

nen nahezu axiomatischen Wert erlangte, wird an der Entwicklung des Konzepts des Krankheitsverhaltens (*illness behavior*) deutlich, welches von David Mechanic (1962) als ein Forschungsfokus in der behaviouristischen Medizinsoziologie eingeführt wurde. Die Ausdifferenzierung der Kategorie des Krankheitsverhaltens sollte nicht als Gegenentwurf zur strukturfunktionalistischen Betrachtungsweise des Patientensubjekts gelesen werden, sondern als konsequente Weiterentwicklung derselben. Mechanic bezieht sich auf Parsons' Konzeptualisierung der sozialen Kranken- und Patientenrolle und stellt die Frage, welche Faktoren eine Rolle dabei spielten, sich in die soziale Rolle des Kranken bzw. des Patienten bereitwillig einzufügen: Die einen suchten sofort einen Arzt auf und kooperierten mit ihm, die anderen fürchteten sich vor der Abhängigkeit, die mit der Krankenrolle einhergehe und vermieden es, sich die Situation des Patienten zuzuschreiben. Mechanic und Edmund H. Volkart (1960) nehmen Patient*innen damit unter der Fragestellung in den Blick, warum und auf welche Weise Individuen ihren Gesundheitsstatus und ihre Krankheit unterschiedlich erleben, wahrnehmen und als Problem bearbeiten (vgl. Sirri/Grandi 2012, S. 161). Wenn Parsons als Merkmal der Patientenrolle das psychologische Chaos und die Varianz mit seinem Umgang als der sozialen Rolle inhärent konzeptualisierte, arbeiteten also folgende medizinsoziologische Forschungsstränge daran, die psychosoziale Komponente als eigenständiges Interessenfeld zu etablieren. Das prekäre Selbstverhältnis des Patienten, von dem grundsätzlich ausgegangen wird, dass er sich in einer Situation des psychologischen Stresses und der irrationalen Bewältigung befindet und deswegen auch nicht zur Abstrahierung von sich selbst und zum Erkennen oder gar einer Politisierung einer gemeinsamen Lage fähig ist, schreibt sich somit in die Patientenrolle und die Konstitution des Patientensubjekts ein. Dieses Image wird der Patient lange Zeit nicht loswerden und doch irgendwann auf bestimmte Weisen überwinden.

4.3 Zusammenfassung

Die ersten genealogischen Spuren des Patientensubjekts mit seinen spezifischen wissenschaftlichen und materiell-historischen Herkunft, diskursiven Entstehungskontexten und theoretisch zugewiesenen Eigenschaften wurden nun freigelegt. Anhand zweier sehr unterschiedlicher Theorien zur Bedeutung von forschender und therapeutischer Medizin in der westlichen modernen und spätmodernen Gesellschaft, die in ihren theoretischen Anlagen und Thesen durchaus auch Widersprüche aufwerfen, konnte die Subjektkonzeption und -konstitution des Patienten rekonstruiert werden: Eingangs wurde anhand einer »patientenzentrierten« Relektüre von *Die Geburt der Klinik* (GK) versucht dafür zu sensibilisieren, dass der Patient ontologisch nicht *a priori* als Partner in einem therapeutischen Verhältnis gesetzt werden darf, sondern dass er als modernes Subjekt Fluchtpunkt einer spezifisch modernen medizinischen Erkenntnisarbeit ist. Das klinische Blicken auf den Leichnam, das Auffinden von Pathologien in den körperlichen Strukturen, das Diagnostizieren als eigenständige Tätigkeit, die vor dem Therapieangebot steht sowie die räumliche Verortung in dem Krankheitsraum eines Krankenhauses – dies macht den Patienten zum medizinischen Objekt der Pariser Schule und ist strukturgebend für die sich fortentwickelnde klinisch-praktische und biome-

dizinische Medizin. Durch *Die Geburt der Klinik* (GK) konnte jedoch vor allem herausgearbeitet werden, *weshalb der Patient genealogisch als ein fundamental individuelles Subjekt vorgestellt werden muss*: Zwar stößt die rezente Medizin auf zelluläre, subzelluläre und molekulare Ebenen vor und ›zerlegt‹ Patient*innen damit als Forschungsobjekte, oder sie addiert sie mit Blick auf die Bevölkerungsgesundheit zu einer statistischen Größe in der Public Health-Medizin auf. Als genealogischer Knotenpunkt, von dem diese Brüche und Wandlungen ausgehen, ist jedoch das Patientensubjekt nicht nur ein Individuum ›unter vielen‹, sondern mit dem humanwissenschaftlichen Subjekt des Individuums als ko-emergent auszumachen. Die Erkenntnispraxis der klinischen Medizin, die sich erstmals mit dem Tod als verzeitlichtem Geschehen mit einem Endpunkt befasst und deshalb dem Menschen erst Individualität angedeihen lässt, weist Foucault also eine besondere Stellung innerhalb der modernen *episteme* zu. Folgt man dieser Rekonstruktion als erster genealogischer Spur, so wird deutlich, weshalb die Patientin als so fundamental körperlich und auf sich selbst zurückgeworfenes Subjekt vorgestellt wird – nicht etwa, weil sie krank ist, sondern weil ihr Monadischsein es so schwierig macht, sie im Verbund mit Anderen zu denken. Die zweite genealogische Spur setzt, anders als *Die Geburt der Klinik* (GK), an der Arzt-Patienten-Konstellation an, lässt damit (vor-)erst) die Fäden der biomedizinischen Forschung und der Public-Health-Medizin aus der Hand gleiten und setzt sich bewusst mit dieser häufig als selbstverständlich erachteten klassischen Szenerie auseinander. Durch die Rekapitulation der strukturfunktionalistisch entworfenen Medizinsoziologie Talcott Parsons' konnte deutlich werden, dass in der Arzt-Patienten-Beziehung, dem Nukleus des therapeutischen Kontexts des medizinischen Bezugssystems, das Patientenindividuum spezifische subjektkonstituierende Eigenschaften verliehen bekommt. Diese sind nicht etwa medizinischer Art, sondern sozialtheoretisch hergeleitet, können aber wissens- und professionssoziologisch gesehen als Diskurs doch auf die Praxis der Medizin durchschlagen, wenn sie implizit in der humanmedizinischen Ausbildung und berufsständischen Sozialisation reifiziert werden. Die Patientin wird als *machtlose, ungleiche, auf professionell-angemessenes Handeln angewiesene Juniorpartnerin* (Parsons 1964, S. 338) und damit als Negativfolie des Arztes angesehen. *Typischerweise verfügt Erstere nicht über medizinisch-technisches Wissen*. Wenn eine Person über technisches Wissen verfügt und in der Patientenrolle steckt, ändert dies aber kaum etwas an ihrer sozialen Positionierung im therapeutischen Kontext – sie ist grundsätzlich passiv, aber zur reziproken Erwartungserfüllung angehalten. Vor allem die medizinische Forschung, die sie als Studienteilnehmerin rekrutiert, profitiert unter Einhaltung gewisser ethischer Vorkehrungen, die Respekt vor dem Individuum zollen, die Privatheit wahren und die negative Freiheit, von einer (forschungs-)medizinischen Intervention verschont zu bleiben, garantieren, vom Informationsdefizit der Patientin. Des Weiteren ist der Patient *in seinem Selbstverhältnis als ein abhängiges, chaotisches, trauerndes, emotional aufgewühltes, ängstliches, verzweifelter Wesen gezeichnet, das im Kollektiv mit dem Arzt* (ebd.), *durch seine Führung und sein professionelles Handeln erleichtert werden kann*. Deutlich wird außerdem, dass der Patient nicht nur psycho-emotionale Eigenschaften verliehen bekommt, die durch Parsons' Interesse an der Psychoanalyse stimuliert wurden, sondern weitere kulturspezifische Einbettungen und Ausdeutungen erfährt: Er ist situiert innerhalb eines kapitalistischen Systems und vorgestellt als US-amerikanischer Angehöriger der Mittelklasse, er ist einerseits männlich chiffriert, da er die Ausnahme-

situation aus anderen sozialen Verpflichtungen und vor allem ohne Sorgearbeit genießen kann (Geertsen/Gray 1970; Clark 1984) und andererseits weiblich codiert, da er die unterlegene Rolle innerhalb eines paternalistischen Verhältnisses prototypisch erfüllt. Die geschilderte und theoretisch-systematisch induzierte vertrauensvolle Verhaftetheit mit dem universal orientierten, uneigennützigen, ethisch anständig handelnden Arzt, die Anforderung der Therapie-Komplianz und die Bereitschaft, die episodische Rolle wieder zu verlassen, bieten außerdem Legitimationen dafür an, dass der Patient keine anderen Solidaritäten als zu seiner Familie empfinden oder entwickeln kann. *Der Patient ist ein fundamental vereinzelter, klassenloser Subjekt, ohne positives politisches Ziel als kollektiver Integrationsfunktion und der Veränderungswille bezieht sich nur auf die eigene Verbesserung des Gesundheitszustandes. Er hat keine (Selbst-)Regierungsmöglichkeit, da er nicht im Verbund mit Gleichen treten, aus seiner Lage keine sinnhafte Rationalität entwickeln kann. So bleibt ihm verwehrt, ein kollektives, gleichbetroffenes Subjekt zu begründen.* Folgt man diesen Überlegungen, so ist es höchst erstaunlich, dass Patient*innen und Patientenkollektive in anderen Konzeptualisierungen, die der Forschungsstand aufgefächert hat, ohne weitere Hinterfragungen als aktiv, emanzipiert und sozial sowie politisch organisiert haben firmieren können.

Doch wo liegen dann genealogische Ansatzpunkte der diskursiven Emanzipationsmöglichkeiten des therapeutisch-individuellen Subjekts? Wo und wie kann Ermächtigung und Politik in Bezug auf Patient*innen ins Spiel kommen? Eine erste Transformation vom konturierten macht-, wissens-, und selbstbeherrschungslosen individuellen hin zu einem ermächtigten Patientensubjekt schafft ein besonderer geschichtswissenschaftlicher Diskurs, der selbst gewissermaßen genealogisch vorgeht und dadurch an einem anderen, vermögenden Patientenwesen arbeitet als dem, dem bis hierhin begegnet werden konnte.

