

möglichen Lebensbereiche erstreckte (Loetz 1993, S. 289). Zurückhaltung der Pockenschutzimpfung gegenüber war allerdings auch der einfachen Tatsache geschuldet, dass diese damals eine noch verhältnismäßig unausgereifte medizinische Technik war:

»Es handelte sich also nicht allein um den Antagonismus von Eigensinn (in der Forschung gern ›Volkskultur‹) genannt und Aufklärungsmedizin (und damit ›Elitenkultur‹). Vielmehr fragten die Betroffenen pragmatisch nach, wie es um den tatsächlichen Nutzen der Impfung bestellt sei.« (Loetz 1993, S. 291)

Loetz zeichnet so ein differenziertes Bild der Durchsetzung medizinischer Praktiken, die nicht unwidersprochen blieben, und zeigt, dass der Weg vom Krankenstatus zum Patientenstatus, der mit einer langsamen Professionalisierung des lokalen Gesundheitssystems einhergeht, für ihren Forschungskontext alles andere als ein geradliniger, ärztlich-politischer Oktroyierungsvorgang gewesen ist. Vielmehr sind es die Patienten selbst, Pfuscher, Quacksalber, die Hebammen, die Wundärzte und Apotheker, die die Gesundheitsversorgung genauso prägen wie die akademischen Ärzte und die Gesundheitsbehörden. Diese Erkenntnis und Botschaft der dispersen medizinischen Macht und verteilten selbstverwalterischen Gestaltungskompetenz ist ihr weitaus wichtiger, als einen subjektiven, ›authentischen‹ Patientenblick aus dem Material herauszwingen zu wollen. Patientengeschichte ist, wie man an Loetz' Buch erkennen kann, nicht nur die Jagd nach Primärmaterial im Archiv, sondern auch der Versuch, sich von unterdessen einflussreich gewordenen medizinkritischen Erzählungen, aus denen unter anderem Loetz' Verständnis nach die Medikalisierungsthese stammt, abzugrenzen. Es ist damit nun diese Konfrontation – und nicht mehr die Kritik an der liberal-aufklärerisch gesinnten Medizingeschichtsschreibung – die die Patientengeschichtsschreibung bewegt. Diese Konfrontation und Kritik der Kritik werfen besondere theoriepolitische Probleme auf und verhandeln damit *en passant* die Subjektkonzeption des Patienten neu.

5.3 Geschichtspolitik und Theoriepolitik: Eine Aporie

Im Quellenstreit scheint sich letztlich die innerdiskursive Bewertung durchgesetzt zu haben, dass Patientengeschichtsforschung keine Frage der ›richtigen oder falschen‹, der ›authentischen oder vermittelten‹ Quellen ist, sondern dass sie den Anspruch auf Authentizität und allgemeiner Aussagekraft zurückschrauben und schlicht mit unterschiedlichen Graden der Annäherung an Patient*innen umgehen muss (Wolff 2008, S. 30). Patientengeschichtsschreibung, wenn sie sich dieser Probleme bewusst ist, wird also wohlmöglich immer auch mit einer impliziten genealogischen Haltung betrieben. Ein anderes Problem, das den Beitrag der Patientengeschichtsschreibung für die hier zu entwickelnde Genealogie betrifft, ergibt sich aus einer Verschränkung eines geschichtspolitischen Motivs mit einem theoriepolitischen Widerspruch. Wie bereits angedeutet, ist die Patientengeschichtsschreibung keineswegs als ein spontanes historiografisches Erzeugnis, sondern als Produkt einer Wende im geschichtswissenschaftlichen Denken zu verstehen, das bis dahin in liberal-aufklärerischer Absicht Geschichte mit einer Fortschrittsteleologie, beflügelt durch begabte Männer, ausgestattet hatte. Patienten-

geschichtsschreibung ist in der Folge Ausdruck eines größeren Kritikprojekts, der Sozialgeschichte der Medizin, welches wiederum wesentlich mit eben dieser älteren Medizingeschichtsschreibung brechen wollte. Die Sozialgeschichte der Medizin war ein soziokulturelles ›Kind‹ der 1960er und 1970er Jahre und damit zu einem intellektuellen Sammelbecken von Gesellschaftskritik jedweder Couleur geworden: Feministische Bewegungen rückten den Körper in den Mittelpunkt geschichtswissenschaftlichen Interesses, egalitäre, radikale und kommunistische Gesellschaftsentwürfe sowie ökologische und pazifistische Kritiken inspirierten dazu, alte Autoritäten, die Elitenperspektive (Waddington 2011, S. 3)¹⁵ und die bis dato große Konzentration auf die *grand politics* in der geschichtswissenschaftlichen Forschung insgesamt in Frage zu stellen. Die berühmte Wendung Thomas McKeowns, nach Henry Sigerist einer der ersten, die sich für einen dezidiert soziologischen – das heißt vor allem: einen gesellschaftsanalytischeren und programmatischeren Zugang – zur Medizingeschichte stark machten, formulierte die Motivation und Aufgabe dieser neuen geschichtswissenschaftlichen Rationalität folgendermaßen: »[I]f social history is history with the politics left out, the social history of medicine is medical history with the public interest put in.« (McKeown 1970, S. 342) Diese neue Medizingeschichte samt der Patientengeschichtsschreibung wird entsprechend nicht nur als geschichtspolitische Alternative, sondern als Beitrag zu einem größeren gesellschaftspolitischen Projekt verstanden:

»For fledgling social historians of medicine in the 1970s – that is, the ›new‹ social historians of medicine, historically trained and academically situated – it was sufficient merely to believe that their project was historiographically radical, challenging older positivist, triumphalist, elitist, and internalist accounts of knowledge, events and experience. The political activism of the period easily justified the task, while the task justified the activism.« (Cooter 2007, S. 2)

Als besonders einflussreich erwies sich der zum ähnlichen Zeitpunkt immer lauter werdende medizinkritische Diskurs. Dieser medizinkritische Diskurs, ein Konglomerat unterschiedlichster kritischer Forschungsperspektiven und aktivistischer Zusammenhänge, beflügelte das Projekt der Patientengeschichtsschreibung zunächst erheblich: Ivan Illichs, Thomas Szasz, Eliot Freidsons und vor allem Michel Foucaults Bücher und Thesen wurden in der medizinhistorischen Forschung sowohl affirmativ als auch skeptisch diskutiert. Porter beispielsweise lässt immer wieder die Stichworte ›medizinischer Blick‹ und ›Medikalisierung‹ – Begriffe, die das Machtgefälle zwischen Arzt und Patientin, zwischen Gesundheitsregierung und Bevölkerung charakterisieren sollen und die auf Foucaultsche Konzepte zurückverweisen – fallen, adaptiert sie zwar nicht, aber bezieht sich immer wieder in produktiv-kritischer Abgrenzung auf sie (Porter 1985c, S. 182, 186, 192; 1985b, S. 283; vgl. auch Loetz 1993). In ähnlicher Weise zeigt John C. Burnham, dass viele Medizinhistoriker*innen in ihren Forschungen das parsonssche Konzept der Krankenrolle verwendeten – nicht etwa, um kontemporäre soziologische Konzepte anachronistisch in ihr historisches Untersuchungsmaterial hineinzutragen,

15 Später ließen sich diese Medizinsozialhistoriker*innen, unter ihnen eben auch Roy Porter, durch politische Forderungen nach mehr Patientenrechten und das erstarkte Selbstbewusstsein der AIDS-Bewegung beeinflussen.

sondern, um mit einem kritischen Impetus das soziokulturell kursierende Hierarchiemodell zwischen Arzt und Patient für den historischen Fall dekonstruieren zu können (Burnham 2012, S. 764ff.). Die Patientengeschichtsschreibung wurde von als einheitlich argumentierend verstandenen Medizinkritiken immerhin dazu angeregt, mit Mitteln der historischen Forschung, also der Hebung der Patientenstimme und der historischen Ausdeutung von Handlungskompetenz, selbst einen Beitrag zum größeren Emanzipationsprojekt des Patienten, für das Ivan Illich, Thomas S. Szasz, Erving Goffman, Michel Foucault und andere standen, beizusteuern.

Das Problem, mit dem sich die Geschichtsschreibung dann aber abzumühen schien, war folgendes: Wenn insbesondere Foucault und die an ihn anschließenden Forschenden gezeigt hatten, dass Medizin Patient*innen nicht in erster Linie unterdrückte, sondern vielmehr erst konstruiert hatte,¹⁶ wie könnte man dann dieser Konstruktion, dieser Fiktion überhaupt eine mehr oder weniger authentische Stimme entlocken? Diese foucaultsche Perspektive stellte – viel mehr noch als die anderen Thesen aus dem Bereich der Medizinkritik, die ein Unterdrückungsmodell im Arzt-Patienten-Verhältnis und in der medizinisch geprägten Gesellschaft insgesamt anboten – eine für das gesellschaftskritische Projekt der Patientengeschichtsschreibung gehörige theoriepolitische Irritation dar. Im Anschluss an Kommentator*innen der Patientengeschichtsschreibung (vor allem Cooter 2007; Condrau 2007; Bacopoulos-Viau/Fauvel 2015) lässt sich erkennen, dass sich zwei kritische Projekte rund um die Subjektkonstitution des Patienten gegenseitig ins Gehege kamen und dies die theoretische Erfassbarkeit der Patientensubjektkonstitution vor einen Widerspruch stellte: Als geschichtspolitisch-kritisches Projekt versuchte die patientenorientierte Geschichtswissenschaft, die Medizingeschichtsschreibung nach innen hin zu demokratisieren; als politisches Projekt wollte sie nach außen hin mit geschichtswissenschaftlichen Mitteln zur Kritik der modernen Medizin und der Aufwertung des Patientenstatus in der sozialen Welt ihren eigenen Beitrag leisten. Weil die Patientengeschichtsschreibung zwar durch medizinkritische Strömungen inspiriert wurde, sie jedoch nicht die theoretischen Ideen der Medizinkritik über den objektivierten, konstruierten, fabrizierten etc. Subjektstatus des Patienten sinnvoll in ihr Anliegen integrieren konnte, musste sie mit ihrem eigenen theoriepolitischen Defizit – quasi einem aporetischen Patientensubjekt, konstruiert und stimmhaft, ambivalent passiv-aktiver Rolleninhaber und historischer Fakt zugleich – umgehen lernen. Dieses theoriepolitische, inhärent logisch inkommensurable Defizit der Patientengeschichtsschreibung (Mazandarani 2014) wird mithin dafür verantwortlich gemacht, dass die Patientengeschichtsschreibung methodisch unterentwickelt geblieben ist und ihre gute Absicht nicht mit den Kritikgrundlagen ihrer medizinkritischen Ideengeber versöhnen konnte.

16 So zum Beispiel David Armstrongs (1984) These in seinem Artikel über die Kommunikationstechniken, mit denen Ärzte für die Erstellung der Krankengeschichte den Patienten zum Sprechen bringen und damit einen medizinischen Fall konstruieren – »the patient's view is an artefact of socio-medical perception.« (Armstrong 1984, S. 743; vgl. auch Gillis 2006) Condrau (2007, S. 528) bemerkt, dass Armstrongs Artikel ebenfalls den Titel *The Patient's View* trägt, aber nahezu gegensätzliche theoretische Prämissen zu Porters Methodologie wählt, um die Konstitution des Patientensubjekts zu erklären.

Es ist allerdings auch möglich, zu einer anderen Bewertung der Funktion der Patientengeschichtsschreibung zu gelangen, als ihr einfach den Vorwurf zu machen, keine theoretische Lösung für die Aporie ihres eigenen Patientensubjektmodells gefunden zu haben. Diese Bewertung nach den Maßgaben der *genealogischen Subjektkonstitutionsanalyse* kann zeigen, dass die Patientengeschichtsschreibung einen Möglichkeitsraum für die schwierige konzeptuelle Transformation des Patientensubjekts bot. Sie muss in dieser Hinsicht selbst genealogisch in ihrer Arbeitsweise verstanden werden: Zwar konnte sie nur beschwerlich archäologisch durch die Suche nach geeigneten Quellen und durchaus politisierten Interpretationsbemühungen Antworten zu ihrem eigenen Forschungsinteresse liefern – was nämlich die ›Wahrheit‹ der Patient*innen und ihrer Agentivität in vergangenen Zeiten ausgemacht haben mag. Auch fand sie laut ihren Kritikern offensichtlich keinen sauberen Ausweg aus dem konzeptionellen Dilemma zwischen dem Wissen um die historisch-epistemologischen Konstruktion der Patientin, dem Problem ihrer faktischen Objektivierung (Ausbeutung, Disziplinierung, Unterdrückung, Passivierung etc.) in der zeitgenössischen medizinischen Praxis, der wissenschaftlichen Suche nach einer authentischen Perspektive und dem Beweis ihrer ehemals machtvollen Positionierung in spezifischen historischen Settings wie den Patronagesystemen. Als entscheidend kann das Anliegen der Patientengeschichtsschreibung angesehen werden, aus den historischen Tiefen das ›Wissen der Leute‹ (ihre Sprüche, ihre Rezepte, ihre Gebete, ihre Ego-dokumente etc.) zu heben, Patienten und Patientinnen anders deut- und denkbar zu machen, geschichtswissenschaftliche Methoden in emanzipativer Absicht zu politisieren und mit ihren Forschungswaffen mindestens im Subtext eine Kritik an den rezenten medizinischen Verhältnissen üben zu wollen, wie es außergeschichtswissenschaftliche Diskurse bereits öffentlichkeitswirksam getan hatten. Patientengeschichtsschreibung als genealogische Aktivität zu verstehen heißt auch, ihren Beitrag zur Veränderung der Patientensubjektkonstitution nicht durch ihre theoretische Widerspruchsfreiheit und eine ausbleibende theoriepolitische Entscheidung qualifizieren zu müssen, sondern anzuerkennen, überhaupt den Versuch gewagt zu haben, zu einer anderen Methode und Sichtweise zu gelangen. Die Patientengeschichtsschreibung, so lässt sich weiterhin einordnen, brauchte in gewisser Weise eine stereotype Folie, gegen die sie sich in ihrer Arbeit wenden konnte – und der medizinkritische Diskurs, dessen eigentlichen immanenten Differenzen sie durch ihre Verweise auf Foucault, Goffman, Illich, Szasz und andere nivellierte, um zu einer politischen These zu gelangen, lieferte ihr diese. Sicherlich machte es sich die Patientengeschichtsschreibung zu einfach, indem sie die unterschiedlichen Formen und Weisen der zeitgenössischen intellektuellen Medizinkritik nicht reflektierte und nicht auswies, an welche Form der Problematisierung welche Kritik nun genau anschloss (also ob die Patientin nun diskursiv, durch Praktiken konstruiert oder materiell unterdrückt werde). Die Patientengeschichtsschreibung erreichenden Impulse der Medizinkritik, nämlich im allerweitesten Sinne, dass Patient*innen gegenwärtig nicht als Subjekte, sondern, wenn überhaupt, als Objekte (der medizinischen Praxis und der Geschichtsschreibung) behandelt würden, reichten der Patientenhistoriografie aus, ihr Forschungsprogramm zu begründen sowie auszudifferenzieren und damit eine kleine, aber wissenspolitisch und genealogisch interessante und wichtige Rolle für die Patientensubjektkonstitutionsgeschichte einzunehmen.

Es lohnt sich, unter diesem Eindruck nochmals eine kurze Zusammenfassung der bis hierhin erarbeiteten Ergebnisse zu leisten: Es kam bisher darauf an, den Patienten genealogisch nicht so sehr als unterdrücktes, durch die Mühlen der medizinischen Professionalisierung gedrehtes, *hierarchisch unterworfenen Objekt* oder, wie vor allem David Armstrongs einflussreiche Lesart Foucaults insinuiert hat, nur als *Konstruktion des medizinischen Blicks* zu sehen. Stattdessen wird der moderne Patient in *Die Geburt der Klinik* (GK) als Leiche und diagnostischer Fall, damit als ein Individuum und sogar als das Individuumssubjekt schlechthin verstanden. Mit dem Ergebnis, dass der Patient der Moderne das fundamentale Individuumssubjekt ›verkörpert‹, lässt sich auch der parsonssche medizinsoziologische Zugang zur Patientin neu einordnen: *Das moderne Individuumssubjekt der Patientin findet sich im modernen Arzt-Patienten-Verhältnis als Teil einer Dyade wieder.* Die Theoriebildungen Parsons' sind gleichzeitig ein besonders wirkmächtiges und starkes Beispiel dafür, wie Subjekteigenschaften zugeschrieben wurden, über die man sich in der Medizinsoziologie, in der öffentlichen Medizinkritik und in der Medizingeschichte im Ergebnis einig gewesen zu sein scheint (Pickstone 2012, S. 237): Entweder ist der Patient in seiner theoretischen Anlage und Realität leidend, abwartend, emotional, auf Hilfe angewiesen, in einer besonderen, sozial fragilen Situation (Parsons) oder er wird durch diskursive Konstruktion oder materielle Ausbeutungs-, Gewalt-, und Unterdrückungszusammenhänge (unterschiedlichste Linien des medizinkritischen Diskurses der 1960er und 1970er Jahre) dazu gemacht. Die Patientengeschichtsschreibung mit ihren vielfältigen Bezugsregistern zu medizinsoziologischen Diskursen und medizinkritischen Interventionen zeigt sich aus der genealogischen Perspektive als eine Art *transformatives Scharnier* zwischen zwei Subjektkonstitutionen: Nämlich zwischen einem Individuumssubjekt, das als vereinzelt, passiv und unpolitisch gilt und einem Subjekt, das sich der Agentivierung, Emanzipation und Entpassivierung sowie der (kollektiven) Politisierung würdig erweist und erweisen muss.

Die Patientengeschichtsschreibung nimmt in diesem Deutungskampf einerseits an, dass der Patient entweder abwesend in der Medizingeschichte ist oder passiver vorgestellt wird, als er eigentlich war, andererseits und in der Konsequenz versucht sie, über die Rekonstruktion historischer Patientennarrative *einzelner Patienten* – ihrer Gebete, ihrer Autobiografien, ihrer Sprichwörter, Bittschriften und brieflichen Korrespondenz – einem aktiveren und machtvolleren Patientenstatus intellektuellen Vorschub zu leisten. *Die Patientengeschichtsschreibung als wissenschaftlicher Diskurs ist also auch noch der Vorstellung eines Patientenindividuumssubjekts, das sich in historischen medizinischen Dyaden und anderen sozialen und kulturellen Produktionskontexten befindet, verhaftet*¹⁷ – gleichwohl sie die Annahmen über das Machtungleichgewicht und die Passivität infrage stellt. Obendrein wird deutlich, dass die *Agentivierung von Patient*innen* nicht allein durch geschichtspolitische Methodeninnovationen und ausschließlich in theoretischen Interventionen zufriedenstellend herbeigeführt werden kann, sondern dass diese auch Sache einer (wissenschaftlich reflektierten) *politischen Praxis* ist. Diese politische Praxis bezieht sich auf

17 Die Beschworung des Patientenblicks ist somit auch gut anschlussfähig für neuere gouvernementalitätsorientierte Diskurse, die die verkörperten Erfahrungen einzelner neurologischer Patientensubjekte im Kontext psychiatrisch-biomedizinischer Kulturen versuchen herauszuarbeiten (Mazandarani 2014).

ein Patientensubjekt, das sich nur als *kollektives Subjekt* aus seiner unterworfenen Position befreien kann – und muss folglich der Konzeption des Patienten als einzelntes Individuumssubjekt, das auch noch in der Patientengeschichtsschreibung als wichtigste Quellauskunft galt, eine Absage erteilen. Das nächste Kapitel und damit die nächste Phase der Patientensubjektkonstitution spinnt diesen Faden weiter, indem sie die Medizinkritik der 1960er und 1970er Jahre, vor allem die Psychiatriekritik, als politische Reflexion und Deutungspraxis begreift, die die Emanzipation des Patienten durch seine Kollektivwerdung voranzutreiben gedenkt.