

4 Der Patient als individuelles Subjekt: Der Patient der ›Moderne‹

Die Subjektkonzeption und -konstitution des Patienten ist ein komplexer Vorgang, der nicht in medizinischen Praktiken selbst, sondern vornehmlich in sozialwissenschaftlichen Theoretisierungen und geschichtswissenschaftlichen Pointierungen zu suchen ist. Bevor die medizinsoziologischen Schriften Talcott Parsons' und die Ideen und Anliegen der Patientengeschichtsschreibung zur Ausarbeitung dieser These herangezogen werden, geht es darum, der modernen Subjektkonzeption des Patienten näher auf die Spur zu kommen. Diese Befragung der Subjektkonzeption setzt jedoch nicht direkt an der Patientin, ob als materielle Person oder als Diskursobjekt selbst an, sondern muss sich mit den allgemeineren, historisch-epistemologischen Strukturen der modernen Medizin, in der sie als Individuum Kontur annimmt, beschäftigen. Es soll vor dem Hintergrund dieser genealogischen Herkünfte und Entstehungen moderner Medizin und moderner Patient*innen argumentiert werden, dass, bevor sie überhaupt als kollektives Subjekt zu denken sind und sich in politischen Bewegungen selbst als solche denken, fundamental individuell sind. Nur von dieser Position aus gesehen ist es überhaupt sinnvoll, von einer Genealogie des kollektiven Patientensubjekts und von einem solchen Subjekt zu sprechen, das in seinen Selbstverständnissen auf konfliktreiche Weise Distanz zu ihren Herkünften suchen wird. Um die leitende Subjektkonzeption des modernen Patientensubjekts auszubuchstabieren, werden die Argumente Foucaults in *Die Geburt der Klinik* (GK) rekonstruiert und auf ihre Bedeutung für die Herausbildung des Patientseins seit dem 18. Jahrhundert zugespitzt. Die medizinsoziologischen Texte Talcott Parsons' zur Arzt-Patienten-Dyade werden im Anschluss daran als Diskursivierung der modernen individuellen Patientensubjektkonzeption vorgeschlagen und durch eine Subjektkonstitutionsanalyse neu gelesen. Der Patient wird nach diesen Lektüren als etwas zugleich Konstruiertes und Passiviertes genealogisiert sein – woran sich die Beobachtung einer Transformation hin zu einem spezifischen Emanzipierungsbegehren innerhalb eines geschichtswissenschaftlichen Diskurses anschließen wird. Die impliziten Konsequenzen und Spuren dieser Emanzipation werden in den darauffolgenden genealogischen Phasen weiterverfolgt werden.

4.1 Foucaults *Die Geburt der Klinik*: Das Subjektkonzept der Diagnostik und der Patient als Individuum

Die These, dass die Subjektkonzeption der Patientin vor allem als Individuum in der Medizin Form annimmt, scheint zunächst einmal trivial. Schließlich sei sie gleichsam schon immer als Individuum in der medizinischen Behandlung gegenwärtig gewesen, jedenfalls schon so lange, wie die Einheit des Körpers mit der Einheit der Person selbstverständlicher Teil des westlichen Denkens gewesen ist:

»Dass die ärztliche Behandlung einen individuellen Charakter tragen soll, sich an den Lebensumständen der Patienten zu orientieren hat und deren Mitarbeit und mentale Unterstützung verlangt, war über Jahrtausende ein Grundsatz der europäischen Medizin. Selbst die Gesundheit wurde von den meisten Ärzten, Philosophen und Theologen primär als individueller Zustand verstanden.« (Bergdolt 2011, S. 15)

Dies ist eine medizingeschichtliche Auffassung, die sachlich sicherlich nicht falsch ist und genug Schriften legen durch die Epochen hinweg Zeugnis davon ab, wie Arzt und Patient in einer Begegnung, einer Interaktion, in einem gemeinsamen Arbeitsprozess das Projekt der Genesung vorantreiben. Was sollte charakteristischer für die Kunst der Medizin sein als eben dieser Prozess zwischen zwei individuellen Menschen, einem, der heilen will und einem, der geheilt werden möchte, ein Prozess, der durch technische und medizinische Innovationen immer besser gelingt (vgl. Arney/Bergen 1984, S. 10)?

Es ist Michel Foucault, der mit seinem Buch *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (GK) genau an dieser Konstruktion Anstoß nimmt.

»In diesem Zugang zum Individuum sehen unsere Zeitgenossen die Eröffnung eines ›einzigartigen Gesprächs‹ und die bündigste Formulierung eines ärztlichen Humanismus, der so alt ist wie das Mitleid der Menschen. Die kopflosen Phänomenologien des Verstehens mischen zu dieser schlecht gefügten Idee auch noch den Sand ihrer Begriffswüste; das schwächlich erotisierte Vokabular der ›Begegnung‹ und des ›Paars Arzt – Patient‹ verzehrt sich in dem Bestreben, so vielem Nicht-Denken auch noch die matten Mächte einer Eheträumerei an die Seite zu stellen.« (GK, S. 12)

Foucault grenzt sich hier bereits, so, wie er es auch in *Die Ordnung der Dinge* (OD) für andere Bereiche tun wird (vgl. Abschn. 3.2.1; Dreyfus/Rabinow 1987, S. 20), erkenntnistheoretisch klar von hermeneutisch-phänomenologischen Deutungsweisen dieser vermeintlichen Keimzelle medizinischer Aktivität ab. Er kritisiert die Selbstverständlichkeit, mit der der individuelle Arzt und der individuelle Patient als Ausgangspunkte für das therapeutische Unternehmen gesetzt werden, als ob »zwei lebende Individuen in den ›Käfig‹ einer gemeinsamen aber nicht reziproken Situation gesperrt« (GK, S. 12) würden. Foucault interessiert sich in diesem Buch dann auch nicht weiter für dieses für so zentral gehaltene Gespann der medizinischen Praxis – in dem rund 210 Seiten langen Text der deutschen Übersetzung findet sich der Begriff des Patienten überhaupt nur 15 mal. Tatsächlich ist es herausfordernd, aus *Die Geburt der Klinik* (GK) die ›Eigentlichkeit der Patientin‹ herausarbeiten zu wollen, denn die Patientin erscheint noch viel

weniger als der Arzt¹ als konkrete Singularität der Untersuchung. Was *Die Geburt der Klinik* (GK) jedoch liefert, ist eine ›Umordnungshistorie‹ des medizinischen Wissens, das sich nicht etwa durch den Fortschritt der Wissenschaft oder einer sich ändernden ärztlichen Erfahrung oder Mentalität erklärt (AW, S. 81), sondern durch die epistemologische und diskursive Reorganisation von Krankheit in einem sehr kurzen Zeitraum von nicht einmal fünfzig Jahren. Diese Reorganisation von Krankheit, die in der Entwicklung des klinischen Denkens und Praktizierens der sogenannten Pariser Schule um 1800 aufzufinden ist (vgl. auch Eckart 2013, S. 175; Dhom 2001, S. 7), ist zwar auch im Rahmen gewisser Entwicklungskonvergenzen der politischen Ideologien und medizinischen Technologien in diesem ›Zeit-Raum‹ zu lesen (Sheridan 1980, S. 39). Die Reorganisation der Krankheit ist jedoch nicht als Ursache oder Effekt, sondern – ganz getreu der genealogischen Methode² – als Bedingung der Möglichkeit, den Patienten erfassen und produzieren zu können zu sehen. Diese Möglichkeiten der Transformation des medizinischen Wissens und der Reorganisation von Krankheit ergeben sich nach Foucault tatsächlich im Spiel zwischen den Formen von Sichtbarkeit und Sagbarkeit, zwischen den Weisen des ärztlichen Blickens und der Diskursivität der medizinischen Wissenschaft. Sehen und Sagen sind in Formationssystemen eingefasst und werden von Foucault deshalb auch nicht als Kausalitäten präsentiert (vgl. Starobinski, S. 1976, S. 21; Mainetti 1977, S. 79), was die Lektüre von *Die Geburt der Klinik* (GK) durchaus erschwert. Ebenfalls sind Sehen und Sagen, Sichtbarkeiten und Sagbarkeiten nicht völlig unabhängig von historischen Entwicklungen des Krankenhauses, der Geschichte der Französischen Revolution oder der Geschichte des ärztlichen Berufsstandes – genau deswegen werden diese institutionellen Bedingungen und gesellschaftlichen Umwälzungen auch immer wieder mitthematisiert. Ohne das Buch also als eine sozialgeschichtliche Studie

-
- 1 In *Archäologie des Wissens* bemerkt Foucault in einer Fußnote, gar der Begriff des ärztlichen Blicks sei unglücklich, da allzu subjektorientiert gewählt gewesen (AW, S. 82).
 - 2 Tatsächlich ist *Die Geburt der Klinik* (GK) einer der ersten Schritte Foucaults, »in dem so verworrenen, so wenig und so schlecht strukturierten Bereich der Ideengeschichte zu einer Methode zu gelangen« (GK, S. 206). Diese Methode wird im Text nicht explizit genannt, sondern findet sich im Untertitel des Buches: *Die Geburt der Klinik* ist eine *Archäologie des ärztlichen Blicks*. Allerdings wird in *Die Geburt der Klinik* dem Diskurs noch kein so klarer Vorrang gegeben, wie er ihn in dem archäologiemethodischen Buch *Die Archäologie des Wissens* (AW) erhalten hat. Alternativ hätte die Methode auch ›Chirurgie‹ oder ›Pathologie‹ benannt werden können, insofern der Gegenstand der Beschreibung in seiner Struktur dem wissenschaftlichen Vorgehen in *Die Geburt der Klinik* (GK) entspricht: »Mit meinem Schreiben durchlaufe ich den Körper der anderen, ich schneide ihn auf, ich hebe die Häute und Schichten ab, ich versuche die Organe bloßzulegen und indem ich die Organe freilege, versuche ich schließlich, den Herd der Verletzung, den Herd des Übels, dieses Etwas, das ihr Leben und ihr Denken ausgezeichnet hat und das in seiner [des Todes, HC] Negativität letztlich alles organisiert hat, was sie gewesen sind, zum Vorschein zu bringen. Dieses giftige Herz der Dinge und der Menschen – im Grunde war es genau das, was ich immer offenzulegen versucht habe.« (GHD, S. 41) Die Beschreibung der sukzessiven Verschiebungen von Wahrnehmungsformen, des Ineinandergreifens von Wissen, Blicken und Lehren als Herkünfte und Entstehungsbedingungen medizinischer Praxis und Gelehrsamkeit, die Betonung des Bruches hin zum modernen medizinischen Denken und der wissenschaftsgeschichtlich-kritische Stil, den Foucault immer wieder anwendet, um die alten medizinhistorischen Mythen auf den Prüfstand zu stellen, lassen letztlich jedoch auch Anlagen des genealogischen Arbeitens erahnen.

zu lesen (vgl. dazu die berechtigte Kritik von Osborne 1992, S. 8), müssen diese Bedingungen als Mitbedingungen des Sehens und Sagens mitreflektiert werden.

Worauf es allerdings in *Die Geburt der Klinik* (GK), aber vor allem für dieses Kapitel im Rahmen der Genealogie der Patientin ankommt, ist, folgende Argumentation nachzuverfolgen: In der Medizin liegt nicht etwa das Individuum als unausgesprochene Wahrheit und Konsequenz *a priori* vor, sondern es ist die Geburt der medizinisch-klinischen Wissenschaft, in der sich die Geburt des Individuums erst mitvollzieht. Die Geburt des Individuums *in* der modernen, klinischen Medizin ist in der Konsequenz sogar noch viel mehr: Es ist eine Geburt des Individuums *durch* die moderne Medizin (vgl. soweit auch Armstrong 1997, S. 22). Die Patientin und ihre Auffassung sind also nicht durch tausendjährige medizinische Praxis begründet worden – das Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem zwei Individuen aufeinandertreffen, wäre in diesem Sinne nur Rückprojektion auf diese eingeübte Praxis. Der Patient, so wie er heute gedacht ist, ist vielmehr deswegen Individuum, *weil es vor ihm kein Individuum gab und erst durch ihn das Individuum konstituiert wird*. Die Geburt des Individuums geht mit der Geburt des modernen Patienten einher, sie sind so eng miteinander verbunden, dass es in unsere *episteme* schwierig ist, Patientsein und Individuum überhaupt unabhängig voneinander zu denken: Der Patient ist Individuum, weil das Individuum als Patient geboren wird – *der moderne Patient verkörpert schließlich das Individuelle schlechthin*. Individuelles kann schließlich der Diagnostik unterzogen und therapiert werden. Und in dieser Hinsicht richten soziologische und geschichtliche Diskurse das Patientensubjekt dann auch konzeptionell ein und staffieren es als Subjekt mit bestimmten Eigenschaften, die in der diagnostisch-therapeutischen Konstellation der Arzt-Patientendyade zum Vorschein kommen, aus. Andere Formen, beispielsweise kollektives Patientsein, ist in dieser Ordnung nicht so einfach vorgegeben und können entsprechend auch nur durch den Fokus auf bestimmte, mühsame Verrückungen der Subjektkonstitution nachvollziehbar werden.

4.1.1 Sicht- und Sagbarkeiten, Krankheitskonzeptionen und das Spital: Von der klassischen Lehre zur Geburt der modernen (klinischen) Medizin

Um diese These vom ›Individuumspatienten und Patientenindividuum‹ nachzuvollziehen, lohnt es sich, die Schichten der klinischen Medizin, wie Foucault sie freilegt, noch einmal zu beschauen und ihren Bruch mit den ›vormodernen‹ Zugängen zur Krankheit des Menschen zu rekonstruieren: Den Weg, den die klinische Medizin zurücklegen muss, um das Individuum und den individuellen Patienten schließlich zu gebären, beginnt mit einer besonderen medizinischen Konfiguration des klassischen Zeitalters. Das klassische Zeitalter der medizinischen Wissenschaft, das nur kurz vor der Erfindung der modernen, klinisch-anatomisch-pathologischen Methode beendet wird, hat nicht in erster Linie andere medizinische Techniken zur Verfügung, sondern unterliegt gänzlich anderen Regeln der Wissensgenerierung, einem gänzlich anderen Raumdenken, gänzlich anderen Beziehungen zwischen dem Sehen und Sagen als die moderne Medizin. Die klassische Medizin, also die Medizin des 18. Jahrhunderts (GK, S. 21), ist eine grundsätzlich klassifizierende Medizin. Gemäß ihrer nosologischen Lehre sind Krankheiten wesentlich durch ihre eigene Art bestimmt: Es gibt Krankheitsfamilien, Krankheitsgattungen und Krankheitsarten (GK, S. 20). Um eine bessere Übersicht über

die vielverzweigte, nahezu botanisch verwachsene Ansammlung im Garten der Krankheiten zu erhalten (GK, S. 48), steht dem klassischen medizinischen Wissen die Methode des nosologischen Tableaus zur Verfügung. Auf diesem Tableau können Krankheiten eingeordnet und mithilfe von Ähnlichkeiten und Verwandtschaftsgraden zueinander näher bestimmt werden. Nach William Cullen, so Foucault, ist beispielsweise in der Abteilung ›Ergüsse‹ der Katarrh so wie auch die Ruhr abgelegt. Der Katarrh sei für die Kehle das, was die Ruhr für den Darm sei (GK, S. 21). Diese Auffassung entbehrt nicht jeder Logik, denn es ist einzusehen, dass bei einer Erkältung wie auch bei einer Durchfallerkrankung die Körperausscheidungen als das (unangenehme) charakteristische Merkmal auszumachen sind. Für das klassische Denken sind diese Krankheiten deshalb gleichen Typs. Mehrere Schemata und Konfigurationen spielen für diese Krankheitserfassung allerdings keine Rolle: man denkt nicht in Wirkung und Ursache und man denkt nicht in chronologischen Kategorien wie Krankheitsverläufen (GK, S. 22). Krankheiten sind homolog zueinander oder eben nicht und bestimmen sich einzig und allein über ihre je einmalige Qualität (GK, S. 29). Vor allem aber ist das Krankheitstableau nahezu unabhängig vom menschlichen Körper erstellt – die Krankheit hat ihre Realität grundsätzlich außerhalb des Körpers. François Boissier de Sauvage, einer der wichtigsten Vertreter der französischen Nosologie, hat nämlich eine bestimmte Idee von Krankheiten und der Arbeit, die er verfolgt: Er will der Carl von Linné der Krankheiten werden. So, wie Linné den Tieren und den Pflanzen ihre eigene Ordnung gibt, so versteht de Sauvage die Krankheiten (GK, S. 103): Als Wesen, die ihre eigene Essenz, eigene Existenz mit sich tragen (GK, S. 23, 25), treten sie am Körper auf, sie ›befallen‹ den Körper regelrecht. Der Körper, so Foucault, folgt wie das Tableau einem bestimmten Raumschema – so, wie das Tableau eine Tabelle, eine Landkarte für Krankheiten ist, so ist der Körper die Fläche, auf der die Krankheit aufsitzt. Es ist nun die Aufgabe des Arztes, die Krankheit, die er am Tableau und mit seiner klassifizierenden Charakterisierung studiert hat, am Körper wiederzuerkennen. Mit diesem vorab ausgerüsteten Auge (ebd.) liest der Arzt die Krankheit vom Körper ab: Dies ist durchaus eine Herausforderung für ihn, denn er muss vom Platz der Krankheit auf dem Tableau (Foucault nennt dies die primäre Verräumlichung der Krankheit, vgl. GK, S. 32) auf den Sitz der Krankheit am bzw. im Körper des Kranken schließen (die sekundäre Verräumlichung der Krankheit, vgl. GK, S. 26). Der Arzt interessiert sich allerdings nicht für den Sitz der Krankheit, indem er sich den Ort, wo er die Krankheit wirkend vermutet, näher besieht, denn es ist lediglich ein Ort, an dem sich die essenzielle Krankheit bei ihrer Durchwanderung durch den Körper im Moment sichtbar macht. Der Arzt will ja die Krankheit in ihrer wesenhaften Erscheinung wiederentdecken, sie als das entkleiden, was sie ist, um Sicherheit über ihren Typus zu haben (und entsprechend Heilversuche, die ganz an der Art der Krankheit ausgerichtet sind, auswählen). Der Arzt hat jedoch ein Problem: Nie tritt die Krankheit am Körper in ihrer Reinform auf. Das Problem ist, dass dort, wo die Krankheit aufscheint, der Patient ist. Der Patient (Foucault selbst und die deutsche Übersetzung nutzen nur das generische Maskulinum) bringt eigene Qualitäten mit: Er hat ein bestimmtes Alter, er hat einen bestimmten Lebenswandel gepflegt, er verfügt über ein ihm besonderes Temperament (GK, S. 24). Diese ganzen Eigenschaften des Patienten müssen, um der Wahrheit und der Essenz der Krankheit am Körper auf die Schliche zu kommen, wie aus einer Rechnung abgezogen werden. Es ist also nicht der

Patient, der die Krankheit ›hat‹, sondern das »Raster [der Krankheit, HG] überdeckt den wirklichen Kranken« (GK, S. 25). Der Patient ist das, was ausgeklammert werden muss, um therapieren zu können, um die zugleich natürliche und ideale Krankheit nicht mit falschen Therapeutika zu verwirren: »Paradoxerweise ist der Patient im Verhältnis zu seinem Leiden nur ein äußerliches Faktum.« (GK, S. 24), »ein negatives Element« (GK, S. 31). Es ist also nicht so, dass der Patient und sein Körper in dieser gelehrten Form der Medizin nicht stattfinden würden, keine Realität hätten, dass der Arzt den Patienten ignorieren würde und nur mit seinen Theorien und Ordnungen beschäftigt wäre – der Arzt sieht sich den Patienten durchaus an; aber nur deshalb, weil das kranke Individuum sich genau dort aufhält, wo das Resultat dieser multiplizierten Eigenschaften der Krankheit zutage tritt (GK, S. 31). Der Patient selbst ist (zumindest als positive, individuelle Erscheinung) nicht wesentlich mit der klassischen medizinischen Erfahrung verbunden, er ist etwas Nebensächliches mit nebensächlichen Eigenschaften, die trotzdem stören:

»Arzt und Kranker kommen sich näher – der Arzt durch einen immer lauernderen, drückenderen und durchdringenderen Blick, der Kranke durch die Gesamtheit unersetzlicher und stummer Qualitäten, die in ihm die schönen und geordneten Formen der Krankheit verraten, d.h. zugleich zeigen und verbergen. Zwischen den nosologischen Charakteren und den Zügen, die man schließlich auf dem Gesicht des Kranken abliest, haben die Qualitäten den Körper frei durchwandert. Der ärztliche Blick hat kaum einen Grund, sich bei diesem Körper aufzuhalten, jedenfalls nicht in seinen Tiefen und bei seinen Funktionen.« (GK, S. 32)

Die Nosologie ist eine Wissenschaft, die es mit idealen Zuständen, Qualitäten und Charakteristiken zu tun hat und die in einem Umfeld betrieben wird, in dem man in aller Ruhe forschen kann. Foucault macht allerdings deutlich, dass auch schon im klassischen Zeitalter medizinische Forschung nicht begriffen werden kann, ohne sich die gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Bedingungen zu vergegenwärtigen, in welchen sie strukturell und gesetzesmäßig situiert ist. Diese sind der Nosologie nämlich lästig, weil sie das natürliche Wesen der Krankheiten denaturieren (GK, S. 33). Entsprechend kann die klassische Medizin als Nosologie der Krankheitsarten für den Ort, an dem Krankheiten sich häufen, nur wenig Interesse aufbringen: dem Spital. Im Spital, für die Nosologen ein künstlicher Raum (GK, S. 33), können die Krankheiten nicht zur Geltung kommen. Hier kann man sie nicht erforschen, denn sie stören sich gegenseitig und werden durch das Leid und Elend, das dort herrscht und versucht wird einzudämmen, irritiert.

Das Spital ist vor der Französischen Revolution, also der Zeit, in der auch die Nosologie großen Einfluss auf das medizinische Denken ausgeübt hat, noch kein Krankenhaus des heutigen Typs, sondern es ist auch ein Haus der Armen, in dem man häufig letzte Fürsorge erhält, bevor man stirbt. Die Spitäler werden meist von Stiftungen finanziert, deren Kapital für die Versorgung der Armen verewigt worden ist. Medizin ist im Rahmen dieses Krankenhaussystems praktisch Hilfe für die armen Kranken (DE3/168, S. 21). Gleichzeitig ist man der Überzeugung, dass die Kranken besser in einem Raum versorgt und therapiert werden sollten, der als natürlich gilt: in der Familie. In diesem privaten Raum kann die Krankheit vom forschend-praktizierenden Arzt am

besten identifiziert werden, weil sie hier ihre natürliche Wesenhaftigkeit am besten zur Schau stellt (GK, S. 34, 36) – Spital und medizinische Forschung haben in dieser Ordnung noch kaum Berührungspunkte. Foucault zeichnet nun einen Diskurs der frühen Jahre der Französischen Revolution (1789-1792) nach, den er »[d]as freie Feld« nennt (GK, S. 54; vgl. Gutting 1989, S. 117). Der Diskurs des freien Feldes zielt auf drei Dinge: Erstens richtet sich die Kritik der Spitalsstrukturen auf seine gänzliche Abschaffung. Die Spitalsstrukturen sind aber ein notwendiges Übel, denn nicht alle Kranken können in der Familie versorgt werden, etwa weil es keine Angehörigen gibt oder diese nicht in der Lage sind zu pflegen (GK, S. 58). Die Behandlung und Versorgung dürfe also nicht mehr bei den karitativen Stiftungsspitalen liegen, denn hier steigert sich die Krankheit bis ins Unendliche, und gleichzeitig zirkuliert sie nicht notwendig zwischen den Kranken, sondern zwischen denen, die Hilfe benötigen. Die Ökonomik aber interessiert sich dafür, wie diejenigen, die in den Spitälern sind, (wieder) produktiv gemacht werden könnten – sie akzeptiert nicht mehr, dass Kranksein und Armsein nahezu identisch behandelt werden, denn Müßiggang und Arbeitslosigkeit sind nicht dasselbe wie Krankheit (DE3/168, S. 22f.). Fürsorge und medizinische Versorgung sollen klar getrennt werden, um das Elend und die Unproduktivität in den Griff zu bekommen. Eine Lösung wäre diese: Der Platz der freien Entfaltung der Krankheit und ihrer Bekämpfung ist also der in der Familie, aber wenn schon Medizin im Spital betrieben werden muss, weil man die Krankheit aufgrund der Elenden nicht ganz loswerden kann, dann sollen die Kranken entsprechend der Ordnungen, Gattungen und Arten sauber gruppiert werden, damit der Arzt auf die Wahrheit der Krankheit Zugriff bekommen kann (GK, S. 58). Auf diese Weise wird das Spital ein Ort der vielen Krankheiten und ist nicht mehr (nur) der Ort der Bekämpfung des (kranken) Elends. Der Diskurs des freien Feldes bewirkt zweitens, dass man für kurze Zeit die Ärztezünfte auflöst: Galten diese zwar als Garant gegen Scharlatanerie und für die Weitergabe erlernten und empirischen Wissens, müsse man entsprechend der Ideale der französischen Aufklärung doch danach streben, eine freie Wissenschaft der Medizin von freien Bürgerärzten betreiben zu lassen. Das dritte freie Feld wird vorbereitet, indem die alten Universitätsfakultäten geschlossen werden: Hier wird nur veraltetes Wissen weitergegeben und man betreibt träge Lehren – hier könne man jedenfalls nichts über die reinen Arten der Krankheiten herausfinden. Was man aber auch nicht tut, ist die Ausbildung der Ärzte neu zu regeln (GK, S. 67). In dieser Zeit der Französischen Revolution, dieser Zeit der Mythen und organisatorischen Umstöße, hat sich entsprechend noch keine Ordnung etabliert, in der der tägliche Umgang mit Kranken in den Abteilungen und ein geordneter Unterricht im Spital sich hätten treffen können. Für diese Phase war das Sichtbare der Krankheit nicht sagbar, nur in der Praxis der neuen Aufteilungen langsam zu entdecken und nicht lehrbar (ebd.).

In den Träumen der Französischen Revolution, deren Vorhaben des freien Feldes sich natürlich nicht erfüllen, verquicken sich Medizin und Politik ganz eindeutig miteinander – man will eine freie Politik und eine befreite Medizin. Es ist jedoch nicht das erste Mal, dass sich Medizin und Politik gesellschaftlich miteinander verflechten, dass man ein politisch-kollektives Bewusstsein im Zusammenhang mit der medizinischen Aufgabe entwickelt (GK, S. 45f.). Zu einer nationalen Angelegenheit waren Krankheiten bereits geworden, als man die Epidemien entdeckte: Die Epidemien greifen zu dieser

Zeit in den Krankenhäusern und in der französischen Gesellschaft derart um sich, dass eine Art Seuchenkontrollstelle errichtet wird. Die Königliche Gesellschaft für Medizin (Société royale de Médecine), gegründet 1776, beobachtet folglich den Verlauf der Epidemien (GK, S. 43), sie wird zu einer medizinischen Polizey, die über den Gesundheitszustand der Gesellschaft wacht, sie tritt mit den alten Fakultäten in Konkurrenz und zentralisiert das medizinische Bewusstsein wie ein Klerus der Heilkunst. Sie registriert die Vorkommnisse der Epidemien und versucht, Lösungen zu finden und zu erfinden. Das Schicksal des Einzelnen hängt mit dem kollektiven Schicksal des Régimes und der Nation (GK, S. 45) zusammen: Die Société *regiert* die Medizin und die Ärzteschaft, indem sie sich über die Epidemien auf dem Laufenden hält, die angewendeten Heilverfahren dokumentiert und Experimente organisiert (GK, S. 43). Interessant ist diese Intervention aus berufsständischer Sicht, weil sie eine Vereinheitlichung der Methoden praktizierender Ärzte steuert, und aus regierungswissenschaftlicher bzw. biopolitischer Sicht, weil sie die Seuchenkontrolle über die Regierung der Epidemien anstrebt. Für die Entwicklung der Klinik wird diese Form der medizinischen Regierung allerdings keine große Rolle spielen, und nicht nur deshalb, weil sie dann im Zuge der Französischen Revolution wieder ausgedient hat: Einerseits ist diese Einrichtung mit ihrer Registratur nicht so sehr mit der Beforschung der Krankheit an sich und der Heilung der Patienten befasst, sondern arbeitet mehr für der Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung (GK, S. 52). Man kann auch sagen: an dieser Stelle macht Foucault deutlich, dass die Biopolitik nicht über die Geburt des modernen klinisch-medizinischen Wissens erklärt werden kann und *vice versa*, sondern eher mit gesundheitspolitischen Institutionen wie den später aufkommenden Gesundheitsämtern zu tun hat (vgl. Hüntelmann 2006).³ Andererseits lässt die Entwicklung der Forschungskrankenhäuser noch bedeutend auf sich warten. Die Lehre von den Epidemien hat lediglich für die Strukturen der Medizin eine neue Komponente im Angebot: Krankheiten lassen sich eben nicht nur als Wesen und Essenzen bestimmen, sondern ihnen ist auch eine bestimmte Zeitlichkeit inhärent und sie erfordern ein Kohärenzdenken, denn Epidemien tauchen auf und verschwinden wieder (GK, S. 42). Das erste Mal leuchtet im medizinischen Denken das Element der Zeit auf, welches für das pathologische Modell, das in und mit der Klinik entwickelt und im Individuum als Krankheitsverlauf zum Vorschein kommen wird, eine bedeutende Rolle spielt.

-
- 3 Dort, wo man also im Zuge der *Geburt der Klinik* ein kollektives Subjekt ausmachen könnte, steht also historisch und systematisch eben *nicht* die Patientin. Die Bevölkerung, dieses historische und kollektive Gebilde, das medizinisch und gesundheitlich regiert werden muss, ist eben *nicht* mit einem vermeintlichen Kollektivsubjekt von Patienten zu verwechseln: Die Bevölkerung setzt sich nicht aus einem Kollektiv von Patienten zusammen und man kann eben auch nicht Biopolitik am Bett des Kranken praktizieren. Das bedeutet jedoch im Umkehrschluss ebenfalls nicht, dass es nicht sinnvoll wäre, die *sozialtheoretische* Bedeutung der Regierungspraxis als Verbindung vom Individuellen mit dem Kollektiven (vgl. Abschn. 3.2.1), wie sie sich durch die Interventionen der Société erstmals zeigt, für die Genealogie eines kollektiven Patientensubjekts herauszuheben: Wie in den folgenden Kapiteln zu zeigen sein wird, ist der Patient eben durch diese Verbindung, die erst hergestellt wird, irgendwann nicht mehr nur individuell, sondern auch als Kollektiv bzw. Masse zu denken, ist dann aber eben nicht regierungswissenschaftlich-gesundheitliches Objekt, sondern ein medizinisch-sozialtechnologisch-politisches Subjekt.

All diese Kontexte, Verschiebungen, politischen Probleme und institutionellen Kämpfe zwischen den medizinisch Wirkenden, den Politikern und Beamten zeugen nicht im direkten Sinne von der Reorganisation zwischen Sag- und Sichtbarkeit, die zu der Erfindung und Praktik der Klinik geführt hat. Auch ist der Status des Individuums in diesen Formationen eher schemenhaft zu erkennen: Das Individuum ist in der Armenmedizin ein Negativum und im gesundheitspolitischen Rahmen ein Teil gegenüber dem Kollektiven. Es ist sich aber noch nicht in seiner Irreduzibilität des medizinischen Denkens aufgeschienen und noch nicht Interventionsraum des medizinischen Praktizierens. Bis das Individuum einen zentralen Status in der Klinik erlangt und in der Klinik alle nötigen Elemente zu ihrer modernen Realisierung zusammenkommen, geht die Klinik als Einrichtung des Denkens, Sehens, Sagens und Handelns selbst durch einige Vorphasen. Foucaults Beschreibung dieser Proto-Klinik lässt dann auch begreifen, wie vielschichtig und komplex die Genese der Klinik ist. Weiter oben wurde bereits angedeutet, dass es mit dem Mythos des freien Feldes nicht weit her war; 1794 gründet man auf Initiative des Politikers und Chemikers François Comte de Fourcroy klinische Schulen (Écoles de santé), die an die Spitäler angeschlossen sind, um die Ärzte auszubilden, aber auch Krankheiten so gut als möglich zu studieren (Eckart 2013, S. 174). Man dokumentiert in der Kollektion des Spitals (GK, S. 124) Krankheiten als Einzelgeschichten, besieht jeden Fall und behandelt ihn, sofern die Möglichkeit dazu besteht – und doch hat das Individuum als Figur und Schema noch keine Bedeutung. Die Kranken bieten für die Ärzte vielmehr die Möglichkeit, gleichsam ein nosologisches Theater zu beobachten, man will hier als Arzt weder Neues noch etwas Spezielles entdecken, sondern eine ideale Erfahrung machen (GK, S. 74f.):

»Im Spital ist der Kranke Subjekt seiner Krankheit, d.h. es handelt sich um einen Fall; in der Klinik geht es nur um ein Beispiel: hier ist der Kranke ein Akzident seiner Krankheit, das vorübergehende Objekt, dessen sie sich bemächtigt hat.« (GK, S. 75)⁴

Das klinische Examen kommt dann auch eher dem Lesen eines Textes, der Entzifferung und der Benennung des Krankheitstextes gleich. In dieser Klinik hat man also unterdessen schon Ausbildungsvorgänge integriert – nach den Wirren der Revolution, in der die Ärzte kurzfristig entlassen worden waren, erfährt die Klinik hier ihre endgültige Aufwertung in der ärztlichen Ausbildung (Kögler 2004, S. 47). Die Ärzte zweiter Klasse nutzen das Spital, um neue Erfahrungen zu sammeln, sie praktizieren hier im Sinne eines kontrollierten Empirismus (GK, S. 97). Für die Gelehrten der Medizin, den Doktoren, wird der Gang in die Spitalsklinik nun zur obligatorischen Ausbildungserfahrung, denn die Arztschüler müssen nicht nur von den Theorien lernen, sondern sehen, berühren, praktizieren (GK, S. 92, 96). Die Doktoren, die ihre theoretische Ausbildung um eine klinische Erfahrung ergänzen, sammeln hier kontrolliertes Wissen (GK, S. 97; vgl. auch Völker 2014, S. 35). Hier befühlt und sieht und hört man zwar, das medizinische Wissen wird allerdings immer noch vor allem *gesagt* und noch nicht produziert.

4 Hier ist die deutsche Übersetzung missverständlich, denn Foucault nutzt im Französischen vor allem auf die literarische Analyse hindeutende Metaphern. Der Kranke im Spital hat nicht als Individuum eine Art Subjekthaftigkeit, sondern er ist »sujet« (NC, S. 59) – also ein konkreter Fall eines »Krankheitsthemas«, das vom Arzt gelesen werden soll.

Noch spielt das Sehen als Forschungspraxis keine große Rolle für die klinische Erfahrung, man ist noch zu sehr dem alten Stil medizinischer Wissensgenerierung verhaftet. Aber man hat immerhin eine praktische Lösung und Rechtfertigung für die aufkeimende medizinische Forschung am Menschen gefunden: Die Kranken kommen in die Spitäler, weil sie arm und dazu noch krank sind; um die Krankheiten in diesen Klinik-Spitälern besser beforschen zu können, zahlen die Reichen für die Behandlung und Beforschung der Armen – diese medizinische Forschung nützt wiederum den Reichen, die ja auch erkranken und schont außerdem die Ausgaben der Staatsökonomie für die Armen. Medizinische Forschung und medizinische Therapie gehen also im Sinne des Liberalismus, in dem sich jede Investition wie auf einem freien Markt auszahlen soll, eine enge Liaison ein (GK, S. 99ff.). Ergebnis ist aber, dass die Ärzte, die lernen und lehrenden Ärzte, die forschenden Ärzte, in einem Raum angekommen sind, in dem sich die Krankheiten zeigen und in denen sich die klinische Erfahrung nicht nur räumlich, sondern auch epistemologisch organisieren und entfalten kann.

Wie sieht nun die Logik der medizinischen Forschung in diesen Protokliniken aus? Kapitel 7, *Zeichen und Fälle*, sowie Kapitel 8, *Sehen, wissen* lassen die Rekonstruktion der institutionellen Möglichkeitsbedingungen für die Klinik (also ihren Anschluss ans Spital und ihre Stellung für die ärztliche Ausbildung) nun weitestgehend hinter sich und widmen sich ganz den komplizierten Verrückungen blickender und sagender Forschungspraxis – diese sind zentral für die Entstehung der Klinik (Schneider 2004, S. 54). Foucault macht also klar: Krankheiten im klinischen Sinne verstehen zu können ist eine Sichtbarmachungsaufgabe, die sich vor allem durch die unterschiedlichen Veräumlichungen von Krankheitskonzepten als Herausforderung gestaltet (Gehring 2004, S. 35f.). Dieser spezifische Blick der Sichtbarmachung hat außerhalb der klinischen Arbeit keinen Ort gehabt – es wäre also genauso falsch und geradezu mythisch, die Klinik als den geschichtlichen Endpunkt der Blickfähigkeit der Medizin zu markieren, denn der Blick hat auf *diese* Weise (nicht in jedweder Arzt-Patienten-Begegnung, in keiner Epoche der Medizin zuvor) und nur hier, am Wendepunkt vom 18. zum 19. Jahrhundert, seine spezifisch klinische Form angenommen (GK, S. 103). Die Umorganisation der Krankheitssichtbarkeit ist eine äußerst kleinschrittige, komplizierte Angelegenheit. In der Medizin der Arten sind Symptome Ausdruck der Natur der Krankheit. Sie können in ihrem Wesen nicht erfasst werden, die Symptome aber lassen die unsichtbare Krankheit durchscheinen – das bedeutet, dass sie im eigentlichen Sinne essenziell nicht zur Krankheit »dazugehören«. In der klinischen Perzeption nun ist dies anders:

»Die Herausbildung der klinischen Methode knüpft sich daran, daß im Feld der Zeichen und Symptome der Blick des Arztes auftaucht. Die Anerkennung seiner grundlegenden Rechte läßt jenen absoluten Unterschied verschwinden und führt zum Postulat, daß nunmehr der Signifikant (Zeichen und Symptom) völlig transparent für das Signifikat wird und daß dieses restlos in seiner Realität zur Erscheinung kommt, daß das Sein des Signifikats – das Herz der Krankheit – gänzlich in der intelligiblen Syntax des Signifikanten aufgeht.« (GK, S. 105)

Diese der Zeichentheorie entlehnten Parallelisierung will sagen, dass das Symptom nun nicht mehr auf die Wesenhaftigkeit der ansonsten unsichtbaren Krankheit hin schließen lässt, sondern die *Ansammlung der Symptome sind die Krankheit selbst* (GK, S. 106) und

der Blick des Arztes spielt bei dieser Identifizierung und Interpretation eine Schlüsselrolle. Gesehen-sein und Gesprochen-sein sind die einzigen Operationen, die die Krankheit definieren, dahinter existiert keine andere Wahrheit der Krankheit. Das Tableau hilft nicht mehr bei der Einordnung (GK, S. 108, 109), sondern allein der Blick kann den Zusammenhang der Symptome herstellen. Deswegen ist die klinische Methode auch erstmal eine unbededte Methode – man lehrt und entziffert nicht mehr am Tableau und am Krankenbett, sondern man schweigt und sieht genau hin. Weil man nicht mehr theoretisch doziert, ist das gemeinsame Blicken Kern der klinischen Ausbildung. Die klinische Erfahrung macht man in der Gruppe, sie hat eine fundamental kollektive Struktur (GK, S. 124) und man versucht, zu einer vollkommenen Beschreibung der Krankheit zu gelangen, den Blick und das Erblickte also bruchlos in Sprache zu übersetzen. Dies ist das neue Ideal, man überzieht also nicht mit Sprache die Weisen des Blickens und Hörens, sondern der prüfende Blick, das prüfende Horchen rekonstruiert die Vorgänge des erkrankten Körpers (GK, S. 135).

Was bedeutet dieses Primat der Sichtachse, die den Körper überzieht, nun für den Status des Individuums? Man kann sagen, dass man es vorerst noch weit weniger als zuvor mit einer kranken Person als einem Individuum zu tun hat – in der Medizin der Arten, die auch noch in der Proto-Klinik gelehrt wird, sieht man den Kranken immerhin wie auf einem Negativ eines Fotos, das eigentlich die Krankheit dokumentiert. Nun aber haben die Kliniker es ganz auf die Einzigartigkeit des Symptoms abgesehen, das bei allen von der Krankheit betroffenen Kranken reproduziert werden kann. Nicht der Kranke ist das Individuum, sondern das pathologische Faktum (GK, S. 111), und dieses individuelle pathologische Faktum spielt sich am Körper in einer gewissen Abfolge ab.

»Der Raum, in dem sich die Aufmerksamkeit des Arztes zu bewähren hat, hat seine Grenzen verloren und besteht aus isolierbaren Ereignissen, deren Zusammenhang serieller Natur ist. Die einfache Dialektik von pathologischer Art und krankem Individuum, von geschlossenem Raum und ungewisser Zeit hat sich aufgelöst. Die Medizin stellt sich nicht mehr die Aufgabe, das wesenhafte Wahre unter der sinnlich wahrnehmbaren Individualität zu erblicken, sondern die Ereignisse eines offenen Bereichs endlos zu verfolgen: das ist die Klinik.« (GK, S. 112)

»Das Fundament der medizinischen Gewißheit liegt nicht in der vollständig beobachteten Individualität, sondern in einer zur Gänze durchlaufenen Vielfalt individueller Fakten.« (GK, S. 116)

Diese Verschiebung weg vom Individuumsstatus, der an ein menschliches Subjekt gebunden ist, ist allerdings eine vorläufige – aber eine Schwelle, die in der Genealogie des klinischen Wissens und der Geburt des Individuums nicht zu umgehen war. Je mehr sie sich mit den Fakten, die sich den Klinikern durch ihre Blicke offenbaren, beschäftigen, desto klarer wird, dass auch der Blick ein anderer werden muss. Der prüfende Blick, der systematisch vorgeht, muss sich vom Vorgegebenen und dem Zwang der Sagbarkeit etwas lösen, um sich nun gewissermaßen ordnungslos überraschen zu lassen. Der Blick wird zu einem sofort erfassenden Blick, einem Erspähen. Dieses Erspähen hat eigentlich nichts mehr mit einem sprachlich-nominalistischen Entsprechungszwang gemein, sondern ist ein kontaktierender Blick, ein Blick, der durchschlägt (GK, S. 135f.). Dieses

sinnbildliche Durchschlagen des Blicks ist die Vorbereitung für das, was bisher immer noch an die Fläche gebunden war, zwar nicht mehr an die Fläche des Tableaus, sondern an die Hautoberfläche. Die Hautgrenze des Sehens muss nun beseitigt werden und das Sehen bekommt einen anderen Raum, die Tiefe (Gehring 2004, S. 36).

An dieser Stelle tritt nun eine der wichtigsten, konkret historischen Personen in *Die Geburt der Klinik* (GK) auf – Xavier Bichat. Bichat, ab 1799 Médecin à l'Hôtel Dieu (Dhom 2001, S. 8) in Paris, hat sich auf die Pathologie der Gewebe spezialisiert. Bichat ist Chirurg und Anatom. Praktisch bedeutet dies, dass der Arzt seine Gewebestudien an geöffneten Leichen vornimmt. Die Autopsie ist für Bichat einer der wichtigsten Methoden und durch die Autopsien kommt der klinische Blick zur vollen Entfaltung. Dieser Fakt ist wichtig, und dennoch nicht in einem solchen Sinne, wie man vielleicht vermuten könnte. Das Leichenöffnen ist eine sensible Angelegenheit, die im Diskurs der Medizingeschichte häufig als eine Notwendigkeit der Aufklärung gerechtfertigt wird: Man bringt die Wahrheit des inneren Körpers ins Licht und dies heiligt den Zweck der Zerstörung der körperlichen Integrität nach dem Tode. Foucault macht darauf aufmerksam, dass schon vor der Aufklärung regelmäßig Obduktionen vorgenommen wurden, Religion und Moral in diesem Sinne (wie noch in der Renaissance) kein Hindernis für die Medizin sind und man diese Weise der Wissensgenerierung sogar überhaupt nicht heimlich betreiben muss: Giovanni Battista Morgagni stellt diese Methode in seinem Traktat schon 1761 ausführlich dar (GK, S. 137ff.). Seine Dissektionen stehen aber nicht im Zusammenhang mit der klinischen Erfahrung. Die Kliniker sind um 1800 immer noch im Bemühen, eigentlich einen Beitrag zur Artenlogik der Krankheit leisten zu wollen, sie studieren die Oberfläche des erkrankten Menschen und versuchen die zeitliche Erfassung, Häufung und Klassifikation der Symptome, die die Krankheit ausmachen. Bichat nimmt nun zweierlei vor: Er hat eine andere Vorstellung vom Ursprung der Erkrankung als Morgagni, er vermutet sie in den inneren Geweben des Körpers und nicht in den Organen. Er befasst sich also thematisch mit den unterschiedlichen Gewebearten, die er ordnet, um ihre Pathologie, also ihre Veränderungen erfassen zu können (GK, S. 142). Vor allem aber transponiert er das klinische Denken der Oberfläche unter die Hautoberfläche in die inneren Flächen des Körpers (vgl. Gutting 1989, S. 128). Dieses Zusammenbringen der Methode der Obduktion, des Interesses für die Vorgänge im Inneren und des klinischen Denkens des pathologischen Faktums macht nun die endgültige Begründung des klinischen Denkens aus, das weitreichende Konsequenzen für die Epistemologie der medizinischen Forschung und dem Denken des medizinischen Individuums haben wird.

Der Blick Bichats ist also ein analysierender – er enthüllt die Organe und Organsysteme und gibt dem Körperraum durch die Konzentration auf die Körperinnenflächen einen immer noch größeren Raum (GK, S. 149). Er *zersetzt* den Organismus förmlich. Seine ganze Aufmerksamkeit gilt den Läsionen – kleinen Verletzungen und Veränderungen der Gewebestrukturen. Und anhand dieser Analyse der Läsionen, die nur durch Grabungen im Körper sichtbar werden können und dem Blick als Fixpunkte dienen, löst sich das Repräsentationsdenken der Klassik (vgl. OD; Abschn. 3.2.1) (das Symptom steht *für* etwas) endgültig auf. Hier findet eine wesentliche Transformation von einem klinischen Denken, das sich immer noch nicht ganz von der Artenmedizin und dem

Auslesen von Repräsentationen, von der Suche nach Zeichen der Häufigkeit, Dauer und Intensität hatte lösen können, statt:

»Der Blick bohrt sich nun in den Raum ein, den er zu durchlaufen hat. In der ersten klinischen Erfahrung war ein äußeres Subjekt am Werk, das entzifferte und buchstabierte und von da aus die Verwandtschaften ordnete und definierte. In der anatomisch-klinischen Erfahrung sieht das Auge des Arztes die Krankheit sich ausbreiten und aufschichten, indem es selber in den Körper eindringt, indem es sich zwischen seinen Massen vorarbeitet, indem es sie umgeht oder unterwandert, indem es in seine Tiefen hinabsteigt. Die Krankheit ist nicht mehr ein Bündel von Eigenschaften, die hier und dort an der Oberfläche des Körpers verstreut sind und untereinander durch statistisch beobachtbare Gleichzeitigkeiten und Sukzessionen verbunden sind. Sie ist vielmehr ein Ensemble von Formen und Deformierungen, von Figuren und Eigenschaften, von verschobenen, zerstörten und veränderten Elementen, die sich in einer Schritt für Schritt nachvollziehbaren Geographie aneinander ketten. Die Krankheit ist nicht mehr eine pathologische Art, die sich in den Körper einfügt, wo das möglich ist; *die Krankheit ist der krank gewordene Körper selber*« (GK, S. 150, Herv. HG).

Die Obduktion zum Zwecke des Studiums der Pathologie des Gewebes ist also diejenige Umorganisation, die die Krankheit mit dem menschlichen Körper selbst identifiziert. Dies ist eine fundamentale Entwicklung: Es scheint so, als habe sich die medizinische Wissenschaft endgültig vom kranken Menschen wegorientiert und sich gänzlich dem stummen Körper verschrieben (vgl. Gottweis et al. 2004, S. 37f.). Bichat ist zu diesem Zeitpunkt nicht etwa ein Arzt und Wissenschaftler, der dem Patienten am nächsten gekommen ist, der besser analysiert und tiefer geblickt hätte als alle anderen. Vielmehr konstituiert der anatomisch-klinische Blick, den Bichat auf den Leichnam geworfen hat, »neue Spielregeln« (GK, S. 151) des medizinischen Wissens. Die Beschäftigung mit den Läsionen führt, wie bereits erwähnt, zu einem gänzlichen Lokalisationsdenken in der Medizin – es wird nun endgültig nach dem Krankheitsherd, dem Ursprung und Sitz der Krankheit gefahndet. Durch den Vergleich von erkrankten Lebenden und erkrankten Toten und unterschiedlich erkrankten Toten kann Bichat auch Läsionen, die Ursache von Krankheiten sind und eventuell zum Tode geführt haben und Läsionen, die Effekte des Sterbens sind (vgl. auch Gutting 1989, S. 129), auseinanderhalten. Krankheit ist also, um es noch einmal zu betonen, nicht eine Ansammlung von Zeichen und Wesenhaftigkeiten, essenzialistisches Denken findet hier keinen Platz mehr, sondern Krankheit ist das, was man als im toten Körper tätig nachvollziehen kann. Damit verändert sich auch die Bedeutung des Todes für die klinische Medizin. Der Tod ist nicht mehr die absolute Grenze dessen, was das Leben ausmacht, sondern der Tod ist allgegenwärtig, weil im Körper eingelagert und im Leben selbst angelegt. Die Öffnung der Leiche ermöglicht zu sehen, dass, bis der natürliche Tod bei einem Menschen eingetreten ist, viele kleine Tode gestorben werden: Es ist die partielle, langsame Degeneration der Gewebe, die den Tod verursacht, somit ist der Tod selbst kein Absolutes, sondern langsame Dekomposition des Lebens (GK, S. 156ff.). Das Leben wird nun nicht mehr im vitalistischen Sinne als eigene Kraft verstanden, sondern als das, was dem im Leben angelegten Tod so lange widersteht, bis er (eventuell durch Krankheit) eintritt:

»Nicht weil der Mensch krank geworden ist, stirbt er, sondern weil er sterben kann, geschieht es dem Menschen, daß er krank wird. Unter der chronologischen Reihe Leben-Krankheit-Tod zeichnet sich eine andere ursprünglichere und tiefere Gestalt ab, welche das Leben und den Tod eint, um darüber hinaus die Zeichen der Krankheit freizusetzen.« (GK, S. 169)

Die systematische Einfügung des Todes in das klinische Denken hat zwei Konsequenzen: Erstens ermöglicht der Tod eines einzelnen Menschen, zu diesen Erkenntnissen zu kommen, er wird also selbst eine Technik des Wissenszugangs, zweitens ist er ein begriffliches Instrumentarium, insofern nach Spuren des Todes im einzelnen Körper gesucht wird. Diese neue anatomisch-pathologische klinische Methode mag sich zwar in ihrer Logik auf den toten Leichnam als Technik stützen und damit den Tod als Primat setzen, sie findet aber in diesem nicht ganz eine Entsprechung. Schließlich will man vom Tod für das Leben lernen. Also findet eine weitere Transponierung statt: Das Studium der inneren Flächen des Körpers muss wieder an die Oberfläche des Körpers, also an das noch lebende, kranke Forschungsobjekt, zurückgehoben werden (GK, S. 176). Man überwirft den lebenden Körper nun mit dem Raster der Tiefe der anatomischen Methode, man muss die Innerlichkeit des Körpers beforschen können, ohne ihn zu öffnen. Foucault weist hier der Erfindung des Stethoskops durch René Laënnec im Jahre 1816 große Bedeutung zu: Mit diesem kann man horchend in die Höhlungen des Körpers ›blicken‹. Eine äußerliche Berührung des Bruststücks mit der Haut ersetzt das Tasten nach Läsionen in den Körpermembranen. Hier wird ganz deutlich: Die klinische Methode, wie sie durch die anatomischen Prinzipien Bichats geformt wird, wird vom Tod her denkbar und operationalisierbar, sie ist jedoch nicht für den Tod reserviert, sondern dient auch als Prinzip der Erforschung des lebenden Körpers, um letztlich heilen zu können:

»Der klinische, untersuchende Blick fixiert und kristallisiert als ›Körper‹ das, was er sieht. Der Blick des Arztes ist immer wie ein Sezieren, ein Umgehen mit dem Kranken, wie es bisher nur mit dem Toten denkbar war.« (Duden 1987, S. 15)

4.1.2 Die diagnostische Medizin und das Problem des Therapieangebots

Foucault konzentriert sich in seiner Analyse der Klinik vor allem auf das Arrangement von Sag- und Sichtbarkeit der Krankheit, auf die Funktion des ärztlichen Blicks für dieses Arrangement sowie auf die räumlich-technologischen Bedingungen für die Weiterentwicklung medizinischen Wissens, nämlich der Entstehung des modernen Forschungskrankenhauses. Gerade an den Motiven und Methoden Bichats und Laënnecs wird deutlich, dass die klinische Wissenschaft einen spezifischen Charakter annimmt, der sich als prägend für die moderne Medizin erweisen wird. Die Klinik im Sinne der klinischen Wissenschaft, wie sie sich unter anderem in der Pariser Schule selbst entwirft, steht für die Fortführung der klassifikatorischen Bemühung der Medizin und für die diagnostische Logik der praktischen und forschenden Medizin (vgl. Hannaway/La Berge 1998, S. 4; Jutel 2009, S. 280; Stein 2012, S. 142ff.). Das Problem der Diagnose, das sich in der klinischen Medizin als Aufgabe ergibt, dass man nämlich vom Leiden der Patientin zu einem möglichst konkreten Krankheitsbild gelangen muss, kann zunächst

an der modernen ärztlichen Praxis dargestellt werden und hat bestimmte Folgewirkungen:

»Aus der Problematik der Diagnosestellung ergibt sich auch die Schwierigkeit der Therapie. Überall dort, wo wir Zustände haben, denen eine klare Definition zugrunde liegt, ist auch eine mehr oder weniger kausale Therapie möglich. Dies gilt z.B. für die Behandlung einer Herzinsuffizienz mit Digitalis und Diuretika, für ein Erysipel mit Penicillin oder eine Hypothyreose mit Schilddrüsenhormonen. In Klinik und Praxis liegen aber häufig Zustände vor, die wohl eine gewisse Einordnung ermöglichen, jedoch eine Therapie zu einem Zeitpunkt erfordern, da die genaue Ursache der Erkrankung nicht oder noch nicht bekannt ist. [...] Andere Zustände, die aufgrund einer typischen Symptomatologie eine gewisse Einordnung vermuten lassen, bei denen jedoch beweisbare Kriterien fehlen [...], können retrospektiv aufgrund des Ansprechens auf die Therapie eindeutiger definiert werden. Hier liegt die Situation vor, die wir als Diagnose *ex iuvantibus* bezeichnen.« (Siegenthaler/Streuli 1978, S. 255)

Aus einem genauen Diagnosevorgang ergibt sich also noch lange nicht eine genaue Handlungsanleitung für die Ärztin, was den Therapieversuch angeht, der z. B. einen Heilerfolg erzielen kann. Aus der Perspektive der forschenden, klinischen Medizin kann die Beziehung Diagnostik – Therapie/Heilung auf eine etwas andere Art und Weise als problematisch aufgefasst werden: Zwar versucht man, auf Grundlage diagnostisch gewonnenen Wissens letztlich Therapien für die erforschten Krankheiten zu entwickeln und/oder anzuwenden – die Behandlung der Patientin steht jedoch nicht primär im Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses bzw. ist so lange kaum erfolgsversprechend, bis die Krankheit nicht erschöpfend erforscht (also wissenschaftlich verstanden und benannt) worden ist.⁵ Mit der Geburt der Klinik setzt sich dadurch ein gewisses Missverhältnis zwischen dem Wissen über Krankheiten und dem generellen Therapieangebot in Gang. Roy Porter stellt fest, dass insbesondere bei chronischen und degenerativen Krankheiten wie Herz- und Gefäßkrankheiten und Krebs die Patientengesundheit oftmals wiederhergestellt werden kann, dass aber die Krankheitsursachen häufig immer noch im Dunkeln lägen. Dazu stoße man, trotz der vielfältigen Ansätze der Präventivmedizin, immer wieder an die Grenzen des Wissens, was Vermeidung und Behandlung von Krankheiten beträfe (Porter 2007, S. 596). Mit der Geburt der Klinik, der Fortentwicklung medizinischer Technologie und Grundlagenforschung tut sich also ein der modernen Medizin inhärentes Problem auf: Das pathologisch-diagnostische Wissen, das dem klinischen Forschungsvorgang entspringt, erlangt für den Patienten erst dann praktischen⁶ Nutzen, wenn dieses Wissen seine Therapie oder Heilung herbeiführen kann – dort, wo keine Heilung oder zumindest Behandlung erfolgt, sieht sich die Erwartung aus Sicht der Patienten in die (forschende) Medizin enttäuscht (vgl. Stein

5 Falsch gewählte Therapien oder zu intensive Diagnostik können Schaden unterschiedlichster Art am Patienten verursachen (Singh et al. 2018).

6 Eine Diagnosestellung ohne Therapie- oder Heilungsmöglichkeit kann immerhin psychologisch für den Patienten Entlastung schaffen: »A diagnosis may give people a language that can help frame, objectify and externalize the problem so that the sufferer can regain some sense of personal agency and become able to cope with the difficulties [der Krankheit, HG].« (Brinkmann 2016, S. 52)

2012, S. 143f). Es gilt, genau diese Problemkonstellation im Auge zu behalten, denn sie wird sich im Zeitalter der biomedizinischen Forschung, die sich als Labormedizin von der Krankenhausmedizin fortentwickelte (vgl. Ackerknecht 1979, S. 128), insbesondere im Rahmen der genetischen Forschung und ihrer (prognostischen) Diagnostik (Lemke/Kollek 2008; Armstrong 2019), verschärfen. Dieses Missverhältnis, dass man zuweilen in der Lage ist, zu diagnostizieren, aber nicht im gleichen Maße die phänotypische Manifestation oder den Krankheitsverlauf vorhersagen und darüber hinaus keine Heilung oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten anbieten kann, wird sich als ein entscheidendes Problem für bestimmte Patientenschaften und deren durch die Biomedizin geweckten Hoffnungen herausstellen, weshalb sie in bestimmten Formen der Politik des Lebens und innerhalb bestimmter politischer Organisationskontexte aktiv werden.

Der letzte Argumentationsschritt, der den Geburtsvorgang der modernen Medizin durch die Klinik zu seinem vorläufigen Abschluss bringt, betrifft das Studium der Fieber durch François Broussais: hier kommt Foucault zufolge der klinisch-anatomische Blick zu einem Höhepunkt. Hatte Bichat noch vermutet, dass es sogenannte vitale Krankheiten ohne Läsionen, nämlich die Neurosen und Fieber gäbe und hatte Philippe Pinel dafür plädiert, dass Fieber als nicht-organisch eingeordnet werden müssten, blieben die beiden Forscher dem klassischen Denken mit seinem essenziellen Krankheitsverständnis noch in Grundzügen verhaftet (GK, S. 188f.). Broussais argumentiert nun dafür, auch bei diesen Krankheiten nach ihrer organischen Ursache zu fahnden, also den Sitz der Krankheit auszumachen. Er führt die Fieber auf einen Entzündungsvorgang zurück, dessen Herd jenseits der Läsionen liegt. Man muss nun die Entzündungsvorgänge als physiologische Störung zurückverfolgen. Das heißt, dass Broussais die Krankheit gänzlich in den Raum des Körpers hineinverlagert: Noch ehe die Krankheit an der Läsion sichtbar wird, ist sie durch eine Reizung verursacht worden. Diese Reizung wird nun in ein Ursache-Wirkungsverhältnis gesetzt:

»Erst mit Broussais – und noch nicht mit Bichat – wird die Lokalisierung in ein Kausalschema eingefügt: der Sitz der Krankheit ist nur der Ansatzpunkt für die irritierende Ursache und dieser Punkt wird sowohl von der Reizbarkeit des Gewebes wie von der Irritationskraft des Agens bestimmt. Der lokale Raum der Krankheit ist zugleich und unmittelbar ein kausaler Raum.« (GK, S. 201)

Broussais vermutet, dass jede Reizung, jede pathologische Reaktion des Körpers auf eine Magen-Darm-Reizung zurückzuführen ist, die sich dann durch den Körper zieht. Diese Reizung bringt der Organismus von selbst hervor, wird jedoch von inneren oder äußeren Agenzien vorangetrieben (ebd.), die Broussais jedoch noch nicht näher zu bestimmen vermag. Broussais hat mit seiner Theorie des Gastrointestinaltrakts im kausalistischen Sinne noch nicht ganz den Nagel auf den Kopf getroffen, aber dennoch tauchen bei ihm Überlegungen auf, die für die pathologisch-physiologische Forschung Wichtigkeit erlangen werden: Um den Sitz der Krankheit zu ermitteln, besieht Rudolf Virchow die zelluläre Ebene und die Bakteriologie um Robert Koch und Louis Pasteur identifiziert schließlich mit dem Studium pathogener Mikroorganismen und der Umorganisation neuer Sichtbarkeiten durch das Mikroskop den Agens und Auslöser verschiedenster Krankheiten (Bauer 2006, S. 332f.; Sarasin et al. 2007). Hier geht die Klinik über ihren Raum hinaus, wissenschaftlich-moderne Medizin ist nun auch Labormedi-

zin. Die neuen Techniken des Labors rücken das Wissen über die Krankheiten unter das Mikroskop und die Heilungsversprechen in ein neues, später biomedizinisches Licht.

4.1.3 Der individuelle Patient: Eine Subjektkonzeption der modernen Medizin

Nachdem nun die Verhältnisse von Sicht- und Sagbarkeit und die Verschiebungen in den Krankheitskonzeptionen in und durch die Pariser Schule bis Broussais dargelegt worden sind, soll nun zu der Ausgangsthese dieses Kapitels zurückgekehrt werden: Erst die moderne Medizin konstituiert ein spezifisches Verständnis vom Individuum, welches sich nur durch eine entsprechende Neukonzeption des Kranken als Patient manifestieren konnte. Das Individuum in der modernen Medizin⁷ ist nach Foucault nicht als Ableitung vom Arzt-Patienten-Gespräch zu begreifen, das allerdings von vielen Medizinhistoriker*innen als transgeschichtliche Struktur und medizinbegründend angenommen wird. Zwar kann auch ausgehend vom Arzt-Patienten-Dialog die Reorganisation der Krankheitsepistemologie nachvollzogen werden. Dies macht Foucault in einer bestimmten Passage der Einleitung von *Die Geburt der Klinik* (GK) deutlich:

»[W]urde im 18. Jahrhundert der Dialog zwischen dem Arzt und dem Patienten mit seiner spezifischen Grammatik und Stilistik durch die Frage ›Was haben Sie?‹ eröffnet, so finden wir die Spielregeln der Klinik und das Prinzip ihres Diskurses in jener anderen Frage wieder: ›Wo tut es Ihnen weh?‹.« (GK, S. 16)

Hier nutzt Foucault den oft beschwörten Nukleus des medizinischen Verhältnisses nicht, um eine historische Veränderung der dialogischen Ansprache der vermeintlich immer gleichbleibenden Patientenrolle zu beschreiben. Vielmehr steht diese Szenerie für die veränderte Frage nach der Krankheit: Man fragt die Patientin nicht mehr nach der Erfahrung ihrer Krankheit und geht nicht mehr davon aus, dass die Patientin weiß, was ihr fehlt (vgl. Duden 1987, S. 92), sondern nutzt das Gespräch als Zugang zur Diagnosestellung – es wird nach schmerzenden Stellen am oder im Körper gefragt. Insofern spiegelt dieses Arzt-Patienten-Gespräch in erster Linie die Genealogie der Krankheitskonzeptionen vor (eine vom Körper unabhängige Krankheit, eine Frage des Entzifferns der Krankheit) und nach dem Einfluss der Pariser Schule (eine Identifikation des Krankheitsraumes mit dem Körperraum, ein diagnostischer Zugang) wider und *nicht* etwa die übergeschichtliche Stellung des individuellen Patienten in einem

7 Es soll hier nicht behauptet werden, dass die Moderne die erste historische Konstellation ist, in der das Individuum als Subjektkonzeption – genauer gesagt: eine positive Konstruktion des Individuums – für die Medizin eine entscheidende Rolle spielt. Im Gegenteil ist gerade in der Antike die aktive Tätigkeit des Individuums für seine medizinische Sorge und die Notwendigkeit der Diätetik für den individuellen Körper zentral (SW2; SW3). Aus genealogischer Sicht heißt dies aber nur, dass zwischen diesen beiden Formen des Individuellen in der Medizin bzw. Wissenschaft keine logische Kontinuität herrscht; man es also mit gänzlich unterschiedlichen historischen Konstruktionen von Körper, dem Individuellsein und dem Medizinischen zu tun (vgl. Sarasin et al. 2007, S. 15ff).

Arzt-Patienten-Gespräch.⁸ Erst in zweiter Linie lässt sich hier das Aufkommen eines Individuums, eines diagnostizierten Individuums erahnen.

In dieser zitierten Passage also, der einzigen, in der sich ein Arzt-Patienten-Gespräch in *Die Geburt der Klinik* (GK) abbildet, lässt sich die Bedeutung des Individuums in der modernen Medizin wenn überhaupt nur annäherungsweise erfassen. Es liegt nur nahe, dass, wenn sich die Krankheitskonzeption ändert, sich auch die Herangehensweise an den Kranken ändert, dass es nämlich erst ab diesem Bruch diagnostizierte Individuen – also den Patienten als Subjektkonzeption mit einem radikal modernen Sinngehalt – gibt.⁹ Um zu begreifen, dass Foucaults *Die Geburt der Klinik* (GK) nicht ausschließlich eine Geschichte von der wissenschaftlichen Medizin erzählt, sondern auch eine Geschichte der Patientin in ihrer spezifisch modernen Form erahnen lässt, sind andere Textstellen zu Rate zu ziehen. Foucault selbst schreibt: »Hier aber geht es nur um den Bereich der Medizin und darum, wie sich die besondere Erkenntnis des kranken Individuums im Laufe einiger Jahre strukturiert hat.« (GK, S. 206, Herv. HG)

Um dem näher auf die Spur zu kommen, lohnt es sich, zunächst das *Spezifikum des Individuums* im Laufe der Entwicklung des klinischen Denkens von vorherigen Konzeptionen zu differenzieren. Wie bereits oben erwähnt galt es für den Arzt der Klassik, sobald er mit dem Kranken tatsächlich in Kontakt kam, die Krankheit zu erfassen, indem er eben alle Einzigartigkeiten seines Patienten (seine Temperamente, sein Alter, seine Lebensumstände) außer Acht ließ. Der Patient ist nur die Fläche der Behandlung und wird so gut es geht in seinen ihm eigenen Merkmalen ausgeblendet. Dies nun ändert sich mit der modernen Medizin fundamental. Hier ist es der Patient, der auf zweierlei Weisen eine moderne, individuelle Spezifität erhält: Zum einen in seiner körperlich-räumlichen Materialität und zum anderen als lebendes-sterbendes Subjekt. Die Einheit von Patient und Individuum wird über das Faktum des zu untersuchenden Körpers hergestellt. Die Krankheit wird mit der klinischen Praxis in den Körper hineinverlagert, sie ist nirgendwo sonst als an der Einheit des Körpers, den es zu sezieren bzw. abzuhorchen und zu befühlen gilt, zu beobachten: »Raum und Individuum werden zwei einander zugeordnete Strukturen« (GK, S. 172). Der Körper des Patienten wird folglich als ungeteilt, punktuell, also als verdichteter Ort des Geschehens selbst wahrgenommen.

8 Entsprechend ist, um einem noch zu entwickelnden Argument vorzugreifen, der Patient, der heute (das heißt ab den 1970er Jahren) wieder »selbstbewusst« zu sprechen beginnt, nicht, wie es einige Medizinhistoriker*innen behaupten, mit dem sprechenden Patienten des vorklassischen Zeitalters gleichzusetzen: »The person starting to reappear in medicine is not quite the same person who was excluded by the rule that equipped medicine to speak the truth of a person's suffering, but it is a person we will recognize just the same.« (Arney/Bergen 1984, S. 27) Mit Foucault handelt sich schlichtweg um andere Konfigurationen des Subjektverständnisses des Patienten. Es ist vielmehr eine *politische Strategie* der Medizingeschichtsschreibung, die sprechende Patientin des vorklassischen Zeitalters zu thematisieren, um einen Beitrag zur Emanzipation der aktuellen Patientin zu leisten. Auf diese Strategie wird in Kap. 5 genauer eingegangen.

9 »In der ärztlichen Perspektive einer tiefer in den Körper eindringenden Diagnostik war die Behandlung eine Aufgabe, die mit Beobachtung, Studium und »klinischem Wissen« verbunden war. Indem der Kranke zum Patienten wird, sieht er sich als komplexer Körper anerkannt.« (Schneider 2019, S. 297)

Die Strukturen des individuellen Körpers, in denen Bichat nach individuellen Veränderungen gegenüber anderen Körpern sucht, führt zu einem besonderen Bruch mit alten Selbstverständlichkeiten: Das aristotelische Verbot, das einen wissenschaftlichen Diskurs über das Individuum ausschließt, wird auf den Kopf gestellt (GK, S. 12, 184). Am Individuum, am individuellen Körper zunächst toter Menschen, aber auch an lebenden Patienten werden nun neue wissenschaftliche Objektifizierungen und Techniken des Diagnostizierens vorgenommen. Die Rolle des Todes spielt in der Konstituierung des lebenden-sterbenden Subjekts des Patienten eine besondere Rolle:

»Weil der Tod in die medizinische Erfahrung epistemologisch integriert worden ist, konnte sich die Krankheit von ihrem Status als Gegen-Natur befreien und sich im lebenden Körper der Individuen verkörpern.« (GK, S. 207)

Der Tod ermöglicht also den technischen Zugriff auf die Individualität der Krankheit und durch die Zerlegung des eigentlich unteilbaren Körpers wird seine vorherige Integrität, seine zerbrechliche aber unersetzbare Form (GK, S. 208) unterstrichen. Das Interesse der Pathologie an der individuellen Abweichung verknüpft Ulrich Johannes Schneider mit der Absicht der Geschichtsschreibung, die Foucault selbst praktiziert, und die nicht nur von der Medizin, sondern auch vom Leben der Menschen selbst erzählt:

»Für unser Wissen ist es seit dem 19. Jahrhundert möglich, den Kranken und die Krankheit in einem Dialogverhältnis zu sehen, beide als Agenten eines Krankheitsgeschehens anzuerkennen, also die Form eines objektiven und damit natürlichen Krankheitsverlaufes ebenso zu sehen wie seine individuelle Variation. So haben wir auch keine Schwierigkeit, das Leben abstrakt als ein Sterben zu begreifen. Individualität ist für uns etwas, wovon man eine Geschichte erzählen kann (worin dann wieder das Auftreten von Krankheiten eine bedeutende Rolle spielt).« (Schneider 2004, S. 56)

Noch in einem weiteren Sinne ist der körperliche Tod begründend, nicht nur für die am Individuum orientierte moderne Medizin, sondern auch für die moderne Erfahrung an sich (OD, S. 381): Erst der Tod verleiht dem individuellen Leben Bedeutung, erst im Angesicht seiner eigenen Finalität differenziert sich die Individualität des Menschen aus (vgl. Becker 2000, S. 24).¹⁰

Foucault geht noch weiter: die Medizin nimmt aufgrund ihrer Integration des Todes und der Beschreibung des Individuellen eine besondere Stellung in den Humanwissen-

10 Zwar spricht Foucault in einer späteren Vorlesung über die Abwertung des Todes seit der modernen Biopolitik gegenüber der älteren Souveränitätsmacht. Der Nexus von Individualität und Tod aber, den er in *Die Ordnung der Dinge* (OD) und *Die Geburt der Klinik* (GK) eröffnet, ließe sich als eine Aufwertung des autobiografischen Sterben-Lassens (vgl. VG, S. 291) interpretieren: Das Sprechen über den eigenen unabwendbaren Tod (»sich selbst sterben lassen«) ist nicht nur ein Mittel, seinem Leben Sinn zu verleihen und sich damit als Individuum zu erzählen, sondern auch eine moderne Form des Todesumgangs, um individuelle Todesangst zu bewältigen. Der Tod ist also nicht mehr absolute Grenze, sondern ein Spiegel des Ichs und ein Ichproblem zugleich (Gehring 2010, S. 167). Andersherum entspricht – gerade im Kontext von Krankheit – das »Noch-nicht-sterben-Wollen« dem Bedürfnis und dem Kampf darum, seine eigene, individuelle Geschichte weiterschreiben zu können und kann als ein Motivationsfaktor für die Politik des Lebens angesehen werden.

schaften ein. Die moderne Medizin ist, wie Foucault auch in *Die Ordnung der Dinge* (OD) beschreiben wird, eine der konkreten Operationen, in denen das moderne Individuum die Chance ergreift, »zugleich Subjekt und Objekt seiner eigenen Erkenntnis zu sein« (GK, S. 208). Die moderne Medizin, wie weiter oben im Kapitel über Foucaults Subjektkonzeption versucht wurde zu zeigen, ist damit eine Praktik, in der ein Subjekt mit spezifischen Eigenschaften geboren wird. Die Medizin begründet einen Diskurs, in dem Wissen über den Menschen in besonders gebündelter Form produziert werden kann, da sie »das Sein des Menschen als Gegenstand positiven Wissens betrifft« (ebd.) und die Endlichkeit in die anthropologische Struktur des Menschen definitiv einschreibt. Andere Humanwissenschaften wie die Psychologie, Soziologie, die Kultur-, Ideen-, oder Wissenschaftsgeschichte verschärfen den Zugriff auf das moderne Subjekt-Objekt und nehmen den Menschen in der Folge nicht nur in seiner körperlichen Identität in den Blick, sondern vollziehen sein Subjektsein in den Schichten seiner Verhaltensweisen, seines Benehmens, seiner Attitüden, seiner Gesten und Überzeugungen nach (OD, S. 425). In der Evolutionstheorie ebenso wie in der Biologie nimmt das Individuum am Ende des 19. Jahrhunderts eine zentrale Position ein (DE2/77), ebenso erscheint das Individuum als Rechtsträger im juristischen Diskurs (DE2/98, S. 277) und auch in der Strafjustiz und dem Bildungssystem richten sich alle Maßnahmen und Bemühungen an ihm aus (DE2/139). Der philosophische Status des Menschen, seine Subjektkonzeption als individuelles diagnostizier- und definierbares Wesen aber wird eben vor allem durch diese Beschreibbarkeit, durch die Begründung seiner Vielfältigkeit und Endlichkeit wesentlich vom medizinischen Denken her bestimmt (GK, S. 209f.).

Die Geburt der modernen Medizin ist, wenn man Foucault folgt, so eng mit der Genese, den Herkunft und Entstehungen des Individuums verknüpft, weil sie als erster wissenschaftlicher Diskurs überhaupt das Individuum zum Hauptgegenstand des Nachdenkens über den Menschen macht. Die Klinik gebiert regelrecht das wissenschaftliche Individuum (GK, S. 207; Völker 2014, S. 38), welches entsprechend auch in anderen Disziplinen als historisches Apriori des Menschen gesetzt wird. Das Individuum geht indes, wie alle anderen Formationen innerhalb der Klinik auch, nicht als positives Modell vollkommen in der Logik der Humanwissenschaften auf, sondern ist als historische Praktik materiell vollzogen worden – nämlich in der Klinik, am Patienten, durch seine neue Körperhaftigkeit:

»Every time the stethoscope was (and is) *applied to a patient*, it reinforced the fact that *the patient possessed an analysable body* with discrete organs and tissues which might harbour a pathological lesion.« (Armstrong 1994, S. 23, Herv. HG)

Anders formuliert: Es lohnt sich, von der Abstraktionsebene der Funktion der Medizin für die Humanwissenschaften wieder hinunterzusteigen und eine Verbindung noch einmal zu betonen, die Foucault selbst allerdings nicht explizit in seinem Text gemacht hat: Das Individuum ist nicht nur mit der modernen Medizin, sondern auch mit ihrem Objekt, dem Patienten, zu assoziieren. Michael Mahon, der in vorbildlicher Weise die Achsen der Subjektkonstitutionsanalyse auf *Die Geburt der Klinik* (GK) anlegt, stellt fest: »The individual patient as a complex pathological event takes center stage in the new clinical medicine.« (Mahon 1992, S. 53)

An einer späteren, disziplinartheoretischen Relektüre des Spitals tritt dieser Zusammenhang zunächst etwas klarer hervor:

»Die Einführung der Disziplin in den Raum des Krankenhauses und die Möglichkeit, den Einzelnen zu isolieren, ihm ein eigenes Bett zuzuweisen, ihn einer individuellen Behandlung zu unterziehen usw., führen zu einer individualisierenden Medizin. Denn nun gelten Beobachtung, Überwachung, Diagnose und Therapie tatsächlich dem Einzelnen. Damit wird das Individuum zum Objekt des medizinischen Wissens und der medizinischen Praxis.« (DE3/229, S. 659)

Hier rücken das Individuum und dasjenige Objekt, das beobachtet und therapiert werden soll, der Patient im Krankenhaus, wieder offensichtlicher aneinander heran – der Patient wird sogar durch seine Anordnung im Raum und durch die wiederkehrenden Kontrollpraktiken, z. B. dem regelmäßigen Fiebermessen (vgl. Hess 2000, S. 325), also eben nicht nur in seiner Funktion für die medizinische Forschung, immer weiter individualisiert. Diese Erläuterungen über die historischen Praktiken des medizinischen Überwachens sind allerdings in erster Linie durch Foucaults später intensiver verfolgtes Interesse an der Disziplinarmacht der beobachteten Struktur des modernen Krankenhauses motiviert.¹¹ Die weitaus wichtigere subjektkonzeptionelle Botschaft von *Die Geburt der Klinik* (GK) ist eine andere, eine historisch sowie ontologisch weitaus tiefgreifendere: *Das Individuum der Moderne und der moderne Patient sind ko-emergent*. Die moderne medizinische Praxis hat über den individuellen Patienten den Zugang zum intelligiblen Individuum geschaffen. Im Umkehrschluss ist der Patient seit der Moderne als fundamental individuell zu denken – *seine moderne Subjektkonzeption ist inhärent individuell*. Die allgemeine Struktur modernen medizinischen Forschens hat sich am toten und lebenden Patienten herausgebildet¹² – der Patient ist somit Ermöglicher und ggf. Profiteur

11 Man unterliegt also einem Missverständnis, wenn man den Patienten in Referenz auf Foucault als typisches Beispiel eines Souveränitäts- oder Disziplinarzusammenhangs anführen würde. Wenn Foucault zum Beispiel Militärspitäler in *Überwachen und Strafen* (ÜS) als Ort der Disziplinierung thematisiert, so ist die Figur des Patienten dennoch, zumindest von *Die Geburt der Klinik* (GK) aus gelesen, nicht als Disziplinarobjekt, als Sinnbild des Unterdrückten oder als Trope des gelehrigen Körpers (vgl. dagegen Lupton 1997a, S. 102) zu verstehen, sondern als Ergebnis eines Konstruktionsprozesses des Körpers (Armstrong 1994) und als prototypische Instanz des verkörperten Individualsubjekts. Dreyfus und Rabinow liegen also schlichtweg falsch damit, wenn sie behaupten: »Wie Foucault in der *Geburt der Klinik* zwingend analysiert hat, wurde das wohl-disziplinierte Spital das physische Gegenstück der medizinischen Disziplin« (Dreyfus/Rabinow 1987, S. 189, Herv. i. O.). Dass die Patientin in bestimmten historischen Zusammenhängen als Disziplinarobjekt erscheint, ist zwar nicht auszuschließen – im Gegenteil macht dies ein wichtiges Narrativ der noch zu analysierenden Antipsychiatriebewegung und auch der feministischen Kritik der Körperpolitik (vgl. z. B. Pylypa 1998) aus. Aber es ist eben nicht *zwingend*, die Patientin als Disziplinarobjekt zu konzipieren, da die Herstellung des Individuums eine Technik des Disziplinierens nutzen *kann*, aber nicht *muss*, weil eben auch andere Techniken eingesetzt werden und Machtzugriffe stattfinden können.

12 Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass die Medizin seit der Moderne sich ausschließlich mit dem individuellen Patienten beschäftigt hätte. Gerade die Allianz von Medizin, welche individuelle Körper vermisst, beurteilt, typologisiert und diagnostiziert, geht im 18. und vor allem 19. Jahrhundert mit Praktiken der Regierung kollektiv vorgestellter Gesellschaftskörper unterschiedliche Allianzen ein, etwa in der neohygienischen Bewegung und Eugenik (Rose 2001, S. 5; Gottweis et

dessen, was wir heute als Individualmedizin verstehen. Patientin und Individuum entsprechen sich natürlich nicht begrifflich und faktisch (somit ergibt auch eine wie auch immer geartete Gleichsetzung keinen Sinn), aber das Denken des Individuums ist so eng an diejenige Erkenntnisweise geknüpft, die ohne das Material der baren Leiche oder des lebenden Untersuchungs- und Behandlungsobjekts nicht zu ihrem Wissen gelangt wäre.

Nimmt man dieses auf die Konstitution des individuellen Patienten konzentrierte Verständnis ernst, so kann man mit Foucault festhalten, dass das Subjektkonzept des Patienten als Individuum *par excellence* sich so tief in die Logik der Medizin eingeschrieben hat, dass Patient*innen nicht nur schwierig als etwas Kollektives zu denken sind, sondern die Patientin auch als *gesellschaftliche Akteurin* kaum einen anderen Bezugspunkt als auf sich selbst mit ihrer Erkrankung, ihrem individuellen Körper zulässt. Das bedeutet, dass die Konzeption der Patientin durch die Medizin als Individualsubjekt so wirkmächtig ist, dass es alles andere als einfach ist, aus diesem Deutungshorizont auszubrechen und sie als Kollektivsubjekt vorstellbar zu machen. Diese Schwierigkeit der Konzeption ist auch in der Betrachtung des Forschungsstandes zu kollektiven Patientenschaften deutlich geworden. Im Folgenden soll entsprechend argumentiert werden, dass diese individuelle Subjektkonzeption des Patienten, wie sie beispielsweise die Medizinsoziologie durch Talcott Parsons geprägt und reifiziert hat, weiter durch die Einfügung in eine Dyade festgeschrieben wird. Obendrein verleiht die klassische medizinsoziologische Intervention Patient*innen Eigenschaften über das semantische *pati* und vervollständigt damit das, was man von Patient*innen und deren Stellung in der medizinischen und gesellschaftlichen Welt zu wissen glaubt.

4.2 Die Konstitution des Patientensubjekts in der Medizinsoziologie Talcott Parsons'

Zwar wurde bereits in der Einführung argumentiert, dass der Bedeutungsgehalt des Begriffes ›Patient‹ sich seit seiner Etablierung im alltagsweltlichen und medizinischen Sprachgebrauch nicht grundlegend gewandelt hat und dass er bereits etymologisch gesehen gewisse Charakterisierungsdimensionen des spezifizierten Subjekts im Gepäck hat. Allerdings muss noch plausibilisiert werden, weshalb das Patientenindividuum gerade in der wissenschaftlich beobachteten Arzt-Patienten-Begegnung spezifische Eigenschaften verliehen bekommt, die nicht etwa als transhistorisch auszuweisen sind, sondern genealogisch als Ausdruck einer modernen Form des medizinischen Wissenshandelns verstanden werden müssen. Es lohnt sich, so die These, der sozial-organisationalen Komponente des Patientseins, die in der etymologischen Betrachtung oben angeboten wurde, näher auf den Grund zu gehen und ihren medizinisch-somatischen

al. 2004, S. 311). Die Sozialmedizin komplimentiert den individuellen Zugang zum Medizinischen: »Die moderne Medizin ist eine soziale Medizin, deren Grundlage eine bestimmte Technologie des Gesellschaftskörpers ist; die Medizin ist eine soziale Praxis, und nur einer ihrer Aspekte ist individualistisch und wertet die Beziehungen zwischen Arzt und Patient auf.« (DE2/196, S. 275)