

Michel Foucault: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks

Zusammenfassungen von Christa, Katia, Yvonne, Andrea, Kris und Andreas¹

Vorrede

Foucault stellt das Thema des Vorliegenden Buches vor:

„Hier soll die Analyse eines bestimmten Diskurses versucht werden, des Diskurses der medizinischen Erfahrung einer Epoche, in der er – vor den großen Entdeckungen des 19. Jahrhunderts – weniger seine Inhalte als seine systematische Form geändert hat“ (S. 15).

Das Scharnier, welches die Änderung der Form des Diskurses verkörpert, ist die Klinik.

„Betrachtet man die Gesamtstruktur, so erscheint die Klinik als eine für die Erfahrung des Arztes neue Profilierung des Wahrnehmbaren und Aussagbaren. [...] Das Erscheinen der Klinik ist als historisches Faktum mit dem System dieser Reorganisation identisch.“ (S. 16)

Kapitel 1: Räume und Klassen

Foucault beschreibt im wesentlichen eine Medizin, die das Pathologische klassifiziert und verschiedenen „Arten“ und „Gattungen“ zuordnet. Dieses Vorgehen ähnelt demjenigen eines Botanikers, weshalb auch der Begriff der „Medizin der Arten“ verwendet wird. Das Spital ist für diese Medizin der Arten, „wie die Zivilisation, ein künstlicher Ort, an dem die verpflanzte Krankheit, ihr wesentliches Gesicht zu verlieren droht“ (S. 33-34). Der Ort, wo die Krankheit unter der Beobachtung des Arztes zu ihrer natürlichen Entfaltung gelangt, ist die Familie. Aufgabe des Arztes ist es nicht den natürlichen Verlauf der Krankheit zu stören, sondern vielmehr in zu beschleunigen und zu unterstützen, damit die Heilung danach auf natürliche Weise erfolgen kann.

Kapitel 2: Ein politisches Bewusstsein

Neben der „Medizin der Arten“ ist eine andere Sicht auf die Krankheit für die weitere Entwicklung des Diskurses wichtig. Diese Medizin wird von Foucault als „Medizin des gesellschaftlichen Raums“ (S. 54) beschrieben. Im Zentrum steht der Begriff der Epidemie, welche es von Seiten des Staates her zu untersuchen und zu verstehen gilt. Entscheidend ist hier nicht mehr die (individuelle) Begegnung zwischen dem Arzt und dem Patienten, sondern das Erkennen von Krankheitsmustern, welche in der Form von Ereignisketten im gesellschaftlichen Raum-Zeit-Kontinuum in Erscheinung treten.

Kapitel 3: Das freie Feld

„Das ideologische Thema, das alle Reformen der medizinischen Strukturen von 1789 bis zum Thermidor im Jahre II, leitet das der freien Souveränität des Wahren: die majestätische Gewalt des Lichts, das sich selber regiert, macht dem finsternen Königtum des privilegierten Wissens ein Ende und eröffnet das schrankenlose Reich des Blicks“ (S. 55).

Im Rahmen dieser ideologischen Reformen werden:

1. Die Spitalstrukturen infrage gestellt, weil in ihnen u.a. eine Institutionalisierung des Elends (vgl. S.59) gesehen wird. Ein Spital kann allenfalls ein Platz für Kranke ohne Familien, für ansteckende Krankheitsfälle oder besonders schwierige und außerordentliche Fälle sein (vgl. S 58).

¹ Lesegruppe „Marx“ 2013

2. Die Bedingungen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung diskutiert. Nach der Lehre des ökonomischen Liberalismus und der Konkurrenz soll die Freiheit wieder hergestellt werden. Es besteht die Vorstellung, dass sich das medizinische Wissen „spontan durch das Wort überträgt und schlussendlich jenes Wort triumphieren wird, das am meisten Wahrheit in sich trägt“ (vgl. S 66).

Kapitel 4: Die alte Klinik

Seit dem 18. Jahrhundert wird die direkte Erfahrung am Krankenbett als konstantes Element der medizinischen Geschichte dargestellt, deren Reinheit nur durch ständig wechselnde theoretische Dogmen getrübt worden sei. Die Relativität des medizinischen Wissens sei durch die ständige theoretische Modifikation entstanden, die mit einander widersprechenden Sekten verglichen werden könnten. Unterhalb der spekulativen Theorien verkörpere aber „die Klinik“ die eigentliche Wahrheit durch den unmittelbaren und spontanen Blick auf ihren Gegenstand.

Die direkte medizinische Erfahrung wurde schon früher beschrieben. Was ist das Spezifische an der Darstellung im 18. Jahrhundert?

3. Es handelt sich einerseits um die Betonung der direkten medizinischen Erfahrung und andererseits um eine vereinheitlichte Darstellung der Fälle. Der Fokus liegt also nicht auf den individuellen Fällen, sondern auf der Darstellung der Fälle innerhalb eines strukturierten nosologischen Feldes.
4. Während im Spital der Kranke als Subjekt im Vordergrund steht, geht es der Klinik um die Krankheit selbst, deren Träger gleichgültig ist.
5. Bei der klinischen Methode geht es darum, anhand bereits bekannter Wahrheiten (Krankheiten) im konkreten Fall eine Krankheit beim Namen zu nennen. Der analytische Schritt ist also nicht der unmittelbare Blick selbst, sondern die darauf aufbauende Entzifferung.
6. Die bereits bekannte Wahrheit beruht auf einem Konzentrat früherer Erfahrungen, die anhand von Instruktionen vermittelt und dienstbar gemacht werden.
7. Der Prüfstein der klinischen Wahrheit ist die Realität selbst. Am konkreten Fall zeigt sich, ob die Krankheit korrekt entziffert wurde oder ob der Krankheitsverlauf der Diagnose widerspricht.

Fazit: Die Klinik des 18. Jahrhunderts war noch zu sehr von überkommenen Wissensformen bestimmt, als dass sie eine Transformation der medizinischen Erkenntnis hätte herbeiführen können. Sie bringt zwar eine bestimmte Form des medizinischen Diskurses hervor, aber keine Gesamtheit von Diskurs und Praxis (77).

Kapitel 5: Die Lektion der Spitäler

Seit dem Beginn des Krieges, aber vor allem seit der Massenaushebung 1793 sind viele Ärzte zur Armee gegangen. Die von ihnen hinterlassene Lücke füllen „Heilkünstler und altgediente Empiriker“ aus, deren unprofessionelle Behandlungen immer mehr zum Risiko werden – gerade auch, weil vor allem die unbemittelten Kranken immer weniger von den mit Kriegsverletzten gefüllten Spitälern aufgenommen werden. Auch die Ausbildung und Erfahrung der aus der Armee entlassenen Ärzte ist von uneinheitlicher Qualität. In der Bevölkerung entstehen Initiativen gegen die mangelnde Qualität der ärztlichen Behandlung.

Die Rückkehr zur Klinik, in der „die geordnete Vielfalt der Kranken selber die Schule ist“ (84) scheint in dieser Zeit des Ärztemangels und der gefährlichen Praxis der Empiriker die einzige

Lösung. „Eine so verstandene Medizin kann ein für alle Bürger nützliches Wissen sein, weil sie einen unmittelbaren Bezug zur Natur hat: anstatt – wie die alte Fakultät – der Ort eines esoterischen Bücherwissens, wird die neue Schule ein ‚Tempel der Natur‘ sein; man wird da nicht lernen, was die Meister früherer Zeiten zu wissen meinten, sondern jene allen offene Wahrheit, die in der täglichen Praxis sichtbar wird.“ (85) Es entsteht ein Diskurs zur neuen Klinik des 19. Jahrhunderts. Charakteristisch für diesen Diskurs ist die Tatsache, dass mit der klinischen Reorganisation der Medizin ein theoretischer Unterricht verbunden wird. Neben dem Erwerb einer praktischen Erfahrung am Kranken besteht man auf der Notwendigkeit, das konkrete Wissen in ein allgemeines System von Kenntnissen einzufügen. (87)

Durch allgemein zugängliche Gesundheitsschulen hoffte man, die unzureichend ausgebildeten Militärärzte anzuziehen und aufgrund der freien Konkurrenz die vielen Empiriker und selbsternannten Heilkünstler auszuschalten. Doch die geringe Anzahl der Schulen und das Fehlen von Prüfungen verhinderten, dass sich eine Schicht qualifizierter Ärzte herausbildete. Gleichzeitig versuchten die medizinischen Gesellschaften, einen geschützten ärztlichen Berufsstand wiederherzustellen. An drei Gesundheitsschulen wird eine Kommission aus Ärzten, Chirurgen und Apothekern damit beauftragt, alle zu kontrollieren, die auf diesen Gebieten praktizieren wollen. (92)

Allgemein tragen die Reformen dieser Zeit folgende Züge:

1. Bei der Definition der Geschlossenheit des ärztlichen Berufs vermeidet man das alte Modell der Korporation ebenso wie die direkte Kontrolle, die dem ökonomischen Liberalismus widerspricht. Das Prinzip der Auswahl und ihre Kontrolle beruhen auf dem Begriff der Kompetenz. Der Ärzteberuf wird zu einem zugleich freien und geschlossenen Beruf.
2. Es wird eine zweistufige Hierarchie in die Ärzteschaft eingeführt: die Doktoren der Medizin oder Chirurgie und die Ärzte zweiter Klasse. Die Differenz liegt in der Qualität der Tätigkeit.
3. Die Hierarchie des Berufs entspricht den gesellschaftlichen Schichten.
4. Die vom Arzt zweiter Klasse verlangte Praxis ist ein kontrollierter Empirismus. Die Klinik als Wissenssystem ist jedoch den Doktoren vorbehalten.

Auf der Grundlage der Reformen erfolgte eine Reorganisation des Spitalbereichs. In der Organisation der klinischen Erfahrung gehen Reichtum und Armut einen Vertrag ein. Es wird für die Reichen nützlich, die Armen im Spital zu unterstützen, denn die Kranken dienen zugleich als Instruktionsobjekt, die Krankheiten besser erkennen lassen, die auch die Reichen treffen können. (100)

Kapitel 6: Zeichen und Fälle

Es wäre ungenügend, in der klinischen Medizin des 18. Jahrhunderts nur eine Rückkehr zur Reinheit eines lange verstellten Blicks zu sehen. Der Blick des Arztes organisiert sich neu. Er ist nicht der Blick irgendeines Beobachters, sondern der eines von einer Institution geschützten und legitimierten Arztes. Zudem ist es ein Blick, der sich nicht mit der Feststellung des unmittelbar Sichtbaren begnügt, sondern es ist ein kalkulierender Blick. Geändert hat sich insgesamt der Bezug der Krankheit zum Blick. (101-102)

In der medizinischen Tradition des 18. Jahrhunderts zeigt sich die Krankheit in Symptomen und Zeichen. Das Symptom ist die Form, in der sich die Krankheit präsentiert. Das Zeichen zeigt an, was eintreten wird, was vorangegangen ist und was sich eben abspielt: es ist prognostisch, anamnetisch und diagnostisch. Das Symptom macht eine gegebene und verborgene Wahrheit transparent, während das Zeichen von der Zeit spricht. (104)

1. Die Symptome bilden eine primäre Schicht der unlöslichen Einheit von Signifikant und Signifikat. Jenseits der Symptome gibt es keine pathologische Wesenheit mehr: alles an der Krankheit ist Erscheinung. Das Symptom wird Signifikant seiner eigenen Totalität, da die Krankheit nur die Ansammlung der Symptome ist.
2. Das Eingreifen des Bewusstseins transformiert Symptome in Zeichen. Zeichen und Symptome sind und sagen dasselbe. Das Zeichen sagt eben das, was das Symptom ist. Für den Ärztlichen Blick wird das Symptom zum Zeichen, indem er Verbindungen zu anderen Symptomen herstellt.
3. Das Sein der Krankheit ist in seiner Wahrheit vollständig aussagbar. Krankheit gibt es nur im Element des Sichtbaren und folglich im Element des Aussagbaren. Das Ziel ist, auf der Ebene der Worte die gesamte Geschichte der Krankheit zu rekonstruieren. Der beschreibende Akt ist ein Erfassen des Wesens der Krankheit.

Die Ungewissheit der medizinischen Erkenntnis ist ein altes Thema. Das 18. Jh. macht aus diesem Mangel ein positives Element. Die Medizin stellt sich die Aufgabe, die Ereignisse eines offenen Bereichs endlos zu verfolgen und auszuwerten. (112) Auf dieser Basis können Aussagen zu Wahrscheinlichkeiten gemacht werden. Die Hauptmomente des Wahrscheinlichkeitsdenkens sind:

1. Die Komplexität der Kombinationen – die Komplexität der individuellen Fälle ergibt sich durch die Kombination von pathologischen Grundtatsachen.
2. Das Prinzip der Analogie – ähnliche Symptome werden nicht mehr als wesenhafte Verwandtschaft verstanden. Vielmehr werden Analogien von Beziehungen zwischen Elementen und zwischen Funktionsweisen gezogen.
3. Die Wahrnehmung von Frequenzen – das Fundament des medizinischen Wissens liegt in der Vielfalt individueller Fakten. Die Variationen integrieren sich in den Bereich der Wahrscheinlichkeit. Das medizinische Feld nimmt eine statistische Struktur an.
4. Das Kalkül der Gewissheitsgrade – dabei handelt es sich sowohl um eine logische Zerlegung wie um eine Arithmetik der Annäherung, welche Zusammenhänge zwischen einer Serie von Fällen feststellt. (118)