

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 Patientensstimme 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

und Präsident der Society for the Social History of Medicine kritisiert in seiner Antrittsrede 1976 folgende Entwicklung seines Faches, der Medizingeschichte:

»Advances in clinical medicine and surgery are recorded, but little is said about different categories of practitioner, their organisation, professional aspirations, codes of practice, or therapeutic practices. [...] The patient has an even more shadowy existence, emerging little other than a medium for illustrating the course of disease during life and a convenient specimen for anatomical observation after death.« (Webster 1976, S. 2; vgl. auch Eckart/Jütte 2007, S. 182)

Überblicksarbeiten, die sich mit den Wurzeln der Patientengeschichtsschreibung und ihrer Methodisierung auseinandersetzen, weisen darauf hin, dass es verhältnismäßig lange⁷ dauerte, bis man in der Medizingeschichtsschreibung die Rolle des Patienten erstmals anspricht (Eckart/Jütte 2007, S. 28; Ernst 1999, S. 106, FN 3; Micale 1995). Der Arzt und Medizinhistoriker Douglas Guthrie identifiziert den Patienten zwar schon im Jahre 1945 als einen bisher vernachlässigten Faktor in der Geschichte der Medizin – er wünsche⁸ »to pay tribute to some patients of the past who have played an important part in the march of medical progress« (Guthrie 1945b, S. 490). In seinem Text lobt er die historischen Beispiele selbstloser, männlich-tapferer, also idealer Patienten wie Horace Wells, Eben Frost und Gilbert Abbott, die sich für Operationen erstmals mit Äther anästhesieren ließen, ruft aber auch die Erinnerung an die Vorfälle um die gefährlich-kontagiöse Patientin Mary Mallon, auch bekannt als »Typhus-Mary«, ins Gedächtnis. So gesehen schreiben sich über die vergeschlechtlichten Patientengeschichten auch immer wieder bestimmte vergeschlechtlichte Patientenrollenmuster in die geschichtswissenschaftliche Repräsentation mit ein. Diese Monumentalisierung historischer (männlicher) Patienten wird außerdem als passendes Gegenstück zu einer allgemeineren Tendenz der Medizinhistoriografie gedeutet, die ihre Logik aus einer Elitenperspektive bezieht.

Erst sehr viel später wird versucht, diese Elitenperspektive der Medizingeschichtsschreibung systematisch, das heißt vor allem methodologisch und methodisch, aufzubrechen: 1985 erscheint in der Zeitschrift *Theory and Society* der Artikel *The Patients View. Doing Medical History from Below* von Roy Porter (1985c). Der Historiker argumentiert, dass die Medizingeschichtsschreibung bislang den Eindruck erweckt habe, dass die Geschichte der Medizin der Geschichte der Ärzteschaft entspreche – die Medizingeschichtsschreibung⁹ diene sich den Narrativen der Medizin als revolutionierende Wis-

7 Medizingeschichte als eigenständige wissenschaftliche Disziplin formiert sich bereits etwa zu Beginn des 19. Jahrhunderts, maßgeblich an preußischen Universitäten (Huisman/Warner 2004, S. 5).

8 Diesen Anspruch löst er dennoch in seinem ebenfalls 1945 erschienen Werk *A History of Medicine* (Guthrie 1945a) selbst nicht ein.

9 Die Kritiker*innen der traditionellen Medizingeschichte, die allesamt der Strömung der neueren Sozialgeschichte der Medizin angehören, halten sich mit einer konkreten Identifizierung von Medizinhistoriografen, die für die »traditional Whiggish [approaches, HG] and top-down studies« (Waddington 2011, S. 3; vgl. auch Huisman/Warner 2004, S. 2; Jordanova 1995, S. 362) stehen, stark zurück. Am Beispiel Bichats lässt sich allerdings die Stilistik und das Wissenschaftsbild der älteren Medizinhistoriker gut ablesen: »Bichat, der jüngste von ihnen, aber der einflussreichste Genius der

senschaft nach wie vor¹⁰ zu sehr an oder sei von Ärzten für Ärzte geschrieben, während die Leidenden – ihr Krankheitserleben, ihre Vorstellungen von Therapie, ihre Gedanken, Hoffnungen und medizinischen Laienvorstellungen – kaum beachtet worden seien (Porter 1985c, S. 176, 181). Porter plädiert nun für eine patientenorientierte Geschichtsschreibung (ebd.), die dieser Tendenz der älteren Medizinhistoriografie eine andere Perspektive und Methodik entgegensetze: Anstatt »in house« accounts« (Porter 1985c, S. 182) zu liefern, also die Medizin als ein Rationalitätsprojekt intelligenter und tatkräftiger Männer zu rahmen, sei es nun Aufgabe, »Geschichte von unten« (*history from below*) (Porter 1985c, S. 175) zu betreiben. Das Motiv der Geschichte von unten wird seit Mitte der 1980er quer durch die Geschichtswissenschaft, oft auch im Zusammenhang mit den zu diesem Zeitpunkt ebenfalls aufkommenden Teildisziplinen und Methoden der Alltagsgeschichte und Oral History, diskutiert (Ehalt 1984; Heer/Ullrich 1985; kritisch Wehler 1985). Ebenfalls 1985 fordert der Historiker Eric Hobsbawm die geschichtswissenschaftliche Forschungsgemeinde dazu auf, nicht länger die Geschichte der Herrschenden zu reproduzieren und deren Macht auch noch in den Geschichtsbüchern zu reifizieren, sondern dezidierte Methoden der Graswurzelgeschichtsschreibung zu entwickeln. Im Zentrum steht dabei nicht nur die Frage nach dem »normalen Leben« der »normalen Leute« in vergangenen Zeiten. Nach dem Vorbild der neueren französischen Geschichtsschreibung um die Gruppe der Annales (unter ihnen Marc Bloch und Georges Lefebvre, der berühmte Historiker der Französischen Revolution), und sozialistischer Historiker, die sich für die Kultur und Politik der Arbeiterbewegungen des 19. Jahrhunderts interessierten, soll die geschichtsverändernde Kraft bürgerlicher und proletarischer Mobilisierungsmomente aufgearbeitet werden. Dass es sich für den marxistischen Historiker Hobsbawm dabei um eine bewusste geschichtspolitische Maßnahme handelt, wird schnell deutlich: Die Wissenschaftlerin, die versucht, die Geschichte als Geschichte von unten her zu begreifen, kann nicht positivistisch arbeiten – das Material präsentiert sich ihr nicht wie von allein in den Archiven und aus den Archiven heraus, im Gegenteil: »In most cases the grassroots historian finds only what

neuren französischen Medizin und die Quelle der ganzen neuen Richtung der medicinischen Wissenschaft, war Desault's Schüler, genauer Freund und Mitarbeiter. [...] Aber Bichat's Geist strebte immer weiter. [...] Bichat gilt unbestritten in der ganzen französischen Medizin als ihr größter Geist[...]« (Wunderlich 1859, S. 244f.) »Bichat soon developed from a light-hearted, rollicking, happy-go-lucky-student into a successful surgeon and a master-worker in the science which sustained one of its gravest losses by his early death.« (Garrison 1913, S. 379) »The systematic study of tissues, however, and emphasis on them as important units of normal and pathological structure, is owed to the gifted Marie Francois Xavier Bichat (1771-1802), who from this point of view is entitled to be accepted as at least one of the fathers of histology.« (Castiglioni 1947, S. 672) »Bichat est mort trop tôt et a, par conséquent, rédigé trop vite une œuvre monumentale, dans laquelle se trouvent des erreurs inevitables que Magendie lui a reprochées et qu'il aurait probablement corrigées s'il avait vécu plus longtemps« (Huard 1972, S. 100f.).

- 10 Eine gewisse Umorientierung der Medizingeschichtsschreibung hatte bereits in den 1950er Jahren mit dem Aufruf Henry E. Sigerists stattgefunden, diese nicht durch die Errungenschaften des ärztlichen Genius anzuleiten, sondern Medizin als sozial und kulturell spezifische Leistung zu verstehen (Temkin 1958; Brieger 1993, S. 24; Magner 2005, S. v). Der Sozialismus repräsentierte für ihn diejenige gesellschaftliche Form, in der der Nutzen der Medizin gleichmäßig und gerecht verteilt würde (Fee 1989).

he is looking for, not what is already waiting for him« (Hobsbawm 1985, S. 16f.). Die Historikerin muss Zeit, Geschicklichkeit und Geld investieren, um die Geschichte auch als die Geschichte der Beherrschten und sich Befreienden lesbar zu machen; sie setzt das Puzzle der Quellen nicht zusammen, sondern muss ermitteln, wie die Puzzleteile zusammenpassen *sollten* (Hobsbawm 1985, S. 21). Das Erbe der Frauen und Männer, politischen Gruppen und sozialen Zusammenschlüsse, die Geschichte gemacht haben, kann also nur mit einer größeren Portion Imaginationskraft, Konstruktionsarbeit und der Suche nach Beweisen für erfolgreiche historische Mobilisierungspraktiken durch Historiker*innen selbst aus den Sedimenten der Vergangenheit, die vor allem die dokumentierte Vergangenheit der Herrschenden und Regierenden repräsentiert, gehoben werden. Auf diese Weise trügen Historiker*innen ihren Teil dazu bei, auch die heutige Gesellschaft und ihre ideologische Verfassung, die die gesellschaftlichen Verhältnisse als festgestellt und unumstößlich zeichnet, zu verändern (Hobsbawm 1985, S. 27).

Dieser geschichtsmaterialistische Geist ist in Porters Text sicherlich nicht so explizit wie bei Hobsbawm, aber ähnliche Motive und Probleme beschäftigen auch ihn. Er möchte zeigen, dass der Patient kein Produkt der Medikalisierung, kein Ergebnis des zudringlichen klinischen Blickes ist (hier versucht er, sich von der Position Foucaults abzugrenzen, Porter 1985c, S. 182), denn dies sei eine unzulässige Transferierung zeitgenössischer soziologischer Konzepte in die Erforschung historischer Patientenerfahrungen (ebd.). Porter allerdings beschäftigen unterschiedliche Probleme der Methodisierung seiner Idee von Patientengeschichtsschreibung: Genau besehen müsse man eigentlich von einer Leidendengeschichte oder einer Krankengeschichte¹¹ sprechen, um den eben zu dekonstruierenden Bedeutungsgehalt des Begriffes ›Patient‹ nicht entgegen der eigentlichen Absicht sprachpraktisch in das eigene wissenschaftliche Erkenntnisprojekt wiedereinzuschleppen. Porter will den Begriff ›Patient‹ dann aber doch beibehalten.¹² Damit erteilt er der Patientengeschichtsschreibung die Aufgabe, sich von Anfang an ein anderes Bild vom Patienten zu machen, als es beispielsweise in der medizinsoziologischen sozialtheoretischen Tradition (Parsons) und in kritisch-konstruktivistischen Diskursen (Foucault/Armstrong) üblich ist, nämlich eines, das die Patientin als agentativ und aktiv, als konkrete Person und theoretisch ermächtigt zeigen kann. Porter beschäftigt sich außerdem mit möglichen Vorkehrungen, die historisch aktive und selbstbestimmte Seite des Patientseins nicht zu romantisieren – schließlich seien Selbstmedikationen, die Wahl des Heilenden oder die Entwicklung einer Volksmedizin nicht als glamouröse Akte der kulturellen Selbstbestimmung aus einem rousse-

11 Unter ›Krankengeschichte‹ versteht man vor allem in der medizinischen Praxis dagegen eher die Vorgeschichte eines Erkrankten, die mittels Anamnese erhoben wird.

12 »Indeed, the very word ›patient‹ may actually be confusing. It is true that in early modern times the term was routinely used – as etymology would suggest – to denote any sick or suffering person, whether or not they had come under medical advice. But nowadays the word ›patient‹ implies that a person has put himself ›under the doctor‹, and the term has powerful connotations of passivity. Thus, given today's overtones, it is probably preferable to speak historically of ›sufferers‹ or ›the sick‹, some of whom *opted*, in various ways, to put themselves into relations with medical practitioners – relations whose structure and dynamics need exploration« (Porter 1985a, S. 3, Herv. i. O.). Auch hier treten die sozialtheoretischen Werte der Reziprozität und das liberale Marktplatz-Motiv deutlich zutage.

auschen Urzustand heraus misszuverstehen (Porter 1985c, S. 182). Patientengeschichtsschreibung zu betreiben heißt dann aber auch, mit einem Quellenproblem konfrontiert zu sein – welche Ressourcen können überhaupt genutzt werden, um die Stimme der Patientin, des Patienten vernehmbar zu machen (vgl. Piller 2007, S. 210)? Porter argumentiert, dass wenn es gelungen sei, Geschichten »von unten« über Frauen, Arbeiter, Kriminelle und weitere deprivierte und deviante Klassenangehörige zu schreiben, dies für Patienten doch erst recht möglich sein müsste. Man konsultiere dazu Aufzeichnungen prominenter, gebildeter historischer Persönlichkeiten und versuche aus diesen Pathografien das Leidenserleben von Menschen in ihren historischen und kulturellen Kontexten verstehbar zu machen. Außerdem könne man auf einen reichen Schatz von »proverbs, sayings, folklore, superstitions, remedies, traditional wisdom about diet, the calendar, omens, animals, natural pharmacy, the religious propitiations of *ex-votos*, pilgrimages, shrines, prayers« (Porter 1985c, S. 183, Herv. i. O.) des »gemeinen Volkes« zurückgreifen, um unter die Haut der Leidenden zu schlüpfen (Porter 1985c, S. 192). Im Umgang mit ausgewählten Quellen sei es in der Folge möglich, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der Patient*innen zu entschlüsseln (Porter 1985c, S. 185). In diesem Zuge müsse man sich vom heilungsorientierten modernen Denken verabschieden und das Schmerzmanagement historischer Patient*innen als eigene Leistung anerkennen, die Erhaltung von Gesundheit und der sozialen Strukturen der medizinischen Grundversorgung genauer in den Fokus nehmen und mit Reaktionen auf Krankheit als Bestandteil umfassenderer Lebenswelten rechnen (vgl. Ernst 1999, S. 100). In Anschluss an Porters Idee, die Patientensicht aus den Quellen zu rekonstruieren, wurden immer ausgefeiltere Programme¹³ für die Patientengeschichtsforschung vorgelegt, um dem Anspruch, wirklich Patientengeschichtsschreibung zu betreiben und Patient*innen nicht nur als eine Art *token* zu setzen, näher zu kommen (Wolff 1998; Stolberg 2003; Osten 2010). Entsprechend unterschiedlich fallen dann auch die Bewertungen unterschiedlicher Zugänge von Patientengeschichtsprojekten aus: Die Debatte um die möglichst »authentischen« Quellen des Patientenerlebens prägt in der Folge den Diskurs der Patientengeschichtsschreibung. Es geht darum, dieser authentischen Patientenstimme möglichst nahe zu kommen und problematische Filter, die ein durch die Optik des Arztes oder die medizinische Kultur verzerrtes Patientenbild überliefern, loszuwerden: Auch Barbara Duden wird in diesem Zuge vorgeworfen, sie konstruiere »ihre« Patientinnen nur über die indirekte Quelle der Aufzeichnungen ihres Arztes Storch (Ernst 1999, S. 107, FN 31). Einige Beiträge versprächen zwar einen dezidierten patientenorientierten Zugang, schrieben dann aber doch über die medizinischen Entwicklungen und durch die medizinische Praxis vermittelten gesellschaftlichen Deutungszusammenhänge von Diagnostik, Therapie und Heilung.¹⁴

13 Die Perspektive der Patientengeschichtsschreibung wird nicht nur strenger methodisiert, sondern auch in viele Unterdisziplinen medizinhistorischer Forschung eingeführt und differenziert sich seit den 1980er Jahren stetig aus. So etablieren sich beispielsweise Forschungsprojekte zur patientenorientierten Krankenhausgeschichte (Bleker 1995), chirurgieorientierten Patientengeschichte (Ruisinger 2001), zur psychiatrischen Patientengeschichte (Davies 2001; Brückner 2006; Huertas 2013) und zur altertümlichen Patientengeschichte (Petridou/Thumiger 2016).

14 Vgl. Ernsts Kritik an Heinrich Schipperges' Monografie *Homo Patients* (1985) (Ernst 1999, S. 97).

Aber allein die gründliche Reflexion methodischer und quellentypischer Probleme, die sich in der Auswertung von Material wie Patientenakten ergeben können, lässt auf ein vertieftes Interesse für die Patient*innen, die im Mittelpunkt therapeutischer Kontexte und klinischer Aktivitäten standen, schließen (Risse/Warner 1992). Als weiterer wichtiger Beitrag, der immerhin seine Bemühungen um patientenorientierte historische Forschung darlegt, gilt der Vorschlag von Jens Lachmund und Gunnar Stollberg, Autobiografieanalysen vorzunehmen, um den alltäglichen Umgang mit Krankheit vom Ende des 18. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts nachzuzeichnen. Die beiden Medizinsoziologen verstehen Krankheit als ein historisch-sozial-kulturelles Geschehen, rekonstruieren aus den Quelltexten die jeweilig zeitgenössische Kultur der Krankheit und verfolgen diese kulturellen Muster und den Wandel der *Patientenwelten* (Lachmund/Stollberg 1995) systematisch anhand einzelner Mikrostudien über die Zeit hinweg. Auch mit den Beiträgen von Elborg Forster (1986), Gudrun Piller (1999) oder Robert Jütte (2005) wird deutlich, dass das Anliegen der Patientengeschichtsschreibung sich am ehesten in der Beschäftigung mit einzelnen historischen Patienten zu verwirklichen scheint: Es wird Trend, Ego-Dokumente (Krankenakten, Diagnosebögen, Rezepte), aber vor allem Selbstzeugnisse (Briefe, Tagebücher und die bereits erwähnten Autobiografien) aus den Archiven zu sammeln und so gründlich zu analysieren, dass es gelingt, zu einem möglichst unvermittelten Kern von Erfahrung historischer Patient*innen vorzudringen (von Greyerz 2010, zur größeren Forschungsdebatte über die Quellengattungen und zugänglichen Archive siehe Dinges/Stollberg 2016 und van Koert o. J.).

Die Historikerin Francisca Loetz wiederum entscheidet sich gegen einen mikrohistorischen Ansatz, wohl auch deshalb, da sie kein geeignetes Forschungsmaterial fand, wie sie selbst schreibt. Sie verleiht patientenorientierter Forschung trotzdem Wirkung, indem sie die Gesundheitsversorgung einer ganzen Region aus ärztlichen Schuldenbüchern, Hauptjahresberichten, Medizinalstatistiken, Bittschriften und Gnadengesuchen (Loetz 1993, S. 57ff.) nachvollzieht und damit versucht, gegen das »Foucaultsche Medikalierungsmodell« (Loetz 1993, S. 40) zu argumentieren. Loetz hält den Einfluss Michel Foucaults auf die neuere deutsche Medizingeschichtsschreibung für irreführend – viele sozialhistorisch arbeitende Medizinhistoriker*innen wie Jean-Pierre Goubert (1982), Ute Frevert (1984) oder Gerd Göckenjan (1985) hätten das Medikalierungsmodell anachronistisch bzw. assoziativ auf ihre Forschungskontexte übertragen und damit einen disziplinierenden Einfluss von Staat und Ärzteschaft auf das Gesundheitsverhalten von Laien und (potenziell) Kranken propagiert (Loetz 1993, S. 14). Sie schlägt vor, die Gesundheitspolitik Badens zwischen 1750 und 1850 stattdessen als Prozess einer medizinischen Vergesellschaftung zu begreifen, in der die wechselseitigen Beeinflussungen von staatlichen Gesundheitsprogrammen, ärztlichen Handlungsweisen und Interessen, Herangehensweisen und Mentalitäten von Lientherapeuten sowie von Kranken und Bevölkerungsteilen zum Vorschein gebracht werden können. Loetz, die die Beforschung des Patientenblicks und der Sicht der Bevölkerung auf die Gesundheitspolitik auch ohne den puristischen Zugang der Egodokumentation voranzutreiben gedenkt, führt in diesem Zuge beispielsweise die Ablehnung der staatlich forcierten Pockenschutzimpfung durch sektiererische Bewegungen im Breisgau an und interpretiert diese als politischen Widerstand gegen zu viel (säkulare) Regierung, die sich zu der Zeit auf alle

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-