

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, Materiellen, Körperlichen 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, Objektivation 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 Exzentrizität 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 »Exzentrizität« (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 Gelehrsam-machung 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 dauerkrisenhaften Agonie der Disziplinarinstitutionen »den individuellen oder numerischen Körper durch die Chiffre eines ›individuellen‹ Kontroll-Materials [zu] erset[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, »zeitgemäßer« 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. Nikolas 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)

1.1.1.7 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 Semiotik (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 machbezogene 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 Kognitions-wissenschaft 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, welch 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 Ärztestand, 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 begnenden 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.^{[...] 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 juridische 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 Medikalisation 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. »Medikalisierung« hingegen soll eher im Sinne des von Illich adressierten globalen Phänomens einer sowohl aktiv als auch passiv, offensichtlich als auch schleichend vorstattengehenden »Enteignung der Gesundheit« verwendet werden. In diesem Sinne kann eine »Medizinisierung« als Teil der gesamtgesellschaftlichen »Medikalisierung« 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 medizinisiert 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 grundlegenderes 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. Schüle 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 Schüle 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 machtbefähigenden »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.« (Schüle 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 Schüle 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 Schüle 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). Vobruba 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 Schüle in »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. Schüle in 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 Kontingenzverständnis einher, welches nicht nur das Handeln, sondern den gesellschaftlich geschaffenen Möglichkeitsrahmen selbst als veränderbar, unsicher, entgrenzt, aber auch (natur-)wissenschaftlich berechnen- 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 Kontingenzbewältigung 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 Vobruba's 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. Machtausübung 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 Latenthalt 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 Matza 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 höhere 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 Gutachterstätigkeit 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 ehemals 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. Ausschluss, 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 auseinandergehenden 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 technikbasierten 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 Pflegende 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 begegnen. 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) Ideengebäude und Allergewissens 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 verselbstständigen konnte, weil es ein idealer »Lückenfüller« war, um einer schwammigen hirnbologischen 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 Verwirrungsgrund 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 Altersgebrechen 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. Kolle 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 Stände 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 Mediziner:innen 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, machbezogenes 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 spezifizierte, neurowissenschaftlich überprüfte 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 hinzugehängt? 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 unbekannten 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 entgegenkommen-den, 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).

