







universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Politik der Diagnose: Wissen und Macht  
am Beispiel der Parkinson-Krankheit“

Verfasserin

Doris Bichlwagner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 300

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Politikwissenschaft UniStG

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Herbert Gottweis



## **Danksagung**

Ich möchte mich an dieser Stelle denjenigen Personen, die auf verschiedene Weise zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben, meinen Dank ausdrücken:

Ich danke Herrn Dr. Herbert Gottweis, der mich an das Thema 'Parkinson' herangeführt hat, für die unterstützende Betreuung meiner Arbeit und die kontinuierlichen fachlichen Anregungen. Ebenso danke ich Ingrid Metzler für die konstruktive Kritik und ständige Bereitschaft, mir bei der Erstellung meiner Arbeit zu helfen.

Mein Dank gilt auch meinem Freund, meiner Familie und allen Freunden, die mir im Laufe meines Arbeitsprozesses viel Geduld, Verständnis und aufmunternde Worte entgegenbrachten.

Schließlich möchte ich mich auch für die Begleitung der Diplomandinnen-Gruppe unter der Leitung von Frau Dr. Maria Haidvogel und Frau Mag. Manon Massoth bedanken, da ich durch den wöchentlichen Erfahrungsaustausch Energie und Lösungsansätze für viele Probleme erhalten habe.

Zum Schluss möchte ich einen kleinen Dank für den Tango Argentino reservieren, dessen wundervolle Musik und Tänzer\_innen mir selbst in den schwierigsten Phasen meiner Diplomarbeit zuverlässig Freude und Ausgleich gebracht haben.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Thema und Fragestellung</b> .....	<b>10</b>
2.1. Warum ist die Diagnose politisch?.....	12
<b>3. Theorie</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1. Wissen und Macht bei Foucault</b> .....	<b>16</b>
3.1.1. Wissen als Komplexbegriff .....	16
3.1.2 Foucaults Wissens-Begriff.....	17
3.1.3 The fourth face of power- Macht bei Foucault .....	19
3.1.4 Machtwissen – eine wechselseitige Beziehung .....	21
<b>3.2. Vermachtetes Wissen am Beispiel des Risikos</b> .....	<b>22</b>
<b>3.3. Eine Geschichte des Diagnostizierens</b> .....	<b>25</b>
3.3.1. Typen der Medizin.....	26
3.3.2 Ways of Knowing.....	29
<b>4. Empirie</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1. Methode</b> .....	<b>31</b>
4.1.1. Auswahl und Erhebung der Daten.....	32
4.1.2. Auswertung der Daten.....	34
<b>4.2. Interpretation der ausgewerteten Daten</b> .....	<b>35</b>
4.2.1. Die Diagnose als Ordnungsinstrument.....	35
4.2.1.1. <i>Parkinson-Bilder im Gedächtnisspeicher</i> .....	37
4.2.1.2. <i>Die Parkinson- Krankheit im Vergleich</i> .....	40
4.2.1.3 <i>Parkinson als infektiöse Krankheit?</i> .....	42
4.2.1.4. <i>Wo ist Parkinson?</i> .....	45
4.2.1.5. <i>Parkinson und Zeit</i> .....	48
4.2.1.6. <i>Eine frühe Diagnose</i> .....	52
4.2.2 Die Diagnose als legitimierende Zuweisung.....	54
4.2.2.1. <i>Konzeptionen von Krankheit und Gesundheit</i> .....	55
4.2.2.2. <i>Tests in der Parkinson-Diagnose</i> .....	58

4.2.2.3. <i>Die Legitimierung abnormalen Verhaltens</i> .....	63
4.2.2.4. <i>Risikodiagnosen und Krankheitskonzepte</i> .....	65
4.2.3. <i>Realitäten strukturierende Diagnosen</i> .....	70
4.2.3.1. <i>Der selbstverantwortliche Patient</i> .....	71
4.2.3.2. <i>Die institutionalisierte Medizin</i> .....	74
<b>5. Konklusion: Eine Diagnose der Parkinson-Diagnose</b> .....	<b>85</b>
<b>6. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>92</b>
<b>7. Anhang</b> .....	<b>98</b>
7.1. <b>Abstract</b> .....	<b>98</b>
7.2. <b>Lebenslauf</b> .....	<b>99</b>
7.3. <b>Gesprächsleitfaden der Interviews</b> .....	<b>100</b>



## 1. Einführung

Die Frage der Verwaltung von Bevölkerungsgruppen, die an Parkinson erkrankt sind, wird durch demographische und gesellschaftliche Entwicklungen in westlichen Industrieländern zunehmend bedeutend. Die Parkinson-Krankheit gilt als langsam fortschreitende neurologische Erkrankung, von der in Österreich zur Zeit geschätzte 16.000 Menschen betroffen sind. Die Behandlung von Parkinson ist zunächst von der richtigen Diagnose, die üblicherweise entweder von einem praktischen Arzt oder von einem Neurologen gestellt wird, abhängig, womit die Parkinson-Diagnose den ersten Schritt einer Einordnung von Personen in ein medizinisches System darstellt.

Die derzeitige Diagnose und das spezielle medizinische Wissen, das in ihr zur Anwendung kommt, erfüllen dabei gewisse Funktionen und produzieren spezifische Effekte. So sind Krankheitsdefinitionen, Therapiemaßnahmen oder die Selbstwahrnehmung von diagnostizierten Patienten mit spezifischen Formen der Parkinson-Diagnose verknüpft. Die Diagnose ist dabei nicht frei von Machtverhältnissen, die durch die Anwendung bestimmter Praktiken, Diskurse und Technologien ständig reproduziert werden. In der Parkinson-Diagnose zirkuliert somit ein vermachtetes Wissen, das bestimmte ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen prägt und wechselseitig von diesen geprägt wird. Diese Arbeit bedient sich einer poststrukturalistischen Perspektive, um vermachtete Wissensordnungen und deren Wirkungen in der Parkinson-Diagnose aufzuzeigen. Der politische Charakter der Parkinson-Diagnose ergibt sich daher nicht nur aus der Auseinandersetzung der Regierungspolitik mit der Krankheit, sondern durch die Kräfteverhältnisse, die in der Diagnose selbst wirken.

Die Arbeit ist folgendermaßen gegliedert:

In Kapitel 2 werden Thema und Fragestellung der Arbeit vorgestellt. Im Verweis auf eine konstruktivistische Perspektive wird die Themenauswahl für eine politikwissenschaftliche Arbeit begründet. Die Politik der Parkinson-Diagnose wird durch Zuhilfenahme von Texten einer Soziologie der Diagnose erläutert.

Die theoretische Einbettung wird in Kapitel 3 erläutert, wobei zunächst die Begriffe Wissen und Macht mit Michel Foucault bearbeitet werden und anschließend historische Typen von Medizin vorgestellt werden.

Kapitel 4 enthält die Empirie, wobei nach der Erklärung der methodischen

Grundlagen der Datenauswahl und Datenanalyse die Interpretation des empirischen Materials erfolgt. Die Parkinson-Diagnose wird dabei in ihrer ordnenden Funktion (4.2.1.), ihrer legitimierenden Funktion (4.2.2.) und in ihrer Funktion als Realitäten strukturierende Diagnose (4.2.3.) untersucht.

Die Konklusion ist in Kapitel 5 enthalten und arbeitet die produktiven Machteffekte in der Parkinson-Diagnose heraus.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personen-bezeichnungen gelten gleichwohl für jegliches Geschlecht.

## **2. Thema und Fragestellung**

„Warum behandelst du in deiner Diplomarbeit die Parkinson-Diagnose? Du studierst doch Politikwissenschaft, wie passt das denn zusammen?“ wurde ich im Laufe meines Arbeitens immer wieder gefragt. Tatsächlich entspricht die politikwissenschaftliche Bearbeitung eines medizinischen Themas nicht nicht unbedingt den klassischen Untersuchungsbereichen dieser Forschungsrichtung. Der Konflikt zwischen Israeli und Palästinensern, der Wandel des amerikanischen Wahlsystems, oder die Grundsäulen einer Demokratie, mit diesen und ähnlichen Themen kam ich bereits in der Einführungsvorlesung am Studienbeginn in Berührung. Die Medizin als Untersuchungsgegenstand der Politikwissenschaft begegnete mir jedoch erst in Seminaren späteren Semestern. „Impfpolitik im Wandel“ und „Biopolitik der Demenz“ hießen diese Lehrveranstaltungen und eröffneten mir den Zugang zu einem jüngeren Forschungsfeld, das in einem breiteren, interdisziplinärem Kontext als „Sociology of Health and Illness“ und als „Science and Technology Studies“ (STS) gehandelt wird. Ein Tor war geöffnet: Nicht nur der Konflikt zwischen Arbeiterklasse und Kapitalisten war grundlegend politisch, nein auch die Definition von Krankheiten und der Umgang mit einer Krankheit und ihren Patient\_innen hatte mit Politik zu tun.

Eine konstruktivistische Perspektive spielt in der Soziologie von Gesundheit und Krankheit eine wichtige Rolle: „STS looks to how the things it studies are

constructed.“ (Sismondo 2008, S 13) Medizin unter einer STS Perspektive betrachtet ist also keine objektive Wissenschaft, die neutrale Fakten über ihre Untersuchungsgegenstände produziert. In der Medizin gibt es Machtverhältnisse und knappe Ressourcen, Interessen und Aushandlungsprozesse. Fakten werden in der Medizin weniger entdeckt als produziert und ein medizinisches Wissen über eine Krankheit ist nicht unabhängig von bestimmten gesellschaftlichen Sichtweisen, sozialen Regeln oder kulturellen Werten. Die Verbindung eines medizinischen Wissens mit konkreten sozio-kulturellen Situationen impliziert auch eine Kontextgebundenheit von Medizin. Die Definition und Behandlung einer Krankheit ist demnach in einem konkreten historisch-geographischem Kontext zu sehen. Mit dieser Perspektive gibt es daher weniger eine Medizin, als vielmehr eine Vielzahl unterschiedlicher und wandelbarer medizinischer Typen.

Gerade diese Kontextgebundenheit und der politische Charakter der Medizin machen Begriffsdefinitionen problematisch. Wie kann die Frage „Was ist Parkinson?“ befriedigend beantwortet werden, wenn man mit einer konstruktivistischen Perspektive davon ausgeht, dass Parkinson nicht einfach 'ist'? Auch im Hinblick auf Machtbeziehungen, die innerhalb der Parkinson-Diagnose wirken, taucht die Frage auf: Wie kann man Machtverhältnisse, die mit der Konstruktion und Verteilung eines bestimmten Wissens in Zusammenhang stehen, in der Parkinson-Diagnose untersuchen?

Diese Erfahrungen und Fragen führten mich schließlich zu meiner Forschungsfrage, in der ich die Herstellung und Wirkung eines spezifischen medizinischen Machtwissens in Verbindung mit gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen untersuchen wollte:

### **Welche Effekte entstehen durch die Konstruktion der Parkinson-Krankheit und der Diagnose von Parkinson in unterschiedlichen Kontexten?**

Zur Zeit leben in Österreich in etwa 16.000 Menschen mit einer Parkinson-Erkrankung (von Campenhausen et al. 2009, s 575). Mit einem bevölkerungsweiten Trend zur Verlängerung des Lebensalters wird angenommen, dass diese Zahl in zukünftigen Jahren weiter steigen wird, da Parkinson als Alterskrankheit gilt, deren motorische Bewegungsstörungen im Schnitt ab dem 65. Lebensjahr auftreten. Die

heute Medizin forscht deshalb nach Möglichkeiten, um Parkinson besser und früher zu diagnostizieren, sowie effektiver behandeln zu können.

Der Grund, mich in meiner Arbeit auf die Diagnose von Parkinson zu beschränken, war zunächst eine pragmatische Entscheidung, um meine Arbeit auf ein angemessenes Maß einzugrenzen. Ich gab jedoch der Diagnose gegenüber der Therapie von Parkinson den Vorzug, weil mich besonders der Moment der Begegnung zwischen Arzt und Patient interessierte. Ich erhoffte mir Einblicke in Aushandlungsprozesse, die ich im Aufeinandertreffen zwischen einem medizinischen Wissen und einem gelebten Wissen erwartete. Somit verstehe ich die Diagnose als geeignetes Beispiel zur Untersuchung der alltäglichen Konstruktion von medizinischem Wissen und damit verbundenen Machtverhältnissen (vgl. McLaughlin 2005, S 284).

## **2.1. Warum ist die Diagnose politisch?**

*„Medicine conceives, constructs and describes its objects of study.“*

*(Nettleton 2004, S 663)*

Eine Krankheit, die mit zunehmenden Alter häufiger auftritt, stellt nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein politisches Problem dar. Nicht nur steigt in westlichen Ländern die Lebenserwartung kontinuierlich, sondern das Bild des alten Menschen verändert sich ebenfalls: Wie geht eine Gesellschaft, die das Bild eines aktiven, gesunden, agilen Alterns propagiert, mit einer Krankheit wie Parkinson um? Welche Wege werden gesucht, um Parkinson zu diagnostizieren und zu behandeln? Welche Aushandlungsprozesse und Machteffekte reproduzieren sich im Praxisalltag der Klinik?

Von einem engen Politikbegriff ausgehend, der klassische Elemente wie den Staat, Parteien oder Regierungen als Orte von Politik sieht, kann die Parkinsonkrankheit vor allem als ein gesundheitspolitisches Problem verstanden werden. In Österreich kam es zu einer Erhöhung der Lebenserwartung von mehr als acht Jahren in den vergangenen 30 Jahren (BMG 2010, S 2), während gleichzeitig die Gesamtzahl der

österreichischen Bevölkerung steigt (ebds., S 2). Parkinson gilt als 'Alterskrankheit', die am Häufigsten im Alter von 50 bis 60 Jahren – die Zeitspanne, in der die motorischen Symptome üblicherweise auftreten - diagnostiziert wird. Bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von etwa 80 Jahren in Österreich (BMG 2010, S 2) bedeutet das, dass ein Mensch mit Parkinson im Schnitt 25 Jahre mit seiner Krankheit verbringt. Von Campenhausen et al. nehmen 16.000 Parkinson-Patienten an (ebds. S. 575) und schätzen, dass sich in Österreich die jährlichen Ausgaben für Morbus Parkinson auf 320 Millionen Euro belaufen (von Campenhausen et al., 2010, S 577). Zusätzlich gilt es eine Dunkelziffer von Menschen mit Parkinson, die nicht mit dieser Krankheit diagnostiziert wurden, zu beachten. Ebenso können psychische und physische Probleme der pflegenden Angehörigen ebenfalls zusätzliche Kosten verursachen (vgl. von Campenhausen 2010, S 580). Auch größere gesellschaftspolitische Transformationen, wie zum Beispiel die zunehmende Auflösung von Großfamilien hin zu Single- Haushalten, die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen oder die Diskussionen um die Anhebung der Pensionsgrenze sind Elemente, die mit der gesundheitspolitischen Bearbeitung von Parkinson verknüpft sind (vgl. dazu van Campenhausen et al. 2010, S 580).

Mit einer zunehmenden Alterung der österreichischen Gesellschaft steigt daher nicht nur die Gesamtanzahl der Betroffenen, sondern auch die Anzahl der Jahre, die man mit dieser Krankheit verbringt. Zusätzlich verändern sich Gesundheitssysteme, Arbeitsmärkte und Lebensweisen, die mit Parkinson in Verbindung stehen. Die österreichische Politik steht damit vor finanziellen und sozialen Herausforderungen, die mit der Parkinson Krankheit verknüpft sind.

Betrachtet man die Parkinson-Diagnose unter dem Blickwinkel eines erweiterten Politik-Begriffes, so ist die Diagnose politisch, weil in Ihr Machtverhältnisse wirken. Um die Betrachtung der Diagnose mit einem breiten Verständnis von Politik näher zu erläutern, wird im folgenden Abschnitt auf Studien im Bereich einer „Soziologie der Diagnose“ eingegangen:

Wie wird die Diagnose unter der Perspektive eines sozialen Konstruktivismus gesehen? Einige Texte sozialwissenschaftlicher Autoren, die sich mit der Soziologie der Diagnose (Jutel 2009), der Erklärung diagnostischer Prozesse (McLaughlin 2005) oder der sozialen Konstruktion von Diagnosen und Krankheiten (Brown 1995) beschäftigen, helfen diese Frage zu klären.

Eine konstruktivistische Perspektive geht zunächst davon aus, dass Diagnosen nicht in einem sozialen Vakuum auftreten (McLaughlin 2005, S 285). Das medizinische und nicht-medizinische Wissen, das im Rahmen einer Diagnose von Parkinson auftritt, wird durch Klasse, Rasse, Gender, Sprache, Technologie, Kultur, politischer Ökonomie, institutionelle und professionelle Strukturen und Normen geformt (vgl. Brown 1995, S 34). Soziale und kulturelle Werte beeinflussen dabei nicht nur dieses Wissen, sondern werden umgekehrt von diesem Wissen und damit verbundenen Praktiken ebenfalls verändert. Die Diagnose von Parkinson ist dabei im Kontext einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Ordnung gesellschaftlichen Zusammenlebens verankert. Sie erfasst deshalb auch das, was eine spezifische medizinische Institution aktuell für den „Way things are“ hält (vgl. McLaughling 2005, S 294), ist also mit einer bestimmten, aktuell gültigen Weltanschauung verbunden. Nach Blaxter hat die Diagnose zwei Bedeutungen, sie ist einerseits als Kategorie und andererseits als Prozess zu verstehen:

*„A diagnosis is both the pre-existing set of categories agreed upon by the medical profession to designate a specific condition it considers pathological, and the process or deliberate judgement, by which such a label is applied.“ (Baxter 1978, zitiert in: Jutel 2009, S 278)*

Die soziale Konstruktion der Diagnose bedeutet auch, sich die Frage zu stellen, was die Diagnose sowohl in ihrer Bedeutung als Kategorie als auch als Prozess tut (vgl. Jutel 2009 S 278). Indem man der Diagnose eine Handlungsfähigkeit zugesteht, wird es möglich zu untersuchen, was Diagnosen machen, was und wie sie also ihre Umgebung verändern und mitgestalten. Was macht nun die Diagnose?

- Die Diagnose ermöglicht den Ärzten, eine „ungeordnete Krankheit“ (vgl. Brown 1995, S 39), also die chaotische Ansammlung von Beschwerden und Symptomen zu ordnen. Somit ist die Diagnose als Akt der Namensgebung zu verstehen, die einer Menge von körperlichen Phänomenen mit einem Namen versieht, sie dabei gleichzeitig in Beziehung setzt und erklärt (vgl. Pinder 1992, S1).
- Die Einordnung von körperlichen Phänomenen in ein System von Krankheit und Gesundheit ermöglicht auch die Bearbeitung dieser Phänomene und Körper. Die Verfahren von Einschließung und Ausschließung, die im Zuge

einer Diagnose passieren, ermöglichen die Ausübung von Macht (vgl. Jutel 2009, S 278).

- - Die Diagnose strukturiert schließlich auch die Realitäten von Ärzten und Patienten (vgl. Jutel 2009, S 293) und definiert auch die institutionalisierte Medizin. Die Anwendung einer Diagnosepraxis unterscheidet den Arzt vom Laien und strukturiert die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen (vgl. Jutel 2009, S 279). Sie produziert zudem bestimmte Patienten-Subjekte.

Eine konstruktivistische Perspektive richtet ihren Fokus auf Diskurse und Praktiken, die spezifische Wissensformen und damit verbundene Machtverhältnisse strukturieren. Die Parkinson-Diagnose ist somit weitaus komplexer als eine reine Anwendung bestimmter medizinischer Wahrheiten:

*. „Rather than a given biomedical fact, we have a set of understandings, relationships and actions that are shaped by diverse kinds of knowledge, experience, and power relations, and that are constantly in flux.“*

*(Brown 1995, S 37)*

### **3. Theorie**

Im folgenden Kapitel wird die theoretische Brille, die ich in meiner Arbeit verwende, näher ausgeführt. Sie ist gekennzeichnet durch einen poststrukturalistischen Zugang, der vor allem durch die Arbeiten Michel Foucaults und an Foucault anschließende soziologische Texte charakterisiert ist. Nach einer Klärung der Begriffe Wissen und Macht, ihrer Beziehung zueinander und ihrer praktischen Anwendung am Beispiel des Risikos werden in einer Geschichte des Diagnostizierens Diagnosepraktiken in verschiedenen Typen der Medizin illustriert, die mit einem Text von Pickstone ergänzt werden.

#### **3.1 Wissen und Macht bei Foucault**

Was genau ist mit Wissen gemeint? Eine allgemeine Definition von Wissen erweist sich als äußerst schwierig. Der Begriff des Wissens ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen in sozial- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen. Bereits Aristoteles weist darauf hin, dass verschiedene Stufen des Wissens existieren – Wahrnehmung, Erinnerung, Erfahrung, Kunst, Weisheit - (vgl. Gottschalk- Mazouz, 2007, S 24), die sich nur schwer unter eine allgemeine Definition von Wissen fassen lassen.

Auch die Auflistung verschiedener Formen von Wissen in der Parkinson-Diagnose macht deutlich, dass Wissen ein breiter Begriff ist. Er reicht von einem Verständnis von Wissen als Information in einer Maschine über Wissen als theoretisches Faktenwissen bezüglich einer Krankheit bis hin zu einem praktischen Erfahrungswissen, das es uns ermöglicht, zwischen verschiedenen Arten von Schmerzen zu unterscheiden.

##### ***3.1.1. Wissen als Komplexbegriff***

In Anlehnung an Gottschalk-Mazouz (2007), der eine starre Definition von Wissen nicht für sinnvoll hält (vgl. ebds. S 25), werde ich mich dem Begriff 'Wissen' zunächst annähern, indem ich ihn als Komplexbegriff auffasse. Komplexbegriffe sind mehrdeutige Wörter, die bewusst offen gehalten werden und sowohl deskriptive (Was



bedeutet Wissen in einem konkreten Zusammenhang?) als auch normative (Was soll als Wissen gelten?) Elemente umfassen (vgl. ebds. S 25f). Laut Gottschalk-Mazouz enthält der Komplexbegriff Wissen sieben Merkmale, die jedoch nicht alle gleichzeitig vorhanden sein müssen und nicht ausschließlich sind (vgl. ebds. S 27): 1. hat Wissen einen praktischen Bezug, 2. tritt Wissen personalisiert und repräsentiert auf, 3. hat Wissen eine normative Struktur, 4. ist Wissen intern vernetzt, 5. setzt Wissen Wissen voraus, 6. ist Wissen dynamisch und 7. ist Wissen in Institutionen verkörpert. Indem ich Wissen als Komplexbegriff auffasse, wird es mir möglich, verschiedene Wissensformen in der Parkinson-Diagnose zu untersuchen. Mein Wissens-Begriff, wie ich ihn im folgenden vorstelle, soll daher als adaptiertes Werkzeug für die Thematik meiner Arbeit verstanden werden.

### **3.1.2 Foucaults Wissens-Begriff**

Einen weiteren Annäherungsversuch an den Begriff des Wissens werde ich anhand der Überlegungen von Michel Foucault unternehmen. Foucault versteht unter Wissen „alle Erkenntnisverfahren und -wirkungen (...), die in einem bestimmten Moment und in einem bestimmten Gebiet akzeptabel sind.“ (Foucault 1978b, S 32) Aus dieser Definition sind vier Punkte ersichtlich:

Erstens versteht Foucault Wissen, wenn er von Verfahren und Wirkungen spricht, als plurales Phänomen. Er verwendet den Begriff des Wissens als Analyseraster, das ihm die Untersuchung eines spezifischen Wissenslements ermöglicht. Das Vorhandensein eines einzigen Wissens lehnt er ab (vgl. Foucault 1978b, S 33). Wissen ist als Mehrzahl von Ordnungen und Elementen zu denken. Die Mehrzahl von Wissen bezieht sich jedoch nicht nur auf das Vorhandensein unterschiedlicher Wissensordnungen in einem bestimmten Kontext, sondern auch auf die zahlreichen Möglichkeiten von Wissen. Foucault nimmt bestehende Wissensordnungen nicht als selbstverständlich an, sondern orientiert sich an der Möglichkeit, dass es immer auch anders hätte sein können. Wissen entsteht für Foucault nicht nach einem vorgeschriebenen Muster. Das Vorkommen eines spezifischen Wissens untersucht er deshalb im Hinblick auf Bedingungen seiner Akzeptibilität (vgl. Foucault 1978b, S 34f), um herauszufinden, warum sich dieses Wissen gerade in dieser Form und nicht anders durchgesetzt hat.

Zweitens bringt Foucault Wissen mit bestimmten Momenten und Gebieten in Verbindung. Dies weist wiederum auf die Pluralität von verschiedenen Wissensordnungen und -formen hin, betont darüber hinaus aber auch die Verankerung von Wissen in konkreten historisch-geographischen Materialitäten. Gottschalk- Mazouz identifiziert ebenfalls einen Bezug auf praktische Situationen als eines der sieben Merkmale von Wissen (vgl. Gottschalk-Mazouz 2007, S 27f). Wissen existiert für beide Autoren daher im Kontext einer bestimmten Zeit, eines bestimmten Ortes, einer bestimmten Situation und Umgebung und in Verbindung mit Symbolen, Artefakten, Institutionen und anderen materiellen Gegenständen.

Aus Punkt zwei ergibt sich eine dritte Annahme, die implizit in Foucaults Definition von Wissen vorhanden ist: Wenn Foucault von Wissen spricht, so meint er damit nicht ein unabänderliches Wissen im Sinne einer wahren, ewig gültigen Erkenntnis. Stattdessen verwendet er einen dynamischen Wissens-Begriff. Gerade weil er einen transzendentalen Wissensbegriff ablehnt, wird es ihm möglich, historische Brüche in Wissensordnungen zu untersuchen (vgl. hierzu beispielsweise Foucaults „Geburt der Klinik“ von 1963 und Foucaults Spätwerk zur Sexualität in „Der Wille zum Wissen“ von 1976). Weil Wissen an einen zeitlichen Kontext gebunden ist, ist es veränderlich. Auch Gottschalk-Mazouz weist darauf hin, dass Wissen zeitlich gebunden und somit dynamisch ist (vgl. Gottschalk-Mazouz 2007, S 32). Dabei wird von beiden Autoren vermieden, den dynamischen Wissensprozess als einen additiven Fortschritt zu sehen. Neues Wissen ergänzt nicht nur altes Wissen, sondern kann es ersetzen oder transformieren. Gleichzeitig verändern neue Wissensordnungen auch die Bedingungen für die Anerkennung, Aneignung und Repräsentation von Wissen.

Viertens spricht Foucault in seiner Wissens-Definition von akzeptablen Bedingungen. Das weist darauf hin, dass Wissen mit Anerkennung verknüpft ist. Auch Gottschalk-Mazouz meint, „dass es sich bei 'Wissen' genauer betrachtet stets um *anerkannte Wissensansprüche* handelt.“ (vgl. Gottschalk-Mazouz 2007, S 30) Ob eine Erkenntnis, eine Information oder eine Erfahrung als Wissen gilt, hängt von bestimmten Bedingungen ab, die in einem permanenten Prozess von ein oder mehreren Personen verhandelt werden. Wissen muss dabei gewisse Bedingungen erfüllen, um als Wissen akzeptiert zu werden.

*„Denn nichts kann als Wissenselement auftreten, wenn es nicht mit einem*

*System spezifischer Regeln und Zwänge konform geht – etwa mit dem System eines bestimmten wissenschaftlichen Diskurses in einer bestimmten Epoche“*

*(Foucault 1992, S 33)*

### **3.1.3 The fourth face of power- Macht bei Foucault**

Nachdem soeben Foucaults Verständnis von Wissen erläutert wurde, soll jetzt sein Machtbegriff vorgestellt werden, um zu verstehen, wie und weshalb Foucault Macht-Wissen-Beziehungen untersucht. Foucault versteht unter Macht:

*„...die Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen (...), das Spiel, das in unaufhörlichen Kämpfen und Auseinandersetzungen diese Kräfteverhältnisse verwandelt (...), die Stützen, die diese Kräfteverhältnisse aneinander finden, indem sie sich zu Systemen verketteten (...) und schließlich die Strategien, in denen sie zur Wirkung gelangen.“*

*(Foucault 1976a, S 93)*

Wie bei vielen anderen Begriffen, die er in seinen Werken verwendet, führt Foucault hier keine starre und eindeutige Definition von Macht an. Er sieht Macht gleichzeitig als Kräfteverhältnis, als Spiel, als Stütze und als Strategie. Foucaults Machtbegriff unterscheidet sich jedoch stark von andern Sichtweisen, die in politikwissenschaftlichen Analysen verwendet werden. Im Folgenden wird die Konzeption von Macht nach Foucault kurz in politikwissenschaftliche Machtanalysen eingeordnet. Digeser bietet einen Versuch der Systematisierung des foucaultschen Machtbegriffes, indem er ihn mit bereits bestehenden Machtkonzeptionen vergleicht. Der Machtbegriff von Foucault wird bei Digeser als viertes Gesicht der Macht charakterisiert, das er als Ergänzung zu den drei Gesichtern der Macht entwickelt (Digeser 1992). Die Gesichter der Macht sind unterschiedliche Machtkonzepte, die in politikwissenschaftlichen Machtanalysen verwendet werden. Macht bei Foucault unterscheidet sich laut Digeser von anderen Gesichtern der Macht in Bezug auf Fragen wie sie mit Subjekten umgeht, wo sie gefunden wird, wie sie ausgeübt,

untersucht und verfestigt wird (Digeser 1992, S 979).

Im Folgenden stelle ich drei Merkmale der foucaultschen Macht vor, die mir für meine Arbeit als sehr wichtig erscheinen.

#### Zirkulierende Macht:

Ähnlich wie sein Verständnis von Wissen denkt Foucault Macht im Plural. Es existiert nicht eine Macht, sondern eine Vielzahl von unterschiedlichen Machtbeziehungen, die miteinander vernetzt sind. Es gilt, die Macht „als eine Beziehung in einem Feld von Interaktionen zu betrachten“ (Foucault 1978b, S 40). Macht bei Foucault lässt sich nicht klar bestimmten Subjekten zuordnen, die sie entweder innehaben oder nicht besitzen (vgl. Ruoff 2007, S 155). Macht bei Foucault hat keine Substanz, sondern stellt ein Zusammenspiel von heterogenen Machtmechanismen dar, die in unterschiedlichen Beziehungen jeweils spezifisch zirkulieren. Foucault fragt deshalb nicht danach, was die Macht ist und wer sie innehat, sondern ist daran interessiert, wie diese spezifischen Machtmechanismen in Interaktionen funktionieren und sich vollziehen.

#### Lokale Macht:

Foucault verwendet einen breiten Machtbegriff, wodurch er Macht außerhalb von anerkannten Staatsapparaten ansiedeln kann. Foucaults Machtnetze sind deshalb nicht nur in öffentlichen Institutionen des Staates (Exekutive, Legislative und Judikative) vorhanden, sondern gehen weit darüber hinaus. Für Foucault existieren Machtmechanismen, die „außerhalb der Staatsapparate, unterhalb davon und neben ihnen, auf einem sehr viel niedrigeren, alltäglichen Niveau funktionieren.“ (Foucault 1975b, S 79) Er untersucht deshalb „[e]ine Macht, die (...) sich sehr tief, sehr subtil in das gesamte Netz der Gesellschaft eingräbt.“ (Foucault 1972a, S 54) Kirchen, Schulen, Gefängnisse, Familien und Kliniken werden so zu Untersuchungsorten einer foucaultschen Machtanalyse. Foucault zieht die Untersuchung regionaler Praktiken und lokaler Institutionen der Analyse von öffentlich-juridischen oder ideologischen Machtzentren vor (vgl. Foucault 1976, S 42), weil er ein Verständnis von Macht, die von einem Zentrum ausgeht und sich in die unteren Schichten fortpflanzt, ablehnt. Macht entspringt nicht einem großen Mittelpunkt, sondern ist in vielen verschiedenen lokalen Punkten im Umlauf.

### Produktive Macht:

„Wenn die Macht immer nur unterdrückend wäre, wenn sie niemals etwas anderes tun würde als Nein zu sagen, glauben Sie wirklich, dass es dann dazu käme, dass ihr gehorcht wird?“ fragt Foucault (Foucault 1976b, S 93). Infolgedessen kritisiert er einen Machtbegriff in politischen Analysen, der Macht als unterdrückende und verbietende, allenfalls aufzwingende und maskierende Gewalt annimmt, und hält ihn für unzureichend (Foucault 1976a, S84ff). Statt der juristischen Macht, wie Foucault diese Konzeption nennt, verwendet er deshalb einen produktiven Machtbegriff. Macht unterdrückt dabei nicht vorrangig a priori freie Subjekte und bestimmte Verhaltensweisen, sie bringt Subjekte und Verhaltensweisen erst hervor und produziert in diesem Sinne Wirkliches (Foucault 1975a, S 250) „Sie [die Macht, Anm. d. A.] produziert Gegenstandsbereiche und Wahrheitsrituale: das Individuum und seine Erkenntnis sind Ergebnisse dieser Produktion.“ (ebds.)

Besonders im letzten Punkt wird deutlich, dass Foucault Macht mit Wissen verbindet. Da die Analyse eines medizinisch-wissenschaftlichen Wissens in meiner Arbeit im Mittelpunkt steht, wird im folgenden noch näher auf Foucaults Überlegungen zu einem Macht-Wissens-Komplex eingegangen.

#### **3.1.4 Machtwissen – eine wechselseitige Beziehung**

Den produktiven Machtbegriff bezieht Foucault auch auf das Wissen. Die Macht bringt dabei Wissen hervor (Foucault 1975b, S 78), anstatt es bloß anzuwenden oder zu verbieten.

Für Foucault gibt es somit kein Wissen, das frei von Macht ist. Er lehnt die Vorstellung ab, dass ein neutrales und objektives Wissen sowie ein erkennendes Subjekt als Träger dieses Wissens außerhalb von Machtverhältnissen existiert. Deshalb sind Orte und Diskurse von Wissenschaft Untersuchungsgegenstände seiner Machtanalysen. In einem Interview sagt Foucault, ihn interessiere „welche Machtwirkungen noch zwischen den wissenschaftlichen Aussagen zirkulieren; welches gewissermaßen ihre innere Machtordnung ist, und wie und warum sie sich in bestimmten Momenten umfassend modifiziert.“ (vgl. Foucault 1976b, S 87)

Die Beziehung zwischen Macht und Wissen ist also einerseits dadurch charakterisiert, dass spezifische Wissensordnungen durch bestimmte

Machtmechanismen entstehen und zirkulieren. Andererseits weist Foucault auch auf die andere Richtung der Beziehung hin: „Es gibt nicht bloß Wissens-elemente und Machtelemente. Sondern: damit das Wissen als Wissen funktionieren kann, muss es eine Macht ausüben.“ (Foucault 1992, S 46) Macht wird durch Wissen hervorgebracht, verfestigt, ausgeübt und transformiert. Durch Techniken und Diskursverfahren entsteht ein Wissensobjekt, worauf sich die Macht beziehen kann (Foucault 1976a, S 98).

Die Beziehung zwischen Macht und Wissen ist für Foucault also wechselseitig:

*„Kein Wissen bildet sich ohne ein Kommunikations-, Aufzeichnungs-, Akkumulations- und Vernetzungssystem, das in sich eine Form von Macht ist (...). Umkehrt kommt es zu keiner Ausübung von Macht ohne die Gewinnung, Aneignung, Verteilung und Zurückhaltung eines Wissen.“*

*(Foucault 1972b, S 64)*

In der wechselseitigen Abhängigkeit von Macht und Wissen gibt es keinen privilegierten Faktor. Macht und Wissen setzen sich gegenseitig und wechselseitig voraus. Um das zu betonen, verwendet Foucault auch den Begriff Machtwissen (Foucault 1976a, S 98). Im Machtwissen verschränken sich Zwangsmechanismen und Erkenntniselemente (Foucault 1992, S 31), die sich in lokalen Herden (Foucault 1976a, S 98) untersuchen lassen.

### **3.2. Vermachtetes Wissen am Beispiel des Risikos**

In der heutigen Medizin spielt eine Denkweise, die sich um den Begriff des Risikos ausbildet, eine wichtige Rolle. Rose sieht dieses Risikodenken als zentrales Element einer modernen Biopolitik (vgl. Rose 2001, S 7). Foucault beschreibt, wie sich die Ordnung und Verwaltung von Individuen und Bevölkerungen im Zuge der Herausbildung einer bestimmten Regierungsweise transformiert.

Das Fließende ist gerade ein Charakteristikum jener Regierungstechnik, die Foucault beschreibt. In ihr geht es darum, „die Gesamtheit der Kranken und Nichtkranken ohne Diskontinuität, ohne Bruch zu berücksichtigen (...) und zu sehen, wie in dieser

Bevölkerung der wahrscheinliche Morbiditäts-(...)koeffizient ist, das heißt das, was normalerweise in dieser Bevölkerung hinsichtlich der Gefährdung durch die Krankheit (...) erwartet wird.“ ( Foucault 1978a, S 96f)

Für Foucault bildet die Norm ein wichtiges Regierungsinstrument, jedoch unterscheidet er zwischen verschiedenen Formen der Normsetzung. Er setzt deshalb die Normalisierung der Normation gegenüber (Foucault 1978a, S 98): Normalisierung bedeutet für ihn, dass Bevölkerungen ab dem 18. Jahrhundert nicht mehr vorwiegend durch eine starre, vom Gesetz festgelegte Norm geordnet werden, sondern nun zunehmend anhand statistischer Messmethoden gewisse Regelmäßigkeiten und Prozesse in der Bevölkerung erhoben werden, die als Grundlage für Normen verwendet werden. Erst durch dieses Wissen der Statistik bildet sich eine Kurve der Normalität aus. Normal ist hier also, was in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, die nach unterschiedlichen Parametern wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Beruf und Herkunft gebildet wird, am Häufigsten auftritt. Diese Normalitätskurve ist flexibel, die Grenze zwischen Normalen und dem dafür konstitutiven Außen - den abweichenden Normalitäten (Foucault 1978a, S 97) - wird so fließend. Sie bleibt zudem permanent dynamisch, indem normalisierende Maßnahmen – also Bestrebungen, eine möglichst große Anzahl an Individuen in den Bereich unter der Normalitätskurve zu bringen (Foucault 1978a, S 97) – in einer Rückwärtsschleife wieder die Grundlage für neue statistische Erhebungen bilden, die wiederum die Basis für regulierende Interventionen sind und so weiter.

Foucault identifiziert dabei das Risiko als ein wichtiges Element, das im Zuge der Normalisierung bedeutend wird (Foucault 1978a, S 94f). Auch Rose sieht das Risiko als eine bestimmte Denkweise, die post-soziale Strategien der Verhaltensregulierung prägt (Rose, 1994, S 95). Diese Risikologik strukturiert auch die Parkinson-Krankheit und die Art ihrer Diagnose, die Begegnung zwischen Ärzten und Patienten, sowie die Weisen der Zuordnung und Behandlung von Patienten.

Zunächst eröffnet das Risiko ein Zeitfenster, das die Benennung und Behandlung einer möglichen zukünftigen Krankheit in der Gegenwart ermöglicht. Die Risikologik transformiert hier einen Krankheitsbegriff, indem sie die Zuordnung zu einer Krankheit von einem Krankheitsereignis, Symptomen bzw. einer konkreten Krankheitserfahrung entkoppelt (Lemke 2008, S 159).

*„In den medizinischen Blick geraten Risikofaktoren, Anlagen und Dispositionen,*

*die sich (noch) nicht in akuten Symptomen manifestiert haben. Auf diese Weise soll das mögliche zukünftige Leiden in der Gegenwart antizipiert werden. Der Zeitpunkt für Interventionen wird zeitlich weit nach vorne verlegt, um das eventuelle Auftreten der Krankheit effektiv zu verhindern.“*

*(Lemke 2008, S 161)*

Im Zuge dessen wird auch die Möglichkeit, einen Krankheitszustand zu definieren, zeitlich vorverlegt. Die Diagnose der Parkinson-Krankheit in einer Sprache des Risikos wird somit bereits vor dem Auftreten der motorischen Symptome möglich. Durch die Risikologie entsteht auch ein Raum der Unsicherheit (Rose 2001 S. 12), da sich der Zeitpunkt des Auftauchens der Krankheit sowie die Schwere des Krankheitsverlaufs für den einzelnen Betroffenen nicht vorhersagen lassen.

Zusätzlich strukturiert die Risikologie die Anordnung von Individuen, indem sie die Zusammenfassung von bestimmten Bevölkerungsgruppen ermöglicht. Aufgrund statistischer Erhebungen werden Personengruppen mit besonders hohem Risiko, an Parkinson zu erkranken, gebildet. Besonders molekulare Risikofaktoren sind für diese Art der Zuordnung von Bedeutung. Im Zeitalter des „neuromolecular gaze“ (Abi-Rached 2010) wird das Risiko zunehmend im Körperinneren verortet, indem auf molekularer Ebene Risikomarker gesucht werden.

Die Zuordnung zu einer Krankheit erfolgt hierbei nicht mehr über konkret-manifeste Krankheitserscheinungen, sondern über das potenzielle Risiko. Durch die Formulierung medizinischer (Ab-)Normalitäten in einer Sprache des Risikos entstehen neue Subjekte, die von einigen Autoren als asymptomatische Kranke (Billings 1992, S 478f, Rose 2001 S 12) bezeichnet werden. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit verschwimmen so zusehends. Die Identifizierung als asymptomatischer Kranker ist hierbei einerseits als Zuschreibung von Außen zu sehen, andererseits jedoch auch mit einem Selbstverständnis verknüpft.

Schließlich steht die Risikologie mit einer Verhaltensregulierung in Verbindung. Indem sie „risky individuals“ (Rose 2001, S 7) produziert, eröffnet sich eine Form der Selbstregulierung, die über einen Selbstverantwortungsdiskurs die Risikopersonen dazu anhält, sich eigenverantwortlich um die positive Beeinflussung ihres spezifischen Risikos zu kümmern.



*„Every citizen must now become an active partner in the drive for health, accepting their responsibility for securing their own well-being.“*

*(Rose 2001, S 6)*

Die Risikologik strukturiert somit auch Handlungsentscheidungen und Lebensweisen in der Gegenwart, die von einem selbstverantwortlichen Patienten im Hinblick auf sein potentielles Krankheitsrisiko gefällt bzw. gelebt werden.

Zuschreibungen unter die Kategorie „Krankheit“ im Rahmen einer Risikologik haben also Einfluss darauf, wie Krankheit und Gesundheit konzeptioniert werden, wie Krankheiten definiert und behandelt werden, welche Personengruppen damit entstehen und wie Risikopersonen mit ihrem Status als asymptomatische Kranke umgehen.

*„Die Identifikation von Krankheiten ist daher kein rein deskriptiv-wissenschaftlicher Vorgang, sondern impliziert immer auch ein normatives Urteil über die Veränderungsbedürftigkeit von Zuständen. Die Bestimmung von Krankheiten basiert auf dem Vergleich mit Merkmalen oder Eigenschaften, die als «normal», «ideal» oder «gesund» angesehen werden.“*

*(Lemke 2008, S 163)*

### **3.3. Eine Geschichte des Diagnostizierens**

Konstruktivistische Ansätze der Sozialgeschichte untersuchen medizinisches Wissen im Kontext historischer Rahmenbedingungen. Sie fokussieren dabei auf den Zusammenhang zwischen wissenschaftlichem Wissen und sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Situationen. Eine Grundannahme jener Analysen ist, dass eine Geschichte der Medizin nicht mit einem Fortschrittsgedanken oder mit Kategorien wie einem wahren oder falschen medizinischen Wissen dargestellt werden können. Stattdessen bemüht sich die konstruktivistische Perspektive darum, die Bedingungen eines in einer historischen Epoche gültigen Wissens aufzudecken, indem diskursive, institutionelle, technologische und praktische Formationen inner- und außerhalb der jeweiligen Medizin untersucht werden. Diese Analysen interessieren sich häufig für jene Phasen in der Geschichte, in denen es zu

Transformationen im Wissenschaftsbereich kam und untersuchen diese anhand konkreter Fallbeispiele in Form medizinischer Entdeckungen und Erfindungen. Die Beschreibung der Transformationen der Medizin in den letzten drei Jahrhunderten soll dabei helfen, die heutigen medizinischen Konzepte nicht als selbstverständlich anzunehmen und zu hinterfragen, sowie das Augenmerk auf die enge Verknüpfung medizinischen Wissens mit sozialen Rahmenbedingungen zu legen.

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Typen der Medizin im Zeitraum vom Ende des 18. Jahrhunderts bis ins 20. Jahrhundert kurz umrissen, wobei die jeweiligen Konzepte von Diagnosen hervorgehoben werden. Denn mit der Transformation medizinischer Wissensordnungen haben sich auch die Rolle, der Zweck und die Definition der Diagnose verändert.

### **3.3.1. Typen der Medizin**

Krankenbettmedizin: Mit dem Begriff der Krankenbettmedizin wird jener Typus der Medizin bezeichnet, der vom späten 18. Jahrhundert bis ins frühe 19. Jahrhundert vorrangig war (vgl. Lachmund 1996, S 59). Die Medizin selbst war damals noch kein klar abgestecktes und etabliertes wissenschaftliches Feld (vgl. Jewson 1976, S 227) und der Status des Arztes prekär. Es war für einen kranken Menschen in jener Zeit keineswegs selbstverständlich, einen Arzt zu sich nach Hause zu zitieren und es lag in der Hand des Patienten, über die Art der Behandlung zu entscheiden (vgl. ebds. S 232). Krankheiten wurden in der Krankenbettmedizin im Hinblick auf ihre äußerlichen und subjektiven Manifestationen definiert (vgl. ebds. S 228). In der Krankenbettmedizin gelten die gesammelten Symptome als die Krankheit selbst. Diese Sichtweise von Krankheiten war eng verknüpft mit einer Diagnosepraktik, die Lachmund als „Krankenexamen“ bezeichnet (vgl. Lachmund 1996, S 59f). Der Arzt des späten 18. Jahrhunderts kam zum Patienten ins Haus, um die Diagnose zu stellen. Er war dabei nicht mit dem Kranken alleine, sondern von Verwandten und Freunden des Kranken umgeben, die seine Handlungen beurteilten. Der Diskurs des Kranken nahm eine wichtige Rolle in dieser Art der Diagnose ein. Der Arzt hat sich dem Patientendiskurs unterzuordnen, beispielsweise indem er eine ähnliche Sprache wie der Kranke verwendete und allgemein versuchte, ihn nicht abzulenken, zu unterbrechen oder zu stören. „Der sprechende Kranke legte mit

seinen Worten den Rahmen fest, indem sich die Adäquanz des ärztlichen Handelns erweist.“ (Lachmund 1996, S 60). Auch Foucault weist auf die Überlegenheit des sprechenden Kranken hin, wenn er beschreibt, wie die Diagnose im 18. Jahrhundert mit den Worten „Was haben Sie?“ eröffnet wurde (vgl. Foucault 1963, S 16).

Krankenhausmedizin: Am Beginn des 19. Jahrhunderts begann sich ein neuer Typus von Medizin durchzusetzen, der mit einer Verschiebung der Kräfteverhältnisse verknüpft war. Die Klinik war dabei ein wichtiger Bestandteil der Institutionalisierung der Medizin und der Etablierung neuer Machtverhältnisse. Die Klinik des frühen 19. Jahrhunderts beherbergte hauptsächlich Menschen aus den armen Bevölkerungsschichten, die von der Straße in die großen Spitäler verlegt und dort einem strengen Disziplinarprojekt unterworfen wurden (vgl. Lachmund 1996, S 61 und Foucault 1963). Die Krankheit wurde nun nicht mehr mit den vom Kranken erlebten und artikulierten Symptomen gleichgesetzt, sondern bedeutete nun eine hinter Symptom und Zeichen liegende, versteckte pathologische Läsion (vgl. Armstrong 1995, S 394 und Lachmund 1996, S 62). Der Krankheit wurde in diesem Sinn ein 'Sitz' im Körper des Patienten zugeschrieben. Die Autorität des Arztes etablierte sich nun unabhängig von der Beurteilung der Laien, wobei sich die Machtverhältnisse in der Klinik und durch die Installierung diverser Techniken änderten: Die Diagnose im Sinne einer richtigen Zuteilung von Fällen rückte in den Mittelpunkt des ärztlichen Schaffens (vgl. Jewson 1976, S 229). Die sprachliche Kommunikation mit dem Kranken wurde abgelöst durch die Beobachtung des menschlichen Körpers, die sich in der pathologischen Anatomie und im Studium von geweblichen Veränderungen in Leichen manifestierte. Der ärztliche Blick als Hüter und Quelle der Wahrheit (vgl. Foucault 1963, S 11) konnte nun die Krankheiten unabhängig vom Diskurs des Patienten erkennen. Die Praktik des „Krankenexamens“ schrumpfte in der Krankenhausmedizin zu einer routinierten Anamnese, in der sich die Machtverhältnisse zugunsten des sehenden und wissenden Arztes verschoben. Der Patientenkörper wurde in der Krankenhausmedizin objektiviert und blieb vom in lateinischer Sprache abgehaltenen Diskurs der Ärztegemeinschaft ausgeschlossen. „Wo tut es Ihnen weh?“ (vgl. Foucault 1963, S 16) ist die einzige Information, die der Arzt vom Patienten benötigt.

Überwachungsmedizin: Im 20. Jahrhundert tritt ein neuer Typ medizinischen Wissens und Handelns hervor. Die Medizin verlässt die Klinik und verbreitet sich in der ganzen Bevölkerung, die nun entlang eines Kontinuums von Normalität geordnet

wird und in der jeder Mensch mehr oder weniger normal ist, aber niemand mehr wirklich gesund (vgl. Armstrong 1995, S 397). Die zunehmende Reformulierung menschlicher Verhaltensweisen als medizinisches Problem und das Auftauchen der so genannten chronischen Krankheiten werden als Merkmale dieses neuen Typus gesehen. Große Umfragen, denen die Annahme einer Krankheit als Erfahrung zugrunde liegt, werden in der Überwachungsmedizin ebenso populär wie umfangreiche Screening-Programme, um die Pathologien möglichst jedes einzelnen Menschen zu beobachten. Armstrong beschreibt, wie sich zu der Dreidimensionalität des Körpers in der Krankenhausmedizin eine vierte Achse der Zeit gesellt, die in der Überwachungsmedizin ein Konzept des Risikos einführt (vgl. Armstrong 1995, S 400f). Symptome sind nun Risikofaktoren für eventuelle und zukünftige Krankheiten und eine Krankheit kann selbst zum Risikofaktor für andere Krankheiten werden. Zudem wird die Krankheit mit einer Lebensgeschichte versehen (vgl. ebds., S 402). Der Sitz der Krankheit wird abgelöst durch den Zyklus der Krankheit, indem die Krankheit sich in Vorformen andeutet und temporär fortschreitet, bis sie sich klinisch manifestiert. Die medizinische Diagnose orientiert sich dabei an der Zukunft: Es gilt, das Risiko für zukünftige Krankheiten zu bestimmen und dieses durch eine Veränderung von Lebens- und Verhaltensweisen in der Gegenwart günstig zu beeinflussen. Die Disziplinierung des Patienten tritt hier zugunsten eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit zurück (vgl. dazu auch: Lemke 2000). Durch die Implementierung einer Zeitdimension verändert sich die Frage des Arztes an den Patienten erneut. „Wo wird es ihnen morgen vielleicht wehtun?“ könnte die neue Diagnoseform charakterisiert werden.

Auf die Beschreibung einer „E-scaped Medicine“ (Nettleton 2004), die auf die durch Informationstechnologien veränderte Sichtweise von Krankheiten, Diagnosepraktiken und Patienten- und Arztrollen eingeht, wird in dieser Arbeit verzichtet, da diese Aspekte in der Empirie weitgehend unberücksichtigt bleiben. Nettleton bietet damit jedoch ein weiteres Beispiel für zeitgenössische Transformationen medizinischer Typen.

Weshalb führe ich die geschichtlichen Analysen von Medizin in meiner Arbeit an, wenn ich eine Diagnose in der Gegenwart bearbeite?

Wie bereits erwähnt ist es mir zum einen wichtig, auf die historische Verankerung

medizinischen Wissens aufmerksam zu machen. Die Darstellung von Veränderungen und Neu-Ordnungen medizinischer Krankheitsdefinitionen, Arzt- und Patienten-Rollen und Diagnosepraktiken soll deutlich machen, dass die heutige, für uns so selbstverständliche Art der Diagnose und Wahrnehmung von Krankheiten selbst durch zeitlich und örtlich verankerte Rahmenbedingungen geformt ist.

Zum anderen sind mir medizinische Typen für eine Analyse der gegenwärtigen Diagnose wichtig, weil ich sie nicht ausschließlich als abgeschlossene historische Epochen wahrnehme. Ich gehe stattdessen davon aus, dass diese verschiedenen Formen der Medizin nebeneinander koexistieren können. In manchen Orten und Räumen der heutigen Gesellschaft mag der eine Typus vorrangig sein, in anderen Bereichen ein anderer. Die Disziplinarmechanismen der Krankenhausmedizin sind beispielsweise nicht komplett verschwunden, sondern nur zugunsten anderer Regierungstaktiken in den Hintergrund getreten. Um diesen Gedanken näher auszuführen, werde ich deshalb noch kurz auf Pickstone's „Ways of knowing“ eingehen (Pickstone 1993).

### **3.3.2 *Ways of Knowing***

Pickstone übernimmt einige der klassischen Gedanken von Ackerknecht und Jewson hinsichtlich der Klassifizierung historisch verankerter Typen von Medizin. Er schlägt jedoch vor, diese Typen von Wissenschaft, Technologie und Medizin als Modelle von Arbeit, sozialen Beziehungen und Denkweisen zu sehen (vgl. Pickstone 1993, S 434). Damit möchte er betonen, dass diese Formen sich nicht nach einem Stufenmodell nacheinander ablösen, sondern neben- und miteinander existieren können. Indem er die Modi medizinischer Wissensproduktion als Idealtypen ansieht, löst er sie aus ihrer konkret-historischen Verankerung und geht davon aus, dass sie in verschiedenen Perioden und in verschiedenen Formen vorhanden sein können (vgl. ebds., S 436). Mit dieser Sichtweise lassen sich ausgewählte medizinische Gebiete folgendermaßen untersuchen: „We can try to characterize medicine for a given place and time in terms of combinations or structured interactions of our ideal types“ (ebds., S 436) Für Pickstone existieren daher komplexe Beziehungen zwischen einer Vielzahl von Arbeitsweisen (vgl. ebds., S 455), sodass ältere Formen der Medizin durch neuere Formen nicht zum Verschwinden gebracht, sondern eher

rekonfiguriert werden und die neuen Formen selbst strukturieren.

Bezogen auf die zuvor vorgestellten Typen der Medizin bedeutet Pickstones Ansatz, dass eine Koexistenz der verschiedenen Typen von Medizin möglich ist. Zum Beispiel ist die Disziplinierung des Patienten in der Krankenhausmedizin in verschiedenen Bereichen der heutigen Medizin noch präsent. Und obwohl in der heutigen Medizin Technologien eine zunehmend wichtige Rolle spielen, bleibt der Blick des Arztes in der Parkinson-Diagnose weiterhin dominant. Auch der Patientendiskurs ist nicht völlig verschwunden, sondern reinstalled sich im Zusammenhang mit modernen Informationstechnologien.

## 4. Empirie

Im folgenden Kapitel wende ich mich dem empirischen Teil meiner Arbeit zu. Zunächst wird die Methode vorgestellt, die die Auswahl und Auswertung meiner Daten begründet. Danach wird das Datenmaterial und die Auswertung meiner Daten erklärt, woran schließlich die Interpretation der empirischen Daten anschließt. Dabei wird die Parkinson-Diagnose erstens als Ordnungsinstrument analysiert, zweitens wird die legitimierende Funktion der Diagnose untersucht und drittens wird dargestellt, wie die Diagnose Realitäten strukturiert.

### 4.1. Methode

*„Das Interessante ist, nicht den Entwurf zu erkennen, der all dem vorangegangen ist, sondern durch eine strategische Betrachtung zu erkennen, wie die Dinge an ihren Platz gekommen sind.“*

*(Foucault 1975b, S 82)*

Meine methodische Vorgangsweise stützt sich auf mehrere Säulen.

Erstens verwende ich die methodischen Vorkehrungen Foucaults (Foucault 1976, S 42ff) um Machtverhältnisse in der Medizin untersuchen zu können. Foucault schlägt fünf Punkte einer Machtanalyse vor. Ersten gelte es, die lokalen Formen der Macht im äußersten Rand ihrer Ausübung zu untersuchen. Zweitens soll man Macht in ihren „realen und effektiven Praktiken“ untersuchen und sie drittens als „etwas, was zirkuliert und nur als Verkettung funktioniert“ auffassen. Im vierten Punkt schlägt Foucault vor, eine aufsteigende Analyse von Macht durchzuführen und im letzten Punkt weist er auf die wechselseitig konstitutive Bedingung von Wissen und Macht hin, sodass es für ihn wichtig ist, die Verbindung zwischen Machtverhältnissen und Wissensapparaten zu untersuchen.

Zweitens orientiere ich mich methodisch zusätzlich an der Diskursanalyse nach Keller (Keller 2011), die an einen poststrukturalistischen Ansatz angelehnt ist, wobei auch hier die Gedanken Foucaults eine wichtige Rolle spielen. Im Anschluss an Foucault interessiert sich die Diskursforschung bei Keller an der gesellschaftlichen

„Herstellung und Ordnung von Praktiken, Objekten, Menschen, Ideen, kurz, von Realitätszusammenhängen“ (Keller 2011 S 48). Aus einer an Foucault angelehnten Diskursanalyse ergeben sich weiters einige Punkte, die auch meinen Forschungsprozess leiteten. Unter anderem waren die Aufmerksamkeit für die Begrenztheiten der Daten, die Suche nach Leerstellen, das Identifizieren von Diskurseffekten sowie die Kontextualisierung des Materials in spezifischen Macht/Wissens-Netzwerken (Keller 2011, S 53) für die Auswahl und Bearbeitung meines Materials von Bedeutung.

Keller formuliert die Frage, welches Wissen, welche Gegenstände, Zusammenhänge, Eigenschaften, Subjektpositionen usw. durch Diskurse als 'wirklich' behauptet werden, als Ziel der Diskursforschung (vgl. Keller 2011, S 72). Ausgangspunkt dieser Frage ist dabei eine konstruktivistische Perspektive, die davon ausgeht, dass Diskurse eine Realität nicht abbilden, sondern sie in spezifischer Weise konstituieren (vgl. Keller 2011, S 67).

Die Auswahl von qualitativen Ärzte- Interviews und einem wissenschaftlichen Diskurs in ausgewählten Fachartikeln begründet sich durch folgende Perspektive: Ich nehme den Diskurs der praktizierenden Ärzte und den Fachdiskurs als zwei Orte der Wissens(re-)produktion an, die sich durch eine qualitative Analyse auf Machteffekte hin untersuchen lassen.

#### ***4.1.1. Auswahl und Erhebung der Daten***

Mein erster Datenkorpus ergab sich aus der Erhebung wissenschaftlicher Fachartikel zum Thema „Parkinson und Biomarker“. Ein Biomarker gilt als „characteristic that is objectively measured and evaluated as an indicator of normal biological processes, pathogenic processes, or pharmacologic response to a therapeutic intervention.“ (Biomarkers Definitions Working Group, 2001, 91). Im Bezug auf die Parkinson-Krankheit wird in diesem Wissenschaftsbereich unter anderem auch nach diagnostischen Markern geforscht.

Ich wählte 12 Artikel aus diversen Fachzeitschriften (Journal of Neural Transmission, Brain, Science und ähnliche) die im Zeitraum von 2003-2011 publiziert wurden, wobei die Hälfte der Texte im Jahr 2010 erschienen ist. Die Auswahl begründet sich durch die Anzahl der Publikationen zum Thema „Biomarker und Parkinson“, die seit dem



Jahr 2003/04 kontinuierlich steigt. Die Online-Datenbank Scopus findet 1998 einen ersten publizierten Artikel zu diesem Thema und gibt für das Jahr 2011 bereits 91 veröffentlichte Artikel an. Für mich stellt der in Journalen veröffentlichte Fachdiskurs eine spezifische Weise der Wissens(re-)produktion dar, die durch seine „geschlossene Öffentlichkeit“ bedeutsam ist. Unter der geschlossenen Öffentlichkeit verstehe ich die Tatsache, dass der Diskurs zwar prinzipiell für einen Großteil der Gesellschaft, also auch für nicht medizinisch ausgebildete Laien wie zum Beispiel mich selbst, zugänglich ist, jedoch besonders auf den Austausch mit Fachkollegen ausgerichtet ist.

Das Feld der Biomarker-Forschung für Parkinson sehe ich hier bei als einen spezialisierten Wissenschaftsbereich, der sich spezifische Weltanschauungen teilt. Kuhn beschreibt im Bezug auf derartige wissenschaftliche Fachgruppen, die sich im Laufe der Zeit aus einer größeren Wissenschaft herausbilden und auf kleinere Teilbereiche spezialisieren, die Fokussierung auf „brief articles addressed only to professional colleagues, the men whose knowledge of a shared paradigm can be assumed and who prove to be the only ones able to read the papers addressed to them.“ (Kuhn 1962, 20)

Bei einem Großteil der ausgewählten Artikel handelt es sich um so genannte „Reviews“, also Artikel die einen Überblick über aktuelle Entwicklungen in diesem Forschungsbereich geben. Diese Artikel erschienen mir besonders geeignet, trotz der kleinen Auswahl an Artikeln das Forschungsfeld zu erfassen. Ergänzt wurden die Überblicks-Artikel mit Texten, die einzelne Studien beschreiben (Bogdanov 2008 und Grünblatt 2010), sowie einem Leitartikel (Stern 2004) und einen Artikel aus Sicht eines Investors (Frasier 2010).

Mein zweiter Datenkorpus umfasst qualitative Interviews mit praktischen Ärzten. Ich wollte neben den fachlich ausgebildeten Spezialisten auch Allgemeinärzte in die Analyse aufnehmen, weil ich sie als erste und häufigste Anlaufstelle von Patienten, die im späteren Verlauf mit Parkinson diagnostiziert werden, sehe.

Ich wählte eine qualitative Methode, um den Diskurs der praktizierenden Ärzte mittels halb standardisierter Einzelinterviews entlang eines Fragenkatalogs zu erheben. Ursprünglich plante ich acht Einzelinterviews mit Neurologen und praktischen Ärzten in Wien und Oberösterreich, von denen jedoch nur sechs im Zeitraum von Ende

September bis Ende Oktober 2011 zustande kamen. Ich interviewte dabei zwei praktische Ärzte und einen Neurologen in Oberösterreich und drei Neurologen in Wien. Zwei der Neurologen gaben einen Parkinson-Schwerpunkt an und eine Neurologin arbeitete im Spital. Die verringerte Gesamtanzahl der Interviews ergibt sich zum einen aus dem schwierigen Zugang zu praktischen Ärzten, die kaum zu einem Gespräch über die Parkinson-Diagnose bereit waren und mich häufig auf fachlich spezialisierte Neurologen verwiesen. Zum anderen erschien mir nach einem kontinuierlich-reflexiven Prozess nach der Durchführung der Interviews eine Sättigung im Bezug auf meine Forschungsfrage nach sechs Gesprächen erreicht, sodass ich auf weitere Interviews verzichtete.

#### **4.1.2. Auswertung der Daten**

Die Auswertung des ersten Datenkorpus erfolgte vor der Erstellung des Fragebogens. Ich wählte zunächst eine induktive Methode und codierte einen ersten Block von 9 Artikeln in mehreren Durchgängen, wobei ich auf eine minimale und maximale Kontrastierung (Keller 2011, S 92) achtete. Das bedeutet, dass ich von einem Dokument ausgehend in den anderen Artikeln nach vergleichsweise ähnlichen (minimale Kontrastierung) oder dazu stark unterschiedlichen Aussagen (maximale Kontrastierung) Ausschau hielt. Diese ersten Codes blieben nahe am Originaltext und waren deshalb hauptsächlich in vivo Codes (zum Beispiel access, potential biomarker, levels, goal, promise etc.), also Begriffe, die ich direkt aus den Texten übernahm. Nach einer Reflexion über die gemeinsamen Elemente, die sich daraus in der Literatur für mich ergaben, wandte ich die Codes auf drei weitere Artikel an. Nach einer neuerlichen Überprüfung hielt ich eine ausreichende Sättigung für erreicht, da ich im zweiten Durchgang keine nennenswerten Abweichungen oder neuen Codes fand. Die Codes fasste ich in mehreren Durchläufen zu größeren Kategorien zusammen, die ich im Bezug auf meine Forschungsfrage und den theoretischen Grundlagen erarbeitete.

Alle Interviews wurden mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Meine Auswertungsmethode stellt im allgemeinen eine themenbezogene Inhaltsanalyse dar. Ausgewertet wurden die Interviews, indem ich

zunächst das empirische Material in mehreren Durchgängen las und parallel dazu Textpassagen codierte, die mir bedeutend erschienen. In einem folgenden Schritt fasste ich deshalb die Codes wie zuvor zu breiteren Themenblöcken zusammen. Besonderen Wert legte ich auf Textstellen, die mir einen guten Einblick in die Bedeutungsproduktion von spezifischen Wissensvorräten und damit in Zusammenhang stehende Machtverhältnisse in der Parkinson-Diagnose gaben. Abschließend wurden jene Stellen im empirischen Material ausgewählt, die ich für besonders aussagekräftig hielt, um als Beispiele in meine Arbeit einzufließen.

Ich strebte weiters einen lockeren Vergleich zwischen meinen unterschiedlichen Datensammlungen an, indem ich erneut die minimale/maximale Kontrastierung nach Keller anwandte, um besonders ähnliche bzw. besonders divergierende Textstellen in Bezug zu setzen. Dies sollte mir dabei helfen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Parkinson-Diagnose im Diskurs der praktizierenden Ärzte und im wissenschaftlichen Forschungsdiskurs herauszustreichen.

## **4.2. Interpretation der ausgewerteten Daten**

Im folgenden Kapitel werden die empirischen Daten in Verbindung mit produktiven Machteffekten analysiert. Die Einteilung erfolgt nach den in Kapitel 2.1. vorgestellten Punkten, die sich an der Frage „Was tut die Diagnose?“ orientieren. Sie erscheint mir besonders im Hinblick auf die Darstellung von Machtwirkungen, die mit Wissensformen und Praktiken der Diagnose in Verbindung stehen, sinnvoll. Ergänzend zu den qualitativen Interviews und den Fachartikeln ziehe ich einen Text mit dem Titel „An Essay on the Shaking Palsy“ von James Parkinson aus dem Jahr 1817 an diversen Stellen heran, um die historischen Transformationen des Diagnostizierens zu veranschaulichen.

### ***4.2.1. Die Diagnose als Ordnungsinstrument***

Bevor eine Krankheit wie die Parkinson-Krankheit als solche definiert wird, existiert eine Ansammlung von Beschwerden, die eine Person in der Regel dazu bewegen, einen Arzt aufzusuchen. Der Arzt hat nun die Aufgabe, diese chaotische Anhäufung

von Symptomen ordnend zu interpretieren und zu einem einheitlichen Krankheitsbild zusammenzufassen.

*„Diagnosis is the medical reading of these symptoms: interpreting and organising them according to models and patterns recognised by the profession.“*

*(Jutel 2009, S 287)*

Dazu verwendet der Arzt in der westlichen Medizin heutzutage die Diagnose. Die Diagnose ist somit ein Ordnungsinstrument, das die Funktion erfüllt, chaotische Krankheitszustände zu klassifizieren. Die Klassifizierung von Krankheitszeichen und ihre Zuordnung zu bestimmten, als klar abgegrenzte Entität konstruierten Krankheiten ist in der Medizin seit dem 18. Jahrhundert üblich (vgl. Jutel 2009, s 280 und Foucault 1975a).

Die ordnende Funktion der Diagnose wird auch in der Analyse der verwendeten empirischen Daten ersichtlich.

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Ansatzpunkte zur Beschreibung von Parkinson vorgestellt, um die Frage zu beantworten, wie Parkinson als klar abgrenzbare Krankheit konzipiert wird. Dabei gehe ich zunächst auf allgemeine und Literatur-spezifische „Parkinson-Bilder“ ein, um aufzuzeigen, wie die Darstellung der Parkinson-Krankheit durch soziale Rahmenbedingungen und Vorstellungen geprägt wird. Dabei gehe ich zunächst von meinem eigenen Wissen über Parkinson aus, das ich als Allgemeinwissen – ein durch Erfahrungen und Medien zusammengestoppertes Bild - betrachte. Dieses Allgemeinwissen kommt auch in den Experteninterviews zur Sprache. Ergänzend dazu werden die Abbildungen in der Fachliteratur vorgestellt, die Parkinson illustrieren. Danach stelle ich vor, wie Parkinson in der Arztpraxis als Krankheit konzipiert wird, wobei besonders Vergleiche mit Alltagsgegenständen und anderen Krankheiten im Vordergrund stehen. Anschließend wird die Transformation von Parkinson-Definitionen aufgezeigt, indem Zeit und Ort der Parkinson-Krankheit in ihrem historischen Wechsel vorgestellt werden. Schließlich wird im Anschluss an die Ordnung von Parkinson entlang einer Zeitachse die frühe Diagnose näher ausgeführt.

#### 4.2.1.1. *Parkinson-Bilder im Gedächtnisspeicher*

Als ich mit der Recherche für meine Diplomarbeit begann, wusste ich selbst kaum etwas über Parkinson. Da mir auch in meiner Verwandtschaft keine Fälle von Parkinson bekannt waren, war mein erster Gedanke zu dieser Krankheit: „Gab es da nicht diesen österreichischen Außenminister, Alois Mock, der immer so gezittert hat?“ Mein Zugang zu Parkinson war also zunächst geprägt von bestimmten Bildern, die in meinem Kopf herumgeistern. Es ist allgemein geteiltes Wissen, das meinen unmittelbaren Zugang zu Parkinson-Krankheit zunächst und zuerst bestimmt, es sind Bilder aus den Medien, aus denen sich mein Wissen zusammensetzt: Ein Fernsehauftritt des Schauspielers Michael J. Fox kommt mir in den Sinn. Er redet in klaren Sätzen und sehr enthusiastisch über seine Parkinson-Erkrankung, er macht kleine Witze darüber, wie er seinen Alltag damit meistert und er plädiert eindringlich für die Unterstützung seiner Forschung. Während er spricht, wackelt er die ganze Zeit hin und her, sein ganzer Oberkörper schüttelt sich, sein sich bewegender Kopf kann von der Kamera kaum eingefangen werden, während seine Füße komplett ruhig sind. Auch ein Bild des ehemaligen Boxers Muhammad Ali taucht auf: Ein riesiger Mann, der mit zitternden Händen und nach vorne gebeugt vor der Kamera steht, und dann doch im nächsten Moment kraftvoll und ohne zu zittern einen linken Haken vortäuscht.

Parkinson ist in der heutigen Zeit eine sichtbare Krankheit, die charakteristischen Bewegungsstörungen – das Zittern, die kleinen Schritte, der vornüber gebeugte Rumpf, der unbewegliche Arm, das maskenhafte Gesicht – begegnen uns nicht nur im Fernsehen, sondern auch auf der Straße. Nicht immer erkennen wir dabei eine Krankheit. Auch das Bewegungsbild vieler alter gesunder Menschen ähnelt einer Parkinson-Symptomatik. Dieses Allgemeinwissen ist auch durch einen medizinischen Diskurs über die Parkinson-Erkrankung geprägt. Wir kennen einen Bekannten, der „einen Parkinson hat“. Auch die Begegnung mit Bekannten und Verwandten, die an Parkinson erkrankt sind, formt dabei unsere Vorstellung über Parkinson. Das laienhafte Wissen über Parkinson ist aus vielen Mosaiksteinen zusammengesetzt, die mit individuellen Lebenserfahrungen verbunden sind.

Auch meine Interviewpartner erwähnen diese Alltagsbilder. Ein Neurologe spricht von „Allgemeinwissen“ (N1), von „ganz normalem Wissen“ (N1), das viele über Parkinson haben. Ein praktischer Arzt spricht auch von einem gelebten Wissen (P1). Parkinson existiert also nicht nur in der Medizin, weil auch unsere Umwelt unser Bild über Parkinson prägt.

Dieses gelebte Wissen ist meinen Gesprächspartner größtenteils bewusst und es beeinflusst die Weise, in der das medizinische Wissen in der Diagnosepraktik dargestellt wird. Ein Neurologe weist im Gespräch darauf hin, wie dieses Allgemeinwissen seine Begegnung mit dem Patienten strukturiert:

*„Die Angst bei Parkinson ist sehr groß. (...) Man muss sich vor Augen halten, dass in den 50er Jahren die Leute nach durchschnittlich sechs Jahren gestorben sind, auch junge Menschen. Das ist schon noch irgendwo drinnen in diesen allgemeinen Gedächtnisspeichern, dass Parkinson eine tödliche Erkrankung war.“*

(N1)

Meine Interviewpartner beschreiben, wie diese allgemeinen Gedächtnisspeicher auf das Zusammentreffen mit den Patienten wirken. Ein Neurologe ist sich bewusst, dass die Alltagsbilder über Parkinson bei seinen Patienten vorhanden sind und Befürchtungen auslösen können. Er meint dazu:

*„Da muss man wirklich die Angst nehmen und sagen: ‚Wenn Sie jemanden kennen, der mit dieser Krankheit ein schlechtes Befinden hat, dann vergleichen Sie sich bitte nicht mit ihm. Weil der hat vielleicht ein ganz anderes Leben, oder einen anderen Krankheitsverlauf, oder vielleicht hat er gar keinen Parkinson‘...“*

(N4)

Die analysierte Biomarker-Literatur bezieht sich kaum auf allgemeine Bilder von Parkinson. Auch das medizinisch-wissenschaftliche Fachwissen ist in bestimmten Paradigmen verhaftet, die den Blick des Forschers im Laufe seiner Ausbildung formen. Die Wahrnehmung der Parkinson-Krankheit ist damit historisch wandelbar und immer durch spezifische akzeptierte Bedingungen gerahmt, die bestimmen, was

und wie zur Zeit in der Parkinson-Krankheit untersucht werden kann.

Die Literatur verwendet bestimmte Parkinson-Bilder, die jedoch von einer anderen Art als die bereits erwähnten Alltagsbilder sind. In der Biomarker-Forschung für Parkinson spielen bildgebende Verfahren eine wichtige Rolle. In den Artikeln finden sich deshalb einige Abbildungen von Gehirnen, die mithilfe von Scannern gescannt und sichtbar gemacht wurden (Foulds 2010, S 360, Ferrer 2011, S 826f, DeKosky 2003, S 832). Sie dienen dazu, krankhafte Veränderungen in lebenden und toten Gehirnen sichtbar zu machen und diese Veränderungen entsprechend zu klassifizieren. Die Darstellung von Gehirnen ist mit einer intensiven Interpretationsarbeit verbunden, die die Auswahl der Gehirne, den Ausschnitt der konkreten Hirnregion, die digitale Nachbearbeitung zur Akzentuierung bestimmter Gehirnzustände und Ähnliches umfasst. Sowohl Erhebungsmethoden, Datenanalysen als auch Ergebnisinterpretationen der Parkinson-Forschung sind somit nicht frei von Machtverhältnissen und produzieren ein vermachtetes Wissen. Schmitz, die Geschlechterverhältnisse in der Hirnforschung untersucht, schreibt zu den bildgebenden Verfahren: „What cannot be seen in the image is the long and drawn-out process for its construction“ (Schmitz 2010, S 64).

Für die Abbildungen der Parkinson-Krankheit bedeutet das zunächst, dass Bilder von Gehirnanaren dominieren, da der Krankheit lange Zeit ein Sitz im Gehirn gegeben wurde (vgl. Kapitel 4.2.1.4.). Zudem sind diese Bilder auch im Kontext technologischer Entwicklungen zu sehen, die die bildhafte Abbildung von Vorgängen im Gehirn ermöglichen, indem sie unterschiedliche Elemente im Gehirn identifizierbar machen. Bilder, die organische Veränderungen im Körper sichtbar machen, erfüllen auch die Funktion Symptome zu ordnen. Eine individuelle Beschwerde wird dann zu einem medizinisch erklärbaren Symptom, wenn dafür sichtbare und messbare Veränderungen im Körper vorhanden sind (vgl. Jutel 2009, S 290).

Schmitz erwähnt weiters einen „publication bias“ in der Hirnforschung (Schmitz 2010, S 63), der dadurch entsteht, dass signifikante Unterschiede gegenüber Nicht-Unterschieden in den Ergebnissen häufiger publiziert werden. Somit reproduziert der Publikationsbias nach Meinung der Autorin ein Geschlechterregime mit. Diese Verzerrung in den Veröffentlichungen einer wissenschaftlichen Fachrichtung kann auch auf die Parkinson-Forschung umgelegt werden. Die Abbildungen in den Artikeln stellen Vergleiche zwischen normalen Gehirnen und Parkinson-Gehirnen sowie Vergleiche zwischen verschiedenen Krankheitszuständen dar. Die Parkinson-

Forschung formt hier die Parkinson-Krankheit als eine einheitliche Entität, die von normalen Alterungsprozessen mittels im Körper verorteter Markierungen klar abgrenzbar ist.

#### *4.2.1.2. Die Parkinson- Krankheit im Vergleich*

Auch die Parkinson-Krankheit in der Praxis und in der konkreten Begegnung mit dem Patienten, der mit ihr diagnostiziert wird, ist von Allgemeinwissen geprägt. Ich bitte meine Interviewpartner, mir als Patientin Parkinson zu erklären.

Drei meiner Gesprächspartner erwähnen dabei das Gehirn. Sie erklären mir Parkinson als eine „Verarmung einer Substanz im Gehirn“ (P1), ein Ungleichgewicht (P2) und eine Funktionsstörung (N4) im Gehirn. Obwohl die Fachliteratur mittlerweile davon ausgeht, dass die Parkinson-Erkrankung nicht nur das Gehirn betrifft, ist dieses Organ in der Diagnose nach wie vor bedeutend.

Ein praktischer Arzt (P1) meint, er würde auch von einem Alterungsprozess im Gehirn sprechen, um seinen Patienten Parkinson zu erklären. Der Mangel an Dopamin, der ersetzt werden muss, ist ein wichtiger Punkt der Erklärung, da daran gleich der Hinweis auf die Behandlung von Parkinson anschließt. Die wirksamsten Parkinson-Medikamente, die heutzutage verwendet werden, ersetzen das fehlende Dopamin.

Hier wird deutlich, dass die Diagnose eng mit der Behandlung verknüpft ist. Die Diagnose dient daher nicht nur zur Ordnung chaotischer Krankheiten, sondern auch zur Bestimmung geeigneter Behandlungsmethoden, die aufgrund der Zuordnung erfolgen.

Drei meiner Gesprächspartner verwenden Vergleiche, um mir die Parkinson-Krankheit verständlich zu machen. Besonders die praktischen Ärzte sind bestrebt, die Parkinson-Krankheit durch Vergleiche mit anderen Krankheiten zu beschreiben, um die Krankheit ihren Patienten verständlicher zu machen. Die Beispiele einer Depression (P2) und Diabetes (P1) werden von den praktischen Ärzten herangezogen, um den zu ersetzenden Mangel an bestimmten Stoffen im Gehirn zu erklären. „Das verstehen die meisten [Patienten], weil jeder kennt irgend jemanden,



der zuckerkrank ist.“ (P1) begründet ein praktischer Arzt diese Vorgehensweise. Auch ein Wiener Neurologe bedient sich eines praktischen Beispiels, um bestimmte Vorgänge bei Parkinson zu erläutern und betont, dass er auf diese Weise meistens mit seinen Patienten spricht. Dabei vergleicht er den Verlust der dopaminergen Nervenzellen, der im Lauf der Krankheit schließlich zu Symptomen wie den Überbewegungen oder dem Einfrieren der Bewegung führen kann, mit einem Gasspeicher:

*„Es hat ja keinen Sinn, wenn ich den Patienten erkläre, dass das dopaminerge Neuron auf das glutaminerge Neuron so oder so wirkt (...). Das muss man sich vorstellen wie einen alten Gasometer. Ein großer Gasometer, mit einer Lederblase drinnen, da pumpe ich mein Gas hinein. Und wenn es kalt ist, dann schalten die Haushalte rundherum ihre Heizungen ein und das Gas wird weniger. Es wird aber so viel produziert, dass das [Gas] nicht null wird. Und wenn es warm ist, dann schalten die [Menschen] ihre Heizungen ab und dann steigt die Gasblase wieder an. Das ist völlig egal, was jetzt hinten produziert wird, es muss nur halbwegs ausreichend produziert werden. Irgendwann ist der Gasometer kaputt. Und alles Gas, das produziert wird, geht sofort in die Haushalte. Dann muss ich bei 40° im Sommer heizen. Weil dort brennt mein Boiler und ich kann ihn nicht abdrehen, weil das Gas kommt andauernd. Überbewegungen heißt das. Dann hat es minus 40°, ich würde gerne heizen, aber da kommt nichts, [denn] im Speicher ist nichts. Der Gasometer ist fort und daher rinnt nichts nach, es ist eiskalt: Freezing.“*

(N1)

In Wien gibt es vier Gasometer, die 1984 stillgelegt wurden und seit 2001 als Wohnraum genutzt werden. Sie sind sehr charakteristisch und gelten als ein Wahrzeichen Wiens. Der Neurologe, der das Beispiel des Gasometers verwendet, praktiziert in Wien, weshalb er vielleicht auch dieses Beispiel wählt. Einem Ortsansässigen wird ein Gasometer ein Begriff sein, und gerade die älteren Patienten werden mit der Mechanik der Gasspeicherung und -verteilung vertraut sein, vielleicht selbst mit Gas heizen. Da die motorischen Parkinson-Symptome durchschnittlich mit 65 Jahren auftauchen, ist die Erklärung des Neurologen auch im Zusammenhang mit bekannten und erlebten Alltagssituationen der derzeitigen

Patientengruppe verbunden.

Zusätzlich produziert der Vergleich mit einem Gasspeicher bestimmte Vorstellungen, wie Vorgänge im Körper funktionieren. Das Beispiel bedient sich einer mechanistischen Sichtweise, die Vorstellungen der Dopaminproduktion und -verteilung prägt. Das Gehirn wird hierbei erneut als Zentrum festgelegt, von wo aus sich das Dopamin im ganzen Körper verteilt. Der Gasometer nimmt gleichzeitig auch ansatzweise den Netzwerk-Gedanken auf, der in der heutigen Medizin von großer Bedeutung ist (vgl. Kapitel 4.2.1.4). Indem Parkinson mit einem Gasometer verglichen wird, wird auch der Gedanke eines vernetzten Systems übernommen. Die Stadt, deren Gebäude mittels verbundener Leitungen mit Gas versorgt wird, ist hierbei Bild für einen Körper, indem das Dopamin über vernetzte Nervenleitungen zirkuliert.

#### *4.2.1.3 Parkinson als infektiöse Krankheit?*

„Möglicherweise handelt es sich – zumindest bei Teilen der Parkinson-Erkrankung - um eine Infektion.“ (N1) erzählt mir ein Parkinson-Spezialist im Gespräch. Zum Zeitpunkt dieses Interviews habe ich mich umfassend in das Thema Parkinson eingearbeitet, unzählige medizinische Fachartikel gelesen, Neurologen - Homepages durchforstet, von Selbsthilfegruppen herausgegebene Information gescannt und vieles mehr. Ich bin überrascht: Gilt Parkinson nicht als eine Bewegungsstörung, die durch defekte Zellen in der Substantia Nigra, einem Teil des Gehirns, hervorgerufen wird? Und wenn es tatsächlich eine Infektionskrankheit ist, warum gibt es noch keine Kampagnen zur Parkinson-Impfung? Auch die anderen Ärzte im Gespräch erwähnten nichts von einer Infektion und sagten mir, dass Parkinson eine Funktionsstörung im Gehirn ist. Der Neurologe erklärt:

*„Parkinson ist eine Störung, die ALLE dopaminproduzierenden Zellen betrifft, also auch jene der Nebennierenrinde, auch jene im Darm, nicht nur die Zellen im Hirnstamm. Das hat man lange geglaubt, weil man Parkinson logischerweise im Gehirn gesucht hat und dort hat man ihn auch gefunden. Aber kein Mensch hat bei einem Parkinson-Patienten in den Nervenzellen des Darms nachgesehen.“*

(N1)

Bei einer nachträglichen Recherche stoße ich auf eine Artikel, der die Infektions-Hypothese propagiert (Hawkes et al. 2007) und annimmt, dass ein Krankheitserreger durch die Nasenschleimhaut und über den Darm in das Gehirn gelangt, wo er die für Parkinson bekannten Veränderungen verursacht.

.Die Erkenntnis, dass Parkinson mit dem Darm in Verbindung steht, ist nicht unbedingt neu. Bereits 1817 schreibt James Parkinson in seinem „Essay on the Shaking Palsy“ über die Eingeweiden des Parkinson-Betroffenen, die die ganze Zeit träge sind. Er nimmt auch in einem seiner sechs Fallstudien die Aussage eines Betroffenen, er habe eine zurückgebliebene Verdauung, in die Beschreibung der Krankheit auf. Insgesamt bleibt die Beschreibung der Verdauungsstörungen genauso wie die Erwähnung eines gestörten Schlafes im Text von James Parkinson unterbeleuchtet. Im Essay der Schüttellähmung dominiert die Beschreibung der motorischen Störungen und am Ende des Textes wird die Ursache der Krankheit im Rückenmark und in einem Teil des Hirnstamms vermutet.

Im Essay von 1817 beschreibt der Autor die Schüttellähmung in seinem Text folgendermaßen:

*„Shaking Palsy (Paralysis Agitans): Involuntary tremulous motion, with lessened muscular power, in parts not in action and even when supported; with a propensity (Hang, Neigung) to bend the trunk forwards, and to pass from a walking to a running pace : The senses and intellects being uninjured.“*

*(Parkinson, 1817)*

In der heutigen Zeit beschreibt dieser Absatz lediglich eine Parkinson-Symptomatik, also eine Ansammlung von Symptomen, die unter dem Begriff „Parkinsonismus“ zusammengefasst werden können. Diese Beschreibung gilt jedoch für eine Definition der Parkinson-Krankheit heutzutage als ungenügend, weil die Symptome auch bei anderen Krankheiten vorkommen und zudem heute als motorische Störungen nur mehr einen Teil der Parkinson-Symptomatik abbilden. Dennoch bleiben die motorischen Symptome auch in der heutigen Diagnose ausschlaggebend. Sie werden in der Medizin in vier Kardinalsymptome eingeteilt – Akinese, Tremor, Rigor und posturale Instabilität – die in der richtigen Kombination das Diagnostizieren einer Parkinson-Erkrankung ermöglichen (vgl ÖGN 2008).

Die Diagnose von Parkinson fokussiert jedoch zunehmend auch auf nicht-motorische Symptome. Die krankhaften Veränderungen im Körper, wie die Lewi - Körperchen, sind heute ebenso Teil der medizinischen Definition von Parkinson, auch werden Sinnesveränderungen wie die Geruchsstörung und kognitive Veränderungen mit Parkinson in Verbindung gebracht:

*„Parkinson's disease is a common chronic neurodegenerative disorder in which there is a loss of dopaminergic nigrostriatal neurons in the substantia nigra pars compacta with evidence of intracytoplasmic inclusions known as Lewy bodies. The classical clinical features are progressive tremor, rigidity and bradykinesia. However, neuronal loss occurs beyond the dopaminergic system, and consequently patients display autonomic, affective and cognitive deficits.“*

*(Michell 2004, S 1693)*

Die Art und Weise des Diagnostizierens einer Krankheit steht also mit der spezifischen, aktuell anerkannten Krankheits-Definition in engem Zusammenhang. Was Parkinson „ist“ hat sich im Laufe der Jahre verändert: Die motorischen und von außen sichtbaren Störungen sind im Essay von 1817 dominierend. Die Biomarker-Literatur erweitert dieses Bild durch abnormale Veränderungen im Gehirn und nicht-motorische Störungen. Die vom Neurologen erwähnte Konzeption der Parkinson-Krankheit als Infektionskrankheit nimmt schließlich Nase und Darm als Orte der Parkinson-Krankheit auf. Veränderte Sichtweisen darüber, was Parkinson ist, verändern auch die Diagnose. So werden heutzutage neben Tests, die die Steifheit des Armes erkennen lassen, auch Tests angewandt, die sich auf die Identifizierung der Nicht-motorischen Störungen konzentrieren (vgl. Kapitel 4.2.2.2.).

Wie lassen sich diese verschiedenen Aussagen über Parkinson erklären? Dass Wissen über Parkinson ist ein spezifisches Wissen: Über viele Jahre hinweg dominierten in der medizinischen Bearbeitung der Krankheit zwei Dinge: Zum einen wurde das Gehirn als Ort und Sitz der Parkinson-Krankheit lange Zeit bevorzugt. Zum anderen wurden die gut sichtbaren motorischen Störungen – den zitternden Extremitäten, dem nach vorne gebeugten Körper – gegenüber den 'unsichtbaren' Störungen- Schlaf, Verdauung und Geruch betreffend – präferiert.

Hier lässt sich erkennen, dass Ort und Zeit der Parkinson-Krankheit historisch

verhaftet und für die Darstellung der Krankheit von Bedeutung sind, weshalb in den nächsten beiden Kapiteln näher darauf eingegangen wird.

#### 4.2.1.4. *Wo ist Parkinson?*

Die Medizin gibt der Krankheit Parkinson für lange Zeit einen fixen Sitz im menschlichen Körper. Man 'findet' die Krankheit im Gehirn, in einer bestimmten Region, die Substantia Nigra genannt wird. Hier sind die pathologischen Veränderungen gut sichtbar, denn die schwarze Substanz hat ihren Namen aufgrund ihrer dunklen Verfärbung. Bereits 1919 beschreibt Tretjakov die entfärbte und somit blasse Substantia Nigra, die er bei der Obduktion von verstorbenen Parkinson-Patienten vorfand (vgl. Thümler 1999, S 26). Die entfärbte Substantia Nigra liegt lange im Zentrum der Aufmerksamkeit der Medizin, da an ihr die Parkinson-Erkrankung mit dem bloßen Auge sichtbar ist.

Foucault erklärt, wie in der pathologischen Anatomie der Krankenhausmedizin der Begriff des Sitzes einer Krankheit den Begriff der Klasse verdrängt. (Foucault 1963, S 153f). In dieser neuen Anatomie ist der Sitz „*ursprünglicher Herd* der Krankheit“ ohne jedoch zwingend die Ursache zu sein (vgl. ebds.).

Das lange vorherrschende Denken der Krankenhausmedizin hat auch die Parkinson-Krankheit geprägt und ihr einen Sitz im Gehirn gegeben. Auch ein interviewter Neurologe deutet an, dass die bei Parkinson-Patienten auftretenden Verdauungsprobleme von Ärzten üblicherweise nicht beachtet werden (N1). Sie werden als Nebenwirkung von Medikamenten angesehen und deshalb häufig vernachlässigt. Hier wird ersichtlich, dass die Diagnose eine hierarchische Klassifizierung vornimmt: Manche Beschwerden werden als Krankheits-Symptome definiert und erlangen für die Diagnose Bedeutung, während andere Beschwerden ausgegrenzt werden.

Obwohl der Sitz von Parkinson im Gehirn nicht mehr exklusiv ist, ist er sowohl in der Literatur als auch in den Gesprächen sehr präsent. Ein Neurologe spricht von einem "Marsch durch das Gehirn" (N1) und meint damit verschiedene Orte vom Riechhirn bis zum Mittelhirn, an denen die Pathologie der Parkinson-Erkrankung erkennbar ist. Der 'Marsch durchs Gehirn' bringt zunächst also den Sitz der Krankheit in

Bewegung. Der Sitz der Krankheit wird dynamisch, indem er an verschiedenen Stellen im Gehirn zu unterschiedlichen Zeitpunkten dargestellt wird, er bleibt aber in dieser Konzeption dennoch an spezifischen Orten verhaftet. In der Konzeption, wie sie vor allem auch in der Fachliteratur zu finden ist, wird der Sitz der Krankheit noch weiter ausgeweitet und breitet sich zu einem ganzkörperlichen Netzwerk aus. In den letzten Jahren hat sich die Vorstellung von Parkinson als Erkrankung des Gehirns zunehmend erweitert. Parkinson wandert nun in den gesamten Körper, sodass schließlich auch dopaminerge Zellen im Darm in den Wahrnehmungsraum der Medizin fallen. Zwei der 12 untersuchten Artikel verfolgen explizit einen systembiologischen Ansatz, der den Gedanken des Netzwerks verfolgt.

*Of the diverse neuronal types within the human nervous system, only a few develop pathological inclusions, and this selective involvement is reflected in the regional pattern of the pathology. Vulnerable cells are distributed throughout the peripheral, enteric and central portions of the nervous system.“*

*(Hawkes et al. 2007, S 599)*

Die These, dass Parkinson durch einen Krankheitserreger verursacht wird, ist in Verbindung mit einem Netzwerk-Gedanken zu sehen, der in der modernen Medizin dominiert. Unter einem Netzwerk kann dabei die „Vorstellung eines von Linien durchzogenen Raumes, in dem die einzelnen Punkte in funktionaler Relation zueinander stehen“ (Penkler, 2008, S 76) und dabei interagieren, verstanden werden. Der Sitz der Krankheit wird hierbei aufgefächert und in ein Körper-Netzwerk eingebunden. Die Verwendung des Netzwerk-Gedankens ermöglicht der Parkinson-Forschung die Untersuchung von verschiedensten Orten im menschlichen Körper, die jetzt als netzwerkartig miteinander verbunden angenommen werden. Hinzu kommt schließlich auch die Verbindung mit einer außerkörperlichen Umwelt. Im Artikel von Hawkes et al. wird die These einer Infektion über Nase und Darm im Bezug auf die Verbindung dieser beiden Orte mit einer Umwelt begründet:

*„...both are in close and constant contact to the (potentially hostile) outer environment.“ (Hawkes 2007, S 607).*

Obwohl außerkörperliche Faktoren als mögliche Ursachen von Parkinson bereits seit einigen Jahren im wissenschaftlichen Diskurs besprochen werden (zb. Umweltgifte wie bestimmte Spritzmittel) so ist die neue Betrachtungsweise von Parkinson als eine Infektionskrankheit erst im Zusammenhang mit einem veränderten medizinischen Wissen möglich, welches den Sitz der Krankheit zugunsten eines Netzes der Krankheit in den Hintergrund stellt. Jedoch bleibt die Krankheit auch in ihrer vernetzten Form als abgrenz- und zusammenfassbare Einheit vorhanden. Die Klassifizierung als „idiopathische Parkinson-Krankheit“ sucht und (er-)findet deshalb immer noch „the picture of an object, a 'fixed target', which is true to nature.“ (Jutel 2009, S 281), auch wenn mit der Infektions-Hypothese die außerkörperliche Umwelt mit dem individuellen Patienten-Körper in Verbindung tritt. Gleichzeitig wird die Krankheit tiefer in den Körper eingeschrieben, was sich an der intensiven Forschung nach Markierungen im Körper darstellen lässt. Die Biomarker-Forschung ist bestrebt, Zeichen im Körper zu identifizieren, die Krankheitsprozesse im Körper anzeigen und eine einheitliche Krankheit im Körper fixieren.

Eine Netzwerk-Medizin fokussiert zunehmend auf zuvor wenig berücksichtigte „Begleiterscheinungen“ einer Parkinson- Erkrankung: Die lange vor der motorischen Parkinson-Symptomatik auftretende REM- Schlafphasen-Verhaltensstörung, bei der die Muskeln des schlafenden Patienten nicht erschlaffen und er deshalb im Traum oft wild um sich schlägt. Die Geruchsinnsstörung, bei der bestimmte Gerüche verwechselt werden. Auch Depressionen und den bereits erwähnten Verdauungsstörungen wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Gerade die Biomarker-Literatur fokussiert auf diese „myriad of non-motor symptoms“ (Mandel 2010, S 280), um Biomarker für die frühe Parkinson-Diagnose zu finden. Blasenschwäche, Angststörungen, Frieren oder Verlust des Geruchssinns (vgl. Mandel 2010, S 280f) werden hierbei untersucht. Hier ist erkennbar, wie sich die Klassifizierung der Parkinson-Krankheit gewandelt hat. Diese Transformationen sind nicht nur mit dem Wandel eines medizinischen Wissens erklärbar, sondern auch mit veränderten Lebensweisen (vgl. Kapitel 4.2.3.1.).

Die Diagnose übt eine offizielle Ordnung aus, indem mit ihr bestimmt wird, welche Beschwerden als für die Krankheitszuordnung signifikant und welche als unwichtig erachtet werden (vgl. Jutel 2009, S 279). Während Patientenberichte über seltsame Geruchssinnveränderungen für lange Zeit von der Medizin als nicht ausschlaggebend beurteilt wurden oder Schlafstörungen nicht mit Parkinson in

Zusammenhang gebracht wurden, so sind diese Beschwerden heute zunehmend bedeutende Zeichen, die zu einer Parkinson-Diagnose führen.

Die räumliche Ordnung der Parkinson-Krankheit hat auch Auswirkungen auf die Behandlung. Die medikamentöse Therapie der motorischen Symptome wird am Häufigsten angewandt, weil diese durch den Ersatz des fehlenden Dopamins gelindert werden können. Die für lange Zeit vorherrschende räumliche Fokussierung auf das Absterben der dopaminergen Zellen im Gehirn ist hierbei ausschlaggebend für die Therapie mithilfe von Medikamenten, die diesen Verlust ausgleichen.

#### *4.2.1.5. Parkinson und Zeit*

Parkinson erhält im medizinischen Diskurs nicht nur einen Ort, sondern auch ein Alter. Die Medizin prägt nicht nur Vorstellungen eines bestimmten Raumes von Parkinson, sondern strukturiert die Krankheit auch, indem sie Parkinson entlang spezifischer Zeitachsen anordnet. Armstrong sieht die Zeit als einen wichtigen Faktor der Überwachungsmedizin, der den dreidimensionalen Raum des Körpers ergänzt (Armstrong 1995, S 403) und die Einbettung der Krankheit in eine Risikologik gewährleistet. Auch die Diagnose bedient sich eines bestimmten Zeitelements, um die Krankheit zu ordnen. Zwei Elemente der Parkinson-Krankheit werden in der Diagnose zeitlich geordnet: Zum einen werden die Symptome in eine zeitliche Ebene eingebunden und zum anderen werden die Nervenzellen, die bei Parkinson absterben, durch einen fortschreitenden Abbau beschrieben. Durch die Bedeutungszunahme der zeitlichen Dimension wird ein Zyklus der Krankheit hergestellt.

Sowohl die interviewten Ärzte als auch die Aussagen in der Literatur sehen die Parkinson-Krankheit innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens. Meine Gesprächspartner beurteilen eine Parkinson-Diagnose zum Teil als eine Diagnose, die schnell zu stellen (N2, P2) und "relativ leicht" (P1) ist. Die praktischen Ärzte und Neurologen ohne Parkinson-Schwerpunkt sind dabei der Meinung, dass sie bei einem neuen Patienten üblicherweise in "einigen Wochen" (N2, P2) Parkinson diagnostizieren können. Dabei ist festzuhalten, dass diese Ärzte von jener Diagnose sprechen, die mithilfe der motorischen Symptome gestellt wird. Durch die Ordnung



von Parkinson entlang einer Zeitachse wird jedoch jedoch diese Symptome erst relativ spät in der gesamten Lebensgeschichte der Krankheit auftauchen. Jene Interviewpartner, die auf Parkinson spezialisiert sind, sehen die Diagnose von Parkinson in einem längeren Zeitraum:

*"Von einer anderen Untersuchung wiederum wissen wir, dass die durchschnittliche Zeit bis zur richtigen Diagnosestellung abhängig vom Alter (...) bis zu drei Jahre beträgt. Der Patient hat also schon drei Jahre sichtbare Symptome oder schon Beschwerden, bis die Diagnose richtig gestellt ist. Und noch schlimmer wird es, wenn es kein Parkinson ist, sondern irgendeine Differentialdiagnose."*

(N1)

Der Zeitraum bis zur richtigen Diagnose wird hier weitaus länger, mit mindestens einem Jahr (N3) eingeschätzt.

Ein Arzt erwähnt, dass die Diagnose von Parkinson besonders bei jüngeren Patienten oft spät erfolgt, da Parkinson als Alterskrankheit gilt, die bei älteren Menschen häufiger auftritt (P2). Statistiken geben an, dass 1% der Menschen über 65 Jahren an Parkinson erkranken (vgl. World Health Organization, 2004, S 51 und Grünblatt 2010, S 1387), wobei mit dem Alter auch das Risiko steigt, an Parkinson zu erkranken. Allerdings richten sich diese Zahlen wiederum an diagnostizierten Parkinson-Patienten aus. Die 1% der über 65-Jährigen sind daher als jene Personen zu sehen, die klinisch diagnostizierbare Symptome der Parkinson-Erkrankung entwickeln. Auch ein Neurologe erwähnt, dass der Erkrankungsbeginn des motorischen Symptoms bei 63 Jahren liegt. Er fügt hinzu, dass statistisch gesehen zu diesem Zeitpunkt "die Krankheit aber schon dreizehn Jahre alt" ist (N1).

In der medizinischen Betrachtung hat Parkinson also ein Lebensalter und einen zeitlichen Verlauf. Die Symptome werden dabei bestimmten Zeitpunkten zugeteilt und somit in früh und spät auftretende Zeichen der Krankheit eingeteilt. In der Fachliteratur finden sich einige Beispiele, in denen Parkinson mit einem zeitlichen Verlauf in Verbindung gebracht wird:

Die Krankheit wird mit einem schleichenden Verlauf charakterisiert, (vgl. Postuma 2010, S 1008) wobei ihr verschiedene Symptome zugewiesen werden, die sich über Jahre hinweg verschlechtern. So steht der Verlust des Geruchssinns für ein frühes

Stadium der Krankheit; (vgl. Michell 2004, S 1699) auch depressive Verstimmungen sollen frühzeitig im Krankheitsverlauf auftreten; auf eine einseitige Bewegungsreduktion des Armes folgt die Verdoppelung; der aufrechte Gang wird zunehmend schwieriger usw. Die Symptome sind hierbei nicht nur Zeichen einer Krankheit, sondern lassen gleichzeitig auch Aussagen über das Alter der Krankheit zu.

Innerhalb der Zeitachse von einigen Jahrzehnten – bis zu 20 Jahre, bis es zum Auftreten der klinischen Symptome kommt, plus die Phase mit klinisch manifesten Symptomen bis zum Tod - wird die Krankheit mithilfe von Listen in Stufen oder Stadien eingeteilt (z.B. UPDRS, Hoehn und Yahr, Braak) und somit geordnet. Die Beschreibung von Parkinson als fortschreitende Krankheit ist bereits in James Parkinsons Essay vorhanden:

*The disease is of long duration: to connect, therefore, the symptoms which occur in its later stages with those which mark its commencement, requires a continuance of observation of the same case, or at least a correct history of its symptoms, even for several years.“*

*(Parkinson 1817)*

Dieses Zitat erwähnt bereits einen Faktor, der in der heutigen Medizin sehr bedeutend ist: Die Kontinuität der Beobachtung, also die permanente und wiederholende Klassifizierung von Beschwerden und ihre zeitliche Einordnung in einen Krankheitsverlauf wird möglich, weil man Parkinson dementsprechend organisiert und die Zeitachse durch verschiedene Symptome markiert.

Der gleichmäßig fortschreitende Verlauf der Krankheit ergibt sich aufgrund statistischer Berechnungen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Parkinson-Krankheit sich in jedem Individuum gleichermaßen ausbreitet:

*„For different patients the overall rate of disease progression (...) will differ, and is likely also to alter over time within a single patient (making it non-linear).“*

*(Michell et al. 2004, S 1694)*

Wie im Kapitel 4.2.1.1. beschrieben, weist auch ein Neurologe (N4) im Gespräch

darauf hin, dass Vergleiche mit anderen Parkinson-Patienten wenig Sinn machen, da es bei dieser Krankheit sehr heterogene Verläufe gibt. Die zeitliche Ordnung der Parkinson-Krankheit, ihrer Diagnose und ihrer Behandlung ist also nicht einfach vorhanden, sondern wird durch ein spezifisches Wissen über die Krankheit gebildet. Die statistische Berechnung der Parkinson-Lebensgeschichte bildet so eine homogene Kurve, die auf das einzelne Individuum bezogen sehr variabel ist.

Die Strukturierung der Krankheit entlang einer Zeitachse erfolgt in der Fachliteratur weiters, indem auf einen permanent fortschreitenden Verlust der betroffenen Nervenzellen hingewiesen wird. (vgl. Grünblatt 2010, S 1388) Die Angabe dieses Verlusts erfolgt in Prozentzahlen, wobei eine oft erwähnte Grenze von 50-70% (Postuma 2010, S 1009) existiert: Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die derzeitige klinische Diagnose durch das kombinierte Vorhandensein der Kardinalsymptome üblicherweise gestellt wird. Bei der idiopathischen Parkinson-Erkrankung treten die motorischen Symptome üblicherweise mit etwa 60 Jahren auf.

Die zeitliche Ordnung der Parkinson-Erkrankung ermöglicht die kontinuierliche Überwachung des Patienten. Sie spaltet dabei die Diagnose in verschiedene Arten auf: Von der Risikodiagnose, die früheste Anzeichen als mögliche Risikofaktoren nimmt, zur frühen Diagnose, die die Zuordnung nicht-motorischer Symptome zu Parkinson durchführt, schließlich zur klinischen Diagnose, die anhand der motorischen Symptome gestellt wird, und letztendlich hin zur definitiven Diagnose, die mithilfe eines pathologischen Befundes arbeitet. Somit ist die Ordnung von Parkinson entlang einer Zeitachse auch ausschlaggebend für die Legitimierung neuer Diagnoseformen, die sich als Risikodiagnosen und frühe Diagnosen zunehmend von den Beschwerden und motorischen Symptomen der Krankheit abkoppeln und den Zeitpunkt der Diagnose nach vorne legen. Damit verbunden ist auch die Ausweitung jener Personen, die als krank angesehen werden und in ein medizinisches System eingegliedert werden. Dieser Trend wird seit den späten 60ern mit dem Begriff „Medikalisierung“ in den Sozialwissenschaften beschrieben (Jutel 2009, S 285). Im Folgenden wird abschließend näher auf die frühe Parkinson-Diagnose eingegangen, in der auch der Zeitfaktor in der Fachliteratur näher erläutert wird.

#### 4.2.1.6. Eine frühe Diagnose

Die untersuchte Literatur formuliert den jetzigen Zeitpunkt der Diagnose wie bereits erwähnt als zu spät. Besonders der Verlust der Nervenzellen, der zum Zeitpunkt der klinischen Diagnose bereits als weit fortgeschritten angesehen wird, wird hierbei als ein Argument gegen die klinische Diagnose verwendet.

*„...diagnostic tools are only able to detect PD subjects after nearly 70% of the neurons have been degenerated, the point at which symptoms appear.“*

*(Grünblatt et al. 2010, S 1388)*

In diesem Fachartikeln wird deshalb dafür plädiert, den Zeitpunkt der derzeitigen Diagnose von Parkinson nach vorne zu verlegen:

*„Today by the time a patient is diagnosed with the disorder, the neurodegenerative*

*process has been established for many years (...). Hence, early diagnostic criteria*

*are most important to allow an early therapeutic window.“*

*(Grünblatt et al. 2010, S 1688)*

Die Formulierung von Parkinson innerhalb einer spezifischen Zeitspanne führt also nicht nur zu einer Ausweitung und "Verjüngung" der Diagnose sondern eröffnet auch eine frühes Zeitfenster der Therapie. Auch Jutel beschreibt die Ausweitung der Grenzen einer behandelbaren Krankheit im Zuge einer Medikalisierung (Jutel 2009, S 292). Die frühen diagnostischen Kriterien, nach denen die Biomarker-Wissenschaft intensiv forscht, erfüllen hier unter anderem die Funktion, die Parkinson-Krankheit im Körper sichtbar zu machen, um daran anschließend ein therapeutische Behandlung des Betroffenen rechtfertigen zu können.

Obwohl der Fokus nicht auf der Behandlung von Parkinson liegt, wird im folgenden Absatz doch kurz auf therapeutische Maßnahmen eingegangen, da sie besonders in der Fachliteratur eine wichtige Legitimierungsfunktion erfüllen und sie auch in den Gesprächen mit den Ärzten bezüglich einer frühen Parkinson-Diagnose

ausschlaggebend waren.

Die Behandlung der idiopathischen Parkinson-Krankheit ist zur Zeit eine symptomatische. Das bedeutet, dass Medikamente und andere therapeutische Maßnahmen die Symptome der Krankheit verringern können, ohne jedoch den Krankheitsverlauf stoppen oder rückgängig machen zu können. Es gibt deshalb auch in der Parkinson-Forschung versuche, das Absterben der betroffenen Nervenzellen mithilfe von so genannten Neuroprotektoren zu verhindern. Die Forschung nach Neuroprotektoren für Parkinson hat jedoch bis jetzt noch keine neuroprotektive Maßnahme gefunden, die klinisch anwendbar wäre. Dennoch sucht die Biomarker-Forschung die Anbindung an die Forschung nach Neuroprotektoren, um ihre eigene Wissenschaft zu legitimieren:

*„If and when a neuroprotective treatment becomes available, it will become essential to identify patients as early as possible.“*

*(Postuma, 2010 S 1008)*

Umgekehrt ist die derzeitige Abwesenheit von Neuroprotektoren für die interviewten Ärzte ein Grund, einer frühen Parkinson-Diagnose skeptisch gegenüberzustehen. Die Tatsache, dass es zur Zeit noch keine neuroprotektiven Medikamente gibt, die das Absterben der dopaminproduzierenden Neuronen aufhalten oder die Nervenzellen wieder erneuern können, wird besonders von den beiden praktischen Ärzten als Nachteil, eine Frühdiagnose durchzuführen, gewertet. Ein praktischer Arzt ist der Meinung, dass das derzeitige Vorhandensein einer rein symptomatischen Behandlung von Parkinson keine Frühdiagnose rechtfertigt und zeigte sich besorgt, dem Patienten eine Diagnose zu übermitteln, ohne entsprechende Behandlungsmaßnahmen anbieten zu können (P2).

Die Anbindung an die neuroprotektive Forschung ist deshalb für die Biomarker-Forschung nicht nur wichtig, um ihre eigene Forschung zu rechtfertigen, sondern auch um mögliche Widerstände der praktizierenden Ärzte bezüglich einer Frühdiagnose abzuschwächen.

Allerdings sehen die interviewten Ärzte auch Vorteile einer Frühdiagnose.

Begründet wird dies einerseits mit einem verbesserten Therapieerfolg. Ein Neurologe

ist der Meinung, dass der Patient von einer frühen Behandlung profitiert, die auch nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Lebensstilveränderungen, physiotherapeutische Maßnahmen sowie das Vermeiden von Giften und Medikamenten, die Parkinson begünstigen, einschließt (N1). Eine Neurologin ist der Ansicht, dass die Lebensqualität der Patienten durch eine frühe Behandlung besser gesteigert werden kann:

*„Die Patienten profitieren im Verhältnis vielleicht in jüngeren Lebensjahren mehr als in älteren Jahren.“*

(N3)

Zudem wird eine frühe Diagnose befürwortet, weil damit auch Lebensentscheidungen des Patienten in Verbindung stehen. Ein Arzt geht davon aus, dass eine Parkinson-Diagnose Einfluss auf die Lebensweise des diagnostizierten Patienten hat, weshalb er es für wichtig hält, ihn möglichst früh aufzuklären (N4). Hier findet sich das Bild eines selbstverantwortlichen Patienten wieder, der seine Lebensweise auf seine Parkinson-Erkrankung abstimmt (vgl. Kapitel 4.2.3.1.).

#### **4.2.2 Die Diagnose als legitimierende Zuweisung**

Die Diagnose von Parkinson markiert jenen Zeitpunkt, an dem ein Mensch in ein medizinisches System eingegliedert wird. Indem seine Beschwerden und Anfälligkeiten einer spezifischen Krankheit zugeordnet werden, wird er als kranke Person diagnostiziert. Die Einbettung in ein Konzept von Gesundheit und Krankheit wird dabei durch ein vermachtetes medizinisches Wissen möglich, das bestimmten Kriterien folgt und diese anwendet. Die permanente Reproduktion dieser Kriterien in der diagnostischen Praxis ist dabei mit Machttechniken verbunden, die einen produktiven Charakter besitzen.

Im folgenden Kapitel soll deshalb zunächst unter Berücksichtigung des Konzeptes von „disease und illness“ auf Machteffekte verwiesen werden, die in den durch die Diagnose mitstrukturierten Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind. Danach werden Testpraktiken vorgestellt, die in der Parkinson-

Diagnose angewandt werden, um den individuellen Patienten in ein Krankheitssystem ein- oder auszugliedern.

Danach wird dargestellt, welche Auswirkungen die Parkinson-Diagnose auf den Patienten hat, wobei im Anschluss daran die Formulierung einer Frühdiagnose in einer Sprache des Risikos als Beispiel für die Transformation von Krankheits- und Gesundheitskonzepten angeführt wird.

#### *4.2.2.1. Konzeptionen von Krankheit und Gesundheit*

Die Frage, ab wann jemand als krank zu bezeichnen ist, ist nicht leicht zu beantworten. Viele Faktoren wie zum Beispiel medizinische Definitionen einer Krankheit, aber auch subjektive Krankheitsempfindungen spielen dabei eine Rolle. Bei der Parkinson-Erkrankung verändert die Forschung, welche Frühsymptome als diagnostische Marker zu installieren versucht, Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Die Frage, ab wann jemand als Parkinson-krank zu bezeichnen ist, wird von meinen Gesprächspartnern sehr unterschiedlich behandelt. Neben medizinischen Definitionen der Parkinson-Krankheit und nachweisbaren pathologischen Veränderungen fließen auch Überlegungen zum allgemeinen Alterungsprozess und des subjektiven Leidensdrucks in die Sichtweisen auf einen kranken bzw. gesunden Menschen mit ein.

Eine Neurologin, die im Spital arbeitet, bezieht sich auf den Befund, den Sie mithilfe eines bildgebenden Verfahrens erstellen kann, um einen Patienten als krank zu bezeichnen:

*„Wenn ich verschiedene nuklearmedizinische Untersuchungen wie die CIT SPECT für den Parkinson heranziehe (...) kann es sein, dass ich (...) pathologische Befunde erhebe, der Patient aber nach klinischen Gesichtspunkten noch völlig gesund und unauffällig ist.“*

(N3)

Sie folgert daraus, dass der Patient bei einer nachgewiesenen krankhaften Veränderung als krank zu bezeichnen wäre, fügt jedoch hinzu, dass diese Ansicht „sicher nicht unumstritten“ ist (N3). Auch ein zweiter Neurologe teilt diese Ansicht und

macht die Zuordnung zu einer Krankheit nicht von den motorischen Symptomen abhängig, sondern begründet seine Zuweisung mit den krankhaften Veränderungen, die man im Gehirn bereits zu einem prämotorischen Zeitpunkt nachweisen könne (N1).

Einige Ärzte halten die motorischen Krankheitssymptome für ausschlaggebend, um einen Menschen als an Parkinson erkrankt anzusehen. Sie sprechen bezüglich der Frühsymptome wie beispielsweise einer Riechstörung von einer Vorstufe der Parkinson-Krankheit:

*„Sie haben ein Defizit an irgendwelchen Substanzen (...), aber wenn der Mangel ein gewisses Ausmaß nicht überschreitet, führt es nicht zu Krankheitssymptomen. (...) Das wäre dann eine Krankheit, das andere ist eine Vorstufe.“*

(P1)

Eine Neurologin würde einen Patienten, der „nur eine Riechstörung hat und sonst gar nichts“ ebenfalls nicht mit einer Krankheit diagnostizieren (N2). Ein Neurologe beantwortet meine Frage mit dem Verweis auf das subjektive Empfinden des Patienten und weist gleichzeitig auf die strukturierende Rolle der Medizin hin:

*„Parkinson ist eine Bewegungsstörung, ob sich jemand krank fühlt damit oder nicht ist meiner Ansicht nach ein subjektives Empfinden. (...) Obwohl es natürlich in der Medizin beheimatet ist, und alles, was in der Medizin nicht normal ist, da sagt man, man ist krank.“ (N4)*

Die englischsprachige Literatur einer Soziologie der Diagnose unterscheidet zwischen „disease“ als dem biomedizinischen Krankheits-Phänomen und „illness“ als der subjektiven Krankheitserfahrung (Brown 1995, S 39). Das obenstehende Zitat enthält beide Krankheitsdimensionen. Der Neurologe ist sich bewusst, dass abnormale Lebensprozesse von der Medizin üblicherweise als „disease“ gerahmt werden, nimmt jedoch auch die Wahrnehmung als „illness“ eines individuellen Patienten in seine Überlegungen zur Einordnung in das Kategorienpaar „Gesundheit/Krankheit“ auf. Für diesen Neurologen hängt die Frage, ob jemand an



Parkinson erkrankt ist, nicht nur mit der medizinischen Bestimmung zusammen, sondern auch mit dem Leidensdruck und dem subjektiven Krankheitsempfindens des jeweiligen Patienten.

Ein praktischer Arzt stellt die medizinische Krankheits-Definition von Parkinson in Frage, weil er davon ausgeht, dass jeder Mensch parkinsonistische Symptome entwickelt, wenn er älter wird (P2). Für ihn ist die Zuordnung als Krankheit auch für eine etwaige Behandlung von Bedeutung:

*„Wenn wir älter werden, entwickelt jeder von uns parkinsonistische Symptome.  
Nur ob es eine Krankheit ist, die man auch behandeln muss, ist eine andere  
Frage.“*

*(P2)*

Auch dieser Arzt bezieht sich auf die illness-Dimension der Parkinson-Krankheit. Besonders in Entscheidung, einen Patienten auch zu behandeln, ist die subjektive Wahrnehmung des Betroffenen für ihn von großer Bedeutung, was er auch mit der Aussage „Behandeln heißt, mit dem Patienten zu verhandeln“ (P2) ausdrückt. Gleichzeitig kann seine Aussage dahingehend interpretiert werden, dass parkinsonistische Symptome wie der verschlechterte Gang oder die Schwierigkeiten beim Essen und Sprechen, nicht zwingend als „Krankheit“ gekennzeichnet werden müssen, sondern auch Teil eines normalen Alterungsprozesses sein können.

Hier wird ersichtlich, dass die Diagnose die Zuteilung zu Gesundheit und Krankheit strukturiert. Diagnostizierbare, also in irgendeiner Form sicht- und messbare Zeichen, die mit der Parkinson-Krankheit in Verbindung gebracht werden, sind dabei für meine Interviewpartner ausschlaggebende Faktoren, jemanden als krank zu bezeichnen.

*„If anything can be shown in some way to affect the workings of the body....then it  
can be labelled an 'Illness'...“*

*(Zola 1972 in Jutel 2009, S 285)*

Zugleich ist dieses medizinische Wissen nicht exklusiv, da auch subjektive Krankheitsempfindungen für die Zuteilung eine Rolle spielen. Besonders die praktischen Ärzte betonen die individuellen Krankheitsempfindungen, die neben der diagnostizierbaren Krankheit von Bedeutung sind.

Die Biomarker-Forschung fokussiert hingegen eher auf die biomedizinische Krankheitsdefinition. Indem Stoffe im Körper ausgemacht werden, die mit der Krankheit Parkinson verknüpft werden, wird die 'illness' Dimension weiter zurückgedrängt. Subjektive Krankheitsempfindungen verlieren zunehmend an Bedeutung, während objektiv messbare Markierungen im Körper des Betroffenen als 'richtiger' und wichtiger formuliert werden. Eine Parkinson-Frühd Diagnose mithilfe von Biomarkern würde es ermöglichen, subklinische Zustände festzustellen, die möglicherweise keine klinische Symptomatik hervorrufen, bevor der Patient stirbt (vgl. Jutel 2009, S 291). Durch das Nachweisen von Indikatoren für Parkinson vor dem Auftreten von Symptomen driften die Dimensionen von illness und disease weiter auseinander. Die Biomarker-Forschung kann so Menschen in ein Krankheitssystem einordnen, bevor diese die Krankheit als solche über Beschwerden, Störungen und Veränderungen ihres eigenen Körpers wahrnehmen. Die Suche nach diagnostischen Zeichen zu einem frühen Zeitpunkt im Verlauf der Krankheit produziert auch neue Testverfahren, die in der Diagnose zur Anwendung kommen sollen. Im folgenden Abschnitt werden deshalb Testverfahren, die in der jetzigen Diagnose angewandt werden, sowie Tests, die in Zukunft die klinische Diagnosepraxis ausmachen sollen, beschrieben.

#### *4.2.2.2. Tests in der Parkinson-Diagnose*

Tests in der Parkinson-Diagnose sind sehr vielfältig. Sie reichen von einem einfachen Testen des Schriftbildes bis hin zur Verwendung teurer und aufwändiger bildgebender Verfahren. Ein möglicher Bias in meiner Auswertung kann sich daraus ergeben: In meiner Analyse bekam ich den Eindruck, dass die meisten meiner Interviewpartner bei dem Begriff "Test" an Tests der zweiten Kategorie dachten, sodass mögliche kleine Tests nicht aufscheinen. Die diagnostischen Tests, die mithilfe moderner Technologien wie der Computertomographie (CT), der

Magnetresonanztomographie (MRI, vom englischen Magnetic Resonance Imaging), seltener auch mithilfe von SPECT- Scannern (aus dem englischen: single photon emission computed tomography) in der Parkinson-Diagnose zur Überprüfung einer Verdachtsdiagnose und in der Differentialdiagnose angewandt werden, sind für meine Gesprächspartner nur ergänzende Testverfahren. Eine interviewte Neurologin hält die klinische Untersuchung in der Regel für ausreichend:

*"Ich untersuche den Patienten klinisch. Ich sehe mir den Tonus an, sehe, ob er vokale Ausfälle hat, frage ihn die autonomen Störungen ab, das heißt, ob er stark schwitzt, ob er Blasenstörungen und Herzrhythmusstörungen hat. Und im Gesamtbild wird dann die Diagnose gestellt."*

(N2)

Ein praktizierender Neurologe verwendet einen bildgebende Test im Diagnoseprozess, jedoch weist er darauf hin, dass er selten Fälle hat, die eine intensivere Anwendung derartiger Tests erfordern würden:

*"Wobei ich schon eine Bildgebung ergänzend mache, meistens mache ich bei der Erstuntersuchung zumindest eine Computertomographie. Ich weiß, dass es genauere Untersuchungsmethoden gibt, aber die brauche ich im klinischen Alltag nicht wirklich." (N4)*

Im Gegensatz zu den bildgebenden Verfahren ist es wahrscheinlicher, dass kleine Tests, die sich direkt in der Praxis des Arztes durchführen lassen, in der Parkinson-Diagnose häufiger angewandt werden. Im Folgenden soll deshalb auf Machtverhältnisse, die durch eine interaktive Körpertechnik spezifisch strukturiert werden, im Bezug auf kleine diagnostische Tests hingewiesen werden:

In seinem Artikel beschreibt Lachmund detailliert die Entstehung einer neuen Diagnosepraktik im frühen 19. Jahrhundert am Beispiel des Stethoskops (Lachmund 1996). Er fasst die stethoskopische Untersuchung dabei sowohl als Produkt als auch gleichzeitig als Grundlage zur Durchsetzung der Krankenhausmedizin auf. Lachmund nimmt unter anderem die stethoskopische Untersuchung als "interaktive Körpertechnik" wahr (vgl. ebds. S 64ff), die zu einer neuen Machtverteilung in der

Arztpraxis führt. Während in der zuvor vorherrschenden Krankenbettmedizin die Praktik der Diagnose hauptsächlich vom Patienten und dem anwesenden Laienpublikum bestimmt wurde, so verschiebt sich in der Krankenhausmedizin das Machtverhältnis zugunsten des Arztes.

*„Der Körper des Arztes und der Körper des Patienten bilden gemeinsam mit dem Stethoskop eine komplexe Wahrnehmungsapparatur, deren privilegierten Punkt das Ohr des Arztes einnimmt. Hören und Abgehörtwerden, Eingang und Ausgang des Stethoskops, markieren damit zwei ganz unterschiedliche Machtpositionen.“*

*(Lachmund 1996, S 66)*

Der Arzt, so Lachmund, bekommt eine neue ordnende Autorität, welche die körperlichen Gesten des Patienten choreographiert (vgl. ebds. S 66). War am Beginn die Scham, das nackte Ohr an die Brust der jungen Patientin zu legen, noch ausschlaggebend für die Erfindung des Stethoskops (vgl. ebds. S 65), so ist es wenige Zeit später für den Arzt in Ordnung, seine Patienten zu Bewegungen aufzufordern, die wir heute alle gut kennen: Die präzisen Anordnungen, sich beim Abhören der Lunge aufrecht oder nach vor gebeugt hinzustellen, tief ein- und auszuatmen, sich umzudrehen, zu husten, etc. haben wir wahrscheinlich alle bereits selbst einmal erlebt.

In der heutigen Zeit ist das "Primat[s] ärztlicher Wahrnehmung und die permanente Abrufbarkeit beliebiger körperlicher Disziplin" (vgl. ebds. S 66) bereits etabliert, sodass Patienten an dieser Körpertechnik mitwirken ohne viel darüber nachzudenken. Die Ausübung dieser Disziplin reproduziert dabei gleichzeitig wieder diese spezifische Machttechnik. Das spezifische Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient in der Parkinson-Diagnose wird dabei in ihrer ständigen und wiederholten Anwendung hergestellt und verfestigt. Auf der Internetseite eines Pharmakonzerns ([merz-pharma-austria.at](http://merz-pharma-austria.at)) finde ich im Anschluss an meine Interviews Beschreibungen von Parkinson-Tests. Ein "Stuhl-Kipp-Versuch" wird folgendermaßen erklärt:

*"Beim sitzenden Patienten wird der Stuhl ohne Vorwarnung nach hinten gekippt. Der Parkinson-Patient kippt mit nach hinten, während der Gesunde die aufrechte*

*Körperhaltung beibehält."*

*(Merz Pharma Austria GmbH, 2012)*

Ein weiteres Beispiel beschreibt den "Kopf-Fall-Test":

*"Der Untersucher unterstützt mit flacher Hand den in leichter Beugstellung gehaltenen Kopf des Patienten. Der Patient soll seinen Kopf ruhig und entspannt auf die Hand des Untersuchers legen. Dann zieht der Untersucher die Hand plötzlich weg. Der Kopf des Gesunden fällt auf die Unterlage. Der Kopf des Parkinson-Patienten bleibt, bedingt durch den Nacken-Rigor, an gleicher Stelle, oder er fällt in einer langsamen, ruckhaften Bewegung auf die Unterlage."*

*(Merz Pharma Austria GmbH, 2012)*

Die Vorgangsweise bei diesen Tests illustriert beispielhaft, wie die Machtverhältnisse in der Parkinson-Diagnose verteilt sind. Die Durchführung dieser Tests ist möglich, weil sich die interaktive Körpertechnik unter der Leitung des Arztes und der Mitwirkung des Patienten durchgesetzt hat. Gleichzeitig ist die praktische Durchführung dieser Tests auch eine ständige Wiederholung und Verfestigung eines spezifischen Machtverhältnisses. Die Tests sind somit nicht nur Effekt der interaktiven Körpertechnik, sondern durch permanente Reproduktion gleichzeitig deren Grundlage.

Leider erzählten mir die interviewten Ärzte wenig über derartige Tests, wobei ich dies zum Teil auf eine ungenaue Fragestellung zurückführe. Die beiden praktischen Ärzte erwähnen Tests dieser Art. Beide Praktiker schildern, wie sie den Patienten klinisch untersuchen:

*"Man prüft den Muskel, die Steifigkeit, macht Gleichgewichtsübungen, sieht einfach zu, wie der Patient geht."*

*"Ich lasse den Patienten seinen Namen schreiben, dann sehe ich schon, wie das Schriftbild ist. Das ist eigentlich das Erste, das ich mache. Ich sehe mir natürlich die Hände und Finger an. "*

*(P2 und P1)*

In beiden Beschreibungen wird deutlich, dass der ärztliche Blick sehr bedeutend für die Diagnose ist. Der Blick des Arztes ist hier das erkennende Sinnesorgan, das einen wichtigen Teil zur Diagnose beiträgt (vgl. Kapitel 4.2.3.2.) Der ärztliche Blick fügt sich hierbei mit Körpertechniken zusammen. Der Patient muss sich in eine bestimmte Position bringen (sitzen oder liegen) oder eine bestimmte Tätigkeit ausführen (gehen oder seinen Namen schreiben), während der Arzt anordnet und zusieht. Auch das direkte Anfassen des Patienten durch den Arzt ist heutzutage selbstverständlich. Ein Neurologe erklärt mit die Vorgehensweise, um das so genannte "Zahnrad-Phänomen", das bei Parkinson-Patienten häufig vorkommt, zu testen:

*"...eine gewisse Steifigkeit bei passiven Bewegungen, das fühlt sich an wie ein Zahnrad. Ich beuge also den Ellbogen passiv – der Patient ist locker, der Untersucher beugt – und dann hat man das Gefühl, als würde da ein Zahnrad einrasten, das heißt dann Rigor." (N1)*

Auch hier erfordert die Körpertechnik eine gewisse Disziplinierung (vgl. Lachmund 1996, S 66) sowohl von Seiten des Arztes als auch Seitens des Patienten. Der Arzt hat die Bewegung auf eine bestimmte Weise durchzuführen und der Patient soll den Anweisungen des Arztes folgen.

In der Biomarker-Literatur scheinen diese kleinen Tests nicht auf. Stattdessen fokussiert die Forschung auf Testverfahren, die mithilfe moderner Technologien durchgeführt werden. Bildgebende Verfahren spielen dabei eine besonders wichtige Rolle. Die Suche nach molekularen Biomarkern wird dabei einerseits durch diese Technologien überhaupt erst möglich: Die Erfassung von messbaren Indikatoren, die in bestimmten Mengen im Körper vorhanden oder abwesend sind, bilden einen wichtigen Punkt der Biomarker-Forschung und sind mit der Entwicklung medizinischer Geräte verbunden. Ebenso ist die vergleichende Verwendung von Datenbanken, die Körpersubstanzen mit anamnestischen Daten in großer Menge beinhalten, ein wichtiger Grundpfeiler, gleichzeitig jedoch auch Produkt dieser Forschung. Für Parkinson wurde beispielsweise 2002 eine internationale Studie namens „Parkinson’s Progression Markers Initiative“ gestartet, die die Entwicklung von Biomarkern für die Parkinson-Krankheit zum Ziel hat und deshalb ein großes

Datendepot aufbauen will ([www.ppmi-info.org](http://www.ppmi-info.org)).

*„...the object of the PPMI is to establish a broad data set over 5 years, with corresponding biological samples from PD patients and controls, which can be used by the entire PD research community...“*

*(Frasier 2010, S 724)*

Auch in den bildgebenden Testverfahren kommen Disziplinartechniken zur Anwendung, die auf alle beteiligten Personen wirken. Burri (2007) zeigt beispielsweise anhand der Magnetresonanzuntersuchung auf, wie die praktische Anwendung dieses bildgebenden Testverfahrens einen instrumentalisierten Körper(vgl. Burri 2007, S 111) produziert.

Tests in der Parkinson-Diagnose sind mit spezifischen Machttechniken verbunden, die sowohl einen befehlenden Arzt als auch einen folgsamen Patienten produzieren. Arzt und Patient nehmen dabei unterschiedliche Machtpositionen ein. Die diagnostischen Tests wirken daran mit, dass dem medizinischen Wissen des Arztes der Vorrang gegenüber den Erzählungen des Patienten gegeben wird (vgl. Kapitel 4.2.3.2.) und ermöglichen die Zuteilung zu einer bestimmten Krankheit. Die Zuweisung spezifischer Arzt- und Patientenrollen wird durch die diagnostischen Test durchgeführt. Die Diagnose legitimiert in dieser Funktion die Installierung und Durchführung bestimmter Disziplinartechniken, die dem Arzt und dem Patienten verschiedene Machtpositionen zuweisen. Die Einordnung in ein medizinisch gerahmtes Krankheitssystem ist jedoch nicht nur für die anschließende Behandlung des mit einer Krankheit markierten Betroffenen von Bedeutung, sondern ermöglicht auch dem betroffenen Individuum ein Erklärungsmuster für seine Beschwerden. Auf diesen Aspekt soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

#### *4.2.2.3. Die Legitimierung abnormalen Verhaltens*

Indem die Diagnose von Parkinson einen Menschen mit einer Krankheit versieht, bietet sie nicht nur der Medizin die Möglichkeit, bestimmte Behandlungsmethoden auszuführen, sondern ermöglicht auch dem Betroffenen, seine Beschwerden mithilfe

eines medizinischen Wissens zu strukturieren.

Im Zusammenhang mit jenen frühen Symptomen, die vor den motorischen Störungen auftauchen, wie Depressionen, Blasenstörungen oder Schlaf- und Geruchssinnstörungen, ist für eine Neurologin auch wichtig, diese abzuklären, um den Patienten Gewissheit und adäquate Behandlungsmethoden zu ermöglichen:

*„Ich glaube, als Patient ist es wahrscheinlich im Endeffekt doch besser zu wissen, woher bestimmte Beschwerden kommen (...).“*

(N3)

Hier wird besonders gut deutlich, dass die Diagnose nicht nur der Medizin die Definition und Behandlung einer chaotischen Krankheit ermöglicht, sondern auch dem Patienten erlaubt, seinen chaotischen Beschwerden Sinn zu geben, indem sie ein medizinisch-wissenschaftlich gerahmtes Erklärungsmuster für seine Beschwerden zur Verfügung stellt. Auch Jutel sieht die Diagnose als Erzählung der Medizin, die in der Sprache der Krankheit (disease) verfasst wird (Jutel 2009, S 287).

*„The diagnosis enables the social incorporation of the afflicted individual, with the allowance for, or tools to palliate and explain, what makes him or her different (deviant) from the norm.“*

(Jutel 2009, S 279)

Die Diagnose in dieser legitimierenden Funktion eröffnet dem Betroffenen somit die Möglichkeit, durch eine medizinische Autorität als "krank und behandlungsbedürftig" klassifiziert zu werden. Besonders in der Parkinson-Krankheit, deren Symptome wie beispielsweise das Zittern, Sprachstörungen und die langsamen Bewegungen den Alltag der Betroffenen beeinflussen, kann die Zuordnung zu einer Krankheit ein positives Erlebnis darstellen. Nijhof (1995) untersucht die Interpretation von Parkinson bei Betroffenen als ein Problem der Scham, das sich für die Patienten daraus ergibt, dass sie durch ihre Krankheitssymptome ein als Norm geltendes, gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten nicht aufrechterhalten können. Auch hier ermöglicht die Diagnose eine Rechtfertigung des abnormalen Verhaltens durch die Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit. Gegenüber Bekannten, Freunden, Mitarbeitern oder



Personen, mit denen man im täglichen Leben in Kontakt kommt, kann die Parkinson-Diagnose für den Betroffenen eine legitimierende Funktion erfüllen.

"Ich saß oft in der Schule und fühlte mich völlig schlapp, und weil ich selbst nicht denken konnte, schrieb ich eben ab. Ich war immer so antriebsschwach, als kleiner Junge schon. Heute weiß ich endlich den Grund: Schilddrüsenunterfunktion" beginnt Fanny van Dannen ein Lied über seine Schilddrüsenunterfunktion. Er treibt den Erklärungsgrund in späteren Strophen ins Absurde ("Ich hielt es für Liebe, doch es war..."), zeigt jedoch sehr gut auf, wie wir das medizinische Wissen, das uns im Rahmen der Diagnose zur Verfügung gestellt wird, unsere Wahrnehmung strukturiert und von der Norm abweichende Verhaltensweisen erklärend legitimiert. Die Diagnose übt jedoch nicht nur eine legitimierende Funktion aus, sondern bestimmt gerade auch, was in einem spezifischen Kontext als krank gilt und somit in ein medizinisches System eingliedert wird, und was davon ausgeschlossen wird. Die Medizin strukturiert somit durch ein spezifisches Wissen die Akzeptanz bzw. Ablehnung bestimmter Verhaltensabweichungen. Machtverhältnisse in der Diagnose werden hier besonders deutlich.

Auch der Zugang zu Sozialleistungen wird durch die Klassifizierung als Kranker bzw. behandlungsbedürftiger Mensch strukturiert. Die Bewilligung für Pflegegelder, die Befreiung von Medikamentenkosten, der Anspruch auf eine Invaliditätspension und viele andere Faktoren hängen von der medizinisch bestimmten Klassifizierung als Mensch mit einer Parkinson-Krankheit ab. Die Diagnose ist hierbei auch mit politischen Maßnahmen verknüpft, weil die Zuordnung zu einer Krankheit auch für viele Sozialleistungen Voraussetzung ist.

Schließlich konstruiert die Parkinson-Diagnose in dieser Zuordnungsfunktion auch bestimmte Patientenidentitäten, die sich aufgrund der Zuweisung zur Parkinson-Krankheit kollektiv bilden (vgl. Jutel 2009, S 288).

#### *4.2.2.4. Risikodiagnosen und Krankheitskonzepte*

In der untersuchten Fachliteratur ist auffallend, dass Krankheits- und Gesundheitszustände rund um Parkinson in einer Sprache der Risiken verfasst werden. Der Biomarker gibt dabei nicht Auskunft darüber, ob man Parkinson nun hat

oder nicht hat, sondern markiert die Individuen nach der Höhe des Risikos, in Zukunft an Parkinson zu erkranken.

*„The development of biomarkers (...) may prove to be useful in identifying at risk individuals, or in early diagnosis and in identifying subgroups of [Parkinson].“*

*(Bogdanov 2008, S 390)*

In der Literatur finden sich in diesem Zusammenhang Bezeichnungen wie „Risikomarker“ (Grünblatt 2010, S 1392) und „Risikopersonen“, (Bogdanov 2008, S 390) die nahelegen, dass man ein Risiko nicht nur hat, sondern ist. Die Verortung des Risikos im Körper verstärkt diese Ansicht.

Die Forschung ist sehr bemüht, Risiko-Individuen und Untergruppen mithilfe von Biomarkern zu identifizieren, um bevölkerungsweite Massenscreenings, die als kostenintensiv und schwer implementierbar dargestellt werden, zu minimieren (Frasier 2010, S 727). Jutel weist darauf hin, dass sich mit derartigen Risikodiagnosen auch das Ausmaß der Diagnose ändert:

*„Once a society organizes for a preventative disease-hunt, it gives epidemic proportions to diagnosis“*

*(Illich 1976 in Jutel 2009, S 293)*

Für Parkinson wird besonders nach diagnostischen Markern geforscht, die sich leicht durchführen lassen. Allgemein gilt, dass Biomarker-Tests möglichst kostengünstig, non-invasiv und einfach durchzuführen sein sollen:

*„The optimal clinical biomarker should be cheap, non-invasive and quick to measure by untrained staff.“*

*(Michell 2010, S 1702)*

Die Autoren der Biomarker-Literatur sind der Meinung, dass ein einzelner Test wahrscheinlich keine ausreichende Information bezüglich der Parkinson-Erkrankung liefern kann, weshalb auch darauf hingewiesen wird, die verschiedenen Testarten zu

kombinieren:

*„Early disease detection depends on combining genetic biomarkers to identify risky individuals with evidence of developing phenotype based on imaging, clinical or biochemical measures.“*

*(DeKosky 2003, S 833)*

Es wird betont, dass der Test, der Risikopersonen identifizieren soll, aufgrund der sporadisch auftretenden Parkinson-Krankheit auf die gesamte Population angewandt werden soll. Für diesen Test sei es deshalb umso wichtiger, nicht-invasiv und kostengünstig zu sein. Nachfolgende ergänzende Tests für ausgewählte Personen mit einem hohen Risiko, an Parkinson zu erkranken, dürften dann wieder teurer und aufwändiger sein (vgl. Postuma, 2010, S 1009).

Seitens der Ärzte kommen bezüglich einer etwaigen Frühdiagnose Überlegungen, "bei jedem 40-jährigen einen DAT-Scan" (N4) durchzuführen oder einen Frühtest für Parkinson im Rahmen der Gesundheitsvorsorge (N2) einzubinden. Diese Szenarien beurteile ich als wahrscheinlich, da sich hier die Frühdiagnose und die Risikodiagnose an bereits erprobte Techniken anbinden.

Obwohl meine Interviewpartner des Öftern davon sprechen, dass sich Parkinson in der frühen Phase durch Schlafstörungen, Geruchsstörungen und Depressionen (N1) sowie Verstopfungen, niedrigem Blutdruck (N1, N4, N2) bemerkbar machen kann, halten sie die klinische Diagnose in ihrer derzeitigen Form für ausreichend. Im Gegensatz zur Biomarker-Literatur sind die interviewten Ärzte nicht der Meinung, Parkinson würde zu spät diagnostiziert werden.

*"Für mich hat es eine Relevanz, wenn die Symptome da sind. (...) Es hat momentan sicher keine klinische Relevanz, einen Parkinson zu diagnostizieren, bevor dieser eine Klinik hat."*

*(N4)*

Diese Ansicht wird einerseits damit begründet, dass Patienten erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn sie Beschwerden haben. Einige Ärzte weisen auch darauf hin, dass sich Patienten mit der Symptomatik abfinden und ihn als einen normalen

Alterungsprozess ansehen (N4, P2). Die Ärzte sehen somit die Schwierigkeit, Zugang zu Patienten zu bekommen, die sich in einem Frühstadium von Parkinson befinden oder die sich nicht krank fühlen. Für eine Frühdiagnose, die vor dem Auftauchen der motorischen Parkinson-Symptome stattfindet, wäre daher auch ein Patient nötig, der über seine zukünftige Krankheit Bescheid wissen will. Eine derartige Frühdiagnose ist daher auch mit dem Diskurs der Selbstverantwortung (vgl. Lemke 2007) und einem Willen zum Wissen verknüpft.

Eine weitere mögliche Erklärung für die Verwendung einer Sprache des Risikos im Bezug auf Frühdiagnosen für Parkinson in der Fachliteratur ist, dass die Forschung damit versucht, ein Problem der Biomarker-Frühdiagnose abzuschwächen:

Eine mögliche Folge eines sehr sensitiven Biomarkers, der in der prä-symptomatischen Phase gemessen wird, ist eine Diskrepanz zwischen diesem und dem tatsächlichen klinischen Ergebnis. Ein sensitiver Biomarker, der in der Parkinson-Frühdiagnose angewandt wird, erhöht dabei die Gefahr, so genannte Typ 1 Fehler zu produzieren (Michell et al. 2004, S 1695). Typ 1 Fehler sind Messergebnisse, die Menschen mit Parkinson diagnostizieren, obwohl diese nicht von der Krankheit betroffen sind. Die Forschung versucht das Problem der Typ1 Fehler abzuschwächen, indem sie die angestrebte Parkinson-Frühdiagnose als Risiko-Diagnose formuliert. Der Biomarker in der Frühdiagnose zeigt hierbei nicht an, ob der Patient nun Parkinson hat oder nicht hat, sondern gibt das zukünftige Risiko, an Parkinson zu erkranken, an. Die Formulierung in einer Sprache des Risikos legt somit die fixe Zuschreibung als Parkinson-Kranker in die Zukunft und bietet einen Spielraum möglicher Zukünfte an. Dadurch kommt es zu einer Neu-Ordnung von Menschen, die man in der sozialwissenschaftlichen Literatur als "asymptomatische Kranke" (Billings et al. 1992, S 478) bezeichnet.

Eine weitere mögliche Erklärung für die Reformulierung diagnostischer Biomarker als Risikomarker liegt auch in den "known unknowns" der Forschung. Damit ist gemeint, dass sich die Autoren der untersuchten Artikel auch dessen bewusst sind, dass die Parkinson-Krankheit individuell sehr heterogene Verläufe hat. Diese Variabilität in den individuellen Manifestationen der Parkinson-Krankheit werden auch von einem praktischen Arzt im Gespräch als Grund angegeben, weshalb er einer Risikodiagnose kritisch gegenübersteht:

*„Da muss man sich am Anfang sehr bedeckt halten. Weil der Verlauf sehr*

*unterschiedlich ist und es gibt ja verschiedene Formen des Parkinsons.“*

(P2)

Der praktische Arzt betont, dass man hinsichtlich des Verlaufs der Krankheit bei individuellen Patienten immer Überraschungen erleben kann (P2), weshalb er besonders die Prognose, die eine derartige Risikodiagnose mit sich bringen würde, nur mit großer Vorsicht seinen Patienten mitteilen würde.

Zum anderen wird auch die Formulierung einer einheitlichen Parkinson-Krankheit als vom normalen Alterungsprozess klar abgrenzbare Einheit an dieser Stelle in Frage gestellt.

In der untersuchten Fachliteratur finden sich zwei Beispiele, in denen Biomarker, die gerade die Parkinson-Krankheit fixieren sollen, mit normalem Altern in Verbindung gebracht werden:

*„In normal aging, DAT ligands also demonstrate reductions in activity.“*

(DeKosky 2003, S 832)

*„As with functional imaging of the dopaminergic system, the intersubject variation between normal people and those with Parkinson's disease currently limits the accuracy of these tools.“*

(Michell 2004, S 1697)

Im ersten Zitat weisen die Autoren darauf hin, dass die Aktivität bestimmter Moleküle, die als mögliche Biomarker für die Parkinson-Erkrankung gehandelt werden, auch bei einem nicht-pathologischen, und damit als normal definierten Alterungsprozess vorhanden sind. Auch im zweiten Zitat ist nicht das reine Vorhandensein bzw. die totale Abwesenheit bestimmter Biomarker, die in einem DAT Scan Verfahren untersucht werden, ausschlaggebend, sondern vielmehr die in der Literatur häufig mit dem Begriff „Level“ bezeichnete Menge an bestimmten Körperstoffen. Erhöhte und verminderte – also 'abnormale' - Level von Urinsäure (Graeber 2009, S 250), LAMB2 mRNA (Grünblatt 2010, S 1392) oder 8-OHdG (Bogdanov 2008, S 394) werden dabei als diagnostische Marker, vor allem aber auch als Risikoindikatoren für

Parkinson konstruiert.

Wie wirkt sich eine Risikodiagnose auf Konzeptionen von Krankheit und Gesundheit aus?

Wie bereits erwähnt spaltet diese Form der Diagnose die illness und disease Dimension einer Krankheit weiter auf, weil die biomedizinische Definition einer Krankheit im Vergleich zum Auftreten von klinischen Symptomen vorverlegt wird. Die Risikodiagnose produziert damit auch eine neues Patienten-Subjekt, das weder richtig gesund noch wirklich krank ist. Die Grenze zwischen normalen Menschen und Menschen mit Parkinson ist hier nicht klar abgegrenzt, sondern fließend. Gesundheit und Krankheit sind somit keine fixen Punkte, sondern in ein System des „Normalen“ eingebettet. Das Normale ergibt sich, wie Foucault beschreibt, aus einer auf Statistiken basierenden und somit flexiblen Fläche. Das Normale hat also nicht eine starre Norm als Grundlage, sondern bildet eine Norm auf Grundlage des mathematischen Erfassung großer Bevölkerungsgruppen.

Ein interviewter Neurologe ist der Ansicht, dass „ein stufenloser Übergang zwischen gesund und krank“ (N4) existiert. Ähnlich wie die Einteilung in Vorstufen oder die Benennung von „Vorboten“ (N2) von Parkinson deutet der fließende Übergang daraufhin, dass Krankheit und Gesundheit nicht als gegensätzliche Kategorien begriffen werden, sondern zwei Endpunkte einer einzigen Achse markieren, die man als Kontinuum einer Normalität betrachten kann. Die Zuordnung zur Krankheit Parkinson wird in einer Zeit der Überwachungsmedizin, die Diagnosen zunehmend in einer Sprache des Risikos formuliert, verflüssigt.

Die neuen Formen der Diagnose haben auch Einfluss auf Lebensweisen und Identitätskonzepte von Patienten. Sie strukturieren deren Realitäten. Dieser Punkt wird im nächsten Kapitel näher behandelt werden.

#### ***4.2.3. Realitäten strukturierende Diagnosen***

Die Funktionen der Parkinson-Diagnose beschränken sich nicht auf das Ordnen von Krankheiten und Bevölkerungen und die Formung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten. Die Diagnose strukturiert auch Realitäten, das bedeutet, sie

rahmt Wertevorstellungen, Lebensweisen und Identitätskonzepte von beteiligten Personen sowie eine institutionalisierte Medizin im Zusammenhang mit der Parkinson-Krankheit. Im Folgenden wird zunächst die Diagnose im Zusammenhang mit Identitätskonzepten von Patienten vorgestellt, wobei die Risikodiagnose mit einem selbstverantwortlichen Patienten-Subjekt verknüpft ist, das sowohl Grundlage als auch Produkt dieser Diagnoseform ist. Zweitens wird illustriert, wie die Parkinson-Diagnose ein medizinisches System formt und von ihm geformt wird. Dabei werden einerseits das Beispiel eines häufig verwendeten diagnostischen Tests, andererseits die Rolle des ärztlichen Blicks herangezogen, um die Strukturierung einer institutionalisierten Medizin und ihrer Professionen darzustellen.

#### *4.2.3.1. Der selbstverantwortliche Patient*

Die Einbettung der Parkinson-Diagnose in eine Risikologik und ihre zeitliche Vorverlegung vor dem Auftauchen klinischer Symptome hat wie bereits erwähnt zur Folge, dass die Medizin mit der Frage konfrontiert wird, wen sie testen soll.

Die Frage "Who to screen?" (Bogdanov 2008, S 1009) ist beispielsweise auch in den Fachartikeln zu finden. Einige Autoren gehen davon aus, dass die gesamte Bevölkerung getestet werden muss:

*„If there are no reliable methods to identify persons at substantial risk of disease, screening (...) may need to be population-wide.“*

*(Postuma 2010, S 1009)*

Die Fachliteratur ist dabei der Ansicht, dass es schwierig ist, bevölkerungsweite Tests durchzuführen, weshalb sie versucht, Risikopersonen zu identifizieren. Damit verknüpft ist das Problem, Bevölkerungen dazu zu bringen, sich diesen Risikotests zu unterziehen und infolgedessen auch weiter testen und behandeln zu lassen:

*„One important questions is weather foreknowledge of PD is, in itself, a sufficient motivation for using predicitive measures.“*

*(Postuma 2010, S 1008)*

In einer Zeit, in der Bevölkerungen mithilfe eines Diskurses der Selbstverantwortung regiert werden, scheint es wahrscheinlich, dass der „Wille zum Wissen“ im Individuum selbst generiert wird. Individuelle Risikoprofile, die im Internet angeboten werden (vgl. beispielsweise 23andme.com), stützen und reproduzieren ein selbstverantwortliches Subjekt, das Informationen über sein persönliches Krankheitsrisiko aktiv sucht. „Take a more active role in managing your health!“ wird der Besucher auf der Homepage von 23andMe angerufen, seine Gene testen zu lassen.

Das selbstverantwortliche Subjekt ist dabei einerseits als Grundlage für die Parkinson-Risikodiagnose zu sehen, da es ohne die Aktivierung des beschwerdefreien Individuums schwierig ist, Risikotests bevölkerungsweit zufriedenstellend durchzuführen. Andererseits ist das selbstverantwortliche Subjekt jedoch auch erst das Produkt dieser modernen Diagnoseform. Die Anbindung eines statistisch erhobenen Risikos an einen individuellen Patienten wird dabei zunächst durch die Verinnerlichung des Risikos im Körper unterstützt. Die Verortung des Risikos im Patientenkörper durch die Identifizierung messbarer Körperstoffe auf molekularer Ebene trägt somit dazu bei, ein selbstverantwortliches Bewusstsein des Betroffenen zu generieren. Zusätzlich ermöglicht die Formulierung der Parkinson-Krankheit als fortschreitende Krankheit (vgl. Kapitel 4.2.1.5.) die Implementierung eines Diskurses, der eine positive Beeinflussung der zukünftigen und potentiellen Krankheit durch Maßnahmen in der Gegenwart propagiert. Die Risikodiagnose kann dabei zur Folge haben, dass der Patient seine Ernährung umstellt oder sportliche Aktivitäten anpasst, um sein Parkinson-Risiko günstig zu beeinflussen. Auch Lebensentscheidungen wie ein Kinderwunsch oder Reisepläne können durch eine Risikodiagnose beeinflusst werden. Zusätzlich ist der betroffene Mensch damit konfrontiert, ohne illness-Erfahrung als mit einem Parkinson-Risiko diagnostizierter Betroffener in ein medizinisches System eingegliedert zu werden. Insofern strukturiert diese Diagnose auch seine Selbstwahrnehmung als gesunder/kranker Mensch. Die Lebensweise und die Selbstwahrnehmung des asymptomatischen Kranken wird durch die frühe Risikodiagnose umgeschichtet, die durch die Anbindung an einen spezifischen Diskurs den Patienten damit konfrontiert, seine mögliche Zukunft in der Gegenwart selbstverantwortlich zu bearbeiten.



Die Anrufung als selbstverantwortliches Subjekt wirkt jedoch auch wieder zurück auf die Parkinson-Diagnose. Jasanoff, die von einer wechselseitigen Ko-Produktion gesellschaftlicher Lebensweisen und wissenschaftlicher Wissensformen ausgeht, ist unter anderem daran interessiert „how practices of governance influence the making and use of knowledge.“ (Jasanoff 2004, S 3). Der Selbstverantwortungsdiskurs, der von vielen Autoren als Instrument zur Regierung von Bevölkerungen angesehen wird, beeinflusst auch das Wissen in der Parkinson-Diagnose.

So wird zum Beispiel die Fokussierung auf nicht-motorische Symptome in der Parkinson-Diagnose nicht nur auf veränderte Wahrnehmungsräume in der Medizin zurückzuführen, sondern auch durch die transformierte Selbstwahrnehmung von Patienten geformt:

Die Übertragung der Pflicht, die eigene Gesundheit zu managen, geht einher mit einer Zunahme an Ansprüchen, die das selbstverantwortliche Subjekt an die Medizin stellt. Sich seiner selbst bewusst zu sein ist in diesem Sinne mit Selbstbewusstsein verbunden. Der Patient ist nicht länger nur stummes Untersuchungsobjekt, wie es zu Beginn der Krankenhausmedizin üblich war, sondern er übernimmt in der heutigen Zeit eher die Rolle eines anspruchsvollen Kunden. In der gegenwärtigen Medizin verschieben sich die Machtverhältnisse: Sie installieren sich im eigenen Ich, wodurch die Machtausübung durch einen Diskurs der Selbstverantwortung erfolgt, dadurch bekommt der Patient wieder mehr Mitspracherecht, wenn es um seine Gesundheit geht. Wie Studien zur Rolle der Patientenbewegungen bereits aufgezeigt haben (vgl. Jutel 2009, S 279, Gibbon 2008), ist der informierte Patient auch ein anspruchsvoller und somit fordernder Patient, der in wissenschaftlich-medizinischen Entwicklungen eine zunehmend bedeutende Rolle einnimmt. Auch ein Neurologe im Gespräch spricht diese Patienten-Rolle an:

*„Die Leute sind heute anspruchsvoller, weil sie sagen: 'Ok, eine Bewegungsstörung bei Parkinson ist normal, ABER: Ich habe eine Depression, ich habe eine Demenz, ich habe (...) Schweißausbrüche'. Das wollen die Menschen heute auch gelöst haben.“*

(N1)

Auch der Diskurs des aktiven Alterns spielt bei Parkinson eine wichtige Rolle, weil sich damit die Erwartungen eines vitalen höheren Alters verbinden. „Lebensqualität“ wird zum Stichwort dieser Lebenseinstellung. Die Beschäftigung mit den nicht-motorischen Störungen von Parkinson kann also nicht nur mit dem Wechsel eines medizinischen Paradigmas erklärt werden, sondern auch mit der veränderten Patienten-Rolle und gesellschaftlichen Wertvorstellungen über eine spezifische Form des Alter(n)s.

Die Beschäftigung mit zuvor wenig beachteten Zuständen bei Parkinson kommt einerseits durch die medizinisch-wissenschaftliche Verschiebung von einer Gehirn-Zentriertheit hin zu einer gesamt-körperlichen Perspektive. Aber auch die Rolle des Patienten als selbstverantwortliches Subjekt sowie veränderte Lebensweisen, die ein aktives Alter zur Norm werden lassen, führen zur Intensivierung der Beschäftigung mit den nicht-motorischen Veränderungen bei Parkinson-Patienten.

#### *4.2.3.2. Die institutionalisierte Medizin*

Die Parkinson-Diagnose strukturiert nicht nur Realitäten von (potentiellen) Patienten, sondern definiert auch die Medizin selbst. Ebenso wird die Diagnose durch eine spezifische Organisation des medizinischen Systems strukturiert. Dies soll anhand von zwei unterschiedlichen Beispielen – dem L-dopa-Test und dem ärztlichen Blick – näher ausgeführt werden. Das erste Beispiel dient dabei zur Veranschaulichung von Zusammenhängen zwischen einem spezifischen medizinischem System und der Anwendung diagnostischer Tests. Das zweite Beispiel beschreibt, wie der ärztliche Blick als Diagnoseinstrument eine institutionalisierte Medizin strukturiert.

Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 4.2.2.2.) werden bildgebende Verfahren in der Praxis der Parkinson-Diagnose selten angewandt, weil die Ärzte ihren klinischen Blick und ihre Erfahrungen mit der Parkinson-Krankheit oft für ausreichend halten. Die seltene Durchführung solcher Tests kann auch damit begründet werden, dass einige von ihnen wie die SPECT-Scanner außerhalb der Arztpraxis verortet sind und die Untersuchung extra angefordert werden muss. Zudem steht dem praktizierendem Arzt noch ein weiterer Test zur Verfügung: Es gibt den L-Dopa-Test, bei dem dem Patienten ein L-Dopa Präparat verabreicht wird.

L-Dopa ist eine Vorstufe des Dopamin und gilt als wirksamstes Medikament zur Behandlung von Parkinson (vgl. ÖGN 2008, S 11). Ein Therapieerfolg, also eine Verbesserung der Symptome nach der Einnahme deutet auf eine Parkinson-Erkrankung hin, weshalb dieser Test auch in der Diagnose durchgeführt wird. Im Gegensatz zu den aufwändigeren bildgebenden Verfahren kann der L-Dopa Test direkt in der Arztpraxis durchgeführt werden. Anstelle einer komplizierten und teuren Untersuchung, bietet der L-Dopa Test eine schnelle und kostengünstige Alternative, die über eine bekannte Technik – nämlich der Einnahme eines Medikaments – funktioniert. Mit diesem speziellen Test haben auch praktische Ärzte, die häufig die erste Anlaufstelle für Menschen sind, die später mit Parkinson diagnostiziert werden, die Möglichkeit, einen Therapieversuch als diagnostischen Test direkt in ihrer Arztpraxis durchzuführen. Der Grund für die Anwendung dieses Tests liegt dabei nicht nur bei ökonomischen Effizienzkriterien oder Zugangsmöglichkeiten zu anderen Testverfahren. Eine im Spital arbeitende Neurologin erklärt mir im Gespräch, dass auch das medizinische System eine Rolle spielt:

*"Geld, Krankenkassen, Patientenbindungen usw. spielen eine andere Rolle als hier im Spital. Und wenn ich zu mir in der Ordination sage: Entweder schicke ich den Patienten weg in die Spitalsambulanz und sehe ihn nie wieder, oder ich mache einen Therapieversuch – dann werde ich wahrscheinlich auch den Therapieversuch wählen und beobachten, wie der Patient anspricht oder wie er sich entwickelt."*

(N3)

Die Patientenbindung bezeichnet dabei die Anbindung eines Menschen an eine bestimmte Arztpraxis. Um wirtschaftlich erfolgreich zu sein, ist es in einer Zeit, in der der Patient zunehmend als "Kunde" gesehen wird (Rodegast 2010), für einen praktizierenden Arzt deshalb wichtig, sich einen stabilen Kundenstamm aufzubauen. Dies hat zur Folge, dass gerade Allgemeinärzte einen Patienten mit Verdacht auf Parkinson nicht immer zu einem Spezialisten schicken, sondern ihn zunächst selbst behandeln. Diese Annahme wurde mir in den Interviews sowohl von Seiten der praktischen Ärzte, die einen Therapieversuch starten, als auch von Seiten der Neurologen, die mich darauf hinweisen, dass ihre Patienten nicht allzu oft von Hausärzten überwiesen werden, bestätigt. Ein auf Parkinson spezialisierter

Neurologe sagt in diesem Zusammenhang, dass die praktischen Ärzte den Patienten weiterschicken könnten, das jedoch nicht tun (N4) und begründet diesen Eindruck auch mit der geringen Anzahl an Parkinson-Patienten in seiner Praxis, die nicht mit Statistiken übereinstimmen würden und die vor allem auch hauptsächlich über Mundpropaganda zu ihm gekommen sind.

Fachärzte nutzen neue Informationstechnologien wie das Internet, um Zugang zu potentiellen Patienten zu erhalten. Die Eingabe von klassischen Parkinson-Symptomen in eine Internet-Suchmaschine verlinkt beispielsweise oft auf Seiten von Neurologen, die somit versuchen, mögliche Parkinson-Patienten direkt in ihre eigene Ordination zu bekommen. Der aktiv Informationen suchende Mensch findet so seine individuellen Beschwerden mit einer Parkinson-Diagnose in Verbindung gebracht.

Die Anwendung von bestimmten Tests in der Parkinson-Diagnose hängt also auch davon ab, wie ein medizinisches System in einem bestimmten Land aufgebaut ist. Am Beispiel des medizinischen Systems in Österreich, wo die Anzahl der Allgemeinärzte gegenüber jener der spezialisierten Fachärzte größer ist, und wo die praktischen Ärzte üblicherweise eine erste Anlaufstelle für allgemeine Beschwerden sind, wird deutlich, wie sowohl praktische Ärzte als auch Neurologen versuchen, mithilfe verschiedener Taktiken Patienten an ihre Arztpraxis zu binden. Die praktischen Ärzte unternehmen dabei häufig einen Therapieversuch, um eine Parkinson-Diagnose ohne Absicherung eines Spezialisten zu stellen. Die Neurologen wiederum stellen Kriterien für die Parkinson-Diagnose ins Internet, um so die Anlaufstelle "Hausarzt" auszublenden.

Die beschriebenen Taktiken, die sich aus der Organisierung einer institutionalisierten Medizin ergeben, verschieben wiederum Machtverhältnisse in der Diagnose selbst. Der Patient als wissender Kunde gewinnt mehr Mitspracherecht in der Diagnose. Der Arzt muss somit einen Menschen diagnostizieren, der "oft schon mit einer Vorstellung von dem, was er haben könnte" (N4) in die Arztpraxis kommt. Durch die modernen Informationstechnologien in Kombination mit einem aktiv Informationen suchendem Patienten wird das zuvor den Ärzten vorenthaltene medizinische Wissen auch dem Laien zugänglich.

*„Information is provided by practitioners, but in the information age it is also*

*increasingly accessed and produced by patients themselves.“*

*(Nettleton 2004, S 672)*

Der Arzt hat also nicht nur länger die Aufgabe, einen Menschen mit einer Krankheit zu Diagnostizieren, sondern muss auch zunehmend seinen Status als Experten gegenüber dem Menschen der mit Internetausdrucken (N4) zu ihm in die Praxis kommt, verhandeln.

Im folgenden zweiten Beispiel wird beschrieben, welche Rolle der ärztliche Blick einnimmt und wie er als Diagnoseinstrument auch medizinische Berufe strukturiert. Dabei wird der ärztliche Blick in der Praxis im Zusammenhang mit einem Patientendiskurs behandelt sowie die Multiplizierung des ärztlichen Blicks durch neue Formen der Diagnose, wie sie in der Fachliteratur präsentiert werden.

James Parkinson stützt seine Analyse der Parkinson-Krankheit auf sechs Fallstudien. Er beschreibt wie er die typischen Parkinson-Syndrome bei sechs Personen sieht, die ihm auf der Straße begegnen. Mit einigen von ihnen spricht er auch über ihre Erkrankung. Aus dem ähnlichen Beobachtungen und Beschreibungen schließt er auf eine gemeinsame Krankheit. Der Blick, den der Autor auf die sechs Personen wirft, ist also ein klinischer: Die motorischen Störungen werden beobachtet und aus diesen Beobachtungen diagnostiziert James Parkinson eine Krankheit. Interessant ist, dass der Autor seinen klinischen Blick auf der Straße und nicht in seiner Arztpraxis anwendet.

Foucault beschreibt den ärztlichen Blick als einen "Blick der konkreten Sinnlichkeit, der von Körper zu Körper wandert, und zwar immer im Raum sinnlicher Gegenwart." (Foucault 1963, S 134). Die Arztpraxis, in der Patient und Arzt aufeinandertreffen, bildet heutzutage hauptsächlich diesen Raum sinnlicher Gegenwart: Sie ist der Ort, an dem der ärztliche Blick sich an einem konkreten Körper festmacht und in Verbindung mit einem medizinischen Diskurs Aufschluss über die Krankheit gibt.

Auch in meinen Gesprächen mit praktizierenden Ärzten spielt dieser ärztliche Blick, den ich aufgrund seiner Fokussierung auf die sichtbaren Symptome als klinischen Blick bezeichne, nach wie vor eine wichtige Rolle:

*"Man muss hellhörig sein und sollte seinen Blick schweifen lassen – was und wie sich der Patient präsentiert."*

(N3)

Obwohl sich die Ärzte im Gespräch nicht explizit auf den Essay Parkinsons beziehen, so kann es doch sein, dass sie seine Vorgangsweise bei den Fallstudien in Erinnerung haben. Der ärztliche Blick reicht fast 200 Jahre nach dem Erscheinen des "Essay on the Shaking Palsy" für meine Interviewpartner meistens aus, um zu einer Parkinson-Diagnose zu gelangen.

Die Bedeutung des Blicks hängt mit der Art der Diagnose zusammen, die bei Parkinson zur Zeit noch eine klinische ist. In der klinischen Diagnose von Parkinson versucht der Arzt, die sichtbaren Zeichen gemeinsam mit den Berichten des Patienten einem passenden Krankheitsbild zuzuordnen. Das klinische Bild der Parkinson-Erkrankung ist dabei gut sichtbar. Aussagen wie "Einen Parkinson kann man in der Straßenbahn diagnostizieren." (N1) oder "Ich sehe Leute auf der Straße gehen und sage: 'Der hat einen Parkinson, er gehört zum Neurologen!'" (N4) weisen darauf hin, dass der ärztliche Blick als ausreichend bewertet wird, um die Krankheit zu erkennen und zu diagnostizieren. Umgekehrt führt ein interviewter praktischer Arzt die Schwierigkeit bei der Diagnose auf die fehlende Möglichkeit, den klinischen Blick in der kurzen Zeit der Begegnung mit seinen Patienten in der Arztpraxis anzuwenden, zurück:

*"Weil wenn der Patient nur hin und wieder zu Hause bei einer konzentrierten Tätigkeit Probleme hat – zum Beispiel beim Essen oder beim Hemd zuknöpfen - Dann sehe ich das ja nicht."*

(P1)

Die Arztpraxis, in der Arzt und Patient sich begegnen entspricht einem künstlichen Setting, das sich auf bestimmte Techniken stützt, um zu einer richtigen Diagnose zu gelangen. Im Gegensatz zu den auf der Straße erkennbaren Parkinson-Kranken wird der klinische Blick hier in ein spezifisches Muster eingeordnet. Diagnostische Tests erfüllen dabei eine Hilfsfunktion, um Zeichen der Krankheit auf spezifische Weise sichtbar zu machen. Dabei wird der Sehsinn des Arztes dem Diskurs des Patienten

übergeordnet:

*"Es ist nicht nur wichtig, was der Patient berichtet, sondern auch was man sieht.  
Daher sollte man nicht vergessen, dass man sich mit dem Patienten  
beschäftigen muss"*

(N3)

Die Unterordnung des Patientendiskurses unter den ärztlichen Blick und unter den medizinischen Diskurs etablierte sich im 19. Jahrhundert, in dem die Krankenhausmedizin die Krankenbettmedizin zunehmend verdrängt (vgl. Lachmund 1996). Auch heute noch sind die Machtverhältnisse in der Diagnose zugunsten des Arztes ausgelegt, der mit seinen Sinnen – allen voran dem klinischen Blick - die Krankheit erkennen kann. Die Berichte des Patienten sind zwar Teil des diagnostischen Prozesses, aber sie enthalten nicht länger das wahre Wissen über die Krankheit. Die Illness-Dimension – die persönlichen Krankheitserfahrungen und Leidenserzählungen des Betroffenen wird zugunsten eines klinischen Blicks, der zum Gebiet der biomedizinischen Disease- Dimension zählt, herabgesetzt. Auch Jutel schreibt, dass Ärzten gelehrt wird, gegenüber den Narrativen der Patienten skeptisch zu sein (vgl. Jutel 2009, S 287). Diese Skepsis wird auch von einer Neurologin formuliert:

*"Die Schwierigkeiten liegen eher darin, dass manche Patienten ganz andere  
Beschwerden berichten und man sozusagen auf eine Blickdiagnose angewiesen  
ist."*

(N3)

Im Vergleich mit dem Text über Parkinson aus dem Jahre 1817 wird diese Verschiebung der Machtverhältnisse besonders deutlich. James Parkinson gibt in seinem Essay den Erzählungen der beobachteten Personen noch viel Raum. Obwohl er am Ende des Essays die Pathologen seiner Zeit ("those who humanely employ anatomical examination") dazu aufruft, nach den Ursachen und der Natur der Krankheit zu suchen, werden die Berichte der Patienten dennoch erwähnt:

*"Whilst one (subject, Anm. d. A.) has attributed this affliction to indulgence in spirituous liquors, and another one to long lying on the damp ground; the others have been unable to suggest any circumstance whatever, which, in their opinion, could be considered as having given origin, or disposed, to the calamity under which they suffered."*

*(Parkinson 1817)*

Der Essay ist hierbei als Scharniertext zu verstehen, der die unterschiedlichen Formen des Wissens in sich vereint. Während der Autor bereits einen Sitz der Krankheit im Inneren des Körpers – in Teilen des Rückenmarks und des Hirnstamms – annimmt, enthält seine Darstellung der sechs Fallbeispiele noch die Praktik des Krankenexames, in der die Erzählungen des Patienten für die richtige Bestimmung der Krankheit eine wichtige Rolle spielen. Der Hinweis im Text, die Krankheit mithilfe anatomischer Untersuchungen näher zu bestimmen, weist jedoch bereits darauf hin, dass sich die Machtverhältnisse zugunsten der Ärzte verschieben. Der ärztliche Blick installiert sich dabei als überlegenes Instrument, mit dessen Hilfe eine Diagnose unabhängig vom Patientendiskurs möglich wird. Obwohl die Berichte der Patienten und deren Angehörigen hilfreich sind, so reicht der Blick des Arztes zusammen mit seinem medizinischen Wissen und seinen Erfahrungen als praktizierender Arzt doch aus, um Parkinson zu diagnostizieren. Ein auf Parkinson spezialisierter Neurologe, der die Sichtweise einer Medizin als Kunst vertritt, spricht diese Erfahrung mit der Parkinson-Krankheit, die er sich über viele Jahre hinweg erarbeitet hat, an und sieht sie in Kombination mit dem klinischen Blick als wichtiges Instrument an, um eine Parkinson-Krankheit zu diagnostizieren:

*"Der Patient geht mit einer bestimmten Haltung bei der Tür herein, dann stellt man eine Frage und bekommt genau die richtige Antwort und dann weiß man es im Prinzip. (...) Es ist schon sehr viel Eindruck und wenig Messbares."*

*(N1)*

Der klinische Blick führt also eine hierarchische Einteilung zwischen den Beobachtungen des Patienten und den Beobachtungen des Arztes ein, wobei der Arzt dadurch eine überlegene Machtposition einnimmt. Jutel behauptet sogar, "for the



diagnosis to exist, the patient must not speak“ (vgl. Jutel 2009, S 289), geht also davon aus, dass die Diagnose als solche überhaupt erst möglich wird, weil sie den Patientendiskurs zum Schweigen bringt.

Die Darstellung der klinischen Diagnose in der Fachliteratur formuliert den klinischen Blick als ungenügend und ergänzt ihn um diagnostische Instrumente, die auf objektiv messbaren Indikatoren beruhen. Sie ist somit daran beteiligt, den klinischen Blick zu vervielfältigen und tiefer in den Körper des Patienten einzuschreiben.

In der Literatur wird die klinische Diagnose nicht nur als zu spät formuliert (vgl. Kapitel xy), sondern auch als zu unspezifisch angesehen.

*Yet, even in highly specialized centers, the sensitivity of the clinical diagnosis of PD in symptomatic patients is only 91% and is likely to be lower in other settings.“*

*(Grünblatt et al. 2010, S 1388)*

In der Literatur wird dabei aufgezeigt, dass die Spezifität und Sensitivität der Diagnose in unterschiedlichen Institutionen unterschiedlich ist. In der Literatur wird die unbefriedigende Darstellung der derzeit vorherrschenden klinischen Diagnose damit begründet, dass die derzeitige klinische Diagnose auf subjektiven Maßnahmen – dem klinischen Blick – beruht:

*„At present, the diagnosis of parkinsonism is clinical and base upon subjective evaluation.“*

*(Postuma 2010, S 1011)*

*„Traditional Parkinson's clinical trials rely on subjective clinical measures dependent on human raters who may introduce remarkable sources of variability.“*

*(Frasier et al. 2010, S 723)*

Biomarker für Parkinson werden so als Verbesserung der gegenwärtigen Diagnose

dargestellt, die als suboptimal gesehen wird. Der klinische Blick scheint in der Literatur nicht mehr ausreichend zu sein, um eine gute Diagnose von Parkinson zu gewährleisten. Objektiv messbaren Körperstoffen – Biomarkern – wird die Fähigkeit zugesprochen, zusätzlich zum klinischen Blick eine frühere, genauere, richtigere und letztendlich auch 'wahrere' Diagnose von Parkinson zu ermöglichen.

*"There is already evidence that this is possible to some extent using PET or SPECT imaging of the basal ganglia, but an appealing alternative would be to gain insight into the pathological changes from a continuously variable biochemical marker that can be assayed economically and easily. Alternatively, a new motor, neurophysiological or neuropsychological biomarker may provide some form of objective measure of clinical phenotype."*

*(Michell et al. 2004, S 1701f)*

Technologien wie die bildgebenden Verfahren sollen den subjektiven klinischen Blick um objektive Darstellungen von Krankheitsprozessen im Bezug auf Parkinson erweitern (vgl. Jutel 2009, s 281). In ihrer Analyse der zeitgenössischen Form der Medizin beschreibt auch Nettleton diese Vorrangstellung der neuen Diagnoseinstrumente:

*"The 'art of medicine' associated with the experience of the individual clinician has given way to aggregated research-based information which meets certain methodological criteria. The point here is that clinical decision-making and clinical activities have come to depend (...) upon the systematic reviews of research undertaken by information scientists."*

*(Nettleton 2004, S 670)*

Damit wird letztlich auch die Verschiebung der Diagnose von einem Außen – dem klinischen Blick – in den Körper des Patienten hinein weiter vorangetrieben.

Biomarker-Tests transformieren institutionalisierte Strukturen der Medizin: Die Forschung etabliert sich als ausschlaggebende Einrichtung, deren Ergebnisse für die Durchführung der Diagnose in der Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnen. Ein Biomarker-Test, der in jeder Arztpraxis angewandt werden könnte, verflacht zudem die Unterschiede in der richtigen Diagnosestellung zwischen spezialisierten

Neurologen und Allgemeinärzten und reduziert die Bedeutung der Erfahrung des Arztes für eine gute Diagnose. Zugleich ermöglicht die Biomarker-Diagnose, die idealerweise auch sehr früh im Verlauf der Krankheit durchgeführt wird, die frühe Zuweisung von Patienten-Subjekten zum spezialisierten Fachgebiet der Neurologie. Ein Neurologe ist im Gespräch jedoch der Meinung, dass derartige Tests ein Phänomen verstärken würden, dass er als "Prägestempel Parkinson" bezeichnet (N1). Er meint damit, dass die Zuweisung von bestimmten Beschwerden oder krankhaften Veränderungen zum Gebiet der Parkinson-Krankheit zusätzliche Krankheiten, die bei einem Parkinson-Patienten auftreten können, marginalisiert:

*"Der Parkinson an sich ist ein kleines Gebiet. Aber das Drumherum ist endlos und je länger ich das mache, desto größer wird es. Desto mehr bewegt man sich hin zur ganz allgemeinen Medizin, denn jeder banale Infekt – jeder Harnwegsinfekt, jede Lungenentzündung – jede Herzinsuffizienz, jedes zweite Herzmedikament verschlechtert den Parkinson."*

(N1)

Er berichtet in diesem Zusammenhang von Fällen, in denen ein Patient zwar einen gut therapierte Parkinson-Krankheit hat, ihm jedoch zusätzlich andere krankhafte Veränderungen, wie eine Einengung des Rückenmarkkanals, Beschwerden verursachen. Auch für diagnostische Biomarker-Tests befürchtet dieser Neurologe, dass nicht Parkinson-bezogene Ursachen verdrängt werden. So könnte zum Beispiel ein bildgebendes Verfahren, das eine Schädigung von Dopamin anzeigt, falsch interpretiert werden: Wenn diese Dopamin-Abwesenheit als Indikator für eine Parkinson-Krankheit gilt, besteht die Gefahr, dass nicht berücksichtigt wird, dass beispielsweise auch ein Schlaganfall zu einem Absterben des Dopamins führt:

*"Der DAT-Spect sagt aber nicht: Das war ein Schlaganfall, dort ist ein Loch. Der sagt nur: Dort ist kein Dopamin."*

(N4)

Obwohl der Neurologe Biomarker-Tests einerseits für wichtig hält "für diejenigen Ärzte, die nicht für jeden Patienten eine Stunde Zeit haben" (N1), sieht er

andererseits die Gefahr einer Ausblendung breiterer Krankheitsprozesse und individueller Leidenserfahrungen.

## 5. Konklusion: Eine Diagnose der Parkinson-Diagnose

*„Diagnosis do not exist ontologically. They are concepts which bind the biological,*

*the technological, the social, the political and the lived.“*

*(Jutel 2009, S 294)*

Ich wollte in meiner Arbeit Macht-Wissen-Verhältnissen in der Parkinson-Diagnose nachgehen und dabei die Frage beantworten, welche Effekte durch die Konstruktion der Parkinson-Krankheit und der Diagnose von Parkinson in unterschiedlichen Kontexten entstehen.

Meine Analyse zeigt auf, dass in der Parkinson-Diagnose spezifische Wissensformen und Machtbeziehungen existieren, die verschiedenste Effekte inner- und außerhalb eines medizinischen Systems produzieren. Deutlich wurde auch, dass diese Effekte wiederum rückwirkend auf die Produktion der vermachteten Wissensordnungen einwirken, dass also ein spezifisches medizinisches Wissen über die Parkinson-Krankheit und die Diagnose dieser Krankheit von technologischen, sozialen, ökonomischen, politischen und gelebten Faktoren inner- und außerhalb der Medizin abhängt.

In diesem System vernetzter Abhängigkeiten kristallisieren sich einige Funktionen der Parkinson-Diagnose heraus, die historischen Transformationen unterworfen und mit unterschiedlichen Machtverhältnissen verknüpft sind. Meine Schlussfolgerungen werden deshalb im folgenden Abschnitt in drei Punkten dargestellt, die sich an der Frage "Welche Funktion erfüllt die Diagnose und was bewirkt sie?" orientieren:

### 1) Die Diagnose definiert einen Gegenstandsbereich der Medizin

Die Parkinson-Krankheit ist nicht a priori vorhanden, sondern wird von der Medizin spezifisch geformt. Die Diagnose trägt dazu bei, Parkinson als einheitlichen Gegenstand zu produzieren. Zunächst führt die Medizin eine Trennung zwischen normalen Alterungsprozessen und krankhaften Veränderungen ein. Dies erfolgt beispielsweise in der Forschung durch die Identifizierung molekularer Körperstoffe,

die einem einheitlichen Krankheitsbild zugeordnet werden. Die Sichtbarmachung und Messbarkeit dieser Körperstoffe spielt dabei eine wichtige Rolle, um 'die' Parkinson-Krankheit als solche zu definieren. Dabei wird die Krankheit weniger durch die fixe An- oder Abwesenheit von messbaren Indiaktoren bestimmt, sondern die Forschung versucht, über die Grenzziehung zwischen normalen und abnormalen 'Leveln' verschiedener Körpersubstanzen eine abgrenzbare Krankheit zu bilden.

Die heterogenen Krankheitsverläufe werden zudem durch statistische Erhebungsmethoden homogenisiert, sodass auch hier das Bild einer einheitlichen Krankheit produziert wird. Am Beispiel der Konstruktion von Parkinson entlang einer Zeitachse wird dies besonders deutlich.

Die Diagnose im speziellen führt eine offizielle Ordnung ein. Das medizinische Wissen der Diagnose formt dabei eine Krankheit als Gegenstand, indem sie die Beschwerden des Patienten und Veränderungen im Körper hierarchisiert. Sie bestimmt dabei, welche Körperzustände signifikant sind und mit der Krankheit in Verbindung gebracht werden. Im Zusammenhang mit einer Fokussierung auf das Gehirn als Sitz der Parkinson-Krankheit waren so lange Zeit motorische Störungen an oberster Stelle, während Verdauungsstörungen oder Depressionen nicht als Symptome der Parkinson-Krankheit angesehen wurden, obwohl diese Veränderungen beispielsweise bereits 1817 beschrieben wurden. Symptome der Parkinson-Krankheit sind also ebenfalls nicht einfach vorhanden, sondern werden durch das medizinische Wissen der Diagnose hergestellt und bewertet.

Auch hier ist die Sicht- und Messbarkeit von Zuständen von großer Bedeutung: In der Diagnose ist es wichtig, dass der Arzt die Symptome unabhängig von den Erzählungen des Patienten erkennen kann. Zudem müssen Veränderungen vergleichbar sein, um den Status eines bedeutenden Symptoms zu erlangen.

Das medizinische Wissen über die Parkinson-Krankheit ist mit bestimmten Paradigmen verknüpft, die bestimmen, was in den Wahrnehmungsbereich der Medizin fällt. Diese Wahrnehmungsbereiche beziehungsweise spezifischen Wissensordnungen beeinflussen auch die Art der Diagnose.

Die Veränderungen des Ortes der Krankheit sind so beispielsweise mit neuen Diagnoseformen verknüpft. Ebenso strukturieren technologische Entwicklungen die Art der Diagnose. So war zunächst das Gehirn, indem die Parkinson-Krankheit anhand der veränderten Substantia Nigra mit dem bloßen Auge gut sichtbar ist, in

der frühen Produktion der Krankheit ausschlaggebend. Mit einem veränderte Paradigma, das einen Netzwerk-Gedanken enthält und mit neuen Technologien, die Veränderungen im lebenden Körper sichtbar machen, wird dieser Sitz zunehmend aufgelöst. Die Krankheit wird tiefer in den Körper eingeschrieben und ihre Definition wird ausgeweitet. So werden die motorischen Symptome, die bei James Parkinson noch für die Krankheitsdefinition ausreichend sind, herabgestuft und um Ablagerungen und abnormale Veränderungen im Patientenkörper ergänzt. Die Fokussierung auf veränderte Nervenzellen im Gehirn wird somit um dopaminerge Nervenzellen im Darm erweitert. Die Parkinson-Krankheit wird somit nicht länger ausschließlich als Bewegungsstörung definiert, sondern beispielsweise als Infektionskrankheit charakterisiert.

Damit verknüpft ist die Suche nach neuen Zeichen der Krankheit, die Testverfahren und ärztliche Praktiken in der Diagnose verändern. So wird beispielsweise die Geruchsstörungen zu einem neuen bedeutenden Zeichen der Krankheit, das mithilfe eines so genannten Sniff-Tests in der ärztlichen Diagnosepraxis erkannt werden kann.

Auch das Hervortreten des zeitlichen Faktors in der Überwachungsmedizin hat Auswirkungen auf die Krankheits-Definition und die Diagnose der Krankheit. Parkinson bekommt dadurch eine Lebensgeschichte. Sie wird als fortschreitende Krankheit strukturiert, die durch den kontinuierlichen Verfall von Nervenzellen sichtbar wird. Die motorischen Symptome werden hier in einen zeitlichen Verlauf der Krankheit eingebunden. Sie stehen heutzutage für eine weit fortgeschrittene Parkinson-Erkrankung und werden um früher auftretende Symptome ergänzt. Für die Diagnose bedeutet dies, dass sie vervielfältigt wird: Die klinische Diagnose wird um Risikodiagnosen und Frühdiagnosen erweitert, die eine Zuweisung zur Krankheit zu einem früheren Zeitpunkt ermöglichen sollen. Die Riskodiagnose stellt eine neue Form der Diagnose dar, die einen Spielraum möglicher Zukünfte anzeigt, anstatt die Parkinson-Krankheit als fix vorhanden zu beschreiben. Die Formulierung einer derartigen Diagnose in einer Sprache des Risikos kann damit auch als Lösungsversuch der Forschung interpretiert werden, die durch diese Reformulierung einer Diagnose Ungenauigkeiten in ihren Messergebnissen und den etwaigen Einfluss noch unbekanntere Faktoren somit abschwächt.

Das medizinische System wird durch die Medikalisierung der Bevölkerung verfestigt und strukturiert. Umgekehrt hat eine spezifische insitutionalisierte Medizin jedoch

auch Auswirkungen auf die Diagnose. Die Anwendung des L-Dopa-Tests in der Ordination des Hausarztes dient dafür als Beispiel: Patientenbindungen sind für einen praktizierenden Arzt von Bedeutung, weshalb dieser einen Therapieversuch als Diagnosetechnik anwendet, um Patienten nicht an Fachärzte oder Spezialkliniken zu verlieren.

Die Diagnose und Definition der Parkinson-Krankheit strukturiert schließlich auch die Behandlung. So hat sie Einfluss darauf, welche Körperprozesse als krank und behandlungsbedürftig, und welche als normal und gesund gelten.

## 2) Die Diagnose klassifiziert und ordnet Bevölkerungen

Die Diagnose markiert den Zeitpunkt, an dem ein Individuum in ein medizinisches System eingegliedert wird. Die Parkinson-Diagnose produziert zunächst Patienten-Subjekte, strukturiert also Bevölkerungen anhand medizinischer Kriterien, indem sie Individuen zur Gruppe der "Parkinson-Patienten" zusammenfasst.

In der klinischen Diagnose sind die Beschwerden eines Menschen noch wichtig, um als Person vom medizinischen System erfasst zu werden. Die Erfahrung eines Leidens oder eine beeinträchtigende Veränderung am eigenen Körper ist dabei ausschlaggebend, um einen Arzt aufzusuchen, der diese individuellen Krankheitserfahrungen mithilfe der Diagnose einer bestimmten Krankheit zuordnet.

Die Diagnose bietet dem Patienten ein Erklärungsmuster seiner Krankheitserfahrung und legitimiert sein von der Norm abweichendes Verhalten. Sie strukturiert somit auch die Selbstwahrnehmung als gesunder beziehungsweise kranker Mensch. Die Zuweisung als Parkinson-Patient hat zudem auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und den Zugang zu vielen staatlichen Leistungen. Finanzielle Unterstützungssysteme oder ähnliches sind durch die medizinische Krankheitsdefinition bestimmt.

Eine Diagnose zum asymptomatischen Zeitpunkt verbreitet die Anzahl der Menschen, die als Patienten klassifiziert werden, da sich nicht bei allen Menschen motorische Symptome manifestieren würden. Sie vergrößert auch die Dauer dieser Klassifizierung, indem sie Menschen früher als Patienten definiert, als dies bei der klinischen Diagnose der Fall ist. Diese Frühdiagnose formuliert ein neues Patienten-Subjekt, den asymptomatischen Kranken. Der Versuch, eine Risikodiagnose für Parkinson zu installieren, führt ebenfalls zu neuen Subjektformen. Als



Risikopatienten werden Menschen dabei schon frühzeitig in das medizinische System eingeordnet. Die Risikodiagnose bietet eine erste Identifizierung von Patienten, die im Anschluss durch eine weitere kontinuierliche Überwachung an das medizinische System gebunden bleiben sollen. Ein selbstverantwortliches Subjekt, das aktiv Informationen über seine Gesundheit und mögliche Krankheit einholt, ist dabei sowohl Grundlage als auch Wirkung einer Diagnose, die in der Sprache des Risikos formuliert wird.

Der Effekt dieser Verbreiterung und Verlängerung von Patienten-Subjekten wird vor allem am Punkt der Behandlung sichtbar. Das Wissen um eine potentielle und noch nicht manifestierte Krankheit führt in Verbindung mit einem Selbstverantwortungsdiskurs dazu, dass Ärzte in Verhandlungsprozesse mit ihren Patienten treten, um Veränderungen im Lebensstil oder therapeutische Maßnahmen zu propagieren.

Diagnosen zu einem asymptomatischen oder prä-motorischen Zeitpunkt verändern auch Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Die bereits in der Klinik angewandten bildgebenden Verfahren bewirken beispielsweise die Zuordnung zur Parkinson-Krankheit, bevor der Patient Auswirkungen dieser Krankheit erlebt. Die Zuteilung zur Krankheit ist dabei als fließender Übergang zu sehen. Gesundheit und Krankheit schließen sich nicht aus, sondern bilden bewegliche Punkte entlang eines Kontinuums von Normalität. Obwohl die Klassifizierung als kranker Patient die medizinische Behandlung forciert, bleiben besonders in der ärztlichen Praxis auch Leidenserfahrungen des Patienten weiterhin von Bedeutung.

Die Zuordnung zur Parkinson-Krankheit kann auch zur Folge haben, dass zusätzlich auftretende Krankheiten vernachlässigt werden. Die Diagnose drückt dabei dem Patienten einen 'Prägestempel Parkinson' auf, der bewirkt, dass andere Beschwerden nur unter dem Gesichtspunkt der Parkinson-Krankheit – als Folge der Veränderungen im Körper oder als Nebenwirkung der medikamentösen Therapie – behandelt werden.

Die Diagnose in ihrer Klassifizierungsfunktion macht Bevölkerungen auch regierbar. Indem bestimmte Verhaltensweisen als krank definiert werden, wird so die medizinische Betreuung und Bearbeitung dieser Menschen und ihrer Verhaltensweisen ermöglicht.

### 3) Die Diagnose reproduziert Wahrheitsrituale

Wahrheitsrituale - also Praktiken und Diskurse, die eine bestimmte Form vermachteten Wissens reproduzieren – werden durch die Diagnose wirksam.

Tests in der Diagnose sind durch bestimmte interaktive Körpertechniken geprägt, die die Machtverteilung zwischen Arzt und Patient strukturieren. Die Körpertechniken erfordern und reproduzieren dabei eine spezifische Disziplinierung beider Beteiligten, wobei das Machtverhältnis zugunsten des Arztes ausgelegt ist, der als ordnende Instanz den Patienten choreografiert. Die Mitarbeit sowohl des Arztes als auch des Patienten wird dabei auf eine bestimmte Weise strukturiert.

Der klinische Blick in Verbindung mit körperbezogenen Testverfahren dient in der Diagnose dazu, den Arzt als Experten zu definieren. Der klinische Blick gilt dabei nach wie vor als wichtiges Instrument, um zu einer wahren Erkenntnis zu gelangen. Der in der Krankenbettmedizin als entscheidendes Strukturierungselement bedeutende Patientendiskurs wird durch das erkennende Auge des Arztes zum Verstummen gebracht. Informationstechnologien wie das Internet sowie der Selbstverantwortungsdiskurs verändern diese Machtkonstellation jedoch erneut. Der Patient bekommt mit dem Zugang zu zuvor exklusivem medizinischen Wissen zunehmend seine Stimme zurück, stellt den Expertenstatus des Arztes in Frage und hat auch Einfluss auf medizinische Auswahlverfahren von signifikanten Symptomen und therapierungswürdigen Beschwerden im Kontext der Parkinson-Krankheit.

Gleichzeitig wird jedoch die persönliche Krankheitserfahrung weiter zurückgedrängt, indem messbare Körperstoffe auf molekularer Ebene für die Diagnose zunehmend an Bedeutung erlangen. Damit wird weiters auch der klinische Blick um neue Diagnoseverfahren ergänzt. Der Leidensdruck des Patienten und die Erfahrung des Arztes wird damit zugunsten einer biomedizinischen Erfassung durch objektiv messbare Indikatoren herabgestuft, die in der heutigen Zeit als entscheidendes Kriterium, zu einer wahren Diagnose zu gelangen, gelten. Die Ergebnisse der Biomarker-Forschung können somit auch als Versuch, sich als wirkmächtige Wissenschaft zu etablieren, gedeutet werden.

Die Parkinson-Diagnose ist ein machtvoll Instrument. Sie enthält sowohl einen Teil der Definitionsmacht über die Parkinson-Krankheit als auch die Entscheidungsmacht über bedeutungsvolle krankhafte Zeichen. Sie bestimmt damit auch, was behandelt

wird und was nicht in diesen Bereich der Medizin fällt. Sie führt auch die Klassifizierung als Parkinson-Patient durch und beeinflusst die Konzeptionen von krankhaften Veränderungen und normalen Verhaltensweisen. In ihr wirken und reproduzieren sich spezifische Macht-Wissenverhältnisse, die durch Technologien, Diskurse, Institutionen und Praktiken strukturiert sind.

Die Diagnose als spezifisches medizinisches Instrument bewirkt jedoch nicht nur viele Dinge inner- und außerhalb der Medizin, sondern wird wechselwirkend auch durch viele nicht-medizinische Faktoren geformt. Die Medizin ist somit mit sozialen, politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Strukturen verschränkt, die einen räumlich und zeitlich verankerten Kontext bilden.

Da einige Formen und Tests der Parkinson-Diagnose noch nicht in der klinischen Praxis angekommen sind, bleibt abzuwarten, ob sich vorgestellte Repräsentationen von unterschiedlichen Transformationen tatsächlich derartig vollziehen. Die medizinisch-wissenschaftliche Darstellungen der Parkinson-Krankheit und ihrer Diagnose bei den praktizierenden Ärzten und in der Fachliteratur können jedoch als Diskurse aufgefasst werden, die etwaige Zukünfte in der Gegenwart strukturieren. Meine Arbeit soll deshalb all jenen Wissenschaftler\_innen, die sich weiter mit Macht-Wissen-Beziehungen in der Parkinson-Diagnose beschäftigen wollen, als hilfreicher Startpunkt und ergänzendes empirisches Beispiel dienen.

## 6. Literaturverzeichnis

- Armstrong, D.**, *The rise of surveillance medicine*. *Sociology of Health & Illness*, 1995. **17**(3): p. 393-404.
- Billings, P.R.**, et al., *Discrimination as a Consequence of Genetic Testing*. *The American Journal of Human Genetics*, 1992. **50**: p. 476-482
- Biomarkers Definitions Working Group**, *Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework* *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2001. **69**(3): p. 89-95.
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit, *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten - Fakten*. 2010, BMG - Bundesministerium für Gesundheit: Wien.
- Bogdanov, M.**, et al., *Metabolomic profiling to develop blood biomarkers for Parkinson's disease*. *Brain*, 2008. **131**(2): p. 389-396.
- Braak, H.**, et al., *Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease*. *Neurobiology of Aging*, 2003. **24**(2): p. 197-211.
- Bracht, K.**, *Biomarker. Indikatoren für Diagnose und Therapie*, in *Pharmazeutische Zeitung online*. 2009, ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Berlin
- Brown, P.**, *Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness*. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1995. **35**: p. 34-52.
- Burri, V.**, *Sociotechnical anatomy. Technology, space and body in the MRI unit*, in *Biomedicine as culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life.*, V. Burri and J. Dumit, Editors. 2007, Routledge: New York. p. 109-121.
- DeKosky, S.** and K. Marek, *Looking backward to move forward: Early detection of neurodegenerative disorders*. *Science*, 2003. **302**: p. 830-834.
- Digester, P.**, *The fourth face of power*. *The Journal of Politics*, 1992. **54**(4): p. 977-1007.
- Ferrer, I.**, et al., *Neuropathology of sporadic Parkinson disease before appearance of parkinsonism: preclinical Parkinson disease*. *Journal of Neural Transmission*, 2011. **118**: p. 821-839.
- Foucault, M.**, *Die Geburt der Klinik*. 1963 [2008], Fischer: Frankfurt am Main.
- Foucault, M.**, *Die Ordnung des Diskurses*. 1970 [2007], Fischer: Frankfurt am Main.

- Foucault, M.**, *Die Intellektuellen und die Macht*, in *Michel Foucault: Analytik der Macht*, D. Defert and F. Ewald, Editors. 1972a [2005], Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 52-63
- Foucault, M.**, *Theorien und Institutionen des Strafvollzugs*, in *Michel Foucault: Analytik der Macht*, D. Defert and F. Ewald, Editors. 1972b [2005], Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 64-68.
- Foucault, M.**, *Wahnsinn, eine Frage der Macht*, in *Michel Foucault: Analytik der Macht*, D. Defert and F. Ewald, Editors. 1974 [2005], Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 69-73.
- Foucault, M.**, *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. 1975a [1977], Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Foucault, M.**, *Macht und Körper*, in *Michel Foucault: Analytik der Macht*, D. Defert and F. Ewald, Editors. 1975b [2005], Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 74-82.
- Foucault, M.**, *In Verteidigung der Gesellschaft*. 1976 [2001], Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Foucault, M.**, *Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit 1*. 1976a [1983], Suhrkamp: Frankfurt am Main
- Foucault, M.**, *Gespräch mit Michel Foucault*, in *Michel Foucault: Analytik der Macht*, D. Defert and F. Ewald, Editors. 1976b [2005], Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 83-107.
- Foucault, M.**, *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung: Geschichte der Gouvernementalität I*. 1978a [2006], Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Foucault, M.**, *Was ist Kritik?*, ed. 1978b (1992), Merve Verlag: Berlin.
- Foulds, P.**, et al., *Progress towards a molecular biomarker for Parkinson disease*. Nature Reviews Neurology, 2010. **6**: p. 359-361.
- Frasier, M.**, et al., *Biomarkers in Parkinson's Disease: a funder's perspective*. Future medicine - Biomarkers Medicine, 2010. **4**(5): p. 723-729
- Gibbon, S.**, *Charity, breast cancer activism and the iconic figure of the BRCA carrier*, in *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making biologies and identities*, S. Gibbon and C. Novas, Editors. 2008, Routledge: New York. p. 19-37.
- Gottschalk-Mazouz, N.**, *Was ist Wissen? Überlegungen zu einem Komplexbegriff an der Schnittstelle von Philosophie und Sozialwissenschaften*, in *Wissen in Bewegung. Vielfalt und Hegemonie in der Wissensgesellschaft*, S. Ammon, C. Heineke, and K. Selbmann, Editors. 2007, Velbrück Wissenschaft: Weilerswist. p. 21-

40.

**Graeber**, M.B., *Biomarkers for Parkinson's disease*. *Experimental Neurology*, 2009. **216**(2): p. 249-253.

**Grünblatt**, E., et al., *Pilot study: peripheral biomarkers for diagnosing sporadic Parkinson's disease*. *Journal of Neural Transmission*, 2010. **117**: p. 1387-1393.

**Hawkes**, C.H., K. Del Tredici, and H. Braak, *Parkinson's disease: A dual-hit hypothesis*. *Neuropathology and Applied Neurobiology*, 2007. **33**(6): p. 599-614.

**Jasanoff**, S., ed. *States of Knowledge: The co-production of science and social order*. 2004, Routledge: London and New York. 282.

**Jewson**, N.D., *The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870*. *Sociology*, 1976. **10**(2): p. 225-244.

**Jutel**, A., *Sociology of diagnosis: a preliminary review*. *Sociology of Health & Illness*, 2009. **31**(2): p. 278-299.

**Keller**, R., *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. 4. ed. 2011, Springer: Wiesbaden.

**Kuhn**, T.S., *The Structure of Scientific Revolutions*. *International Encyclopedia of Unified Science*, ed. O. Neurath. 1962, Chicago & London: The University of Chicago Press. 172.

**Kumar**, M. and S.K. Sarin, *Biomarkers of Diseases in Medicine*. *Current Trends in Science*, 2010: p. 403-417.

**Lachmund**, J., *Die Erfindung des ärztlichen Gehörs: Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung*, in *Anatomien medizinischer Erkenntnis: Medizin, Macht, Moleküle*, C. Borck, Editor. 1996, Fischer: Frankfurt am Main. p. 55-86.

**Lemke**, T., *Die Regierung der Risiken: Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität*, in *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, in U. Bröckling, T. Lemke, and S. Krasmann, Editors. 2000, Suhrkamp: Frankfurt am Main. p. 227-264.

**Lemke**, T., *Von der Pflicht zur Selbstverantwortung: Zur Karriere eines Begriffs*, in *Demokratie üben*, C. Plath, Editor. 2007, Westfälischer Kunstverein: Münster. p. 22-27.

**Lemke**, T., *Von der sozialtechnokratischen zur selbstregulatorischen Prävention: Die Geburt der 'genetischen Risikoperson'*, in *Gewichtige Gene: Adipositas zwischen Prädisposition und Eigenverantwortung*, A. Hilbert, P. Dabrock, and W. Rief, Editors. 2008, Huber: Bern. p. 151-165.

- Lock, M.**, *The Future is now: Locating Biomarkers for Dementia*, in *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, V.R. Burri and J. Dumit, Editors. 2007, Routledge: New York. p. 61-85.
- Mandel, S.A.**, et al., *Biomarkers for prediction and targeted prevention of Alzheimer's and Parkinson's diseases: evaluation of drug clinical efficacy*. EPMA Journal, 2010. **1**: p. 273-292., review
- McLaughlin, J.**, *Exploring diagnostic processes: social science perspectives*. Archives of Disease in Childhood, 2005. **90**(3): p. 284-287.
- Metzler, I.**, *Biomarkers and their consequences for the biomedical profession: a social science perspective*. Personalized Medicine, 2010. **7**: p. 407-420.
- Michell, A.W.**, et al., *Biomarkers and Parkinson's disease*. Brain, 2004. **127**(8): p. 1693-1705.
- Moreira, T.**, C. May, and J. Bond, *Regulatory Objectivity in Action: Mild Cognitive Impairment and the Collective Production of Uncertainty*. Social Studies of Science, 2009. **39**(5): p. 665-690.
- Morgan, J.**, S. Mehta, and K. Sethi, *Biomarkers in Parkinson's Disease*. Current Neurology and Neuroscience Reports, 2010. **10**(6): p. 423-430.
- Moser, I.**, *Making Alzheimer's Disease matter: Enacting, interfering and doing politics of nature*. Geoforum, 2008. **39**: p. 98-110.
- Naue, U.**, *'Self-Care without a Self': Alzheimer's disease and the concept of personal responsibility for health*. Medicine, Health Care and Philosophy, 2008. **11**(3): p. 315-324.
- Nettleton, S.**, *The Emergence of E-Scaped Medicine?* Sociology, 2004. **38**(4): p. 661-679.
- Nijhof, G.**, *Parkinson's Disease as a problem of shame in public appearance*. Sociology of Health & Illness, 1995. **17**(2): p. 193-205.
- Novas, C.** and N. Rose, *Genetic risk and the birth of the somatic individual*. Economy and Society, 2000. **29**(4): p. 485-513.
- Olanow, W.C.** and K. McNaught, *The Etiopathogenesis of Parkinson's Disease: Basic Mechanisms of Neurodegeneration*, in *Therapeutics of Parkinson's Disease and other Movement Disorders*, M. Hallet and W. Poewe, Editors. 2008, Wiley-Blackwell., O.u. p. 3-23.
- ÖGN** Österreichische Gesellschaft für Neurologie, *Parkinson- Syndrome: Diagnostik und Therapie*, in *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* H.-C.

Diener, Editor. 2008, Thieme: Stuttgart. p. 1-49.

**ÖQMed** Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin, *Ärztlicher Qualitätsbericht 2009. Ordinationsevaluierungen gemäß § 118a ff Ärztegesetz, Initiativen zur ärztlichen Qualitätsarbeit.* 2009, Österreichische Ärztekammer: Wien.

**Penkler, M.**, *Genealogie von Netzwerkkonzepten*, in *Sociology/ Political Science*. 2008, University of Vienna: Vienna.

**Pickstone, J.V.**, *Ways of Knowing: Towards a Historical Sociology of Science, Technology and Medicine*. *The British Journal for the History of Science*, 1993. **26(4)**: p. 433-458.

**Pinder, R.**, *Coherence and incoherence: doctors' and patients' perspectives on the diagnosis of Parkinson's Disease*. *Sociology of Health & Illness*, 1992. **14(1)**: p. 1-22.

**Poewe, W.** and H. Stockner, *M. Parkinson: Aktuelle Aspekte und Trends* *Clinicum neuropsychy*, 2006. **6**.

**Postuma, R.B.**, J.F. Gagnon, and J. Montplaisir, *Clinical prediction of Parkinson's disease: planning for the age of neuroprotection*. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2010.

**Rodegast, N.**, *Wettbewerb im Gesundheitswesen. Patientenorientierung als Schlüssel zu möglichen Wettbewerbsvorteilen für Krankenhäuser*. 2010, Diplomica: Hamburg.

**Rose, N.**, *The politics of life itself*. *Theory, Culture and Society*, 2001. **18(6)**: p. 1-30.

**Ruoff, M.**, *Foucault-Lexikon*. 2007, Wilhelm Fink: Paderborn.

**Schmitz, Sigrid** (2010): Sex, gender and the brain - biological determinism vs socio-cultural konstruktivism, In: Klinge, Ineke and Wiesemann, Claudia (Hg): Sex and gender in Biomedicine. Theories, Methodologies, Results, Universitätsverlag Göttingen, O.u.

**Sismondo, S.**, *Science and Technology Studies and an Engaged Program*, in *The Handbook of Science and Technology Studies*, E.J. Hackett, et al., Editors. 2008, MIT Press: Cambridge. p. 13-31.

**Stern, G.**, *Did Parkinsonism occur before 1817?* *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1989. **52**.

**Stern, M.B.**, *The preclinical detection of Parkinson's disease: Ready for prime time?* *Annals of Neurology*, 2004. **56(2)**: p. 169-171.,

**Thümler, R.**, *Parkinson-Krankheit: Ein Leitfaden für Betroffene und Therapeuten*.



1999, Springer: Berlin.

**Turner, S.**, *The Social Study of Science before Kuhn*, in *The Handbook of Science and Technology Studies*, E.J. Hackett, et al., Editors. 2008, MIT Press: Cambridge. p. 33-62.

**von Campenhausen, S.**, et al., *Krankheitskosten und Versorgungssituation bei Morbus Parkinson – eine Analyse in Österreich*. Wiener klinische Wochenschrift, 2009. **121**: p. 574-582.

**Winnacker, E.-L.**, *Das Gen und das Ganze*, in *Die Zeit*. 1997: Hamburg.

**World Health Organization**, *Neurology Atlas, brief review of selected topics*. 2004.

### **Internetquellen:**

**Merz Pharma Austria GmbH**, *Diagnose des Morbus Parkinson: Tests*, 2012, [www.merz-pharma-austria.at/gesundheits/parkinson/diagnose/tests/](http://www.merz-pharma-austria.at/gesundheits/parkinson/diagnose/tests/), Stand: 2005, download am 5.1.2012

**UPDRS**, Unified Parkinson's Disease Rating Scale, 2006, <http://www.braegelmann.de/cgi-bin/bernd/updrs/updrs.pl>, Stand: 2006, download am 5.1.2012

## 7. Anhang

### 7. 1. Abstract

Am Beispiel der Parkinson-Diagnose geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, welche Machteffekte durch die Reproduktion eines spezifischen medizinischen Wissens entstehen und wie sie wirken. Mit einer konstruktivistischen Perspektive wird gezeigt, wie vermachtete Wissensordnungen in der Medizin mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Verbindung stehen. Eine qualitative Analyse von sechs Interviews mit Ärzten und von 12 ausgewählten Fachartikeln wurde durchgeführt, um die 'Politik der Diagnose' zu veranschaulichen.

Die Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass die Parkinson-Diagnose an der Krankheitsdefinition, der Ordnung und Klassifizierung von Menschen und ihren Beschwerden, der Selbstwahrnehmung und Lebensweise von 'Patienten' und der Institutionalisierung eines medizinischen Systems beteiligt ist. Sie zeigt auch auf, dass gesellschaftliche Alltagsbilder, Gesundheitskonzeptionen, Technologien, Institutionen und soziale Werte das medizinische Wissen der Diagnose wechselwirkend strukturieren und damit verknüpfte Machtverhältnisse transformieren.

Using the example of the diagnosis of Parkinson's Disease, this text explores the question of power effects, that reproduce through the use of a specific medical knowledge. Following a constructivist approach, the text shows how powerful knowledge formations in medicine relate to social frameworks. A qualitative analysis of interviews with six practitioners and neurologists and of 12 scientific articles was carried out in order to show the 'politics of the diagnosis'.

The text concludes that the diagnosis of Parkinson's Disease is involved in the definition of a disease, the classification of people and their complaints, the self-awareness and life experience of 'patients' and the institutionalisation of medicine. It also shows that shared images of every day's life, conceptions of health and disease, technologies and institutions structure in turn the medical knowledge in the diagnosis and transform linked power relations.

## 7.2. Lebenslauf

### Doris Bichlwagner

Doris Bichlwagner wurde 1986 in Steyr (Österreich) geboren. Sie studiert seit 2006 Politikwissenschaften an der Universität Wien und strebt ihren Magistergrad durch ihre Arbeit über die Politik der Diagnose am Beispiel von Parkinson an.

Seit August 2010 arbeitet sie als studentische Mitarbeiterin am Institut für Politikwissenschaften (Universität Wien) an einem Projekt der Life-Science Governance-Plattform unter der Leitung von Dr. Gottweis. Ihre Forschungsinteressen liegen in Macht-Wissen-Beziehungen in den Neurowissenschaften und in der Regulierung und Verwaltung von Bevölkerungen durch medizinische Diskurse und Praktiken.

Doris Bichlwagner was born 1986 in Steyr (Austria). Since 2006 she studied political science at the University of Vienna and is trying to gain the degree of a Mag. Phil through her diploma thesis about the politics of diagnosis using the example of Parkinson's disease.

Since August 2010 she is also a researcher at the insititute of Political Science (University of Vienna), where she works at the Life-Science Governance- Platform under the direction of Dr. Gottweis. Her main research interests are power-knowledge-relationships in the neurosciences and the governance of populations through medical discourses and practices.

### 7.3. Gesprächsleitfaden der Interviews

#### **Block 1: Parkinson-Diagnose allgemein**

*Einführung:* Zuerst würden mich Ihre Erfahrungen mit Parkinson-Diagnosen interessieren.

##### **1a. O Bei welchen Symptomen denken Sie an Parkinson?**

- Gibt es noch andere Symptome, bei denen Sie an Parkinson denken?
- Fallen Ihnen zusätzlich andere Symptome ein?

##### **1b. O Gibt es neben Symptomen noch andere Hinweise, durch die Sie auf Parkinson schließen?**

- Sind zum Beispiel Angehörige mit Parkinson für Sie ein Hinweis auf eine mögliche Parkinson-Erkrankung bei Ihren Patienten?
- Ein anderer Arzt hat mir erzählt, dass auch eine Riechstörung ein früher Hinweis aus Parkinson sein kann, haben Sie das schon erlebt?

##### **2a. O Wie machen Sie eine Parkinson-Diagnose?**

- Gibt es Tests, die Sie machen?
- Was genau machen Sie dabei?
- Verwenden Sie Fragebögen?
- Welche technischen Geräte helfen Ihnen bei der PD-Diagnose?

##### **3a O Kommen Patienten aufgrund einer Überweisung zu Ihnen?**

- Kommt es auch vor, dass Patienten aus eigenem Anlass direkt zu Ihnen kommen?

**3b O Wie ist da Ihr Eindruck: Wie viel wissen die betroffenen Patienten über Parkinson?**

**4 O Gibt es Fälle, in denen die Diagnose von Parkinson nicht eindeutig ist?**

- Was machen Sie in solchen Fällen?

**(5 O Beginnend bei den ersten Hinweisen auf eine Parkinson-Erkrankung, wie lange dauert es, bis die Parkinson-Diagnose gestellt ist?)**

**6 O Angenommen, Sie hätten mich mit Parkinson diagnostiziert. Wie erklären Sie mir als Patientin, was Parkinson ist?**

– Ich würde wissen wollen: Was erwartet mich in Zukunft? Womit muss ich rechnen?

**7 O Ist es wichtig, Parkinson möglichst früh zu diagnostizieren?**

- Können Sie mir das genauer erklären?
- Wie kommen Sie zu dieser Meinung?

## **Block 2: Frühdiagnose von Parkinson**

Im zweiten Teil möchte ich mit Ihnen über die frühe Diagnose von Parkinson sprechen.

**8a O Ab welchem Zeitpunkt ist für Sie eine Parkinson-Erkrankung vorhanden?**

- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit Sie von Parkinson sprechen?
- Beginnt Parkinson dann, wenn sie Symptome sehen, oder schon früher?

**8b O Wie sehen Sie das: Kann jemand Parkinson haben, ohne krank zu sein?**

- Was bedeutet Krankheit im Zusammenhang mit Parkinson für Sie?

**9 O Haben Sie Schwierigkeiten in der derzeitigen Parkinson-Diagnose erlebt?**

- Können Sie mir das genauer erklären?
- Wie unterscheiden Sie Krankheiten, die ähnlich sind, von Parkinson?

*Vorbereitung:* Man versucht zur Zeit, mit Hilfe messbarer Indikatoren im Körper eine Parkinson-Diagnose vor dem Auftreten der motorischen Symptome zu ermöglichen.

**10 O Haben Sie mit dieser Art der Frühdiagnose Erfahrungen gemacht?**

*Erklärung:* Für Parkinson sucht man zum Beispiel nach solchen frühen Zeichen im Blut. Man will damit eine Parkinson-Diagnose stellen, bevor die Kardinalssymptome überhaupt auftauchen.

- Angenommen, sie könnten einen derartigen Bluttest tatsächlich in Ihrer Praxis durchführen. Halten Sie eine solche Frühdiagnose für sinnvoll?

- Warum/warum nicht?

**11a O Können Sie mir (noch einmal/genauer) erklären, was Ihrer Meinung nach Vorteile und Nachteile einer solchen Frühdiagnose im Vergleich zur derzeitigen Diagnose sind?**

**12a O Sie haben ja viel Erfahrung mit Parkinson- Patienten. Wie ist da ihr Eindruck: Wollen Menschen wissen, ob sie Parkinson haben oder nicht?**

- Wenn Sie sich nochmal vorstellen, es gäbe bereits einen Frühtest für Parkinson zu einem asymptomatischen Zeitpunkt. Denken Sie, dass Menschen OHNE Beschwerden bereit sind, sich testen zu lassen?

**(12b O Denken Sie an Ihren Praxisalltag: Können die Patienten selbst etwas dazu beitragen, damit Parkinson früher diagnostiziert wird?)**

- Können Sie das näher ausführen?
- Wäre es Ihrer Meinung nach wichtig, dass die Patienten einen Beitrag zur Früherkennung von Parkinson leisten?

