

## 4. Synthese

---

### 4.1 Zwischenrückblick

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

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

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

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

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

## 4.2 Klinik und Pathologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Low und Kollegen (2018) weisen in einer Literatur-Überblicksarbeit darauf hin, dass Menschen, die eine frühe (Alzheimer<sup>1</sup>-)Demenz-Diagnose erhalten haben, al-

1 Bei 80 % der in der Studie betrachteten Diagnose-Fälle lautete die Diagnose »Alzheimer-Krankheit« (vgl. Low et al. 2018).

lein durch den Prozess der Diagnose und im Zuge von »post-diagnostischem Support« eine psychische wie soziale Entmachtung erfahren. Subjektive Schilderungen durch Betroffene wie die folgende sind viele in der genannten Arbeit zu finden: »I'm giving up various activities because I have the onset of Alzheimer's disease.« (Harman et al. 2006) Die Bereiche »self-identity, independence, control and status, activities, stigma, and how to view the future« (Low et al. 2018) werden als für die Betroffenen problematisch beschrieben. Das Spannungsverhältnis zwischen der Aufrechterhaltung der eigenen Persönlichkeit und deren Anpassung an die Diagnose hat häufig einen Nocebo-Effekt zufolge, der klinische Symptome verstärken kann. Des Weiteren führt eine Diagnose häufig zu Stigmata und externen sozialen Reglementierungen, die den Menschen mit einer Demenz-Diagnose Möglichkeiten entziehen und Fähigkeiten absprechen, die sie noch innehaben.<sup>2</sup> Dass dies einen Kreislauf von demenziellen Syndromen und sozialer Entmachtung zufolge haben kann, deuten auch Studien wie die von Bauer und Kollegen (1995) an, welche typische prämorbid psycho-soziale Phänomene wie »fürsorgliche[...] Bevormundung« [...], Behütung und Einengung seitens dominierender Bezugspersonen« bereits in der Vorgeschichte von Demenzdiagnosen ausgemacht haben (vgl. auch Bauer 2019:39f.).

Diese Begleiterscheinungen einer Demenz-Diagnose sind bekannt und gelten längst als neue Herausforderungen und Arbeitsfelder für Pflegende, Pflegewissenschaftler, Ärzte und *Neurowissenschaftler*. Letztere sind hier nicht nur deshalb verwickelt, weil sie das ikonische Bild des Gehirns (vgl. Hasler 2013) und damit das Epistem einer postmodern-auflärerischen Vernunft repräsentieren oder die Genauigkeit einer akuten Demenz-Diagnose pathologisch verbessern bzw. diese überhaupt erst herstellen könnten. Von besonderer, weil anwendungsbezogener Bedeutung scheint gegenwärtig vor allem die Möglichkeit, die Diagnose vorzuverlegen, vor den Ausbruch der klinischen Krankheit, also der Symptome. Mithilfe einer solchen präklinischen Diagnose, die dann vornehmlich zur sich rein technisch definierenden *Diagnostik* würde, könnte der post-diagnostische institutionelle Support die (potenziellen) Patienten und Angehörigen einfacher und effektiver erreichen, auf einem »niedrigeren und sanfteren Level« (vgl. Vugt et al. 2013), weil die demenziellen Symptome noch kaum oder noch gar nicht vorhanden wären. Die Arbeit vor der Diagnose und die Arbeit nach der Diagnose, das *neurowissenschaftliche* und das *pflegewissenschaftliche* Wissen und Verfahren, scheinen zukünftig also eine direkte Verbindung eingehen zu können, in der Ärzte bzw. Kliniker höchstens noch ein diagnostizierendes im Sinne von kennzeichnendes Medium darstellen. In diesem und den folgenden Kapiteln wird es nicht zuletzt um ein Wechselspiel zwischen *biologischer und sozialer Versorgung* sowie um die Frage gehen, welche Art von Krankheit wir in dieser systemischen Versorgung wiederfinden.

2 Zum Zusammenhang von Demenz und sozialem Tod siehe auch: Sweeting et al. 1997.

Oben benannte post-diagnostische Problematiken sind nur einige unter vielen realen sozialen Konsequenzen und Kontexten einer Demenz-Diagnose, unabhängig davon, ob diese rein klinisch oder zusätzlich pathologisch oder gar rein pathologisch begründet erfolgt. Eine diesbezügliche Abwägung von Kosten und Nutzen einer Diagnose ist schon häufig an anderen Stellen durchgeführt worden.<sup>3</sup> Hier soll also nicht Pro und Contra gegenübergestellt, sondern die Basis der Demenz-Diagnose an sich hinterfragt werden. Mit einer solchen Reflexion hängt auch die Überlegung zusammen, inwieweit Demenz-Diagnosen – z.B. im Kontext nationaler Demenzstrategien (vgl. Kapitel 3.3.2) – durch gegenwärtige Tendenzen der neurowissenschaftlichen Alzheimer-Diagnostik forciert werden und die Praxen dieser Diagnosen eine neue Quantität und vor allem Qualität erlangen.

Einige Wörterbücher nennen als Antonym zu »Diagnose« den Begriff »Therapie«. Eine effektive medizinische Demenz-Therapie, über die sich ihre Diagnose als anwendungsbezogene Kategorie in gewisser Hinsicht definiert, ist jedoch nicht wirklich vorhanden. Auch die Aussicht auf eine Entwicklung eines Medikaments ist sehr gering. Dennoch – oder gerade deshalb – pochen Wissenschaftler und etablierte Diskurs-Teilnehmer wie auf den beschriebenen Alzheimer-Konferenzen darauf, alle Kräfte in Richtung einer Frühdiagnostik zu lenken: einerseits, um die Möglichkeit einer frühen (medikamentösen) Behandlung der Alzheimer-Pathologie auszuloten, und andererseits, um den Patienten möglichst früh mit post-diagnostischem Support zu versorgen.

Von der tertiären Prävention, also einer Behandlung der bereits aufgetretenen Symptome hat man sich auch in prominenten Forscherkreisen offiziell verabschiedet. Es wird aber in Aussicht gestellt, dass einer frühen Diagnose mit einer sogenannten sekundären Prävention begegnet werden kann. Sekundäre Prävention heißt hier, dass versucht wird, neuropathologische Störungen wie die viel beschriebenen Amyloid-Plaques im Gehirn des Patienten zu entfernen oder zumindest zu behandeln, obwohl sich noch keine klinischen Symptome entwickelt haben, sich also kein Kranksein im eigentlich klinischen Sinne gezeigt hat.

Es geht hier also um die Alzheimer-Krankheit und nicht um eine klinisch erfassbare Demenz. Es geht um die für die Alzheimer-Krankheit charakteristischen Anzeichen wie Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel. Die klinische Demenz vom Alzheimer-Typ und ihre sozial erfassbaren Symptome sind davon zu trennen. Zeitungen und Forscher berichten inzwischen, dass sich die Diagnosemöglichkeiten verbessern. Auch die Frühdiagnostik, noch vor Ausbruch, scheine im Bereich des Möglichen und schüre Hoffnungen, über diesen Weg eine Therapie zu finden. Der Medizinjournalist Werner Bartens bezog sich 2014 in der vielgelesenen Wochenzeitung *Die Zeit* auf den Medizinethiker Heiner Fangerau, der von einem

3 Z.B. durch Diagnose legitimierter Rechtsanspruch auf Pflegeunterstützung versus Stigma durch Diagnose.

Kassandra-Dilemma in der Alzheimer-Forschung spreche: »Ähnlich wie die Mythenfigur sind Ärzte heute in der Lage, eine Menge negativer Vorhersagen [zu] machen, ohne an dem fatalen Ausgang etwas ändern zu können.« (Bartens 2014) Allerdings geht es in dem Artikel zum Thema »Recht auf Nicht-Wissen« nicht nur um das Phänomen demenzieller Syndrome, sondern auch und vor allem um die Alzheimer-Krankheit, die mit jenen eindeutig in Verbindung gebracht wird. Der Autor lässt außer Acht, dass die durch die medizinische Forschung angestrebten negativen Vorhersagen einer Demenz-Entwicklung anhand von Biomarkern bzw. bildgebenden Verfahren in vielen Fällen nicht zutreffen würden – sie wären häufig »falsch-positiv«. Somit reproduziert der Ansatz des Artikels – auch wenn er von »Risikofaktoren« spricht – das wissenschaftliche »Fischen im Trüben«, indem das übergeordnete Thema »Recht auf Nicht-Wissen« eine tatsächlich determinierende Prognosestellung impliziert. Um ein Kassandra-Dilemma handelt es sich hier nur scheinbar, weil die potenzielle Frühdiagnostik der Alzheimer-Krankheit in Form von Protein-Ablagerungen nicht unbedingt eine kommende Demenz für den Betroffenen bedeuten würde.

Für die Alzheimer-Forschung könnte die Etablierung von frühdiagnostischen Verfahren allerdings eine enorme Erleichterung verheißen. Sie würde sich von einer bestimmten Verlegenheit der *Unschärfe* befreien und damit die *Verbindlichkeiten* der hirnwissenschaftlichen Alzheimer-Forschung noch unabhängiger von der klinischen Praxis der Psychiatrie werden lassen: Die Früherkennung und -behandlung von Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündeln würde die große Frage nach deren Zusammenhang mit Demenz-Symptomen obsolet oder zumindest weniger dringlich und somit weniger angreifbar machen. Bedeutet dieser beobachtbare Trend, dass die Forschung gar den Zusammenhang zwischen Demenz-Syndromen und der Degeneration des Gehirns aufgibt? Stellen präventive Amyloid-Screenings einen Weg dar, die Demenz-Behandlung von den Demenz-Syndromen bzw. -Symptomen zu isolieren? Man könnte sich auf die Entwicklung von Medikamenten konzentrieren, die die Proteinablagerungen entfernen, ohne dass diese jemals wirklich mit einer Demenz-Klinik zu tun hätten. Das Einzugsgebiet der Diagnostizierbaren, Behandelbaren und zu Versorgenden würde sich dann auf viele Menschen vergrößern, die in ihrem späteren Leben niemals an einer Demenz »erkranken« würden – mit oder ohne sekundäre Prävention. Die Medikamentenforschung würde um vieles einfacher, da nicht Patienten in ihrem Verhalten untersucht, sondern lediglich deren Gehirne gescannt und abgebildet bzw. Biomarker entdeckt werden müssten. Das Versagen der bisherigen klinischen Medikamentenstudien wird, wie in den obigen Kapiteln beschrieben, mit falschen Studiendesigns begründet und nur latent mit dem möglicherweise falschen Ansatz der Proteinablagerungen. Das vielleicht nicht lösbare – oder zumindest medizinisch nicht lösbare – Problem, dass sich die Symptome trotz der Proteinentfernung nicht bessern, würde umgangen werden. Kostenintensive und



damit für die Industrie einträgliche Diagnosen wären in großer Zahl möglich und auch Behandlungen wären relativ einfach erforschbar, da man sich auf bestimmte Biomarker konzentrieren könnte, ohne allzu abhängig von den Ergebnissen klinischer Studien zu sein. Die Biomarker werden zwar auch heute schon als zentral angesehen, doch schlugen bisher alle Versuche der Symptombehandlung über den Proteinansatz fehl. Wenn sich in Zukunft trotz Vorsorgetherapie in Form von sekundärer Prävention demenzielle Symptome entwickeln würden, könnten immer noch alternative Diagnosen gestellt und weitere (z.B. nicht-medikamentöse) Behandlungen verschrieben werden.

Geschichte und Gegenwart des DSM zeigen, dass die Vagheit von Ätiologie, Nosologie und Diagnose vieler psychiatrischer Erkrankungen eine Grundproblematik in der Psychiatrie, wenn nicht sogar eines ihrer Grundcharakteristika darstellt und mit einem speziellen Verhältnis dieses Fachs zur Prognose von Krankheitsverläufen einhergeht (vgl. Shorter 2013). Die Früherkennung der Alzheimer-Krankheit – das *Frühdiagnostik-Projekt* – mag nun eine neue Möglichkeit eröffnen, Ätiologie, Nosologie, Diagnose und Behandlung von der Symptomatologie zu trennen, obwohl gerade diese *Zeichenlehre* die ursprünglichste Brücke zwischen Medizin und Mensch darstellt – auch in der Psychiatrie. Diese Verbindung war seit jeher von einer gewissen Unbestimmtheit und Uneindeutigkeit, entsprechend der Fragilität und Wechselhaftigkeit des menschlichen Lebens geprägt. Das Loslösen von den Symptomen und Erfahrungen des Patienten bedeutete ein Loslösen des Krankheitsbegriffs von der klinischen Medizin, ein immer tiefer greifendes Loslösen vom »Gatekeeper Ärzteschaft« mithilfe des biomedizinischen Wissens.

Wir erleben heute eine fortschreitende Medikalisierung der gesamten Lebenszeitspanne, welche durch die meisten Diskursteilnehmer, aktive wie passive, involvierte und externe, etablierte wie kritische, gefördert wird. Denn gerade kritisch anmutende Auseinandersetzungen mit und die Benennung von »antizipatorischer Medikalisierung« (Peter Conrad, zit.n. Bartens 2014), wie sie in benanntem Wochenzeitungsartikel zu finden sind, entsublimieren die »Taktiken der Verschiebung von Eindeutigkeit in die Zukunft«. Diese sind als »institutionelle Strategien [...] an die Hoffnung geknüpft, dass die Rationalisierung der Welt durch die Wissenschaft beständig fortschreitet und dass Bereiche, in denen Uneindeutigkeit herrscht – wenn auch nicht sofort, so doch zumindest in der Zukunft – objektivierbar sind.« (Karsch 2011:132)

Die inzwischen implizit im Kollektivbewusstsein verankerte Verschiebung von wissenschaftlicher Eindeutigkeit in die Zukunft ist die Basis für eine fortschreitende Biologisierung des Alters, welche sich in der Vorsorgebehandlung von Phantom-Demenzen bzw. der Akutbehandlung der »Alzheimer-Krankheit« genannten Proteinablagerungen spiegelt.

Einen Menschen mit einer Diagnose zu belegen, die auf einem vagen Zusammenhang der mithilfe von hochtechnologischen Diagnostiken gefundenen patho-

logischen Merkmale mit einer in der Zukunft potenziell auftretenden Krankheit beruht, ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Die oben beschriebenen Konsequenzen des Diagnose-Prozesses und der post-diagnostischen Unterstützungsverfahren bezogen sich auf Menschen, bei denen zumindest klinische Anzeichen einer Demenz eine Rolle spielten. Wie die Auseinandersetzung von Low und Kollegen zeigt, ist selbst die Medikalisierung des Umgangs mit Menschen mit klinisch vorhandener Demenz auch in gerontopsychologischen Kreisen umstritten. Doch bahnt sich hier ein Phänomen den Weg, welches weder klinische Anzeichen noch irgendeine Gewissheit kommender klinischer Anzeichen zugrunde legt, sondern schlichtweg das biologisch-konzeptuelle Etikett der Alzheimer-Krankheit. Der Neurologe José Molinuevo vom *Barcelonaβeta Brain Research Center* sprach im Eröffnungsvortrag der Alzheimer Europe-Konferenz 2018 in Barcelona davon, dass die heutige Alzheimer-Forschung keine »science fiction«, sondern »science reality« sei. Angesichts der von Unklarheiten geprägten Forschungsentwicklungen mag diese Aussage paradox klingen, doch könnte sie gerade so verstanden werden, dass nicht die wissenschaftlichen Visionen der letzten Jahre – wie z.B. die Heilung von Menschen mit Demenz – Realität würden, sondern dass die Realität selbst von wissenschaftlichen Visionen besetzt würde; dass die Lebenswelt mehr und mehr von den von Haraway beschriebenen kulturellen Dialekten der Biomedizin und ihrer auf Wissenschaft beruhenden Realität eingenommen und konstituiert würde. Molinuevo führte den Kontext des Frühdiagnostik-Projekts aus, der auch im Abstract-Text seines Konferenz-Vortrags nachzulesen ist:

»In the last decades, progress in neuroimaging techniques and cerebrospinal fluid (CSF) assays has enabled the characterization of several Alzheimer's disease (AD) biomarkers. This knowledge has shifted the conceptualization of AD from a clinical-pathological construct, where its diagnosis required the presence of dementia with distinct pathologic features, toward a biological one that recognizes AD as a pathological continuum with a clinical picture that ranges from normal cognition to a dementia stage. The possibility of assessing AD pathophysiology in vivo before the onset of clinical symptoms in the preclinical stage provides the unprecedented opportunity to study and intervene at earlier stages of the continuum.« (Molinuevo 2018)

Molinuevo legt hier die Verschiebung des Alzheimer-Konzepts zu einem »pathologischen Kontinuum« offen, dessen »klinisches Bild von normaler Kognition zu einem Demenz-Stadium« reicht. Dieses neu erschaffene Kontinuum kann eine Legitimation darstellen, um (noch) nicht vorhandene Alterssymptome (vorzeitig) zu behandeln. Sollte die Entfernung von Proteinablagerungen tatsächlich eine Wirkung haben, könnte den Menschen, bei denen im Zweifel sowieso niemals eine Demenz auftreten würde, auch eine Optimierung durch Enhancement in Aussicht gestellt

werden. Jenseits der Symptomatologie entblößt die medizinische (Demenz-)Forschung ihre transhumanistischen Momente.

»Frühzeitige Diagnose« war ein vorherrschendes Schlagwort auf den Alzheimer-Konferenzen in Weimar, Barcelona und Den Haag. Meist ging es von Vortragenden aus dem Bereich der Neurowissenschaften aus. Aber auch Fachleute aus den Bereichen Pflege, Soziale Arbeit und Kulturwissenschaften betonten unermüdlich die Wichtigkeit einer frühen Diagnose, um die Betroffenen rechtzeitig durch strukturelle Netze abzufangen. Diesbezüglich boten die Konferenzen zwar auch kritische Stimmen wie die von Lea Sgier, die eine frühzeitige Demenz-Diagnose als politisches Thema aufgriff, indem sie einen politischen Konsens durch WHO oder OECD den ungeklärten ethischen und praktischen Fragen wie der Zweckdienlichkeit des Zeitpunkts der Diagnose und dem Recht auf Wissen bzw. Nicht-Wissen gegenüberstellte. Allein die Tatsache aber, dass bereits ein politischer Konsens existiert, der in diesem Zusammenhang von WHO und OECD repräsentiert wird, sagt viel über Machtverteilungen und die Legitimität der Diskursführer aus. Eine Einvernehmlichkeit von Institutionen und Bevölkerung scheint dabei längst gegeben. Man denke nur an die 8000 freiwilligen gesunden Personen, die sich laut José Molinuevos Vortrag als »asymptomatische Subjekte« (vgl. Molinuevo et al. 2016) für eine Teilnahme an der ALFA-Studie gemeldet haben. Letztendlich wurden 2743 Personen in die Studie aufgenommen, wie dem Abstract einer Veröffentlichung zur ALFA-Studie zu entnehmen ist<sup>4</sup>:

»The preclinical phase of Alzheimer's disease (AD) is optimal for identifying early pathophysiological events and developing prevention programs, which are shared aims of the ALFA project, including the ALFA registry and parent cohort and the nested ALFA1 cohort study. [...] A total of 2743 participants aged 45 to 74 years were included in the ALFA parent cohort. [...] The longitudinal ALFA1 cohort will serve to untangle the natural history of the disease and to model the preclinical stages to develop successful trials.« (Molinuevo et al. 2016)

Dem Eingangszitat dieses Kapitels (Staiano 1979) zufolge verweist die medizinische Semiotik (Diagnostik) stets auch auf eine Ätiologie als Vergangenheit und eine Prognose als Zukunft. Die von mir beschriebenen Beobachtungen zeigen, dass Alzheimer-Ätiologie und -Prognose dabei sind, sich von einer an der Person des

---

4 Hierzu sei erwähnt, dass der Anteil an Menschen mit genetischen Risikofaktoren in der Studie durch die Abstammung von Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung bzw. »Alzheimer« definiert wird, obwohl bei Aufnahme nicht klar war, ob es sich bei diesen Fällen um eine familiäre Form von Alzheimer handelte (vgl. Molinuevo et al. 2016). Dies verkompliziert bzw. relativiert die Studieninterpretation, da – wie in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnt – die Pathologie der äußerst seltenen familiären Alzheimer-Form nicht ohne weiteres auf die sporadische Form, um die es hier eigentlich geht, übertragbar ist.

Patienten orientierten Diagnose loszulösen und als phantasmagorische Frühdiagnostik eine eigendynamische und selbstreferenzielle Stellung einzunehmen, die das Phänomen der Alzheimer-Krankheit noch unantastbarer werden lässt als es aufgrund seiner (vermeintlichen) Prävalenz, Inzidenz und gleichzeitig vagen Charakteristika ohnehin schon ist. Das nach wie vor andauernde Ringen um eine befriedigende Klarheit des Forschungsobjekts mag sich langsam der Formel René Leriches aus dem Jahr 1936 annähern: »Will man eine Krankheit definieren, muß man den Menschen aus ihr verbannen.« (zit.n. Canguilhem 1977:58)

Die Bereitschaft von Menschen mit klinischen Demenz-Syndromen und ihren Angehörigen, sich einer ausführlichen Anamnese und Diagnose zu unterziehen, scheint nach wie vor eher gering zu sein (vgl. Olafsdóttir et al. 2001; ADI 2015; Hwang et al. 2019). Und auch viele Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner sind zurückhaltend und skeptisch im Umgang mit Demenzdiagnosen (vgl. Visser et al. 2019a). Dagegen wächst Studien zufolge – auch angesichts sich verändernder »Angebots- und Nachfragestrukturen« – die Bereitschaft der gesunden Bevölkerung langsam, aber stetig, sich frühdiagnostischen oder prognostischen Verfahren zu unterziehen (vgl. Berth et al. 2003). Es scheint, als sei die Gesellschaft bereit, diesem Bedürfnisse erzeugenden Frühdiagnostik-Projekt zu folgen, um aus gesunden Menschen dezidiert *asymptomatische Patienten* zu machen.

#### 4.4 Von der Krise der Klinik zur kontrollgesellschaftlichen Versorgung

»Äußerlich ist das eine Dialektik des individuellen Lebewesens und seiner gesellschaftlichen Welt. Innerlich ist es eine Dialektik der biologischen Grundlage des Einzelnen und seiner gesellschaftlich produzierten Identität.« (Berger et al. 2018:192)

Im Folgenden versuche ich mich zwei Beobachtungen anzunähern, die ich im Dunstkreis des neuen Alzheimer-Wissens und des beschriebenen Frühdiagnostik-Projekts gemacht habe: Erstens, dass das »Alzheimer-Individuum« zu einem teil- und zerlegbaren Subjekt wird, indem es auf seine Krankheits- und Risikofaktoren reduziert und – so wie die Alzheimer-Krankheit selbst – über bioinformatische Algorithmen definiert werden soll. Zweitens, dass im Zuge dieser Reduktionen und Vorverschiebungen die Klinik und ihre Praxen vor allem auf ein systemisches Funktionieren zwischen Neurowissenschaften und Care-Wissenschaften reduziert werden.

#### 4.4.1 Zum *dividuellen* Individuum

1973 schreibt Michel Foucault in *Die Geburt der Klinik*:

»Der Blick reduziert nicht mehr, er begründet vielmehr das Individuum in seiner unreduzierbaren Qualität. Und dadurch wird es möglich, eine rationale Sprache um es herum zu organisieren. Das *Objekt* des Diskurses kann ebensogut ein *Subjekt* sein, ohne daß die Gestalten der Objektivität dadurch verändert würden.« (Foucault 1973:12)

Diese Beschreibung des Aufkommens einer neuen Qualität des Individuums – als körperlich-gegenständlicher Raum von sichtbarer Materie – bezieht sich auf das Aufkommen des »klinischen Blicks« im 18. und 19. Jahrhundert. Ein Blick, der sich auf »eine Welt konstanter Sichtbarkeit« (ebd.:8) und eine Objektivität bezieht, wie wir sie heute zumindest im medizinisch-klinischen Bereich als grundlegend und selbstverständlich erachten.

Erst einige Jahre nach der Veröffentlichung von *Die Geburt der Klinik* begann Foucault, sich dezidiert mit der Dressur des Individuums (Disziplinartechnologien) und der Regulierung der Bevölkerung (Biopolitik) zu beschäftigen. Gilles Deleuze' Betrachtung des Individuums in der Kontrollgesellschaft schließt konkret an ebenjene späteren Genealogien der Bio-Macht an. Dennoch trifft sie im angeführten Zitat über den klinischen Blick auf einen Kontrapunkt. Deleuze findet in unserer Gegenwart der Kontrollgesellschaften eine neuartige Teilbarkeit des Individuums vor, welche auch im Kontext der Alzheimer-Krankheit von Bedeutung zu sein scheint. Diese Teilbarkeit des Individuums benötigt zwar die Objektifizierung des Subjekts, wie sie Foucault angesprochen hat, doch stellt sie die »unreduzierbare Qualität« des Objekts des klinischen Blicks infrage. In meiner Betrachtung des Alzheimer-Wissens findet Deleuze' Annahme, die »individuellen oder numerischen Körper [würden] durch die Chiffre eines ›dividuellen‹ Kontroll-Materials ersetzt« (Deleuze 2017:262), eine Entsprechung.

»Die Disziplinargesellschaften haben zwei Pole: die Signatur, die das *Individuum* angibt, und die Zahl oder Registrierungsnummer, die seine Position in einer *Masse* angibt. Denn für die Disziplinierungen bestand nie eine Inkompatibilität zwischen beidem, die Macht ist gleichzeitig vermassend und individuierend, das heißt konstituiert die, über die sie ausgeübt wird, als Körper und modelt die Individualität jedes Glieds dieses Körpers [...]. In den Kontrollgesellschaften dagegen ist das Wesentliche nicht mehr eine Signatur oder eine Zahl, sondern eine Chiffre: Die Chiffre ist eine *Losung*, während die Disziplinargesellschaften durch *Parolen* geregelt werden (unter dem Gesichtspunkt der Integration, aber auch des Widerstands). Die numerische Sprache der Kontrolle besteht aus Chiffren, die den Zugang zur Information kennzeichnen bzw. die Abweisung. Die Individuen

sind ›dividuell‹ geworden, und die Massen Stichproben, Daten, Märkte oder ›Banken‹.« (Deleuze 2017:257f.)

Der Wandel von Disziplargesellschaften zu Kontrollgesellschaften zeigt sich nicht zuletzt in einer landläufig anerkannten Krise der Disziplinen und ihrer Institutionen (siehe auch Kapitel 1). Einschließungsmilieus wie Schulen, Kliniken, Psychiatrien oder Gefängnisse stehen unter gesellschaftlicher Beobachtung, in der Kritik und zuweilen kurz vor ihrem Aus. Sie werden der selbst mitverursachten Flexibilität ihrer Umwelt nicht mehr gerecht. So bereitete die Disziplin Krankenhaus den Stätten des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts die idealen Voraussetzungen auf verschiedenen Ebenen: Der Umgang mit Problematiken wie der klinisch-technischen Iatrogenese, wie ich ihn in Kapitel 3.2 beschrieben habe, schafft systeminterne Verzerrungen, lenkt die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf die Agonie des Krankenhausmilieus und schafft den Boden für neue, radikale, dezentrale und lückenlose Lösungsansätze, die sich einer neuartigen Freiheitlichkeit, Grenzenlosigkeit und Ganzheitlichkeit verschreiben. Während die Agonie der Institution Klinik ihren Lauf nimmt, übergeben die sich noch heute selbst kontrollierende Ärzteschaft und ihre Verbündeten das »große Ruder« an eine technokratische Verwaltung, die auf dezentrale, ganzheitliche und lückenlose Zählung, Berechnung und Steuerung ausgerichtet ist (vgl. Castel 1983). In diesem Zuge einer Verschiebung der Bio-Macht bewegt sich das Alzheimer-Konzept hin zu einem rein biologischen Konzept und zu einem pathologischen Krankheitskontinuum von »normale Kognition« bis »demenzielles Stadium« (vgl. Molinuevo 2018). Dabei tritt ein neues Subjekt auf: Es stellt nicht ein Individuum dar, dessen Verschwinden Castel bereits beschreibt, sondern ein *Dividuum*, ein teilbares, in Faktoren zerlegbares Objekt, ein reines Subjekt der Population. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass die alten Disziplin-Institutionen der Flexibilität und »Flüssigkeit« oder gar »Gasförmigkeit« ihrer Umwelt nicht mehr gerecht werden können und neue Kanäle der Macht eröffnet werden müssen, indem neue Objekte bzw. Subjekte definiert und erschaffen werden. Ein solches Subjekt sah Foucault bereits im Aufkommen der »Bevölkerung«, die einen neuen, »multiple[n] Körper« hervorbrachte, »mit zahlreichen Köpfen, der, wenn nicht unendlich, zumindest nicht zwangsläufig zählbar ist« (Foucault 2014a:94). Doch dieses biologische *und* Machtproblem der Bevölkerung, der Gattungskörper, transformiert sich im Falle der Alzheimer-Forschung und ihres Frühdagnostik-Projekts in eine Art *gasförmigen Schwarm* (vgl. Deleuze 2017 und Han 2013), dessen einzelne Teile unabhängig voneinander und unabhängig von den sie tragenden Individuen in Körperkontrollen eingepflegt werden sollen. Dabei geht es vor allem um eine Ansammlung von *anpassungsfähigen* neuromolekularen Daten und Informationen, die nur jenseits der Dressur von Individuen und über die Regulierung der Masse hinaus beherrschbar ist, weil auch die den Individuen zuzuordnenden Krankheits-

Entitäten selbst nur über bio-informatische und statistische Verfahren definierbar sind (vgl. AETIONOMY 2019). Mensch und Krankheit sollen in Daten-Einzelteile zerlegt werden, um schließlich neu zusammengesetzt werden und verschmelzen zu können.

Foucaults Genealogie des klinischen Blicks bezog sich bereits auf Aspekte, die für die Entstehung der *dividuellen* Individuen grundlegend sind: verschiedene Gewissheitsgrade der medizinischen Erkenntnis, die in Kalkül-Techniken eingepflegt werden sollte; die Messbarkeit der Divergenz und Konvergenz von registrierten Ereignissen; die Aleatorik der Krankheits-Entwicklungen; die stufenlose Überwindung von Widerspruch und Bestätigung; und eine Individualität und Subjektivität, die sich nicht im kranken Menschen, sondern im »pathologische[n] Faktum« zeigt (vgl. Foucault 1973:111f.).

Die neueste Biomedizin allerdings, wie sie sich in der vom AETIONOMY-Projekt (siehe 3.3.3.5) in Aussicht gestellten »Präzisionsmedizin« darstellt, erschafft eine biopolitische Erweiterung oder eine Art Paradox: Foucaults »Körper der Bevölkerung« verschmilzt mit der statistisch definierten Krankheit. Die neue Biomedizin macht aus Individuen und Gattungskörper ein durch Bioinformatik (Big Data) und Präzisionsprozesse (alle Daten, jedes Wissen, alle Informationen) kalkulierbares und teilbares bewegliches Gesamtobjekt, das einer potenziellen und flexiblen Krankheit zugeordnet wird, welche ebenfalls nur über Rechenprozesse und die hoch technologisierten Sprachen der Biomedizin erklärt werden kann. Die *Vermischung von Einzelfaktoren* des »dividuellen Kontrollmaterials« und von molekularen sowie genomischen Variablen einer heterogenen Krankheits-Entität ist von nun an das Objekt der Macht, das mithilfe von digitalen Gehirn-Screenings klassifiziert werden könnte. Alle Daten bezüglich Subjekt, Population und Krankheit sollen erhoben, vermengt und je nach Einzelfall in verschiedener Kombination herangezogen und kompatibel gemacht werden. Alles ist hier beweglich und anpassungsfähig: Subjekt, Objekt, Mensch und Krankheit. Es mag ein grundlegendes Merkmal der gegenwärtigen »Macht zum Leben« zu sein, dass die Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit, eine »gasförmige Lösung« (vgl. Deleuze 2017) zu zählen und vorherzusagen, kybernetisch überwunden werden soll (vgl. Tiqqun 2007).

In meinen Beobachtungen könnte sich eine neue Konstellation abzeichnen, die die Dressur des Individuums und die Regulierung der Bevölkerung durch eine hyperpersonalisierte »Echtzeit«-Kalkulation des *Dividuums* ergänzt bzw. vereint. Das einzelne Subjekt steht – trotz einer nach wie vor absolutistisch vermassenden Biomedizin – insofern im Zentrum dieser aktualisierten Bio-Macht, als es als Objekt der Macht in totalitärer Weise auf der Ansammlung von bioinformatischen Risikofaktoren und Big Data-Informationszugängen basiert.

Die angedeutete Dividualisierung des Subjekts im Zuge des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts mag ein wichtiger Grundstein sein sowohl für eine



systemische Verwissenschaftlichung der Lebenswelt des Individuums als auch für die systemische Verwicklung und Reduzierung der Funktion der Klinik.

#### 4.4.2 Zur systemischen Funktion der Klinik

»In den Disziplinargesellschaften hörte man nie auf anzufangen (von der Schule in die Kaserne, von der Kaserne in die Fabrik), während man in den Kontrollgesellschaften nie mit irgend etwas fertig wird: Unternehmen, Weiterbildung, Dienstleistung sind metastabile und koexistierende Zustände ein und derselben Modulation, die einem universellen Verzerrer gleicht.« (Deleuze 2017:257)

Die *Klinik* (Allgemeinärzte, Spezialisten wie Psychiater, Psychologen, andere Praktiker und deren Praxen) als zwischen-wissenschaftlicher Bereich war meist nur indirekt oder vereinzelt auf den von mir besuchten Konferenzen vertreten. Gleichzeitig war sie *der* zentrale Bezugspunkt, auf den immer wieder zurück gegriffen wurde und der für die beiden großen Forschungsbereiche der »Alzheimer-Bewegung« (Care und Neurowissenschaften) ausschlaggebend zu sein scheint, da er die Verbindung zum Individuum bzw. Subjekt herstellt. 2019 in Den Haag breitete sich, stärker als im Vorjahr, das Bild der Klinik als systemische Exekutive aus (vgl. Arney et al. 1984), die vom Ort des (potenziellen) Patienten aus zwei verpflichtende Richtungen kennt:

Einerseits bezieht sich die Klinik auf das *Funktionieren des Patienten in der Gesellschaft* (extern, außerhalb des Körpers). Hierfür ist »Care«<sup>5</sup> zuständig. Care bezieht sich auf das post-diagnostische globalgesellschaftliche Zurechtkommen des Individuums und seiner Umwelt (Inklusion, Integration, soziale Teilhabe, Sorge, Pflege, Hilfstechnologien etc.). Care setzt die Klinik als Kennzeichner des zu behandelnden und zu pflegenden, zu um- und versorgenden Individuums durch (möglichst frühe bzw. »zeitige«) *Diagnose* bzw. *Diagnostik* voraus (vgl. Castel 1983 und 3.3.3.3). Die Klinik legitimiert die Versorgung durch Pflege- und Sozialwissenschaften, welche wiederum die (frühe) Diagnose durch die Klinik legitimieren. De Vugt und Kollegen von der School for Mental Health and Neuroscience, dem Alzheimer Centre Limburg und dem Maastricht University Medical Centre bescheinigen der frühen Diagnose nur Vorteile, *solange* diese von postdiagnostischem Support gefolgt wird: »[D]rawbacks of an early diagnosis may outweigh the benefits if people are left with a diagnosis but little support.« (Vugt et al. 2013:54) Und auch wenn sich die prä-demenziellen Diagnosemöglichkeiten verbessert hätten und auch Wissen über frühzeitige Care-Interventionen angehäuft wurde, gebe es den dringenden Bedarf nach weiterer Forschung; speziell zum Thema »early caregiver interventions [...]». As

5 Care ist auch mit Pflegewissenschaften zu übersetzen, was meiner Betrachtung aber nicht ganz gerecht wird, da Care die Wissenschaften *und* die praktische Umsetzung meinen kann.



levels of stress and burden are still low in the predementia stage it provides excellent opportunities to empower the resources of caregivers.« (Ebd.) Auch wenn die (klinische) Diagnose also ambivalent gesehen wird, wird sie in Kombination mit post-diagnostischem Support empfohlen und auch die Frühdiagnostik diskursiv etabliert.

Andererseits bezieht sich die Klinik auf das *biologische Funktionieren im Körper des Patienten* (intern, innerhalb des Körpers, im Gehirn). Hier sind die Neurowissenschaften tonangebend. Sie beobachten Gehirngewebe, erheben biologische, neuromolekulare Korrelationen und entwickeln Assoziationen sowie Modelle für potenzielle Mechanismen im Gehirn. Für sie ist die Klinik die Zielscheibe ihrer »translationalen« Bemühungen. Das heißt, die Neurowissenschaften sind stets auf der Suche nach einer klinischen Entsprechung ihrer im Labor generierten Erkenntnisse. Die Klinik soll schließlich Verbindungen legitimieren zwischen tatsächlichen demenziellen Syndromen und pathologischen Merkmalen der Alzheimer-Krankheit und daraus die für den Care-Bereich notwendige Diagnose festmachen. Im Gegensatz zu Care, deren Verbindung zur klinischen (Symptom-)Diagnose klar ist, verharren die Neurowissenschaften in einem vagen Wechselspiel mit der Demenz-Klinik bzw. Alzheimer-Klinik. Angesichts der völlig fehlenden Einsichten über Mechanismen der Alzheimer-Pathologie scheint die *Diagnostik* der sekundären Prävention wie oben beschrieben ein geeignetes Mittel zur Überwindung der Barriere zur Klinik (siehe Kapitel 3.1 und 3.3). Allerdings:

Im Falle einer Umsetzung des oben beschriebenen Trends zu sekundärer Prävention würde der Kliniker noch weiter auf ein systemisches Steuerelement der ihn umgebenden Wissenschaften reduziert werden. Die symptomatischen Erfahrungen des Patienten als Bindeglied der Systemumgebungen (Körperäußeres: Gesellschaft etc. und Körperinneres: Zellen etc.) würden größtenteils obsolet. Die »neurowissenschaftlichen Verwalter« des Körperinneren würden den »sorgenden Verwaltern« des Körperäußeren (Care) direkt zuarbeiten, ohne die aufwendige Frage von symptomatischen Wechselfällen aufwerfen zu müssen. Eine systemische Kontrolle, deren Instanzen fließend ineinander übergehen, überwindet die Disziplinen und ihre Lokaltäten (vgl. Deleuze 2017). Frühzeitige Screenings schaffen analog zum kontrollgesellschaftlichen »lebenslangen Lernen« eine »lebenslange Diagnose«, die harmonisch in »lebenslange Sorge« übergehen kann, ohne ein Einschließungsmilieu wechseln zu müssen. Krankheiten im System kennen vor allem ein *vor* und ein *nach* dem Symptom, jenseits der lebensweltlichen Erfahrung oder der individuellen Erzählung eines Menschen. Die das Subjekt determinierende Molekularbiologie und die aus ihr resultierenden sozialen Konsequenzen werden diesem eingeschrieben ohne klinische Praxis; auch ohne organische Relevanz, sondern allein durch den »biotischen Code« einer Hirnpathologie ohne phänomenologisches Krankheitsbild. Die Medizin, durch welche die Alzheimer-Krankheit, die Psychiatrie und die Hirnforschung entwickelt und etabliert werden konnten, verschwindet

weitgehend; sie ist vor allem Kennzeichner der Subjekte (vgl. Castel 1983), die in ein Versorgungs- und Verwaltungssystem eingepflegt werden sollen. Das »weiße kapitalistische Patriarchat« der Ärzteschaft wird ersetzt von der »Informatik der Herrschaft« durch Neurowissenschaft und Care; die Diagnose durch den Arzt wird abgelöst von der Diagnostik durch die Technologien des Neuro-Ingenieurwesens. Haraway versinnbildlicht den Wandel biomedizinischer Produktion vom 19. zum 20. Jahrhundert in einer Tabelle von Dichotomien, die unter anderem folgende Zeilen beinhaltet:

[19. Jahrhundert	20. Jahrhundert]
Repräsentation	Simulation
Bürgerlicher Roman	Science Fiction
Realismus und Moderne	Postmoderne
Organismus	Biotische Komponente, Kode
Arbeit	Text
Biologie als klinische Praxis	Biologie als Einschreibung
Physiologie	Kommunikationstechnologie
Kleingruppe	Subsystem
Weißes kapitalistisches Patriarchat	Informatik der Herrschaft

(vgl. Haraway 2014:149f.)

Der von Donna Haraway skizzierte Schritt vom bürgerlichen Roman zur Science-Fiction wird gegenwärtig aufgelöst durch eine von Molinuevo (2018) skizzierte »Science-Reality«, die im großen Narrativ von Alois Alzheimer und Auguste Deter ihren Anfang nahm und heute eine neue Qualität von wissenschaftsbasierter sozialer Realität hervorbringt. Seit der Antike mag das Leben die Kunst imitiert haben (vgl. Wilde 1905). Heute imitiert das Leben die Wissenschaft, sofern es (noch) nicht mit ihr identisch ist.

Aus der medizininternen Risikogruppe der »Älteren«, deren »Multimorbidität« und individuelle Anfälligkeit für »unerwünschte Arzneimittelwirkungen« sich unmittelbar aus veränderten Stoffwechselvorgängen und anderen körperlich manifestierten Aspekten ergibt, wurde »das Alter« als rein statistisch erfasstes, per se

risikobehaftetes Merkmal eines globalen *Dividuums* (vgl. Deleuze 2017). Dabei hat sich die Form der Iatrogenese (vgl. Illich 2007; Kap. 1.1.2.3) so verändert bzw. erweitert, dass die *Erzeugung von Krankheit* ein vom Arzt unabhängiger Prozess wurde, durch den der individuelle Körper (und das Gehirn) einerseits im Sinne einer biologistischen Ethopolitik (vgl. Rose 2018) zum alleinigen Zentrum der (alltagsbezogenen) Macht wird, der aber andererseits das Phänomen Demenz von der körperlich-sinnlichen Erfahrung und damit vom Individuum gänzlich isoliert. Die Sorge um den Menschen wird zur Sorge um die Krankheit, vollzogen nicht von Ärzten, sondern von Lebenswissenschaftlern: von Bioinformatikern, Biochemikern, Molekularbiologen oder Pflegewissenschaftlern. Diese Verschiebungen werden als Hoffnung in einer gesamtgesellschaftlich drohenden Demenz-Krise verstanden, gehen allerdings mit einem neuen Krankheitsbegriff einher, welcher durch seine Individuen-unabhängige Existenz gesellschaftliche Herausforderungen von neuer Qualität heraufbeschwört. Lebenslange Diagnose (durch *Diagnostik*) und lebenslange Sorge (mithilfe der *Care-Wissenschaften*) mögen eine obligatorische Antwort auf die Krise sein, sie *bedeuten* allerdings mehr als nur einen erhöhten materiellen Ressourcenaufwand. Der asymptomatische Patient relativiert den Begriff der Iatrogenese: Einerseits, weil der Arzt (griechisch: Iatros) kaum noch vorkommt, andererseits, weil ein Leben jenseits von (re-)produzierten, definierten und kalkulierten Krankheitszuständen kaum noch denkbar scheint.

Agamben begründet die Möglichkeit des problem- und nahtlosen Übergangs von demokratischen und totalitären Systemen im 20. Jahrhundert damit, dass das biologische Leben *überall* das politisch entscheidende Faktum darstelle (vgl. Agamben 2014:194). Ich will hier eine »Analogie der Digitalität« herstellen, welche Thanatopolitik und Kontrollgesellschaft verbindet: Das biomedizinische *Dividuum* nach Deleuze sowie die modulhafte Koppelung von Neuro- und Pflegewissenschaften ohne den dezidiert ärztlichen Umweg scheinen plausible Erscheinungen zu sein »in einem Umfeld, wo die Politik sich schon seit längerem in Biopolitik verwandelt hatte und wo der Einsatz nunmehr bloß darin bestand, zu bestimmen, welche Organisationsform sich für die Pflege, die Kontrolle und den Genuß des nackten Lebens am wirksamsten erweisen würde.« (Agamben 2014:194)

Das Verschmelzen oder stufenlose Ineinanderwirken von Subjekt, Objekt, Krankheit, Technologien und Wissenschaften ermöglicht eine Grenzenlosigkeit der institutionellen Versorgung, welche kaum noch eine Abwägung eines einzelnen Arztes oder eine Selbstbestimmung des Individuums zulässt.

## 4.5 Alzheimer-Frühdagnostik und Prävention

Wie ich vermute, geht das Alzheimer-Frühdagnostik-Projekt über das ursprüngliche biopolitische Zusammenspiel von Disziplinierung der Individuen und Regu-

lierung der Masse hinaus. Wenn man jedoch allein die Dressur der Individuen im Kontext der Demenz betrachtet, also hier die Frage nach den »Disziplinartechnologien der Arbeit« (Foucault 2014a:91) stellt, kommt man zwangsläufig auf lebensstilbasierte Prävention zurück. Die Parolen für gesunde Ernährung, Bewegung oder soziale Aktivitäten ertönen heute – im Zeitalter der Ethopolitik (vgl. Rose 2014) – so laut wie nie zuvor. Dennoch scheint das Paradigma einer eigenverantwortlichen Prävention im Falle der Alzheimer-Forschung in gewisser Hinsicht abgelöst oder zumindest eingeschränkt zu werden. Das Alzheimer-Wissen scheint eine Kontrolltechnologie vorzubereiten, die vom hohen Alter (altersassoziierte Protein-Ablagerungen) in den Bereich des erwerbsfähigen Alters zurück-reicht, ohne dass dem Individuum selbst ein Großteil der aufwendigen Präventionsarbeit auferlegt werden muss.

#### 4.5.1 Prävention: individuell oder *dividuell*?

Die Alzheimer-Krankheit ist also nicht nur ein interessantes biopolitisches Phänomen, weil es dabei um die Menschen geht, die potenziell aus dem Feld der Fähigkeiten und Tätigkeiten herausfallen, und um die, die ein Herausfallen weitgehend verhindern wollen – ob über individuelle Disziplinierung, globale Milieuveränderung oder andere, politisch oft unbequeme Ansätze (vgl. Foucault 2014a). Diese Aspekte sind seit der »gesellschaftlichen Besserstellung« des Alters im 18. Jahrhundert geläufig (vgl. Illich 2007:134ff.), nach wie vor zu beobachten und prägen das Leben in den (post-)industriellen Ländern gar fundamental. Die gegenwärtige Alzheimer-Biopolitik ist vor allem deshalb so bemerkenswert, weil sie dazu tendiert, *auf rein techno-bürokratischem Wege* vom Feld der Nichterwerbsfähigkeit in das Feld der Tätigkeiten und Fähigkeiten hineinzuragen. Dabei wird das taugliche Individuum nicht nur diszipliniert, sein »Leben« von seinem »letzten Abschnitt« aus nicht nur reguliert, sondern alles zusammen, die gesamte Lebenszeitspanne des *dividuellen* Schwarms soll lückenlos *kontrolliert* werden. Die Alzheimer-Krankheit ist selbst eine Technologie, um »leben zu machen«, von einem Standpunkt aus, der in der unmittelbaren Gegenwart des arbeitstauglichen Körpers nicht erfahrbar ist. Das disziplinierende tauglich Machen des asymptomatischen arbeitsfähigen Menschen, welches gleichzeitig eine lebensstilbasierte Prävention von Demenz darstellt, spielt hier nur noch eine untergeordnete Rolle. Die Erfassung von Proteinablagerungen im Gehirn im Zuge einer sekundären Alzheimer-Prävention tritt vornehmlich an die Stelle disziplinierender Lebensstilprävention.

Die vorliegende Arbeit ging von der impliziten Hypothese aus, dass das unser wissenschaftlichen Weltbild entsprechende Verschieben von wissenschaftlicher Eindeutigkeit in die Zukunft stets neue Forschung impliziere. Dies geschehe in der nie endenden Hoffnung auf das Gute in Form einer wissenschaftlichen Lösung des Problems, am besten der Entdeckung eines Heilmittels in der Zukunft.

Prävention dagegen will das Übel verhindern, sehe also das Schlechte, Böse, Drohende in der Zukunft. Nun impliziert allerdings auch die Prävention weitere Forschung und die Forschung weitere Prävention. Ein Wechselspiel und Kreislauf von sich vermeintlich widersprechenden, aber vor allem gegenseitig bedingenden Ansätzen ist hier auszumachen. Erstere Reihenfolge (Prävention führt zu Forschung) ist allein deshalb unabdingbar, da, wie wir im Kapitel zur Prävention schon gesehen haben, stets ein forschender Wille zum Wissen nötig ist, um die Bedingungen für drohendes Übel zu kennen und dieses schließlich zu verhindern (vgl. Kapitel 1.2.1.2). Zweiterer Punkt allerdings, dass durch Forschung gewonnenes Wissen automatisch weitere Präventionsaktivitäten impliziert, wird meinen Beobachtungen zufolge transformiert, weil sich Fokus und Charakteristika der Präventionsbemühungen verschieben. Wie im letzten Absatz angedeutet, geht es bei der sekundären Alzheimer-Prävention eben nicht mehr nur um die Disziplinierung der Individuen und deren subjektiven Lebensstil oder um die vorsorgende Regulierung der Bevölkerung, sondern auch und vor allem um die akute Kontrolle eines »dividuellen Kontrollmaterials«.

Neben dem oben beschriebenen Vortrag von Prof. Molinuevo in Barcelona bestärken auch Prof. Düzels in Weimar getätigte Aussagen die These, dass »Prognostik«, »Frühdiagnostik«, »Früherkennung« oder »Vorsorgeuntersuchungen« (durch PET, Biomarker etc.) und die Behandlung vor Krankheitsausbruch und Symptomen an die Stelle der Alltags-Prävention treten bzw. den Präventionsbegriff diskursiv für sich in Anspruch nehmen (vgl. Kapitel 3.3). Obwohl Professor Düzel zufolge bis heute nicht klar ist, was genau sich bei einer Frühbehandlung verbessern soll – auch I3 stellte im Kontext der Früherkennung die Frage: »Was guck ich mir dann eigentlich an?« (INT3:35) –, ist das erklärte Ziel: die Entfernung von Amyloid-Plaques im Zuge einer *sekundären Prävention*. Düzel erwähnte diesbezügliche Schwierigkeiten wie die sehr hohen Kosten, den Zeitaufwand sowie die sehr subtilen Therapieeffekte. Doch gerade Letztere stellen, wie oben erwähnt, eher eine Stütze der Früherkennungs-Bewegung dar: Aufgrund des präklinischen Zeitpunkts der Behandlung wird die Kausalität zwischen Proteinablagerungen und Demenz-Symptomen marginal. Die Diagnose wird zu technologischer Diagnostik und deren Bezug zur Klinik kaum nachvollziehbar. Womöglich wird der Klinik-Bezug in der Zukunft gar nicht mehr vorhanden sein. Die bisher mangelhafte Studienlage (vgl. 3.1 und 3.3) könnte sich, wie oben beschrieben, allein durch diese Paradigmenverschiebung zu einem »biologischen Konzept« verbessern (vgl. Molinuevo 2018). Lebensstilforschung und Prävention durch Lebensstilanpassung büßen in diesem Zuge vermutlich große Teile ihres Deutungsfeldes ein.

Die Alzheimer-Krankheit wird heute verstärkt vom klinischen Kontext entfernt und auf eine molekular-biologische, neurowissenschaftliche, genetische und zerebrale Angelegenheit reduziert. Nach wie vor wird der Diskurs vom biomedizinischen Wissen bestimmt, doch werden nun auch die alltagsweltlichen Handlungs-

felder, die lange der Eigenverantwortung des liberalen Individuums unterstellt waren, über neurowissenschaftliche und biowissenschaftliche Ingenieurskunst gewissermaßen zurückerobert. Die Disziplinartechnologien der Lebensstil-Dressur werden in weiten Teilen verdrängt von den Dialekten einer spätmodernen Bio-Macht. Die Faktoren der Kontrolle erstrecken sich dabei von einem Phänomen des Alters auf die gesamte Lebenszeitspanne des menschlichen Subjekts und verwandeln die Masse der Individuen dabei in ein »*dividuelles* Kontrollmaterial«, welches zwischen Disziplin und Biopolitiken oszilliert, aber niemals vollständig an einem der Pole der Bio-Macht ruht.

In jedem Fall kann konstatiert werden, dass die lebensstilbasierte Demenz-Prävention einer »drohenden Krankheit in der Zukunft« (»das Böse liegt vor uns«) mittels des per se positiver konnotierten Heilsversprechungskonzepts der Alzheimer-Forschung (»das Gute liegt vor uns in der Zukunft«) in eine Phase der Alzheimer-Frühdagnostik und Alzheimer-Vorsorgebehandlung überführt wird. Natürlich basiert der Präventionsgedanke weiterhin auf Angst vor einem Übel. Doch die Antwort darauf geriert sich mehr und mehr positiv und positivistisch. *Der potenzielle Patient der Lebensstilprävention wollte das Übel (die Krankheit) verhindern, der asymptomatische (bereits kranke) Patient lebt in der Hoffnung und im Glauben an die Heilsversprechungen der Forschung.*

Das einst auf privaten Lebensstil und Lebenswandel des Individuums bezogene Feld der Prävention wird mit der sekundären Prävention noch unmittelbarer medikalisiert. Man könnte annehmen, dass das Überholen des meritokratischen Public Health- und Präventionsprinzips eine Repolitisierung von Krankheiten und eine Stärkung der Gesellschaftsmitglieder als Träger der Verhältnisse zufolge hätte. Nicht mehr nur das Individuum, sondern die ganze Gesellschaft würde herangezogen, um dem psycho-sozialen Phänomen Demenz bzw. der Alzheimer-Krankheit zu begegnen. Allerdings ist angesichts der institutionalisierten Motive dieses Wandels von Prävention zu Früherkennung eine Zunahme von Bürokratisierung, Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Technisierung zu erwarten. Diese wiederum werden kaum zu einer politischen und gesellschaftlichen Ermächtigung von Bürgern und Zivilgesellschaft bezüglich Umgang mit Krankheit und Kranken führen, da sie selbst als Ursache und Ergebnis der Strukturen und Dynamiken betrachtet werden müssen. Die Kontrolle um der Kontrolle willen (vgl. Deleuze 2017) reproduziert sich auch in diesem Falle autopoietisch. Die Krankheit wird in der Verwaltung erzeugt und verlässt diese zu keinem Zeitpunkt. Nur der Grad, in dem der individuelle Körper in das System eingespeist wird, variiert von Zeit zu Zeit.

## 4.5.2 Frühdiagnostik und die »soziale Grammatik der Vorbeugung«

Ich will nun noch einige Punkte aus Bröcklings Essay »Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention« (2008) im Kontext des empirischen Materials kommentieren (vgl. Kapitel 1.2.1.2).

Zu Punkt eins: Prävention als zeitliches, *auf die Zukunft gerichtetes Verhindern* ist in der von den Alzheimer-Forschern angestrebten Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung wiederzuerkennen, allerdings mit bestimmten Verschiebungen. Bröckling behauptet, Prävention brauche eine auf Indizien beruhende *Prognose* zukünftiger unerwünschter Zustände sowie *Fehlentwicklungen*, die sich ohne Eingreifen verschlimmern, deren *Risiko* sich aber durch eine Intervention *minimieren* lasse. Diese Intervention müsse sich schließlich *als »Hilfe« konzeptualisieren* lassen (vgl. ebd.:38f.). Das Konzept der Hilfe ist klar: Menschen mit Demenz oder mit drohender Demenz wollen Hilfe, angesichts Tod, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Stigmatisierung, Einsamkeit etc. Ein Risiko ist ebenfalls auszumachen im Kontext von Demenz. Und Indizien gibt es auch genügend in der neurowissenschaftlichen Forschung. Doch worin besteht die den Risiken und Indizien zugrunde liegende Fehlentwicklung? In den Proteinablagerungen? In den demenziellen Symptomen? In deren vager Verbindung? Vielleicht ist hier Schüleins Ansatz des antizipatorischen aktiven Handelns (1983) wieder heranzuziehen: Die infrastrukturelle Antizipation und das Herstellen von Bedingungen durch das Frühdiagnostik-Projekt ist in jedem Fall eine aktive Handlung des Machterhalts, indem hier der Begriff der »Fehlentwicklungen« ausgelotet, demenzielles Verhalten als selbstverständlich unerwünscht dargestellt und nach Möglichkeit mit Amyloid-Plaques und Neurofibrillen gleichgesetzt wird; ganz im Sinne einer sich aufklärerisch gerierenden Kultur der »Neuromythologie« (Hasler 2013).

Zu Punkt zwei: In unseren empirischen Beobachtungen ist außerdem ein *radikalisiertes und durch-technisiertes Kontingenzverständnis* wiederzuerkennen: Das »*dividuelle* Kontrollmaterial« und dessen Verschmelzung mit der Alzheimer-Krankheit sieht nicht (nur) das Handeln der Menschen, sondern den sozialen Rahmen der Möglichkeiten selbst als veränderbar. Krankheit und Mensch können »kreationistisch« angepasst werden (vgl. Kapitel 1.3.2.8); entsprechend der Paradigmen und Parameter des neuesten wissenschaftlichen Standes. Die Wechselfälle des Lebens werden eingepflegt in ein kybernetisches Modell von Krankheit, Mensch und Gesellschaft.

Zu Punkt drei: »Verhaltens- steht neben Verhältnis-, Spezial- neben Generalprävention, Individuum-zentrierte konkurrieren mit Risikogruppen- oder bevölkerungsbezogenen Ansätzen, Zwangsmaßnahmen mit Aufklärungskampagnen.« (Bröckling 2008:41f.)

Auch Demenzprävention basiert auf eine Vielzahl heterogener Technologien. Prävention durch Lebensstil ist z.B. Verhaltensprävention, Spezialprävention



gegen Demenz ist gleichzeitig Generalprävention für eine gesundes Alter(n) und sorgt für Ausgeglichenheit und Fitness im gegenwärtigen Alltag der Arbeitswelt. Der mögliche Wandel von Lebensstil-Prävention hin zu medizinischer Vorsorgebehandlung ist auch deshalb interessant, weil Letzterer insofern die Oberhand zusteht, als sie milieuabhängige Umweltfaktoren und individuelles Verhalten als Folgen unserer konsum-liberalen Bedürfniskultur unangetastet lassen kann. Durch die dezidiert medizinische Produktion kann das Frühdiagnostik-Projekt sogar diverse Arten neuer Produkte und Konsummöglichkeiten hervorbringen, ohne das einzelne Individuum in die Zwangslage einer Enthaltung oder »Selbstbegrenzung« (vgl. Illich 1975) zu bringen.

Zu Punkt vier: Prävention ist niemals abgeschlossen, erst recht nicht, wenn das Objekt der Prävention ein zerlegbares Subjekt darstellt. Der »Normalmensch« kann und muss in diesem Zuge ständig neu definiert und aktualisiert werden. Mehr noch: er kann zusammengesetzt werden aus idealen Normalwerten, die sich ständig und in Echtzeit selbst nach oben korrigieren.

Zu Punkt fünf:

»[O]hne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention. Vorbeugung impliziert daher systematische Wissensproduktion. ›Voir pour savoir, savoir pour prévoir, prévoir pour prévenir‹, heißt es schon bei Comte. Biologische Prozesse, menschliches Verhalten und erst recht soziale Phänomene lassen sich jedoch in den meisten Fällen nicht auf eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge reduzieren, und selbst wenn Kausalerklärungen Plausibilität beanspruchen können, gilt das nur a posteriori. In Bezug auf die Zukunft sind dagegen nur Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich.« (Bröckling 2008:42)

Der Wille zum Wissen ist ein herausragend wichtiger Aspekt der Alzheimer-Forschung, in verschiedener Hinsicht. Unter anderem deshalb, weil das *Generieren von Wissen* hier nicht nur eine zwar wichtige, aber hintergründige Funktion einnimmt, sondern auch ein explizites Zugpferd des öffentlichen Diskurses und seiner Inhalte darstellt. Der immanente Wissenschaftskontext ist nicht in allen medizinischen Präventionsdebatten so prominent vertreten. Zudem ist die vermeintlich basalste Ausgangsposition noch nicht einmal erreicht: das Wissen um die Ätiologie. Natürlich ist, wie im Theoriekapitel beschrieben (vgl. 1.2.1), bei Zukunftsvoraussagen stets nur von Wahrscheinlichkeit und nicht von Sicherheit zu sprechen. So mag auch die Hypothese einer Ätiologie oder bestimmter Mechanismen bereits den Anforderungen von präventivem Eingreifen entsprechen. Man könnte argumentieren: Wenn eine Voraussage sowieso nur wahrscheinlich richtig ist, warum sollte dann eine nur wahrscheinliche Ätiologie, die die Wahrscheinlichkeit der Voraussage nur quantitativ etwas einschränkt, nicht als Ausgangspunkt herangezogen werden, um wenigstens eine geringe Chance auf Vorbeugung zu haben. Warum sollten die technologischen, wissenschaftlichen, bürokratischen



und ökonomischen *Verbindlichkeiten* die interviewten Wissenschaftler also nicht dazu bringen, Indizien grundsätzlich den diskursiven Status von Beweisen zu übertragen (siehe Kapitel 3.1.1)? Außerdem stabilisieren nach Popitz (1968) »[n]icht nur die verhängten Sanktionen, sondern auch die nicht entdeckten und folglich auch nicht geahndeten Normverletzungen [...] die Rechtsordnung, weil sie diese von der Überforderung durch einen lückenlosen Sanktionszwang entlasten, ohne den Geltungsanspruch der Normen preiszugeben.« (Bröckling 2008:43)

Es mag problematisch anmuten, Verbrechensprävention auf die Verhinderung der Alzheimer-Krankheit zu übertragen. Doch gerade hier scheint die Dunkelziffer, sowohl der nicht Diagnostizierten als auch und *vor allem der früh Diagnostizierten, die angesichts der vagen Pathologie-Symptom-Assoziationen nur vermeintlich erkranken würden*<sup>6</sup>, eine wichtige Rolle zu spielen. Denn vor allem der Geltungsanspruch der neurologischen Alzheimer-Forschung, der durch das Zulassen der »Lücke« des Nichtwissens geschützt wird, legitimiert überhaupt erst Prävention in der Form, in die sie sich als Früherkennung und Vorsorgebehandlung gegenwärtig transformiert. Schließlich bewegt sich die sekundäre Alzheimer-Prävention außerhalb oder zumindest nur am Rande von Bröcklings Beobachtung: »ohne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention« (ebd.:42). Es soll hier Prognostik und Prävention geben, gerade weil es keine klare Ätiologie gibt. *Gerade weil das Wissen lückenhaft ist, soll eine lückenlose Kontrolle der Daten und Informationen stattfinden.*

Zu Punkt sechs: Normen und Normalwerte werden im Fall des Frühdiagnostik-Projekts nicht nur angepasst. »[E]ine diffuse, räumlich wie zeitlich weit verstreute Menge von Menschen in eine Population zu verwandeln« (Bröckling 2008:44), um »Normbrüche, Pathologien und Abweichungen« (ebd.:43) zu bestimmen, ist kaum noch nötig, weil das »Kontrollmaterial« eine Verschmelzung von Individuum, Bevölkerung und Krankheit voraussetzt. Außerdem werden soziale Normbrüche (deviantes Verhalten) von der neuromolekularen Pathologie getrennt und nur Letztere als eigentlicher Richtwert betrachtet. Die soziale »Denormalisierungsangst« (ebd.:44) der modernen Menschen wird im Falle der Alzheimer-Demenz auf die Zukunft projiziert und zu großen Teilen eingenommen von technischen Werten, welche einen »selbstverantworteten« sozialen Umgang mit Norm-Abweichung größtenteils ablösen.

Zu Punkt sieben: Die lebensstilbasierte Eigenverantwortung des Subjekts und seine gleichzeitige Unterwerfung unter einen »Komplex von [...] Risikofaktoren« (Castel 1983:51) scheinen hier kaum noch eines Wechselspiels zu bedürfen. Das »Ideal der Mathematisierbarkeit« (Bröckling 2008:44) thront über den lebensweltlichen Wechselfällen der phänomenologischen Gegenwart und entmachtet das Individuum räumlich und zeitlich durch rein technik-bezogene Vorhersagen. Die kybernetische Totalisierung durch Prävention lässt der Individualisierung durch

6 Sogenannte falsch-positiv-Diagnosen

Prävention nur Platz im Sinne einer biologistischen Risikoperson, die sich aus der Personalisierung nicht individualisierbarer Daten ergibt (vgl. Kapitel 3.3.3.4, »Session A«).

Zu Punkt acht: Diesen Aspekt habe ich bereits in meinem Kommentar zu Punkt eins tangiert. So fortschrittlich die Technologien des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts auch sind, seine gesellschaftliche Rolle ist konservativ: »[D]as Wissen, die Werturteile und damit die Machtkonstellationen der Gegenwart« (ebd.:45) werden hier fest eingeschrieben und reproduziert. Z.B.: Altern sei zu verhindern. Demenz sei eine Krankheit. Demenz sei zu bekämpfen. Demenz entspreche größtenteils der Alzheimer-Krankheit. Die Alzheimer-Krankheit sei rein biologisch zu fassen. Demenz sei im Gehirn zu verorten. Demenz sei auf das Gehirn zu reduzieren. Demenz sei verhinderbar. Demenz sei behandelbar. Und so weiter.

Zu Punkt neun: Bröckling meint, Prävention werde als »billiger« eingeschätzt als Therapie oder Sanktion. Kosten-Nutzen-Kalküle scheinen mir im Kontext des Alzheimer-Frühdagnostik-Projekts vor allem insofern wichtig, als sie das »unternehmerische Selbst« entlasten und von einem Teil seiner individuellen Bürde freisprechen. Gerade in dieser Hinsicht ist die Rolle des Individuums von großer Bedeutung für frühdiagnostische Verfahren: Es kommt nicht mehr vor. Oder doch?

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

Bröckling sieht genau das Gegenteil. Das Individuum ist wie nie zuvor zum Selbstregime verpflichtet. Doch vielleicht ist es auch so: Die Sorge um sich wird zu einer Kontrolle des Selbst, indem der eigene Lebensstil potenziell jederzeit abgeglichen werden könnte durch ein Screening, ohne auf den Tag der potenziellen Erkrankung »warten« zu müssen – so könnte der Lebensstil im Zweifel korrigiert werden durch eine Technikanwendung. Diese Technikanwendung aus z.B. Kostengründen zu vermeiden, könnte allerdings ein Ziel sein, das den Lebensstil des unternehmerischen Selbst in einem meritokratischen Kreislauf hält.

### 4.5.3 Zwei abschließende Punkte

Abschließend will ich noch zwei allgemeine Punkte zum Präventions-Begriff ansprechen:

Erstens: Lebensstil-Prävention durch das Subjekt wird heute zwar meist auf »naturwissenschaftlich fundierten« Erkenntnissen durchgeführt, ist aber vor allem von kollektiven Glaubenssätzen abhängig und wird in seiner Evidenz und vor allem Nützlichkeit kaum hinterfragt. Hier verquicken sich Vobrubas (1983) Gegen-

überstellung von institutioneller und personeller Prävention mit der von Berger und Luckmann (2018) konstatierten inhaltsunabhängigen Stabilität von Stützkonzeptionen wie der Medizin. Dem damit gleichzeitig in seiner Subjektivität aufgewerteten Individuum wird die Möglichkeit gegeben, seine Lebenschancen zu verbessern, indem es den institutionellen Präventionsvorgaben entspricht. Gleichzeitig wird eine (selbst-)reflexive Prävention institutionell verhindert, da die Institutionen den Problematisierungsfokus und damit auch den Rahmen für Inhalte und Durchführungen der Maßnahmen bestimmen. Aus diesem Grund scheint es plausibel, dass der Schritt fort von der individuellen Lebensstilprävention durch das Individuum hin (bzw. zurück) zur institutionellen Vorsorgebehandlung bzw. medizinischen Sekundärprävention durch Biotechnologie von den Diskursteilnehmern nicht unbedingt als ein qualitativer Schritt betrachtet wird.

Zweitens will ich folgendes Zitat kommentieren:

»Der Unbestimmtheit des Begriffs – das einzige, was die heterogenen Formen präventiven Handelns verbindet, ist ihre zeitliche Struktur: das Zuvorkommen – entsprechen die praktischen Ambivalenzen vorbeugender Interventionen. Im Zeichen von Prävention geschieht Humanstes wie Inhumanstes. Vorbeugung rettet, verlängert und verbessert Leben, sie mindert Leid und Unsicherheit. Vorbeugung kann aber auch gewalttätig, ja mörderisch sein. Sie legitimiert die Todesstrafe ebenso wie die Errichtung von Gefängnissen, Zwangssterilisierungsprogramme ebenso wie die Abtreibung behinderter Föten.« (Bröckling 2008:39)

Bröcklings Gegenüberstellung mag auf die westliche Welt bezogen und idealtypisch sein; und dennoch ist bemerkenswert, dass er die für ihn mit dem Inhumanen verbundene Todesstrafe dem Humanen in Form von Lebensverlängerung und Sicherheit gegenüberstellt. Ich will seine Aussage, die durchaus einer Wertung nahekommt, nicht wiederum bewerten, sondern darauf hinweisen, dass Bröckling in seinem plausiblen Essay nicht umhinkommt, Stellung zu beziehen, um das »Zuvorkommen« durch Prävention adäquat zu beschreiben. Prävention impliziert Selektion. Diese Selektion wird durch das Ersetzen von »personeller Prävention« (vgl. Vobruba 1983) durch Frühdiagnostik und Vorsorgebehandlung der mit Alzheimer assoziierten Proteinablagerungen im Gehirn biographisch weiter nach »vorne« verlegt. Das heißt, der Scheidepunkt der Selektion entkoppelt sich von der Erfahrung des Individuums, wird technifiziert und an einer dezidiert institutionalisierten Stelle, jenseits von lebensweltlicher Nachvollziehbarkeit verortet. Mit dem Aufkommen des asymptomatischen Menschen werden sich Pole annähern, die bei Bröcklings Darstellung praktischer Ambivalenzen ganz selbstverständlich auf zwei verschiedenen Seiten einer ethischen Einschätzung stehen würden: Wann wird was wo durch wen bezüglich unseres Umgangs mit Demenz als human oder inhuman begriffen? Ist das bioinformatisch geleitete Alzheimer-Frühdiagnostik-Projekt ein Schritt in Richtung Rettung, Verlängerung oder Verbesserung des Le-

bens? Vermindert dies Leid oder Unsicherheit (vgl. Bröckling 2008:39)? Und wenn ja, inwieweit oder wie lange gelten diese Optimierungen oder »Enhancements« dann als gut oder schlecht?

#### 4.6 Zur Enteignung des Narrativen durch das große Narrativ

Die European Working Group of People With Dementia (EWGPWD), die auf den Konferenzen in Barcelona und Den Haag vertreten war, ist die Greta Thunberg der »Demenz-Krise«. Ihr Einsatz scheint respektabel und wichtig. Doch wichtig für wen? Sie bringt einen Hauch von Drama auf die wissenschaftliche Bühne, gibt den »wirklich« Betroffenen ein Gesicht und befindet sich im Dilemma zwischen öffentlicher Aufmerksamkeit und der damit verbundenen Entsublimierung der bestehenden Rahmenbedingungen. Repräsentieren diese *ganzen Menschen aus Fleisch und Blut* der EWGPWD andere Menschen, eine Gemeinschaft, eine Organisation, ein (wissenschaftliches) Feld oder vielmehr eine übergeordnete »Science Reality«? In jedem Fall scheinen sie die Reduzierung ihres Selbst auf das Organ Gehirn und auf einen Teil eines meist quantitativ berechenbaren sozialen Systems zu befördern. Die kybernetische Gestaltung einer Versorgungskarriere zwischen medizinischer Prognose, fürsorglicher Klassifikation und inklusivem gesellschaftlichem und technologischem Umgang (siehe z.B. »ichó« in 3.3.1) entzieht ihnen weitgehend die Möglichkeit ihrer *eigenen individuellen* Erzählung und Erfahrung. Das von ihnen personifizierte *große Narrativ* ersetzt hier die Möglichkeit von Alternativen und befriedigt das Bedürfnis nach Sinn. Grammatische und strukturelle Vorgaben an die Erzähler in unserer Gesellschaft werden durch die vorsitzenden Repräsentanten der EWGPWD erfüllt; schon allein, weil sie als Allegorie der großen Erzählung nach Alois Alzheimer fungieren, weil sie unseren Vorgaben eines Plots und unserem Bedürfnis nach einer zentralen Heldenfigur (oder wenigstens Antiheldenfigur) Rechnung tragen (vgl. Baldwin 2006).

»I saw the darkness, now I see the stars. Research has changed my life!«

Wie steht es um die, die eine Erzählung anders fassen oder denen von vorneherein eine Nicht-Erzählung nachgesagt wird (vgl. Kapitel 1.3.1)?

Die EWGPWD gibt vor, die in Europa lebenden Menschen mit Demenz im Kontext der Wissenschaften und institutionellen Entscheidungen zu repräsentieren. Entsprechend dieser Kontexte übernimmt die Working Group in ihrer Arbeit auch die »biomedizinischen Dialekte« des Alzheimer-Diskurses. Ihre Sprache ist von technologischen Bildern geprägt und technologische Bilder sind ihre Sprache. Infolgedessen erscheinen auch die durch die EWGPWD zu repräsentierenden Menschen mit Demenz als einzelne Personen »teilbar«, weil sie selbst ihr »Inneres« (biologisches Funktionieren) und das ihnen »Äußere« (soziales Funktionieren) re-

präsentieren. Da auch sie als *dividuelle* Subjekte die Individuen abgelöst haben, ist eine Erzählung nur noch möglich, wenn sie sich auf die große Erzählung bezieht. Ein einzelnes Narrativ entfaltet seinen Sinn nur in einer systemischen »valuable connection«. Dieses Motto der Alzheimer-Konferenz 2019 in Den Haag weist weit über die Verbindung von neurowissenschaftlichen Hypothesen, über die Verbindung von Hirnzellen und über die alltagsweltliche soziale Verbindung zwischen Menschen hinaus. Wertvolle, nützliche, kostbare oder hochwertige Verbindungen sind dann vorhanden, wenn sie als solche anerkannt werden. Doch wer entscheidet hierüber? Wer entscheidet darüber, ob ein narrativer Strang tatsächlich vorhanden ist? Oder darüber, ob ein narrativer Strang nützlich sein muss?

Greta Thunberg repräsentiert ihrer Erscheinung zufolge die kommenden Generationen, die in unsere Welt geboren werden, in ihr zu leben und zu sterben haben. Doch vielmehr repräsentiert sie das, worauf ihre Argumentation beruht: den naturwissenschaftlichen Beweis des Klimawandels. Sie repräsentiert die Selbstverständlichkeit von Mess- und Berechenbarkeit der Welt, die gerade den Grundstein legte für eine grenzenlose Missachtung von Menschen, Tieren, Pflanzen und allem, was krecht und flucht. Wenn sie mit Windkraft den Atlantik überquert, um zu einem »Klimagipfel« zu gelangen, versinnbildlicht dies ein Dilemma zwischen dem Gefühl der Verpflichtung, sich einzumischen, und dem Befördern der Strukturen, gegen die sie zu kämpfen vorgibt. »Sie alle steigern die Eskalation, die abzuschaffen sie beabsichtigen.« (Illich 1975:29)

Einen ähnlichen Zwiespalt symbolisiert folgendes Zitat eines EWGPD-Mitglieds:

»We need more than medication; we need political inclusion and right support. My brain is not me. Even a new therapy must be accompanied by the social environments.«

Die Mitglieder der EWGPD handeln nach bestem Wissen und Gewissen. Dabei argumentieren sie ausschließlich innerhalb des großen Narrativs und innerhalb des Wechselspiels von Neurowissenschaften und Care-Wissenschaften, um nicht als rückständig angesehen oder ausgeschlossen zu werden; und um überhaupt erst aufgenommen werden zu können. Inmitten ihrer »Biosozialität«, ihrer »selbst mitbestimmten« biologischen Heimat und Identität (vgl. Rose 2014:455), bewegen sie sich sicher, in einer Sub-Gesellschaft, die sich »Alzheimer« nennt. Die mächtigen Patientenvereinigungen, deren Konferenzen ich besucht habe, sind die neuen Gesellschaften, die symbolisch dafür stehen, dass die »Volks-gesundheit« ersetzt wird durch den Ethos des Biologischen (vgl. ebd.), welcher schließlich im krisenhaften Leben *teilbarer Individuen* und in einem »echten Bedürfnis nach kollektiven Panikzuständen« (Agamben 2020) mündet und gleichzeitig aus diesen emporsteigt.

## 4.7 Zur Alzheimer-Krankheit in unserer Gesellschaft der Gegenwart

Nachdem die modernen Gesellschaften den »*natürlichen Tod*« zu einem Grundpfeiler des sozialen Fortschritts erklärt haben, erheben sie nicht mehr nur den Anspruch, dass ihre Mitglieder möglichst »ohne definierbare spezifische Ursache« (Illich 2007:141), aber unter medizinischer Betreuung sterben (vgl. Kapitel 1.1.2.2). Entsprechend unserer spätmodern-präventionistischen »Anthropologie im Gerundivum« (Bröckling 2008:42) *möchte man heute medizinisch betreut leben und sterben und dabei alle potenziellen und potenziell definierbaren Krankheits- und Todesursachen jederzeit ausschließen können.*

Wir leben in einer Gesellschaft der Kontrolle, in welcher die kleinsten Ritzen des Sozialen von biomedizinischen Auseinandersetzungen und Wissensflüssen ausgefüllt werden. Auch in den »alternativsten« Diskussionen bewegt man sich innerhalb einer biologiebezogenen technologisch-wissenschaftlichen Hemisphäre. Wir haben kaum noch Gelegenheit, auszubrechen aus dieser hegemonialen Helden-Erzählung, die der materialistischen Verbesserung, dem quantitativen Möglichen, der Verortung und Verfeinerung sowie einer hyperrationalistischen Plausibilität huldigt.

Nikolas Rose (2014) sieht in der Biopolitik der Gegenwart drei spezifische Politiken: Die neuen Strukturen der Kontrolle unterstellten die Unterscheidung zwischen dem, was normal, und dem, was pathologisch ist, einem Risikodenken. Eine solche *Risikopolitik* findet sich in den neuen Alzheimer-Projekten eindeutig wieder. Was ist die spätmoderne neuromolekulare Alzheimer-Krankheit und ihr »klinisches Kontinuum« mehr als – wenn überhaupt – ein Risiko, auf das nicht nur potenziell symptomatische Patienten, sondern am besten alle potenziell *asymptomatischen* Patienten, *alle* Menschen im Laufe ihres Lebens immer wieder getestet werden sollten? Außerdem sei die heutige Biopolitik Rose zufolge eine *Molekularpolitik*, in der die Lebenswissenschaften von einem neuen Wahrheitsregime gelenkt werden. Das heißt, Biologie und Biomedizin, aber auch »weiche« Wissenschaften wie Sozial- und Pflegewissenschaften, verstehen – wie Haraway es formuliert – Körper als »beinahe-identisch« (vgl. Haraway 2014:146) mit Technik und Sprache. Das Leben werde mithilfe eines eher semiotischen, linguistischen, nicht-mechanistischen Vokabulars, wie z.B. »Botschaften, Information, Programme, Codes, Anweisungen, Entschlüsselung« (Canguilhem 1994; zit.n. Rose 2014:446f.), erfasst. Auch hier ist eine Alzheimer-Krankheit wiederzuerkennen, die sich komplett über das Gehirn und den »neuromolekularen Blick« (Abi-Rached et al. 2010) definiert und deren neueste Bewegungen sich aus Imaging-Technologien, der datenbasierten Verschmelzung von Patient und Krankheit und den entsprechenden Big Data- und Open Source-Clouds speisen. Der dritte Punkt nach Rose: *Ethopolitik*. Auch wenn, wie ich in Kapitel 4.5 angedeutet habe, lebensstilbasierte Prävention bis zu einem gewissen Grad von den neuen Alzheimer-Kontroll-Technologien abge-

löst wird, so sind neurowissenschaftliche »Empfehlungen« heute einerseits von einer ethisch-juridischen Natur und eminent wichtig für die dressurbezogenen Technologien des Selbst, welche uns sagen, *wie* wir unser Leben zu leben haben. Andererseits reproduzieren und propagieren Patientenorganisationen oder andere Bindeglied-Gruppen wie die EWGPWD die Vormachtstellung des Alzheimer-Wissens und dessen ethisches Recht, aktiv und mit physischen Mitteln in das Leben und die Seelen der Bevölkerung einzugreifen und diese zu re-konstituieren, um jederzeit einen kontrollierenden technologischen Abgleich von »Gesundheitszustand« und »Lebensstil« machen zu können.

Die von mir beschriebenen Bewegungen des Frühdiagnostik-Projekts hin zu regelmäßigen Alzheimer-Screenings sind eindeutig auszumachen. Die Screenings werden in der Praxis noch nicht flächendeckend durchgeführt, weil die technologische Infrastruktur und ökonomische Legitimation noch nicht vorhanden sind. Doch es wird in Aussicht gestellt und bald etabliert sein.<sup>7</sup> Gerade die Kombination des in Aussicht Stellens und der (noch) mangelhaften Diagnose-Technologien bemächtigt neue Wissenschaftszweige wie die Bioinformatik mehr und mehr, die alten Wissenschaften und mit ihnen die Lebenswelt der Menschen zu kolonisieren. Denn solchen neuartigen Wissenschaften der Steuerung, Teilung und Zählung wird zugetraut, Aporien, die sich aus der Qualität einer Sache ergeben, über quantitative Wege zu überwinden.

»Es bedarf keiner Prophetie, um zu erkennen, daß die sich einrichtenden Wissenschaften alsbald von der neuen Grundwissenschaft bestimmt und gesteuert werden, die Kybernetik heißt. Diese Wissenschaft entspricht der Bestimmung des Menschen als des handelnd-gesellschaftlichen Wesens. Denn sie ist die Theorie der Steuerung des Planens und Einrichtens menschlicher Arbeit.« (Heidegger 1966; zit.n. Tiquun 2007:30)

Selbst wenn manche in dieser Arbeit angeführten Hypothesen polemisch anmuten mögen: Unsere soziale und kulturelle Realität, die schon heute in weiten Teilen auf biomedizinischen Paradigmen fußt, wird sich weiter in eine Richtung der ständig und in immer kleineren Intervallen aktualisierten technologischen Dialektiken bewegen, welche von den meisten Menschen des 20. Jahrhunderts in höchstem Maße als entwirklicht und entleiblicht wahrgenommen worden wären. Gleichzeitig wird die Körperlichkeit des Menschen in ihrer neuen Qualität der datenbezogenen Teilbarkeit und Vorhersagbarkeit an Wichtigkeit gewinnen. Natürlich werden in diesem Zuge bereits auf unmittelbarer gesellschaftlicher Ebene problematische Veränderungen eintreten: Die technologischen Lösungsansätze – wie sie z.B. die Alzheimer-Forschung verspricht – werden neue kybernetische Herausforderungen der Planung und Steuerung heraufbeschwören, denen aller Voraussicht

7 Siehe hierzu auch: Bundesärztekammer 2018.



nach mit weiteren Technologie-*Verbindlichkeiten* begegnet werden wird. Wir können die Beschaffenheit solcher Auseinandersetzungen anhand einiger wissenschaftlicher Großprojekte erahnen, die ich in Kapitel 3.3 skizziert habe. Die kommenden Grundfragen werden sich entsprechend auf einer Ebene bewegen, für die eine gewisse Art des Nachdenkens über die Welt, wie sie heute in den letzten Zügen zu liegen scheint, nicht mehr zugänglich sein wird. Denn die Strukturen unserer Werkzeuge sind längst zu unseren Strukturen geworden (vgl. Illich 1975:51). Und vermutlich ist der Begriff der Struktur hier bereits überholt: Die Sprache, der Sinn und das Leben der Werkzeuge ist zu unserer Sprache, zu unserem Sinn und zu unserem Leben geworden. Canguilhem zufolge können auch Krankheiten als Werkzeuge dienen. Doch wird die *Alzheimer-Krankheit* der Zukunft noch zu den »Werkzeuge[n] des Lebens [gehören], durch die sich der Lebende, wenn es ein Mensch ist, gezwungen sieht, seine Sterblichkeit einzugestehen« (Canguilhem 2013a:42)?

Die Neuro- und Care-Wissenschaften scheinen den *asymptotischen* Demenz-Patienten, also den Alzheimer-Kranken *ohne* Symptome, für ihre Systematisierung zu bevorzugen. So scheint sich abzuzeichnen: Demenz als akute Devianz, als sozial abweichendes Verhalten, und erst recht die *nicht diagnostizierten Fälle dieses abweichenden Verhaltens*, müssen heute als ein *finaler Akt der Selbstbestimmung* gesehen werden.

Das von Foucault beschriebene »leben machen« findet sich in all den hier beschriebenen Phänomenen wieder. Der regulierte Gattungskörper als Katalysator der Macht ist omnipräsent in unserer Gesellschaft. Über kulturelle Dialekte, wie sie im Alzheimer-Diskurs zu finden sind, und die Überwindung der naturwissenschaftlichen Nicht-Verbindung zwischen Klinik und Pathologie durch Big Data-basierte Frühdiagnostiken kehrt jedoch vermehrt ein »sterben machen« zurück, welches ganz anders geartet ist als das des patriarchalen Souveräns. Das »sterben machen« der »Informatik der Herrschaft« (Haraway 2014:150) definiert sich erst über das allgegenwärtige »leben machen«, erweitert dies jedoch um einen dauerhaften und vagen Ausnahmezustand der Entkörperlichung bzw. einer Teilung des Individuums, die ein soziale Entmachtung zufolge hat, die tiefer liegt als das, was bereits in den Arbeiten zu prä- und postdiagnostischen Kontexten beleuchtet wurde (vgl. Low et al. 2018; Vugt et al. 2013; Bauer et al. 1995). Die Kontrolle und Teileliminierung der *dividuellen* Subjekte im Zuge einer bioinformatischen Selektion impliziert einen Menschen, der sich im Namen einer Biosozialität aus der schöpferischen Dunkelheit seiner biographischen Wechselfälle in eine andere, positivistische Dunkelheit begibt, in der er allerhöchstens eine Entscheidung treffen, kaum aber noch über seine eigene Existenz bestimmen kann. Ob *beide* Dunkelheiten als Chance begriffen werden können?

*Nur wenn wir akzeptieren, dass wir in bestimmten Räumen nichts und fast gar nichts erkennen können, können wir uns neu orientieren, um den Versuch zu verstehen zu unternehmen und die Dunkelheit neu zu definieren: als den Ausgangspunkt für ein Handeln jenseits*



der Umarmung durch Computer und ihre Bilder, die uns nur unsere eigenen Unzulänglichkeiten vorführen.

Bezüglich Bergers und Luckmanns Begriff der »exzentrischen Positionalität« (Berger et al. 2018:49ff.) scheint in der informatischen Erfassung von Demenz eine anteilige Verschiebung stattzufinden: Vor allem *hat* der Mensch noch seinen Körper (als Werkzeug). Immer weniger *ist* der Mensch sein Körper. Aus transhumanistischer Sicht scheint dies eine positive Entwicklung zu sein. Allerdings bringt sie auch mit sich, dass der Körper selbst kaum noch Werkzeug sein kann, ohne auf die Anwendung weiterer, technischer Werkzeuge angewiesen zu sein. Eine dies-bezügliche Spirale hat sich in unserer postindustriellen Welt längst etabliert und mag sogar seit Urzeiten gelten. Doch wird der Mensch bald kaum noch Körper haben und Körper sein, sondern nur noch einen Körper besitzen und steuern (lassen)? Während des Menschen Instinkt beschränkt bleibt, scheint seine anthropologische Anpassungsfähigkeit ebenfalls zu sinken. Der Mensch »entwickelt sich zurück«: nicht zu einem Tier, sondern zu einem armen Tier.

In *Homo Sacer* verweist Giorgio Agamben auf ein Dokument, welches ihm zufolge »gemeinhin der modernen Demokratie zugrunde [ge]legt« werde. Folgender Kommentar könnte abschließend noch einmal anregen, über Demenzpolitik und ihre nationalen Strategien nachzudenken:

»Nicht der freie Mensch mit seinen Eigenschaften und seinen Statuten, und nicht einmal schlicht *homo*, sondern *corpus* ist das neue Subjekt der Politik, und die Geburt der modernen Demokratie ist genau diese Einforderung und Ausstellung dieses »Körpers«: *habeas corpus ad subjiciendum*, du musst einen Körper vorzuzeigen haben. [...] gewiß ist, daß auf diese Weise die im Entstehen begriffene europäische Demokratie nicht *bios*, das qualifizierte Leben des Bürgers, ins Zentrum ihres Kampfes [...] stellt, sondern *zoe*, das nackte Leben in seiner Namenlosigkeit, das als solches in den souveränen Bann genommen wird [...]. Das ist die Stärke und zugleich der innerste Widerspruch der modernen Demokratie: Sie schafft das heilige Leben nicht ab, sondern zersplittet es in jedem einzelnen Körper, um es zum Einsatz in den politischen Konflikten zu machen.« (Agamben 2014:196f.)

Sollen Programme und Projekte wie AETIONOMY (vgl. 3.3.3.5) den spätmodernen Gesellschaften helfen, der Demenz habhaft zu werden, indem sie die ambivalente Zersplitterung des »heiligen, nackten Lebens« fortsetzen oder vervollkommen? Kann die Früherkennung einer Protein-Ablagerung im Gehirn lebensweltliche und gesellschaftliche »Ausnahmestände« erzeugen, die die post-disziplinaren Mächte im Einzelfall dazu legitimieren, »politisches Leben« sowie »Wert« und »Unwert« eines Menschen bzw. eines Körpers zu definieren?

Unabhängig davon, um welche biomedizinische Entgrenzung es bei der Alzheimer-Krankheit der Gegenwart und Zukunft gehen mag: ob um neu geschaffene Ausnahmestände innerhalb der Krise der Institutionen, um die

Verschiebung der Grenzen von Ausnahmezuständen in Bereiche der Macht zum Leben oder um ein Phänomen jenseits aller Ausnahmezustände: Das Verschmelzen des Subjekts mit dem informatischen Regime unserer kontrollgesellschaftlichen Gegenwart stellt einen Übergang dar zu einer neuen Welt des Sozialen, in der sich die wissenschaftlich-technologische Machbarkeit weitgehend abgelöst hat von der einstigen Sinnhaftigkeit von Krankheit, Leib und Leben. Unsere Kultur, die so stark vom medizinischen Denken bestimmt wird, ist davon insgesamt betroffen. Und nicht nur der *philosophische* Status des Menschen (vgl. Foucault 1973:209), auch das *vergesellschaftete Individuum* selbst steht hier auf dem Spiel. Die menschliche Gemeinschaft und mit ihr der Status des einzelnen Menschen, dessen *biologische Verfasstheit ein Grund für Gesellschaft* ist und dessen Hang und Fähigkeit zu leben sich nicht zuletzt über seine *grundlegende Verletzlichkeit* konstituiert, ist heute in einem tiefgreifenden Wandel begriffen.