der Struktur hier bereits überholt: Die Sprache, der Sinn und das Leben der Werkzeuge ist zu unserer Sprache, zu unserem Sinn und zu unserem Leben geworden. Canguilhem zufolge können auch Krankheiten als Werkzeuge dienen. Doch wird die *Alzheimer-Krankheit* der Zukunft noch zu den »Werkzeuge[n] des Lebens [gehören], durch die sich der Lebende, wenn es ein Mensch ist, gezwungen sieht, seine Sterblichkeit einzugestehen« (Canguilhem 2013a:42)?

Die Neuro- und Care-Wissenschaften scheinen den *asymptomatischen* Demenz-Patienten, also den Alzheimer-Kranken *ohne* Symptome, für ihre Systematisierung zu bevorzugen. So scheint sich abzuzeichnen: Demenz als akute Devianz, als sozial abweichendes Verhalten, und erst recht die *nicht diagnostizierten Fälle dieses abweichenden Verhaltens*, müssen heute als ein *finaler Akt der Selbstbestimmung* gesehen werden.

Das von Foucault beschriebene »leben machen« findet sich in all den hier beschriebenen Phänomenen wieder. Der regulierte Gattungskörper als Katalysator der Macht ist omnipräsent in unserer Gesellschaft. Über kulturelle Dialekte, wie sie im Alzheimer-Diskurs zu finden sind, und die Überwindung der naturwissenschaftlichen Nicht-Verbindung zwischen Klinik und Pathologie durch Big Data-basierte Frühdiagnostiken kehrt jedoch vermehrt ein »sterben machen« zurück, welches ganz anders geartet ist als das des patriarchalen Souveräns. Das »sterben machen« der »Informatik der Herrschaft« (Haraway 2014:150) definiert sich erst über das allgegenwärtige »leben machen«, erweitert dies jedoch um einen dauerhaften und vagen Ausnahmezustand der Entkörperlichung bzw. einer Teilung des Individuums, die ein soziale Entmachtung zufolge hat, die tiefer liegt als das, was bereits in den Arbeiten zu prä- und postdiagnostischen Kontexten beleuchtet wurde (vgl. Low et al. 2018; Vugt et al. 2013; Bauer et al. 1995). Die Kontrolle und Teileliminierung der *dividuellen* Subjekte im Zuge einer bioinformatischen Selektion impliziert einen Menschen, der sich im Namen einer Biosozialität aus der schöpferischen Dunkelheit seiner biographischen Wechselfälle in eine andere, positivistische Dunkelheit begibt, in der er allerhöchstens eine Entscheidung treffen, kaum aber noch über seine eigene Existenz bestimmen kann. Ob *beide* Dunkelheiten als Chance begriffen werden können?

Nur wenn wir akzeptieren, dass wir in bestimmten Räumen nichts und fast gar nichts erkennen können, können wir uns neu orientieren, um den Versuch zu verstehen zu unternehmen und die Dunkelheit neu zu definieren: als den Ausgangspunkt für ein Handeln jenseits

der Umarmung durch Computer und ihre Bilder, die uns nur unsere eigenen Unzulänglichkeiten vorführen.

Bezüglich Bergers und Luckmanns Begriff der »exzentrischen Positionalität« (Berger et al. 2018:49ff.) scheint in der informatischen Erfassung von Demenz eine anteilige Verschiebung stattzufinden: Vor allem *hat* der Mensch noch seinen Körper (als Werkzeug). Immer weniger *ist* der Mensch sein Körper. Aus transhumanistischer Sicht scheint dies eine positive Entwicklung zu sein. Allerdings bringt sie auch mit sich, dass der Körper selbst kaum noch Werkzeug sein kann, ohne auf die Anwendung weiterer, technischer Werkzeuge angewiesen zu sein. Eine diesbezügliche Spirale hat sich in unserer postindustriellen Welt längst etabliert und mag sogar seit Urzeiten gelten. Doch wird der Mensch bald kaum noch Körper haben und Körper sein, sondern nur noch einen Körper besitzen und steuern (lassen)? Während des Menschen Instinkt beschränkt bleibt, scheint seine anthropologische Anpassungsfähigkeit ebenfalls zu sinken. Der Mensch »entwickelt sich zurück«: nicht zu einem Tier, sondern zu einem armen Tier.

In *Homo Sacer* verweist Giorgio Agamben auf ein Dokument, welches ihm zufolge »gemeinhin der modernen Demokratie zugrunde [ge]legt« werde. Folgender Kommentar könnte abschließend noch einmal anregen, über Demenzpolitik und ihre nationalen Strategien nachzudenken:

»Nicht der freie Mensch mit seinen Eigenschaften und seinen Statuten, und nicht einmal schlicht *homo*, sondern *corpus* ist das neue Subjekt der Politik, und die Geburt der modernen Demokratie ist genau diese Einforderung und Ausstellung dieses »Körpers«: *habeas corpus ad subjiciendum*, du musst einen Körper vorzuzeigen haben. [...] gewiß ist, daß auf diese Weise die im Entstehen begriffene europäische Demokratie nicht *bios*, das qualifizierte Leben des Bürgers, ins Zentrum ihres Kampfes [...] stellt, sondern *zoe*, das nackte Leben in seiner Namenlosigkeit, das als solches in den souveränen Bann genommen wird [...]. Das ist die Stärke und zugleich der innerste Widerspruch der modernen Demokratie: Sie schafft das heilige Leben nicht ab, sondern zersplittert es in jedem einzelnen Körper, um es zum Einsatz in den politischen Konflikten zu machen.« (Agamben 2014:196f.)

Sollen Programme und Projekte wie AETIONOMY (vgl. 3.3.3.5) den spätmodernen Gesellschaften helfen, der Demenz habhaft zu werden, indem sie die ambivalente Zersplitterung des »heiligen, nackten Lebens« fortsetzen oder vervollkommen? Kann die Früherkennung einer Protein-Ablagerung im Gehirn lebensweltliche und gesellschaftliche »Ausnahmestände« erzeugen, die die post-disziplinaren Mächte im Einzelfall dazu legitimieren, »politisches Leben« sowie »Wert« und »Unwert« eines Menschen bzw. eines Körpers zu definieren?

Unabhängig davon, um welche biomedizinische Entgrenzung es bei der Alzheimer-Krankheit der Gegenwart und Zukunft gehen mag: ob um neu geschaffene Ausnahmestände innerhalb der Krise der Institutionen, um die

Verschiebung der Grenzen von Ausnahmezuständen in Bereiche der Macht zum Leben oder um ein Phänomen jenseits aller Ausnahmezustände: Das Verschmelzen des Subjekts mit dem informatischen Regime unserer kontrollgesellschaftlichen Gegenwart stellt einen Übergang dar zu einer neuen Welt des Sozialen, in der sich die wissenschaftlich-technologische Machbarkeit weitgehend abgelöst hat von der einstigen Sinnhaftigkeit von Krankheit, Leib und Leben. Unsere Kultur, die so stark vom medizinischen Denken bestimmt wird, ist davon insgesamt betroffen. Und nicht nur der *philosophische* Status des Menschen (vgl. Foucault 1973:209), auch das *vergesellschaftete Individuum* selbst steht hier auf dem Spiel. Die menschliche Gemeinschaft und mit ihr der Status des einzelnen Menschen, dessen *biologische Verfasstheit ein Grund für Gesellschaft* ist und dessen Hang und Fähigkeit zu leben sich nicht zuletzt über seine *grundlegende Verletzlichkeit* konstituiert, ist heute in einem tiefgreifenden Wandel begriffen.

Literaturverzeichnis

- A4 (2014). The A4 Study. Now is the time. Webseite. <https://a4study.org> (letzter Aufruf: 06.02.2019).
- Abi-Rached, Joelle M.; Rose, Nikolas (2010): The birth of the neuromolecular gaze. In: *History of the human sciences* 23 (1), S. 11-36. DOI: 10.1177/0952695109352407.
- ADI (Alzheimer's Disease International) (2015): World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: ADI.
- AETIONOMY (2019). Webseite. <https://www.aetionomy.eu> (letzter Aufruf: 12.11.2019).
- Agamben, Giorgio (2014; Erstersch. 2002): *Homo Sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben*. In: Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hg.) (2014): *Biopolitik. Ein Reader*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 191-227.
- Agamben, Giorgio (2020): *L'invenzione di un'epidemia*. Kommentar vom 26.02.2020. In: Quodlibet. Webseite. <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia?fbclid=IwAR07dEyKzMoyfL2sK-qraeqXTqnvFH4vW97wwGmXPvMVOrXzYAEGJ7zy1NY> (letzter Aufruf: 27.02.2020).
- Alzheimer, Alois (1907): Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*. Berlin. 64: S. 146-148.
- Alzheimer, Alois (1911): Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. In: *Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie* 1911, 4, S. 356-385.
- Ankersmit, Frank R. (2012; Erstersch. 1993): *Die historische Erfahrung*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Armstrong, Richard (2019): Risk factors for Alzheimer's disease. In: *Folia neuropathologica* 57 (2), S. 87-105. DOI: 10.5114/fn.2019.85929.
- Arney, William Ray; Bergen, Bernard J. (1984): *Medicine and the Management of Living. Taming the Last Great Beast*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Baldwin, Clive (2006): The Narrative Dispossession of People Living with Dementia: Thinking About the Theory and Method of Narrative. In: *Narrative, Memory &*

- Knowledge: Representations, Aesthetics, Contexts. Huddersfield: University of Huddersfield.
- Barrens, Werner (2014): Aktivismus gegen die Angst. In: Zeit-Online Wissen (21.09.2014). Webseite. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/alzheimer-a-ktivismus-gegen-die-angst-1.2136738> (letzter Aufruf: 28.11.2018).
- Barthes, Roland (1977): *Image Music Text*. London: Fontana Press.
- Bauer, J.; Stadtmüller, G.; Qualmann, J.; Bauer, H. (1995): Prämorbid psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten und bei Patienten mit vaskulären Demenzerkrankungen. In: *Z. Gerontol. Geriat.* 28, S. 179-189.
- Bauer, Joachim (2019): Die Alzheimer-Krankheit als psychologisches Geschehen – Eine ganzheitliche Perspektive. In: Walach, Harald; Loef, Martin (Hg.): *Demenz – Prävention und Therapie. Ein Handbuch der komplementärmedizinischen und nichtmedikamentösen Verfahren*. Essen: KVC Verlag. S. 33-46.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (2018; Erstersch. 1966): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag GmbH.
- Berrios, G. E. (1990): Alzheimer's disease: A conceptual history. In: *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 5 (6), S. 355-365. DOI: 10.1002/gps.930050603.
- Berth, Hendrik; Dinkel, Andreas; Balck, Friedrich (2003): Chancen und Risiken genetischer Diagnostik. Ergebnisse einer Umfrage in der Allgemeinbevölkerung und bei Medizinstudierenden. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2003 (12), S. 177-85.
- Billioti de Gage, Sophie et al. (2014): Benzodiazepine Use and Risk of Alzheimer's Disease: Case-Control Study. In: *BMJ* 349, S. g5205.
- Billioti de Gage, Sophie; Bégaud, Bernard; Bazin, Fabienne; Verdoux, Hélène; Dartigues, Jean-François; Pérès, Karine et al. (2012): Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. In: *BMJ* 345, S. e6231. DOI: 10.1136/bmj.e6231.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bormuth, Matthias (2004): *Medizin im Nationalsozialismus. Einführung*. In: Wiesing, Urban (Hg.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH. S. 43-51.
- Bourdieu, Pierre (1988; Erstersch. 1984): *Homo academicus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Braak, Heiko; Braak, E. (1997): Frequency of Stages of Alzheimer-Related Lesions in Different Age Categories. In: *Neurobiology of Aging* 18 (4), S. 351-357.
- Braak, Heiko; Del Tredici, Kelly (Hg.) (2015): *Neuroanatomy and Pathology of Sporadic Alzheimer's Disease*. Cham: Springer International Publishing (215).
- Breibach, Olaf (2001): *Hirn und Bewußtsein – Überlegungen zu einer Geschichte der Neurowissenschaften*. In: Pauen, Michael; Roth, Gerhard (Hg.): *Neurowis-*

- senschaften und Philosophie. Eine Einführung. München: Wilhelm Fink Verlag. S. 11-58.
- Breitner, John C S; Haneuse, S. J. P. A.; Walker, R.; Dublin, S.; Crane, P. K.; Gray, S. L.; Larson, E. B. (2009): Risk of dementia and AD with prior exposure to NSAIDs in an elderly community-based cohort. In: *Neurology* 72, S. 1899-1905.
- Bröckling, Ulrich (2008): Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemoth* 1 (1). DOI: 10.1524/behe.2008.0005.
- Brookmeyer, Ron; Johnson, Elizabeth; Ziegler-Graham, Kathryn; Arrighi, H. Michael (2007): Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. In: *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association* 3 (3), S. 186-191. DOI: 10.1016/j.jalz.2007.04.381.
- Brooks, John O.; Hoblyn, Jennifer C. (2007): Neurocognitive costs and benefits of psychotropic medications in older adults. In: *J Geriatr Psychiatry Neurol* 20 (4), S. 199-214. DOI: 10.1177/0891988707308803.
- Bu, Xian-Le; Jiao, Shu-Sheng; Lian, Yan; Wang, Yan-Jiang (2016): Perspectives on the Tertiary Prevention Strategy for Alzheimer's Disease. In: *Current Alzheimer Research* 13, S. 307-316.
- Bundesärztekammer (2018): Stellungnahme zum Umgang mit prädiktiven Tests auf das Risiko für die Alzheimer Krankheit. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 09. 03. 2018, DOI: 10.3238/arztebl.2018.sn_alzheimer01.
- Burkhardt, Heinrich (2013a): Epidemiologische Aspekte. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hg.) (2013): *Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 8-16.
- Burkhardt, Heinrich (2013b): Pharmakotherapie und geriatrische Syndrome. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hg.): *Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 231-268.
- Burkhardt, Heinrich (2013c): Weitere Problemfelder der Gerontopharmakotherapie und pragmatische Empfehlungen. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hg.): *Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 269-290.
- Cahill, Suzanne (2019): WHO's global action plan on the public health response to dementia: some challenges and opportunities, *Aging & Mental Health*. In: *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607863.2018.1544213.
- Calico (2019). Webseite. <https://www.calicolabs.com> (letzter Aufruf: 02.12.2019).
- Canetti, Elias (1973; Erstersch. 1973): *Die Provinz des Menschen. Aufzeichnungen*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Canguilhem, Georges (1977; Erstersch. 1972, teilweise medizinische Dissertation von 1943): *Das Normale und das Pathologische*. Frankfurt a.M., Berlin, Wien: Ullstein.

- Canguilhem, Georges (2004): *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve Verlag.
- Canguilhem, Georges (2013): *Schriften zur Medizin*. Mit einem Nachwort versehen von Michael Hagner. Zürich: diaphanes Verlag.
- Canguilhem, Georges (2013a; Erstersch. 1989): *Krankheiten*. In: Canguilhem, Georges (2013): *Schriften zur Medizin*. Mit einem Nachwort versehen von Michael Hagner. Zürich: diaphanes Verlag. S. 29-42.
- Caplan, Gerald (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, London: Basic Books.
- Castel, Robert (1983): *Von der Gefährlichkeit zum Risiko*. In: Wambach, Manfred Max (Hg.): *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 51-74.
- Clarke, Adele E. (2010): *From the Rise of Medicine to Biomedicalization. U.S. Healthscapes and Iconography, circa 1890 – Present*. In: Clarke, Adele E.; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer Ruth; Fishman, Jennifer R.; Shim, Janet K. (Hg.): *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Durham, London: Duke University Press. S. 104-146.
- Clarke, Adele E.; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer Ruth; Fishman, Jennifer R.; Shim, Janet K. (Hg.) (2010): *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Durham, London: Duke University Press.
- Cook, Laura; Isaacs, Jeremy (2019): *A regional approach to reducing variation in memory services*. In: 29th Alzheimer Europe Conference. Making valuable connections. Den Haag, Netherlands. 23-25 October 2019. Abstract Book. S. 11f.
- Coupland, Carol; Dhiman, Paula; Morriss, Richard; Arthur, Antony; Barton, Garry; Hippisley-Cox, Julia (2011): *Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study*. In: *BMJ* 343, S. d4551. DOI: 10.1136/bmj.d4551.
- Dávila, Nicolás Gómez (2017; Erstersch. 2007): *Es genügt, dass die Schönheit unserer Überdruss streift... Aphorismen*. Ausgewählt und herausgegeben von Michael Klonovsky. Stuttgart: Reclam.
- Degele, Nina (1998): *Professionelle Alternativmedizin?* In: *Sociologica Internationalis*. Berlin: Duncker & Humboldt.
- Deleuze, Gilles (2017; Erstersch. 1990): *Postskriptum über die Kontrollgesellschaft*. In: Deleuze, Gilles (2017; Erstersch. 1990): *Unterhandlungen: 1972-1990*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S. 254-262.
- Deleuze, Gilles (2017a; Erstersch. 1990): *Unterhandlungen: 1972-1990*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deuschl, G.; Maier, W. et al. (2016): *S3-Leitlinie Demenzen*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Online verfügbar unter <https://dgn.org/leitlinien/leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016> (letzter Aufruf: 12.10.2020).

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2014/2018). Antworten auf häufige Fragen und Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin. Webseite. www.deutsche-alzheimer.de (letzter Aufruf: 25.02.2020).
- Dörner, Klaus (1981): Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Elias, Norbert (1997; Erstersch. 1939): Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Erster Band: Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Eschweiler, Gerhard; Leyhe, Thomas; Klöppel, Stefan; Hüll, Michael (2010): Neue Entwicklungen in der Demenzdiagnostik. In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(39): 677-83; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0677
- Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2015; Erstersch. 2013): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fangerau, Heiner; Martin, Michael (2011): Konzepte von Gesundheit und Krankheit: Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität. In: Viehöver, Willy; Wehling, Peter (Hg.): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: Transcript Verlag. S. 51-66.
- Ferri, Cleusa P.; Prince, Martin; Brayne, Carol; Brodaty, Henry; Fratiglioni, Laura; Ganguli, Mary et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. In: The Lancet 366 (9503), S. 2112-2117. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
- Feyerabend, Paul (1979; Erstersch. 1975): Wider den Methodenzwang. Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Fick, Donna M.; Agostini, Joseph V.; Inouye, Sharon K. (2002): Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. In: Journal of American Geriatrics Society 50, S. 1723-1732.
- Fick, Donna M.; Cooper, James W.; Wade, William E.; Waller, Jennifer L.; MacLean, Ross, Beers, Mark H. (2003): Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. In: Archives of internal medicine 163 (22), S. 2716-2724.
- Fischer, Wolfram (2003): Körper und Zwischenleiblichkeit als Quelle und Produkt von Sozialität. In: ZBBS Heft 1/2003, S. 9-31.
- Fleck, Ludwik (1983a; Erstersch. 1960): Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens. In: Schäfer, Lothar; Schnelle, Thomas (Hg.): Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 37-45.
- Fleck, Ludwik (1983b; Erstersch. 1960): Krise in der Wissenschaft. Zu einer freien und menschlicheren Naturwissenschaft. In: Schäfer, Lothar; Schnelle, Thomas

- (Hg.): Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 175-181.
- Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hg.) (2014): Biopolitik. Ein Reader. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Foucault, Michel (1973; Erstersch. 1963): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Carl Hanser Verlag.
- Foucault, Michel (1977; Erstersch. 1975): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (1988; Erstersch. 1969): Archäologie des Wissens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Foucault, Michel (2002; Erstersch. 1994): Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II: 1970-1975. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (2002a; Erstersch. 1975): Macht und Körper. In: Foucault, Michel: Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II: 1970-1975. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 932-941.
- Foucault, Michel (2002b; Erstersch. 1975): Die Anormalen. In: Foucault, Michel: Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II: 1970-1975. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 1024-1031.
- Foucault, Michel (2002c; Erstersch. 1970): Wahnsinn und Gesellschaft. In: Foucault, Michel: Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band II: 1970-1975. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 157-165.
- Foucault, Michel (2003; Erstersch. 1994): Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band III: 1976-1979. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (2003a; Erstersch. 1976): Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin (Vortrag). In: Foucault, Michel: Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band III: 1976-1979. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 54-76.
- Foucault, Michel (2013; Erstersch. 1961): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (2014; Erstersch. 1976): Sexualität und Wahrheit. Erster Band: Der Wille zum Wissen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (2014a; Erstersch. 1976): In Verteidigung der Gesellschaft (Vorlesung vom 17. März 1976). In: Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hg.): Biopolitik. Ein Reader. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 88-114.
- Fox, Patrick (1989): From Senility to Alzheimer's Disease: The Rise of the Alzheimer's Disease Movement. In: *The Milbank Quarterly* 67 (1).
- Fux, R.; Mörike, K.; Gleiter, C. H. (2008): Unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Antibiotika – eine differenzialdiagnostische Herausforderung. *Klinische Pharmakologie. Tübinger Fälle. Abteilung Klinische Pharmakologie, Institut für Pharmakologie und Toxikologie. Universitätsklinikum Tübingen*, 17.12.2008.
- Geertz, Clifford (2015; Erstersch. 1983): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1998; Erstersch. 1967): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Aus dem Amerikanischen von Axel T. Paul und Stefan Kaufmann. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Goodwin, James S.; Regan, Martha (1982): *Cognitive Dysfunction associated with Naproxen and Ibuprofen in the Elderly*. In: *Arthritis and Rheumatism* 25 (5), S. 1013-1015.
- Gronemeyer, Reimer (2013): *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*. München: Pattloch Verlag GmbH & Co. KG.
- Gronemeyer, Reimer (2014): *Alt werden ist das Schönste und Dümme was einem passieren kann*. Hamburg: Edition Körber.
- Gronemeyer, Reimer (2018): *Die Weisheit der Alten – Sieben Schätze für die Zukunft*. Freiburg: Herder.
- Gugutzer, Robert (2013; Erstersch. 2004): *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Han, Byung-Chul (2013): *Im Schwarm. Ansichten des Digitalen*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Haraway, Donna (2014; Erstersch. 1988): *Die Biopolitik postmoderner Körper. Konstitutionen des Selbst im Diskurs des Immunsystems*. In: Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hg.): *Biopolitik. Ein Reader*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 134-188.
- Harman, Guy; Clare, Linda (2006): *Illness representations and lived experience in early-stage dementia*. In: *Qualitative health research* 16 (4), S. 484-502. DOI: 10.1177/1049732306286851.
- Hasler, Felix (2013; Erstersch. 2012): *Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Henderson, Mark (2010): *End of the peer review show?* In: *BMJ Clinical Research* 340(7749):738-740. DOI: 10.2307/40701896.
- Hlavka, Jakub P., Soeren Mattke, and Jodi L. Liu (2018): *Assessing the Preparedness of the Health Care System Infrastructure in Six European Countries for an Alzheimer's Treatment*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2018.
- Hoff, Paul (1994): *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P. A. (2011): *PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen*. Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten, Germany. Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal, Germany. Online verfügbar unter http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf (letzter Aufruf: 12.10.2020).
- Hwang, Aljoscha Benjamin; Boes, Stefan; Nyffeler, Thomas; Schuepfer, Guido (2019): *Validity of screening instruments for the detection of dementia and*

- mild cognitive impairment in hospital inpatients: A systematic review of diagnostic accuracy studies. In: PloS one 14 (7), e0219569. DOI: 10.1371/journal.pone.0219569.
- ICD Code (2019). Webseite. www.icd-code.de (letzter Aufruf: 25.02.2020).
- Ichó (2017). Webseite. <https://icho-systems.de/funktionen> (letzter Aufruf: 30.01.2019).
- Illich, Ivan (1975; Erstersch. 1973): Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Illich, Ivan (1981): *Shadow Work*. London: Marion Boyars Publishers Ltd.
- Illich, Ivan (2007; Erstersch. 1975): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medialisierung des Lebens*. München: Verlag C.H. Beck.
- INTERDEM (2019). Webseite. <http://interdem.org> (letzter Aufruf: 29.01.2019).
- Jessen, Frank (2017): Medikation im höheren Lebensalter: Wichtig ist medizinische Sorgfalt. In: *Dtsch Arztebl* 2017; 114(24): A-1184/B-985/C-963.
- Jotterand, Fabrice (Hg.) (2008): *Emerging Conceptual, Ethical and Policy Issues in Bionanotechnology*. Dallas: Springer Science + Business Media B.V.
- Keller, Reiner (2011a): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Keller, Reiner (2011b): *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Khushf, George (2008): Stage Two Enhancements. In: Jotterand, Fabrice (Hg.): *Emerging Conceptual, Ethical and Policy Issues in Bionanotechnology*. Dallas: Springer Science + Business Media B.V. S. 203-218.
- Knorr-Cetina, Karin (2002): *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Kolle, Kurt (1957): *Kraepelin und Freud*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kraepelin, Emil (1910): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth. (Nachdruck: 2002, Bristol: Thoemmes Press)
- Kuhn-Thiel, A. M.; Weiß, C.; Wehling, M. (2012): Die FORTA-Liste. »Fit For The Aged«. Expert Consensus Validation. Mannheim/Heidelberg. Online verfügbar unter www.umm.uni-heidelberg.de/ag/forta/FORTA_liste_deutsch.pdf (letzter Aufruf 12.10.2020).
- Lai, Shih-Wei; Lin, Chih-Hsueh; Liao, Kuan-Fu; Su, Li-Ting; Sung, Fung-Chang; Lin, Cheng-Chieh (2012): Association between polypharmacy and dementia in older people: a population-based case-control study in Taiwan. In: *Geriatr Gerontol Int* 12 (3), S. 491-498. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00800.x.
- Langa, Kenneth M. (2015): Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? In: *Alzheimer's research & therapy* 7 (1), S. 34. DOI: 10.1186/s13195-015-0118-1.

- Langa, Kenneth M.; Larson, Eric B.; Crimmins, Eileen M.; Faul, Jessica D.; Levine, Deborah A.; Kabeto, Mohammed U.; Weir, David R. (2017): A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. In: *JAMA internal medicine* 177 (1), S. 51-58. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.6807.
- Langbein, Kurt; Martin, Hans-Peter; Weiss, Hans (2011): *Bittere Pillen. Nutzen und Risiken der Arzneimittel. Ein kritischer Ratgeber. Überarbeitete Neuausgabe 2011-2013.* Köln: Kiepenheuer & Witsch Verlag.
- Larson, Eric B.; Kukull, Walter A.; Buchner, David; Reifler, Burton V. (1987): Adverse Drug Reactions Associated with Global Cognitive Impairment in Elderly Persons. In: *Annals of Internal Medicine* 107, S. 169-173.
- Leif, T.; Speth, R. (2006): *Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lock, Margaret (2008): Verführt von ›Plaques‹ und ›Tangles‹: die Alzheimer-Krankheit und das zerebrale Subjekt. In: Niewöhner, Jörg; Kehl, Christoph; Beck, Stefan (Hg.): *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaften.* S. 55-80. 38
- Lorenzl, Stefan; Füsgen, Ingo; Noachtar, Soheyl (2012): Acute confusional States in the elderly—diagnosis and treatment. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (21), 391-9; quiz 400. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0391.
- Low, Lee-Fay; Swaffer, Kate; McGrath, Margaret; Brodaty, Henry (2018): Do people with early stage dementia experience Prescribed Disengagement®? A systematic review of qualitative studies. In: *International psychogeriatrics* 30 (6), S. 807-831. DOI: 10.1017/S1041610217001545.
- Lowenthal, D. T.; Nadeau, S. E. (1991): Drug-Induced Dementia. In: *Southern Medical Journal* 84 (1), S. 1S24-1S31.
- Martiny, Anke (2006): Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? Nur blauäugige glauben, es seien Parlament und Gesetzgebung. In: Leif, T.; Speth, R. (2006): *Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 221-235.
- Marx, Karl (1972): *Das Elend der Philosophie.* In: *Marx-Engels-Werke* (1972). Ost-Berlin: Dietz Verlag.
- Maurer, Konrad; Maurer, Ulrike (1999; Erstersch. 1998): *Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit.* München: Piper Verlag.
- MAXQDA (2015): *Software für qualitative Datenanalyse.* Berlin: Sozialforschung GmbH.
- McKinlay, John B.; Marceau, Lisa D. (2002): The end of the golden age of doctoring. In: *International journal of health services: planning, administration, evaluation* 32 (2), S. 379-416. DOI: 10.2190/JL1D-21BG-PK2N-JoKD.
- Molinuevo, José (2018): Will we be able to prevent Alzheimer's disease? In: 28th Alzheimer Europe Conference. Making dementia a European priority. Barcelona, Spain. 29-31 October 2018. Abstract Book. S. 1.

- Molinuevo, José Luis; Gramunt, Nina; Gispert, Juan Domingo; Fauria, Karine; Esteller, Manel; Minguillon, Carolina et al. (2016): The ALFA project: A research platform to identify early pathophysiological features of Alzheimer's disease. In: *Alzheimer's & dementia* (New York, N. Y.) 2 (2), S. 82-92. DOI: 10.1016/j.trci.2016.02.003.
- Moore, Alan R.; O'Keefe, Shaun T. (1999): Drug-Induced Cognitive Impairment in the Elderly. In: *Drugs & Aging* 15 (1), S. 15-28.
- Mutter, J.; Curth, A.; Naumann, J.; Deth, R.; Walach, Harald (2010): Does inorganic mercury play a role in Alzheimer's disease? A systematic review and an integrated molecular mechanism. In: *Journal of Alzheimer's Disease* 22, S. 357-374. DOI: 10.3233/JAD-2010-100705.
- Nagel, Saskia K.; Stephan, Achim (2009): Was bedeutet Neuro-Enhancement? Potentiale, Konsequenzen, ethische Dimensionen. In: *Schöne-Seifert, Bettina; Talbot, Davinia; Opolka, Uwe; Ach, Johann S. (Hg.): Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen.* Paderborn: Mentis Verlag GmbH. S. 19-47.
- NCBI (2019). National Center for Biotechnology Information. U.S. National Library of Medicine (2014). Rockville Pike, Bethesda MD, USA. Webseite. www.ncbi.nlm.nih.gov (letzter Aufruf: 25.02.2020).
- Niewöhner, Jörg; Kehl, Christoph; Beck, Stefan (Hg.) (2008): *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaften.*
- O'Neill, John (1990): *Die fünf Körper. Medikalisierte Gesellschaft und Vergesellschaftung des Leibes.* München: Wilhelm Fink Verlag.
- Olafsdóttir, M.; Foldevi, M.; Marcusson, J. (2001): Dementia in primary care: why the low detection rate? In: *Scandinavian journal of primary health care* 19 (3), S. 194-198. DOI: 10.1080/028134301316982469.
- Paris, Joel; Phillips, James (Hg.) (2013): *Making the DSM-5. Concepts and Controversies.* New York: Springer Science+Business.
- Pauen, Michael; Roth, Gerhard (Hg.) (2001): *Neurowissenschaften und Philosophie. Eine Einführung.* München: Wilhelm Fink Verlag.
- Porter, Roy (2003): *Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute.* Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Prince, Martin; Bryce, Renata; Albanese, Emiliano; Wimo, Anders; Ribeiro, Wagner; Ferri, Cleusa P. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. In: *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association* 9 (1), 63-75.e2. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.11.007.
- Rapp, Stephen R.; Espeland, Mark A.; Shumaker, Sally A.; Henderson, Victor W.; Brunner, Robert L.; Manson, JoAnn E. et al. (2003): Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women: the Women's

- Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. In: *The Journal of American Medical Association* 289 (289), S. 2663-2672.
- Reckwitz, Andreas (2018; Erstersch. 2017): *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne*. Bonn: Sonderausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. (Original: Berlin: Suhrkamp Verlag.)
- Reuther, Gerd (2017): *Der betrogene Patient. Ein Arzt deckt auf, warum Ihr Leben in Gefahr ist, wenn Sie sich medizinisch behandeln lassen*. München: Riva Verlag.
- Richardson, Kathryn; Fox, Chris; Maidment, Ian; Steel, Nicholas; Loke, Yoon K.; Arthur, Antony et al. (2018): Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 361, k1315. DOI: 10.1136/bmj.k1315.
- Ridge, Perry G.; Mukherjee, Shubhabrata; Crane, Paul K.; Kauwe, John S. K. (2013): Alzheimer's disease: analyzing the missing heritability. In: *PloS one* 8 (11), e79771. DOI: 10.1371/journal.pone.0079771.
- Roco, Mihail C.; Bainbridge, William Sims (2003; Erstersch. 2002): *Converging Technologies for Improving Human Performance. Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*. NSF/DOC-sponsored report. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers/National Science Foundation.
- Röhrig, Bernd; Du Prel, Jean-Baptist; Wachtlin, Daniel; Blettner, Maria (2009): Types of study in medical research: part 3 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international* 106 (15), S. 262-268. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0262.
- Rose, Nikolas (2014; Erstersch. 2000): *Die Politik des Lebens selbst*. In: Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hg.) (2014): *Biopolitik. Ein Reader*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. S. 420-467.
- Rothschild, D.; Kasanin, J. (1936): Clinicopathological Study of Alzheimer's Disease. Relationship to senile conditions. In: *Arch Neurol Psychiat* 1936, 36, S. 293-321.
- Saake, Irmhild (2006): *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sackmann, Reinhold (2018): *Demographie als Herausforderung für die Soziologie*. In: Schroeter, Klaus R.; Vogel, Claudia; Künemund, Harald (Hg.) (2019): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sacks, Oliver; Shulman, Melanie (2007): Steroid dementia: A follow-up. In: *Neurology* 68, S. 622.
- Samuel, Sajay; Dirsmith, Mark W.; McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from the physical to the fiscal. In: *Accounting, Organizations and Society* 30. S. 249-278.
- Schäfer, Lothar; Schnelle, Thomas (Hg.) (1983): *Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Schaufler, Julia; Telschow, Carsten (2013): *Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht*. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (2013): *Arzneiverord-*

- nungs-Report 2013. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 967-981.
- Schöne-Seifert, Bettina; Talbot, Davinia; Opolka, Uwe; Ach, Johann S. (Hg.) (2009): Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen. Paderborn: Mentis Verlag GmbH.
- Schott, Gisela; Pachl, Henry; Limbach, Ulrich; Gundert-Remy, Ursula; Lieb, Klaus; Ludwig, Wolf-Dieter (2010): The financing of drug trials by pharmaceutical companies and its consequences: part 2: a qualitative, systematic review of the literature on possible influences on authorship, access to trial data, and trial registration and publication. In: Dtsch Arztebl Int 107 (17), S. 295-301. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0295.
- Schramme, Thomas (Hg.) (2012): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Schroeter, Klaus R.; Vogel, Claudia; Künemund, Harald (Hg.) (2018): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Wiesbaden: Springer VS.
- Schüleln, Johann August (1983): Gesellschaftliche Entwicklung und Prävention. In: Wambach, Manfred Max (Hg.) (1983): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 13-28.
- Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (2013): Arzneiverordnungs-Report 2013. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Schwarz, Stefan; Frölich, Lutz (2013): Schlafstörungen. In: Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hg.) (2013): Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 179-191.
- Schweda, Mark (2018): Alter(n) in Philosophie und Ethik. In: Schroeter, Klaus R.; Vogel, Claudia; Künemund, Harald (Hg.) (2019): Handbuch Soziologie des Alter(n)s. Wiesbaden: Springer VS.
- Scott, Susie (2006): The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. In: Sociology of Health & Illness 28 (2), S. 133-153. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2006.00485.x.
- Shabarin, V. (2009): Ursachen akuter Verwirrheitszustände als Aufnahmegrund in die akutneurologische Klinik – eine retrospektive Kohortenstudie. Inaugural-Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i.Br. Online verfügbar unter https://www.verbund-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/Krankenhaus/Verbundkrankenhaus-Wittlich/Bilder_Dokumente_neue_website/Fachabteilungen/Neurologie/Dokumente/dissertation_shabarin.pdf (letzter Aufruf 12.10.2020).
- Shah, Sonia (2006): The Body Hunters. Testing new drugs on the world's poorest patients. New York: New Press.

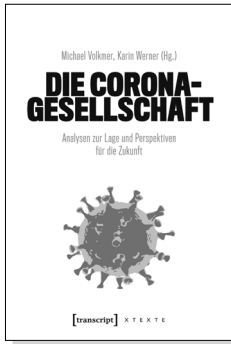
- Shorter, Edward (2013): The History of DSM. In: Paris, Joel; Phillips, James (Hg.) (2013): *Making the DSM-5. Concepts and Controversies*. New York: Springer Science+Business. S. 3-20.
- Snowdon, David A. (2003): Healthy Aging and Dementia: Findings from the Nun Study. In: *Ann Intern Med* 139 (5_Part_2), S. 450. DOI: 10.7326/0003-4819-139-5_Part_2-200309021-00014.
- Staiano, Kathrin Vance (1979): A Semiotic Definition of Illness. In: *Semiotica* 28 (1-2).
- Stollberg, Gunnar (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Sweeting, Helen; Gilhooly, Mary (1997): Dementia and the phenomenon of social death. In: *Sociology of Health & Illness* 19, S. 93-117.
- Tiqqun (2007; Erstersch. 2001): *Kybernetik und Revolte*. Zürich, Berlin: Diaphanes.
- Verhey, Frans; de Vugt, Marjolein; Köhler, Sebastian; van den Block, Lieve; Dassen, Fania (2018): INTERDEM Academy: The road to success for high impact writing in psychosocial research – tips and tricks. In: 28th Alzheimer Europe Conference. Making dementia a European priority. Barcelona, Spain. 29-31 October 2018. Abstract Book. S. 14.
- Viehöver, Willy; Wehling, Peter (2011a): Entgrenzung der Medizin. Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive. In: Viehöver, Willy; Wehling, Peter (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: Transcript Verlag. S. 7-47.
- Viehöver, Willy; Wehling, Peter (Hg.) (2011): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: Transcript Verlag.
- Visser, Leonie N. C.; Kunneman, Marleen; Murugesu, Laxsini; van Maurik, Ingrid; Zwan, Marissa; Bouwman, Femke H. et al. (2019a): Clinician-patient communication during the diagnostic workup: The ABIDE project. In: *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)* 11, S. 520-528. DOI: 10.1016/j.dadm.2019.06.001.
- Visser, Leonie N. C.; Pelt, Sophie A. R.; Kunneman, Marleen; Bouwman, Femke H.; Claus, Jules J.; Kalisvaart, Kees J. et al. (2019b): Communicating uncertainties when disclosing diagnostic test results for (Alzheimer's) dementia in the memory clinic: The ABIDE project. In: *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. DOI: 10.1111/hex.12964.
- Vobruba, Georg (1983): Prävention durch Selbstkontrolle. In: Wambach, Manfred Max (Hg.) (1983): *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 29-48.
- Vogt, Hans (2017) Demenz als Folge der Therapie. In: *Dtsch Arztebl* 2017; 114(12): A-577/B-498/C-486. S. 577-580.
- Vogt, Hans (2013): *Die Medikalisierung der Lebenswelt als Wegbereiter des Neuen Menschen? Soziologische Magisterarbeit*. JLU Gießen.

- Vugt, Marjolein E. de; Verhey, Frans R. J. (2013): The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. In: *Progress in neurobiology* 110, S. 54-62. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2013.04.005.
- Walach, Harald; Loef, Martin (Hg.) (2019): Demenz – Prävention und Therapie. Ein Handbuch der komplementärmedizinischen und nichtmedikamentösen Verfahren. Essen: KVC Verlag.
- Waldenfels, B. (1992): Einführung in die Phänomenologie. München: Fink.
- Waldfahrer, Frank (2013): Management of patients with risk factors. In: *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery* 2013 (12).
- Wambach, Manfred Max (Hg.) (1983): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Weber, Max (1904): Die protestantische Ethik und der »Geist« des Kapitalismus. In: *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*. 20, S. 1-54.
- Wehling, Martin; Burkhardt, Heinrich (Hg.) (2013): Arzneitherapie für Ältere. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Whitehouse, Peter J. (2000): History and the Future of Alzheimer Disease. In: Whitehouse, Peter J.; Maurer, Konrad; Ballenger, Jesse F. (Hg.): *Concepts of Alzheimer Disease: Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. S. 291-305.
- Whitehouse, Peter J.; George, Daniel (2009): Mythos Alzheimer. Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde. Bern: Verlag Hans Huber.
- Whitehouse, Peter J.; Maurer, Konrad; Ballenger, Jesse F. (Hg.) (2000) *Concepts of Alzheimer Disease: Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- WHO (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Genf: World Health Organization. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wiesing, Urban (Hg.) (2004): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart: Philipp Reclam jun. GmbH.
- Wilde, Oscar (1905; Erstersch. 1891): The Decay of Lying. In: Wilde, Oscar (1905; Erstersch. 1891): *Intentions*. New York: Brentano's.
- Wildermuth, Volkart (2015): Ultraschall gegen Alzheimer. In: *Deutschlandfunk. Medizin*. Webseite. https://www.deutschlandfunk.de/medizin-ultraschall-gegen-alzheimer.676.de.html?dram:article_id=314093 (letzter Aufruf: 09.10.2018).
- Winblad, Bengt; Amouyel, Philippe; Andrieu, Sandrine; Ballard, Clive; Brayne, Carol; Brodaty, Henry et al. (2016): Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. In: *The Lancet Neurology* 15 (5), S. 455-532. DOI: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4.
- Zhang, Yiying; Zhen, Yu; Dong, Yuanlin; Xu, Zhipeng; Yue, Yun; Golde, Todd E. et al. (2011): Anesthetic propofol attenuates the isoflurane-induced caspase-3 acti-

vation and A β oligomerization. In: PLoS ONE 6 (11), S. e27019. DOI: 10.1371/journal.pone.0027019.

Zola, Irving Kenneth (1972): Medicine as an institution of social control. In: The Sociological Review 20 (4), S. 487-504. DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x.

Soziologie



Michael Volkmer, Karin Werner (Hg.)

Die Corona-Gesellschaft

Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft

Juli 2020, 432 S., kart., 2 SW-Abbildungen

24,50 € (DE), 978-3-8376-5432-5

E-Book:

PDF: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5432-9

EPUB: 21,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5432-5



Naika Foroutan

Die postmigrantische Gesellschaft

Ein Versprechen der pluralen Demokratie

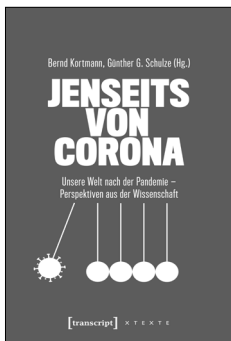
2019, 280 S., kart., 18 SW-Abbildungen

19,99 € (DE), 978-3-8376-4263-6

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4263-0

EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4263-6



Bernd Kortmann, Günther G. Schulze (Hg.)

Jenseits von Corona

Unsere Welt nach der Pandemie –
Perspektiven aus der Wissenschaft

September 2020, 320 S., 1 SW-Abbildung

22,50 € (DE), 978-3-8376-5517-9

E-Book:

PDF: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5517-3

EPUB: 19,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5517-9

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Soziologie



Detlef Pollack

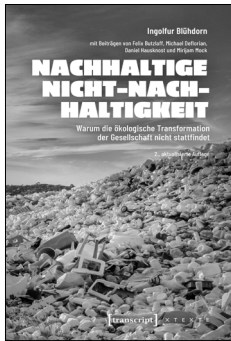
Das unzufriedene Volk
Protest und Ressentiment in Ostdeutschland
von der friedlichen Revolution bis heute

September 2020, 232 S., 6 SW-Abbildungen
20,00 € (DE), 978-3-8376-5238-3

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5238-7

EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-5238-3



Ingolfur Blühdorn
mit Beiträgen von Felix Butzlaff, Michael Deflorian,
Daniel Hausknost und Mirijam Mock

Nachhaltige Nicht-Nachhaltigkeit
Warum die ökologische Transformation der Gesellschaft
nicht stattfindet

Juni 2020, 350 S., kart.

20,00 € (DE), 978-3-8376-5442-4

E-Book:

PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-5442-8



Juliane Karakayali, Bernd Kasperek (Hg.)

movements.
**Journal for Critical Migration
and Border Regime Studies**
Jg. 4, Heft 2/2018

2019, 246 S., kart.

24,99 € (DE), 978-3-8376-4474-6

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

