

5 Transformationen: Patientengeschichtsschreibung als Einführung einer ›subjektivierten‹ Patientenkonzeption

Nachdem die Subjektkonzeption und Subjektkonstitution des Patienten in und durch die *episteme*- bzw. medizinanalytischen Schriften Michel Foucaults und die medizinsoziologischen Texte Talcott Parsons' rekonstruiert worden sind, soll sich nun einem Diskurs einer weiteren sozial- bzw. geisteswissenschaftlichen Disziplin zugewendet werden, der sich mit dem Status von Patient*innen beschäftigt. Erstens soll gezeigt werden, dass dieser Diskurs der Patientengeschichte bzw. Patientengeschichtsschreibung (Wolff 1998; Ernst 1999; Eckart/Jütte 2007, S. 181ff.; Brückner 2006) Kritik an älteren Formen der Geschichtsschreibung und medizinsoziologischen Betrachtungen geübt hat, die Patient*innen als passiv vorstellen. Zweitens soll dargestellt werden, welche Paradigmen überwunden und welche methodischen Probleme gelöst werden mussten, um den Patienten medizingeschichtswissenschaftlich als aktives Subjekt erfassen zu können. Drittens wird gezeigt, welche Funktion die Patientengeschichtsschreibung innerhalb der Genealogie für die Transformation des Patientensubjekts erfüllt: Gegenüber der parsonsschen Patientendefinierung tritt hier eine Patientin in Erscheinung, die über ihre geschichtliche Beforschung agentiviert werden soll. Angeregt und beeinflusst wird dieses intellektuelle Projekt zwar nicht so sehr durch die Thesen Parsons' selbst, sondern es wird sich abgearbeitet an (impliziten) traditionellen geschichtswissenschaftlichen, zeitgenössischen soziologischen Diskussionen sowie Debatten der Sozialgeschichte der Medizin, die allerdings eine der parsonsschen ähnlichen Subjektvorstellung anhängen. Die Transformation des Patientensubjekts durch die Patientengeschichtsschreibung wird anhand der Rekonstruktion dreier Debattenlinien nachverfolgt: Erstens der des Verschwindens des kranken Menschen aus der geschichtlichen Gesellschaft, zweitens der der Medizingeschichte ›von unten‹ und der Ausgrabung des Patientenblicks und drittens der der theoretisch-politischen Widersprüche der Patientenkonzeption im Dienste einer engagierten Patientengeschichtsschreibung.

Der Diskurs der Patientengeschichtsschreibung selbst ist ein Konglomerat vielfacher Referenzen und Bezüge von Texten aufeinander, die sich um ein ähnliches Problem formieren, nämlich dem Verständnis und der Repräsentation von Patient*innen in der

Historiografie. Wenn die Patientengeschichtsschreibung als Diskurs, der zur Patientensubjektconstitution beiträgt, aufgefasst wird und die diskursiv-genealogische Formung des Patienten als mögliches aktives, sogar gesellschaftspolitisch handelndes Subjekt erschlossen wird, so ist es nötig, von einer Aneignung geschichtswissenschaftlicher Relevanz- und Ordnungskriterien abzugehen und sie sogar gelegentlich zu durchbrechen, um die zentralen theoretischen und politischen Argumentationslinien isolieren zu können. Das heißt: Anders als der Diskurs selbst werden die räumlichen und zeitlichen Forschungskontexte, aus denen heraus die Subjektconstitutionstheoretischen Annahmen getroffen werden, zwar genannt, sie werden aber nicht weiter differenziert oder quellenteknisch beurteilt oder gegeneinander priorisiert. Hier soll nicht entschieden werden, welche Forschungsergebnisse nun die Realität von Patient*innen im Land A zur Zeit B besser beschreiben als andere oder welche Fallstudie zurate gezogen werden sollte, um der Lebensrealität der Kranken im griechischen Altertum oder im Frankreich des 18. Jahrhunderts besonders nahe zu kommen – denn dies ist nicht die Aufgabe der genealogischen Subjektconstitutionsanalyse. Mehr von Interesse ist, wie in diesen Auseinandersetzungen Patient*innen als Eigenschaftssubjekte firmieren, um andere Formen des Patientseins zu imaginieren und diese zu politisieren. Und schließlich wird hier nicht von einem zeitlich geschlossenen Diskurs ausgegangen – es ist zwar kein Zufall, dass die Patientengeschichtsschreibung in den 1970er Jahren aufkommt und in den 1980er Jahren zu ihrer vollen Blüte gelangt. Der Diskurs der Patientengeschichtsschreibung, der sich zeitlich bis ins aktuelle Jahrzehnt erstreckt,¹ hat jedoch seinerseits für die Subjektconstitutionsanalyse vor allem systematische Bedeutung, da er die bereichsspezifischen Bedingungen der Möglichkeit, die Patientin anders zu denken, besonders gut abbilden kann.

5.1 Das Verschwinden des kranken Menschen aus der geschichtlichen Gesellschaft und die Kritik der modernen medizinischen Praxis

Einer der wichtigsten Beiträge zum ersten Diskursstrang innerhalb der Patientengeschichtsschreibung (und zur neueren Medizingeschichtsschreibung überhaupt, vgl. Nicolson 2009; Gillam 2016) stammt bezeichnenderweise nicht von einem Medizinhistoriker, sondern von einem medizingeschichtlich arbeitenden, durch marxistische Theoriebildungen beeinflussten Soziologen. Nicholas D. Jewson veröffentlicht Mitte der 1970er Jahre zwei breit rezipierte Texte über den sozialen Status des erkrankten Menschen und der Macht des Patienten vor der Geburt der Klinik bzw. der Krankenhausmedizin: *Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England* (Jewson 1974) und *The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870* (Jewson 1976). Jewsons Hauptanliegen ist eine Strukturierung der Logik medizinischen Denkens und Handelns, welche sich nicht am medizinischen Wissensstand der betrachteten Zeit, sondern an Sets

1 Die Selbstthematizierung und -positionierung des Forschungskontextes kommt in Deutschland erst in den 1990er Jahren auf und hält, im Rückgriff auf seinen historischen Entstehungsrahmen, bis heute an.

von Möglichkeiten des Sehens und Nichtsehens, des Vorstellens und Praktizierens sowie an den Bedingungen sozialer Interaktionen orientiert (Jewson 1976, S. 228). Forschungsleitend ist dabei der Begriff der medizinischen Kosmologien, mit dem er Erwin Ackerknechts bekanntes Ordnungsraster (Ackerknecht 1967, S. xi; 1979, S. 128) aufnimmt und dieses wiederum aus komparatistischen Gründen in sechs Elemente aufschlüsselt (Jewson 1976, S. 228): Das erste Element, nach dem er die drei medizinischen Kosmologien der Krankenbettmedizin (*bedside medicine*), Krankenhausmedizin (*hospital medicine*) und Labormedizin (*laboratory medicine*) strukturiert, ist der Patron², eine Gruppe oder Klasse, die die Produktionsmittel des medizinischen Wissens kontrolliert. Das zweite Element bezieht sich auf die berufliche Rolle, die das medizinische Personal zu seiner kosmologischen Zeit ausübt. Das dritte Element betrifft die Ressource, die der Patron für die Ausübung seiner Macht nutzen kann bzw. die Art und Weise, wie das Verhältnis zwischen dem Patron und dem medizinischen Personal organisiert ist. Das vierte Element fasst die Konzeption des kranken Menschen (*sick-man*) innerhalb der jeweiligen Kosmologie. Das fünfte Element umreißt die epistemologische und praktische Aufgabe des medizinischen Personals im Rahmen seines Denkens und Handelns, das sechste und letzte Element beschreibt die Konzeptualisierung von Krankheit innerhalb der jeweiligen Kosmologie. Jewson geht einerseits historiografisch vor,³ um die Wandlungen von der Krankenbettmedizin über die Krankenhausmedizin bis hin zur Labormedizin darzustellen und portiert andererseits sozialtheoretische Überlegungen in seine medizinisch-geschichtliche Analyse. Seine Verweise auf Foucault und Louis Althusser in Bezug auf die Ordnungslogik der Kosmologien (Kosmologien seien ähnlich wie diskursive Formationen und Problematiken) sowie auf Althusser und Etienne Balibar in Bezug auf die Produktionsmittel des Wissens und die Kontrollmacht des Patrons (Jewson 1976, S. 240f., FN 1-4), lassen auf einen spezifischen analytischen Fokus schließen, der weiter unten herausgestellt wird. Zuvor seien jedoch die wesentlichen Argumentationskerne, die Jewson in die medizingeschichtliche Diskussion neu einbringt, dargelegt:

In der kosmologischen Ordnung der Labormedizin, die Jewson idealtypisch nicht in Großbritannien, sondern als in der zweiten Dekade des 19. Jahrhunderts in Deutschland verortet ansieht, wird biomedizinische Forschung betrieben, die an universitären Einrichtungen und Krankenhäusern stattfindet und staatlich finanziert ist. Man versteht die Krankheit als physikalisch-chemischen Prozess, der in den zellulären Strukturen des menschlichen Lebens angesiedelt ist. Die Wissenschaftler versuchen, Krankheiten mittels mikroskopischer Examinierung zu analysieren und durch Laborexperimente entlang wissenschaftlicher Methoden zu verstehen. In der Labormedizin wird laut Jewson der ursprünglichere Zweck der Medizin, nämlich die Heilung, untergeordnet, wenn

- 2 Der Bedeutungsgehalt des englischen Begriffs *patron* ist komplex – mit Patron ist derjenige, der fördert, der eine Schutzaufgabe hat, aber auch jemand, der einen Kundenstatus hat, gemeint. Patronage ist in diesem Sinne eine Situation der Gönnerschaft, der Schirmherrschaft und der Kundschaft. Lachmund/Stollberg (1995, S. 126) umschreiben das Patronagesystem als Klientendominanz.
- 3 Allerdings legt er sich nicht auf präzise, in der Geschichtswissenschaft gängige Periodisierungen der Kosmologien fest – es geht mehr um eine grundsätzliche Abfolge von Ordnungen zwischen 1770 und 1870, wobei die Krankenbettmedizin die früheste und die Labormedizin die späteste Kosmologie darstellen.

nicht sogar zu einem Nichtproblem gemacht. Der Patient ist aus der Labormedizin verschwunden, die Materialität der Labormedizin ist Körperstoff (Jewson 1976, S. 237). Im Rahmen des Vorgängers der Labormedizin, der Krankenhausmedizin, die ihren Idealtypus laut Jewson in der Pariser Schule findet (und deren Merkmale Foucault in sehr ähnlicher Weise ein paar Jahre zuvor in *Die Geburt der Klinik* [GK] ausgeführt hatte), hat die Konzeption des Kranken- und Patientenstatus' noch eine menschliche Qualität. Diese Qualität ist allerdings die eines Falles, oder wie Foucault darstellt: die eines qualitativen Negativums, der Patient steht hier für das Individuum an sich, in dem die organische Läsion sichtbar und für das die Diagnose sagbar gemacht werden muss. Beide Kosmologien, die Krankenhausmedizin und Labormedizin, stehen für eine objektorientierte Medizin, die den Patienten nicht als Person anerkennen. Im Falle der Labormedizin hat man nicht einmal mehr Menschen vor Augen bzw. vor dem Mikroskop. Handlungsmacht und Wissensgenerierung liegen hier allein auf der Seite des Kliniklers respektive Wissenschaftlers. Eine Gegenfolie zu diesen beiden Formen des medizinischen Denkens und Handelns bietet nun die Krankenbettmedizin des letzten Drittels des 18. Jahrhunderts, wie sie an der Universität von Edinburgh gelehrt wurde (Jewson 1976, S. 227). In dieser Kosmologie sei die Verteilung von Macht, Einfluss und Handlungsfreiheit noch eine andere gewesen: Der idealtypische Patient, den Jewson beschreibt, hat durch seinen privilegierten Klassenstand (Jewson 1974, S. 382) Zugang zum Arzt, den er ins häusliche Umfeld an sein Krankenlager rufen kann. Das medizinische Wissen in dieser Interaktion geht nicht in erster Linie vom Arzt, sondern vom Patienten aus, der dem Arzt durch sein Wehklagen und die Beschreibung seiner körperlichen und psychischen Empfindungen – seiner subjektiven Erfahrung des schlechten Befindens – berichtet. Der Arzt, geprägt vom humoralpathologischen Denken, kombiniert, welche Körpersäfte aus dem Gleichgewicht gekommen sein mögen, die den ganz »eigenartigen« Zustand des Patienten herbeigeführt haben könnten. Arzt und Patient handeln gemeinsam die Gabe möglicher Therapeutika aus, die Jewson als »heroic« (Jewson 1974, S. 370) und »particularistic« (Jewson 1974, S. 372) bezeichnet. Es geht dabei nicht um evidenzbasierte Wirksamkeit im heutigen Sinne, sondern um den sozialen Prozess des Wahrnehmens und des amüsierten »Fachsimpelns« (adelige Patienten bringen laut Jewson ein oftmals großes Interesse für die Kunst der Medizin auf): »Physicians had no choice but to tailor their theories and remedies to meet the expectations and requirements of their genteel clients« (Jewson 1974, S. 376). Nicht der Patient befindet sich in Abhängigkeit vom Arzt, das Verhältnis gestaltet sich eher umgekehrt: Der Arzt ist abhängig vom oftmals adeligen oder großbürgerlichen Patienten, der ihn für seine Dienste bezahlt, der ihn in seinen Kreisen modisch macht und seinem Praktizieren Legitimität verleiht – oftmals mehr als die eines guten humanmedizinischen Studiums.⁴ Die Macht des Patienten liegt in seiner monetären Situation, den finanziell oftmals schlechter gestellten

4 Dieser Geist der patientenwunschorientierten Privatpraxis zieht sich allerdings, anders als Jewson es nahelegt, bis ins 20. Jahrhundert hinein. Gerd Göckenjan schildert beispielsweise, dass einige approbierte Ärzte den naturheilkundlerischen Bedarf der Kassenversicherten registrieren und ihnen diese Dienste deswegen auch als Kassenleistung zukommen lassen wollen (Göckenjan 1985, S. 358). Vgl. dazu Abschn. 7.1.

Arzt bezahlen zu können,⁵ in der Möglichkeit, seinen Ruf zu beurteilen und zu formen sowie in dem unausgesprochenen Recht, in der konsultativen Beziehung Deutungshoheit über die eigene Krankheit zu behaupten (Jewson 1974, S. 373–378). Die wesentliche Funktion der Beschreibung dieser Kosmologie steht für das Bemühen, den medizinischen Macht-Wissen-Komplex und die soziale Interaktion zwischen Patient und Arzt, wie sie seit der Krankenhausmedizin als Verfahren in der klinischen Praxis geprägt und durch die von Parsons ausgehende medizinsoziologische Diskussion auf Seiten des Arztes als aktiv-wissend-dominant eingerichtet wurden, über den Umweg der historischen Studie *anders denkbar* zu machen. Es geht Jewson in seiner Studie nicht um historiografische Akkuratess (was schon deutlich wird anhand der unterschiedlichen Bezugskontexte, die von Britannien über Frankreich bis hin nach Preußen reichen und sich über genau ein Jahrhundert erstrecken, um sein Argument stichhaltig zu machen). Er begibt sich in eine Art Erinnerungsmodus, der darauf hinweist, dass das Patienten-Arzt-Verhältnis nicht durch eine überhistorische Herrschaftssituation, durch Objektifizierung und Kontrolle begründet worden, sondern geschichtlich variabel⁶ und in der

-
- 5 Mitte der 1980er Jahre kommt in der angelsächsischen Medizingeschichtsschreibung, die von der neueren Sozialgeschichte der Medizin sowie von zeitgenössischen marktliberalen Diskursen beeinflusst ist, das Paradigma des medizinischen Marktplatzes auf (z. B. Beier 1987; Porter 1985b; Loudon 1985; Digby 1994): Historiker*innen beschreiben die Medizingeschichte nicht mehr nur als periodisches Geschehen medizinischer Innovationen, sondern deuten die Ausbreitung medizinischer Lehren und Behandlungen als ökonomisches Geschehen zwischen Angebot und Nachfrage sowie über die Etablierung neuer Produkte und Preispolitiken. Sie zeigen an unterschiedlichen Fallstudien – von der griechischen Antike über die italienische Renaissance bis zur britischen Frühen Neuzeit – die einfache Rechnung auf: »Wer sich einen guten Arzt leisten konnte, fand einen guten Arzt. Wer sich keinen guten Arzt leisten konnte, fand keinen guten Arzt« (Unschuld 2006, S. A1137). Diese Interpretation der pluralen, diversen und kommerzialisierten medizinischen Form führt dazu, die Geschichte der Medizin nicht mehr als von oben dirigierte Schubphasen von Intellektualität und Verfeinerung der Instrumente, sondern Medizin, wie andere Bereiche des Lebens auch, als unter dem Einfluss liberalisierender und demokratisierender Kräfte stehend zu konzeptualisieren (Jenner/Wallis 2007). Dass der Patient nicht nur als Partner in der medizinischen Interaktion, sondern auch als Konsument medizinischer Produkte und Stimulant der Angebotsseite des medizinischen Marktes angesehen werden kann, findet in diesem Spezialdiskurs seine historische Rückversicherung und Legitimation, das Patientensubjekt in diesem Sinne mit einer selbstsorgend-wirtschaftlich aktiven Dimension auszustatten.
 - 6 Die oft geäußerte Kritik an Jewson, er hätte damit ausschließlich die soziale Situation einer ganz bestimmten, sehr kleinen Klientel und sozialen Klasse beschrieben (Porter 1985b, S. 289, FN 17) und damit eigentlich keinen paradigmatischen medizingeschichtlichen Beitrag geleistet, läuft insofern ins Leere, als dass es ihm nicht um empirisch begründete Verallgemeinerungen, sondern um die Beschreibung der symbolischen Struktur der Verhältnisse geht, die prinzipiell auch anders sein könnten. Anders wiederum David Armstrongs Position, die dieses befreiende Argument nicht gelten lässt und die körperkonstruierend-kontrollierende Macht der Medizin ebenfalls als historisch formiert, aber theoretisch wie praktisch als letztendlich unhintergebar ansieht: »I can find no evidence for this mythical, liberated, un-alienated and non-objectified patient before the emergence of pathological medicine in the late 18th century. The reason is simple: such a patient did not exist; in fact this patient was actually constructed rather than suppressed by this new approach to illness. But of course if it is believed we have a humanist identity this cannot be ›invented‹, almost by definition, so a mythical past is created in which we were free. A similar argument applies to the Marxist concept of alienation which needs a Golden Age sometime

Konsequenz auch veränderbar ist. Die Patientenfigur, die Jewson hier entwirft, ist damit nicht nur als historischer Idealtypus zu verstehen, sondern verkörpert (neo-)marxistisch inspirierte Medizin- und Gesellschaftskritik sowie eine (mikro-)politische Utopie der Befreiung aus Herrschaftsverhältnissen durch deren Umkehrung.

Die diskursive Strategie, mittels einer geschichtswissenschaftlichen Methodik eine andere Wahrheit von Patient*innen aus den Schichten der Selbstverständlichkeiten zu heben und das Patientensubjekt damit im Rahmen eines kritischen Projekts gegenüber der modernen Medizin und ihren Machtwirkungen zu agentifizieren, findet man in ähnlicher Weise in anderen Beiträgen wieder. Barbara Dudens Monografie *Geschichte unter der Haut* (1987), die als körper- und geschlechtergeschichtlicher Meilenstein gilt (Sarasin 1999, S. 439; Nolte 2005), kann ebenfalls als patientengeschichtliche Studie verstanden werden. Über die Rekonstruktion der Soziogenese des weiblichen Körpers entwirft Duden eine Art Verlustnarrativ der Stimme der Patientin. Der Körper der Frau erzähle eine Geschichte der Verfolgung und Entmächtigung, der Definierung, Zergliederung und Intrusion, der Dressur und politisch-ökonomischen Nutzbarmachung (Duden 1987, S. 22) und sei in seiner heutigen Form Konstruktion und materielles Ergebnis dieser vielfältigen Zugriffe und Herstellungsprozesse. Anhand der Aufzeichnungen des Eisenacher Arztes Johannes Pelagius Storch um 1730 macht Duden die Leiberfahrungen der Frauen zugänglich, die sich in Storchs Behandlung begaben. Duden zeigt, dass Frauen jeglicher Stände sich selbst oder mithilfe von Frauen aus ihrem sozialen Nahbereich kurierten und Storch dabei konsultierten. Die Beziehung zwischen dem Arzt und den Patientinnen ist durch die verbalen Äußerungen der Frauen über ihren Gesundheitszustand und durch ein Tabu der Berührung charakterisiert. Körperliche Distanz, ein systemischeres Krankheitsverständnis und subjektiver Ausdruck des Leidens durch Klage, die Storch penibel dokumentiert, sind die Kernelemente dieser geschichtlichen medizinischen Begegnung. Jene Elemente stehen gleichzeitig für die Realität, die heute aus dem medizinischen Sagbarkeits- und Handlungsfeld verschwunden sei:

»Ein Schmerz, ein Weh im Leib drängt nicht notwendig zu nur einem spezifischen Wort, mündet nicht nur in einer von vielen möglichen Formulierungen. Ein stechender Schmerz in der Brust, den wir heute als ›Herzversagen‹ oder ›Herzbeschwerden‹ bezeichnen würden, wird im Kontext von Eisenach in anderen Worten und deshalb in einer ganz anderen Dimension [von der Patientin, HG] gesagt. ›Herzbeschwerden‹ heute sind ungleich dem, was mit ›schwerem Herzen‹, ›blutenden Herzen‹, ›Ängstlichkeit der Brust‹, ›Hertzzappeln‹, ›Hertzzittern‹, ›Sturm in der Brust‹ vermittelt wird. Die medizingeschichtliche Forschung hat die Geschichte und Struktur der Krankheitsbegriffe

in the past when Man was not alienated. I have no problem with a programme that seeks to liberate and empower patients, I only seek to undermine its theoretical justification and point out, following Foucault, that we can never be free of power.« (Armstrong in Carvalho 2016, S. 499f.) Jewson entwirft durchaus eine etwas holzschnittartige Patientenfigur, behauptet aber nicht, dass die soziale Interaktion und die Krankenbettkosmologie *frei* von Macht sind – Machtressourcen, also Produktionsmittel des Denkens, Interpretierens und therapeutischen Handelns sind lediglich anders verteilt als in der ›(spät)modernen‹ medizinischen Interaktion. Hier deutet sich bereits ein theoretisches Dilemma der Patientengeschichtsschreibung an, das weiter unten ausgeführt werden muss.

einzelner Epochen in bezug auf den theoretischen Rahmen dieser Begriffe untersucht, über die Sprachebenen nicht der akademischen, sondern der persönlichen Verarbeitung des Krankseins in anderen Epochen wissen wir dagegen so gut wie nichts. Es ist diese Lücke der Forschung ein Erbe der Entwicklung, in der die Macht über das stimmige Wort sich auf nur eine Seite, der der Medizin, konzentrierte. Heute können wir nur stottern oder schweigen angesichts der normativen Nomenklatur der Fachsprache.« (Duden 1987, S. 107)

Krankheitserleben (*illness*), Krankheitshandeln (*illness behavior*) und Krankheit (*disease*), einflussreiche, durch die moderne Medizinsoziologie eingeführte und disziplinierte Unterscheidungen, sind in der Welt der Patientinnen Storchs noch nicht getrennt. Das Körpergefühl der Patientin ist im Behandlungsszenario imperativ. Ihre epochenspezifische Dominanz im Aushandlungsgeschehen der Krankheit macht deutlich,

»in welcher Weise die Subjektkonstitution des Patienten respektive der Patientin sich [...] in den Krankengeschichten gewandelt hat und inwieweit in den medizinischen Fallberichten Veränderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung zum Ausdruck [kommen, HG].« (Nolte 2009, S. 34)

Auch für Mary E. Fissel (1991) ist entscheidend, auf das Verschwinden der Narrative der Patienten aus den Krankenakten der Bristol Infirmary um 1780 (also zu der Zeit, in der die Infirmary eine Wandlung zur Klinik durchläuft und das diagnostische Lesen der Krankheitssymptome langsam gegenüber der Patientenschilderung priorisiert wird) hinzuweisen. Nicht die Frau als Patientin war schon immer schwach, vielmehr sei ihre Macht in neueren Medikalisierungskulturen nach und nach abgebaut worden. Diesem Diskursstrang der Patientengeschichtsschreibung ist vor allem daran gelegen, die moderne medizinische Kultur durch (neo-)marxistische und feministische, das heißt durch gesellschaftskritische Linsen zu betrachten und die moderne medizinische Logik und Arbeitsweise in ihren Verdrängungs-, Ausbeutungs- und Entfremdungsprozessen zu beleuchten. Die Erinnerung an die Stimme der Patient*innen ist zugleich eine Strategie dieses Diskursstrangs, das Arzt-Patienten-Verhältnis vergangener Zeiten als Vorbild für die moderne bzw. gegenwärtige medizinische Praxis zu stilisieren, das moderne Arzt-Patienten-Verhältnis durch diese Erinnerungsarbeit zu politisieren und ein dezidiert historisch-liberalisiertes Patientensubjekt zu konstituieren.

5.2 Medizingeschichte ›von unten‹ und die Ausgrabung des Patientenblicks

In dem oben abgebildeten Zitat Barbara Dudens klingt bereits an, dass die Patientengeschichtsschreibung nicht nur das ›materielle‹ oder ›reale‹ Verschwinden der Patient*innenstimme als Folge von Bemächtigungen und Unterdrückungen durch die medizinische Praxis nachzuweisen hat, sondern dass die vergessene Macht der Patientin und des Patienten auch eine Konsequenz ihrer sozial- bzw. geisteswissenschaftlicher ›Überschreibung‹ ist. Charles Webster, späterer Chronist des britischen National Health Service