

Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aufbau der Arbeit

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

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

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

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

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

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

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

Fragestellungen und Ausgangshypothesen

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

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

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

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

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

Bemerkungen

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

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

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

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

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

