

Michel Foucault

Die Politik der Gesundheit im 18. Jahrhundert*

Zwei Bemerkungen zur Einleitung.

1. Eine private, ‚freie‘ Medizin, die den Mechanismen der Einzelinitiative und den Gesetzen des Marktes unterworfen ist, einerseits, andererseits eine Medizinalpolitik, die sich auf eine Machtstruktur stützt und auf die Gesundheit einer Kollektivität abzielt – es ist zweifelsohne fruchtlos, zwischen diesen beiden eine Beziehung der Abfolge oder der Abhängigkeit zu suchen. Es ist einigermäßen mythisch, für die Herkunft der westlichen Medizin eine kollektive Praktik anzunehmen, der die magisch-religiösen Institutionen ihren sozialen Charakter verliehen hätten, und die dann durch die Organisation einer privaten Klientel schrittweise ausgehöhlt worden wäre.¹ Es ist aber genauso inadäquat, an der Schwelle der modernen Medizin eine in ihrer ökonomischen Funktionsweise und in ihrer epistemologischen Form ‚klinische‘, singuläre, private, individuelle Beziehung anzunehmen, die durch eine Reihe von Korrekturen, Anpassungen oder Zwängen langsam sozialisiert worden wäre, indem die Kollektivität teilweise dafür aufgekommen wäre.

Was das 18. Jahrhundert auf jeden Fall zeigt, ist ein doppelgesichtiger Prozeß: die Entwicklung eines medizinischen Marktes in Form einer privaten Klientel, die Ausdehnung des Netzwerkes eines Personals, das medizinisch qualifizierte Eingriffe anbietet, das Wachstum der Nachfrage nach Pflegeleistungen (*soins*) von seiten der Individuen und der Familien, die Entstehung einer klinischen Medizin, die stark zentriert ist auf die individuelle Untersuchung, Diagnose und Therapie, die ausdrücklich moralische und wissenschaftliche (und insgeheim ökonomische) Betonung der ‚privaten Konsultation‘, kurz: die progressive Installierung

* „La politique de santé au XVIIIe siècle“, *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne; dossier et documents*, Institut de l'environnement, 1976, S. 11–21, außerdem in: *Dits et écrits, 1954–1988*, Bd. 3, hg. v. Daniel Defert, François Ewald u. Jacques Lagrange, Paris: Gallimard 1994.

1 Georg Rosen, *A History of Public Health*, New York, M.D. Publications, 1958.

der großen Medizin des 19. Jahrhunderts kann nicht von der zeitgleichen Einrichtung einer Gesundheitspolitik getrennt werden, und von einer Wahrnehmung der Krankheiten als soziales und ökonomisches Problem, das sich den Kollektivitäten stellt und das diese auf der Ebene ihrer Gesamtentscheidungen zu lösen trachten müssen. ‚Private‘ und ‚sozialisierte‘ Medizin unterliegen in ihrem Gegensatz und in ihrer wechselseitigen Ergänzung einer globalen Strategie. Zweifellos existiert keine Gesellschaft, welche nicht in irgend einer Form Noso-Politik betreibt. Das 18. Jahrhundert hat diese Praktik nicht erfunden, aber es hat ihr neue Regeln vorgeschrieben, und vor allem hat es sie auf das Niveau einer expliziten und konzertierten Analyse erhoben, wie sie es bisher nie gekannt hatte. Mit dem 18. Jahrhundert beginnt nicht sosehr das Zeitalter der sozialen Medizin als vielmehr das der reflektierten Noso-Politik.

2. Das Zentrum der Initiierung, Organisation und Kontrolle dieser Noso-Politik darf nicht exklusiv im Staatsapparat lokalisiert werden. In der Tat hat es vielfältige Gesundheitspolitiken gegeben und unterschiedliche Mittel der Übernahme (*prise en charge*) medizinischer Probleme: religiöse Gruppen (man denke an die beträchtliche Bedeutung zum Beispiel der Quäker und der verschiedenen Bewegungen des *Dissents* in England); wohltätige Vereinigungen und Hilfseinrichtungen (von den *bureaux de paroisse* [Pfarrämtern] bis zu den philanthropischen Gesellschaften, die ein wenig als Organe einer Kontrolle funktionieren, die eine privilegierte soziale Klasse über die anderen ausübt, die ärmer sind und daher eine kollektive Gefahr darstellen); wissenschaftliche Gesellschaften, die Akademien des 18. Jahrhunderts oder die statistischen Gesellschaften vom Anfang des 19. Jahrhunderts versuchen ein globales und quantifizierbares Wissen der Morbiditätsphänomene aufzubauen. Die Gesundheit, die Krankheit als Gruppen- und Populationsphänomen werden im 18. Jahrhundert von vielfältigen Instanzen aus problematisiert, denen gegenüber der Staat selbst unterschiedliche Rollen spielt. So kann er etwa direkt intervenieren: Die kostenlose Medikamentenabgabe wird in Frankreich in unterschiedlichem Ausmaß von Ludwig XIV. bis Ludwig XVI. verfolgt. Er kann auch eigene Konsultations- und Informationsorgane einrichten (das *Collegium sanitatis* von Preußen stammt aus dem Jahr 1685; die *Société royale de médecine* wird in Frankreich 1776 gegründet). Der Staat kann bei seinen Projekten der Einrichtung einer medizinischen Autorität aber auch scheitern (der von Mai² ausgearbeitete Sanitätscodex, der im Jahre 1800 von der Kurpfalz angenommen

2 Anm. d. Übers.: Gemeint ist Franz Anton May, dessen Namensschreibweise zwischen dieser und der von Foucault gebrauchten variierte.

wurde, kam nie zur Anwendung). Er kann aber auch Pressionen ausgesetzt werden, denen er sich widersetzt.

Die Problematisierung der Noso-Politik im 18. Jahrhundert verrät also nicht eine uniforme Intervention des Staates in die medizinische Praxis, sondern eher das Auftauchen der Gesundheit und der Krankheit an verschiedenen Stellen des sozialen Körpers als Probleme, die auf die eine oder andere Art eine kollektive Übernahme (*prise en charge*) verlangen. Die Noso-Politik stellt sich im 18. Jahrhundert weniger als Resultat einer vertikalen Initiative dar, sondern vielmehr als ein Problem mit multiplen Herkünften und Ausrichtungen: Die Gesundheit aller als Priorität für alle; der Gesundheitszustand einer Bevölkerung als allgemeines Ziel.

Das markanteste Merkmal dieser noso-politischen Sorge, die die gesamte französische – und europäische – Gesellschaft im 18. Jahrhundert durchdringt, ist zweifelsohne die Verschiebung der Probleme der Gesundheit gegenüber den Techniken der Wohltätigkeit. Verkürzt gesprochen, kann man sagen, daß bis zum Ende des 17. Jahrhunderts die kollektive Übernahme der Krankheit sich in den Institutionen der Armenunterstützung vollzog. Sicherlich gibt es Ausnahmen: Die Reglements in Zeiten von Epidemien, die Maßnahmen in den verseuchten Städten und die Quarantänen in bestimmten großen Hafenstädten bildeten Formen autoritärer Medikalisation, die nicht organisch mit den Techniken der Wohltätigkeit verbunden waren. Aber außer in diesen Grenzfällen war die als Dienst (*service*) verstandene und ausgeübte Medizin stets nur ein Bestandteil der Hilfeleistung (*secours*). Sie richtete sich an die trotz der Unbestimmtheit der Grenzen ihres Bedeutungsfeldes so wichtige Kategorie der ‚kranken‘ Armen. In ökonomischer Hinsicht wurden diese medizinischen Dienste hauptsächlich von wohlthätigen Stiftungen getragen. In institutioneller Hinsicht wurden sie im Rahmen von religiösen oder weltlichen Organisationen wahrgenommen, die sich vielfältige Ziele setzten: Verteilung von Nahrungsmitteln und Kleidung, Unterhalt von Findelkindern, Elementarerziehung und moralische Erziehung, Einrichtung von Werkstätten und Arbeitshäusern, und in einigen Fällen die Überwachung und Bestrafung ‚unzuverlässiger‘ und ‚störri-scher‘ Elemente (in den Städten hatten die *bureaux des hôpitaux* die Gerichtsbarkeit über Vagabunden und Bettler, die *bureaux de paroisse* und die barmherzigen Gesellschaften übernahmen explizit auch die Funktion der Denunziation ‚übler Elemente‘). In technischer Hinsicht war die Rolle der Therapie im Funktionieren der Spitäler im klassischen Zeitalter gegenüber der materiellen Hilfeleistung und der administrativen Kontrolle und Führung beschränkt. In der Gestalt des ‚bedürftigen Armen‘, der es verdient, hospitalisiert zu werden, war die Krank-

heit nur ein Element in einem Ensemble, das genauso die Behinderung, das Alter, die Unmöglichkeit, Arbeit zu finden, das Fehlen von Pflege umfaßte. Die Serie Krankheit-medizinische Dienste-Therapie nimmt einen beschränkten und nur selten autonomen Platz in der komplexen Politik und Ökonomie der ‚Hilfeleistungen‘ (*secours*) ein.

Das erste Phänomen im 18. Jahrhundert, welches hervorgehoben werden soll, ist die zunehmende Auflösung dieser vermischten und polyvalenten Prozeduren der Unterstützung (*assistance*). Diese Zerlegung wird vollzogen oder eher gefordert (da sie erst am Ende des Jahrhunderts effektiv zu werden beginnt) auf der Basis einer generellen Neubewertung der Weise der Investition und Kapitalisation. Das Stiftungssystem, das bedeutende Summen Geldes bindet und dessen Erträge Müßiggängern zugute kommen, die solcherart außerhalb des Kreislaufes der Produktion bleiben können, wird von Ökonomen und Verwaltungsbeamten kritisiert. Seine Zerlegung erfolgt auf der Basis von engeren sozialen Rastern (*quadrillage de population*) und von Unterscheidungen, die man nun zwischen den verschiedenen Kategorien von ‚Elenden‘ herzustellen trachtet, an die sich die Wohltätigkeit so unterschiedslos gerichtet hatte. In dieser schrittweisen Abschwächung der traditionellen sozialen Ordnung ist der ‚Arme‘ einer der ersten, der verschwindet, um einer ganzen Reihe funktionaler Unterscheidungen Platz zu machen (der gute und der schlechte Arme, der vorsätzliche Müßiggänger und der unfreiwillige Arbeitslose; diejenigen, die zu einer bestimmten Arbeit imstande sind, und diejenigen, die es nicht sind). Eine Analyse des Müßiggangs – seiner Bedingungen und seiner Effekte – tritt an die Stelle der etwas pauschalen Sakralisierung des ‚Armen‘. Diese Analyse setzt sich in der Praxis das Ziel, im günstigsten Fall die Armut nützlich zu machen, indem sie die Armen an den Produktionsapparat bindet, schlimmstenfalls aber soweit wie möglich die Last zu reduzieren, die diese dem Rest der Gesellschaft aufbürden: Wie sollen die ‚validen‘ Armen zur Arbeit angehalten werden, wie können sie in nützliche Arbeitskräfte verwandelt werden; aber auch wie kann man die Selbstfinanzierung von Krankheit und vorübergehender oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit durch die weniger Wohlhabenden gewährleisten; oder wie kann man die Ausgaben für die Erziehung von Findelkindern und Waisen kurz- und langfristig rentabel machen? Es zeichnet sich solcherart eine Zergliederung der Armut nach einem Nützlichkeitskalkül ab, in dem das spezifische Problem der Krankheit der Armen in seiner Beziehung zu den Imperativen der Arbeit und der Notwendigkeit der Produktion zu erscheinen beginnt.

Aber man muß noch einem zweiten Prozeß Beachtung schenken, der allgemeiner ist als der erste und mehr als dessen simple Entfaltung: das Auftauchen der

Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens der Bevölkerung im allgemeinen als eines der essentiellen Ziele politischer Macht. Es handelt sich hier nicht mehr um die Unterstützung eines besonders brüchigen – bedrohten und bedrohlichen – Randes der Bevölkerung, sondern um eine Weise, den Gesundheitszustand des sozialen Körpers in seiner Gesamtheit zu verbessern. Die verschiedenen Machtapparate sollen sich der ‚Körper‘ nicht mehr einfach deshalb annehmen, um von ihnen Militärdienst (*service du sang*) zu erzwingen oder sie gegen Feinde zu schützen, auch nicht einfach deshalb, um zu bestrafen oder Steuern einzutreiben, sondern um ihnen dabei zu helfen und sie wenn nötig zu zwingen, ihre Gesundheit zu gewährleisten. Der Imperativ der Gesundheit: Pflicht eines jeden und gemeinsames Ziel.

Mit etwas Abstand könnte man sagen, daß seit dem Mittelalter die Macht traditionellerweise zwei große Funktionen ausgeübt hat: Die Funktion, Kriege zu führen und Frieden zu schließen, die sie durch das mühsam errungene Monopol der Bewaffnung absicherte, und die Funktion, Streitfälle zu entscheiden und Delikte zu bestrafen, die sie durch die Kontrolle der Gerichtsbarkeit gewährleistete. *Pax et justitia*. Zu diesen Funktionen kam seit dem Ende des Mittelalters die Erhaltung der Ordnung und die Organisation der Reichtumssteigerung. Nun taucht im 18. Jahrhundert eine neue Funktion auf: die Ordnung der Gesellschaft als Milieu des körperlichen Wohlbefindens, der Gesundheit und der Langlebigkeit. Die Ausübung dieser drei letzten Funktionen (Ordnung, Steigerung des Reichtums, Gesundheit) wird weniger durch einen einzelnen Apparat als durch ein Ensemble von vielfältigen Regelungen und Institutionen gewährleistet, die im 17. Jahrhundert den allgemeinen Namen ‚Polizey‘ erhalten. Was man bis zum Ende des Ancien Régime ‚police‘ nennt, ist nicht oder nicht allein die polizeiliche Institution; es ist das Ensemble der Mechanismen, durch die die Ordnung, das kanalisierte Wachstum der Reichtümer und die Bedingungen der Gesundheit im allgemeinen sichergestellt werden: der *Traité* von La Mare³ – die Magna Charta der Polizeifunktionen im klassischen Zeitalter – ist in dieser Hinsicht bezeichnend. Die elf Rubriken, unter denen er die Aufgaben der *Polizey* klassifiziert, lassen sich leicht auf drei Achsen aufteilen: Einhaltung der ökonomischen Reglementierungen (Zirkulation der Waren, Herstellungsverfahren, Verpflichtungen der Handwerker sowohl untereinander als auch ihren Kunden gegenüber); Einhaltung der Ordnungsmaßnahmen (Überwachung gefährlicher Individuen, Beobachtung der Vagabunden und wenn nötig der Bettler und Verfolgung der Verbrecher); Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln (Überprüfung der Nahrungsmittelqualität, der Wasserversorgung und der Sauberkeit der Straßen).

3 Nicolas de La Mare, *Traité de la police*, Paris 1705.

Im Augenblick, wo die vermischten Prozeduren der Unterstützung aufgelöst werden und wo sich das Problem der Krankheit der Armen in seiner ökonomischen Spezifität abhebt, erscheinen Gesundheit und körperliches Wohlbefinden der Bevölkerungen als ein politisches Ziel, das die ‚Polizey‘ des sozialen Körpers neben den ökonomischen Regulierungen und der gesellschaftlichen Ordnung gewährleisten soll. Der Stellenwert, den die Medizin im 18. Jahrhundert plötzlich erhält, entsteht dort, wo sich eine neue, ‚analytische‘ Ökonomie der Unterstützung (*assistance*) und das Auftauchen einer allgemeinen Gesundheitspolizey kreuzen. Die neue Noso-Politik schreibt die spezifische Frage der Krankheit der Armen in den allgemeinen Problemhorizont der Gesundheit der Populationen ein und verlegt sich von dem engen Kontext der wohlthätigen Hilfeleistungen (*secours de charité*) auf die allgemeinere Form einer ‚Medicinalpolicey‘ mit ihren Diensten und Zwängen. Die Texte von T. Rau, *Medicinische Polizey-Ordnung*⁴, und vor allem das große Werk von J. P. Frank, *System einer medizinischen Polizey*⁵, sind der kohärenteste Ausdruck dieser Transformation.

Was trägt diese Transformation? Grob gesprochen kann man sagen, daß es sich um die Sicherstellung der Wartung und Erhaltung der ‚Arbeitskraft‘ handelt. Aber zweifelsohne ist das Problem umfassender; es betrifft wahrscheinlich die ökonomisch-politischen Effekte der Akkumulation der Menschen. Der große demographische Schub in Westeuropa im Lauf des 18. Jahrhunderts, die Notwendigkeit, ihn zu koordinieren und ihn in die Entwicklung des Produktionsapparats zu integrieren, die Dringlichkeit seiner Kontrolle durch adäquatere und engmaschigere Machtmechanismen lassen die ‚Population‘ erscheinen mit ihren Maßzahlen der Menge, der räumlichen oder chronologischen Aufteilung, der Langlebigkeit und der Gesundheit, und das nicht nur als theoretisches Problem, sondern als Objekt der Überwachung, der Analyse, der Intervention, der Transformation etc. Es zeichnet sich solcherart das Projekt einer Technologie der Population ab: demographische Schätzungen, Berechnung der Alterspyramide, der unterschiedlichen Lebenserwartungen, der Morbiditätsraten, Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Wachstum der Reichtümer und dem der Bevölkerung, verschiedene Anreize für

4 Wolfgang Thomas Rau, Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policey-Ordnung in einem Staat, Ulm 1764.

5 Johann Peter Frank, System einer vollständigen medicinischen Polizey, dritte verbesserte Auflage, mit einigen Zusätzen von F. August v. Wasserberg, erster bis zweiter Band, Wien 1786, dritter Band, Wien 1787, vierter Band (ohne Zusätze), Wien 1790, fünfter Band, Tübingen 1813, sechster Band, Teil I und II, Wien 1817, III. Theil, Wien 1817, Supplement-Bände zum System einer vollständigen medicinischen Polizey: erster Band, Tübingen 1812, zweiter Band, Leipzig 1825, dritter Band, Leipzig 1827.

Heirat und Kindergeburt, Entwicklung der Schule und der Berufsbildung. In diesem Ensemble von Problemen erscheint der ‚Körper‘ – der Individuen ebenso wie der Populationen – als Träger neuer Variablen: nicht mehr einfach knapp oder zahlreich, unterwürfig oder widerspenstig, reich oder arm, arbeitsfähig oder invalide, kräftig oder schwach, sondern mehr oder weniger brauchbar, mehr oder weniger geeignet für rentable Investitionen, mit größerer oder kleinerer Chance des Überlebens, größerer oder kleinerer Wahrscheinlichkeit von Tod oder Krankheit, mit größerer oder geringerer Fähigkeit, erfolgreich zu lernen. Die biologischen Merkmale einer Population werden zu den Anknüpfungspunkten für eine ökonomische Leitung; und es ist notwendig, rings um diese ein Dispositiv einzurichten, das nicht nur ihre Unterwerfung sicherstellt, sondern auch die konstante Vermehrung ihres Nutzens. Von daher werden einige Züge der Noso-Politik des 18. Jahrhunderts verständlich.

1. Die Privilegierung der Kindheit und die Medikalisierung der Familie

Zum Problem der ‚Kinder‘ (das heißt Geburtenrate und Kindersterblichkeit) gesellt sich das Problem der ‚Kindheit‘ (das heißt ihr Überleben bis zum Erwachsenenalter, die physischen und ökonomischen Bedingungen dieses Überlebens, die notwendigen und hinreichenden Investitionen für die Rentabilisierung der Entwicklungsphase, kurz, die Organisation dieser ‚Phase‘, die gleichermaßen in ihrer Spezifität und Finalität begriffen wird). Es handelt sich nicht mehr bloß darum, eine optimale Zahl von Kindern auf die Welt zu bringen, sondern dieses Lebensalter optimal zu verwalten.

Man kodifiziert nun nach neuen und sehr präzisen Regeln die Beziehungen der Eltern und der Kinder. Dabei bleiben natürlich, und mit geringen Veränderungen, die Beziehungen der Unterordnung und das von ihnen geforderte System der Zeichen bestehen. Aber sie müssen von jetzt an mit einem ganzen Ensemble von Verpflichtungen besetzt werden, die sowohl den Eltern als auch den Kindern auferlegt werden: Verpflichtungen physischer Art (Pflege, Kontakt, Hygiene, Reinlichkeit, aufmerksame Nähe); das Stillen der Kinder durch die Mütter; die Sorge für eine gesunde Bekleidung; sportliche Übungen, um die gesunde Entwicklung des Organismus zu gewährleisten: ein permanentes und zwingendes Nahverhältnis (*corps à corps*) der Erwachsenen mit den Kindern. Die Familie darf nicht mehr bloß ein Netz von Relationen sein, das sich als solches einer sozialen Ordnung einschreibt, einem Verwandtschaftssystem, einem Mechanismus der Übertragung von Gütern. Sie muß ein dichtes, saturiertes, permanentes, kontinuierliches physisches

Milieu werden, das den Körper des Kindes umfängt, stützt und fördert. Sie nimmt also eine materielle Gestalt an, indem sie sich auf einem engeren Feld abhebt; sie organisiert sich als die Nahumgebung des Kindes; sie tendiert dazu, für das Kind zum unmittelbaren Rahmen des Überlebens und der Entwicklung zu werden. Dies zieht einen Effekt der Straffung oder wenigstens der Intensivierung der Elemente und der Relationen nach sich, wodurch sich die Familie im engeren Sinn (die Gruppe Eltern-Kinder) konstituiert. Dies zieht auch ein gewisses Kippen der Achsen nach sich: Das eheliche Band dient nicht mehr allein (und vielleicht nicht einmal mehr an erster Stelle) dazu, die Verbindung zweier Reihen von Vorfahren herzustellen, sondern das bereitzustellen, was als Matrize für das erwachsene Individuum dienen wird. Zweifelsohne dient sie immer noch dazu, zwei Linien fortzusetzen, d.h. Nachkommenschaft zu erzeugen, aber auch um unter den bestmöglichen Bedingungen ein menschliches Wesen zu erzeugen, das den Zustand der Reife erreicht. Das neue ‚Eheband‘ ist eher jenes, das die Eltern und die Kinder verbindet. Die Familie – als straffer und lokalisierter Apparat der Bildung – verfestigt sich im Inneren der großen und traditionellen Familienallianz (*famille-alliance*). Und gleichzeitig wird die Gesundheit – und zuallererst die Gesundheit der Kinder – eines der verpflichtendsten Ziele der Familie. Das Rechteck Eltern-Kinder soll eine Art Homöostase der Gesundheit werden. In jedem Fall gehören seit dem Ende des 18. Jahrhunderts zu den essentiellsten moralischen Gesetzen der Familie der gesunde, reinliche, kräftige Körper, der saubere, gereinigte, gelüftete Raum, die medizinisch optimale Verteilung der Individuen, der Plätze, der Betten, der Utensilien, das Spiel des Pfléglichen und Gepflégten (*du „soigneur“ et du „soigné“*). Und seit dieser Epoche ist die Familie der konstanteste Agent der Medikalisierung geworden. Seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ist sie das Ziel eines großen Unternehmens der medizinischen Akkulturation geworden. Die erste Welle betraf die Pflege der Kinder und vor allem der Säuglinge: Andry: *L'Orthopédie* (1741), Vandermonde: *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine* (1756); Cadogan: *Manière de nourrir et d'élever les enfants* (die franz. Übersetzung ist 1752 erschienen), Desessartz: *Traité de l'éducation corporelle enfants en bas âge* (1760); Ballexserd: *Dissertation sur l'éducation physique des enfants* (1762); Raulin: *De la conservation des enfants* (1768); Nicolas: *Le Cri de la nature en faveur des enfants nouveau-nés* (1775); Daignan: *Tableau des variétés de la vie humaine* (1786); Saucerotte: *De la conservation des enfants* (Jahr IV); W. Buchan: *Le Conservateur de la santé des mères et des enfants* (in franz. Übersetzung 1804); J. A. Millot, *Le Nestor Français* (1807); Laplace-Chanvre: *Sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants* (1813); Leretz, *Hygiène des enfants* (1814); Prévost-

Leygonie, *Sur l'éducation physique des enfants* (1813)⁶. Diese Literatur sollte noch an Ausdehnung gewinnen, als man im 19. Jahrhundert eine ganze Reihe von Periodika und Journalen publizierte, die sich direkt an das Volk (*classes populaires*) richteten.

Die lange Kampagne für die Inokulation und Vakzination fügt sich in diese Bewegung ein, durch die man versuchte, um das Kind herum medizinische Dienste zu organisieren, für die die Familie die moralische Verantwortung und zum Teil auch die finanzielle Last tragen sollte. Die Politik zugunsten der Waisen verfolgt, auf anderen Wegen, eine ähnliche Strategie. Man gründet Institutionen, die speziell dafür konzipiert sind, sie aufzunehmen und ihnen eine bestimmte Pflege zukommen zu lassen (*Foundling Hospital* in London, *Enfants-Trouvés* in Paris); aber man organisiert auch ein System der Versorgung bei Ammen und in Familien, in denen sie sich nützlich machen, indem sie zumindest etwas am häuslichen Leben teilnehmen und wo sie darüberhinaus eine Umgebung vorfinden sollen, die für ihre Entwicklung förderlicher und ökonomisch weniger kostspielig ist als ihre Kasernierung bis zur Adoleszenz in einem Hospital.

Die Medizinalpolitik, die sich im 18. Jahrhundert in allen Ländern Europas abzeichnet, hat als ersten Effekt die Organisation der Familie oder viel eher des

6 Andry de Boisregard (N.), *L'Orthopédie. ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps*, Paris, Alix, 1741, 2 vol.; Vandermonde (C.-A.), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Vincent, 1756, 2 vol.; Cadogan (W.), *An essay upon Nursing and the Management of Children from their Birth to three Years of Age*, London, J. Roberts, 1752 (franz. 1752); Desessartz (J.-C.), *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge, ou Réflexions pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens*, Paris, J. Hérisant, 1760; Ballexserd (J.), *Dissertation sur l'éducation physique des enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, Vallat-La-Chapelle, 1762; Raulin (J.), *De la conservation des enfants, ou les Moyens de les fortifier depuis l'instant de leur existence jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, Merlin, 1768-1769, 3 vol.; Nicolas (P.-F.), *Le Cri de la nature, en faveur des enfants nouveau-nés. Ouvrage dans lequel on expose les règles diététiques que les femmes doivent suivre pendant leur grossesse*, Grenoble, Giroud, 1775; Daigan (G.), *Tableau des variétés de la vie humaine, avec les avantages et les désavantages de chaque constitution et des avis très importants aux pères et aux mères sur la santé de leurs enfants, surtout à l'âge de la puberté*, Paris, L'auteur, 1786, 2 vol.; Saucerotte (L. S.), *De la conservation des enfants pendant la grossesse, et de leur éducation physique, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six à huit ans*, Paris, Guillaume, 1796; Buchan (W.), *Advice to Mothers on the Subject of their Own Health, and on the Means of Promoting the Health, Strength and Beauty of their Offspring*, London, Cadell and Davies, 1803 (franz. 1804); Millot (J.A.), *Le Nestor français, ou Guide moral et physiologique pour conduire la jeunesse au bonheur*, Paris, F. Buisson, 1807, 3 vol.; Laplace-Chauvac (J.-M.), *Sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants*, Paris, 1813; Leretz (A.), *Hygiène des enfants, considérés depuis l'époque de la naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, Paris, 1814; Prévot-Leygonie (P.), *Sur l'éducation physique des enfants*, Paris 1813.

Komplexes Familie-Kinder als primäre und unmittelbare Instanz der Medikalisation der Individuen; sie fungierte als Scharnier zwischen den allgemeinen Zielen, die die Gesundheit des sozialen Körpers betreffen, und dem Wunsch oder Bedürfnis der Individuen nach Pflege; sie hat es ermöglicht, eine ‚private‘ Ethik des guten Gesundheitszustandes – als wechselseitige Verpflichtung der Eltern und der Kinder – mit einer kollektiven Kontrolle der Hygiene und einer wissenschaftlichen Technik der Heilung zu verbinden (*articuler*), die auf den Wunsch der Individuen und der Familien hin von einem professionellen Korps qualifizierter und gewissermaßen staatlich empfohlener Ärzte gewährleistet wird. Die Rechte und Pflichten der Individuen mit Bezug auf ihre Gesundheit und die der anderen, der Markt, auf dem Nachfrage von und Angebot an medizinischen Pflegeleistungen aufeinandertreffen, die autoritären Eingriffe der Macht in die Ordnung der Hygiene und der Krankheiten, die Institutionalisierung und Verteidigung der privaten Beziehung mit dem Arzt, all das in seiner ganzen Multiplizität und Kohärenz markiert das globale Funktionieren der Gesundheitspolizei im 19. Jahrhundert, kann aber nicht verstanden werden, wenn von jenem zentralen Element abstrahiert wird, das im 18. Jahrhundert geformt wurde: die medikalisiert-medikalisierende Familie.

2. Die Privilegierung der Hygiene und die Funktionsweise der Medizin als soziale Kontrollinstanz

Die alte Konzeption des Regimes im doppelten Sinn einer Lebensregel und Form der Präventivmedizin wird zum kollektiven ‚Regime‘ einer ganzen Population erweitert, und dies mit einer dreifachen Zielsetzung: das Verschwinden der großen Epidemienstürme, die Senkung der Morbiditätsrate, die Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Erlebenserwartung für jede Altersklasse. Diese Hygiene als Gesundheitsregime der Bevölkerungen impliziert auf der Seite der Medizin eine Reihe von autoritären Eingriffen und Kontrollmaßnahmen.

Und dies vor allem über den urbanen Raum im allgemeinen, denn er stellt das vielleicht gefährlichste Milieu für die Bevölkerung dar. Die Anordnung der verschiedenen Bezirke, ihre Feuchtigkeit, ihre Wetterausgesetztheit, die Belüftung der Stadt als ganzer, ihr Kanalisationssystem, die Anordnung der Friedhöfe und der Schlachthöfe, die Bevölkerungsdichte, all dies stellt Faktoren dar, die eine entscheidende Rolle für die Mortalität und Morbidität der Einwohner spielen. Die Stadt mit ihren wichtigsten räumlichen Variablen erscheint als ein zu medikalisierendes Objekt. Während die medizinischen Topographien der ländlichen Regionen klimatische und geologische Gegebenheiten untersuchen, die nicht beeinflusst werden

können, sondern nur Schutz- und Kompensationsmaßnahmen nahelegen, zeichnen die Topographien der Städte zumindest indirekt die allgemeinen Prinzipien eines konzertierten Urbanismus vor. Die pathogene Stadt ist im 18. Jahrhundert nicht nur die Quelle einer ganzen Mythologie, sondern auch der Auslöser sehr realer Paniken (der *charnier des Innocents* war in Paris einer dieser angstbesetzten Plätze); sie hat in jedem Fall einen medizinischen Diskurs über die urbane Morbidität und eine medizinische Kontrolle hervorgerufen, die sich auf ein Ensemble von Einrichtungen, Konstruktionen und Institutionen erstreckt (vgl. z. B.: J. P. L. Morel, *Sur les causes qui contribuent le plus à rendre cachectique et rachitique la constitution d'un grand nombre d'enfants de la ville de Lille*, 1812).

In präziserer und pointierterer Weise verlangen die Notwendigkeiten der Hygiene eine autoritäre medizinische Intervention an den Orten, die als privilegierte Krankheitsherde betrachtet werden: die Gefängnisse, die Schiffe, die Hafenanlagen, die Allgemeinen Krankenhäuser, wo sich Landstreicher, Bettler, Invalide treffen, die Spitäler selbst, deren medizinische Kontrolle die meiste Zeit unzureichend ist, und die daher zu Verschlimmerungen und Komplikationen der Krankheiten der Patienten führen, wenn sie nicht überhaupt pathologische Keime nach außen verbreiten. Man isoliert also das urbane System der dringend zu medikalierenden Regionen, die ebensoviele Ansatzpunkte für die Ausübung einer intensivierten medizinischen Macht darstellen.

Überdies haben die Ärzte die Individuen die fundamentalen Hygieneregeln zu lehren, die diese im Interesse ihrer eigenen Gesundheit und der der anderen zu befolgen haben: Nahrungs- und Wohnungshygiene, medizinische Pflege im Krankheitsfall.

Die Medizin als allgemeine Gesundheitstechnik, mehr noch denn als Krankendienst und Heilkunde, nimmt eine immer wichtigere Stellung in den administrativen Strukturen und in der Machtmaschinerie ein, die im Lauf des 18. Jahrhunderts nicht aufhört, sich zu erweitern und zu behaupten. Der Arzt faßt Fuß in verschiedenen Instanzen der Macht. Die Verwaltung dient als Ansatzpunkt und manchmal als Ausgangspunkt für die großen medizinischen Enqueten über die Gesundheit der Bevölkerungen, und umgekehrt widmen die Ärzte einen immer größeren Teil ihrer Aktivität den Aufgaben sowohl allgemeiner als auch administrativer Art, die ihnen von der Macht vorgeschrieben werden. In bezug auf die Gesellschaft, ihre Gesundheit und ihre Krankheiten, ihre Lebens- und Wohnbedingungen und ihre Lebensgewohnheiten beginnt sich ein ‚mediko-administratives‘ Wissen zu bilden, das als Keimzelle der ‚Sozialökonomie‘ und der Soziologie des 19. Jahrhunderts dienen wird. Und es bildet sich gleichzeitig ein politisch-medizinischer Zugriff auf eine

Bevölkerung heraus, die man mit Hilfe von Vorschriften führt, die nicht nur die Krankheit betreffen, sondern die allgemeinen Lebensformen und Verhaltensweisen (Nahrungs- und Getränkeaufnahme, Sexualität und Fruchtbarkeit, Kleidungsge-
wohnheiten und Wohnformen).

Von dieser Deutung des Politischen und Medizinischen über die Hygiene legt seit dem 18. Jahrhundert das ‚Mehr an Macht‘ (*plus de pouvoir*) Zeugnis ab, von dem der Arzt profitiert: immer größere Präsenz in den Akademien und wissenschaftlichen Gesellschaften; umfangreiche Mitarbeit an Enzyklopädien; Präsenz als Berater bei den Repräsentanten der Macht; Organisation von medizinischen Gesellschaften, die offiziell mit Verwaltungsaufgaben betraut werden und autoritäre Maßnahmen verfügen oder vorschlagen können; die Rolle vieler Ärzte als Programmierer einer gut geführten Gesellschaft (der Arzt als ökonomischer oder politischer Reformator ist eine in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts häufige Figur); Über-Repräsentation der Ärzte in den Revolutionsversammlungen. Der Arzt wird der große Berater und Experte, wenn schon nicht in der Regierungskunst, so doch in der Kunst, den sozialen ‚Körper‘ zu beobachten, wiederherzustellen und zu verbessern und ihn in einem dauerhaften Zustand der Gesundheit zu halten. Und es ist seine Funktion als Hygieniker mehr als sein Prestige als Therapeut, die ihm im 18. Jahrhundert seine privilegierte Position auf politischer Ebene sichert, bevor diese sich im 19. Jahrhundert auch auf die ökonomische und soziale Ebene erstreckt.

Die Infragestellung des Hospitals im Lauf des 18. Jahrhunderts versteht sich von drei zentralen Phänomenen her: Das Auftauchen der ‚Bevölkerung‘ mit ihren bio-medizinischen Variablen von Langlebigkeit und Gesundheit; die Organisation der durch die elterliche Funktion bestimmten Familie als Relais einer Medikalisierung, in welcher sie als permanente Nachfrage und ultimatives Instrument fungiert; die medizinisch-administrative Verknotung rings um die Kontrollen der kollektiven Hygiene.

Mit Bezug auf diese neuen Probleme erscheint nun das Hospital in vieler Hinsicht als überholte Struktur. Als in sich geschlossener Teil-Raum, als Ort der Internierung von Menschen und Krankheiten, als feierliche, aber untaugliche Architektur, die die Übel im Inneren vervielfältigt, ohne sie daran hindern zu können, nach außen zu dringen, ist es mehr ein Hort des Todes für die Städte denn ein Heilmittel für die gesamte Bevölkerung. Die Schwierigkeit, darin einen Platz zu finden, die Anforderungen an die Aufnahmeheischenden, aber auch das unaufhörliche Durcheinander der Ein- und Ausgänge, die schlechte medizinische Aufsicht, die Schwierigkeit einer effektiven Behandlung der Kranken machen daraus ein inadäquates

Instrument in dem Augenblick, in dem der Gegenstand der Medikalisierung die gesamte Bevölkerung und ihr Ziel eine allgemeine Anhebung des Gesundheitsniveaus sein soll. In dem urbanen Raum, den die Medizin reinigen soll, bildet das Hospital einen dunklen Fleck. Und in der Ökonomie eine träge Last, weil es eine Hilfestellung bietet, die niemals die Verringerung der Armut erlaubt, sondern bestenfalls das Überleben einzelner Armer, und damit das Wachstum von deren Anzahl, die Verlängerung ihrer Leiden, die Verfestigung ihres schlechten Gesundheitszustandes mit allen Ansteckungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben können.

Von daher die sich im 18. Jahrhundert verbreitende Idee einer Ablösung des Hospitals durch drei Hauptmechanismen: Durch die Organisation einer häuslichen ‚Hospitalisierung‘; diese birgt zweifelsohne ihre Gefahren in sich, wenn es sich um epidemische Krankheiten handelt; aber sie bringt insofern ökonomische Vorteile, als die Unterhaltskosten eines Kranken für die Gesellschaft wesentlich geringer sind, wenn er zuhause betreut und gepflegt wird wie vor seiner Krankheit (die Kosten für den sozialen Körper bewegen sich dann in der Größenordnung des Einkommensentgangs durch seine erzwungene Beschäftigungslosigkeit, und dies auch nur dann, wenn er tatsächlich Arbeit hatte); die häusliche Hospitalisierung hat auch medizinische Vorteile, weil die Familie – sofern sie nur ein wenig medizinisch beraten wird – kontinuierliche und angepaßte Pflegeleistungen gewährleisten kann, wie sie von einer Spitalsadministration nicht erwartet werden können: Jede Familie muß als ein kleines provisorisches *hôpital* funktionieren können, das gleichermaßen individuell und kostengünstig ist. Aber eine solche Prozedur setzt voraus, daß die Ablösung des Spitals unter anderem durch ein medizinisches Korps gesichert ist, das in der Gesellschaft weit genug verbreitet ist und das kostenlose oder jedenfalls möglichst billige Pflegeleistungen erbringen kann. Eine medizinische Führung der Population, wenn permanent, flexibel und leicht nutzbar, kann einen guten Teil der traditionellen *hôpitaux* überflüssig machen. Schließlich kann man sich vorstellen, daß die Pflegeleistungen, Konsultationen und Medikamentenabgaben verbreitert werden, die einige Spitäler den Kranken schon ambulant anbieten, ohne sie aufzuhalten oder zu internieren: die Methode der Armenapotheken, die die technischen Vorteile der Hospitalisierung erhalten, ohne deren medizinische oder ökonomische Nachteile zu haben.

Diese drei Methoden haben vor allem in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zu einer ganzen Reihe von Projekten und Programmen geführt. Sie haben verschiedene Erfahrungen und Ergebnisse gezeitigt. 1769 wird in London ein *Dispensary* „for the Infant Poor“ am Red Lion Square gegründet; dreißig Jahre gibt es solche *Dispensaries* in jedem Stadtviertel, und man schätzte die Zahl derer, die

dort jedes Jahr kostenlose Pflege erhielten, auf knapp fünfzigtausend. In Frankreich scheint es, als habe man in erster Linie die Verbesserung, Erweiterung und homogenere Verteilung der medizinischen Führung in den Städten wie am Land angestrebt: die Reform der medizinischen und chirurgischen Studien (1772 und 1784), die Verpflichtungen für Ärzte, in Kleinstädten und Märkten zu praktizieren, bevor sie in bestimmten größeren Städten Aufnahme finden konnten, die Enquêtes und Koordinationsaufgaben der *Société royale de médecine*, der wachsende Anteil der Gesundheits- und Hygienekontrollen an den Kompetenzen der *intendants*, die Entwicklung der kostenlosen Medikamentenabgabe unter der Verantwortung von offiziell beauftragten Ärzten, all dies verweist auf eine Gesundheitspolitik, die sich auf die extensive Präsenz medizinischen Personals im sozialen Körper stützt. Diese Kritiken des Hospitals und das Projekt seiner Substitution finden ihre Zuspitzung während der Revolution in einer erklärten Tendenz zur ‚Dehospitalisierung‘; diese wird schon spürbar in den Berichten des *Comité de mendicité* mit dem Projekt, in jedem ländlichen Bezirk einen Arzt oder Chirurgen für die Armenpflege, die Kinderfürsorge und die Inokulation einzusetzen. Deutlich wird diese Tendenz zur Dehospitalisierung aber zur Zeit der *Convention* mit der Forderung nach drei Ärzten pro Bezirk zur Sicherstellung der wesentlichen medizinischen Pflege für die Gesamtheit der Bevölkerung formuliert.

Aber das Verschwinden des Hospitals war nie mehr als ein utopischer Fluchtpunkt. In der Tat vollzog sich die eigentliche Entwicklung in dem Augenblick, als man versuchte, einen komplexen Funktionsmechanismus zu entwickeln, in dem das Spital einen spezifischen Platz gegenüber der zur primären Instanz der Gesundheit gewordenen Familie, gegenüber dem weitreichenden und gleichmäßigen Netz des medizinischen Personals und gegenüber der administrativen Kontrolle der Bevölkerung einnehmen sollte. Mit Bezug auf dieses Ensemble versucht man das Spital zu reformieren.

Es handelt sich in erster Linie darum, es an den Raum, näherhin den urbanen Raum anzupassen, in dem es lokalisiert ist. Von daher eine Reihe von Diskussionen und Konflikten zwischen verschiedenen Formeln der Implantierung: leistungsstarke Spitäler, die geeignet sind, eine zahlreiche Population aufzunehmen und wo die solcherart gebündelten Pflegeleistungen kohärenter, leichter kontrollierbar und weniger kostspielig wären; oder im Gegenteil kleindimensionierte Spitäler, wo die Kranken besser überwacht wären und wo die spitalsinternen Ansteckungsgefahren geringer wären. Ein anderes Problem überschneidet sich damit: Soll man die Spitäler außerhalb der Städte errichten, dort wo die Belüftung besser ist und sie nicht Gefahr laufen, Miasmen in der Bevölkerung zu verbreiten? Eine Lösung, die

im allgemeinen Hand in Hand mit der Einrichtung großer architektonischer Ensembles geht. Oder soll man eine Vielzahl kleiner Spitäler bauen, die so verteilt sind, daß sie für die Bevölkerung, die sie nutzen soll, möglichst leicht zugänglich sind? Eine Lösung, die oft die Koppelung der Spitalseinrichtung mit der Funktion eines *Dispensary* impliziert. Das Spital soll jedenfalls ein funktionales Element in einem urbanen Raum werden, wo seine Effekte gemessen und kontrolliert werden können.

Es muß andererseits das Innere des Spitals so eingerichtet werden, daß es medizinisch effizient wird: nicht mehr als Ort der Unterstützung (*assistance*), sondern als Ort therapeutischer Eingriffe. Das Spital muß als eine ‚Heilungsmaschine‘ funktionieren. In negativer Hinsicht: Es müssen alle Faktoren eliminiert werden, die es für jene gefahrlieh machen, die sich darin aufhalten (Problem der Luftzirkulation, die gewährleistet sein muß, ohne daß seine Miasmen und pestilenzischen Ausdünstungen von einem Kranken zum anderen getragen werden; Probleme des Wechsels, der Reinigung und des Transports der Spitalswasche). In positiver Hinsicht muß das Spital im Hinblick auf eine konzertierte therapeutische Strategie organisiert werden: ununterbrochene Präsenz und hierarchisches Primat der Ärzte; Systeme der Beobachtung, der Notation, der Aufzeichnung, die erlauben, die Kenntnisse der einzelnen Fälle festzuhalten, ihre besondere Entwicklung zu verfolgen und auch Daten zu verallgemeinern, die eine ganze Population und längere Zeitabschnitte betreffen; Ersetzung der wenig differenzierten Regime, in denen traditionellerweise die Pflegeleistungen bestanden, durch besser angepaßte medizinische und pharmazeutische Kuren. Das Spital wird ein essentielles Element der medizinischen Technologie: nicht bloß ein Ort, wo man gesund werden kann, sondern ein Instrument, das es gestattet, eine bestimmte Zahl von schweren Fällen zu heilen.

Es ist daher notwendig, daß sich in ihm medizinisches Wissen und therapeutische Effizienz verbinden (*articuler*). Somit treten im 18. Jahrhundert die spezialisierten Spitäler auf. Gab es vorher gewisse, Geistes- oder Geschlechtskranken vorbehalten Einrichtungen, so mehr als Ausschlieungsmanahme und zur Abwehr von Gefahren denn im Interesse einer Spezialisierung der Pflege (*soins*). Das ‚unifunktionelle‘ Spital entwickelt sich erst ab dem Moment, wo die Hospitalisation der Träger und manchmal die Bedingung einer mehr oder weniger komplexen therapeutischen Intervention wird. Das *Middlesex Hospital* in London wird 1745 eröffnet: Es war dazu bestimmt, die Windpocken zu heilen und die Pockenimpfung zu praktizieren; das *London Fever Hospital* datiert aus dem Jahr 1802, und das *Royal Ophthalmic Hospital* aus dem Jahr 1804. Die erste Entbindungsstation in

London wurde 1749 eröffnet. In Paris wurden 1802 die *Enfants-Malades* gegründet. Man beobachtet die langsame Konstitution eines Spitalsnetzes, dessen therapeutische Funktion deutlich markiert ist; es muß einerseits einigermaßen gleichmäßig den urbanen oder ländlichen Raum abdecken, für dessen Bevölkerung es zuständig ist, und sich andererseits nach dem medizinischen Wissen, seinen Klassifikationen und seinen Techniken gliedern.

Schließlich soll das Spital als Trägerstruktur für die permanente Führung der Bevölkerung durch das medizinische Personal dienen. Es muß möglich sein, aus gleichermaßen medizinischen wie ökonomischen Gründen von der häuslichen Pflege in die Spitalsbehandlung überzuwechseln. Die Ärzte sowohl auf dem Land als in der Stadt sollen durch ihre Visiten die Spitäler entlasten und deren Überfüllung verhindern; und umgekehrt soll das Spital auf ärztliche Empfehlung und Anordnung zugänglich sein. Außerdem soll das Spital als Ort der Akkumulation und der Entwicklung des Wissens die Ausbildung der Ärzte ermöglichen, die auf privater Basis praktizieren werden. Die klinische Lehre im Spitalsbereich, deren erste Ansätze in Holland mit Sylvius⁷ und dann Boerhaave, in Wien mit Van Swieten sowie in Edinburgh mit der Verbindung der medizinische Schule und der *Edinburgh Infirmary* auftauchen, wird am Ende des Jahrhunderts das allgemeine Prinzip, auf dessen Grundlage man versucht, das Studium der Medizin zu reorganisieren. Das Spital als therapeutisches Instrument für jene, die sich darin aufhalten, trägt durch die klinische Lehre und die gute Qualität der medizinischen Kenntnisse zur Anhebung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung bei.

Die Reform der Spitäler und insbesondere die Projekte ihrer architektonischen, institutionellen und technischen Reorganisation schulden ihre Bedeutung im 18. Jahrhundert jenem Ensemble von Problemen, die den urbanen Raum, die Bevölkerungsmasse mit ihren biologischen Charakteristiken, die verdichtete Familienzelle und den Körper der Individuen ins Spiel bringen. In die Geschichte dieser sowohl politischen als auch ökonomischen Materialitäten schreibt sich die ‚physische‘ Transformation der Spitäler ein: jene Transformation, von der hier näher die Rede sein wird.⁸

Aus dem Französischen von Daniel Eckert und Wolfgang Neurath

7 eigentlich: Franz de le Boë, (ursprünglich Dubois), 1614 –1672.

8 Anm. d. Übers.: Dieser Artikel bildete die Einleitung zu: *Les Machines à guérir. Aux origines de l' hôpital moderne; dossier et documents*, Institut de l'environnement, 1976.