

Benjamin Schmitz

Das pandemische Sicherheitsdispositiv

Eine Situationsanalyse
der Corona-Ambulanz in Koblenz

BELTZ JUVENTA

Der Autor

Benjamin Schmitz ist Lehrbeauftragter am Institut für Soziologie der Universität Koblenz und Projektreferent der Deutschen AIDS-Stiftung in Bonn. Seine (aktuellen) Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind Wissens- und Wissenschaftssoziologie, Gesundheitssoziologie sowie Qualitative Sozialforschung.

Diese Dissertation wurde vom Fachbereich 1: Bildungswissenschaften der Universität Koblenz zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie angenommen.

Datum der Annahme: 05.11.2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-9164-9 Print

ISBN 978-3-7799-9165-6 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-9166-3 E-Book (ePub)

1. Auflage 2025

© 2025 Beltz Juventa

Verlagsgruppe Beltz

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

service@beltz.de

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag

(ID 15985-2104-1001)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

1. Einleitung	<u>7</u>
2. Gesundheit, SARS-CoV-2 und das Anthropozän – Situierung des Falls	<u>15</u>
2.1. Medikalisierung, Epidemiologie, Öffentliche Gesundheit – Treiberinnen medizinischen Deutungsanspruchs	<u>16</u>
2.1.1. Zur Genese von „Gesundheit“	<u>17</u>
2.1.2. Thesen der Medikalisierung	<u>21</u>
2.1.3. Zoonosen – Phänomene hybrider Vektoren	<u>31</u>
2.2. Zum menschengemachten Erdzeitalter – eine kurze soziologische Vermessung	<u>34</u>
2.2.1. Anfänge des Anthropozäns	<u>37</u>
2.2.2. Theoretischer Nachholbedarf	<u>41</u>
2.2.3. Einordnung des Verhältnisses von SARS-CoV-2 und dem Anthropozän	<u>51</u>
2.3. Die Corona-Ambulanz in Koblenz – eine Vorstellung	<u>55</u>
3. Theoretischer Werkzeugkasten	<u>63</u>
3.1. Theoretische Positionierung und Abgrenzung	<u>64</u>
3.1.1. Exkurs: Situation	<u>67</u>
3.2. „Follow the actors“ – Bruno Latour	<u>70</u>
3.2.1. Krise und Kritik – Wissenschafts- und Techniksoziologie	<u>71</u>
3.2.2. Alternativlose assoziative Konzeptionen des Sozialen	<u>79</u>
3.2.3. Methodologische Folgen – Akteur-Netzwerk-Theorie	<u>87</u>
3.3. Regierungstechniken – Michel Foucault	<u>94</u>
3.3.1. Aufklärung und Kritik – archäologische Wissenssoziologie	<u>95</u>
3.3.2. Von der Mikrophysik der Macht zur Gouvernamentalität	<u>104</u>
3.3.3. Dispositive (der Sicherheit)	<u>115</u>
3.4. Theoriedesiderat, Synergien und Fragestellung(en)	<u>127</u>
3.4.1. Forschungsprogrammatische Parallelen	<u>130</u>
3.4.2. Die assoziative Mikrophysik der Macht	<u>136</u>
3.4.3. Relationalistische Gesellschaftsanalyse	<u>140</u>
4. Methodologie, Forschungsfragen, -design und -prozess	<u>145</u>
4.1. Situationsanalyse – Grundideen	<u>150</u>
4.2. Forschungsprozess und präzisere methodische Vorgehensweise	<u>154</u>

4.3.	Datenerhebung	159
4.3.1.	Teilnehmende Beobachtungen	162
4.3.2.	Expert_inneninterviews	164
4.3.3.	Aufnahmen	167
4.3.4.	Dokumente – Testverordnungen und Bevölkerungsschutzgesetze	168
5.	Analyse – Kartographie	171
5.1.	Situation-Maps	173
5.1.1.	Ungeordnete Situation-Maps	174
5.1.2.	Geordnete Situation-Maps	176
5.2.	Assoziative Analyse der Situation-Maps	180
5.2.1.	Die Corona-Ambulanz Koblenz als Obligatorischer Passagerepunkt	188
5.2.2.	Zirkulierende Referenz in der Corona-Ambulanz Koblenz	195
5.2.3.	„Die Welle“	208
5.3.	Maps Sozialer Welten	215
5.3.1.	Soziale Welten	218
5.4.	Positional-Maps	229
5.4.1.	Freiheit versus Sicherheit	231
5.4.2.	Flexibilität versus Vorschrift – Ritt auf der Rasiermesser Klinge	237
6.	Beantwortung der Forschungsfragen	243
6.1.	Elemente des Sicherheitsdispositivs	244
6.1.1.	Bio- und technopolitische Schnittstellen	245
6.1.2.	<i>Homo pandemicus</i>	250
6.1.3.	(Koblenzer) Bevölkerung	254
6.2.	Das pandemische Sicherheitsdispositiv	257
7.	Schluss	269
7.1.	Zusammenfassung	269
7.2.	Einschränkungen und Diskussion	279
7.3.	Einordnung und Ausblick	282
	Literatur	293
	Abbildungsverzeichnis	304
	Tabellenverzeichnis	305
	Abkürzungsverzeichnis	305
	Glossar	306
	Index	310

1. Einleitung

„The planet is overflowing with all kinds of things and discourses that are consequential for people and for the nonhuman as well. It is time to move beyond ‚the knowing subject‘ to *also* analyze other facets of social life – materially and discursively“ (Clarke et al. 2018: 237) [Herv. i. O.].

Das Zitat spricht alle wesentlichen Elemente an, die in der vorliegenden Arbeit zum Tragen kommen werden: Den Planeten Erde, der über die Debatte um das Anthropozän und die Covid-19-Pandemie adressiert wird, die theoretische wie methodologische Berücksichtigung semiotischer wie materieller Elemente innerhalb der Soziologie sowie die Infragestellung der Bauweise des kontemporären Subjekts, wie es Foucault seinerzeit schon prophezeite.

Es ist die Covid-19-Pandemie, die als Auslöserin für das soziologische Forschungsinteresse gilt, das vorliegend in ein Resultat gegossen wurde. So existierten aus alltagssoziologischer Sicht kaum Individuen, die von der Covid-19-Pandemie *gar nicht* tangiert wurden: Bewegungseinschränkungen, Lockdowns, Telearbeit, geschlossene Kindergärten, verordnete Quarantänen, Impfungen und *Testungen*. Eine Flut an Maßnahmen, die ständig angepasst wurde, konzentrierte den Handlungsspielraum in ein stellenweise subjektiv wahrgenommenes Zwangskorsett, um möglichst viel Kontrolle über die Ansteckungs- und Mortalitätsraten zu erlangen – auch fehlerbehaftet, wie sich im Nachhinein feststellen ließ (vgl. Drost/Mascolo 2024). Die Luft wurde zu einer potenziellen Feindin figuriert (vgl. Opitz 2020; vgl. Folkers/Opitz 2022: 344). Ein Phänomen, das sich in der Gesellschaft derart mannigfaltig ausbreitet, ist für die Soziologie ein sich *gar anbietendes* Ereignis und basierend auf den genannten Maßnahmen keines, das „rein“ medizinischer Natur wäre. Gleichwohl sind Epi- und Pandemien keine soziologisch gänzlich unbearbeiteten Phänomene. Somit mag man sich zurecht die Frage stellen, welche soziologischen Chancen in der Bearbeitung der Covid-19-Pandemie schlummern. Die These lautet: Die Covid-19-Pandemie ist mit einem sie einschließenden Phänomen *verknüpft*.

Es wird der *Spur* nachgegangen, die die Covid-19-Pandemie aus biologischer Sicht als „nicht überraschend“ verstehen lässt (vgl. Aronsson/Holm 2020). Das Argument besteht darin, dass sie *mehr* zu sein scheint als das Ergebnis „herkömmlicher“ Mutationen von Viren. Die *Entstehungsgeschichte* von SARS-CoV-2 ist eine, die vom Menschen selbst *mitdiktirt* wurde. Das ruft *erneut* die Soziologie auf den Plan, die sich hauptamtlich mit dem Menschen befasst: Eine menschengemachte Krise, in der der Täter von einem Virus vertreten wird? Dies wirkt zunächst absurd, aber im Lichte der übergeologischen Debatte um ein neues Erdzeitalter – das Anthropozän – plausibel. Mit der Konzentration jener

Debatte auf ihre Betitelung, die den Menschen in den Vordergrund rückt, legt sie den Finger in die Wunde: Der Mensch hat sich schließlich nachweisbar mit den Dimensionen des Planetarischen verbunden (vgl. Zalasiewicz 2015: 160). Er *ist* nun eine planetarische Kraft – so die Kernaussage. Aus dieser Perspektive werden „Naturkatastrophen“ wie u. a. das Ozonloch, das derzeit stattfindende 6. Massensterben, der Klimawandel, der durch CO₂ vermittelte Treibhauseffekt, der Supergau in Tschernobyl 1986, Plastikmeere oder eben Zoonosen wie das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) oder das Schwere-akute-Atemwegssyndrom-Corona-Virus-Typ-2 (SARS-CoV-2) um ein Element in ihrer Entstehungsgeschichte ergänzt: den *Menschen*. Das humanistische Werteideal der menschlichen Selbstverwirklichung scheint in der (unbewussten) Loslösung von seinen biologistischen Geiseln zu gipfeln und zynisch in sein Gegenteil umzuschlagen; steht nun konkret das *Überleben* des Menschen auf der Erde auf dem Spiel, in dem sich die Frage danach stellt, ob der Mensch seine neu erworbene Macht eigentlich *beherrscht*. „Bei fast allen geologischen Zeitnamen ist die Frage der Nützlichkeit im Wesentlichen eine, die nur Geologen betrifft. Beim Anthropozän gilt es, einen größeren Kreis von Interessenten zu berücksichtigen“ (ebd.: 162). Die Soziologie darf sich angesprochen fühlen, diese Zuständigkeitserweiterung der eigenen Disziplin anzuerkennen; wird ihre Einflussnahme auf die Untersuchung des Anthropozäns seitens der Naturwissenschaften stellenweise gar *vermisst* (vgl. Schnellhuber et al. 2011: 24; vgl. May 2024). Diese Handreichung wird m. E. über u. a. ein entscheidendes Desiderat erklärbar: Dieses sagt aus, dass es einstweilen keinen wissenschaftlich – genauer: chemisch – nachvollziehbaren Grund dafür gibt, dass die Erdatmosphäre, wie wir sie kennen, stabil bleibt (vgl. Lovelock 1991):

„Er [Lovelock] erkannte, daß man selbst vom Weltraum aus chemische Widersprüche in der Erdatmosphäre beobachten kann. Unsere Atmosphäre enthält dafür, daß Methan vorhanden ist, viel zuviel Sauerstoff. Eine Mischung aus diesen beiden Gasen ist sehr reaktionsfähig, und sie könnten in einer derart hohen Konzentration nicht nebeneinander existieren, wenn ihre Mengen nicht aktiv aufrechterhalten würden. Auch zahlreiche andere Gase sind in sehr unwahrscheinlichen, höchst instabilen Mischungsverhältnissen vorhanden. Wasserstoff und sogar Stickstoff reagieren in Gegenwart von Sauerstoff explosionsartig, und doch existieren sie in der Erdatmosphäre nebeneinander“ (Margulis 1999: 144).

Mit anderen Worten, alles, was wir über die *Bedingungen des Lebens* wissen, spielt in einem *Raum* ab, der sich, auf Basis der Naturgesetze, die wir über ihn rekonstruiert haben, eigentlich auflösen müsste.

Warum bleiben die Bedingungen für das Leben also stabil? *Eine* These lautet, dass die Lebensbedingungen *vom* und *für* das Leben selbst modifiziert werden (vgl. ebd.: 150). Diese sogenannte Gaia-Hypothese spricht dafür, die *Abhängigkeiten* beziehungsweise Verbindungen aller beschriebenen Entitäten in der Erdatmosphäre *ernst* zu nehmen:

„Seltsamerweise kommen die Geologie- oder Biologiehandbücher nicht aus dem Staunen darüber heraus, dass die lebenden Organismen ‚das Glück hatten‘, auf der Erde die idealen Bedingungen vorzufinden, um sich seit Milliarden von Jahren zu entwickeln [...] Es gibt gar keine ‚Umwelt‘. Es ist, als würde man einer Ameise zu ihrem Glück gratulieren, sich in einem Ameisenhaufen zu befinden, der durch eine glückliche Fügung so warm, so angenehm belüftet ist und so häufig von Abfällen bereinigt wird“ (Latour 2022b: 25)!

Das betrifft auch Teile der Soziologie: Die Bekennung der Naturwissenschaften (Biologie, Chemie, Geologie, Physik ...) zu eben diesem Vermischungsprozess kann und sollte „als zusätzlicher Beleg für die Notwendigkeit einer sozialtheoretischen Erneuerung“ betrachtet werden (Laux 2018: 22). Sind wir etwa gut beraten, eine physikalisch-biologische, überindividuelle Schwarmintelligenz „herzustellen“, um die gegenwärtigen Probleme der Bewohnbarkeit der Erde verstehen wie lösen zu können?

Zumindest lässt sich die Covid-19-Pandemie in diese kulturhistorische und raumzeitliche Deutung situieren. Da sie aber nie eine reine „Naturkatastrophe“ war, rückt sich die Frage des Zuständigkeitsbereichs im Sinne einer akut kontrollierbaren Prävention und somit der *Bauweise pandemischer Sicherheit* in den Vordergrund; denn: „Die Debatten um die ausgeblendeten Unsicherheitsreste gentechnisch veränderter Organismen, die Klimakrise, die Ebola-Krise, die Unkontrollierbarkeit des HI-Virus oder des Vogel- und Schweinegrippevirus weisen gerade darauf hin, dass man genau dies zu erkennen scheint“ (Holzinger 2017: 240). Ist es, bezogen auf das Anthropozän, tatsächlich so, dass beispielsweise das im Zitat erwähnte HIV vollkommen „unkontrolliert“ ist oder bedarf es eines Perspektivwechsels, der den Begriff des potenziell Kontrollierbaren *verschiebt* (vgl. Folkers 2022: 85, 97)? Ulrich Beck mahnte an, dass „Sicherheit“ und „Gesundheit“ der Menschen in Zukunft keine nationalstaatlich zu lösenden Aufgaben mehr seien, was eine Bedeutungsverschiebung von Risiko und Sicherheit einläutete (vgl. Beck 1996: 131). Demnach ist es etwa nicht der Sicherheitsmodus, der „mögliche Stätt[e] gefährlicher Ausbrüche durch die Identifikation von Schnittstellen, die aufgrund von Normen und Durchschnittswerten statistisch lokalisierbar sind“ (Rabinow 2014: 397), antizipiert, sondern der *gesamte* Raum ist bereits zu einer solchen Stätte geworden. Insbesondere aus Sicht des Anthropozäns kann

die Covid-19-Pandemie als Symptom einer größeren, länger andauernden und mehrzählig involvierten, aber einstweilen eher *latenten* Katastrophe betrachtet werden, der wir als Menschheit bereits innewohnen (vgl. Folkers 2022: 99).

Ein solcher eingeforderter Perspektivwechsel verlangt allen Wissenschaften die Reflexion über das bestehende Instrumentarium ab. Es ist an dieser Stelle lobenswert, dass es sich die Soziologie seit ihrer Geburt ohnehin nie leicht gemacht hat, ihren Gegenstand, geschweige denn ihr Instrumentarium, zu legitimieren. Diese damit verbundenen Ausfechtungen produzierten einen reichen Schatz an Ansätzen, der die Suche nach „Neuland“ an dieser Stelle als nicht unbedingt notwendig erweist (vgl. Schroer 2022b: 19). Auf sozialtheoretischer Ebene schlägt sich ein solcher Perspektivwechsel auf mehreren Ebenen nieder. Der Entscheidendste ist wohl die konsequentialistische Opferung der modernen Trennung von Natur und Kultur. Ob man sich der These, dass es sich hierbei ohnehin um eine modernistische Fehlentwicklung handelt, anschließt oder nicht (vgl. Latour 2002): Es ist mit der Schützenhilfe der Debatte um das Anthropozän nicht mehr von der Hand zu weisen, dass es eine vom Menschen unberührte Natur nicht mehr gibt (vgl. Werber 2014: 241). Vielmehr ist die Vergangenheit dieser „Natur“ heute *materiell präsent* – beispielsweise in Gestalt von an Quantität wachsenden CO₂-Molekülen in der Erdatmosphäre oder der schieren Existenz von SARS-CoV-2. Biologische Organismen oder chemische Verbindungstendenzen und deren *Handeln* profilieren sich somit ihren Platz in der Sozialtheorie. Der Gegenstand der Soziologie – die Gesellschaft – ist nun Biologie, Chemie, Physik: Geowissenschaft. Die Definition des genuin „Sozialen“ wird dadurch herausgefordert. Fortan sind es auch nichtmenschliche Entitäten, die als Gefährten¹ gezählt werden können. Um jedoch nicht in einen Naturalismus zu verfallen, darf die mühsam erzeugte Handlungsmacht *nicht-substantieller* Entitäten nicht fallen gelassen werden: Staaten, Diskurse, Rollenvorstellungen oder ökonomische Wachstumsimperative steuern ihre realitätserzeugenden Effekte im Amalgam der Herstellung des Anthropozäns bei. Es wird deutlich, dass die Kernstrategie – auch, wenn es um eine Sicherheitsfrage geht – *relationaler* Art ist: „wenn die Differenzen zwischen menschlichen und nichtmenschlichen Wesen unscharf werden, dann stellen sich unweigerlich Fragen nach den Grenzen des soziologischen Gegenstandsbereichs sowie nach der Notwendigkeit relationaler und symmetrischer Begriffe“ (Laux 2018: 22) ein. Es geht also darum, zu verstehen, wie Phänomene oder Gegenstände entstehen und inwiefern sie sich der geschichtlich hochgehaltenen menschlichen Kontrolle zu entziehen vermögen. Ungeachtet dessen, ob sich dabei auf Konzepte wie Dialektik, Emergenz, Entwicklung, Evolution, Fortschritt oder Modellierung gestützt wird (vgl. Werber 2014: 242).

1 Die Übersetzung des lateinischen Wortes „socius“, der für den Begriff „Soziologie“ herhielt, lautet u. a.: Gefährte (vgl. DWDS 2024a).

In Anbetracht dieser Konsequenz und bezüglich des angesprochenen „Schatzes“ der Soziologie werden die Sozialphilosophen Bruno Latour und Michel Foucault zu Rate gezogen. Sie werden als post-anthropozentrische, relationale Sozialtheoretiker gelesen und beschäftigen sich u. a. mit dem Anthropozän beziehungsweise medizinischen Krisen wie Epidemien. Insbesondere Latour sieht in der Emergenz der Covid-19-Pandemie eine Konfirmation, die seine sozialtheoretische Diagnose stützt (vgl. Latour 2022b; vgl. Latour/Schultz 2022). Für ihn ist die Moderne eine gefährliche Illusion, die eine rechtzeitige Anerkennung des Menschen in den Gefilden planetarischer Dimensionen unterwandert: „Die Verblüffung einer ganzen Zivilisation, die gezwungen ist, sich der Gegenwart eines Virus anzupassen, signalisiert und verstärkt deren Unfähigkeit, angemessen schnell auf das Neue Klimaregime zu reagieren“ (ebd.: 48). Über Beobachtungen gelangt Latour zu einer angepassten sozialtheoretischen Beschreibung, die minutiös gesättigt die beteiligten Entitäten im Zuge der Beschreibung der Entstehung neuer Phänomene einfängt. Die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) kann als ein Ergebnis dessen angeführt werden und ist ganz im Sinne der vorliegenden Perspektive konstruiert. So sollen *Abhängigkeiten* durch eine *Beschreibung* gezeichnet werden, die Materielles, Symbolisches, Textliches oder Menschliches symmetrisch miteinschließt. Michel Foucault wird dazu gewissermaßen als Standbein verstanden, der sich für dieses Ansinnen vor allem über seinen Dispositivbegriff qualifiziert. Es soll jedoch keine Erneuerung oder Instandsetzung seines Theoriekonzeptes entfaltet, sondern mit ihm eine Anwendung vorgenommen werden, die sich der hier verlaublichen post-anthropozentrischen Perspektive zu stellen vermag. Ganz ähnlich zu Latour, formuliert Foucault eine eindeutige Infragestellung der Zielerreichung der Aufklärung; so ist der Mensch für ihn nicht mündig geworden, sondern habe seine Erkenntnismöglichkeit vielmehr eigenhändig limitiert (vgl. Foucault 2005b: 271). Im Zuge seiner methodologischen Arbeiten nimmt sein Denken auch post-anthropozentrische Züge an, die in Verkündungen wie dem Auflösen des Subjekts selbst gipfeln (vgl. Foucault 1994: 462). Es ist jedoch der Begriff der Sicherheitsdispositive, der für diese Arbeit zentral wird. Diese konkretisierungsbedürftige Figur ist von Hause aus bereits relationalistisch und symmetrisch angelegt und eignet sich daher für den hiesigen Perspektivwechsel.

Die vorliegende Arbeit möchte im ethnographischen Sinne eine *Geschichte* der Corona-Ambulanz² Koblenz erzählen (vgl. Pryborski/Wohlrab-Sahar 2014: 402 ff; vgl. Haraway 2018: 50; vgl. Flick 2019: 533 ff.). Diese Institution kann als Sicherheitstechnologie in Zeiten der Covid-19-Pandemie (und dem Anthropozän) betrachtet werden, die über *Testungen* operiert. Über Foucaults Dispositivbegriff wird diese Vorgehensweise plausibel, denn sie stellte eine „unausweichliche“

2 Fortan ist – wenn nicht explizit erwähnt – mit Corona-Ambulanz, die untersuchte Organisation in Koblenz gemeint.

Institution dar, in der sich alle relevanten Akteur_innen³ versammeln (sollen), um gesamtpräventive Wirkungen zu entfalten. Ziel dieser Qualifikationsarbeit ist eine *Rekonstruktion* dieses Sicherheitsdispositivs;. Sie basiert auf Daten, die validen Raum für weitere Theoretisierungen erzeugt:

„Wie weit sie auch gehen, *um mit Sicherheit* zu erkennen, sie müssen doch immer an ihren Daten kleben, buchstäblich mit der Nase in ihren Berechnungen stecken. Ihre Sicht ist folglich nie ‚von nirgendwo‘. Diesen Punkt der Wissenschaftssoziologie hat jeder begriffen, der den Zickzackkurs, den die Kenntnisse über das Virus nahmen, tagtäglich mitverfolgte“ (Latour 2022b: 47) [Herv. B. S.].

Mit anderen Worten, eine mitschwingende Grundthese lautet, dass während der Erhebungsphase deutschlandweit vergleichbar arbeitende Institutionen existierten. Die Corona-Ambulanz wird also mithilfe der vorliegenden Theorieperspektive als realitätserzeugendes Labor verstanden: „*Laboratorien sind materiale Einrichtungen, die Zeichen prozessieren*. Die Verarbeitungsprozesse des Labors sind immer auch Signifikationsprozesse, d. h. Prozesse, in denen Zeichen generiert und deren Referenz beziehungsweise Bedeutung konstituiert werden“ (Knorr-Cetina 1988: 91) [Herv. i. O.]. Wie können solche Zeichen methodisch eingefangen werden? Wie wird solchen Referenzen Sinn zugesprochen (vgl. ebd.)?

Dazu wurde eine Methode gewählt, die einerseits qualitativ-rekonstruierend vorgeht, mit den angeführten theoretischen Perspektiven vereinbar und andererseits imstande ist, möglichst flexibel auf sich entwickelnde Phänomene reagieren zu können. Die im deutschsprachigen Raum noch vergleichsweise unterrepräsentierte Situationsanalyse (SitA)⁴ bietet sich für ein solches Unterfangen an:

„Es ist exakt diese von der Soziologie wesentlich mitgetragene Vorstellung einer zunehmenden Emanzipation des Menschen aus erdräumlichen Verhältnissen, der [...] vehement widersprochen werden soll, da immer deutlicher wird, dass es sich dabei um einen fatalen Irrtum handelt, der sowohl die Gesellschaft als auch die beobachtende Soziologie in eine Sackgasse geführt hat“ (Schroer 2022b: 16).

3 In der vorliegenden Arbeit wird gegendert. Wo immer möglich wird das Gerundium verwendet. Falls dies nicht möglich ist, wird der Unterstrich verwendet, um neben dem weiblichen Geschlecht, die geschlechtliche Diversität jenseits des anerkannten Binären symbolisch miteinzubeziehen.

4 Entgegen dem womöglich zunächst einstellenden Instinkt, die Situationsanalyse dem anglophonen Gebrauch entsprechend mit „SA“ abzukürzen, schließe ich mich den Überlegungen der Arbeitsgruppe *Situationsanalyse* an, die sich der Etablierung der Methode im deutschsprachigen Raum widmet. Die Entscheidung für die Abkürzung „SitA“ soll dem machtsensiblen und emanzipatorischen Auftrag der Methode – insbesondere aus deutscher Sicht – Rechnung tragen (vgl. Gauditz et al. 2023: VI).

Insbesondere ihr topographischer Charakter übersetzt das Einfangen in Beziehung stehender, heterogener Elemente, das für Sicherheitsdispositive charakteristisch ist, methodisch sehr gut; was in folgendem Zitat als Auftrag gelesen werden kann:

„Es sind Menschen in ihren Beziehungen zu jenen anderen Dingen wie den Sitten, den Gepflogenheiten, den Handlungs- oder Denkweisen. Und es sind schließlich die Menschen in ihren Beziehungen zu jenen weiteren anderen Dingen, den möglichen Unfällen oder Unglücken wie Hungersnot, Epidemien, Tod“ (Foucault 2022a: 146).

Es sind die für die SitA herausstechenden Maps, die das untersuchte Forschungsfeld auf ihre Art kartographieren. Diese bestehen aus den fakultativen *Situations-Maps*, *Maps Sozialer Welten* (SW) und den *Positional Maps*. Sie haben zum Ziel eine in Entwicklung stehende Situation möglichst offen zu beschreiben, indem die handelnden Elemente, deren (Nicht-)Beziehung zueinander sowie die von der Situation charakterisierenden Hauptthemen und deren Positionsspektrum kartiert werden.

Krisen, die Gesellschaften zunehmend heimsuchen werden, politisieren den Bedarf eines Auswegs aus dem eigens kreierten Zustand. Das Anthropozän legt den Bedarf der *Offenlegung bestehender Abhängigkeiten* nahe, um einen solchen Ausweg möglichst präzise denken zu können. Die Corona-Ambulanz als Institution pandemischer Sicherheit leistet dazu einen zu untersuchenden Beitrag. Die Leitfrage dazu lautet: Was *tut* die Corona-Ambulanz? Mit ihr wird eine klassische soziologische Kernfrage adressiert: Wie ist soziale Ordnung möglich beziehungsweise wie wird sie hergestellt? Die Bewältigung der Covid-19-Pandemie suggeriert, dass die Gesellschaft auf einen neuen Akteur *reagiert*. Im Sinne eines posthumanistischen und überindividuellen Immunsystems (vgl. Haraway 1995: 160 ff.), stellt sich also die Frage, wie eine nachhaltige Bewältigung aussieht; denn der Gesellschaftskörper reagiert von selbst und Soziolog_innen müssen „genau hinschauen“: Die Stadt [Koblenz] ist in Bewegung (vgl. Foucault 2022a: 37). Dabei lautet die Hypothese, dass die Gesellschaft nicht einseitig, das heißt aus menschlicher Perspektive, handelt, sondern die Bewältigung *ko-konstitutiv* bewerkstelligt wird. Die Konstitution und Stabilisierung werden dabei insbesondere von materiellen Elementen bewerkstelligt. Die Beobachtung der Verwandlung von SARS-CoV-2 von den Rachen- und Nasenräumen, über die Corona-Warn-App, in täglich aktualisierte Inzidenzen, suggeriert, dass der pandemische Blick in die *Erzeugung* pandemischer Realität maßgeblich einwirkt:

Es entsteht eine neue Situation. Um diese systematisch erfassen zu können, wurden der Theorieperspektive und der Methode zuträgliche Forschungsfragen formuliert:

1. Welche bio- und technopolitischen Schnittstellen lassen sich wiederfinden?
2. Welche Wissensformen beziehungsweise Objektivierungseffekte werden durch das Sicherheitsdispositiv erzeugt?
3. Wie wird Ordnung durch die Relationalisierung zwischen den Entitäten hervorgebracht und stabilisiert?

Zunächst wird das soziologische und gesellschaftliche Verhältnis von „Gesundheit“, der Zoonose Covid-19 und dem Anthropozän eruiert. Dazu wird zunächst bis in die Antike ausgeholt, um die Genese der Idee einer öffentlichen Gesundheit verstehen zu können. Schließlich werden Thesen der Medikalisierung zu Rate gezogen, um ein Deutungsspektrum von Interpretationen hinsichtlich der Entwicklung jener öffentlichen Gesundheit zu gewinnen. Nachdem Zoonosen als ebenso soziologisch zu untersuchendes Phänomen angeführt werden, folgt eine Vermessung der in den Sozialwissenschaften bereits angestoßenen Debatte um das menschengemachte Erdzeitalter. Darin soll die Idee einer soziologisch wertvollen Perspektive für diesen Fall kultiviert werden. Schließlich wird die Corona-Ambulanz als Gegenstand beziehungsweise als untersuchte Situation im Sinne des Forschungsprojektes vorgestellt. Es folgt eine gemäß der Forschungsfragen dezidierte Exegese der theoretischen Perspektive, der eine eigene Positionierung vorangestellt ist. Bruno Latour und Michel Foucault werden neben ihren methodologischen Einwüfen auch bezüglich ihres kritischen Impetus abgeklopft, welcher sich auch in der Anthropozändebatte widerspiegelt. Nachdem beide Sozialphilosophen in ein sich gegenseitig ergänzendes relationales Analyseschema eingeordnet werden, folgt die methodologische Ableitung der Forschungsfragen. Daran knüpft sich die Vorstellung der Methode der SitA an. Sie wird über ihre methodologische Passung, ihr konkretes Vorgehen sowie die durchgeführte Datenerhebung angeführt. Einstweilen untypisch für SitA ist die darauffolgende Vorstellung der analytischen Erträge *samt entsprechender Kartographien*. Diese sind Grundlage für die dann anschließende Beantwortung der Forschungsfragen, die in die Rekonstruktion des vorliegenden Sicherheitsdispositiv mündet. Abschließend folgt eine Zusammenfassung der gesamten Qualifikationsarbeit, eine Diskussion der Vorgehensweise und der Ergebnisse sowie ein einordnender Ausblick für die Fachgemeinschaft.

2. Gesundheit, SARS-CoV-2 und das Anthropozän – Situierung des Falls

„Die pathologische Sorglosigkeit, mit der sie [die Menschheit] die Tragkapazität des Planeten überfordert, dass er als Soziotop für das Überleben der Gattung ‚Mensch‘ in absehbarer Zeit nicht mehr geeignet sein könnte, verweist, im übertragenen Sinn, auf einen ‚Naturzustand‘, der ungeregt seinen Lauf nimmt“ (Bammé 2018: 38).

Der Naturzustand gilt in der Tradition der abendländischen politischen Staatsphilosophie als theoretische Ausgangslage, über staatliche beziehungsweise soziale *Ordnung* überhaupt erst nachzudenken. Er steht für etwas zu Überwindendes, etwas zu Vermeidendes, etwas, das einer neuen Organisation bedarf. Staatsphilosophen wie Thomas Hobbes oder Jean-Jacques Rousseau begründen in ihrem jeweiligen Opus magnum eine Beschreibung, *wie* jener Naturzustand überwunden werden könnte. Sie sind Wegbereiter staatstheoretischen Denkens und das einführende Zitat deutet darauf hin, dass der Beantwortung dieser Frage gerade heute eine *existentielle* Aktualität anhaftet. Darüber hinaus geht mit dem Nachdenken über soziale Ordnung ein soziologischer Auftrag einher. Während Hobbes ([1651] 2011) mittels der Etablierung des Leviathans den Naturzustand überwindet, beschreibt Rousseau den Souveränen ([1762] 1979). Beiden Figuren ist gemein, dass sie das Ergebnis der Emergenz des Gesellschaftsvertrags darstellen, in dem Freiheiten der Bevölkerung aus freien Stücken an jene abgegeben werden. Dies wird damit begründet, dass die Vorteile des Freiheitsverlustes der Individuen überwiegen. Es handelt sich demnach um einen *Tauschhandel*, indem Freiheit gegen Sicherheit eingetauscht wird. Wieso scheint diese Ordnung laut des einführenden Zitats aber nicht (mehr) zu funktionieren? Mit Bruno Latour gesprochen, lohnt sich ein Verweis auf den deutschen Titel des Hobbes'schen Werkes: *Leviathan oder Stoff, Form und Gewalt eines kirchlichen und bürgerlichen Staates*. So spricht Latour davon, dass es zwar richtig und wichtig sei, jenen *Stoff*, der eine Gesellschaft zusammenhält, zu finden und zu schützen; argumentiert aber gleichzeitig, dass dieser (noch) nicht gefunden *wurde* (vgl. Latour 2002: 38 f.).

Bevor schließlich auf die Frage der *Ursache* einer mangelnden Bestimmung jenes Stoffs Bezug genommen werden kann, soll es zunächst um die *Effekte* gehen. Die Covid-19-Pandemie, vergangene und künftige Epi- und Pandemien sowie *ordnungszerreißende* Kräfte des Planeten stehen sinnbildlich für einen eigens erzeugten Naturzustand – so die hier ausgeführte Argumentation. Diese baut im Folgenden auf der Beschreibung der Geschichte des Umgangs mit Epidemien und den Effekten medizinischen Deutungsanspruchs auf. Außerdem wird die gegenwärtige Debatte um das Anthropozän vorgestellt, in welches die

Covid-19-Pandemie situiert wird und dadurch ebenso als selbstgemacht verstanden werden kann. Die Debatte tangiert die Soziologie insofern, als dass sie sie zu entgrenzen vermag. Der daraus entstehende theoretische Nachholbedarf soll skizziert werden, bevor der Untersuchungsgegenstand vorgestellt wird.

2.1. Medikalisierung, Epidemiologie, Öffentliche Gesundheit – Treiberinnen medizinischen Deutungsanspruchs

„Health is a state of complete *physical, mental* and *social* well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO Constitution) [Herv. B. S.].

Wer oder was entscheidet, was Gesundheit ist? Diese küchensoziologisch anmutende Frage weist einen Instinkt aus, scheinbare Selbstverständlichkeiten auf ihre Konstruktionsprozesse hin zu hinterfragen. Die World Health Organization (WHO) ist hierbei eine zuverlässige erste Orientierung; denn fast alle anerkannten Länder dieses Planeten kennen jene UN-Körperschaft an. Die von ihr formulierte Definition von Gesundheit birgt zwei Ansatzpunkte, die die Aufmerksamkeit der Soziologie wecken soll:

Zum einen besteht Gesundheit aus drei Elementen (physisch, psychisch, *sozial*) und zum anderen unterliegt sie einem steten Optimierungszwang, da sie sich *nicht* durch die Abwesenheit von Krankheit per se auszeichnet. Die Konstruktion sozialer Kategorien wie Geschlecht, Rasse oder Freiheit ist ebenso für die der Gesundheit normativer Natur. Es stellen sich demnach Fragen, *wie* Gesundheit hergestellt und anerkannt wird und welchen Regeln der ihr inhärente Optimierungszwang folgt.

Dazu soll zunächst zwischen einer Soziologie *in* der Medizin und einer Soziologie *der* Medizin (Medizinsoziologie) unterschieden werden. Soziologie *in* der Medizin ist das Feld einer empirischen Soziologie, das innerhalb der Medizin operiert. Sie orientiert sich demnach an den Normen jenes Systems, das u. a. über die Definitionshoheit dessen verfügt, was als gesund oder krank bezeichnet wird. Beispielsweise ist Soziologie innerhalb der Medizin förderlich, um Ungleichheiten verschiedener Variablen der teilnehmenden Akteur_innen zu diagnostizieren, damit diese anschließend bearbeitet werden können. Die Rollen des Gehalts, der ethnischen Zugehörigkeit oder des Geschlechts etc. sind hierbei zentral (vgl. Graumann/Lindemann 2010: 297). Für diese Arbeit von größerer Bedeutung ist die Perspektive der Soziologie *der* Medizin. Im Kern besteht der Unterschied zum vorigen Forschungsfeld in der Beobachtendimension. Die Medizinsoziologie befasst sich mit den „Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Maßnahmen und deren Auswirkungen auf Individuum und Gesellschaft“ (ebd.). Das heißt also, dass das medizinische Feld als Teil eines emergenten Gesellschaftsbildes

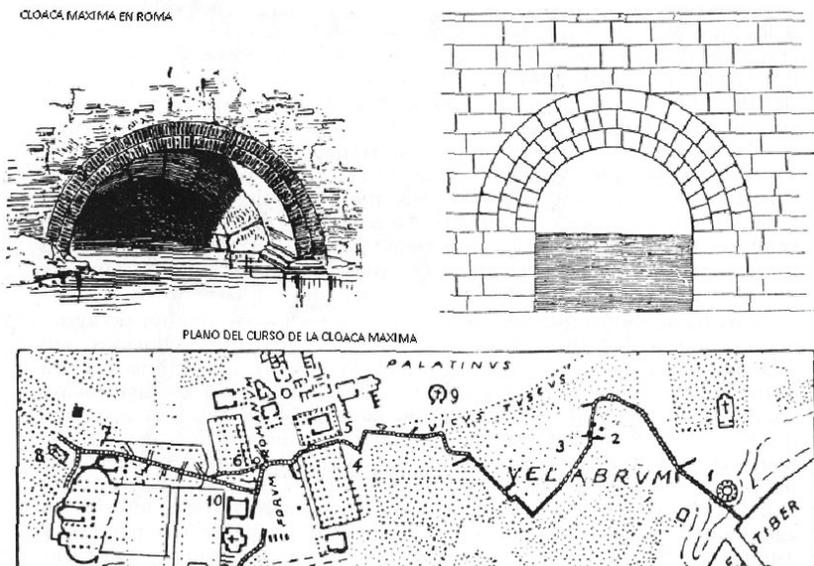
verstanden wird, dessen Einfluss es soziologisch zu untersuchen gilt. Bevor in Kapitel 2.1.2. hierauf eingegangen wird, folgt zunächst eine kurze historische Genese und Einordnung des gesellschaftlichen Umgangs mit „Gesundheit“ und „Krankheit“.

2.1.1. Zur Genese von „Gesundheit“

„Throughout human history, the major problems of health that men have faced have been concerned with community life, for instance, the control of transmissible disease, the control and improvement of the physical environment (sanitation), the provision of water and food of good quality and in sufficient supply, the provision of medical care“ (Rosen 1993: 1).

Zum Ausdruck kommt darin die nicht dokumentierte Verflochtenheit medizinischer und gesellschaftlicher Entwicklung, wenn man die Frage der Genese von Gesundheit stellt. Um das Argument eines zu verändernden Verhältnisses des Menschen zu seinen irdischen Bindungen entfalten zu können, ist es vonnöten einen kurzen deskriptiven Einblick in die Genese der heutigen wissenschaftlichen medizinischen Praxis zu geben. Dafür soll – nicht erschöpfend – bis in die Antike ausgeholt werden.

Abbildung 1: Cloaca Maxima



Quelle: Cruz 2017: 188

Es ist keine neue Erkenntnis, dass vergangene Hochkulturen wie die Ägyptische, die Chinesische, die Iberische oder die Persische aus anthropologischer Sicht hochgradigst „fortschrittlich“ waren. Ungeachtet dessen aus welchen Gründen die genuin „fortschrittlichen“ Praktiken legitimiert wurden, haben Teile dieser zur Gesundheitserhaltung der jeweiligen Population beigetragen. So hat das antike Ägypten (ab ca. 3100 v. Chr.) bereits pflanzenbasierte Schmerzmittel verwendet und wusste um den präventiven Gesundheitsvorteil des regelmäßigen Waschens (vgl. Barkan 2017: 28). Dieses heutige Grundverständnis von Hygiene kann ebenso dem griechischen Gelehrten Hippokrates (460–377 v. Chr.) angerechnet werden. Der bis heute symbolträchtige Arzt kann durch seinen iterativen Ansatz, eine Menge von Fällen behandelt zu haben, als einer der ersten mehr oder minder „empirisch“ geleiteten Gelehrten gezählt werden. Seine Humoralpathologie – die Lehre von Krankheiten, die durch ein Ungleichgewicht der Körpersäfte erklärt wird – hat bis heute überlebt und war noch im Europa des 17. Jahrhunderts Bestandteil gängiger medizinischer Praktiken. Darüber hinaus war zu Hippokrates’ Lebzeiten ein Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit sowie das Reinigen von offenen Wunden und Gesundheit anerkannt (vgl. ebd.). Dem antiken Rom wird eine besondere Stellung in der Entwicklung ihrer Kultur zugesprochen. In seinen Hochzeiten von ca. 27 v. Chr. bis ca. 500 gab es in Rom neben „komplexen“ Verwaltungs- und Steuersystemen ebenso Saunen, Abwasserkanäle und Fußbodenheizungen. Der Stellenwert sauberen Wassers war besonders hoch und so steht die Cloaca Maxima⁵ heute repräsentativ für ein Bauwerk, das aus epidemiologischer Sicht dem Sinn und Zweck kontemporärer Reinigungssysteme in nichts nachsteht (vgl. Marsalek 2005). „The Middle Ages [...] are often called the Dark Ages, and rightly so, for the many intellectual advances of the great ancient civilizations were lost and forgotten for the 900 years or so that the Middle Ages lasted“ (Barkan 2017: 29). Dieser angesprochene kontrastierende Bruch mit zuvor gängigen gesundheitsfördernden Praktiken geht mit der Dominanz des Katholizismus während des Mittelalters in Mittel- und Westeuropa einher. Da Krankheit wie Gesundheit von nun an zunehmend als „gottgewollte“ Schicksale gedeutet wurden, wurde der Impetus kausaler Erklärungsweisen zum Halt gebracht. Nachhaltig wurde diese scheinbare Vollbremsung des „Fortschritts“ mit machtpolitischen Sanktionen stabilisiert. Das Dogma der katholischen Kirche ließ keine Herausforderung alternativer gesundheitlicher Deutungen zu. Eine Sozialfigur aus der Zeit der Inquisition steht für eine nicht zufällige Verbindung dieser Entwicklungen. Die Figur der Hexe kann als intersektionale Diskriminierungsform seitens der Kirche gesehen werden, die sich gegen wissenschaftliches Denken und Frauen richtet, um die eigene hegemoniale Stellung zu bewahren. Solche Typisierungen sollten keinesfalls als Selbstverständlichkeit übersehen,

5 Es soll klargestellt werden, dass die Cloaca Maxima keine per se römische Erfindung ist. Für diese Arbeit dient sie argumentativen Zwecken.

sondern als Informantinnen verstanden werden, die durch eine gesamte Gesellschaft vagabundieren (vgl. Moebius/Schroer 2010: 8). Sie stellen einen Effekt dar. Fast schon ironischerweise steht das Mittelalter bis heute sinnbildlich vor allem für *eine* Epidemie mit einer der in Europa höchsten bekannten Mortalitätsraten: die Pest. Das über Flöhe übertragene Bakterium *Yersinia pestis* ist für den Tod von bis zu 50 Prozent der damaligen Bevölkerung verantwortlich⁶ (Izdebski et al. 2022: 298).

Erst mit der Renaissance (ca. 1350–1650) wurden die dominierenden Reglementierungen des Katholizismus sukzessive ad acta gelegt und aus der Öffentlichkeit in die individuelle Privatheit verbannt. Vorwissenschaftliche Praktiken wurden (wieder-)geboren und konnten an alte Erkenntnisse anknüpfen. Zu den wichtigen Meilensteinen dieser langanhaltenden Periode zählen u. a. die Praktik des Öffnens von Leichen (vgl. Foucault 2002: 137 ff.), das kausale Erklären von Krankheitsbildern mittels *äußerer* Pathogene, die Erfindung des Mikroskops sowie die erste bekannte Impfung durch den Briten Edward Jenner (vgl. Barkan 2017: 30 f.). Dieser infizierte absichtlich u. a. sein eigenes Kind mit dem bekannten auf Kühe spezialisierten Pockenerreger. Sechs Wochen später infizierte er jenes Kind mit dem auf Menschen spezialisierten Pockenerreger und stellte fest, dass das Kind immun war (vgl. Hassan et al. 2023: 3, vgl. Postgate 1970: 50).

Die Geburt wissenschaftlicher Medizin, wie wir sie heute alltäglich verstehen, kann also um das 19. Jahrhundert datiert werden. Mit der Beschreibung der Zelltheorie, die erstmalig den Menschen in seiner Ganzheit durch die *Aufteilung in Zellen* betrachtet, werden weitere Theorien in die Welt gesetzt. Pasteurs Keimtheorie schließt an diesen Gedankengang an und ist in der Lage, äußere Pathogene zu beschreiben, die das Auftreten von Krankheiten erklären lassen. Robert Koch spezifiziert beziehungsweise verstärkt diese Theorie durch seine Entdeckung *krankheitsverursachender Bakterien*. Innerhalb eines Jahrhunderts wurde der Mensch von der wissenschaftlichen Medizin mehr und mehr in den Hintergrund gerückt und seine *Umwelt* in den Untersuchungsfokus gestellt. Mit der Entdeckung des Penizillins wird diese Sichtweise bestätigt und gar „populär“, da nun durch Antibiotika ein entscheidender Gesundheitsvorteil angeboten werden kann. Die in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts Entdeckung der Desoxyribonukleinsäure (DNS) schreibt die Sichtbarmachung nichtmenschlicher Determinanten für Gesundheit weiter fort. Mit dem *Human Genome Project* erhoffte man sich in den 1990er Jahren u. a. eine Bestätigung der Annahme des menschlichen Überlegenheitsanspruchs durch genetische Belege (vgl. Ingold 2013: 2; vgl. Rabinow 2014). Enttäuschend war zunächst die Bilanz, dass lediglich zwei Prozent der genetischen Varianz allen Unterschied des *Homo Sapiens* zu anderen

6 Derzeit werden Studien veröffentlicht, die zwar nicht die Möglichkeit dieser hohen Sterblichkeitsrate widerlegen (können), die jedoch aufzeigen, dass eine erstaunlich hohe regionale Varianz dieser Rate erwiesen ist (vgl. Izdebski et al. 2022).

derzeit lebenden Hominidae ausmachen. Es zeichnet sich ab, dass der Mensch allein keine abhebbende genetische Rolle gegenüber anderen Säugetieren oder Primaten einnimmt, sondern es eher die zunehmende *Vermischung von Mikroorganismen mit dem Menschen* ist, die einen entscheidenden Vorteil generiert.

Parallel dazu füllen sich Studien zum Argument des ökologischen Imperialismus (beispielsweise McNeill 1998), das darin besteht, dass es vor allem die unbewussten Mitbringsel von Erregern waren, die die „Dominanz“ der weißen Kolonialisten gegenüber der panamerikanischen Urbevölkerung ausmachten. Das nahezu unerschütterliche Bild des aufgeklärten Menschen, das sich parallel zu dieser Zeit in das politische Bewusstsein der Individuen fräst, lässt es bis heute kaum zu, diesen nebulösen Anthropozentrismus zu verlassen und die Kolonialgeschichte angemessen zu deuten (vgl. Braidotti 2014: 7 ff.).

Aus soziologischer Sicht besonders interessant ist das systematische Aufkommen der Disziplin, die heute gemeinhin als Epidemiologie bekannt ist. Die industrielle Revolution wandelte Städte komplett um. Die Bevölkerungsdichte wuchs an, was zur Folge hatte, dass nicht genügend Abwasserkanäle oder Straßensysteme für eine solche Menge an Menschen ausgelegt waren. Zwar war die Keimtheorie Pasteurs zu diesem Zeitpunkt bereits existent sie wurde jedoch zumindest *politisch* noch nicht anerkannt (vgl. Barkan 2017: 37). Den Verursachern von Infektionskrankheiten – den Pathogenen – wurde so ungewollt ein Paradies an Verbreitungsräumen in Form dichter Körper innerhalb von Großstädten serviert. Die Cholera-Epidemie im London der Mitte des 19. Jahrhunderts gilt als die erste dokumentierte (sozial-)epidemiologische Arbeit, die dem Arzt John Snow zugerechnet wird. Durch das Anfertigen und Interpretieren von Statistiken, die räumliche Komponenten berücksichtigten, mutmaßte er, dass Mikroben im Wassersystem für die Krankheitsausbrüche verantwortlich seien. Zeitgleich dokumentieren seine Arbeiten, dass Armut und niedrige Arbeitsstandards zur schlechten Gesundheit der gemeinen Bevölkerung beitragen. Gesundheit ist jedoch ein notwendiger Faktor für wirtschaftlichen Fortschritt und das damalige volkswirtschaftliche Denken. Medizin und Öffentliche Gesundheit steigen zunehmend verschränkt zu einem Politikum auf.

Im vergangenen Jahrhundert haben sich Epidemien vom Abendland als Hauptgefährdung der Öffentlichen Gesundheit verabschiedet. Kennzeichnend für epidemiologische Gesundheitsgefährdungen wurden dann u. a. Tabakkonsum, geringe körperliche Auslastung oder einseitige Ernährungsformen. Multiresistente Mikroorganismen/Bakterien konnten sich außerdem durch die Übernutzung von Antibiosen ausbilden und stellen zumindest heutzutage lokal in Krankenhäusern „epidemiologische“ Zustände her. Aufgrund des Klimawandels ist zukünftig davon auszugehen, dass Zoonosen für die Verursachung von Epidemien oder Pandemien verantwortlich sein werden (vgl. Aronsson/Holm 2020). Das geht zum einen mit einer wachsenden Nähe des Menschen zu

nichtmenschlichen Tieren (Landnahme) sowie dem Schmelzen von Permafrost einher, von dem ausgegangen wird, bisher unbekannte Krankheitserreger zu beherbergen (vgl. Wu et al. 2022).

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass bereits in der Antike ein von Prozessen abhängiges Verständnis von Gesundheit anzutreffen war. Dieses begünstigte das Etablieren bestimmter Praktiken, die eine terative Auffassung von gesundheitsbezogenen Lösungsansätzen offenlegen. Der Katholizismus im Europa des Mittelalters kann bis zur Renaissance als Kontrast jener Auffassung betrachtet werden. Mit der technischen Diversifizierung des medizinischen Blicks wurden zunehmend neue wissenschaftliche Theoreme und Erkenntnisse hervorgebracht, die sich von dem Menschen entfernen. Vielmehr werden seine DNA, seine Zellen und seine Vermischung mit anderen Mikroorganismen von größerer Bedeutung. Auch, wenn dies einen sehr kurzen und durchaus anfechtbaren Überblick einer Genese von „Gesundheit“ darstellt, so wird unbestritten deutlich, dass das, was als gesund und krank bezeichnet wird, politischen, wirtschaftlichen, ökologischen oder wissenschaftlichen Prozessen unterliegt, die miteinander verwoben sind. Gesundheit ist nur durch die gesellschaftlichen Kontexte erklärbar. Auch, wenn die vorgestellten Entwicklungen es womöglich nahelegen, medizinische Erkenntnis als an sich positiv zu beurteilen, sollte diese Lesart mit Vorsicht genossen werden: Die Geschichte der Medizin des globalen Nordens ist von keiner irgendwie gearteten *linearen Progression* gekennzeichnet. Um sich dem Argument dieser Arbeit bestmöglich nähern zu können, soll an diese Annahme angeknüpft und eruiert werden, welche weiteren Effekte ein zunehmend dominanter medizinischer Deutungsanspruch hervorbringt.

2.1.2. Thesen der Medikalisation

„Disease could never have been associated with abnormality if the value of universal standards had not come to be recognized in one field after another over a period of two hundred years“ (Illich 2021: 164).

Das Zitat umfasst den Tenor, der vielen Thesen der Medikalisation gemein ist; nämlich den Fokus der Problematisierung auf jene Normen (oder Universalien), die Krankheiten überhaupt erst definieren und sie somit von gesunden Zuständen differenzieren. Dreßler und Dimbath zeichnen grundsätzlich vier Entwicklungslinien von Medikalisationsthese ab: eine *Fundamentalkritik*, eine *auf Aufklärung zielende Kritik* bezüglich vor allem moralischer Fragen, *positive wie negative Folgen einzelner Entwicklungen* sowie die *Kritiklinie entlang der Ökonomisierung des medizinischen Systems* (vgl. Dreßler/Dimbath 2022: 93). Insbesondere diese letzte Linie macht die Betrachtung einer zunehmenden Politisierung von *Public Health* nachvollziehbar. Hier wird ebenso die Unterscheidung

einer Soziologie *in* Public Health gegenüber einer Soziologie *der* Public Health eingeführt. Können so auch die gesellschaftlichen *Bedingungen* für die Konstruktion öffentlicher Gesundheit berücksichtigt werden. Unter dieser Disziplin werden u. a. Impfmaßnahmen, Gesetze des allgemeinen Bevölkerungsschutzes (BevSchG), Corona-Virus-Testverordnungen (TestV), Dienstleistungen gesetzlicher Krankenversicherungen etc. wissenschaftlich legitimiert.

Während eine Soziologie *in* Public Health

„z. B. Fragen nach der ungleichen gesellschaftlichen Verteilung von Lebenserwartung, Gesundheit, Krankheiten und gesundheitlichen Risiken, aber auch nach dem Einfluss sozialer Determinanten auf Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf, etwa dem Einfluss von Migrationshintergrund, Geschlechtszugehörigkeit, Einkommen, Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit oder Armut [stellt], um daraus Erkenntnisse für Diagnose, Kuration und Rehabilitation, aber auch für eine zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung oder Prävention abzuleiten“ (Schmidt-Semisch 2021: 68 f.),

lässt sich aus Sicht einer Soziologie *der* Public Health demgegenüber eine

„zunehmend[e] Vermarktung und Ökonomisierung von Gesundheit bzw. Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukten sowie Fragen nach der Positionierung und Wirkmächtigkeit der Medizin oder auch des medizinischen Wissens in hierarchisch organisierten, gesellschaftlichen Strukturen“ (ebd.: 71)

beschreiben.

Die Beobachtung, dass bis dato von der Medizin abgekoppelte Verhaltensweisen zunehmend vom medizinischen System vereinnahmt werden, ist hierbei leitend. Das scheinbar *private* Vergnügen eines mit Risiko behafteten Lebensstils rückt ins Auge der Öffentlichkeit. Wer raucht, erhöht das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken und kostet solidarische Versicherungssysteme Geld. Wer sich nicht (genügend) bewegt und einseitig ernährt, erhöht das Risiko, eine Herz-Kreislaufstörung zu erleiden. Wer zu lange auf den Handy- oder Computerbildschirm schaut, darf sich nicht wundern, chronische Kopfschmerzen und/oder eine Sehschwäche zu entwickeln.

Medizinische Fortschritte und dadurch in Gang gesetzte Folgerungen, wie zum Beispiel statistisch basierte Empfehlungen, sind keine *für sich* sprechenden Erkenntnisse. Unterschiedliche Medikalisationsthesen widmen sich diesem epistemologischen Dilemma analytisch und bringen es in den medizinisozio-logischen Diskurs. Wie im vorigen Unterkapitel argumentiert, handelt es sich

bei Gesundheit und Krankheit um *normativ* aufgeladene Kategorien. Daher ist es soziologisch betrachtet trivial, dass sich gesellschaftspolitische Inferenzen eben an diesen Normen maßgeblich orientieren müssen (vgl. Butler 2009: 73). Dem gegenwärtigen Trend nach scheinen diese sich weniger an der Heilung von Krankheiten, als an der Optimierung von Gesundheit zu orientieren – ganz im Sinne der o.g. WHO-Definition. Das Leben selbst, so eine radikalere These, ist vom medizinischen System vollständig überwacht (vgl. Rose 2009: 169): von der Geburt in der Klinik bis zum Tod im Pflegeheim. In den letzten Jahren hat sich diese Beobachtung noch verschärft. Sogar *vor* der Geburt kann eine Überwachung festgestellt werden, da beispielsweise durch pränatale Methoden der Diagnostik etwaige Erbkrankheiten erkannt werden können/sollen, sodass womöglich eine Geburt durch Abtreibung aktiv verhindert wird. Sozialisiert mit der Vorstellung von Gesundheit, die stark von einem Leistungs-Leitbild geprägt ist, stellen sich zunehmend Praktiken ein, die den eigenen biologischen Körper zu transzendieren ersuchen. Ritalin und andere Pharmazeutika sind gängige Lerndrogen, die bereits ab der Schulzeit genutzt werden. Plastische Chirurgie oder die Einnahme von Pharmazeutika zur Veränderung des eigenen Phänotyps erleben größeren Zulauf – wenn auch mit erheblichem Gender-Bias (vgl. O’Dea/Cinelli 2016: 52). Self-Tracking-Software ist nicht nur stets im Smartphone vorhanden beziehungsweise installationsbereit, sondern ebenso am Handgelenk, im Ohr und bald wohl am/im Auge (Eye-Tracking) (vgl. Zillien 2020). Dass eine normativ aufgeladene Kategorie wie Gesundheit konkrete Auswirkungen auf das Leben der Menschen hat, ist redundant. Es stellt sich die Frage, wie Folgen von medizinischen Phänomenen systematisch beschrieben werden können. Um nicht in ein journalistisches Sprachbild zu verfallen, sollen nun soziologische Perspektiven im Rahmen unterschiedlicher Thesen der Ausweitung des medizinischen Blicks durch das medizinische System selbst auf zuvor von ihm nicht problematisierte Phänomene, zu Rate gezogen werden.

An prominenter Stelle ist hier *Michel Foucault* zu nennen. Die *Geburt der Klinik* (2002), der *Psychiatrie* (2022) oder des *Gefängnisses* (2019) sind jeweils nicht der Ausgangspunkt seines Werkes, sondern die Ergebnisse seiner Analysen, die als Effekte zu verstehen sind. Daher kann Foucault mit Fug und Recht als Vertreter einer Soziologie *der* Medizin angesehen werden. Die groben Konturen, die für das Argument dieses Unterkapitels von Gewicht sind, sollen im Folgenden erläutert werden. In Kapitel 3.3. wird Foucault hinsichtlich seines Analysewerkzeugs ausführlicher befragt. Im Kern ist es die Frage nach der *Relation von Wissen und Macht*, die Foucault umtreibt. Die oben beschriebene Überwachung geht mit seiner These d’accord, dass gesellschaftliche Überwachung kaum mehr äußerer, repressiver Strukturen bedarf. Es sind die Individuen selbst, die sich überwachen und *testen* – insbesondere auch im gesundheitlichen Sinne. Dies wird vor allem über einen Institutionalisierungsprozess bewerkstelligt, der Subjekte auf das Erlernen intrinsischer Disziplin *konstituiert*: Schulen, Krankenhäuser,

Psychiatrien, Armeen etc. Diese Disziplinarmacht zeichnet sich gegenüber ihren Vorgängerinnen (z. B. repressiver Macht) dadurch aus, dass sie *produktiv* wirkt. Der institutionelle Durchlauf der Individuen führt zu einer zielgerichteten Subjektivierung, die in unbewusster Selbstüberwachung mündet. Ziel dieser Überwachungsmaßnahme sei stets der Körper selbst, was ihn von den alleinigen Fesseln eines Biologismus' befreit und ihn für die Soziologie öffnet. Kinder lernen in der Schule zu essen, wenn Pause ist und sich zu setzen, wenn sie aufgefordert werden. Sträflinge werden diszipliniert, indem auf ihren Körper durch streng getaktete Regeln Einfluss ausgeübt wird. Die Möglichkeit der ständigen Überwachung unter Einbezug einer potenziellen Strafverlängerung lässt sie sich ständig selbst überwachen. Soldat_innen müssen erlernen, stets unter Fremdeinwirkung körperlich zu funktionieren und Arbeiten zu erledigen. Auch im Bildungssystem wie an der Universität ist die Kontingenz dessen, was gesagt oder getan werden kann, begrenzt. Man stelle sich vor, die Professorin trage während einer Vorlesung über algorithmische Mathematik eine Zusammenfassung des eigenen privaten Wochenendvergnügens oder der persönlichen Meinung zum politischen Tagesgeschehen vor. Der Körper wird soziologisch somit zu einem funktionalen sozialen Artefakt erhoben, das mitunter Erkenntnisse an die Kriminologie oder Medizin liefern kann (vgl. White 2002: 126). Die oben dargestellten Beispiele illustrieren nicht nur die Reichweite, sondern auch die Aktualität dieses Ansatzes; besonders aus medizinsoziologischer Sicht. Mit dem speziell *klinischen* Blick arbeitet Foucault heraus, dass es die zunehmende *Klassifizierung* von Krankheiten ist, die sich *posthum* an den Körper richtet: „Krankheit braucht keine Körper. [...] Bevor sie in die Masse des Körpers hineingenommen wird, erhält die Krankheit eine hierarchische Organisation in Familien, Gattungen und Arten“ (Foucault 2002: 20). Ist dies auch nach Foucaults keine veraltete These, sondern eine, die sich populärer Aktualität erfreut:

„Wenn das Leben des Körpers vollständig vermessen wird – von Genom über Transferom, Protenom, Metabolom, Organfunktion und -interaktion bis hin zu allen äußeren Umweltbeziehungen des Organismus – und diese Informationen zu einer Datenwolke verdichtet werden, dann kann tatsächlich alles, was darin eingeschlossen ist, zum Objekt des medizinischen Blicks werden“ (Dreßler/Dimbath 2022: 97) [Herv. i. O.].

Dem geht ein linguistischer Prozess der Ordnung von Signifikant (etwa Symptom X) und Signifikat (beispielsweise das beobachtbare Phänomen im positivistischen Sinne) voraus. Dieser Blick verwebt sich mit zunehmenden Institutionalisierungstendenzen, wie der Entstehung von Spitälern und Kliniken, sodass eine genormte Reorganisation dessen, was Krankheiten sind und nicht sind, überhaupt erst stattfinden kann (vgl. Foucault 2002: 25, 206).

Ivan Illich ist im Gegensatz zu Foucault nicht *über* ein Konzept an die Medizinsoziologie herangetreten, sondern *mit* einem solchen. Seine Leistungsbeurteilung westlicher Gesundheitssysteme fällt fatal aus: „Within the last decade medical professional practice has become a major *threat to health*“ (Illich 1974: 918) [Herv. B. S.]. Hieraus lässt sich erkennen, dass Illich dem medizinischen System westlicher Gesellschaften nicht nur kaum etwas abgewinnt, sondern ihm gar die Rolle einer Gefahr zuspricht. Er unternimmt den Versuch, westliche Gesellschaften gewissermaßen mittels der Entwicklungen des medizinischen Systems zu erklären. Er konkretisiert seine Thesen über sein Konzept der *Iatrogenese*. Sie beschreibt die negativen, also gesundheitsschädlichen, Auswirkungen medizinischer Praxis auf Individuum und Bevölkerung. Heutzutage sind Euphemismen wie *Ärzt_innenpfusch* oder *Kunstfehler* mit diesem Konzept wohl am ehesten im Alltag anzutreffen. Diese sehr weitläufige Figur unterteilt er in *direkte* und *indirekte* Dimensionen. *Direkte* Iatrogenese ist beispielsweise dann der Fall, wenn Schmerzen, Krankheit oder Tod auf eine medizinische Intervention folgen (vgl. ebd.: 920). *Indirekt* operiert sie auf struktureller Ebene: „when health policies reinforce an industrial organisation which generates ill-health: it can be structural when medical sponsored behaviour and delusion restrict the vital autonomy of people by undermining their competence in growing up, caring, ageing“ (ebd.). Gesundheitssysteme bearbeiten also nicht nur für sie heilungswürdige Zustände, sondern erzeugen solche ebenso. Das Gesundheitssystem wird zyklisch reproduktiv. Epidemien, psychische Krankheiten oder andere sogenannte Volkskrankheiten werden laut Illich auch über das Krankensystem selbst produziert. Dadurch wird die Fähigkeit, resilient auf Krankheitszustände reagieren zu können, verlernt; was beispielsweise den Umgang mit dem biologischen Tod zu einer inkommensurablen Tätigkeit werden lässt, die nur scheitern kann:

„Health designates a process of adaption. It is not the result of instinct, but of autonomous and live reaction to an experienced reality. It designates the ability to adapt to changing environments, to growing up and to ageing, to healing when damaged, to suffering and to the peaceful expectation of death“ (ebd.: 921).

Peter Conrad ist eine weitere zu adressierende Person, wenn es um Thesen der Medikalisierung geht. Hat er sich diesem Thema doch namentlich direkt angenommen und ihm seine wissenschaftliche Karriere gewidmet. Es ist wichtig zu erwähnen, dass Conrads Studien und Werke weder eine einheitliche Theorie darstellen noch über uneingeschränkte Reichweite verfügen. Sie sprechen über nordamerikanische Verhältnisse und lassen eben dort valide Interpretationen zu. Im Europa der Mitte des vergangenen Jahrhunderts bis heute ist jedoch eine gewisse Parallelität seiner Schlussfolgerungen zu erkennen. Medikalisierung ist für Conrad in erster Linie ein Prozess, der die Ausdehnung medizinischer Tatbestände in

zunächst nicht medikalisierte Figurationen beschreibt: „Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to ‚treat‘ it“ (Conrad 1992: 211). Es fordert die Duldung dessen heraus, ob ein Verhalten oder ein biophysischer Zustand als pathologisch definiert werden darf. Falls ja, lassen sich medizinische Instrumente erkennen, die eben eine Behebung des jeweiligen kranken Zustandes bezwecken. Beispiele hierfür sind: die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Pädophilie, Alkoholismus, Homo- und „Transsexualität“,⁷ Anorexie, Unfruchtbarkeit oder die prämenstruelle Störung. Es wird deutlich, wie heterogen die Phänomene sind oder sein dürfen, damit sich die Medizin ihrer verfügbar machen kann und wie sehr diese „Krankheiten“ mit gesellschaftlichen Konventionen korrelieren. Denn es fällt auf, wie sehr gesellschaftspolitische Aushandlungsprozesse hinter der Benennung bestimmter Krankheiten stecken. ADHS ist so erst dann eine Krankheit, wenn sie Menschen in einer *hochdisziplinierten* Gesellschaft unfähig macht, sich an die ubiquitären Normen der Verhaltensweisen anzupassen. Bei Kindern fällt dies in der Schule besonders auf. Die Abgabe von Ritalin zur Ruhigstellung der Kindeskörper ist demnach einer pharmazeutischen Normalisierung gleichzusetzen, der ein Medikalierungsprozess vorausgeht. Alkoholismus war ebenso lange toleriert, wie er bestimmten Normen und jeweils einzufordernden Verhaltensweisen nicht entgegenzutreten schien. Ändern sich diese, kann eine neue Krankheit geboren werden. Die gleichen Prozesse liefen bei den neo-Krankheiten wie der „Transsexualität“ oder der Unfruchtbarkeit im Hintergrund. Nun lässt sich die These aufstellen, dass Medikalierung als Prozess eine erweiterte Form der sozialen Kontrolle legitimiert (vgl. ebd.: 216). Aus diesem Grund ist sie aus soziologischer Sicht einer besonders intensiven Beobachtung zu unterziehen. „[T]he greatest social control power comes from having the authority to define certain behaviours, persons and things (Conrad/Schneider 1980: 8). Diese Kontrolle wird durch drei Helferinnen stabilisiert: medizinische Ideologie, Zusammenarbeit und Technologie (vgl. ebd.). Medizinische Ideologie ist ein weiter Begriff, der zu schlecht handhabbaren Öffnung tendiert. Aus der vorangegangenen Genese von „Gesundheit“ (s. Kapitel 2.1.1.) ist jedoch nachvollziehbar, wie medizinische Ideologie mit den jeweiligen gesellschaftspolitischen Momenten korreliert. Greifbarer hingegen ist die Helferin der Zusammenarbeit; denn das medizinische System operiert nicht geschlossen in sich selbst. Es bedarf des Austausches von Informationen mit Behörden der Legislative, Exekutive, anderen

7 Der medikalisierende Begriff „Transsexualität“ ist überholt und als solcher falsch; ist die Problematisierung von Menschen, die sich mit ihrem von außen zugeordnetem Geschlecht nicht identifizieren seit jeher keine Frage der Sexualität gewesen, sondern eine der geschlechtlichen Identifizierung. Dennoch wurde der alte Begriff verwandt, um die Notwendigkeit einer präzisen Begrifflichkeit sowie möglicher negativer Effekte des „Machtapparats Medizin“ hervorzuheben.

Institutionen oder politischen Bewegungen, um ein möglichst vielversprechendes Ergebnis erzielen zu können (vgl. Conrad/Potter 2003: 40). Technologie oder Technik ist eine Zusammenfassung aller nichtmenschlichen Akteure, die dieses Netzwerk stabilisieren beziehungsweise herstellen. Dazu gehört die umstrittene Präimplantationsdiagnostik, implantierte Insulinpumpen, Hormonbehandlungen, Penisprothesen oder das derzeit in den Fokus rückende Verfahren CRISPR/Cas9. Unter anderem dem Titel der vorliegenden Arbeit geschuldet, fällt auf, wie sehr die genannten Helferinnen dem gleichkommen, was Foucault als *Dispositiv* beschreibt. Das medizinische System schreitet über Technik und Kooperation überwachend und disziplinierend zunehmend in das gesellschaftliche Selbstverständnis ein. Ob hierbei der allgemeine Bevölkerungsschutz vordergründig ist oder nicht, ist für die für sich stehende Beobachtung vergleichsweise unwichtig. Unter einer pandemischen Situation wie der Covid-19-Pandemie, die den gesellschaftlichen Körper im Gesamten als krank oder gefährdet beschreibt und die sich nur zeitlich begrenzt kontrollieren lassen kann, muss weiterhin mit einer zunehmenden Aufwertung des medizinischen Systems aus politischer Perspektive gerechnet werden (vgl. Anicker 2020: 181). Die Stärkung der Deutungshoheit medizinischen Wissens durch den Prozess der Medikalisierung führt dystopisch zu einer medizinischen Hegemonie sozialer Kontrolle, die das menschliche Leben von Geburt bis zum Tod plant und überwacht.

Eine zeitgenössische Entwicklung, die sich auf der Ebene der Medikalisierung abspielt und den Aspekt der Technik einbezieht, ist die der *Genetisierung*. Sie steht stellvertretend für die These, dass Menschen ihre Gesundheit zunehmend über ihre genetische Information definieren (vgl. Wieser 2017: 66). Sie stellt darüber hinaus auch den Übergang von einer Medikalisierung hin zu einer *Bio-Medikalisierung* dar (wie sie anschließend besprochen wird) (vgl. Clarke et al. 2010a). Auch, wenn diese These keine empirische Unstrittigkeit genießt, so ist der enorme Einfluss von Technologien für genetisch-medizinische Information bei der Beschaffung oder Beratung nicht zu leugnen (vgl. Wieser 2017: 69). Es soll betont werden, dass es nicht um das Technische als simple Addition geht, sondern um Dynamiken, die durch diese neuen Akteur_innen erst freigesetzt werden. Dieses sozio-technische System führt zu einer Testpraxis, die es so bis dato nicht gab. Von welchen Praktiken wird hier gesprochen? Ein Beispiel für das Testen von Genen stellt die pränatale Diagnostik dar. Sie zielt darauf ab, Föten auf Stoffwechselerkrankungen und genetisch bedingte sogenannte Fehlentwicklungen hin zu testen (vgl. Petersen 2005: 231). Im Falle eines positiven Befundes können zwar keine Therapien angeboten werden, jedoch haben Eltern oder hat ein Elternteil die Möglichkeit, die Schwangerschaft abzuberechen. Soziologisch interessant ist der *Prozess*, dem nichtwissende Eltern oder Elternteile dadurch praktisch *ausgesetzt* sind: „The example of newborn screening shows that the diffusion of genetic medicine happens *precisely in areas where no ‚informed consent‘* is obtained from those examined“ (Wieser 2017: 78) [Herv. B. S.]. Über sozio-technische Systeme

der genetischen Wissensgenerierung wird eine *Norm* gebunden, die mit einer *Verpflichtung* zum Wissen (anstatt dem Recht auf Nichtwissen) einhergeht (vgl. ebd.: 70). An dieser Stelle dockt ein Subjektivierungsprozess der Selbstkontrolle im Foucault'schen Sinne an. Die Liste derjenigen Krankheiten, auf die getestet wird, *vergrößert* sich stetig (vgl. Dimbath/Dreßler 2021: 13). Eltern und Elternteile werden mit Informationen versorgt, auf die sie sich nicht einstellen konnten. Weitere Entscheidungen werden ihnen zwar formal folgenlos überlassen, aber informell wird ein Druck aufgebaut, der u. a. als *produzierte* Schuld beschrieben werden kann (vgl. Wieser 2017: 85). Die *aktive* Anwesenheit von Technologie ist hierbei eine oft übersehene Blackbox (siehe Kapitel 3.2.2.). Die Art und Weise, *wie* das Wissen über die genetische Information von Föten erzeugt oder eben nicht erzeugt wird, spielt eine entscheidende Rolle für die getroffenen Schlussfolgerungen und erzeugten Effekte. Technologien generieren eine hohe Produktivität, Aussagen über genetische Informationen zu gewährleisten. Sie werden allerdings nicht für sich alleinstehend behandelt, sondern sind in sozio-technische Systeme integriert (vgl. ebd.: 76). Eine nicht-normative Weitergabe von Information bleibt aus – gemäß der These, dass das medizinische System normativ durchdrungen ist. Politische und medizinische Entscheidungsprozesse sind also nicht voneinander losgelöst, sondern ein Paradebeispiel für den Anwendungsbereich der Science & Technology Studies (STS): There is an „interplay between science, politics and the public: *policy making* as shaping and decision making processes of science and technology“ (ebd.: 178) [Herv. i. O.]. Man kann mit Fug und Recht behaupten, dass es ein Ausweitungsmoment dieses genetischen Wissens gibt, das durch technik-mediiertes Testen zunehmend die genetische Klassifizierung der Bevölkerung bewerkstelligt, denn „[h]uman actors no longer have the chance to escape an action programme, once it has been inscribed to technology“ (ebd.: 87). Das Testen selbst ist also nicht von Technik entkoppelt, sondern nur durch dieselbe möglich. Wie bereits angedeutet, geht es beim Testen vorrangig um Wissensherstellung. Der Test stellt die Brücke vom Nichtwissen zu Wissen her. Die Folge ist, dass es zu einer Verschiebung des Rechts auf Nichtwissen, hin zu der Herstellung einer *Ordnung* genetischen Wissens kommt (vgl. ebd.: 93). Der *Kontext* des Testens ist ausschlaggebend; er ist *alles* (vgl. Marres/Stark 2020: 424). Dieser besteht, so die Annahme, immer aus einem Netzwerk technischer, naturwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Akteur_innen. Gegenwärtige sogenannte (post-)moderne Gesellschaften zeichnen sich besonders durch die Zunahme von Testmaßnahmen aus, wohingegen ihre Ziele sehr verschieden oder unklar sind: Persönlichkeitstests, Nukleartests, Corona-Tests, HIV-Schnelltests etc. (vgl. ebd.: 424 ff.).

The „applications of molecular biology and genomics to medicine are themselves highly dependent on computer and information sciences“ (Clarke et al. 2010b: 69). Dieses Zitat ist richtungweisend für eine Annahme des medizinischen Ausbreitungsprozesses, der sich *Biomedikalisierung* nennt. Clarke et al. sprechen

von einer epistemologischen Wende, bei der vor allem die bereits umrissene *Verbindung von Technologie und Medizin* im Fokus steht. Ein programmatischer Unterschied zu ihrem Vorgängermodell ist, dass der Medikalierungsprozess (laut Clarke bis circa 1945) gesundheitliche Phänomene zu kontrollieren ersucht, es dagegen bei Biomedikalierung darum geht, jene Phänomene zu *transformieren* (vgl. ebd.: 2). Es steht also erneut weniger die Vermeidung von Krankheitsphänomenen als die Optimierung des Zustandes, der als Gesundheit verstanden wird, im Vordergrund. Dies kann sowohl auf individueller oder kollektiver Ebene geschehen als auch auf jener der Bevölkerung. Abgeschlossenheit ist diesem Konzept daher nicht inhärent. Wobei man die alltagsphilosophische Frage einwerfen kann, ob Medikalierung jemals eine Frage gesundheitlichen *Fortschritts* gewesen ist. Denn „increased longevity in the West was due to improved sanitation, nutrition, income, and housing rather than medical interventions“ (ebd.: 15). Hier sind Anknüpfungspunkte etwa zu Illichs These der Iatrogenese herauszulesen, aber ebenso zur Notwendigkeit der konzeptuellen Überarbeitung des Prozesses um *bio- und technopolitische Schnittstellen*. Die Verbundenheit von Technologien zu anderen, etwa biologischen, Entitäten spielt eine entscheidende, wenn nicht gar tragende Rolle. Wie der von Conrad beschriebene Medikalierungsprozess ist auch der Biomedikalierungsprozess expansiv. Geschichtlich reiht er sich in die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg ein, da ab diesem Zeitpunkt zuvor nicht medikalisierte Phänomene im Sinne der Medikalierung einbezogen und schleichend *um eine technische Dimension erweitert* werden (vgl. ebd.: 50 ff.). Konkrete Beispiele dafür sind etwa die regenerative Medizin, die plastische Chirurgie, die Reproduktionsmedizin, die HIV/AIDS⁸-Forschung (oder vergleichbare Pandemien), die Prothetik oder Hormonbehandlungen. Dabei sind Technologien keine passiven und ignorierbaren Entitäten. Wie Wieser bereits gezeigt und den Finger in die Wunde gelegt hat: „information technologies become significant non-human actors, nicely addressing the ‚how‘ of biomedicalization in practice“ (ebd.: 24 f.). Solche Technologien sind demnach *produktive* Schnittstellen bei der Herstellung von Gesundheit aus klassisch biopolitischer Perspektive. Diese Verflechtung eines heterogenen Ensembles von Entitäten führt zu neuen Subjektivierungsprozessen (vgl. Lipp/Maasen 2022: 143) oder zu einer zunehmenden Verwissenschaftlichung der Akteur_innen: „it demands of patients, consumers, and patient groups that we become more knowledgeable and responsible – essentially more ‚scientized‘“ (Clarke et al. 2010b: 16). Die wechselwirkenden Gründe für den epistemologischen Wechsel von einem medikalierenden hin zu einem biomedikalierenden Blick sind fünffach (ebd.: 49):

8 Akquiriertes Immundefizienz-Syndrom.

1. Die Konstituierung einer bio-politischen Wirtschaftsweise des medizinischen Systems, indem biomedizinisches Wissen, Technologien, Dienstleistungen und Kapital generiert werden,
2. ein durch Risiko- und Überwachungstechnologien aufgebauter Fokus auf Optimierung und Verbesserung von Gesundheit(szuständen),
3. die zunehmende „technoscientific nature of the practices and innovations“ (ebd.),
4. die Transformation (bio-)medizinischen Wissens und
5. die Subjektivierungen individueller wie kollektiver „technoscientific identities“ (ebd.).

Hierin drückt sich die Betonung auf die Heterogenität der Dynamiken sowie ihre Verflechtungen untereinander aus, die *technikabhängige* neue Legitimationsstrategien produziert (vgl. ebd.: 22). Technologieeinsatz im Rahmen der Medizin ist demnach nicht nur als entscheidende Nuancierung gegenüber der Medikalisierung zu sehen, sondern als treibender Motor (vgl. Folkers 2020b: 203). Die Genese des klinischen Blicks hat daher nicht mit Foucaults Beschreibung geendet, sondern ist in vollem Gange:

„Theoretically, biomedicalization is seen as part of a broader shift from Michel Foucault’s (1975) notion of the ‚clinical gaze‘ in the eighteenth century to Nikolas Rose’s (2007) concept of the ‚molecular gaze‘ in the twenty-first century. Foucault saw the past as the beginning of ‚biopower‘ in which medicine subjected bodies and populations to its surveillance and control, while Rose notes the current extension of medicine’s gaze even further into the replacement, engineering, or regeneration of human cells and tissues“ (Cockerham 2020: 307).

Wie sich erkennen lässt, sind Krankheiten ein essenzieller Teil gesellschaftlichen Lebens, den es zu kontrollieren gilt und der das Leben selbst entscheidend zu verändern vermag. Dabei kann von einer Verkettung heterogener Elemente gesprochen werden, die auf den ersten Blick nicht voneinander tangiert zu sein scheinen (vgl. Lipp/Maasen 2022). Während Foucault einen in der *biologischen Sphäre bleibenden* zunehmenden Normalisierungseffekt des medizinischen Systems beschreibt, der Krankheiten reorganisiert und dies wiederum auf die Bevölkerung einwirkt, argumentiert Illich gar, dass signifikante Krankheiten vom Medizinischen selbst produziert werden. Conrad relativiert diese drastische Interpretation nur insofern, als dass er darstellt, dass das medizinische System sich zunehmend neuen Krankheiten verfügbar macht. Diese Form der expansiven sozialen Kontrolle bedient sich dabei Subjektivierungsprozessen der Selbstkontrolle, wie heterogenen Arrangements sozio-technischer Apparate. Das Testen ist dabei beiden Figuren zuzurechnen und stellt die Brücke von Nichtwissen zu