

— die Psychotherapeutin

■
Psychiatrie in Geschichte und Kultur
14: Frühjahr 2001

Herausgegeben von Beatrice Alder, Basel
Ulrike Hoffmann-Richter,
Luzern
Daniel Sollberger, Basel
Claudia Töngi, Basel
Unter Mitarbeit von Sabine Cassani, Zürich
Brigitta Keintzel, Wien
Riccardo Mandelli, Imperia
Angela Schürmann, Lübeck

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag

■ die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Mai und im November
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gem GmbH,
Thomas-Mann-Straße 49a, D-53111 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder
Gundeldinger Str. 85; 4053 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)
SUVA, Fluhmattstr. 1
CH-6002 Luzern
e-Mail: uhr@datacomm.ch

Dr. Dr. Daniel Sollberger
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Str. 27, CH-4025 Basel

lic.phil. Claudia Töngi
Historisches Seminar
Hirschgässlein 21; CH-4051 Basel

Sekretariat Marianna Streuli-Bussmann
SUVA, Fluhmattstr. 1
CH-6002 Luzern
Tel.: 041 419 54 58
Fax: 041 419 59 28

Einzelpreis: DM/sFr. 25,-; ÖS 183,-
Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 329,-
Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

DEUTSCHE BIBLIOTHEK – CIP-EINHEITSAUFNAHME

Die Psychotherapeutin: Psychiatrie in Geschichte und Kultur.–
Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-297-6

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

■ die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongressberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen. Das Lektorat liegt bei der geschäftsführenden Herausgeberin.

Sprachliche Gleichberechtigung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne dass der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewussten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin.

Inhalt

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin <i>Beatrice Alder</i>	4
Reinheit – ein fruchtbares Konzept im interdisziplinären Dialog? Editorial <i>Claudia Töngi</i>	5
Körper und Gefährdung. Überlegungen zu Körperlichkeit, Reinheit und Frömmigkeit <i>Regine Munz</i>	14
Sittlichkeit für die Frau, Bordelle für den Mann: Medizin, Sexualität und Sittlichkeit im Ersten Weltkrieg <i>Lutz Sauerteig</i>	25
»Invading Bodies« Reinheitskonzepte in der amerikanischen Immigrationspolitik der 1910/20er <i>Barbara Lütthi</i>	42
»In großer Sorge um die seelische Gesundheit des Volkes« Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen in der schweizerischen Psychiatrie der Dreißiger Jahre <i>Hans Jakob Ritter</i>	56
Theoreme der Reinheit in Psychiatrie und Psychotherapie. Zur Kritik an metapsychologischen Implikationen <i>Brigitta Keintzel</i>	71
Gute psychiatrische Pflege und die Zuschreibung von »Dirty Work« Ulrike Hoffmann-Richter im Gespräch mit Valerie Keller, Psychiatrieschwester	83
Ekelgeschichten Zerstörte Ordnungen in Erzählungen über Ekelerlebnisse in der Krankenpflege <i>Gudrun Silberzahn-Jandt</i>	95
Autorinnen und Autoren	108
Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag	109

Editorial der mitherausgebenden Verlegerin

■
Beatrice Alder

Reinheit: wem kämen bei diesem Wort nicht die Lebensmittelstandards in den Sinn, die in Deutschland unter dem Begriff »Reinheitsgebote« gerade dieser Tage wieder in aller Munde sind und eine unvorhersehbare Bedeutung erhalten haben. Hätte die Welt doch nur auf Plutarch und Platon gehört und aufs Fleischessen verzichtet, da – wie die Philosophen sagten – des Menschen Anatomie dafür nicht vorgesehen sei. Nicht nur unsere Nahrungsmittel sind unrein geworden. Auch die Böden, die einen Teil davon hervorbringen sollen, sind oft kontaminiert, weil sie durch Produktionsabfälle vergiftet wurden, wie eine Arbeit des Umweltspezialisten Martin Forter aus Basel nachwies. KonsumentInnen sind wir alle, sodass wir auf sichere, reine Nahrungsmittel angewiesen sind. Wir sind aber alle auch Erzeugerinnen von Schmutz, sodass unser Heft nicht nur geisteswissenschaftlich über das Thema nachdenken soll, sondern durchaus auch praktisch. Wer putzt schon gerne? Darüber recherchierte und reflektierte die Ethnologin Katharina Zaugg aus Basel und kreierte folgendes Angebot: »MITENAND« = Miteinander Putzen geht leichter und lustvoller, besonders wenn – wie sie es in ihrem Kurs »Kessel, Klang und Besen« lehrt – auch der Körper zu seinem Recht kommt und das Ziel nicht verkrampfter, wütender Krieg gegen den Schmutz ist, sondern die sorgsame Raumpflege, die Sorge zum Raum, zur putzenden Person und dank der Wahl der Reinigungsmittel auch die Sorge zur Umwelt. Wenn Ihnen beim Reinemachen eine Antwort an Ihre Verlegerin durch den Kopf geht, dann mailen Sie sie mir: die_psychotherapeutin@bluewin.ch.

Reinheit – ein fruchtbares Konzept im interdisziplinären Dialog?

Editorial



Claudia Töngi

Reinheit. Den meisten Leserinnen und Lesern werden wohl bei diesem Hefttitel die Reinheitsgebote im alten Testament in den Sinn kommen. »Du sollst nicht essen, was dem Herrn ein Greuel ist«, heißt es etwa im 5. Buch Mose 14. Aufgezählt werden all jene Tiere, die der/die Gläubige essen darf, ebenso wie jene, die als unrein gelten und daher nicht gegessen werden sollen.¹ Reinheitsgebote gibt es in sehr vielen Weltreligionen und in den verschiedensten Kulturen. Als unrein gelten nicht nur bestimmte Tiere oder Speisen, sondern auch gewisse soziale Gruppen der Gesellschaft: die Henker und Abdecker im alten Europa beispielsweise, oder die indischen Kastlosen. Unreinheit trifft Menschen, vor allem Frauen, auch periodisch, in spezifischen Abschnitten ihres Lebens. In sehr vielen Kulturen galten und gelten Frauen während der Menstruation als unrein. Nach der Geburt sind Frauen vielerorts unrein und müssen sich nach Ablauf einer gewissen Karenzzeit einem Reinigungszeremoniell unterziehen. Eine Vorstellung, die sich keineswegs auf Stammeskulturen beschränkt, sondern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts vor allem in katholisch-ländlichen Gebieten Europas eine unter dem Namen »Aussegnung der Wöchnerin« verbreitete Praxis war.

Die Liste von Vorstellungen und Praktiken, die uns heute als anachronistisch, exotisch, religiös-dogmatisch oder frauenfeindlich vorkommen mögen, ließe sich beliebig verlängern. Gleichzeitig könnte man aus dieser Aufzählung schließen, dass Unreinheits- und Reinheitsvorstellungen, der Sinn für Ordnung und Grenzen, eine anthropologische Konstante seien: dem Wesen Mensch eingeboren als natürlicher Mechanismus des Selbstschutzes gegen objektive Gefahren wie Angst vor Unfruchtbarkeit, Ehebruch der Frauen oder körperlicher Ansteckung durch Infektionskrankheiten.

Reinheit interessiert uns im Folgenden nur am Rande als eine Qualität, die sich beschreiben lässt, als etwas, das bestimmte *inhaltliche* Kriterien erfüllt: »diese Straße ist sauber, weil keine Papierschnipsel und kein Hundekot herumliegen«, »dieses Zimmer ist ordentlich aufgeräumt: alle Dinge liegen übersichtlich angeordnet am Boden« etc. Unmittelbar wird bei so banalen Aussagen wie diesen deutlich, dass Reinheit keine absolute Kategorie ist, die für alle Menschen denselben Inhalt hätte (ebenso wenig wie »Sauberkeit«, obwohl uns dies die Werbung täglich weiszumachen versucht!). Vielmehr sind Reinheitsvorstellungen abhängig von der Per-

spektive des/der Betrachtenden, von jeweiligen gesellschaftlichen Wertvorstellungen, religiösen Auffassungen, den ästhetischen Normen einer Kultur: Während meine indische Nachbarin niemals mit ihren Hausschuhen, geschweige denn mit Straßenschuhen meine Wohnung betreten würde, sondern immer in Strümpfen oder barfuß zu mir kommt, würde ich im Notfall lieber meine Schuhe anbehalten, als mich barfuss in fremden Räumen zu bewegen: die falsche Kleidung am falschen Ort zu tragen ruft Gefühle der Peinlichkeit hervor, es verstößt gegen die jeweiligen Ordnungs- und Sauberkeitsregeln. Unsere Reinheits- und Unreinheitsvorstellungen gründen also in der Art und Weise, wie wir unsere Welt ordnen und einteilen. So ist auch Schmutz nichts Absolutes, sondern etwas, was unsere Ordnung stört, sich gewissermaßen am »falschen Ort« des Klassifizierungssystems befindet. Schmutz ist »matter out of place«, wie die britische Anthropologin Mary Douglas in ihrem inzwischen zum Klassiker gewordenen Buch »Purity and Danger« aus dem Jahr 1966 formuliert.² Douglas verwendet Reinheit als eine *formale* Kategorie und fragt nach den sozialen und symbolischen *Funktionen* von Reinheits- und Unreinheitsvorstellungen und nach den kulturellen *Klassifikationssystemen*, die ihnen zugrunde liegen bzw. die sie begründen. Das innovative Potenzial von Douglas' Reinheitsstudie liegt nicht zuletzt darin, dass sie versucht, das Zusammenspiel von *Kategorisierungen und Moral* zu beschreiben und zu analysieren.

Ordnung schaffen – Grenzen ziehen

Douglas betont, dass das Einteilen der Welt in reine und unreine Elemente eine Form ist, Stabilität zu schaffen. Eine wesentlich ungeordnete Erfahrung kann so systematisiert und auf diesem Weg angeeignet werden. Diese grundlegende Operation des Einteilens impliziert (imaginäre oder materielle) Grenzziehungen, schafft Differenzen: zwischen Männern und Frauen, Einheimischen und Fremden, Gesunden und Kranken... In diesem Sinn stellen Grenzüberschreitungen immer eine Bedrohung und Infragestellung der gültigen Ordnung dar und werden entsprechend sanktioniert. Grenzen können zunächst durchaus räumlich zu verstehen sein: als Grenzen eines Territoriums oder Staates, die beispielsweise von Flüchtlingen übertreten werden. Flüchtlinge lassen sich durch ihren transitorischen Status nicht mehr in die gängigen Klassifikationssysteme einordnen und stellen daher die Nation als spezifische »kategoriale Ordnung« (Malkki 1995) auf struktureller Ebene infrage.³ Entsprechend lässt sich auch das Immigrationsprozedere als Versuch der Reklassifizierung dieser spezifisch undefinierten Gruppen lesen – ein Prozedere, welches gerade wegen seines Klassifizierungsproblems des objektivierenden Blickes der Medizin be-

darf (vgl. den Beitrag von Lüthi in diesem Heft). Vielfältige Grenzen durchziehen auch den Binnenraum von Gesellschaften. Sie werden fassbar und erlebbar in der Struktur des sozialen Raumes: sich als Frau auf die Männertoilette zu begeben, wird von den meisten als peinlich oder zumindest irritierend empfunden. Räume und Orte haben unterschiedliche Funktionen und sind nicht allen Mitgliedern einer Gesellschaft gleichermaßen zugänglich. Ein Picknick im Sakralraum einer Kirche würde als Tabubruch, unter Umständen als Akt der Befleckung gedeutet und sanktioniert. In den meisten Gesellschaften gibt es geschlechtsspezifisch, schichtspezifisch und zum Teil auch ethnisch segregierte Räume. Je klarer die Segregation ist, desto heftiger fallen die Sanktionen aus, wenn solche Grenzen überschritten werden. Grenzüberschreitungen sind immer ein Bruch mit den gültigen Codes einer Gesellschaft. Häufig sind sie jedoch auch ein erster Anstoß für gesellschaftliche Veränderungen und sozialen Wandel, indem sich bestimmte Gruppen einer Gesellschaft sukzessiv neue Räume aneignen und dadurch deren Bedeutung verändern. Als Beispiel aus unserer jüngsten Vergangenheit sei an die Frauen erinnert, die in den Siebzigerjahren begannen, in den Wirtshäusern zu stricken und ihre Babys zu stillen. Noch enger gezogen, können Grenzüberschreitungen sich auch auf den eigenen Körper bzw. auf konkrete Praktiken im Umgang mit dem Körper beziehen. Im Überschreiten spezifischer Reinheitsgrenzen als einer mittelalterlich-weiblichen Frömmigkeitspraxis lag ein Moment der Subversion der weiblichen Gläubigen gegenüber der kirchlichen Hegemonie, die Munz in ihrem Aufsatz in diesem Heft als Zeichen weiblicher Autonomie deutet. Grenzüberschreitungen provozieren also Umdeutungen und ziehen unter Umständen Grenzverschiebungen nach sich. So können Ordnungen zwar in Zeiten der Beharrung zu einem Korsett von Normen und Regeln erstarren,⁴ in historischer Perspektive wird jedoch deutlich, dass der Vorgang des Ordnen selbst immer ein Moment der Dynamik und der Veränderung beinhaltet.⁵

Das Normale und das Abweichende

Reinheitsvorstellungen definieren soziale Unterschiede, sie legen Kriterien der Zugehörigkeit und des Ausschlusses fest. Die Diskursivierung des Abweichenden in Kategorien der Reinheit bzw. der Unreinheit hat einen zweifachen Effekt. Zum einen verknüpft sich diese Dichotomie meistens mit anderen Gegensatzpaaren: das Reine verkörpert dann gleichzeitig das Legitime, das Natürliche, das Normale, das moralisch Gute, während das Abweichende zum Unreinen schlechthin wird. Der Reinheitsdiskurs ermöglicht es zum anderen, dieses Abweichende gleichzeitig als das Bedro-

hende bzw. als Instanz der Verunreinigung und damit als Quelle von sozialen Ängsten zu etablieren. Dies wird besonders deutlich in sämtlichen eugenischen Diskursen, aber auch in sozialpolitischen Debatten bezüglich des gesellschaftlichen Umgangs mit Delinquenten (den »Kriminellen«, den »Abweichlern«) oder mit angehörig sozialer Unterschichten (der so genannten »Arbeiterklasse«, die in »schmutzigen(!) Behausungen« und ohne klare Geschlechter- und Generationentrennung wohnte und arbeitete). Psychisch Kranke fallen u. a. durch Verhaltensweisen auf, die als abnorm gelten. Indem sie sich nicht an die üblichen Umgangs- und Verhaltensformen halten, fallen auch sie als »Abweichende« auf; sie stören und werden in die Psychiatrie gebracht, aus der Gesellschaft für eine gewisse Zeit entfernt. Dass dies nicht immer mit ihrer Zustimmung, sondern gegen den Willen der Betroffenen geschieht, eröffnet einen immanenten Widerspruch zu den therapeutischen Ansprüchen und den Vorstellungen von Hilfe, dem sich insbesondere das Pflegepersonal in psychiatrischen Kliniken stellen muss. Das Interview, das Ulrike Hoffmann-Richter in diesem Heft mit der Psychiatriepflegerin Valerie Keller führt, geht diesen – in der arbeitssoziologischen Literatur als »dirty work« bezeichneten – Aspekten pflegerischer Tätigkeit nach.

Reinheit ist ein kulturelles Muster, um mit ambivalenten oder abnormen Ereignissen/Personen umzugehen (Douglas 1988, 57). Douglas nennt verschiedene Kulturtechniken der Bewältigung von Ambivalenz, die letztlich dazu dienen, das hegemoniale Wertesystem zu bestätigen und zu stärken: Rituale, die eine Reklassifizierung und damit eine *Wiedereingliederung* des Ambivalenten ermöglichen (vgl. die oben erwähnte Aussegnung der Wöchnerinnen). Das Abnormale zu vermeiden, indem man es *ausgrenzt*, ist eine weitere Strategie (vgl. die Flüchtlingspolitik, die Einschließung Kranker). Eine besonders wichtige Stellung innerhalb der verschiedenen Bewältigungsstrategien nimmt die physische Kontrolle des Abnormalen oder des potenziell Grenzüberschreitenden ein: Sie ist das tragende Element zahlreicher Disziplinarinstitutionen wie dem Gefängnis und den Anstalten der Neuzeit. Sie prägt aber auch über Jahrhunderte die Moral- und Sexualpolitik gegenüber Frauen, indem die Sorge um den Erhalt ihres jungfräulichen Körpers und die Beschränkung legitimer (>reiner«) weiblicher Sexualität auf die Ehe zu den Grundpfeilern der Geschlechterpolitik gehören. In ihrer Studie zur Moralpolitik im konfessionellen Zeitalter untersucht Susanna Burghartz die unterschiedlichen politischen Strategien zur »Sicherung ehelicher Reinheit«: Die Durchsetzung der *kirchlichen* Eheschließung (anstelle der lediglich unter Konsens der Eheleute geschlossenen Ehe), die Sanktionierung und Bestrafung aller möglichen Formen nicht-ehelicher Sexualität und die Zurückhaltung gegenüber Scheidungen umschreiben eine Politik, die von der Etablierung möglichst eindeutiger Gren-

zen geprägt war. Vergleichbare Praktiken der Ausgrenzung richteten sich auch gegen Arme, Bettler oder Fremde. In einer Zeit gesellschaftlicher Unsicherheit (religiöse Konflikte, ökonomische Spannungen) sei die Betonung von Grenzen ein »zentrales gesellschaftliches Anliegen« gewesen. Das folgende Fazit, das Burghartz aus ihrer Untersuchung zieht, ist – so scheint mir – auch für andere Versuche der Disziplinierung gültig: »Gerade deshalb konnte und sollte die Moralpolitik nicht zur vollkommen erfolgreichen Disziplinierung und Verhaltensänderung führen: Um Grenzen sichtbar zu machen, war und ist Anomie in Form eines je Anderen nötig.« (Burghartz 1999, 291)

Definitions macht

Gemeinschaften bedürfen eines je Anderen, um sich der eigenen Identität zu versichern. Reinheit bietet sich dabei als besonders symbolträchtige und reichhaltige Metapher der Identitätsstiftung und der Ausgrenzung an.

Das ›Prinzip Reinheit‹ fungiert allerdings auch auf anderer Ebene als Triebfeder von diskursiven Kämpfen – gerade, aber nicht nur in Zeiten des Umbruchs. In Auseinandersetzungen zwischen gesellschaftlichem Zentrum und Peripherie spielt Reinheit oft eine wesentliche Rolle. Kämpfe zwischen Orthodoxie und Heterodoxie werden oft über einen Diskurs der Reinheit geführt: wer kann für sich die reine (sprich: wahre) Lehre beanspruchen? Burghartz untersucht dies anhand der Sexualitäts- und Ehediskurse, die im Kampf zwischen Reformatoren und katholischer Kirche geführt wurden. Mit den Waffen des Reinheitsdiskurses werden aber nicht zuletzt auch Grabenstreitigkeiten zwischen wissenschaftlichen Schulen ausgetragen – eine Auseinandersetzung, in welche sich beispielsweise die Psychoanalyse seit ihren Anfängen versetzt sah, und der sie selbst sich gegenüber nachfolgenden Schulen stellen musste, wenn es um die Frage nach der »reinen Behandlungsmethode« ging. In ihrem Aufsatz (in diesem Heft) versucht Keintzel zu zeigen, inwiefern gerade purifizierte (und damit reduktionistische) Modelle der Persönlichkeit einem umfassenden therapeutischen Anspruch nicht gerecht werden können, indem sie die psychischen, somatischen, sozialen und kulturellen Dimensionen der Person nicht in der nötigen Komplexität berücksichtigen.

Geschlecht und Körper: Gefährdungen

Douglas' Untersuchungen thematisieren nicht zuletzt die Verletzlichkeit sozialer Gebilde und werfen einen einfühlsamen Blick auf den kulturellen Sinn von Ritualen und Schutzpraktiken, die sich meist auf konkrete Körper beziehen, immer aber die Sozietät als Ganze symbolisch zum Ausdruck bringen.

Besonders fruchtbar war die Rezeption von Mary Douglas für die Erforschung der Geschlechterbeziehungen und die Untersuchung des Körpers in historischer und kulturtheoretischer Perspektive. So entwickelt Douglas als eine der ersten Theoretikerinnen ein Konzept des Körpers, der nicht nur physisches Gebilde ist, sondern auch soziales. Körpervorgänge werden in den von der jeweiligen Kultur vorgegebenen Kategorien wahrgenommen, erlebt und gedeutet: »... kurz, all die kulturell geprägten Kategorien, die die Wahrnehmung des Körpers determinieren, müssen den Kategorien, in denen die Gesellschaft wahrgenommen wird, eng korrespondieren, weil und insofern auch diese sich aus den kulturell verarbeiteten Körpervorstellungen ableiten« (Douglas 1981, 99).

Körper, v. a. Frauenkörper, sind prädestinierte Symbolträger kultureller Bedeutungen. Der Körper ist ein wichtiges Ausdrucksmedium für Gefahren und Kräfte auf gesellschaftlicher Ebene. Zahlreiche Körpervorgänge, insbesondere die körperlichen Ausscheidungsprozesse, werden in vielen Kulturen als verunreinigend vorgestellt, die Körperausscheidungen sind Symbole gleichermaßen für Gefahren wie für Kräfte. Die Körperöffnungen sind Symbole für die besonders verletzlichen Stellen eines Sozialgefüges, denn hier tritt »marginale Materie« (Douglas 1988, 160) aus: Substanz des Übergangs. Viele Körpersekrete rufen intensive Gefühle hervor: Abscheu und Ekel und die Angst vor Ansteckung und Infektion. Entsprechend wird der Kontrolle vor allem der weiblichen Körperöffnungen in vielen Kulturen große Aufmerksamkeit geschenkt: der weibliche Körper gilt als »Einfallstor« für feindliche Kräfte (Pomata 1983). Während der Menstruation oder nach einer Geburt ist er zutiefst verunreinigend und gleichzeitig selbst gefährdet.

Eine zentrale Funktion von Verunreinigungsverstellungen ist es, die Geschlechter an die ihnen zugewiesenen sozialen Rollen zu binden.⁶ Diskurse über die Frau als das *unreine Geschlecht* veränderten sich zwar historisch in Form und Inhalt, ihre gesellschaftspolitische Funktion blieb sich aber im Prinzip gleich: begründet und legitimiert wurde damit nicht nur der Ausschluss der Frauen aus der Kirche, sondern ganz allgemein ihre Ausgrenzung aus wichtigen öffentlichen Bereichen. Weibliche Sexualität wurde – unter jeweils wechselnden Vorzeichen – als bedrohlich konzipiert. Konzepte weiblicher Unreinheit (z. B. die »genuine Promiskuität« der

Frauen) fundierten nicht zuletzt auch spezifisch weibliche Krankheitsbilder und prägen das Selbst- und Körpererleben vieler Frauen bis in die Gegenwart (vgl. Anorexie).

Hygiene, Sauberkeit und Ordnung

Ein Bereich unseres Themas scheint sich dem bisher verfolgten kulturwissenschaftlichen und konstruktivistischen Zugang zu verschließen. Sauberkeit und Hygiene prägen alle unsere Lebensbereiche von der Körperpflege über die Raumpflege hin zur Sauberhaltung des öffentlichen Raumes und der Natur. Unbestrittenermaßen hat die Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts sowohl als Politik eines neuen Umgangs mit dem eigenen Körper wie auch als ausschlaggebende Strategie der Seuchenbekämpfung und der Hebung des Gesundheitszustandes der breiten Bevölkerung einen nachhaltigen Erfolg vorzuweisen. Die Hygienebewegung entwickelte objektive Normen zur Erreichung bestimmter Sauberkeitsstandards, die (zumindest in den reichen Ländern dieser Welt, die sich Sauberkeit leisten können) ein Qualitätsmerkmal guter klinischer Versorgung sind und Konsumentinnen und Konsumenten das Vertrauen geben, dass die von ihnen gekauften Lebensmittel, das Mittagessen im Restaurant, die Benutzung der öffentlichen Toilette kein Gesundheitsrisiko für sie birgt.

All dies bedeutet allerdings nicht, dass Hygiene nicht auch eine symbolische Dimension hat, dass sie sehr viel aussagt über die Norm- und Wertvorstellungen einer Gesellschaft. Die Sauberkeitserziehung, die wir unseren Kindern angedeihen lassen, ist wohl einer der nachhaltigsten Momente der Einkörperung sozialer Normen und Werte. Hygienevorschriften prägen das Regime der Klinik – als Sauberkeitsstandards, gleichzeitig aber auch als soziale und symbolische Ordnung. Hygienevorschriften strukturieren die Hierarchien am Arbeitsplatz und sind ganz allgemein ein Instrument, beispielsweise den Auszubildenden oder Neuanfängern die geltenden Regeln einzutrichtern. So berichtet ein mir befreundeter Schreiner, wie er das erste Jahr seiner Lehrzeit praktisch ausschließlich damit verbrachte, die Werkstatt zu kehren und den Staub zu beseitigen. Ähnliches berichten auch Hebammen aus ihrer Ausbildungszeit in der Basler Frauenklinik der 1940er Jahre. Es ist also die soziale Hierarchie, die asymmetrisch verteilte Macht und Autorität, die bestimmt, wer die Sauberkeitsstandards definiert und wer sie auszuführen hat.

Mary Douglas' Studie über die Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen in indigenen und westlich-industrialisierten Gesellschaften ist ein Buch, das seit seinem Erscheinen gleichermaßen beachtet wie heftig umstritten war. Während ihre Zeitgenossen aus der ethnologischen Zunft (der

sie selbst immer eher am Rande angehörte) ihre Arbeit entweder voreilig in die Schublade des Altbekanntes verbannten oder ihre Analyse zwar durchaus anregend, letztlich aber doch zu wenig fundiert und belegt fanden, kritisierten spätere RezipientInnen vor allem den Strukturfunktionalismus ihres Ansatzes: alles und jedes habe eine symbolische Bedeutung und eine soziale Funktion, »Kultur« werde als statisches und in sich abgeschlossenes (holistisches) Gebilde begriffen, »Reinheitsvorstellungen« als anthropologische Konstante betrachtet etc. Nicht zuletzt hatten gerade die Sozial- und Kulturwissenschaftler der Siebziger- und Achtzigerjahre Mühe mit dem politisch konservativen Hintergrund der Autorin, deren Werk auch als eine Antwort auf die ihr äußerst bedrohlich erscheinenden sozialen Bewegungen der Sechzigerjahre zu lesen ist (vgl. Fardon 1999).

Gerade in jüngster Zeit hat allerdings eine durchaus produktive Rezeption von Douglas' Überlegungen zu Reinheit und Gefährdung eingesetzt. Besonders fruchtbar ist die diskurstheoretische Erweiterung des Reinheitskonzeptes: »Reinheit« wird dann als ein Vorstellungskomplex thematisiert, der *diskursiv* hergestellt wird (Burghartz 1999) und nicht den Menschen als Merkmal innewohnt. Thematisch sehr unterschiedliche Arbeiten untersuchen die gesellschaftliche Funktion solcher Reinheitsdiskurse, die insbesondere in politisch-sozialen Umbruchzeiten wie etwa der Reformation/Gegenreformation (Burghartz), der Jahrhundertwende als Übergang in ein technisch-globalisiertes Zeitalter (Lüthi und Ritter in diesem Heft) oder in Kriegszeiten (Sauerteig in diesem Heft, Malkki) besondere Konjunktur zu haben scheinen. Daran schließt sich die Beobachtung an, dass Ordnungs- und Kategorisierungsvorgänge als *Prozesse*, als Ergebnisse gesellschaftlicher Anstrengungen betrachtet werden: als Ringen um die Definitionsmacht auf der Ebene der Diskurse, aber auch als individuelle Versuche des *Aushandelns*, des Spielens mit und Herausforderns von sozialen Grenzziehungen. Drittens und Letztens wird Reinheit nicht mehr nur als formal-strukturelle Kategorie untersucht, sondern es wird nach dem Reflex von Reinheitsvorstellungen und Reinheitskonzepten auf die *individuelle Erfahrung* gefragt: nach den Gefühlen, die sich mit Beschmutzungs- und Unreinheitserfahrungen verbinden (Silberzahn-Jandt in diesem Heft) und nach den Körperpraktiken und dem Körpererleben der Subjekte (Munz in diesem Heft).

Nicht zuletzt ist »Reinheit« eine ausgesprochen aussagestarke und vielschichtige Metapher. Als solche bietet sich der sehr anschauliche Begriff – obwohl (oder gerade weil?) er analytisch sehr weit gefasst ist – geradezu an für Brückenschläge zwischen den Disziplinen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. dazu auch 3. Buch Mose 11.
- 2 Douglas' Studie wurde kürzlich in die Liste der 100 erfolgreichsten nicht-fiktionalen Bücher der Nachkriegszeit aufgenommen (Fardon 1999, 80).
- 3 Malkkis Definition von »Nation« nimmt explizit Abstand von irgendwelchen inhaltlichen Bestimmungen. Sie bestimmt Nation als ein »national order of things«, als »categorical order«, was bedeutet, dass es bei der Ausbildung nationaler Identität um die grundlegende Operation der Klassifikation geht (»the fundamental operation of classification«) und um die Auswirkungen, die diese Klassifikation auf die je spezifischen Formen der Essentialisierung, der Ästhetisierung, der politischen Umsetzung und des historischen Wandels von Identität geht. Insofern sind ihre Überlegungen auch auf andere Prozesse der Ausbildung kollektiver oder kultureller Identität übertragbar.
- 4 Eine häufig an Douglas gerichtete Kritik zielt in diese Richtung, indem ihr vorgeworfen wird, sie rekurriere auf ein stark strukturalistisches und statisches Kulturmodell und sie zeichne ein holistisches Bild von Kultur, deren einziger Zweck die Selbsterhaltung des Status quo sei. Zweifellos liefert Douglas' Buch Belege für diese These. Historikerinnen wie etwa Susanna Burghartz beziehen sich jedoch stärker auf jene Aussagen der Anthropologin, wo sie die Veränderlichkeit von Ordnungen betont: »Man kann davon ausgehen, dass der gleiche Impuls zur Ordnung, der sie hervorbringt, sie auch beständig verändert und bereichert.« (Douglas 1988, 16)
- 5 Burghartz betont in ihrem Aufsatz zur Frage nach der »Temporalität der Geschlechterverhältnisse« (Burghartz 2000, 24), dass nicht nur historischer Wandel, sondern auch Kontinuität das Ergebnis gesellschaftlicher Anstrengung ist.
- 6 Vgl. den (leider nur in italienischer Sprache vorliegenden) Aufsatz von Gianna Pomata (1983), in welchem sie zentrale Überlegungen aus Mary Douglas' Studien für eine Kulturgeschichte des Körpers und der Geschlechter – jenseits von biologischem Determinismus – fruchtbar macht und aktualisiert.

Literatur

- Burghartz S.: Wandel durch Kontinuität? Zur Moralpolitik von Reformation und Konfessionalisierung, in: *traverse – Zeitschrift für Geschichte* 1 (2000), 23-34.
- Burghartz S.: *Zeiten der Reinheit – Orte der Unzucht. Ehe und Sexualität in Basel während der Frühen Neuzeit*. Schöningh Paderborn 1999.
- Douglas M.: *Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu*. Suhrkamp Frankfurt/M. 1988 (engl.: *Purity and Danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge and Keegan Paul London 1966).
- Douglas M.: *Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaften und Stammeskultur*. Suhrkamp Frankfurt/M. 1981 (engl.: *Natural Symbols. Exploration in Cosmology*. Barry & Jenkins London 1970).
- Fardon R.: *Mary Douglas: An intellectual biography*. Routledge London, New York 1999.
- Malkki L. H.: *Purity and Exile: violence, memory, and national cosmology among Hutu refugees in Tanzania*. The University of Chicago Press Chicago, London 1995.
- Pomata G.: *La storia delle donne: una questione di confine*, in: B. Bongiovanni et al. (ed.): *Il mondo contemporaneo vol. 10: Gli strumenti della ricerca*, tomo 2, Florenz 1983, 1434-1469.

Körper und Gefährdung. Überlegungen zu Körperlichkeit, Reinheit und Frömmigkeit

■
Regine Munz

Zusammenfassung

Jede symbolische Überschreitung der eigenen Körpergrenzen oder jene der anderen Menschen kann nicht nur als Ausdruck einer Bedrohung gesellschaftlicher Ordnungsstrukturen verstanden werden, sondern zugleich auch als Ausdruck von Frömmigkeit. Die Autorin zeigt durch Kombination der in Ethnologie und mediävistischer Historiographie entwickelten Theorien von Mary Douglas und Carolin Walker Bynum, dass das Überschreiten von Reinheitsgrenzen in mittelalterlichen Frömmigkeitspraxen als Indikator für eine gefährdete gesellschaftliche und kirchliche Ordnung und als Zeichen weiblicher Autonomie gedeutet werden kann. So macht die Autorin etwa beim Verzicht von Frauen auf nicht geweihtes Essen (»heilige Anorexie«) einen Ort dingfest, an welchem Frauen mittels der symbolischen Sprache ihrer Körper eine Definitionsmacht erlangen.

Menschliche Körper sind gefährdet. Durch Verletzungen, falsche oder mangelnde Nahrungszufuhr, Überschreitung und Missachtung der Körpergrenzen und Gewaltanwendung können Körper in ihren Lebensäußerungen behindert, können Körper teilweise oder ganz beschädigt und zerstört werden. Jede Gefährdung der Körper, die durch das Überschreiten der Körpergrenzen hervorgerufen wird, bedeutet immer auch eine weit reichende Bedrohung. Denn sie droht, in die Ordnung der Körper einzugreifen und das durch die Ordnung und Integrität der Körper Symbolisierte durcheinander zu bringen. »Ebenso, wie man sagen kann, dass alles ein Symbol für den Körper ist, kann man auch [...] sagen, dass der Körper ein Symbol für alles andere ist.« (Douglas 1988, 161) Wenn dieser Umkehrschluss von Mary Douglas zutrifft, dann können wir den menschlichen Körper als ein Symbol für die Gesellschaft begreifen. Dafür spricht der Umstand, dass der Körper eine komplexe Struktur darstellt. Die Funktionen seiner verschiedenen Teile und ihre Beziehungen zueinander bieten anderen komplexen Strukturen eine Fülle von Symbolmöglichkeiten. Die Kräfte und Gefahren, die es in der Sozialstruktur geben soll, können im Kleinen auch durch den Körper ausgedrückt werden. Seine Begrenzungen

können für alle möglichen Grenzen stehen, die bedroht oder unsicher sind. Äußere Grenzen oder innere Trennlinien innerhalb eines sozialen Systems können in ihm symbolisiert werden.

Wenn nun vor diesem Hintergrund Reinheit als Kategorie eines Ordnungssystems verstanden wird – wie ich es im folgenden in Anlehnung an Douglas' reinheitstheoretische Überlegungen tue –, dann stellt aus dieser strukturalistischen Perspektive jedes Überschreiten der Körpergrenzen immer auch die Gefährdung der Ordnung eines individuellen bzw. kollektiven Systems dar und wird als solche mit der Kategorie »rein« bzw. »unrein« klassifiziert. In einer Gemeinschaft können diese körperlichen Gefährdungen und Grenzüberschreitungen noch einmal in einem rituellen Kontext zur Darstellung gebracht werden. Im Folgenden werde ich versuchen, die Annahme zu erläutern, dass jede symbolische Überschreitung der eigenen Körpergrenzen bzw. der Körpergrenzen einer anderen Person, nicht nur ein Ausdruck und Bewältigungsform von gesellschaftlichen Risiken und Gefahren darstellt, sondern auch als ein besonderer Ausdruck von Frömmigkeit, d. h. als eine genuine Glaubensäußerung verstanden werden kann, die durch die mehr oder weniger bewusste Überschreitung der Grenzen von Rein und Unrein in ein bestimmtes Ordnungsgefüge eingreift, es in Frage stellt und es teilweise modifiziert. Das heißt, dass die Grenzüberschreitungen von Individuen vorgenommen werden und Zeichen individueller Gestaltungsformen von soziokulturellen und politischen Situationen gedeutet werden können, obschon die einzelnen Grenzüberschreitungen in einem Klima stattfinden können, in dem sie Teile größerer gesellschaftlicher Bewegung sind. Zu dieser These hat mich das Zusammendenken zweier auf den ersten Blick unzusammenhängender Studien aus Kulturanthropologie und Kirchengeschichte – die Arbeit von Mary Douglas »Reinheit und Gefährdung« und die Studien von Caroline Walker Bynum »Fragmentierung und Erlösung. Geschlecht und Körper im Glauben des Mittelalters« – ermutigt.

Reinheit und Gefährdung

Meine Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Körper, Reinheit und Religion folgen im Wesentlichen dem Ansatz von Mary Douglas, einer vom Strukturalismus beeinflussten Ethnologin und Sozialanthropologin. Douglas versteht in ihrer bahnbrechenden Studie »Reinheit und Gefährdung« von 1966 das Phänomen Schmutz wie auch das der Reinheit als Kategorien eines bestimmten Ordnungssystems. Im Bedürfnis nach Reinheit artikuliert sich das Bestreben, eine gefährdete oder zerstörte Ordnung durch Erlangung einer neuen Makellosigkeit aufzuheben und auf einer neuen

Ebene die Ordnung der Welt zu bestätigen. »Unsauberes und Schmutz ist das, was nicht dazugehören darf, wenn ein Muster Bestand haben soll.« (Douglas 1988, 59) Obwohl wir aufgrund unserer Hygienevorstellungen zunächst davon ausgehen, dass wir absolut definieren können, was schmutzig ist, und was nicht, müssen wir uns dennoch mit der sehr einleuchtenden Ansicht auseinandersetzen, dass Schmutz und Reinheit nur in Bezug auf ein bestimmtes System definiert werden können. Schmutz ist etwas Relatives, schreibt Douglas an einer Stelle: »Schuhe an sich sind nichts Schmutziges, sie werden aber dazu, wenn man sie auf den Esstisch stellt. Essen ist an sich nichts Schmutziges, es wird aber dazu, wenn man Kochgeräte im Schlafzimmer deponiert oder die Kleider damit befleckt. Das Gleiche gilt für Badezimmerutensilien im Wohnzimmer, Kleider die auf Stühlen liegen [...]« (Douglas 1988, 53) Douglas' Hauptthese lautet, dass die Vorstellung von Reinheit dazu dient, eine ungeordnete Erfahrung zu systematisieren und die soziale Umgebung zu organisieren.

Douglas hat besonders zwei Ebenen der Verunreinigungsvorstellungen in einer Gesellschaft unterschieden: Sie werden zum einen als Mittel zu einem bestimmten Zweck verwendet, zum anderen werden sie als Ausdrucksmittel eingesetzt. Zur ersten, pragmatischen Ebene gehören alle Versuche von Menschen, auf andere Menschen Einfluss auszuüben. Reinheitsvorstellungen stehen demnach in Zusammenhang mit Machtausübung: So können bestimmte moralische Werte und soziale Vorschriften durch den Glauben an eine Ansteckungsgefahr legitimiert und definiert sein. Dazu gehören etwa die Vorstellung, dass der Anblick oder die Berührung eines Ehebrechers seinen Nachbarn und Kindern Krankheit bringt, oder der auf den Ausschluss der Frauen aus dem Priesteramt abzielende Gedanke, dass Menstruation Frauen unrein mache, oder die in westlichen Gesellschaften verbreitete Ansicht, dass Ausländer sich nicht an die weltlichen Hygienestandards halten, welche dazu dient, bestimmte soziale Gruppen auszugrenzen. Auf der zweiten, symbolischen Ebene ist die enge Verbindung von Verunreinigungsvorstellungen mit dem sozialen Leben angesiedelt. Manche Formen der Verunreinigung, so die These von Douglas, werden als Analogien benutzt, die eine allgemeine Sicht der sozialen Ordnung zum Ausdruck bringen sollen. Ein Beispiel hierfür ist der Glaube, dass der Kontakt mit den Sexualekreten des jeweils anderen Geschlechts eine Gefahr für Männer wie für Frauen darstellt. Anderen Glaubensvorstellungen zufolge wird nur ein Geschlecht durch den Kontakt mit dem anderen gefährdet, gewöhnlich wird das Männliche als durch das Weibliche bedroht dargestellt. Infolgedessen erscheinen Reinheitsvorstellungen als Symbole der Beziehung zwischen verschiedenen Teilen der Gesellschaft und als Konstrukte, welche die hierarchische oder symmetrische Ordnung des umfassenden sozialen Systems widerspiegeln. In diesem Sinne interpretiert

Douglas etwa das indische Kastensystem, das sie als analog zu einem menschlichen Körper strukturiert findet.

Die Ursachen der Verunreinigung Geburt, Pubertät, Sexualität, Menstruation, Heirat, Krankheit, Tod und Kontakt mit Fremden sind vielfältig, und prinzipiell kann alles ein potenzieller Grund für eine Verunreinigung sein. Das Phänomen Reinheit ist mit dem Phänomen Körper insofern verbunden, als am Körper, in ihm und durch ihn hindurch die Reinheitsgrenzen verlaufen (vgl. Douglas 1988, 152f). Der menschliche Körper ist mit seinen Öffnungen und Ausscheidungen geradezu prädestiniert dafür, zum Ansatz- und Orientierungspunkt von religiösen und profanen Reinigungspraktiken zu werden. Es gibt wohl kaum eine Verunreinigung, die nicht irgendeinen primären physiologischen Bezug hätte. Herausragende Symbolträger sind die Körperöffnungen und deren Ausscheidungen. Manchmal stehen die Körperöffnungen für die Punkte, an denen man in eine soziale Einheit gelangt oder an denen man sie verlässt, oder als symbolisierte körperliche Vollkommenheit einer idealen Theokratie. Die Körperöffnungen fungieren als Symbole für besonders verletzte Stellen: das was aus ihnen heraustritt ist marginale Materie der offenkundigsten Art: Speichel, Muttermilch, Schleim, Blut, Urin oder Tränen, ebenso Dinge, die vom Körper abgetrennt oder abgesondert werden: Haut, Nägel, abgeschnittene Haare und Schweiß. Die Ausscheidungen sind den Körperöffnungen entnommen: dem Mund, der Nase, den Augen, den Sexualorganen, den Ausscheidungsorganen und der Haut. Aus dem Sachverhalt, dass Randbereiche gefährlich und verletzlich sind, folgert Douglas, dass die Aus- und Eingänge des Körpers und ihre Randstoffe als Symbole für Gefahren und Kräfte fungieren. Sie können in einer Kultur Gutes bewirken, können in einem anderen Kontext jedoch auch eine Gefahr darstellen. Manche Völker glauben, dass der Speichel von Personen in wichtigen Positionen Segen bringt. Gleichzeitig können Körperausscheidungen rituell eingesetzt werden, um Schaden zu verursachen. Zur Illustration kann hier die subversive Praxis mancher Sekretärinnen herangezogen werden, die in die Kaffeetasche ihres Chefs spucken, um sich gegen Übergriffe zur Wehr zu setzen. Durch die Ausübung von Körperritualen können soziale Beziehungen dargestellt werden bzw. symbolisch umbesetzt werden.

Reinheit und Religion

Über den sozio-politischen Bereich hinaus dienen Reinheitsvorstellungen und Reinheitspraktiken dazu, religiöse Fragen im weitesten Sinne zu bewältigen. Im religiösen Kontext können sie den Fragen nach Sein und Nichtsein, Gestaltetem und Ungestaltetem, Leben und Tod eine (körper-

liche) Form geben. Obschon jede Kultur über ihre eigenen Begriffe von Schmutz und Unreinheit verfügt, die ihren Begriffen von der positiven Struktur, die nicht negiert werden darf – das Heilige – gegenüberstehen, ist es jedoch oft der Fall, dass Religionen gerade jene Dinge, die als unrein gelten und mit Abscheu zurückgewiesen worden sind, sakralisieren. Douglas wendet sich gegen die Vorstellung, dass Unreinheit und Heiligkeit in einer primitiven Religion, und Reinheit und Heiligkeit in einer höher stehenden Religion zusammengehören. Für Douglas ist es, anders als für W. Robertson Smith, nicht ausgemacht, dass sich Unreinheit zusammen mit Heiligkeit aus dem Oberbegriff des Tabus entwickelt haben (vgl. W. Robertson Smith 1899, 112-119). Douglas glaubt nicht wie die Anhänger Smiths daran, dass der Ursprung der Reinheitsregeln in der Vorstellung von einer gefährlichen Macht zu suchen ist, deren Wirken durch die Beachtung bestimmter Regeln zu steuern sei. Die Begriffe »heilig« und »nicht-heilig«, »rein« und »unrein« sind für sie Bestandteile eines kulturspezifischen Symbolsystems, das in einem bestimmten kulturellen Gesamtzusammenhang und unter Berücksichtigung der jeweiligen Eigenbegreiflichkeit einer Kultur zu verstehen ist. Mit dieser Definition ist allerdings nicht geklärt, wie es dazu kommt, dass Schmutz zu etwas Kreativem wird bzw. dass gefährliche Kontakte für eine Reihe von Ritualen erforderlich sind. Eine Antwort liegt für Douglas in der Natur des Schmutzes selbst begründet, eine andere ergibt sich aus der Natur metaphysischer Probleme und Überlegungen, die nach Ausdruck verlangen. Die Einstellung zu Schmutz durchläuft normalerweise zwei Stadien. Am Anfang ist Schmutz etwas, was die Ordnung stört und deswegen beseitigt wird. Die Dinge, die in diesem Stadium als Schmutz wahrgenommen werden, sind noch gefährlich, ihre Identität haftet ihnen noch an, sie sind als das erkennbar, was sie waren. Zum Beispiel zeigt ein kleines Mädchen auf dem Einkaufsweg mit dem Finger auf den Boden und fragt seine Mutter: »Was ist das, ist das ›Kaki-?« Die Mutter antwortet: »Nein, es ist eine zertretene Kastanie.« In diesem Stadium ist also die Baumfrucht weiterhin in ihrer Identität erkennbar. In einem späteren Stadium, nachdem der Prozess des Zerfalls des Zerstäubens eingesetzt hat, gerät der Ursprung und die ehemalige Identität immer mehr in Vergessenheit, der Schmutz ist in die amorphe Masse des Abfalls eingetreten. Er ist wieder in den Kreislauf zurückgekehrt, an dessen Anfang die ordnende Tätigkeit stand. Formlosigkeit – Schmutz – ist ein gut geeignetes Symbol für Anfangszustände und Entwicklungsprozesse, aber auch ein Symbol für den Verfall. Douglas betont, dass im Vergleich mit dem dynamischen Kreislauf von Werden und Vergehen Reinheit in ihrer gelebten Form aseptisch und reduziert erscheint. Aus dieser Voraussetzung lässt sich Douglas zufolge erklären, dass extreme Reinheitsvorstellungen bei exakter Befolgung zu Sterilität (bei einer rigiden Geschlechtertrennung)

oder zu Widersprüchen oder zu Heuchelei führen. Dabei verschwindet allerdings das Negierte nicht. Douglas hat darauf hingewiesen, dass hinter allen rituellen Artikulationsformen der allgemeine menschliche Impuls steht, die Erfahrung als Ganze zusammenzuführen und Unterscheidungen und Trennungen in Akten der Versöhnung zu überwinden. Das hat die Konsequenz, dass in Ritualen die großen Themen Leben und Tod als veränderbar artikuliert werden können und zugleich die Unausweichlichkeit des Todes anerkannt wird. Douglas zufolge ist die Voraussetzung für die rituelle Bewältigung des Todes immer auch die Tatsache, dass das Unreine ein notwendiger Bestandteil des Heiligen ist.

Die Untersuchungen von Douglas zeigen insgesamt, dass Reinheitsvorstellungen und -praktiken wichtige Funktionen für die Bewältigung der Erlebnisweisen innerhalb eines gemeinschaftlichen Organismus übernehmen. Die rituellen Formen dieser Bewältigung gehen durch die Grenzen des Körpers hindurch, bzw. an ihnen entlang und können Teil eines religiösen Systems werden. Folgt man den sich aus dem strukturalistischen Ansatz ergebenden theoretischen Prämissen, wird gleichwohl deutlich, dass das einzelne Individuum nur als Teil eines Systems betrachtet wird, und seine individuellen Erlebnisweisen und Gestaltungsmöglichkeiten nicht ausreichend berücksichtigt werden. Da kreative Vorgänge in der strukturalistischen Theorie nicht vorkommen, muss beim Versuch, rituelle und religiöse Reinheitspraxen als Ausdruck von Frömmigkeit, d. h. als eine persönliche Glaubenssprache zu betrachten, Douglas' Perspektive zur Dimension der individuellen Erfahrung und Praxis hin erweitert werden. Das Phänomen Frömmigkeit stellt eine zwar kollektiv zu verschiedenen Zeiten je verschieden veranstaltete, jedoch je individuell gelebte Form des Glaubens dar. Laut Definition ist sie »die innere, geistig-seelische Gestimmtheit und Grundhaltung des religiösen Menschen [...], die sein Fühlen, Denken und Wollen bestimmen und in entsprechender Lebensgestaltung äusserlich werden« (Fahlbusch 1989, Sp. 1396). Diese individuelle Gefühlslage kann mit einer kollektiven Gefühlslage einhergehen, von dieser beeinflusst sein bzw. diese selbst beeinflussen. Jene äußerlich werdende religiöse Grundhaltung und Gestimmtheit bewegt sich in einem bestimmten Ordnungssystem, in dem Reinheit eine zentrale Kategorie bildet. In dem Maße, in dem die Grenzen von Reinheit und Unreinheit dabei akzeptiert werden, wird auch die vorgegebene Ordnung akzeptiert. In dem Maße, in dem die Grenzen von Reinheit und Unreinheit überschritten und unterlaufen werden, wird die vorgegebene Ordnung in Frage gestellt und verändert.

Frömmigkeit – Reinheit – Weiblichkeit

Ganz entgegengesetzt zur landläufigen Meinung spielt der menschliche Körper in der christlichen Frömmigkeit eine wichtige, positiv besetzte Rolle.¹ Die Historikerin Caroline Walker Bynum hat diese Ansicht für die Zeit des Spätmittelalters belegt. »Der Körper wurde im Mittelalter verehrt, weil er einen Zugang zum Glauben eröffnete.« (Bynum, 150) Es ergibt sich bei näherer Lektüre der Zeugnisse mittelalterlicher Frömmigkeit der bemerkenswerte, und von Bynum nicht näher untersuchte Sachverhalt, dass sich Frömmigkeit – und insbesondere die weibliche Frömmigkeit – nicht allein im Überschreiten der Grenzen zwischen Geist und Körper, Mann und Frau, Selbst und Materie, sondern gerade im verschiedenartigen Formen des Übertretens der Ordnungen von Rein und Unreinheit äußert. So berichtet Douglas von der heiligen Katharina von Siena, »die sich bittere Vorwürfe gemacht haben soll, dass sie vor den Wunden, die sie versorgte, Ekel empfand. Konsequente Hygiene war mit Nächstenliebe nicht zu vereinbaren, und so trank sie absichtlich eine Schale voll Eiter« (Douglas 1988, 19). Bynum erzählt ebenfalls von Missachtungen der Reinheitskonventionen in mittelalterlicher Frömmigkeit:

»Der Reliquienkult war nur eine Form der mittelalterlichen Huldigung an den Körper als Ort des Heiligen; auch die Körper der Lebenden erfuhren Beachtung. Dabei ging es teilweise recht drastisch zu. So spuckten oder bliesen Heilige anderen in den Mund, um sie zu heilen oder der Gnade teilhaftig werden zu lassen. Kranke verlangten nach dem Badewasser von Menschen, die im Ruf der Heiligkeit standen, um es zu trinken oder selbst darin zu baden; am besten war es, wenn jene selten badeten und daher Haut und Läuse im Wasser schwammen. Einige italienische Heilige folgten dem Beispiel des heiligen Franz von Assisi, der Aussätzige geküßt hatte: sie verzehrten Eiter und Läuse vom Leib Armer und Kranker, um sich deren Krankheit und Unglück einzuverleiben. In den Niederlanden entströmte der Brust heiliger Jungfrauen wundersamerweise Milch, durch die deren Anhänger geheilt wurden.

Darüber hinaus wurde der eigene Körper zu religiösen Zwecken manipuliert. Heilige beiderlei Geschlechts sprangen in Öfen oder eisige Gewässer, trieben sich Messer, Nägel oder Nesseln ins Fleisch, geißelten sich oder ahmten in ausgeklügelten Pantomimen die Kreuzigung Christi nach – viele würden dies heute Selbstverstümmelung nennen. Manchmal dienten solche Akte der Kasteiung, um sexuelles Begehren zu unterdrücken, manchmal der Buße für eine Sünde; weit häufiger jedoch bedeuteten sie eine Vereinigung mit dem Leib Jesu [...].« (Bynum, 152f)

Aus den für westliche postmodern aufgeklärte Gemüter als abstoßend und als geschmacklos wahrgenommenen Einblicken in mittelalterliche Frömmigkeitspraxen wird m. E. zweierlei deutlich. Zum einen kann das Ekelgefühl, das eine Mitteleuropäerin heute angesichts von Beschreibungen der Frömmigkeitspraxen des Mittelalters empfindet, als ein Indiz für die Ordnungs- und Schmutzvorstellungen des postmodernen Mitteleuropas gelten. Zum anderen bilden die im Mittelalter mit Hilfe des Körpers vorgenommenen Grenzüberschreitungen Bereiche des religiösen Erlebens der Menschen, welche mit Hilfe eben dieser Grenzüberschreitungen neue Ordnungen herstellten oder sie transformierten. Die Aufhebung der Trennung von dem »Kranken« und der »Gesunden«, das Wegfallen des Schutzes vor den Ausscheidungen fremder Körper, der Angriff auf die Haut als Grenze des eigenen Körpers waren Ausdruck konsequenter Verwirklichung christlicher Nächstenliebe und Zeichen einer ekstatischen Spiritualität, welche den menschlichen Körper ins Zentrum rückte.

Ordnungsüberschreitungen

Wichtig für den Zusammenhang von Reinheit, Körperlichkeit und Frömmigkeit sind für mich an dieser Stelle letztgenannte Ordnungsüberschreitungen und deren theologischer Kontext. Bynum spricht für die Zeit von 1200-1500 von einem »Wendepunkt in der Geschichte des Körpers im Abendland« (Bynum, 149). In dieser Zeit wurde der menschliche Körper auf dem Wege der Imitatio Christi bzw. beim Empfangen des Abendmahls das zentrale Verbindungsstück zwischen der leiblichen Natur Christi, welche die materielle Gegenwart seines Leibes im Abendmahl einschloss und der leiblichen Natur des Menschen. Der Leib wurde im Mittelalter als Metapher für die Heilsbedürftigkeit und für die Heilsfähigkeit des Menschen theologisch wichtig. Zudem waren die Vertreter des zentralen theologischen Dogmas der Kirche des Mittelalters, d. i. die Inkarnation Gottes in Jesus Christus darauf angewiesen, den Graben zwischen Stofflichem und Geistigem zu überbrücken. Denn wer auf der Fleischwerdung Gottes insistierte, der musste gleichzeitig zulassen, dass dem Körper eine positive Bedeutung gegeben wurde. Im Kontext der soteriologischen Aussagen über die Auferstehung des Leibes nach dem Jüngsten Gericht wurde der menschliche Körper ebenfalls zum Eingangstor und zum Prüfstein christlicher Aussagen. Körperliche Ereignisse konnten als Ausdruck der Seele gelesen werden, sie konnten als Hilfe für einen Zugang zum Göttlichen und als eine spezifische Form göttlicher Gnadenerweise aufgefasst werden. Zu diesen theologischen Ansichten über die leibseelische Einheit des Menschen im irdischen und jenseitigen Leben gesellte sich die bekannte philosophische

und theologische Verknüpfung des Weiblichen mit dem Fleischlichen. Der Umstand, dass mittelalterliche Denker Körper/Fleisch mit Frau assoziierten ist nicht allein Grundlage von Frauenfeindlichkeit, sondern er lässt den Schluss zu, dass zwischen der Frau und dem Leib Christi eine Zusammenhang bestand, mehr noch, er lässt eine Verbindung der Leiblichkeit Christi und dessen Weiblichkeit zumindest plausibel erscheinen. Aus der Vermischung von Fleisch Christi und Weiblichkeit, Leib und Seele, Weiblichem und Männlichem sowie dem der Inkarnationslehre geschuldeten Bemühen, allzu starre Leib-Seele-Dichotomien zu vermeiden erklären sich nicht nur die Vermischung der Geschlechtsmetaphorik bei Theologen und Mystikern sowie die Ausstattung des Leibes Christi mit weiblichen Attributen, sondern auch die bei Frauen ausgeprägte, spezifische leibliche Qualität der Frömmigkeit.

»Männer wie Frauen manipulierten ihren Körper von Außen – durch Geißelung und andere Formen selbstzugefügter Schmerzen. Ein Verhalten allerdings, das über den Körper einen Zugang zum Heiligen schuf und offenbar im 12. Jahrhundert dramatisch zunahm, war eher für Frauen charakteristisch: die Manipulation des Körpers von innen, also auf psychosomatischem Wege [...].

Trance, Schweben, katatonische Anfälle und andere Formen des Steifwerdens von Körpern, die wundersame Verlängerung oder Erweiterung von Körperteilen, eine Schwellung süßen Schleims in der Speiseröhre [...] und ekstatisches Nasenbluten werden selten, wenn überhaupt, bei männlichen Heiligen erwähnt. In den Viten von Frauen des 13. und 14. Jahrhunderts jedoch sind sie recht häufig. Die Unfähigkeit anderes als die Abendmahlshostie zu sich zu nehmen (von Rudolph Bell ›holy anorexia‹ genannt), wird während des gesamten Mittelalters fast nur von Frauen berichtet. Bereits im karolingischen Europa werden fastende Mädchen erwähnt, aber erst um 1200 werden Berichte über das Hungern als Manifestation der Heiligkeit häufiger. Sie erzählen oft auch von anderen Erscheinungen wundersamer Verschließung der Körper: Frauen, die nichts aßen, standen im Ruf, weder Ausscheidungen noch Menstruation zu haben.« (Bynum, 152)

Die Unterscheidungen von innen und außen, oben und unten, satt und hungrig sowie offen und geschlossen scheinen im oben beschriebenen spirituellen Erleben von Frauen unwichtig bzw. außer Kraft gesetzt. Wird mit Douglas der Körper »als Träger und Ausdrucksmedium sozialer Bedeutungsgehalte« (Douglas 1998, 122) ernst genommen, so erscheinen als Folge dieser Hypothese gerade die trancehaften, vorderhand unkontrollierten Körpervorgänge als Ausdruck einer sozialen Erfahrung, und zwar als

Ausdruck einer tief greifenden Unordnung in der Gesellschaft. Es ist um noch einmal mit Douglas zu sprechen die »Unartikuliertheit der sozialen Organisation selbst, die in Zuständen der körperlichen Dissoziation ihren symbolischen Ausdruck findet« (Douglas 1998, 113). Die spezifische somatische Qualität weiblicher Frömmigkeit erscheint so – in ein Zeichensystem übersetzt – als Sprache der Unordnung. Auf einer basalen Ebene stellt das Unterlaufen der Grenzen von Rein und Unrein ein Angriff auf ein bestimmtes Zeichensystem dar, welches gerade mit diesen Grenzen operiert. Doch ist nun wirklich die Folgerung angebracht, dass die spirituelle Körpersprache von Frauen Ausdruck einer Unordnung bzw. einer zumindest gefährdeten Ordnung ist?

Für diese Hypothese sprechen die sozialen und kirchlichen Ordnungsverhältnisse im Mittelalter. Die Wertschätzung der erlebnis- und körperorientierten Frömmigkeit von Frauen durch Theologen erfolgte im Kampf gegen ketzerische Bewegungen wie etwa gegen die Katharer im 13. Jahrhundert. Zudem waren den Ausführungen von Bynum zufolge die Geschlechtergrenzen nicht so eindeutig und starr, wie es den Anschein hat. Männliche Autoren vermischten die Geschlechtsmetaphorik, sie charakterisierten sich selbst als »mütterlich« und weiblich schwach (vgl. Bynum, 184). Mittelalterliche bildliche Darstellungen betonten auf der symbolischen Ebene die Weiblichkeit Jesu, indem sie etwa das Christuskind mit prallen Brüsten zeigten oder den gezeichneten Christus als nährenden Christus vorstellten, der den Weinkelch mit seinem Blut füllt (vgl. die Abbildungen bei Bynum, 171-175). Die mittelalterliche Medizin aristotelischer Prägung erhob schließlich den männlichen Körper zum Paradigma und zur Form des Menschlichen, sie degradierte das Weibliche zu purer Ungeformtheit oder Stofflichkeit, und sah dabei doch Mann und Frau als zwei Varianten desselben Prinzips: »Mann und Frau hatten die gleichen Sexualorgane, die des Mannes waren bloß besser angelegt.« (Bynum, 185) Dieses medizinische Konzept ließ die Grenzen zwischen den Geschlechtern außerordentlich durchlässig erscheinen, obschon es sich an der männlichen Anatomie orientierte. Zudem verknüpfte es Weiblichkeit mit Grenzverletzungen, mit Öffnungen, Ausscheidungen und Absonderungen und stilisierte so das Weibliche zum Unabgegrenzten per se. Im weiblichen Körper selbst verliefen, zugespitzt ausgedrückt, die Grenzen zwischen Rein und Unrein. Werden die Randbereiche als gefährlich und als verletzlich wahrgenommen, dann erscheint das auf den Randbereich hin formierte Weibliche in einer paradoxen Gestalt: als Quelle von Gefahr und als Quelle von Macht.

Eucharistische Frömmigkeit

Diese Überlegungen scheinen auf den ersten Blick das Phänomen der oben geschilderten weiblichen Frömmigkeitspraxen zu erhellen; die spirituelle Körpersprache der Frauen im Mittelalter zeigt sich als Ausdruck unordentlicher Verhältnisse. Meines Erachtens ist damit jedoch noch nicht die ganze Fülle des Ausdrucks weiblicher Frömmigkeit erfasst, da sie etwa die eucharistische Frömmigkeit nicht zu erklären vermag. Die spirituelle Ausdrucksform, die besonders im dreizehnten Jahrhundert bei Frauen verbreitet war, (vgl. Bynum, 109-147) fand in einem streng reglementierten und formal ausdifferenzierten Symbolsystem statt. Die Messe, das Empfangen des Abendmahls sowie die Verehrung der Eucharistie waren für Frauen eng verbunden mit Visionen und speziellen Empfindungen beim Empfangen der Eucharistie. Die rezeptive Frömmigkeit war stärker auf die sinnliche Wahrnehmung der Eucharistie ausgerichtet, als auf deren Konsekration, d. i. auf das Zelebrieren des Rituals. So erscheinen als die beiden Pole weiblicher Frömmigkeit die unordentliche, von trancehaften Körpervorgängen begleitete Frömmigkeit und die in einem stark reglementierten Ritus agierende Glaubensäußerung. Um sie näher erfassen zu können, möchte ich auf eine Unterscheidung von Douglas zurückgreifen. Douglas macht bei ihrer Analyse des religiösen Verhaltens im Anschluss an Talcott Parsons zwei Typen von Religiosität dingfest: Die Begeisterungs-Religiosität (Religiosität der Ekstase) und den Ritualismus (Religiosität der Kontrolle, vgl. Douglas 1998, 112f). Umfasst die Begeisterungsreligiosität, welche sich besonders bei unstrukturierten sozialen Verhältnissen äußert, noch den Bereich spontanen religiösen Ausdrucks (Stigmata, Unverwesbarkeit nach dem Tode, mystische Laktation und Schwangerschaft, katatonische Trance, ekstatisches Nasenbluten, heilige Anorexie, Verzehren von Eiter ...), so zeigt sich der Ritualismus in einem kontrollierten, formal ausdifferenzierten Symbolsystem, wie es etwa das christliche Abendmahl darstellt.

Gerade am stark reglementierten Abendmahl entzündeten sich zwei gegensätzliche Formen weiblicher Frömmigkeit: grenzüberschreitendes, ekstatisches Erleben einerseits und rigide Nahrungskontrolle andererseits. Auf der einen Seite bot die Kommunion also in ihrer ekstatischen Form eine Gelegenheit zur Begegnung mit der *humanitas Christi*, sie wurde mitunter von ekstatischen Erlebnissen begleitet. Frauen konnten durch das Verzehren der Hostie die Menschlichkeit Christi in sich aufnehmen. Die im Mittelalter verbreitete Lehre von der Transsubstantiation ist hier entscheidend, wonach Christi Leib und Blut im Abendmahl der Substanz nach gegenwärtig sind. Im Erleben der Gläubigen verwandelte sich die Hostie in den Leib Christi. Durch das Verzehren der Hostie vereinigten sie sich selbst mit dem Leib Christi. Begleitet wurde dieser Vorgang von ekstati-

schem Erleben, von Geschmacksempfindungen und Visionen; im Falle der Verweigerung der Kommunion durch die Priester traten an die Stelle der Eucharistie visionäre Erlebnisse, in denen etwa Christus den Frauen die Kommunion spendete. Gelegentlich erlangten die Frauen in ihren Visionen die ihnen von der patriarchalen Kirche versagte Priesterschaft. Beispielsweise hatte Angela von Foligno angesichts eines Priesters, der sie für unwürdig hielt, die Kommunion zu zelebrieren eine Vision, in der ihr der am Kreuz blutende Christus und Engel erschienen, die zu ihr sagten: »O du, die du Gott gefällt, siehe, Er wurde dir dargereicht, [...] damit du Ihn anderen reichen und darbieiten kannst.« (zit. bei Bynum, 123) Auf der anderen Seite schließlich gewährte der im Zusammenhang mit der Eucharistie stehende Verzicht auf alles außer geweihten Hostien im Rahmen des streng reglementierten Ritus ein gewisses Maß an Selbstkontrolle, vergleichbar mit der von Anorektikerinnen heute:² Es zeigt sich, dass Frauen sich hier selbst die Freiheit und Macht herausnahmen, zu definieren, was sie für rein halten und was nicht. Bynum berichtet von Mystikerinnen, die eine Abscheu vor jeder nicht-eucharistischen Nahrung entwickelten. In so genannten »Unterscheidungswundern« konnten Frauen zwischen geweihten und ungeweihten Hostien unterscheiden; im extremen Fall erbrachen Frauen ungeweihte Hostien (vgl. Bynum, 128). Von Katharina von Siena wird berichtet, dass sie nach einer Auseinandersetzung mit ihrer Familie über ihre Berufung außer Stande war, etwas anderes als die Eucharistie zu sich zu nehmen. »Von Christus aufgefordert, sich mit der Familie zu Tisch zu setzen und ein wenig zu essen, stieß sie sich anschließend Zweige in den Hals, um das Essen wieder hochzuwürgen, das sie in ihrem Magen nicht ertrug« (Bynum, 128).³ Im Zusammenhang mit der »heiligen Nahrung« erlangen Frauen demnach Macht über ihren Körper und die Macht der Definition: die symbolische Sprache der weiblichen Körper legte fest, was als rein und was als unrein gelten konnte. Die kreativen somatischen Stimmen unterlaufen ein formales System, das Frauen auszuschließen scheint, indem es Frauen die Autorität des Priesterinnenamtes verweigert. »Die eucharistische Ekstase war erstens ein Mittel der Frauen, <klerikale> Macht für sich zu beanspruchen, die Macht der Männer zu umgehen oder den Missbrauch der priesterlichen Autorität zu kritisieren, zweitens, ihren nichtklerikalen Status als die Kommunion bloß Empfangende mit einer besonderen spirituellen Bedeutung auszustatten.« (Bynum, 123) Die Kreativität der weiblichen Stimmen äußert sich als Reaktion auf kirchliche und gesellschaftliche Verhältnisse des Hoch- und Spätmittelalters bzw. als deren symbolische Darstellung. Waren die Frauen in der Kirche des Mittelalters an den Rand gedrückt und wurde ihre Körperlichkeit als das Grenzverletzende und Randständige per se wahrgenommen, so beschäftigten sich die spirituellen Formen und Praxen der Frauen des Mittelalters mit Grenzbereichen: Mit

den Verhältnissen von Rein und Unrein, die sie widerspiegelten, für sich aufhoben und veränderten.

Über die Macht der Unordnung

Wer sich mit den gefährlichen Randzonen auseinander setzt, wer sich in das Gebiet auf der Grenze von Rein und Unrein begibt bzw. die Grenze sogar überschreitet und dabei nicht ausgegrenzt wird, dessen Tun wird nicht nur als Ekel erregend wahrgenommen, sondern er oder sie erhält eine bestimmte Macht zugesprochen. Die nur teilweise reglementierte weibliche Frömmigkeit des Mittelalters vermochte es in großem Stil, auf der körper-symbolischen Ebene Grenzen in Frage zu stellen. Im Gegenzug wuchs den Mystikerinnen, Heiligen und frommen Frauen in der durch die körper-symbolischen Ebene repräsentierten gesellschaftlichen Ordnung dafür eine neue Machtposition zu. Indem sie das vormals Ausgegrenzte, Stigmatisierte »Unreine« integrierten und sich zu eigen machten, erhielten sie Macht über dessen zerstörerisches und produktives Potenzial und zugleich eine Form von Autonomie: die relative Macht über ihren Frauenkörper.

Im Christentum des Mittelalters bedeutete die durch konsequent umgesetzte Nächstenliebe und ekstatische Frömmigkeit gelebte weibliche Nachfolge Christi eine Verkörperung Christi durch Frauen. Dem entsprach auf der symbolischen Ebene eine Christusfigur, welche männliche wie weibliche Identifikationen zuließ und in sich vereinigen konnte. Jene Offenheit der Christusgestalt für verschiedene Geschlechterzuordnungen lässt im Zusammenhang mit der Lehre von der Göttlichkeit Jesu eine Anreicherung des Göttlichen mit weiblichen Elementen, und somit eine sexuelle und transsexuelle Ausdifferenzierung der religiösen Vorstellungswelt zumindest plausibel erscheinen.

Anmerkungen

- 1 Der Topos der allgemeinen Leib- und Sexualfeindlichkeit des Christentums wird m. E. bis heute unkritisch perpetuiert. Ihm ist leider noch nicht mit einer grundlegenden Studie begegnet worden. Vgl. dazu neuerdings die Studie zu einem lustfreundlichen, körperbetonten Christentum von Johannes Thiele 2000 und in Ansätzen dazu meine mit Verena Jegher-Bucher geführte Auseinandersetzung Jegher-Bucher & Munz 1997 sowie Munz 1998.
- 2 Es wäre allerdings verfehlt, schon bei Frauen des Mittelalters »Anorexia nervosa« zu diagnostizieren, da solche Syndrome einer spezifischen Kultur angehören und nicht ohne Schwierigkeit auf eine andere Kultur übertragen werden können. Festzuhalten sind jedoch verblüffende Ähnlichkeiten im Verhalten der »Nahrungsverweigerinnen«, welche sich durch extrem kontrolliertes Essen und Fasten eine ambivalente Form von Macht über ihre Körper sichern.
- 3 Wie bei Anorektikerinnen heute verband sich diese Nahrungsverweigerung mit dem Drang, anderen zu essen zu geben. Frauen, die selbst hungerten, vermehrten häufig Brot und Fische für ihre Anhänger (vgl. Bynum, 128).

Literatur

- Bell, Rudolph M.: Holy Anorexia. University of Chicago Press Chicago 1985.
- Bynum, Caroline Walker: Fragmentierung und Erlösung. Gender Studies (Fragmentation and Redemption, 1991). Suhrkamp Frankfurt a. M. 1996.
- Douglas, Mary: Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu (Purity and Danger, 1966). Suhrkamp Frankfurt a. M. 1988.
- Douglas, Mary: Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur (Natural Symbols. Explorations in Cosmology, 1970/1973). Fischer Frankfurt a. M. 1998.
- Fahlbusch, Erwin: Art. Frömmigkeit, in: Evangelisches Kirchenlexikon. 3. Auflage Bd. 2. Göttingen 1989, Sp. 1396-97.
- Jegher-Bucher Verena, Munz Regine: Körper-Leib. Peripherie oder Zentrum christlicher Ethik? – eine Kontroverse, in R. Berger, V. Jegher-Bucher, R. Munz zus. mit dem Projekt Frauentheologie (Hg.): Nachdenken über das Gute aus der Sicht von Frauen. Projekt Frauentheologie Basel 1997, 20-43.
- Munz Regine: »Mein Minner ist blank und rötlich«. Lust theologisch betrachtet, in: Unterwegs 19 (1998), 8-11.
- Smith, W. Robertson: Die Religion der Semiten. (Lectures on the Religion of the Semities. Edinburgh 1889). Freiburg 1899.
- Thiele Johannes: Verflucht sinnlich. Die erogenen Zonen der Religion. List-Verlag München 2000.

Sittlichkeit für die Frau, Bordelle für den Mann: Medizin, Sexualität und Sittlichkeit im Ersten Weltkrieg¹

■
Lutz Sauerteig

Zusammenfassung

Der Erste Weltkrieg stellte die Menschen der kriegsführenden Staaten in vielerlei Hinsicht vor neue Herausforderungen, die sich, unter anderem durch die Trennung von (Ehe-)Paaren, in erheblichem Masse auf ihr Sexualleben auswirkten. Dieser Beitrag untersucht unterschiedliche Strategien zur Kontrolle sexuellen Verhaltens während des Ersten Weltkriegs. Zum einen zeigt sich, dass die Medizin mit pragmatischen Strategien zur Prophylaxe ihre Deutungsmacht über Sexualität während des Kriegs gegen moralistische Positionen weitgehend durchsetzen konnte. Reproduktion, bereits vor dem Krieg ein zentrales Thema, wurde während des Kriegs zu einer Angelegenheit der Nation und ihrer militärischen Stärke. Zum anderen aber wurde dadurch die bürgerliche Doppelmoral verfestigt. Alle Strategien zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten betrafen nur Männer. Während Männern außerehelich Sexualkontakte ermöglicht wurden oder zumindest stillschweigend geduldet waren, wurde das Sexualverhalten von Frauen in starkem Maße kontrolliert.

Der Erste Weltkrieg stellte die Menschen der kriegsführenden Staaten in vielerlei Hinsicht vor neue Herausforderungen, die sich in erheblichem Maße auf ihr privates Leben auswirkten. Im Laufe des Krieges wurden nicht nur die ledigen jüngeren Männer eingezogen, sondern verstärkt auch ältere und verheiratete. Dies galt nicht nur für Länder mit Berufarmeen wie Großbritannien, mit ihrem ohnehin hohen Anteil älterer Soldaten, sondern zunehmend auch für das deutsche Militär. Während in Deutschland und Großbritannien im Laufe des Kriegs die Hälfte der männlichen Bevölkerung im Alter zwischen 15/16 Jahren und 49/50 Jahren einberufen worden sind, lag ihr Anteil in Frankreich sogar bei ca. 80 %. Die Trennung von (Ehe-)Paaren wurde damit zu einem in diesem Maße bisher unbekanntem Massenphänomen, das sich auf das Sexualleben der Paare auswirkte. Außereheliche Sexualität erschien jetzt als ein Problem von ganz neuen Dimensionen (Bourke 1996, Pedersen 1993, Winter 1985, Domansky 1996).

Auch wenn kaum abgeschätzt werden kann, in welchem Ausmaß Sol-

daten während des Kriegs nicht-eheliche Sexualkontakte suchten, gibt es doch eine Reihe von Hinweisen, dass die Kriegserlebnisse mit der ständigen Todesgefahr an der Front moralische Bedenken verdrängten (Eksteins 1990). Wie der deutsche Arzt Isaak Spier-Irving (1917: 14) in einer Broschüre über *Irrwege und Notstände des Geschlechtslebens im Kriege* entschuldigend schrieb, galten die bürgerlichen Moralvorstellungen für die kämpfenden Soldaten nicht mehr: »Ihre Moral ist eine Moral über die bürgerliche Existenz hinaus geworden.« Soldaten wie der britische Offizier Robert von Ranke-Graves, den die Zustände in den Bordellen in Frankreich anwidernten, waren, wie er selbst berichtete, eher die Ausnahme und wurden entsprechend von den Kameraden verspottet. Den meisten Soldaten sei bewusst gewesen, so Ranke-Graves (1990: 281), dass »sie ebenso gut in einigen Wochen tot sein konnten«; sie wollten jedoch »nicht jungfräulich sterben«. Ranke-Graves wie auch der deutsche Soldat Erwin Blumenfeld (1897-1969) – nach dem Zweiten Weltkrieg ein hoch bezahlter Modefotograf in Amerika – beobachteten vor den Bordellen Schlangen wartender Soldaten. Im Folgenden werden die verschiedenen und zum Teil sehr gegensätzlichen Strategien von Militär und Regierungen zur Kontrolle des Sexualverhaltens sowohl an der Front als auch in der Heimat untersucht.

Sexualität, Frauen und die Nation

Das Sexualverhalten der Zivilbevölkerung und der Soldaten war während des Krieges zu einem Thema von nationalem Belang geworden (Marwick 1977, Daniel 1989, Haste 1992). Zunächst einmal ging es um den bevölkerungspolitischen Aspekt, um die in vielen europäischen Ländern um 1900 einsetzende Diskussion über die sinkenden Geburtenraten und die damit verbundene Sorge über eine Schwächung der Nation. Die bevölkerungspolitische Diskussion gewann angesichts der immensen Menschenverluste während des Krieges eine neue Dimension, insbesondere für die Rassenhygieniker, in deren Augen auf den Schlachtfeldern die *besten* Männer starben. In Deutschland wie Großbritannien rückten daher die Mütter- und Säuglingsfürsorge verstärkt in das Blickfeld staatlicher Gesundheitspolitik. Die Steigerung der Geburtenrate wurde dabei zur nationalen Aufgabe (Dickinson 1996, Domansky 1996, Weindling 1989, Winter 1985).

Das Sexualverhalten der Kriegerfrauen in der Heimat fand aber auch insoweit Beachtung, als man Auswirkungen auf die Stimmung ihrer an der Front dienenden Männer befürchtete. So überwachten im Ersten Weltkrieg in Großbritannien freiwillige, von der Polizei später zum Teil autorisierte Frauenpatrouillen, dass in Parkanlagen, auf Bahnhöfen, in Straßen und auf Plätze britischer Großstädte die öffentliche Sittlichkeit eingehalten wur-

de. Staatlicherseits wurde nicht nur Unterhaltungsindustrie, Kunst und Literatur verstärkt kontrolliert und zensiert, sondern Kriegerfrauen konnte die ihnen vom Staat zusätzlich zum Sold ihrer Männer gezahlte Trennungszulage gestrichen und die Sozialhilfe versagt werden, wenn sie des Ehebruchs für schuldig befunden worden waren. Die britische Regierung überwachte also nicht nur die öffentliche, sondern auch die private Moral der Frauen (Haste 1992, Marwick 1977).

In Deutschland suchte das preußische Kriegsministerium, das quasi die Stellung eines deutschen »Reichskriegsministeriums« besaß, durch Propagandaschriften die Kriegerfrauen zur Treue zu ihren im Feld stehenden Ehemännern zu ermahnen. Der schon zitierte Arzt Spier-Irving warnte sowohl vor »Piraten der Ehe«, die in der Heimat gezielt Kriegerfrauen verführten als auch vor ihrem weiblichen Pendant, der »hemmungslose[n] Frau«, die »mit dem sexualgeschwängerten Blick sich Männer« einkreise. Als Abhilfe empfahl er, verheirateten Soldaten den Besuch bei ihren Ehefrauen zu erleichtern und das Heiratsalter zu senken (Spier-Irving 1917: 56, 63f., 70 u. 78). Bereits vor dem Krieg war bürgerlichen Sozialreformern das Schlafgängerwesen in der Arbeiterschaft aus sittlichen Gründen suspekt gewesen. Während des Krieges, wenn der *Haus- bzw. Wohnungsherr* abwesend war, wollte man daher diese Form der Unterbringung, die für die in der Rüstungsindustrie Beschäftigten eine wichtige Rolle spielte, schärfer kontrollieren. Allerdings waren die Strafen für treuelose Ehefrauen weniger rigide als in Großbritannien. Besondere Sanktionen hatten deutsche Frauen – und zwar ledige wie verheiratete – jedoch zu erwarten, wenn bekannt wurde, dass sie (sexuelle) Beziehungen zu Kriegsgefangenen unterhielten. Trotz strafrechtlicher Verfolgung durch die Behörden und gesellschaftlicher Sanktionen waren derartige Beziehungen nicht selten (Ziemann 1997, Kundrus 1995, Daniel 1989).

Sexualität, Männer und der Krieg

Aber auch das Sexualverhalten der Soldaten wurde zu einem Thema von nationalem Interesse. Allerdings weniger aus Sorge um die emotionale Gefühlslage der Frauen in der Heimat oder um die Sittlichkeit – obwohl es auch darum ging –, sondern in erster Linie aufgrund möglicher gesundheitlicher Folgen. Das Sexualverhalten der Soldaten wurde daher während des Krieges im Kontext von Wehrkraft und deren Gefährdung diskutiert. Venerologen waren z. B. fest davon überzeugt, dass während des Krieges die Geschlechtskrankheitenrate im Militär erheblich ansteigen werde. Zwar zeigten die nach Kriegsende publizierten Angaben über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im deutschen Militär einen Anstieg, der jedoch

insgesamt weit weniger dramatisch war als zunächst befürchtet. Im Vergleich dazu sahen sich die kanadische, australische und neuseeländische Militärführung mit einer deutlich höheren Geschlechtskrankheitenraten in ihren Streitkräften konfrontiert. Das britische Militär registrierte zwar eine höhere Geschlechtskrankheitenrate als das deutsche, sie lag jedoch deutlich unter den Werten der anderen Alliierten Streitkräfte (Sauerteig 1999, Cassel 1987).

Neben der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten sorgten sich die Militärs der kriegsführenden Staaten noch um einen anderen Aspekt männlichen Sexualverhaltens. Während sich im 19. Jahrhundert Ärzte über die Schädlichkeit bzw. physiologische Unschädlichkeit sexueller Enthaltensamkeit uneinig waren, begann nach der Jahrhundertwende in Deutschland eine wachsende Anzahl von Ärzten im Geschlechtstrieb etwas völlig *Natürliches* zu sehen. Sie bewerteten daher sexuelle Abstinenz außerhalb der Ehe nicht mehr einheitlich als eine Notwendigkeit, die von jedem verlangt werden könne. Einige Ärzte und Sexualwissenschaftler wie Iwan Bloch oder Anton Nyström gingen sogar so weit, sexuelle Abstinenz über einen längeren Zeitraum als absolut gesundheitsschädlich darzustellen (Sauerteig 1999, Hall 1991). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts standen sich also auf wissenschaftlicher Seite zwei Meinungen gegenüber: Während die eine sexuelle Enthaltensamkeit bei Männern für gesundheitlich unschädlich erachtete und sie als sichersten Schutz vor einer Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten propagierte, ja in England dies sogar zur offiziellen gesundheitsprophylaktischen Strategie erhoben worden war (Sauerteig 1999), war die andere von der gesundheitlichen Unbedenklichkeit nicht überzeugt und glaubte, dass längere Phasen sexueller Enthaltensamkeit zu schweren Gesundheitsstörungen führen könne.

Die Militärs der kriegsführenden Mächte sahen sich daher während des Ersten Weltkriegs mit dem Problem konfrontiert, ob und wie einerseits den (hetero-)sexuellen Bedürfnissen der Soldaten zu entsprechen und wie andererseits die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten einzudämmen sei. Im Folgenden werden die verschiedenen Überlegungen und Strategien nachgezeichnet, die von den Militärs zur Lösung dieses Konfliktes zwischen gesellschaftlichen Moralnormen, sexuellen Bedürfnissen und militärischer Kampfkraft angestellt worden sind.

Weder in Deutschland noch in England noch in den USA verfolgte man eine einheitliche Politik zur Lösung des sexualmoralischen und gesundheitsprophylaktischen Dilemmas. Während die einen Offiziere sich für die Einhaltung der gültigen Moralnormen auch unter Kriegsbedingungen einsetzten, ermöglichten andere den Soldaten heterosexuellen Geschlechtsverkehr oder duldeten diesen zumindest stillschweigend. Das preußische Kriegsministerium machte dabei allerdings einen Unterschied

zwischen den jüngeren, unverheirateten Soldaten und den älteren, schon verheirateten. Während man bei ersteren sexuelle Enthaltbarkeit für zumutbar hielt, glaubte das Kriegsministerium nicht, dass die im Laufe des Krieges verstärkt eingezogenen verheirateten Soldaten, die an einen regelmäßigen Geschlechtsverkehr gewöhnt seien, enthaltsam leben könnten. Das Militär sah sich deshalb gezwungen, auch nach Lösungen für das Geschlechtskrankheitenproblem zu suchen.

Im britischen und amerikanischen Militär – aber möglicherweise nicht nur dort – spielte darüber hinaus die Sorge eine Rolle, dass ein Verbot der Prostitution zu einer Zunahme von solchen Verstößen gegen die Sexualmoral führen werde, die man wie Homosexualität und Masturbation als sehr viel problematischer erachtete. Homosexuelle Kontakte zwischen Soldaten wurden im britischen Militär, neben den strafrechtlichen und sexualmoralischen Aspekten, sowohl als schwere Bedrohung der hierarchischen militärischen Ordnung gewertet als auch als Gefahr für die nationale Sicherheit. Denn man vermutete, dass deutsche Spione gezielt auf homosexuelle britische Offiziere und andere Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens angesetzt würden. Im deutschen Militär sind zwar auch homosexuelle Kontakte bekannt und bestraft worden, aber als ernsthafteres Problem nahm man sie offensichtlich nicht wahr. Insgesamt werden homosexuelle Beziehungen in den Armeen eher Ausnahmen gewesen sein. Wichtiger war die sublimierte Homoerotik der soldatischen Männergemeinschaften (Bourke 1996, Haste 1992, Davenport-Hines 1990, Fussell 1975).

Moralische Erziehung

Es gab mehrere Antworten auf das sexuelle Problem: Zum einen konnte versucht werden, die Soldaten zu einem sexuell enthaltsamen Leben zu erziehen. Dies hatte sich allerdings schon in Friedenszeiten als ziemlich erfolgloses Unterfangen erwiesen. Dennoch verzichtete keine der kriegsführenden Mächte auf Appelle an die Sittlichkeit. In allen Armeen bemühte man sich, die Soldaten vor Geschlechtskrankheiten zu warnen und über ihre Symptome aufzuklären. So betonten die Gesundheitsratgeber für britische Soldaten als sichersten Schutz vor Geschlechtskrankheiten immer wieder Enthaltbarkeit und riefen die Leser zur sexuellen Selbstkontrolle auf. Britischen Soldaten, die sich dennoch mit einer Geschlechtskrankheit infiziert hatten, erhielten während ihrer Behandlung keinen Sold (Sauerteig 1999).

Während des Weltkriegs kümmerten sich in Großbritannien neben den Militärgeistlichen besonders die im Dienste des »National Council for Combating Venereal Diseases« (NCCVD) stehenden (Militär-)Ärzte um die sittliche Aufklärung und Belehrung der Soldaten. Der NCCVD pro-

pagierte als einzig sicheren Schutz vor Geschlechtskrankheiten strenge Enthaltensamkeit. Kanadische Militärärzte klärten ihre Soldaten dagegen je nach Situation entweder über Schutzmittel auf oder rieten ihnen zur Enthaltensamkeit (Cassel 1987).

Im deutschen Militär warnten die Militärärzte mit Appellen an das Ehr- und Nationalgefühl der Soldaten eindringlich vor den Gefahren des nicht-ehelichen Geschlechtsverkehrs. Das Militär erinnerte zudem verheiratete wie verlobte Soldaten eindringlich daran, dass sie sich nicht nur gegenüber dem Vaterland, sondern auch gegenüber ihren Ehefrauen bzw. Verlobten zur Treue verpflichtet hatten. Wie sehr das sittliche Erziehungskonzept im deutschen Militär allerdings an die jeweiligen Umstände gebunden war, zeigt sich daran, dass in der Etappe eine andere, pragmatische Aufklärungsstrategie verfolgt wurde. Ab 1915 erhielten beispielsweise Reisende auf den Brüsseler Bahnhofen – Brüssel galt an der Westfront als Zentrum der Prostitution – bei ihrer Ankunft ein Merkblatt, das vor Geschlechtskrankheiten und Prostituierten warnte. Dieses Merkblatt jedoch rief nicht mehr zur Enthaltensamkeit auf, sondern riet zum Gebrauch von Schutzmitteln (Daniel 1989).

Überwachung und Kontrolle der Prostitution

Die zweite Antwort auf das sexuelle Problem betraf die Kontrolle von Prostituierten. Allerdings war es bereits vor dem Ersten Weltkrieg für die Zeitgenossen immer schwieriger geworden zu definieren, welche Frauen sie aufgrund welchen Verhaltens zu Prostituierten rechnen wollten. Prostitution war damit seit der Jahrhundertwende zur Metapher für jegliches, nicht in das bürgerliche Ehe- und Familienideal eingebundene, heterosexuelle Sexualverhalten geworden. Mit graduellen Unterschieden konnte damit jede Frau, die außerhalb der Ehe Geschlechtsverkehr mit Männern hatte, als Prostituierte bezeichnet werden. In Deutschland wie auch in Großbritannien sahen Ärzte und Gesundheitspolitiker eine besondere Gefahr in den so genannten Amateur-Prostituierten. Mit diesem Begriff bezeichnete man junge Frauen, die nicht gewerbsmäßig der Prostitution nachgingen, sondern nur gelegentlich, vielleicht für ein Geschenk oder eine Einladung zum Essen. Sie galten als eine sehr viel gefährlichere Risikogruppe als die *erfahrenen* gewerbsmäßigen Prostituierten (Sauerteig 1999, Bland 1985, Walser 1985).

Es war jedoch nicht nur immer schwieriger geworden, den Begriff der Prostitution klar zu fassen, sondern das gesamte System der staatlichen Überwachung der Prostitution wurde seit Mitte des 19. Jahrhunderts zunächst von Seiten der Frauenbewegung, aber gegen Ende des Jahrhunderts

zunehmend auch von Ärzten und Gesundheitspolitikern als medizinisch ineffektiv kritisiert. In den Ländern, die wie Deutschland oder Frankreich auch noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts an der staatlichen Überwachung der Prostitution festhielten, begann eine intensive Debatte darüber, ob das sittenpolizeiliche Überwachungskonzept mit seinen regelmäßigen polizeiärztlichen Zwangsuntersuchungen aufzugeben sei oder ob es von Grund auf reformiert werden könne (Sauerteig 1999, Sauerteig 1998b, Corbin 1990).

In Deutschland hatten die Militärbehörden bereits in den Jahren vor Kriegsausbruch sowohl die Zivilbehörden als auch den Gesetzgeber gedrängt, die sittenpolizeiliche Überwachung der Prostitution zu verschärfen und effizienter zu gestalten. Nach Kriegsausbruch verschärfte der Gesetzgeber schließlich die zuvor gelockte Prostitutionsüberwachung wieder, denn es hatte sich herausgestellt, dass die meisten geschlechtskranken Soldaten sich nicht an der Front oder in der Etappe infiziert hatten, sondern in der Heimat. Ärzte und Gesundheitspolitiker sahen sich nun vor die unlösbare Aufgabe gestellt, die u. a. auch aufgrund sozialer und ökonomischer Notlagen während des Kriegs wachsende Anzahl von Prostituierten unter Kontrolle zu bekommen. Die Sittenpolizei war dazu allerdings mit ihren Beamten schon vor Kriegsausbruch nicht mehr in der Lage gewesen (Sauerteig 1999).

In Großbritannien hatten bereits Ende des 19. Jahrhundert die Proteste der Frauenbewegung die erfolgreiche Etablierung eines Systems staatlicher Reglementierung und Überwachung der Prostitution verhindert (Walkowitz 1980, McHugh 1980). Die britische Regierung unternahm seitdem keinen weiteren Versuch mehr, ein dem kontinentalen System zur Überwachung der Prostitution vergleichbares System einzuführen. Auch in der Krisensituation des Ersten Weltkriegs wollte die britische Regierung keine Maßnahmen zur Überwachung der Prostitution ergreifen, was die Dominions, deren Truppen der britischen Militärführung unterstanden, heftig kritisierten. Ein dann doch im April 1917 dem Parlament vorgelegter Gesetzentwurf, mit dem die Strafbestimmungen für das Betreiben von Bordellen und für die öffentliche Aufforderung zur Unzucht verschärft und Sexualkontakte von Personen, von denen bekannt war, dass sie geschlechtskrank waren, unter Strafe gestellt werden sollte, löste heftige Diskussionen aus und wurde im Parlament immer wieder verschleppt. Erst im Februar 1918 rang sich die britische Regierung dazu durch, den Geschlechtsverkehr geschlechtskranker Frauen mit Angehörigen der britischen Streitkräfte unter Strafe zu stellen. Eine Frau, die gegen diese Bestimmung verstieß, konnte zwangsweise ärztlich untersucht werden. Diese unter dem Kriegsrecht erlassene Bestimmung rief sofort den wütenden Protest der britischen Frauen- und Sittlichkeitsbewegung hervor. Nach Unterzeichnung des Waffen-

stillstandsabkommens am 11. November 1918 hob die britische Regierung die umstrittene Bestimmung sofort wieder auf (Davenport-Hines 1990, Cassel 1987, Bland 1985, Haste 1992).

Ein ähnliches Problem ergab sich an der Front in Frankreich. Als die Truppen der Alliierten nach Frankreich kamen, wurden sie dort nicht nur mit einer großen Anzahl von staatlich überwachten Bordellen konfrontiert, die es hinter der Front in fast allen größeren Städten gab, sondern auch mit einer wachsenden Anzahl von Prostituierten. Prostitution gehörte in Frankreich während des Kriegs zu einem prosperierenden Gewerbe. Zwar intensivierte das französische Militär die Prostitutionsüberwachung, aber einigen der britischen Truppenkommandeure reichte dies nicht aus. Sie konnten jedoch nicht verhindern, dass ihre Offiziere und Soldaten französische Bordelle aufsuchten (Corbin 1990, Haste 1992).

Anders dagegen die Amerikaner: Nachdem die Vereinigten Staaten im Sommer 1917 in den Ersten Weltkrieg eingetreten und innerhalb weniger Monate die Geschlechtskrankheitenrate in ihren nach Frankreich entsandten Truppenkontingenten sprunghaft angestiegen war, untersagten sie ihren Soldaten den Besuch der französischen Bordelle (Brandt 1985). Die amerikanische Regierung, aber auch die Dominions und die britische Öffentlichkeit übten wachsenden Druck auf die britische Regierung aus, nun ebenfalls ihren Soldaten den Bordellbesuch zu verbieten. Die britische Armeeführung lehnte dies jedoch ab, da sie ein derartiges Verbot für kaum durchsetzbar erachtete. Außerdem wollte man die französische Regierung nicht brüskieren. Zudem gab es im britischen Militär auch Befürworter von ärztlich überwachten Bordellen. Angeblich betrieb die britische Armee in Le Havre und in Cayeux-Sur-Mer sogar eigene Bordelle, was, als dies in Großbritannien bekannt wurde, zu einem Sturm der Entrüstung bei den Kirchen, den Frauen- und Sittlichkeitsbewegungen führte. Im Frühjahr 1918 wurde der Druck der britischen Öffentlichkeit, der Dominions und der Amerikaner auf die britische Regierung schließlich so groß, dass das *War Office* die Bedenken der Armeeführung zurückstellte und die Regierung im März die Bordelle in Frankreich zu Sperrzonen für Soldaten erklärte. In Frankreich führte diese Maßnahme zu Gegenprotesten, denn die französischen Behörden befürchteten zum einen eine Zunahme der Anzahl unregistrierter und damit nicht überwachter Prostituierten und zum anderen ein Ansteigen von Vergewaltigungsfällen und sexuellen Belästigungen der zivilen Bevölkerung (Brandt 1985).

Trotz Protesten, besonders seitens der Frauen- und Sittlichkeitsbewegungen, scheint man sich auch im deutschen Militär aus pragmatischen Überlegungen heraus weitgehend darüber einig gewesen zu sein, dass zwar offiziell von Soldaten Enthaltbarkeit gefordert werden könne, man ihnen aber dennoch Gelegenheiten zum Geschlechtsverkehr bieten müsse. Of-

fen wurde dies jedoch nie formuliert. Aber es gab in der Etappe vom Militär geduldete, zum Teil von Militärärzten überwachte und sogar vom Militär geleitete Bordelle (Sauerteig 1999). Durch eine rigidere Erfassung und gesundheitliche Kontrolle besonders der *heimlichen* Prostituierten wollten die deutschen Militärbehörden das Risiko einer Infektion für die männliche Kundschaft auf ein Minimum reduzieren. Ganz unverhüllt war in der Krisensituation des Kriegs das Bestreben des Militärs, die Gesundheit der Soldaten zu schützen. Dies war der entscheidende Antrieb, die Verteilung von Schutzmitteln an Soldaten zu gestatten und sie schließlich 1916 für Prostituierte anzuordnen. In der Etappe konnten Bordelle unter militärische Aufsicht gestellt werden. Nicht nur in der Etappe, sondern jetzt auch in der Heimat wurde zudem die polizeiärztliche Untersuchung von Prostituierten den Militärärzten übertragen (Sauerteig 1999).

Schutz vor Ansteckung

Als dritte Antwort blieb schließlich noch, den Soldaten Schutzmittel gegen eine Infektion mit Geschlechtskrankheiten zur Verfügung zu stellen und sie über ihre Anwendung aufzuklären. Zur Verfügung standen zum einen preiswerte chemische Desinfektionslösungen und desinfizierende Salben, mit denen vor und nach dem Geschlechtsverkehr die Genitalien und durch Einträufeln bzw. Einspritzen die Harnröhre gereinigt werden konnte und zum anderen die relativ teuren Kondome (Sauerteig 1999).

Im gesamten deutschen Militär – Heer wie Marine – wurden bereits vor dem Ersten Weltkrieg auf breiter Basis Schutzmittel im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten eingesetzt. Zwei Wege für ihren Einsatz wurden dabei diskutiert. Entweder sollte sich der Soldat nach einem Geschlechtsverkehr, bei dem er sich einem Infektionsrisiko ausgesetzt hatte, in der Kaserne vom Sanitätspersonal desinfizieren lassen. Oder er sollte vor Verlassen der Kaserne ein Päckchen mitnehmen, welches die zur Desinfektion notwendigen Utensilien enthielt und sich gegebenenfalls selbst desinfizieren. Kurz nach der Jahrhundertwende wurden schließlich sogar vom Heer wie auch von der Marine Schutzmittelautomaten aufgestellt, die von den Soldaten rege in Anspruch genommen wurden. Die offizielle Haltung des Militärs in der Schutzmittelfrage blieb jedoch ambivalent. Verbindliche Richtlinien zur Austeilung von Schutzmitteln wollten weder das preussische noch das bayerische Kriegsministerium erlassen.

Gegen die Verteilung von Schutzmitteln und besonders gegen ihren Verkauf via Automaten liefen die Sittlichkeitsvereine Sturm. Aufgrund dieser Proteste untersagte Kaiser Wilhelm II. im Januar 1912 den Verkauf von Schutzmitteln in den Kasernen. Die Bekämpfung der Geschlechts-

krankheiten sollte jetzt wieder – wie oben ausgeführt – über die Belehrung der Soldaten und ihre Erziehung zur Enthaltensamkeit erfolgen. Aber ausschließlich darauf wollte man sich im Militär dann doch nicht verlassen. Da das Verbot nur den Verkauf betraf, stellte man es den Truppenkommandeuren anheim, für die kostenlose Verteilung von Schutzmitteln durch das Sanitätspersonal zu sorgen. In den offiziellen Anweisungen wurde dies als eine Notlösung deklariert. Erlaubt blieb also die vom Militär kontrollierte Anwendung von Desinfektionsmitteln. Der Soldat musste sich dazu allerdings direkt an das Sanitätspersonal wenden. Er konnte nicht mehr anonym Schutzmittel aus Automaten beziehen, sondern war gezwungen, seinen Verstoß gegen die herrschenden Moralnormen zu bekennen. Von dem Angebot einer vom Sanitätspersonal vorgenommenen fachgerechten Desinfektion machten die Soldaten jedoch nur wenig Gebrauch. Um auf sie stärkeren Druck ausüben zu können, zur Desinfektion das Sanitätspersonal aufzusuchen, hatte das preußische Kriegsministerium die Truppenkommandeure befugt, diejenigen Soldaten zu bestrafen, die geschlechtskrank geworden waren, ohne sich desinfizieren lassen zu lassen. Während in der Marine seit längerem schon eine ähnliche Regelung galt, hielt das bayerische Kriegsministerium nichts von derartigen Strafandrohungen.

Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs änderte an der zurückhaltenden Schutzmittelpolitik der Heeresleitung zunächst nichts. Das Hauptgewicht legte man stattdessen auf die sittliche Erziehung der Soldaten. Anders dagegen die Marine: Hier rangierten die Schutzmittel neben der militärärztlichen Kontrolle der Bordellprostituierten und regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen der Soldaten bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an oberster Stelle. Schließlich ging man auch im Heer einen Schritt weiter. Zum einen ließ man an Prostituierte Schutzmittel für ihre Kunden verteilen. Zum anderen wurden, entgegen dem kaiserlichen Verbot, in Kasernen auch wieder Schutzmittelautomaten aufgestellt. Dass man nicht gänzlich auf die Propagierung von Schutzmitteln verzichten könne, begründete das preußische Kriegsministerium intern mit der gestiegenen Anzahl verheirateter Soldaten, die an regelmäßigen Geschlechtsverkehr gewöhnt seien.

In England besaßen vor dem Ersten Weltkrieg nur einige wenige Militärärzte Erfahrungen mit Schutzmitteln, die sie, ohne offizielle Erlaubnis, in den Kolonien gesammelt hatten. Die britische Regierung und Armeeführung fanden sich während des Ersten Weltkriegs erst auf Druck der Dominions und der Amerikaner, die um die Gesundheit ihrer in Großbritannien stationierten Truppen besorgt waren, bereit, auch den Einsatz von Schutzmitteln in Erwägung zu ziehen. Das britische Militär experimentierte dabei ebenfalls mit den zwei Prophylaxe-Konzepten. Zum einen gab es in einzelnen Kasernen in England so genannte *Ablution Cham-*

bers, in denen sich Soldaten von ausgebildetem Fachpersonal desinfizieren lassen konnten. Ihre Anzahl reichte, wie die Dominions bemängelten, bei weitem nicht aus. Bei den zuständigen britischen Sanitätsoffizieren stießen sie zudem oft auf mangelndes Interesse, und viele Soldaten scheuten sich, das Angebot zur Desinfektion anzunehmen. Im April 1918 wurde dieses Konzept für gescheitert erklärt (Sauerteig 1999).

Zum anderen erprobte das britische Militär auch den Einsatz von *prophylactic packets*. Aus moralischen Gründen wollte das *War Office* jedoch nicht, dass der Soldat das Desinfektionspäckchen schon beim Verlassen der Kaserne mitnahm, sondern er sollte es erst nach seiner Rückkehr erhalten – trotz des für eine wirksame Desinfektion so wesentlichen Zeitfaktors. Mit dem Erfolg dieser Methode war man gleichfalls unzufrieden. Wie in Deutschland machten nur wenige Soldaten von dem Angebot Gebrauch und viele erst viel zu spät. Zudem waren weder das Militär noch die Regierung in London bereit gewesen, sich für Schutzmittel stärker einzusetzen. Stattdessen sollte die sittliche Belehrung der Soldaten intensiviert werden. Einige wenige Armeearzte hielten sich jedoch aus pragmatischen Überlegungen nicht an die Anweisungen des *War Office* und ermöglichten, wenn Bedarf bestand, ihren Soldaten während des Krieges einen einfachen Zugang zu Schutzmitteln. Die neuseeländische Militärführung und einige der kanadischen Einheiten verteilten dagegen schon frühzeitig an ihre in Europa kämpfenden Soldaten Desinfektionslösungen sowie vereinzelt auch, was umstritten war, Kondome (Brandt 1985, Cassel 1987).

Auch die im Sommer 1917 nach Frankreich entsandten *American Expeditionary Forces* setzten auf Desinfektionsmittel zur Selbstanwendung, auf so genannte *Pro-Kits*. Aus moralischen Gründen waren diese jedoch ebenfalls zunächst umstritten gewesen. Kurz vor Kriegsende wurde die Anwendung von Desinfektionsmitteln nach dem Geschlechtsverkehr sogar unter Strafandrohung für verpflichtend erklärt (Brandt 1985).

Resümee

Die vor dem Ersten Weltkrieg begonnenen Diskussionen über Fragen des Sexualverhaltens erfuhren während des Kriegs eine erhebliche Ausweitung. Sexualität wurde während des Kriegs zu einem zentralen Thema öffentlicher Diskussionen. An den verschiedensten Orten, in Zeitungen und Zeitschriften, im Theater oder Kino, in den Parlamenten ebenso wie an der Front lasen und hörten die Zivilbevölkerung und die Soldaten etwas über uneheliche Kinder, über Prostitution und ihre staatliche Überwachung, über Geschlechtskrankheiten und über Schutzmittel. Die Folgen dieser diskursiven Ausweitung des Redens über Sexualität sind allerdings ambivalent.

Zum einen führte der Diskurs über Sexualverhalten zu einer deutlichen Verfestigung bürgerlicher Doppelmoral. Während Männern sexuelle Kontakte außerhalb der Ehe gestattet und zum Teil vom Militär auch systematisch ermöglicht wurden, wurde das Sexualverhalten von Frauen in steigendem Maße kontrolliert, damit sie im Interesse der Nation ihren an der Front kämpfenden Ehemännern treu blieben. Während die kriegführenden Staaten an der Heimatfront die Einhaltung der traditionellen bürgerlichen Moralvorstellungen von Sittlichkeit propagierten, vertrat das Militär eine sehr viel pragmatischere Position. Hauptziel des Militärs war es, die Gesundheit der Soldaten und damit die Wehrkraft zu bewahren. Deshalb unterwiesen Militärärzte Soldaten im Gebrauch von Schutzmitteln und stellten ihnen diese zur Verfügung. Damit trug das Militär zum anderen zur Popularisierung von Schutzmitteln bei und bewirkte mit einer pragmatischen Schutzmittelstrategie, dass bisher mit aufs Engste mit Sexualität verbundene Ängste – Angst vor Ansteckung und bei Kondomen Angst vor ungewollter Schwangerschaft – herabgesetzt oder gar beseitigt wurden.

Zweifelhaft ist, in wie fern sich das Sexualverhalten der Menschen während des Krieges veränderte, ob beispielsweise Soldaten häufiger zu Prostituierten gingen oder die Anzahl von außerehelichen Verhältnissen zunahm. Eine Reihe von Soldaten scheint sich unter dem Eindruck des unmittelbaren Kriegeserlebnisses und der direkten Todeserfahrung nicht mehr an die bürgerliche Sexualmoral gebunden gefühlt zu haben. Dies und die während des Kriegs durch das Auseinanderreißen der Familien aufgebrochenen sozialen Bindungen und Kontrollmechanismen mögen zu gewissen Lockerungen im sexuellen Umgang der Geschlechter geführt haben. Es mag auch sein, dass unter anderem aus sozioökonomischen Notlagen heraus sich mehr Frauen als vor dem Krieg dazu veranlasst sahen, der Prostitution nachzugehen.

Die traditionellen Instanzen, die wie die Kirchen für die Einhaltung von Moralnormen sorgten, behielten einiges von ihren Einflussmöglichkeiten, auch wenn diese überall prinzipiell im Schwinden begriffen waren. Dies erklärt auch die zum Teil ambivalente Haltung der Militärs, die einerseits ihren Soldaten Schutzmittel zur Verfügung stellten und sich um die gesundheitliche Überwachung von Prostituierten kümmerten, andererseits aber gleichzeitig Soldaten moralisch belehrten und zur Enthaltbarkeit ermahnten. Am Ernstesten nahm die britische Militärführung die sittliche Belehrung, während sich das deutsche Militär, aber auch die Armeeführungen der Dominions nicht allzu sehr auf die Wirkung von Moralpredigten verlassen wollten. Unterschiedlich war jedoch der Begründungszusammenhang, der die Soldaten zu sexueller Enthaltbarkeit bewegen sollte. Während im deutschen Militär die Soldaten aus Treue gegenüber dem Vaterland auf risikofolle Sexualkontakte verzichten sollten, wurde im briti-

schen Militär sexuelle Enthaltbarkeit als Bestandteil soldatischer Ehre verstanden.

Insgesamt wurde die Diskussion über Sexualität und das Sexualverhalten der Bevölkerung während des Ersten Weltkrieges immer mehr zu einem Thema der Medizin. Diese Entwicklung hatte bereits um die Jahrhundertwende eingesetzt, als Ärzte und Rassenhygieniker die Reproduktion ihrer medizinisch-wissenschaftlichen Kontrolle unterstellen wollten. Die Reproduktion, die bereits vor dem Krieg zu einem politischen Thema geworden war, wurde während des Kriegs zu einer Angelegenheit der Nation und ihrer militärischen Stärke. Ärzte profitierten von dieser Entwicklung und wurden nunmehr zu nahezu unangefochtenen Experten für Fragen sexuellen Verhaltens. Diese Medikalisierung sexuellen Verhaltens verschob die Kontrolle von den Kirchen in Richtung der medizinischen Wissenschaft und führte damit auch zu einer pragmatischeren Moral-konzeption, die allerdings vorerst noch in erster Linie Männern zugute kam.

Anmerkung

- 1 Dieser Beitrag basiert auf Sauerteig 1998a. Dort finden sich weitere Literaturhinweise und Quellenbelege.

Literatur

- Bland L.: »Cleansing the portals of life«: the venereal disease campaign in the early twentieth century, in: Langan M./Schwarz B. (Hgg.): Crises in the British state 1880-1930, Hutchinson London 1985, 192-208.
- Blumenfeld E.: Durch tausendjährige Zeit, Erinnerungen. Argon Berlin 1988.
- Bourke J.: Dismembering the Male. Men's Bodies, Britain and the Great War. Reaktion Books London 1996.
- Cassel J.: The Secret Plague: Venereal Disease in Canada 1838-1939. University of Toronto Press Toronto 1987.
- Corbin A.: Women for hire. Prostitution and sexuality in France after 1850. Harvard University Press Cambridge/Mass. 1990.
- Daniel U.: Arbeiterfrauen in der Kriegsgesellschaft. Beruf, Familie und Politik im Ersten Weltkrieg. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1989.
- Davenport-Hines R.: Sex, Death and Punishment: Attitudes to Sex and Sexuality in Britain Since the Renaissance. Collins London 1990.
- Dickinson E. R.: The Politics of German Child Welfare from the Empire to the Federal Republic. Harvard University Press Cambridge/Mass. 1996.
- Domansky E.: Militarization and Reproduction in World War I Germany, in: G. Eley (Hg.): Society, Culture, and the State in Germany, 1870-1930. University of Michigan Press Ann Arbor 1996, 427-463.
- Eksteins M.: Tanz über Gräben. Die Geburt der Moderne und der Erste Weltkrieg. Rowohlt Reinbek 1990.

- Fussell P.: *The Great War and modern memory*. Oxford University Press New York 1975.
- Hall L. A.: *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*. Polity Press Cambridge & Oxford 1991.
- Haste C.: *Rules of desire. Sex in Britain: World War I to the present*. Chatto & Windus London 1992.
- Kundrus B.: *Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg*. Christians Hamburg 1995.
- Marwick A.: *Women at War 1914-1918*. Fontana London 1977.
- McHugh P.: *Prostitution and Victorian social reform*. St. Martin's Press New York 1980.
- Pedersen S.: *Family, Dependence, and the Origins of the Welfare State. Britain and France, 1914-1945*. Cambridge University Press Cambridge 1993.
- Ranke-Graves R. v.: *Strich drunter, [Goodbye to all that, 1929]*. Rowohlt Reinbek 1990.
- Sauerteig L.: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Franz Steiner Stuttgart 1999.
- Sauerteig L.: *Sex, Medicine and Morality during the First World War*, in: Cooter R./Harrison M./Sturdy S. (Hgg.): *War, Medicine and Modernity*. Sutton Publishing Strout 1998a, 167-188.
- Sauerteig L.: *Frauenemanzipation und Sittlichkeit: Die Rezeption des englischen Abolitionismus in Deutschland*, in: Muhs R./Paulmann J./Steinmetz W. (Hgg.): *Aneignung und Abwehr. Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Grossbritannien im 19. Jahrhundert*. Philo-Verlagsgesellschaft Bodenheim 1998b, 159-197.
- Sauerteig L.: *Moralismus versus Pragmatismus: Die Kontroverse um Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts im deutsch-englischen Vergleich*, in: Dinges M./Schlich T. (Hgg.): *Neue Wege in der Seuchengeschichte*. Franz Steiner Stuttgart 1995, 207-247.
- Spier-Irving I.: *Irrwege und Notstände des Geschlechtslebens im Kriege*. Universal Verlag München 1917.
- Walkowitz J. R.: *Prostitution and Victorian society. Women, class, and the state*. Cambridge University Press Cambridge 1980.
- Walser K.: *Prostitutionsverdacht und Geschlechterforschung. Das Beispiel der Dienstmädchen um 1900*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 11 (1985), 88-111.
- Weindling P.: *Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge University Press Cambridge 1989.
- Winter J. M.: *The Great War and the British People*. Macmillan Houndmills 1985.
- Ziemann B.: *Front und Heimat. Ländliche Kriegserfahrungen im südlichen Bayern 1914-1923*. Klartext Verlag Essen 1997.

»Invading Bodies«

Reinheitskonzepte in der amerikanischen
Immigrationspolitik der 1910/20er

■
Barbara Lüthi

»This is what fascinates me most in existence: the peculiar necessity of imagining what is, in fact, real.« (Philip Gourevitch)

Zusammenfassung

Am Beispiel der an den amerikanischen Grenzen ankommenden, fremden ImmigrantInnen, und der damit in Zusammenhang stehenden restriktiven Immigrationspraxis der 1910/20er Jahre soll verdeutlicht werden, dass der Körper ein Ort der Verhandlungen und Interventionen ist. Die imaginäre Reinheit des individuellen und des nationalen Körpers stellt zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen zentralen Diskursstrang der amerikanischen Immigrationspolitik dar. Der Medizin fiel dabei eine besondere Rolle zu. Krankheiten, Hygiene und die so genannte »poor physique« der ImmigrantInnen nahmen im Prozess der Aufrechterhaltung von (Körper-)Grenzen eine zentrale Stellung ein. Dies wird anhand der Fallbeispiele zweier Immigrantinnen und der Debatte um die »poor physique« besonders deutlich.

Die Konstruktion nationaler Vergangenheit und Gegenwart – welche unabdingbar mit der Frage nach Identitäten verknüpft ist – erhebt in spezifischer Weise Anspruch auf moralische Bindung an bestimmte Territorien und Heimatländer (Malkki 1995). Durch den provisorischen Zustand der *dislocation* (Entwurzelung) haben ImmigrantInnen diesen Anspruch in ihrer Heimat verloren. Wegen ihres transitorischen Zustandes spielt die Wahrnehmung und Verhandlung ihrer Körper¹ an der territorialen Grenze von Einwanderungsstaaten gerade auch in Zusammenhang mit der sozialen Konstruktion nationaler Identitäten eine umso wichtigere Rolle. Denn die Konstruktion kollektiver Identitäten erfolgt häufig über »körperliche Differenzen als Grenzmarke« und als »Linie der Exklusion« (Sarasin 1999: 444). Daher ist zu fragen, was für Körperbilder und was für eine (körperliche) Ordnung – besonders aus medizinischer und politischer Sicht – die amerikanischen Immigrationsbehörden evozierten und legitierten. Gerade die Geschichte der Immigrationsabwehr beinhaltet, so der

Hinweis von Eileen Boris, Annahmen über »appropriate homes, proper families and gender roles« (Boris 1998: 320). Er beinhaltet ebenso – so mein Argument – Annahmen über diffuse Vorstellungen, wie der »ideale Staats-/Körper« auszusehen hat. Die Symbolisierung von »America as a virgin« fand Ausdruck in Vorstellungen einer »pure race« und der Propagierung von Exklusionsmaßnahmen, die mit der so genannten »poor physique« und den kranken Körpern der ImmigrantInnen begründet wurden. Dahinter stand die Vorstellung, dass es zwischen den Funktionsweisen des menschlichen und politischen Körpers eine Homologie gibt (Goltermann 2000). Solche Symbolisierungen und Zuschreibungen sind keineswegs nur imaginär, sondern haben reale politische und soziale Konsequenzen. Die Untersuchung von Reinheit ist in diesem Kontext folglich weniger als empirische Frage, denn in ihrer Funktion als *sozialer Kommentar* von Interesse (Malkki 1995).

Rebecca Gerbert und Chone Wernik auf Ellis Island (1912)

Rebecca Gerbert, in den Akten der Immigrationsbehörden als *Turk Hebrew* registriert, erreicht im August 1912 auf dem Schiff ›Louisiana‹ Ellis Island vor New York. Sie ist 19 Jahre alt und reist mit ihrem acht monatigen Sohn. Alle ImmigrantInnen, die einwandern möchten, müssen sich dort – neben den üblichen Papierkontrollen – einer medizinischen Untersuchung unterziehen. Gründe für die Abweisung sind zu diesem Zeitpunkt unter anderen »loathesome and dangerous diseases«. ² Zudem spielte die Debatte um die »poor physique«, die seit einigen Jahren im Gang war, in die medizinischen Untersuchungen und Bestrebungen nach Immigrationsrestriktionen hinein. Knapp drei Wochen nach ihrer Ankunft wird Rebecca Gerberts Ausschaffung vom General Commissioner of Immigration, Williams, mit Hinweis auf ihre Erscheinung folgendermaßen begründet:

»The woman has been certified as undersized, with spinal curvature, deformed chest and poor physique, which affects ability to earn a living. She is almost a dwarf and presents a repulsive appearance. (...) So physically defective and undesirable an immigrant is this woman that I am unwilling, in the absence of far clearer knowledge than I now possess, concerning the husband, to recommend her admission or that of the child even on bond.«

Damit stellte Williams einen klaren Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Defekten (Kleinwüchsigkeit, schlechte Konstitution, verformte Wirbelsäule), ihrer abstoßenden Erscheinung (zwergähnlich) und der Unfähigkeit zur Erwerbsfähigkeit her. Die Immigrantin glaubt zudem,

schwanger zu sein. Zusätzlich wird ihr Affidavit (beeidigte Erklärung) als ungenügend betrachtet. Die »Hebrew Sheltering and Immigrant Aid Society« spürt ihren Ehemann auf, der bereits einige Monate im Land lebt und der Frau Geld und ein Affidavit zukommen lässt, und legt Berufung ein. Sie plädieren für ihre Zulassung »on bond« (Pfandbrief). Als bald darauf der Ausschaffungsbescheid nochmals bestätigt wird, reist der Ehemann an, um zu ihren Gunsten auszusagen und für ihre finanzielle Sicherheit zu garantieren. Erneut plädiert der General Commissioner Williams für eine Ablehnung des Einreisegesuchs:

»If this woman had arrived with her husband, both would then have been deported. I do not see why we should submit to the introduction of physically defective people of this type merely because they seem fit to come here at different times. No bond which could be given would ensure the Government and the local authorities against this man returning to Europe and leaving his wife here. I do not say that he has any such intention. I merely point out one of many dangers that are incurred in allowing such a physically defective woman to enter merely because a husband preceded her by four months.«

Nach einigen weiteren Interventionen und Ablehnungsbegründungen werden die Frau und ihr Sohn schließlich – die Gründe dafür sind aus den Akten nicht ersichtlich – am 5. September 1912 in die USA zugelassen (NA: RG 85 Accn 60A600, Box 459, file 53475/497).

Im selben Zeitraum erreicht auch die 21-jährige jüdische Russin Chone Wernik auf dem Schiff »Zeeland« die Immigrationsstation Ellis Island. Die Frau fällt unter die Kategorie »dangerous and loathesome diseases«. Das medizinische Gutachten des Inspektors Healy lautet:

»This is to certify that the above described person has this day been examined and is found to be afflicted with abdominal tumor with signs of pregnancy of about the fourth month, which affects ability to earn a living.«

Die Immigrantin streitet vor dem »Board of Inquiry« ab, in ihrem Leben je geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben. Weitere Familienmitglieder werden als Zeugen zu ihrer Person befragt. Das Board entscheidet einstimmig, sie auszuweisen, da es ihre finanziellen Mittel als unzureichend erachtet. Außerdem habe sie keinen legal verpflichteten Vormund im Lande, der sie unterstützen könne und ihr »physischer Defekt« erschwere es angeblich, für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen. Obwohl sie beim Commissioner of Immigration Einspruch erhebt, bekräftigt dieser die Entscheidung des Boards und ergänzt sein Urteil mit der Aussage: »She is a very undesirable type of immigrant. (...) In conversation, through the interpreter,

she made an unfavorable impression on me.« Eine Woche später genehmigt das Department of Commerce and Labor (Immigration Service) offiziell die Ausschaffung. Chone Wernik wird – zehn Tage nach ihrer Ankunft auf Ellis Island – auf dem Schiff ›Kroonland‹ aus den USA ausgewiesen (NA: RG 85 Accn 60A600, Box 459, file 53475/518).

Zum Zeitpunkt der Ankunft von Rebecca Gerbert und Chone Wernik in den USA war die Debatte um Immigrationsrestriktionen bereits voll in Gange. Diese Entwicklungen müssen vor dem Hintergrund einer sich gesellschaftlich und demographisch massiv verändernden Situation verstanden werden. In der Phase zwischen 1820-1914 nahm die Zahl der ImmigrantInnen in den USA kontinuierlich zu. Die im Ausland Geborenen stellten eine relative Konstante von 1 zu 7 dar. Zwischen 1880-1930 sind gesamthaft etwa 28 Millionen Menschen in die USA eingewandert, wovon fast die Hälfte aus Zentral-, Ost- und Südeuropa stammten. Mindestens 26 europäische ethnische Gruppierungen erreichten während diesem Zeitraum die USA (Daniels 1991). Verbesserte Transportmittel, die Erfindung von »prepaid tickets« und die neu entwickelten Möglichkeiten des Geldtransfers erleichterten die Migration nach Übersee in dieser Zeit. Zudem war die Ära, trotz der wirtschaftlichen Krisen der 1880/90er Jahre, gezeichnet von einer rapiden industriellen Expansion. In der amerikanischen Wirtschaft entstand eine Fülle von Arbeitsplätzen. ImmigrantInnen stellten um die Jahrhundertwende die Hauptarbeitskraft in der industriellen Produktion dar. Als dringend benötigte Arbeitskräfte wurden die ImmigrantInnen durch öffentliche Kampagnen, private Rekrutierungsunternehmen, usw. aus Wirtschaftskreisen regelrecht angeworben. Sie waren auch maßgeblich daran beteiligt, das Land in eine enorme Industriemacht umzuformen.

Dennoch wurde seit den 1880er Jahren die Immigrationspolitik auf legislativer Ebene immer restriktiver und selektiver, was schließlich im *Literacy Act* von 1917 und den *Quota Acts* Anfang der 1920er seinen Höhepunkt fand. Die stärkere Regulierung der Immigration ab 1880, zielte zunächst primär darauf, Kriminellen, Kranken und besonders finanzschwachen Individuen den Eintritt zu verwehren. Mit der Ausschließung der Chinesen als sozio-kulturelle Gruppe wurde jedoch bereits ab 1880 eine aktive Diskriminierungspolitik gegenüber einer Minoritätengruppe betrieben.

Zwischen 1890-1924 wurden jeweils höchstens 3 % aller Neuankommenden pro Jahr an allen U.S. Immigrationsstationen wegen »poor health« ausgeschafft. Die medizinische Untersuchung verminderte damit die Gesamtzahl der Einwandernden keineswegs. Was sich jedoch über die Jahrzehnte wesentlich änderte, ist der Anteil der *medizinischen Begründungen* für Ablehnungen von Einwanderungsbegehren. Dieser Anteil stieg von weniger als 2 % im Jahre 1898, auf 57 % um 1913 und 69 % um 1916 (Kraut

1994: 66). Zuvor waren die Ablehnungen meist politisch (Anarchisten) begründet oder auf die Sittlichkeit bezogen worden. Die Klassifikationen von neuen Krankheiten spielten in der Zunahme von medizinischen Ablehnungsbegründungen eine wesentliche Rolle (vgl. Anm. 2).

Das Zusammenwirken von Medizin, Politik und Verwaltung in der Immigrationspolitik

Die Ausweisung der Immigrantinnen Rebecca Gerbert und Chone Wernik war von den Immigrationsbehörden primär mit deren Gesundheitszustand begründet worden. Die medizinischen Kategorien waren jedoch mit ökonomischen verknüpft: weil die Frauen Krankheitsträgerinnen waren und zudem in den Augen der Inspektoren »physische Defekte« hatten, drohten sie eine ökonomische Bürde für den Staat zu werden. Zudem stand die Schwangerschaft eines solchen »undesirable type« mit physischen Defekten in krassem Gegensatz zu (rassisch und kulturell) gedachten Reinheitsvorstellungen über die ideale Nation und deren Bewohner. Am Fall Wernik wurde deutlich, inwiefern der Frau im Kontext der Reinerhaltung des Staatskörpers eine wichtige Rolle zuteil wurde, stellte sie doch das offensichtliche Symbol der Fruchtbarkeit dar und war für die Produktion eines gesunden Nachwuchses verantwortlich. In den Argumentationen verschränkten sich Kategorien von Geschlecht, Rasse und Klasse in komplexer Weise.³ Die negative Erscheinung – »Kleinwüchsigkeit«, »abstoßende Erscheinung« – spielte ebenfalls eine Rolle im Entscheidungsprozess. Somit vermischten sich physisch-medizinische Kategorien mit ökonomisch-sozialen. Das medizinische Urteil der Ärzte über die Zulassung der ImmigrantInnen war nicht ganz unerheblich. Nicht nur beinhalteten die medizinischen Gutachten Beurteilungen über die körperliche Konstitution und die Gesundheit der ImmigrantInnen, sondern umfassten auch ökonomische Zielvorstellungen über deren Erwerbsfähigkeit.

Die medizinische Inspektion an den jeweiligen Immigrationsstationen war die erste direkte Begegnung der ImmigrantInnen mit den amerikanischen Behörden. Während sie die Treppen mit dem Gepäck in der Hand bestiegen, wurden alle Ankommenden in der »line inspection« von einem Arzt des U.S. Marine Hospital Service genau beobachtet. Der erste »medizinische Blick« rasterte die Neuankömmlinge nach Symptomen von physischem Stress ab. Anschließend wurden Hände, Augen und Hals genau untersucht. Gewisse Gesichtsausdrücke zeigten nach Meinung der Ärzte mentale Krankheiten und »Mängel« (Kraut 1997, Yans-McLaughlin 1997). Darin war die Vorstellung enthalten, dass sich Krankheiten direkt in den Körper einschreiben. Die medizinischen Untersuchungen, bei denen auf-

grund des unmittelbaren medizinischen Blickes eine erste Entscheidung über Gesundheit und Krankheit gefällt wurde, bezogen sich unmittelbar auf ethnische, soziale und ökonomische Wahrnehmungen. Diese waren immer auch beeinflusst durch Kategorien wie Klasse, Rasse und Geschlecht (Fairchild 1997). Die Ärzte setzten somit, als erste Beurteilungsinstanz innerhalb des gesamten Immigrationsprozesses, den Maßstab für das normative, »reine« Körperbild. Sie stärkten damit nicht nur ihre wissenschaftliche Autorität, sondern hatten durch ihre symbolischen Zuschreibungen des Körpers auch Einfluss auf die Konstruktion kollektiver Identitäten. Die Medizin war maßgeblich beteiligt an der symbolischen Zuschreibung und der Konstruktion des Bildes eines defekten und kranken Körpers als einer Gefährdung für den Staatskörper.⁴ Am folgenden Beispiel der »poor physique« wird zudem die Verschränkung von Medizin, Verwaltung und Politik erkennbar.

»Poor physique«: die Konstruktion einer Bedrohung

Innerhalb des medizinischen Immigrationsdiskurses nahm der Begriff der »poor physique« (mangelhafte Konstitution/minderwertiger Körperbau) eine immer wichtigere Bedeutung als Kriterium der Zulassung oder Abweisung ein. Die Debatte, die zwischen 1905-07 besonders eingehend geführt wurde, floss in die Richtlinien zur medizinischen Inspektion ein und hatte unmittelbare Folgen für die Einwandernden. Dieser Punkt ist umso wichtiger, als ein ganzer Machtapparat an der Legitimation und Durchsetzung der Immigrationspolitik beteiligt war. Diese Debatte macht den Zusammenhang von Medizin und Wissenschaften, Politik und Immigrationsverwaltung besonders deutlich. Beteiligt waren unter anderem Personen aus den Immigrationsbehörden, Ärzte, Wissenschaftler und Politiker. Die Debatte kreiste zunächst um die Frage, was überhaupt unter dieser Definition verstanden werden sollte, welche Konsequenzen dies für die Aufnahme bzw. Abweisung der betroffenen Immigranten habe und wie diese Definition für die medizinischen Untersuchungen an den unterschiedlichen Immigrationsstationen vereinheitlicht werden könne. Da es sich keineswegs um einen klar definierbaren medizinischen Begriff handelte, musste dieser zunächst mit Inhalt gefüllt werden.

Die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten wurden in den verschiedenen Voten ersichtlich. Für Robert de Ward ging es in erster Linie um konkrete Vorschläge für eine verschärfte Immigrationsregelung. Als Begründer der »Immigration Restriction League«, Professor an der Harvard University und auch Mitglied des »Committee on Immigration and Naturalization« im Repräsentantenhaus hatte er in der Immigrationspolitik des Landes einen nicht unwesentlichen Einfluss. In einem persönlichen

Brief vom April 1905 an den Assistant Secretary des Department of Commerce and Labor drückte er sein Einverständnis über die Abwehr von Fremden auf Grund der »*poor physique*« aus. Mit eindringlicher Stimme forderte er:

»It has, for some time, seemed to me that the most important step which we can possibly take in the matter of further selection of immigration is to exclude persons of low vitality and poor physique, for in such persons lies the greatest danger to the health and strength of our future American stock.« (RG 85: NA)

Für die Ärzte spielten verschiedene Aspekte in die Debatte hinein. Einerseits waren sie als Spezialisten gefragt, die Kategorie der »*poor physique*« anwendungspraktisch auf die medizinischen Untersuchungen hin zu definieren, um eine vereinheitlichte Untersuchung an allen Immigrationsstationen zu ermöglichen. Andererseits sind Ärzte in ihren medizinischen Untersuchungen und Haltungen ebenso offen für subjektive Wahrnehmungen und Meinungen. Deutlich wurde dies im Brief des Arztes Dr. J. W. Schereschewsky, den er an den Commissioner of Immigration in Baltimore schrieb:

»A certificate of this nature [poor physique] implies that the alien concerned is afflicted with a body but illy adapted not only to the work necessary to earn his bread, but is also poorly able to withstand the onslaught of disease. It means that he is undersized, poorly developed, with feeble heart action, arteries below the standard size, that he is physically degenerate, and as such, not only unlikely to become a desirable citizen, but also very likely to transmit his undesirable qualities to his offspring, should he, unfortunately for the country in which he is domiciled, have any. I deem it proper to add, as my personal opinion, that of all causes for rejection, outside of those for dangerous contagious or loathsome diseases, or for mental disease, that of »Poor Physique« should receive the most weight, for, in admitting such aliens, not only do we increase the number of public charges by their inability to gain their bread through their physical ineptitude and their low resistance to disease, but we admit likewise progenitors to this country whose offspring will reproduce, often in an exaggerated degree, the physical degeneracy of their parents.« (RG 85: NA)

Deutlich wird in diesen Aussagen die Vorstellung eines imaginierten, »reinen« Körpers, der spezifische Standardgrößen und konkrete Eigenschaften besitzt. An dieser imaginären Norm wurden die individuellen ImmigrantInnen gemessen und in der Folge zu wünschens- bzw. nicht-

wünschenswerten zukünftigen BürgerInnen des Landes deklariert. Die körperlichen Differenzen – »undersized«, »poorly developed«, »feeble heart action«, »arteries below standard size« – wurden als Grenzmarke konstituiert. »Wünschenswerte Bürger« sollten möglichst keine physischen Defekte besitzen. Die Attribute »undersized«, »poorly developed«, »standard size« ließen zudem viel Interpretationsspielraum, da sie relative und vage Kategorien darstellten. Die vermeintliche wissenschaftliche Verhandlung von Krankheiten und defekten Körpern wechselte hier erkennbar in einen *sozialen Kommentar* über die Gefahren für die Reinheit des Staatskörpers über. Einzelne Vertreter aus Wissenschaften und Politik sahen somit die ImmigrantInnen in spezifischer Weise als »Verunreinigung«. Die symbolische Gefährdung – verkörpert in der »poor physique« der ImmigrantInnen – galt zugleich als politische Gefährdung, stellte sie doch die »*physische*« Reinheit des Staates gerade auch für die Zukunft in Frage. Erkennbar sind in diesen Argumentationsmustern auch eugenische Vorstellungen von der »*biologischen Regulierbarkeit zum Wohle eines gesunden Staatskörpers*« (Kevles 1985). Darin spiegelte sich die Vorstellung, dass defekte und pathogene individuelle Körper den sozialen Körper infizierten und verunreinigten. Die Gesundheit stellte damit ein Kontinuum von persönlichem und nationalem Wohl dar, das durch Regulierungen an der Grenze geschützt werden musste. Deutlich wird an diesem Beispiel auch, dass zwischen dem sozialen und dem individuellen Körper ein ständiger Austausch von Bedeutungsinhalten stattfinden kann, wobei sich die Kategorien wechselseitig verstärken (Douglas 1988).

Die Rhetorik von de Ward und Schereschewsky widerspiegelten die Argumentationen um die Immigrationsrestriktionen der 1910/20er Jahre. Es handelte sich dabei um einen breit gefächerten Interdiskurs in Wissenschaften, Politik, Verwaltung und Medien, der verschiedene gesellschaftliche und institutionelle Bereiche erfasste. Die »*immigration peril*« war darin ein weit verbreitetes Argumentationsmuster, das ebenfalls für symbolische Besetzungen offen war.

»The Immigration Peril« im Populärdiskurs: ein Plädoyer für Immigrationsrestriktionen

Die sich wandelnde Haltung in der amerikanischen Politik von einer liberalen hin zu einer stärker selektionierenden Praxis muss nicht rein zahlenmäßig, sondern auch im Kontext der neuen ethnischen Zusammensetzung bei den ankommenden ImmigrantInnen gesehen werden (Higham 1972). Am Ende des 19. Jahrhunderts hatte eine Verlagerung der Herkunftsgebiete der ankommenden ImmigrantInnen stattgefunden: waren 1870 noch 82 %

aus dem Nord-Westen Europas und aus Deutschland in die USA gekommen, stammte zwischen 1890 und 1900 der Großteil der Einwanderer aus Zentral- und Südosteuropa. Vor dem I. Weltkrieg machte diese Gruppe der so genannten *new immigrants* die Mehrheit aus (Daniels 1991).

Vor allem die Zeitgenossen unterschieden zwischen »old« und »new immigrants«: sie wurden nicht nur als andere »race« innerhalb einer klassifizierenden Hierarchie (Jacobson 1998), sondern auch in ihrer »kulturellen Differenz« und der unterschiedlichen Religion gedacht und wahrgenommen. Noch in den 1970er Jahren wurde die so genannte »new immigration« als »Albtraum des amerikanischen sozialen Denkens« betrachtet, was in der Vorstellung zeitgenössischer Theoretiker und Publizisten Negativ-Konstruktionen und Bedrohungen evozierte (Grillo 1998). Besonders deutlich wurde die Bedrohungssemantik in Populärzeitschriften. In einer mehrteiligen Artikelserie warnte Gino Speranza, ein Mitglied der New Yorker Anwaltskammer und der Kommission für Immigration in New York, unter dem Titel »The Immigration Peril« (1923) vor den vielfältigen Gefahren der Immigration: sie untergrabe die amerikanische Demokratie, das Justiz- und Schulsystem und die Literatur. Geleitet von der Frage »Shall the Aliens be Allowed to ›Alienize‹ America?«, befürchtete Speranza, dass die neuen Immigranten durch ihre »Massenaggressivität« Amerika dazu zwingen würden, fremde Ideale zu akzeptieren und sich in eine »mongrelized civilization« (»bastardisierte Zivilisation«) zu verwandeln. In einer dichotomischen Darstellung stellte er den »national genius« und die »reine Rasse« der aus Nordeuropa stammenden Anglo-Sachsen den »gefährlichen« Fremden gegenüber. Als besonders bedrohlich inszenierte der Autor die seiner Meinung nach zahlenmässige *Überfremdung*:

»(...) when, by the sheer weight of numbers, these peoples bear down too heavily with their alienage upon the structure of the democracy, they become a distinctly de-nationalizing element within the Republic. It does mean that when, by combining and solidifying their unlikenesses and divergences from the American civilization, they attempt to impose their dissentient social and political ideas, ideals, and habits, they become a distinctly de-nationalizing element within the Republic. They are then a political and cultural disturbing factor akin to those racial minorities which have threatened, and today still threaten, the life and peace of some of the States of Europe« (Speranza 1923).

Speranza fächerte die »*Überfremdungsgefahr*« in verschiedene Bedrohungsszenarien auf: kulturell, politisch demographisch und rassistisch. Die den ganzen Text durchziehenden symbolisch aufgeladenen Begriffe und Bilder zeugen zudem von den Homogenisierungs- und Reinheitvorstellungen

der eigenen Nation, wie sie in dieser Zeit in vielen wissenschaftlichen und Populärtexten verbreitet wurden. »Pure race«, »America as a virgin«, »race invasion«, »the Nation's homogeneity« lauteten Schlagworte der Zeit.⁵ Speranza folgerte daraus, dass je größer die Einwanderung sei, desto schwieriger würde ihre Absorption und deren Akzeptanz amerikanischer Ideale. Als Negativbeispiele wurden Juden, Iren, Polen, aber auch Schwarze oder Französisch-Amerikaner aufgeführt. Sein Plädoyer bestand im Bestreben »to keep America as it was, and, as I pray with all my mind and heart, it may ever be«.

»Invading Bodies« oder der Traum vom reinen Staatskörper

Begriffe wie »race invasion« spielten dank ihrer bildhaften Qualität in der Entwicklung von individuellen und kollektiven Subjektivitäten eine wesentliche Rolle. In ihrer Funktion der Integration und Identifikation entwickeln sich Symbole zu konstitutiven Faktoren bei der Formation nationaler Identitäten. Nationale Stereotypen konstituieren sich im Zusammenspiel einer breiten Palette von Symbolen und Charaktereigenschaften, an denen sich die Individuen einer nationalen Gemeinschaft leicht orientieren bzw. von denen sie sich als imaginierte Gemeinschaft abgrenzen können (Gerhard 1998). Darin ist der Prozess der Distinktion wichtig. Speranza evozierte Bilder wie »Unordnung« und »Überschwemmung«, verursacht durch »hordes from all kinds of races«. Im Prozess der »invasion« der ImmigrantInnen in die USA geschah eine Metamorphose: die territorialisierenden Metaphern von Identität – Wurzeln, Erde – wurden von »race invasions« im wörtlichen Sinne »überflutet« (Malkki 1997). Bei Speranza wurden spezifische Zusammenhänge zu Bildern von ImmigrantInnen hergestellt, welche mit »Unordnung« und »Verunreinigung« konnotiert waren: Horden und deren Invasionen, denen kein Einhalt zu gebieten ist (als »Flut«- Metaphorik) und fremde Rassen, Kulturen, welche die Nation verunreinigen (»Verunreinigungs«- Metaphorik). Entscheidend an dieser Metaphorik ist, dass sie unsere diskursiven Systeme durchdringt und strukturiert, diese reduziert, limitiert und die Wahrnehmung auf wenige kulturell relevante – und in diesem Fall bedrohliche Aspekte von Immigration – beschränken kann. Wichtigster Aspekt ist jedoch, dass eine solche Metaphorik auch *emotionale Ressourcen* aktiviert. Mit Bildern von »Un-Reinheit« und »Unordnung« wurde ein breites Bedrohungsszenario evoziert, und die sich daraus ergebende logische Schlussfolgerung präsentiert: der »reine« Staatskörper musste vor den »verunreinigenden« Körpern der ImmigrantInnen geschützt werden.

Was die Ethnologin Liisa H. Malkki für Flüchtlinge formulierte, gilt

– mit Einschränkung – auch für ImmigrantInnen:⁶ Gerade weil sich Flüchtlinge in einem Zwischenzustand – einem Status der *Liminalität* – befinden, gelten diese nicht mehr und noch nicht in selbstverständlicher Weise als BürgerInnen, und damit als RepräsentantInnen einer spezifischen lokalen Kultur. Sie haben durch ihren transitorischen Zustand eine Art vorgestellte kulturelle Autorität eingebüßt, mit der sie für »ihre Art« oder für ein vorgestelltes »Ganzes« eintreten. Transitorische Wesen (*transitional beings*) können sozial besonders »verunreinigend« wirken. Sie sind weder das eine noch das andere, weder hier noch dort – sozusagen »betwixt and between« aller anerkannten Raum-Zeit Fixpunkte kultureller Klassifikationen (Turner). ImmigrantInnen und Flüchtlinge, als die spezifisch »Fremden« an den Grenzen, werden als Gefahr wahrgenommen, da sie nationale Grenzlinien verwischen und althergebrachte Unterschiede zwischen Fremdem und Nationalem (Hannah Arendt) herausfordern. Symbolische und politische Gefährdung können in diesem Prozess oft nicht mehr getrennt werden. Dadurch stellen sie eine Bedrohung für die kategoriale Ordnung der Nationen dar, welche oft als *natürlich* – und darin impliziert *legitim* – daherkommen. Dem Körper als unmittelbarstem Träger individueller Identität und potenziellstem Träger von Krankheiten kommt im Prozess der symbolischen Zuschreibung innerhalb der diskursiven Konstruktion kollektiver Identitäten eine zentrale Rolle zu.

Die imaginierte, abstrakt erscheinende Bedrohung, die von der »race invasion« und der »immigration peril« ausging, wurde an der Grenze anhand der defekten »invading bodies« der ImmigrantInnen physisch greifbar. Neben der biologischen Dimension von Krankheiten spielte hier eine zweite Ebene hinein: nämlich die Sorge um die Verunreinigung eines rein gedachten Staatskörpers von gesunden, körperlich unversehrten BürgerInnen. Die Vorstellung, dass sich der kranke und defekte Körper der ImmigrantInnen, verunreinigend in den Staatskörper einschreiben könnte, beschäftigte Leute aus Verwaltung, Medizin und Politik. Aber wenn Speranza sich ein Land erträumte, das ehemals unbefleckt wie eine Jungfrau und national homogen war, so konstruierte er mit Hilfe von symbolisch aufgeladenen Bildern eine imaginierte Welt, die wenig mit der amerikanischen Realität seiner Zeit und der Vergangenheit zu tun hatte.

Bekannt ist mittlerweile in der Forschung, dass die medizinischen Untersuchungen an den verschiedenen Immigrationsstationen, wie sie ab 1891 durchgeführt wurden, eine Wechselbeziehung von Medizin, Politik und Verwaltung aufzeigen: neue Krankheiten wurden als Bedrohung für das nationale Wohl definiert und gleichzeitig die eigene wissenschaftliche Autorität in diesem Prozess gestärkt. Die Geschichte der medizinischen Immigrationsinspektion findet somit einerseits an der Schnittstelle zwischen der sozialen Konstruktion von Krankheiten wie auch Körperbildern

und der professionellen Verhandlung von wissenschaftlicher Autorität im Kontext der Immigration statt; andererseits hatte sie reale Konsequenzen für die betroffenen ImmigrantInnen (Fairchild 1997). Nicht nur auf sprachlicher Ebene, sondern gerade auch in der Praxis durch Stigmatisierung und Ausschlussmechanismen.

Für Hinweise und Kritik danke ich Alexandra Binnenkade und Elisabeth Strasser.

Anmerkungen

- 1 Damit soll keineswegs die *Materialität* des Körpers bestritten werden, sondern meine Absicht ist, in Ansätzen die symbolischen, sprachlichen, imaginären und normativen Bedingungen aufzuzeigen, unter denen Vorstellungen vom Körper entstehen.
- 2 Auch bekannt als Kategorie »Class A«, welche Trachom, Favus, Geschlechtskrankheiten, Parasiten, Tuberkulose beinhaltete. Eine Untergruppe der »Class A« beinhaltete zudem »mentale« Zustände: Geisteskrankheit (insanity), Schwachsinn (feeble-mindedness), Idiotie (idiocy), Epilepsie, usw. Dies ist zu unterscheiden von »Class B«: Krankheiten oder Zustände, welche die betroffene Person nach Meinung der Behörden zu einem »Sozialfall« (»likely to become public charge« bzw. »diseases affecting ability to earn a living«, Fairchild 1997: 3f.) machen konnten. Diese Kategorien unterlagen Veränderungen – parallel zu neuen Erkenntnissen in der Medizin und gesellschaftlich sich verändernden Diskursen.
- 3 Konkrete Beispiele dafür liefern Bederman 1995 und auch Fairchild 1997.
- 4 Die Ärzte des Public Health Service (PHS) waren für die medizinischen Untersuchungen zuständig, während der Immigration Service (IS) in Washington D. C. den endgültigen Entscheid über die Zulassung der ImmigrantInnen traf. Der IS vertrat aus verschiedenen Gründen eine weniger restriktive Haltung, wodurch nicht alle von der PHS aus medizinischen Gründen zur Ablehnung vorgeschlagenen ImmigrantInnen letztlich abgewiesen wurden. In einer ausführlicheren Untersuchung müssten diese verschiedenen Standpunkte miteinbezogen werden, was automatisch zu einer komplexeren Darstellung des historischen Sachverhaltes führen würde. Dies würde zudem verdeutlichen, dass in jeder heterogenen Gesellschaft eine *Dissonanz* von Diskursen vorherrscht, die sich in der Vielfalt der verschiedenen sprachlichen Formationen von Berufen, Klassen, ethnischen Gruppen, Geschlechtern usw. reproduzieren, sich gegenseitig konkurrenzieren und widersprechen können (Smith-Rosenberg 1994).
- 5 Ein bekanntes Beispiel hierfür war Madison Grant: *The Passing of the Great Race* (1916). Weitere Beispiele sind bei Jacobson 1998, Higham 1972 zu finden.
- 6 Der Unterschied zwischen Flüchtlingen und »freiwilligen« ImmigrantInnen sollte bei diesen Ueberlegungen nicht gänzlich verwischt werden. Während Flüchtlinge auf Grund von Verfolgung, Gewalt u. a. immer »unfreiwillig« ihr Land verlassen, kommen ImmigrantInnen oftmals »freiwillig« in ein Land – häufig in der Hoffnung auf ökonomischen Aufstieg. Jedoch vermischen sich in diesem Prozess Unfreiwilligkeit und Freiwilligkeit oft (z. B. Armut als Migrationsgrund). Beide Migrationsgruppen teilen jedoch die Erfahrung der »Inspektion« an der Grenze.

Bibliographie

Quellen:

- National Archives (NA), Washington, D.C.: RG 85 Accn 60A600, Box 459, file 53475/497: personal file »Rebecca Gerbert«
- National Archives (NA), Washington, D.C.: RG 85 Accn 60A600, Box 459, file 53475/518: personal file »Chone Wernik«
- National Archives (NA), Washington, D.C.: RG 85 Entry 9, Box 30, file 51490/19: »poor physique«, 1906-1907
- Speranza, G.: The Immigration Peril I-VI, in: *The World's Work*, November 1923-April 1924.

Sekundärliteratur:

- Bedermann, G.: *Manliness and Civilization. A Cultural History of Gender and Race in the United States, 1880-1917*. University of Chicago Press Chicago 1995.
- Boris, E.: *Citizenship Embodied. Racialized Gender and the Construction of Nationhood in the United States*, in: N. Finzsch/D. Schirmer (Hg.): *Identity and Intolerance. Nationalism, Racism, and Xenophobia in Germany and the United States*. Harvard University Press Cambridge 1998, 313-330.
- Daniels, R.: *Coming to America. A History of Immigration and Ethnicity in American Life*. Harper Collins New York 1991.
- Douglas, M.: *Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu*. Fischer Frankfurt/M. 1988.
- Fairchild, A. L.: *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Defense of the Nation, 1891-1930*. Unpublished Ph.D., Columbia University 1997.
- Gerhard, U.: *The Discursive Construction of National Stereotypes. Collective Imagination and Racist Concepts in Germany before World War I*, in: N. Finzsch/D. Schirmer (Hg.): *Identity and Intolerance. Nationalism, Racism, and Xenophobia in Germany and the United States*. Harvard University Press Cambridge 1998, 71-96.
- Goltermann, S.: *Verletzte Körper oder »Building National Bodies«. Kriegsheimkehrer, »Krankheit« und Psychiatrie in der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft, 1945-1955*, in: *Werkstatt Geschichte* 24 (2000), 83-98.
- Gourevitch, P.: *We wish to inform you that tomorrow we will be killed with our families. Stories from Rwanda*. Picador New York 1998.
- Grillo, R.D.: *»Nation of Many Nations«? The United States and Immigration, 1880-1930*, in: ders.: *Pluralism and the Politics of Difference. State, Culture, and Ethnicity in Comparative Perspective*, Clarendon Press Oxford Oxford 1998.
- Higham, J.: *Strangers in the Land. Patterns of American Nativism 1860-1925*, Atheneum New York 1972.
- Jacobson, M. F.: *Whiteness of a Different Color. European Immigrants and the Alchemy of Race*. Harvard University Press Cambridge 1998.
- Kevles, D.: *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. University of California Press Berkeley 1985.
- Kraut, A. M.: *Silent Travellers. Germs, Genes, and the »Immigrant Menace«*. Harper Collins New York 1994.
- Malkki, L. H.: *Purity and Exile. Violence, Memory, and National Cosmology among Hutu Refugees in Tanzania*. University of Chicago Press Chicago/London 1995.

- Sarasin, P.: Mapping the body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und »Erfahrung«, in: Historische Anthropologie. Kultur. Gesellschaft. Alltag. Jg. 7, Heft 3 (1999), 437-451.
- Smith-Rosenberg, C.: Körper-Politik oder der Körper als Politikum, in: C. Konrad/M. Kessel (Hg.): Geschichte schreiben in der Postmoderne. Beiträge zur aktuellen Diskussion. Reclam Stuttgart 1994, 310-350.
- Turner, V.: Vom Ritual zum Theater. Der Ernst des menschlichen Spiels. Edition Qumran Frankfurt/M. 1989.
- Yans-McLaughlin V./Lightman M.: Ellis Island and the Peopling of America. The Official Guide. New Press New York 1997.

»In großer Sorge um die seelische Gesundheit des Volkes«

Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen in der schweizerischen Psychiatrie der Dreißiger Jahre

■
Hans Jakob Ritter

Zusammenfassung

Dieser Aufsatz thematisiert an zwei Beispielen, wie in der schweizerischen Psychiatrie der Dreißigerjahre Hygienevorstellungen Maßnahmen des Ausschlusses und der Integration begründeten. Aus- und Einschluss, Integration und Ausgrenzung kann man als gesellschaftliche Mechanismen des Ordnen verstehen, bei welchen die Definition und Wahrnehmung dessen, was gesund ist oder krank macht, rein ist oder gefährdet, eine Rolle spielt.

»Wenn wir gegen den Schmutz ankämpfen, [...] treibt uns nicht die Sorge, dass wir andernfalls krank werden, sondern wir verleihen unserer Umgebung dadurch, dass wir sie unseren Vorstellungen angleichen, eine neue positive Ordnung« (Douglas 1988), heißt es auf dem Cover des Suhrkampfbändchens »Reinheit und Gefährdung« von Mary Douglas. Die Anthropologin befragt in ihren Studien Hygienevorstellungen nach den ihnen zugrunde liegenden Ordnungsvorstellungen. In diesem Aufsatz möchte ich die Hygienevorstellungen der schweizerischen Psychiatrie der Dreißigerjahre als Vorstellungen gesellschaftlicher Ordnung thematisieren und zeigen, wie die Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen der Erb- wie auch der Psychohygiene Maßnahmen der Integration und Ausgrenzung beeinflussten.

Eugenische Vorstellungen als Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen

Rassenhygiene oder Eugenik meint die »Ausmerzungen von erbkranken Nachwuchs« und die Förderung von »erbgesundem Nachwuchs« zur Förderung der Gesundheit des Volkskörpers. Die Psychiatrie ist hingegen die Wissenschaft von den Krankheiten der Psyche und ihrer Behandlung. Es mag erstaunen, dass gerade in der Psychiatrie die Eugenik breiten Anklang fand und schweizer wie andere europäische und amerikanische Psychiater

in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eugenische Maßnahmen klar befürworteten. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich auf der Grundlage der darwinistischen Evolutionstheorie eine moderne Eugenik entwickelt, die sich als Erb- und Sozialhygiene des Menschen verstand. Über die Regelung der Fortpflanzung, so war man der Ansicht, ließe sich der Erbstrom eines Volkes regulieren und die Volksgesundheit heben. Tatsächliche oder vermeintliche soziale Probleme, die als Gefährdungen wahrgenommen wurden, wollten Eugeniker biologisch erklären und mit wissenschaftlich gesicherten Methoden lösen. In ihrer Studie zu den Anfängen der modernen Geburtenkontrolle beschreibt Anna Bergmann die rassenhygienische und eugenische Weltanschauung in ihrem Doppelcharakter als säkularisierte Theologie und exakte Naturwissenschaft: »Das rassenhygienische Projekt verhiess einen vollendeten Glückszustand durch die permanente ›Fortpflanzung‹ eines reinen, d. h. vom Logos geschaffenen, ewigen Lebens in Gestalt der Rasse.« (Bergmann 1992, S. 91)

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Überlegungen und Vorstellungen der Eugeniker auch in einem doppelten Sinn vom Wunsch nach einer reinen Gesellschaft beseelt. Ziel und Utopie der Eugenik war eine *reine*, erbgesunde Gesellschaft, die auf einer *reinen* rationalen Ordnung beruhte, die den Zugriff auf das Leben und die Kontrolle der Fortpflanzung rationell regeln sollte.

Theoretische Grundlage der Adaption eugenischer Vorstellungen in der Psychiatrie war die Degenerationslehre: Der französische Psychiater Augustin B. Morel hatte im 19. Jahrhundert den Begriff der Degeneration folgendermaßen definiert: »Die Degenerationen sind krankhafte Abweichungen vom normalen menschlichen Typ, sind erblich übertragbar und entwickeln sich progressiv bis zum Untergang.« (zit. nach Ackerknecht 1967, S. 54) Die Geisteskrankheiten waren dabei die wichtigsten degenerativen Krankheiten, die in der Vererbung eine gemeinsame Ursache und ein gemeinsames Gefährdungspotenzial hatten. Die Degenerationshypothese wurde in der Psychiatrie theoretisches Rüstzeug und wurde von einer zuerst individuellen Anwendung später vermehrt auch auf ganze Kollektive übertragen (Roelcke 1999). Psychiater begannen die Ursache von Geisteskrankheiten vermehrt in der Vererbung zu suchen, und der Wahrnehmung von Psychiatrie und Eugenik wurde gemeinsam, dass in der Vererbung ein Gefährdungspotenzial für die Gesundheit lag.

Demgegenüber versprach die Eugenik Abhilfe und bot mit ihren Anliegen Anschluss für sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Psychiatrie. Auf der anderen Seite konnte die Psychiatrie eugenische Forderungen alimentieren, indem sie als aufstrebende naturwissenschaftliche Disziplin die medizinisch-wissenschaftliche Legitimation für eugenische Forderungen bereitzustellen versprach.

August Forel, Begründer der modernen schweizerischen Psychiatrie, forderte so zum Beispiel in seinem populärwissenschaftlichen Werk »Hygiene der Nerven und des Geistes« von 1912 unter anderen Postulaten »öffentliche oder soziale Nervenhygiene« eine Beschäftigung der Wissenschaft mit eugenischen Fragen.

»Eine intensive Vertiefung des Studiums der menschlichen Zeugungsfrage in Verbindung mit einer rationellen (nicht auf Verminderung, sondern auf qualitative Verbesserung der Rasse gerichteten) Eugenik ist anzustreben.« (zitiert nach der 7. Aufl. Forel 1922, S. 344)

In dieser Forderung nach einer wissenschaftlich begründeten Eugenik als Bestandteil der »Hygiene der Nerven und des Geistes« wurde zwischen Theorie und Praxis unterschieden und die Eugenik als Maßnahmenpaket zur Optimierung eines kollektiven Volkskörpers bestimmt, während die Erb- und Sexualwissenschaft das Studium der Zeugungsfrage zum Gegenstand haben sollte. Geistige Gesundheit und Hygiene als Gegenstandsbereich einer modernen Psychiatrie wurden damit als ein in der Vererbung determiniertes kollektives Potenzial bestimmt, das weniger bewahrt denn durch qualitative Bevölkerungspolitik gesteigert werden sollte, und im Potenzial der so bestimmten Gesundheit schwang die Bedeutung einer reinen und erbgesunden Gesellschaft mit. Wie eugenische Vorstellungen in der Psychiatrie der Dreißigerjahre zu konkreten Ausschlüssen führen konnten, zeigt der Fall des ehemaligen Psychatriepatienten und späteren Ehekkandidaten Julius Z.¹ aus dem Basel der Dreißigerjahre.

Der Fall Julius Z.: eine »triste« soziale Prognose

Der bevormundete Julius Z. wurde in den frühen Dreißigerjahren von einem Detektiv in die »Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt« in Basel verbracht, da er einen Suizidversuch unternommen hatte. In einem Konflikt mit seiner Partnerin hatte er diese mit einem Gewehr bedroht, worauf sie ihn verlassen und mit einer Anzeige gedroht hatte, was Julius Z., wie er angab, zu einem Selbsttötungsversuch veranlasst hatte. Der Aufnahmebogen vermerkte zu seinem Krankheitszustand: »reaktive Depression bei debilem Psychopathen« und hielt in der Rubrik Krankheitsdauer fest: »Depression einige Tage, Debil. und Psychopathie angeboren«. Allerdings konnte Julius Z. die Klinik bald wieder verlassen. Die Ärzte prognostizierten dem entlassenen Patienten ein unstetes Leben:

»Die soziale Prognose darf als recht triste bezeichnet werden. Der Bursche wird wohl zwischen Irrenanstalten, Gefängnissen, Landstraße etc. noch recht oft hin und her pendeln, wenn er nicht unter dem

Einfluss eines Verzweiflungsausbruches oder eines sonstigen starken Affektes wieder zu der impulsiven Primitivhandlung eines Suizids greifen wird. Eine Charakternachreifung und nachträglich sich entwickelnde soziale Anpassungsfähigkeit kommt, wenn man die Vorgeschichte und den derzeitigen Zustand berücksichtigt, kaum noch in Betracht.«

Entgegen dieser Prognose stabilisierten sich seine Verhältnisse aber. Mit seiner Partnerin hatte er sich wieder versöhnt und lebte mit ihr und einem gemeinsamen Kind zusammen. Als seine Partnerin ein zweites Mal schwanger wurde, wollten sie heiraten. Julius Z. gelangte zur Abklärung und Begutachtung seiner Ehefähigkeit an die Psychiatrische Poliklinik Basel. Denn wegen seines ehemaligen Klinikaufenthalts galt er als geisteskrank und vor dem Gesetz als urteilsunfähig. Das Eidgenössische Zivilgesetzbuch von 1912 verlangte die Urteilsfähigkeit der Ehe Kandidaten, und Geistesranke galten als »in keinem Fall ehefähig« (vgl. Goepfert 1998, 1999). Das »Eheverbot für Geistesranke« war aus eugenischen Gründen in das Zivilgesetzbuch aufgenommen worden. Auch die Standesorganisation der schweizerischen Psychiatrie, die Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie (SGP), hatte an der Vernehmlassung des Eheverbotsartikels teilgenommen und eugenische Postulate durchgesetzt, wie der Berner Sozialhygieniker Stavros Zuruzoglu in der Einleitung zum Buch »Verhütung erbkranken Nachwuchses« stolz vermerkte. Der bekannte Kommentator des Rechtsgelehrten August Egger hielt zum Eheverbot für Geistesranke denn auch fest: »Für zahlreiche Geisteskrankheiten erscheint die Vererbung als die wichtigste, ja alleinige Ursache und ihr Auftreten in der jungen Generation trifft die Familie, insbesondere im späteren Leben die Kinder selbst aufs schwerste. Sie läuft auch den öffentlichen Interessen zuwider.« (zit. nach Zuruzoglu 1937, S. 37)

Auf institutionell-gesetzlicher Ebene, auf der Ebene normativer Handlungsanweisungen, hatte sich mit dem Eheverbot für Geistesranke in der Schweiz eine wichtige Forderung der eugenischen Bewegung durchgesetzt (Keller 1995), die von schweizerischen Psychiatern mitgetragen wurde. Durch die vermutete Gefahr, seine Geisteskrankheit in der Ehe weitervererben zu können, widersprach das Eheanliegen von Julius Z. den öffentlichen Interessen des Zivilgesetzes im Sinne des Kommentars von Egger. Das Gutachten, das aus Anlass der Aufhebung der Vormundschaft von Julius Z. von der Psychiatrischen Poliklinik erstellt wurde und woraus ich die Beurteilung der Ehefähigkeit herausgreife, zeigt eine lange Auseinandersetzung von Julius Z. mit der Psychiatrischen Poliklinik um die Bestätigung seiner geistigen Gesundheit und Urteilsfähigkeit.² Es bezog sich denn gleich zu Beginn auf die Anamnese der »Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt«,

wenn es festhielt: »Julius Z. stammt aus einer erblich mit Trunksucht und wahrscheinlich auch Schwachsinn belasteten Familie.«

Die gefährdete seelische Gesundheit Volkes:
der Ehekandidat Julius Z.

Der begutachtende Arzt an der Psychiatrischen Poliklinik versuchte dem eugenischen Zweck des »Eheverbots für Geisteskranke« auf besondere Weise Nachdruck zu verschaffen, als er die Ehefähigkeit von Julius Z. nur dann bestätigten wollte, wenn Julius Z. oder seine Partnerin nach der Geburt ihres zweiten Kindes die Einwilligung in eine Sterilisation geben würden. Das Gutachten begründete den Druckversuch folgendermaßen:

»Ich erlaube mir bei dieser Gelegenheit die Bemerkung, dass die Wahrung des eugenischen Standpunktes von der Psychiatrie ja nur in der großen Sorge um die seelische Gesundheit des gesamten Volkes vertreten, und deshalb immer von ihr eine bessere gesetzliche Verankerung eugenischer Erkenntnisse angestrebt wird.«

Das Eheverbot für Geisteskranke stellte zwar eine genügende gesetzliche Grundlage für den Ausschluss von Julius Z. von der Ehe dar. Hingegen genügte der Druckversuch, der eine Einwilligung in eine Sterilisation erzwingen wollte, kaum formaler Rechtsstaatlichkeit. Im Gegensatz zum NS-»Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« in Deutschland, in dessen Folge 400.000 geistig und körperlich Behinderte und Geisteskranke auf gesetzlicher Grundlage zwangssterilisiert wurden, gab es in der Schweiz kein nationales Gesetz, das die Sterilisation regelte. Allerdings existierten neben dem kantonalen Gesetz der Waadt von 1928, das die eugenische Zwangssterilisation auf eine gesetzliche Basis stellte, in den übrigen Kantonen Absprachen zwischen Behörden und Ärzten, wie etwa die Richtlinien der Medizinischen Gesellschaft Basel von 1934, worin die eugenische Indikation zur Sterilisation als zulässig anerkannt wurde. Doch war die Sterilisation an die freiwillige Einwilligung der betroffenen Person gebunden und die Richtlinien verlangten ein spezifisches Gutachten eines Arztes (Wecker 1998). Somit kam es vom Arzt als Vertreter der Psychiatrie, zu einer Auslegung des »Eheverbots für Geisteskranke«, die in einem Graubereich lag und sich nicht an fixen Handlungsvorgaben orientierte.

Der begutachtende Psychiater beschrieb den »eugenischen Standpunkt« genauer: »Wir vertraten nämlich den folgenden Standpunkt: Wenn Expl. nicht einsehe, dass er kaum in der Lage sein werde, seine Frau und mehr als zwei Kinder durchzubringen, (dass mit eigenem Schwachsinn und schwachsinniger Ehepartnerin auch schwachsinniger Nachwuchs zu er-

warten sei) und wenn er sich jeder ärztlichen Belehrung und jeder eugenischen und sozialen Einsicht verschließe, dann fehle es ihm auch an der notwendigen minimalen Urteilsfähigkeit, es fehle ihm am nötigen Verantwortungswillen und Verantwortungsbewusstsein und demnach sei er nicht als ehefähig zu erachten.«

In der erpresserischen Argumentation des Arztes wurde die Einsicht in die Richtigkeit eugenischer Maßnahmen zu einer Frage der geistigen Gesundheit und der intelligiblen Fähigkeiten von Julius Z, die aus der Sicht des Psychiaters allerdings zweifelhaft erschienen. Grundsätzlich stellte das Gutachten in Frage, ob von »einem primitiven Menschen wie Julius Z. Verständnis und Einsicht in eugenische Fragen erwartet oder sogar verlangt werden könne«.

Zugang zur Ehe, Ausschluss von der Fortpflanzung

Das Vorgehen der Psychiatrischen Poliklinik gegenüber Julius Z. stellte keinen Einzelfall dar. Der Druckversuch entsprach einer »Basler Praxis« in der Handhabung des Eheverbotsartikels für Geisteskranke, die der Forensiker und Arzt an der »Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt« Benno Dukor maßgebend beeinflusst hatte. In verschiedenen Schriften zum Eheverbot für Geisteskranke hatte Benno Dukor Gründe aufgeführt, die das Druckmittel der Sterilisation beim Eheverbot bzw. bei der Beurteilung der Ehefähigkeit durch die Psychiatrie rechtfertigten (Goepfert 1997). Vor dem Schweizer Nationalkomitee für geistige Hygiene hielt er zum Beispiel 1941 einen Vortrag zur Frage »Wie kann die Wirkung des schweizerischen Eheverbotes für Urteilsunfähige und Geisteskranke verbessert werden?«. Damit schaltete sich Benno Dukor in eine vom Nationalkomitee für geistige Hygiene initiierte Diskussion zum Thema »wie die Fernhaltung psychisch Defekter von der Ehe zu intensivieren« sei. Die Praxis in Basel diente ihm als Vorbild, statt einer gesetzlichen Regelung der Sterilisationsfrage eine Neuinterpretation des bestehenden Eheverbots für Geisteskranke zu fordern. Schon der Zweck des bestehenden Eheverbots sei erb- und sozialhygienisch und habe den Ausschluss Geisteskranker von der Fortpflanzung zum Ziele, führte er aus. Allerdings werde »der angestrebte sozialhygienische Effekt« des Eheverbotsartikels nur unvollkommen erreicht, denn die »an der Eheschließung Verhinderten haben vielfach die Möglichkeit, im Konkubinat zu leben, und in noch höherem Maße die, sich außerehelich fortzupflanzen. Insbesondere gegen haltlose und amoralische Psychopathen erscheint das Eheverbot ziemlich nutzlos« (Dukor 1941, S. 534). Auch der »eugenische Effekt« von »Maßnahmen der negativen Rassenhygiene« wie der Sterilisation sei gering, da »diese Maßnahmen nur auf die manifest

Erkrankten und nicht auf die nur erblich Belasteten angewendet werden. Sie aber auch auf die nicht manifest kranken bloßen Anlageträger auszuweiten hat bisher noch kein Gesetzgeber gewagt (...) Werden aber nur die an einer erblichen Geisteskrankheit manifest erkrankten von der Fortpflanzung ausgeschlossen, so lässt sich dadurch nur eine minimale Reduktion der Häufigkeit der betreffenden Krankheit in den folgenden Generationen erzielen.« (Dukor 1941, S. 534)

Um den »eugenischen Effekt« von Maßnahmen der negativen Rassenhygiene und den »sozialhygienischen Effekt« des Eheverbotsartikels zu verbinden, schlug Dukor vor, dass »Art. 97 weniger dazu verwendet wird, um Eheschließungen psychisch Defekter als solche zu verhindern, als um die (freiwillige) Sterilisation der psychisch Defekten zu fördern. Es ist das möglich, ohne gegen das bestehende Gesetz zu verstoßen« (Dukor 1941, S. 546).

Im Vorschlag wurde die Freiwilligkeit der Einwilligung in Parenthesen gesetzt, was von den Druckmöglichkeiten zeugt, die im Bereich dieser Interpretation des Eheverbotsartikels lagen. In der Reichweite des unscharfen Begriffs des »psychisch Defekten« lagen – wie im Falle des Ehe-kandidaten Julius Z. – zudem auch Personen, die zwar »erblich belastet«, aber nicht manifest erkrankt waren. Dukor ging es in seinen Ausführungen somit auch um eine Ausweitung des Personenkreises, die zwar steril in die Institution der Ehe aufgenommen, zum Schutz der Volksgesundheit aber von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollten.

Was ist gesetzlich legitimiert? Was ist gesund?

Die Partnerin von Julius Z., das zeigt der weitere Verlauf des Falles von Julius Z., gab infolge des Druckversuchs die Einwilligung in die Sterilisation. Weder sie noch ihr Partner ließen sich aber später sterilisieren, wozu das Gutachten festhielt: »Der Expl. und seine Geliebte wurden auch noch von anderer Seite dahingehend beeinflusst, dass sie sich nicht zu sterilisieren lassen brauchten, »weil es schädlich sei«, und vertreten seither diese Meinung halsstarrig«. Sie hatten Unterstützung von einem Behördenvertreter erhalten, welcher gegenüber der Psychiatrischen Poliklinik monierte: »dass man in erster Linie Julius Z. eine Heirat gestatten müsse und dass es ungesetzlich sei, eine vorgängige Sterilisation zu verlangen.« Schließlich kam dann auch das Gutachten zum Schluss, dass von psychiatrischer Seite die Ehefähigkeit des Kandidaten bestätigt und die Aufhebung der Vormundschaft empfohlen werden könne: »Sein Schwachsinn und seine Psychopathie sind nicht mehr derart, dass sie einer Geisteskrankheit gleichgesetzt werden können.«

Der Fall von Julius Z. zeigt, dass die Bestätigung der Ehefähigkeit,

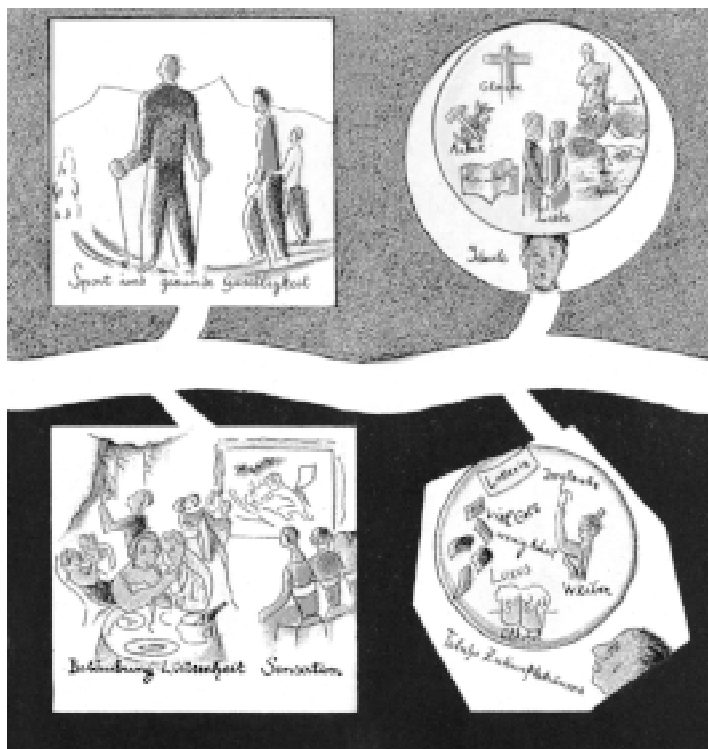
die mit der ärztlichen Begutachtung der geistigen Gesundheit und einer Beurteilung der Urteilsfähigkeit des Ehe Kandidaten von psychiatrischer Seite verbunden war, einem Aushandlungsprozess unterlag. Es ging dabei um die Frage, worin Gesundheit bestehe, wie Gesundheit geschützt werden könne, und ob die einzuleitenden Maßnahmen gesetzlich sanktioniert seien. Während der begutachtende Arzt »die eugenische Einsicht« in eine Sterilisation zu erzwingen versuchte, vertraten Julius Z. und seine Partnerin »halsstarrig« die Ansicht, eine Sterilisation sei »schädlich«. Die beiden kamen schließlich in steter Auseinandersetzung mit den Behörden dazu, die Bestätigung des gesunden Geisteszustandes von Julius Z. zu erhalten. Erschien vom eugenischen Standpunkt der Psychiatrie aus »die seelische Gesundheit des gesamten Volkes« zuerst durch den »primitiven Menschen« Julius Z. gefährdet, wick dies später einer Beurteilung seines Geisteszustandes, die die Auswirkungen der als angeboren diagnostizierten und damit potenziell vererbaren Krankheiten Psychopathie und Schwachsinn nicht mehr mit einer Geisteskrankheit gleichsetzte. Doch wurde der Ehe Kandidat Julius Z. einem massiven Druckversuch ausgesetzt, der in der geforderten Neuinterpretation des Eheverbotsartikels für Geisteskranke von Benno Dukor als gesetzlich legitimiert dargestellt wurde, während ein anderer Behördenvertreter von der Ungesetzlichkeit dieser Maßnahme ausging und Julius Z. in seinem Eheanliegen unterstützte. Im Aushandlungsprozess zeigte sich indessen auch die Realitätsferne erbhygienischer Vorstellungen und Argumentationen: Zum Zeitpunkt des Druckversuchs hatte Julius Z. bereits zwei Kinder gezeugt. Die eugenische Argumentation, »dass mit eigenem Schwachsinn und schwachsinniger Ehepartnerin auch schwachsinniger Nachwuchs zu erwarten sei« erschien damit als zumindest fragwürdig. Zudem gab die Partnerin von Julius Z. zeitweilig die Einwilligung in eine Sterilisation, wodurch der gesunde Elternteil sterilisiert worden wäre, was auch aus eugenischer Sicht ebenso als unsinnig erschien.

Vom »eugenischen Standpunkt« der Psychiatrie aus waren so im Fall des Ehe Kandidaten Julius Z. nicht der Schutz der individuellen Rechte und Anliegen ihres ehemaligen Patienten handlungsleitend, sondern vielmehr der Schutz der Gesellschaft vor dem erblich mit Geisteskrankheit Belasteten. Gab es neben diesen eugenisch motivierten Praktiken des Ausschlusses und des Zugriffs auf die Gebär- und Zeugungsfähigkeit andere Maßnahmen der schweizerischen Psychiatrie die gefährdete seelische Volksgesundheit zu schützen und das Verständnis für Maßnahmen einer »geistigen Hygiene« zu fördern?

Die gefährdete seelische Gesundheit: Die Abteilung Seelische Hygiene an der Hygiene- und Sportausstellung 1931 in Bern

1931 fand in der Bundeshauptstadt Bern die Hygiene- und Sportausstellung (Hyspa) statt. Die Abteilung Seelische Hygiene war von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) und den ihr angegliederten Organisationen, dem Nationalkomitee für geistige Hygiene und der schweizerischen Vereinigung für Anormale gestaltet worden. Die Schweizer Psychiatrie und die ihr verwandten Vereinigungen stellten darin ihre beruflichen Praktiken, ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse und ihre Institutionen einem breiten Publikum vor. Die Schweizer Psychiatrie definierte sich mit der Ausstellung unter dem Leitbegriff der »seelische Hygiene« als nationale Institution seelischer Gesundheitspflege. Der Ziel- und Leitbegriff der »seelischen Hygiene« umfasste Behandlung und Pflege der Geisteskranken, insbesondere aber auch Prävention und Prophylaxe. Präventive und prophylaktische Maßnahmen konstituierten dabei neue Handlungsfelder der Psychiatrie. Die Tätigkeiten der Psychiatrie, so veranschaulichte es auch die Ausstellung, beschränkten sich nicht mehr allein auf das Gebiet der Anstalten, vielmehr stellte sich die Psychiatrie als Sachwalterin einer geistigen Gesundheit des ganzen Volkes dar. »Helft alle mitarbeiten an der seelischen Gesunderhaltung und an der seelischen Gesundheit unseres Volkes!«³ prangte die Parole entsprechend auf dem Plakat am Eingang zur Abteilung. Der Gang durch die Ausstellung »seelische Hygiene« zeigte dem interessierten Betrachter einen Überblick über das Schaffen der schweizerischen Psychiatrie. In einer Ecke wurden die »Führer« der schweizerischen Psychiatrie, August Forel, Eugen Bleuler, Constantin von Monakov und Paul Dubois geehrt. An einem anderen Ort gab eine Tafel Auskunft über die Zunahme der »Geisteskranken und Idioten im Kanton Bern«, die zum Schluss kam: »Die Geisteskranken nehmen also ziemlich rasch zu. Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass infolge der verbesserten Behandlung und Pflege auch die Lebensdauer der Kranken verlängert worden ist.« Ein weiteres Plakat verneinte mit drei Stellungnahmen der Ärzte Forel, Ernst Rüdin und Graemiger die Frage: »Dürfen mit Geisteskrankheiten belastete Personen vom medizinischen und erbbiologischen Standpunkt aus heiraten und Kinder zeugen?« und riet sogar von einer Heirat »zweier gesunder Menschen, wenn sie aus gleichartig belasteten Familien stammen«, ab.

Die Psychiatrie stellte sich aber nicht nur als diejenige Wissenschaft dar, die präventiv die Auswirkungen »erblicher Belastung« einschränken wollte, sondern auch als medizinische Disziplin, die in der Lage war, durch therapeutische Mittel die Auswirkungen der Vererbung zu beeinflussen. Eine Tafel hielt demgemäß fest: »Vererbung ist aber nicht unentrinnbares



Stereotype Darstellung gesunder und ungesunder Einflüsse auf das Leben. Das Lebensalter der Jugend auf dem »Lebensweg der seelischen Hygiene«. Referenz: Hygiene und Sportausstellung (Hyspa) 1931 in Bern (Katalog zur Ausstellung).

Schicksal. Vielmehr können ihre Auswirkungen beeinflusst werden: a.) durch Änderung der Umgebung (Milieuthherapie), b.) durch Erziehung c.) durch ärztliche Maßnahmen: Körperliche und seelische (Psychotherapie).«

Schweifte der Blick schließlich nach oben, zeigte der Fries einen so genannten »Lebensweg der seelischen Hygiene«, der in stereotyper Darstellung die hygienischen und die unhygienischen Einflüsse auf das Leben klar unterschied. Im Lebensalter der Jugend zum Beispiel war der junge Mensch durch die »Ideale« Arbeit, Glaube, Kunst und Liebe günstig beeinflusst, während die dunkel gehaltenen »falschen Zukunftsträume«, Irrglaube, Weiber, Luxus und Alkohol, als gefährdende und ungünstige Einflüsse dargestellt wurden.

Die Darstellung des Lebensweges der seelischen Hygiene richtete sich an den Einzelnen, Gesundes von Ungesundem zu unterscheiden, unhygienische Einflüsse zu vermeiden und dadurch an der »seelischen Gesunderhaltung und Gesundung unseres Volkes« mitzuarbeiten. Unter dem Leitbegriff der geistigen Hygiene wurde an der Ausstellung die seelische Gesundheit als ein kollektives Potenzial bestimmt, das nicht bloß in der Vererbung determiniert war, sondern vielmehr vielfältigen Einflüssen unterlag und mithin als gefährdet erschien, aber auch die Möglichkeit zur Optimierung beinhaltete. Auf die Gefährdungen des »seelischen Lebens« des gesamten Volkes galt es, so das Motto der Ausstellung, durch die Mitarbeit aller mit einer rationell-sittlichen Lebensführung zu reagieren, um das Potenzial der nationalen seelischen Gesundheit steigern zu können.

Nationale und internationale Geistige Hygiene als Leitbegriff einer modernen Psychiatrie

Die Konstituierung des Begriffs einer seelischen Volksgesundheit kann vor dem Hintergrund der Entwicklung der Präventiv- und Sozialmedizin gesehen werden. In der Schweiz fand um die Jahrhundertwende wie in anderen Ländern Europas und den USA eine Diskussion der sozialen und geistigen Hygiene statt, was in der Psychiatrie im Unterschied zur somatischen Medizin erst nach dem ersten Weltkrieg zu einer Konjunktur präventiv- und sozialmedizinischer Ansätze und Maßnahmen führte. In gewissem Maße orientierte man sich dabei am Vorbild der Sozial- und Präventivmedizin bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten und übertrug die damit verbundenen Hygienevorkehrungen auf das Aufgabengebiet der Psychiatrie. Somit begann sich die Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts als sozial- und gesundheitspolitische Institution zu definieren und den Begriff einer »geistigen Gesundheit« positiv zu besetzen. Nicht mehr das Individuum allein, sondern vielmehr das Individuum in Beziehung zu seinem gesellschaftlichen Nutzen stand damit im Zentrum einer kurativ ausgerichteten Heilkunst. Therapeutischer Erfolg bezog sich auf die Gesellschaft als normative Größe. Auf der einen Seite galt es die individuellen Geisteskranken zu identifizieren und von den gesunden Individuen abzugrenzen. Auf der anderen Seite galt es innerhalb der Bevölkerung den Prozentsatz der Geisteskranken durch Behandlung und Vorbeugung zu mindern (Sohn 1999).

Neben dem traditionellen Handlungsfeld der Betreuung und Pflege von Geisteskranken in den Anstalten begann sich die Psychiatrie in Europa und den USA so auch der Betreuung Psychiatrieentlassener, der Behandlung nicht manifest Erkrankter und der organisierten Gemeindepflege

zuzuwenden. Mit einer intensiven Aufklärungs- und Propagandatätigkeit ging es aber auch darum, das öffentliche Interesse an Prävention und Prophylaxe von Geisteskrankheiten zu heben, um die geistige Gesundheit der Bevölkerung zu fördern (Thomson 1995). Die Vielzahl dieser neuen Ansätze und Strategien wurde unter dem Begriff der »geistigen Hygiene« zusammengefasst. Die »geistige Hygiene« wurde zu einem Leitbegriff einer professionellen und sozial engagierten Psychiatrie.

Die gleichzeitige Adaption von Strategien der »geistigen Hygiene« in der Psychiatrie der Länder Europas und den USA waren zum einen Reaktionen auf soziale Probleme der Zwischenkriegszeit. Zum anderen wurde diese Modernisierung der Psychiatrie von der internationalen Bewegung der »geistigen Hygiene« selbst getragen und vorangetrieben. In der Bewegung verbanden sich unterschiedliche Ansätze, die von rassenhygienischen und eugenischen Maßnahmen bis zu psychotherapeutischen und pädagogischen Möglichkeiten der Beeinflussung und Förderung geistiger Gesundheit reichten. In seiner Darstellung der Schweizer Psychiatrie unterscheidet der Psychiatriehistoriker Henri Ellenberger für die Bewegung der »geistigen Hygiene« zwei Tendenzen: »l'une faisait porter la prophylaxie sur les facteurs héréditaires, et l'autre sur les facteurs du milieu.« (Ellenberger 1955, S. 603) Dies zeigen auch die Tätigkeiten des schweizerischen Nationalkomitees für geistige Hygiene, das als eine gewichtige Vertretung der internationalen Bewegung in den Jahren 1926/1927 unter der Dachorganisation der SGP gegründet wurde (Ellenberger 1955).

Ging die internationale Bewegung der Psychohygiene nach dem ersten Weltkrieg noch von pazifistischen Erwägungen aus und verstand den internationalen Kontakt und Frieden als Voraussetzung für eine »geistige Hygiene« der Weltbevölkerung, entwickelte sich in den Dreißiger Jahren unter dem Eindruck der Durchsetzung einer völkisch radikalisierten Eugenik in NS-Deutschland ein Rückzug der internationalen Bewegung auf die nationalen Kollektive. Die Abteilung Seelische Hygiene an der Hyspa kann somit auch als Schritt zur Abgrenzung einer nationalen schweizerischen »geistigen Hygiene« verstanden werden. Mit der Hyspa und später mit der Teilnahme an der Landesausstellung 1939 schloss sich die Schweizer Psychiatrie an den Diskurs der Geistigen Landesverteidigung an, in dem die Psychiatrie geistige Gesundheit als nationalen Wert und gemeinsame Aufgabe propagierte. *Dabei konnten sich innerhalb der schweizerischen »geistigen Hygiene« weder die psycho- noch die erbhygienischen Gefährdungsvorstellungen an die Idee eines rassistisch definierten schweizerischen Volkskörpers anschließen. Vielmehr bezog sich die »seelische Gesundheit des ganzen Volkes« immer auch auf die während den Dreißiger Jahren postulierten Werte der Willensnation Schweiz.*

Schlussdiskussion

In seinem Aufsatz mit dem Titel »Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene« formuliert Alfons Labisch: »›Gesundheit‹ erhält neben ihrer individuellen Dimension (...) eine soziale Dimension dadurch, dass sie gesellschaftlich gesetzte Erwartungen an ein bestimmtes Verhalten transportiert. ›Gesundheit‹ erweist sich in der Anbindung an vorherrschende Denk- und Wertesysteme damit als ein zugleich zweifaches soziales Konstrukt: einmal in der individuellen Interpretation des Menschen, der einen so großen gesellschaftlichen Spielraum hat, dass er – wenngleich im Rahmen vorherrschender Orientierungen aus eigener Entscheidung gesund leben kann; zum anderen als ein propagierter Wert, hinter dem sich eine gesellschaftspolitische Zwecksetzung verbirgt.« (Labisch 1986, S. 281)

Die Überlegungen von Alfons Labisch veranlassen dazu, die Hygienevorstellungen der schweizerischen Psychiatrie, wie sie sich im Falle von Julius Z. wie auch bei der Hyspa zeigen, auf ihre gesellschaftspolitischen Zweck- und Zielsetzungen hin zu analysieren. Indem die Ausstellung »seelische Hygiene« der schweizerischen Psychiatrie an den einzelnen appellierte, ein gesundes Leben zu führen, hatte sie die gesellschaftspolitische Zielsetzung, die Volksgesundheit zu heben und transportierte damit auch moralische Vorstellungen einer gesunden Lebensführung. Im Fall von Julius Z. versuchte der begutachtende Arzt von Julius Z., die Einwilligung in eine eugenische Sterilisation zu erzwingen und verfolgte dabei den Zweck, die gefährdete seelische Gesundheit des Volkes zu schützen. Demgegenüber entschieden sich Julius Z. und seine Partnerin aber, die Einwilligung zurückzunehmen und orientierten sich dabei am Wertesystem ihrer Bekannten, in welchem die Sterilisation als »schädlich« und ungesund galt. Der Fall von Julius Z., wie auch die Aufklärungs- und Propagandatätigkeit der schweizerischen Psychiatrie an der Hyspa zeigen damit, wie seelische Gesundheit in ihrer zweifachen sozialen Dimension verhandelt und in der Aushandlung erst konstituiert wurde.

Meine Ausführungen gingen von Mary Douglas' Überlegungen zu den Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen aus. Sie hat darauf hingewiesen, dass Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen dazu dienen, gesellschaftliche Ordnung herzustellen (Burghartz 2000). Sie thematisiert damit weniger, dass bei der Einhaltung von Hygienevorkehrungen einen sehr wohl die Sorge treiben kann, anderenfalls krank zu werden. Dies erweckt den Eindruck, dass mit ihrem Ansatz individuelle und gesellschaftliche Erfahrungen mit Krankheit und tatsächlicher Bedrohung nicht berücksichtigt werden. Doch legt Mary Douglas mit ihrer Lesart von Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen den Akzent auf den Bedeutungsgehalt und die Sinnhaftigkeit von Hygienevorstellungen und die daraus abgeleiteten Maß-

nahmen und Handlungen. Ordnen heißt auch Sinn verleihen und ist ein ständiger Prozess. Dem gesellschaftlichen und dem einzelnen Leben Ordnung zu verleihen, und zum Beispiel im Sinne der »seelischen Hygiene« Hygienisches von Unhygienischem zu unterscheiden, kann dabei als Reaktion auf eine Verunsicherung durch vermeintliche oder tatsächliche Bedrohungen verstanden werden. Das Ordnen ist eine ständige Aufgabe. Gerade diese Feststellungen von Mary Douglas zur Relativität menschlichen Ordners machen die Übertragung auf das Thema einer sozial- und wissenschaftshistorisch orientierten Psychatriegeschichte interessant.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kann in der Schweizer Psychiatrie ein Professionalisierungs- und Modernisierungsschub beobachtet werden, der mit der Adaption und Ausprägung eugenischer Vorstellungen, dem Propagieren von Prävention und Prophylaxe und der Ausbildung eines Leitbegriffs der »geistigen Hygiene« und später einer nationalen »seelischen Gesundheit« in den Dreißiger Jahren einhergeht. Der Psychiatrie erschlossen sich damit neue Handlungsfelder und Kompetenzen, womit sich auch die Wahrnehmung und Definition dessen veränderte, was krank macht und gefährdend ist. Dieser Prozess war zwar auf die Ausbildung professioneller Leitbilder und fixer Normen wie zum Beispiel erbggesund/erbkrank oder hygienisch/unhygienisch ausgerichtet, unterlag aber auch einem Aushandlungsprozess, der wiederum die Definition dessen veränderte, was geistig gesund ist oder krank macht, rein ist, oder gefährdet. Der Fall des Ehekkandidaten Julius Z. zeigt so, wie eugenische Reinheits- und Gefährdungsvorstellungen in die Vorstellungen der Psychiatrie von »seelischer Gesundheit« und Hygiene einfließen und den konkreten Versuch eines Ausschlusses begünstigen. Doch widersetzten sich Julius Z. und seine Partnerin diesem Versuch, was schließlich zu einer neuen psychiatrischen Einschätzung der Auswirkungen der »erblichen Belastung« von Julius Z. führte. Die Abteilerung Seelische Hygiene an der Hyspa verdeutlicht hingegen, wie die schweizerische Psychiatrie den Begriff der »seelischen Gesundheit des ganzen Volkes« positiv besetzte und damit aktiv in den gesellschaftlichen Aushandlungsprozess über geistige Gesundheit und Hygiene eingriff.

Anmerkungen

- 1 Name und Daten von Julius Z. sind anonymisiert und verändert. Die Angaben zur Krankengeschichte ebenso wie das Gutachten der Psychiatrischen Poliklinik sind der Krankenakte entnommen. Zitate und Vermerke aus dem Gutachten und der Krankenakte werden nicht spezifisch vermerkt.
- 2 Das Gutachten der Psychiatrischen Poliklinik wurde zuhanden des Zivilgerichts Basel Stadt erstellt, wobei es um die Aufhebung der Vormundschaft des Petenten

- Julius Z. ging. In meinen Ausführungen beziehe ich mich vor allem auf das Eheanliegen von Julius Z.
- 3 Die Zitate und die Schilderung der Ausstellung beziehen sich auf den Katalog: Seelische Hygiene. I. Führer durch die Gruppe VIII C, der I. Schweiz. Ausstellung für Gesundheitspflege und Sport. II Über seelische Hygiene. Vortrag von Dr. W. Morgenthaler. Bern 1931.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht E.: Eine Kurze Geschichte der Psychiatrie. Ferdinand Enke Stuttgart 1967.
- Bergmann A.: Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle. Rasch und Röhring Hamburg 1992.
- Burghartz S.: Wandel durch Kontinuität. Zur Moralpolitik von Reformation und Konfessionalisierung, in: *Traverse* 1 (2000), 23-35.
- Douglas M.: Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Suhrkamp Frankfurt/M. 1988.
- Dukor B.: Wie kann die Wirkung des Eheverbots für Urteilsunfähige und Geistesranke verbessert werden?, in: *Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène mentale* 11 (1941), 533-547.
- Ellenberger H.: *La psychiatrie suisse. Série d'articles publiés dans l'évolution psychiatrique 1951-1953.* Paris 1954.
- Forel A.: *Hygiene der Nerven und des Geistes im gesunden und im kranken Zustande.* Ernst Heinrich Moritz Stuttgart 1922.
- Goepfert S.: »Nachkommenschaft haben, heisst immer: Vererben«. Eugenische Eheberatung und Eheverbote nach Artikel 97 ZGB im Kanton Basel Stadt 1930-1935. unveröff. Lizentiatsarbeit Basel 1997
- Dies.: »Eheunfähig«. Eheverbote nach Artikel 97 ZGB, in: *Itinera* 21 (1999), 259-263.
- Keller C.: *Der Schädelvermesser. Otto Schlaginhaufen – Anthropologe und Rassenhygieniker. Eine biographische Reportage.* Limmat Zürich 1995.
- Labisch A.: »Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene«: Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, in: C. Sachsse, F. Tennstedt (Hgg): *Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung.* Suhrkamp Frankfurt/M.:1986, 256-285.
- Roelcke V.: *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter.* Campus Frankfurt/M. 1999.
- Sohn W.: *Homogenisieren und Normalisieren: Zur Formierung der Erbpsychiatrie in Deutschland 1900-1933,* in: H. Werner, W. Sohn (Hgg): *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft.* Westdeutscher Verlag Opladen 1999, 201-221.
- Thomson M.: *Mental Hygiene as an international movement,* in: P. Weindling: *International Health Organisations and Movements, 1918-1939.* Cambridge University Press Cambridge 1995, 283-305.
- Wecker R.: *Eugenik – Individueller Ausschluss und nationaler Konsens,* in: S. Guex (Hg): *Die Schweiz 1798-1998. Staat – Gesellschaft – Politik. Band 2. Krisen und Stabilisierung. Die Schweiz in der Zwischenkriegszeit.* Chronos Zürich 1998, 167-179.
- Zuruzoglu S.: *Die Verhütung erbkranken Nachwuchses. Eine kritische Betrachtung und Würdigung.* Benno Schwabe Basel 1938.

Theoreme der Reinheit in Psychiatrie und Psychotherapie. Zur Kritik an metapsychologischen Implikationen

■
Brigitta Keintzel

Das Theorem der Reinheit wird in zweifacher Weise thematisiert. Problematisiert wird der Anspruch auf Reinheit im empirischen Methodenverständnis, da dadurch ein Teilausschnitt von empirischer Wirklichkeit auf unzulässige Weise verallgemeinert wird. Anstelle dessen wird die Notwendigkeit einer im Sinne Kants »reinen« und damit nicht empirisch begründeten Idee der Persönlichkeit vertreten, die kompatibel mit der Dimension des Unbewussten ist. Da jede therapeutische Praxis als empirische Methode Fehler nicht ausschließen kann und als Teil ihres Methodenverständnisses akzeptieren muss, ermöglicht eine nicht empirische Begründung der Person, – die unabhängig von jeder Erfahrung eine »Achtung« gegenüber der Person verlangt, und die von Kant als interesseloses Wohlgefallen definiert wurde – ein kritisches Regulativ gegenüber therapeutischen Verfahren.

Paradigmen in Psychiatrie und Psychotherapie

Seit Freud 1900 die Traumdeutung veröffentlichte und damit die Psychoanalyse begründete, gab es in der Entwicklung der Psychoanalyse eine große Anzahl divergierender und konvergierender Strömungen. Die Geschichte der Psychotherapie umfasst eine noch längere Tradition als sie die psychoanalytische Bewegung aufzuweisen hat. Die suggestiv-therapeutischen, religiös-magischen Anfänge liegen in der Antike. Die Methode der Psychotherapie liegt in den Anfängen der Psychiatrie, u. a. bei P. Pinel, J. Ch. Reil, J. Braid und A. A. Liébault. Verwendet wird der Begriff erstmalig bei W. Tuke 1872. 1905 ist das Wort bereits in aller Munde.¹ Die Ausdifferenzierungen der psychotherapeutischen Richtungen im Laufe des 20. Jahrhunderts haben sich dennoch in Konfrontation zur psychoanalytischen Theorie entwickelt. Auf Grund der gebotenen Kürze der vorliegenden Ausführungen und der zweifelsohne zahlreich vorhandenen Überschneidungen von psychotherapeutischen mit psychoanalytischen Verfahren werden an Hand zentraler Paradigmen beide Richtungen unter dem Sammelbegriff Psychotherapie subsumiert.

Die akademische Psychiatrie wurde durch neu geschaffene Lehrstühle

u. a. in Berlin durch W. Griesinger ab 1865 und in Wien durch Th. Meynert ab 1870 eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin. Die damit einhergehende naturwissenschaftliche und positivistische Wende in der Psychiatrie beinhaltet das Konzept eines tiefenpsychologischen Nihilismus. Teilweise konnten sich aus dieser Wissenschaftstradition auch sozialpsychiatrische Sichtweisen entwickeln.² Erstmals taucht der Begriff »soziale Psychiatrie« 1904 auf.³

Auf der Grundlage dieser geschichtlichen Entwicklung in Psychiatrie und Psychotherapie wird, der Themenstellung dieses Aufsatzes folgend, im Zuge der gegenwärtig immer mehr zu beobachtenden Professionalisierung der daraus resultierende Anspruch auf Reinheit problematisiert. Darunter werden eingeschränkte Prämissen verstanden, die methodische Unklarheiten schaffen und nach einer Klärung der theoretischen Grundlagen der Persönlichkeit verlangen. »Reine Behandlungsmethoden« werden im Zusammenhang mit einem purifizierten, also reduktionistischen Verständnis der Persönlichkeit gesehen, da die psychische, physiologische oder neuro/biologische Struktur der Person nicht in Wechselwirkung mit kulturellen und sozialen Kontexten begriffen wird.

Bestrebungen nach Reinheit bestimmen sowohl die Anfänge sowie den weiteren Verlauf der akademischen Psychiatrie als auch der verschiedenen psychotherapeutischen Ausrichtungen. Über die Bedeutung des Wertes der »Reinheit« kann ein strikt naturwissenschaftlich orientierter Wissenschaftsbegriff ebenso verteidigt werden wie ein »spezifisch« psychotherapeutisches hermeneutisches Theorieverständnis. Eine dogmatische Interpretation und die Verteidigung einer bestimmten Theorie verlangt danach, entsprechend der jeweiligen theoretischen Grundlagen einen exklusiven Bezug zu spezifischen Krankheitsbildern herzustellen, die die Pluralität von sozialen und kulturellen Bezügen marginalisieren oder ignorieren.⁴

Das daraus resultierende medizinisch- oder psychologisch-positivistische Krankheitsbild orientiert sich primär an Symptomen, die dann als biochemische, neurobiologische, kognitive oder psychische Störungen weiter ausdifferenziert werden. Für die Kategorisierung und Behandlung einer körperlichen oder psychischen Störung ist die Berücksichtigung des jeweiligen höchst individuellen soziokulturellen Umfeldes unter diesen Prämissen nicht notwendig bzw. störend. Unterschieden wird dieser positivistisch bestimmte Krankheitsbegriff von einem psychotherapeutischen Krankheitsbegriff, der den Anspruch vertritt, die innere Welt der Patientin zu erforschen. Psychotherapeutische Verfahren sind von einer Vielzahl unterschiedlicher Zuordnungen, im Besonderen im sinnlich-rezeptiven und libidinösen Bereich gekennzeichnet.

Gezeigt werden soll im Folgenden, dass auch der psychotherapeuti-

sche hermeneutische Krankheitsbegriff sich an einem naturwissenschaftlichen Modell der Kausalität orientieren kann, wenn die therapeutische Zugangsweise von metapsychologischen Implikationen oder unzulässigen Prämissen bestimmt wird. Das Paradigma der »Emanzipation der Sinne« definiert in jeweils unterschiedlicher Weise die theoretische Ausrichtung der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen. Vor allem im visuellen Bereich geben technische Termini, wie Fantasie, Gestalt, Bildbeschreibung, Vorstellung, Beobachtung, Vision, Halluzination, Wahrnehmung, inneres Bild, Projektion, Introjektion, Spiegelstadium, Metapher, szenische Darstellung, expressiver Ausdruck etc. Auskunft über die jeweilige therapeutische Herkunft. Ebenso schulenprägend ist die Unterscheidung im emotionalen, libidinösen, affektiven oder triebhaften Bereich. Dazu zählt nicht nur die Debatte, ob es eine lineare oder ob es eine duale Libido- oder Gefühlsstruktur gibt, sondern auch die Debatte über die inhaltliche Konkretisierung von Gefühlen, ihre mögliche Deduktion sowie die damit verbundenen Definitionsprobleme. Es ist also nicht nur die grundsätzliche Frage, was unter Gefühlen oder einer Libidostruktur zu verstehen sei, sondern auch die Frage nach ihrem Wirkungsspektrum, z. B. ob es soziale Gefühle/Triebe geben kann, und welche Rolle Gefühle, Affekte bzw. Triebe bei kognitiven Prozessen spielen. Zu einem nicht unerheblichen Teil für die Ausbildung unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen bzw. für die daraus resultierenden Binnendifferenzen ausschlaggebend sind kausale Modelle und die damit verbundenen Annahmen von krank- oder gesundmachenden Bedingungen, die in beinahe allen psychotherapeutischen Ausrichtungen vertreten sind. So zeigt bereits ein erster vorläufiger Blick auf die Psychotherapiegeschichte, dass methodische Begriffe für kausale Deutungen instrumentalisiert werden können. Im Besonderen eignen sich dafür methodische Begriffe, die nicht frei von metapsychologischen Implikationen sind, und die therapeutische Konzepte mitbestimmen: z. B. die Annahme einer »guten« und »bösen« Brust (und die damit verbundene metapsychologische Implikation einer prästabilisierten Harmonie zwischen »guter« und »böser« Welt). Ebenso bezieht sich der Begriff des »Urvertrauens« auf die metapsychologische Annahme, der Mensch sei von Natur aus ein »guter« Mensch. Umgekehrt impliziert die Annahme einer angeborenen »organischen« oder »sozialen Minderwertigkeit«, sowie des biologisch kodierten »Penisneides« die metapsychologische Implikation, der Mensch (oder die Frau) sei von Natur aus ein »Mängelwesen«. Ferner können metapsychologische Implikationen im Terminus der »halluzigenen« oder »schizophregenen Mutter«, des »frühen Objektverlustes« oder der angeborenen »Vulnerabilität« für eine kausale Deutung instrumentalisiert werden, wodurch der Gesamtblick auf die Ätiologie und das daraus resultierende sozio-kulturelle Wirkungsspektrum eingeeignet wird. Kausale Ver-

ortungen zur »Erklärung« für psychische Gesundheit oder psychische Krankheit besitzen zu einem nicht unerheblichen Teil noch immer oder schon wieder Gültigkeit für aktuelle Psychotherapiegeschichte. Die dabei nicht zu vernachlässigende Pointe ist, dass das daraus resultierende Krankheits- und Gesundheitsverständnis seine psychotherapeutische Attraktivität daraus bezieht, dass die Vielfalt sozialer und kultureller Einflüsse von einer spezifischen sozio-kulturellen Sichtweise dominiert wird: Etwa die geschlechterpolitische Prämisse, Mütter seien in erster Linie für die psychische Gesundheit ihrer Kinder verantwortlich, bzw. die männlich-biologische Anatomie stelle den Maßstab für die Interpretation der Persönlichkeit dar, oder die politisch-oligarchische Prämisse, die menschliche Gesellschaft werde bestimmt von einer Hierarchie der Stärkeren über die Schwächeren.

Die daraus resultierende Aporie erinnert an den Versuch, mit einem Fliegenetz Heuschreckenschwärme einzufangen oder abzuwehren. Behandlung kann bei Verabsolutierung dieser Prämissen als ein der Realität vorgelagertes Urmodell begriffen werden, aus dem eine gesündere Persönlichkeit in quasi Reinkultur geschaffen werden soll. Die daraus resultierende gnostische Heilserwartung begründet nicht nur ein therapeutisches Missverständnis, sondern verwechselt das therapeutische Bündnis mit einem konsumorientierten und verdinglichten Tauschverhältnis, wo unliebsame, alte Symptome zerstört, aufgelöst und entsprechend der jeweiligen therapeutischen Prämissen weggemacht werden sollen und anstelle dessen eine neue, bessere funktionierende und damit gesündere Persönlichkeitsstruktur erworben werden soll.⁵

Konsequenzen für den therapeutischen Prozess

Das Beharren auf »einer« reinen, zeitlos gültigen Methode (die sowohl über biologisch-naturwissenschaftliche, sozialpsychiatrisch-gruppensdynamische als auch über psychotherapeutische Paradigmen determiniert sein kann) beinhaltet neben den ideologischen Problemen einer Hagiographie und Klerikalisierung auch das strukturelle Problem, dass die individuelle Persönlichkeit der Patientin und die daraus resultierenden spezifischen Vorstellungen von Behandlung, die auf dem Hintergrund eines subjektiven soziokulturellen Wirkungsspektrums eingebettet sind, vernachlässigt oder marginalisiert werden. Zusätzlich scheint die Schlussfolgerung plausibel, dass nicht nur teleologische, normative oder ästhetische Prämissen⁶ für die Marginalisierung der Bedeutung der Individualität und des soziokulturellen Umfeldes der Patientin mitausschlaggebend sind, sondern ebenso ein unreflektiertes Wertesystem des Therapeuten, der Therapeutin bezüglich

gesellschaftspolitischer, kultureller, religiöser, homo/heterosexueller oder persönlich unreflektierter kultureller Vorstellungen über ein traditionelles Frauen- oder Männerbild und diese sich hindernd und kontraproduktiv auf den therapeutischen Prozess auswirken können.⁷ Der therapeutische Freiraum für individuelle Entwicklung und Veränderung beinhaltet sowohl die Möglichkeit einer Resozialisierung oder Rückorientierung an traditionelle, konformistische oder geschlechterstereotype Rollenbilder, als auch die Möglichkeit einer Infragestellung von Stereotypen und die Suche nach einer Neudefinition der eigenen Identität. Unreflektierte politische oder kulturelle Wertsysteme von Seiten der Behandler und Betreuer sowie unreflektierte Geschlechterrollenmuster können unter Umständen Behandlungskonzepte, die die Möglichkeiten einer individuellen Entwicklung und Veränderung zu möglichst optimalen Bedingungen sicherstellen sollen, beeinträchtigen oder determinieren.⁸

Wenn im Zentrum der Auseinandersetzung nicht die Frage nach der technisch besten Handhabung einer bestimmten Methode steht, sondern die Person in ihrer geschlechtsbezogenen, sozialen und kulturellen Verortung, die nicht kollektiv oder geschlechertypologisch deduzierbar ist, scheint mehr denn je dringlich, die Rolle und Bedeutung des Subjekts im therapeutischen Geschehen zu klären. Damit wird auch eine Akzentverschiebung vorgenommen, nämlich von der traditionell paternalistischen Vorgabe einer nicht wissenschaftlich begründbaren therapeutischen »Kunst«, die zum »Wohle« der Patientin ausgeübt wird, zurück zu einem funktionalen Verständnis, das den therapeutischen Prozess als rational nachvollziehbare Dienstleistung an der Patientin begreift. Mit der Feststellung, dass die therapeutischen Inhalte sich nach der Erkenntnisstruktur des Subjekts zu richten habe und nicht umgekehrt, ist auch ein berühmter und bekannter Vergleich angesprochen, nämlich Kants kopernikanische Wende in der Erkenntnistheorie, dass die »Gegenstände sich nach unserer Erkenntnisart richten müssen«.⁹ Die daraus resultierende Hinterfragung Freuds, dass das »Ich nicht Herr im eigenen Haus ist«, wird gerne verkürzt zitiert, wohl auch in polemischer Absicht. Freud hatte nämlich damit keine psychologische, kulturelle, soziale, emotionale oder intellektuelle Entmündigung der Patientin intendiert, sondern auch in dieser Diktion bleibt Psychoanalyse einem Werkzeugcharakter verhaftet, insofern sie das Ich unterstützt, in seinem subjektiven Bemühen sich die spezifischen Triebansprüche seines Unbewussten zurück zu erobern und in die Bewusstseinsstruktur zu integrieren.¹⁰

Diese Akzentverschiebung zurück zur Individualität des Subjekts impliziert, dass der Ausgangspunkt einer seriösen Diskussion nicht die Überlegung sein kann, ob sich eine Person für ein bestimmtes therapeutisches Verfahren eignet oder nicht, oder ob ein bestimmtes psychisches

Leiden oder eine spezifische psychische Disposition mit der jeweilig favorisierten therapeutischen Methode prognostisch am besten behandelbar und heilbar ist, sondern ausschließlich die umgekehrte Fragestellung, ob die jeweilige therapeutische Methode sich für die spezifische psycho/somatische Persönlichkeitsdisposition eignet oder nicht. Wenn nicht die Patientin sich nach der Methode zu richten hat, sondern die Methode nach der Patientin, impliziert dies auch, dass metapsychologische Vordefinitionen der Person, wie »eigentlicher Wesenskern«, »archaische Triebstruktur«, »Charakterstörung«, »primitive¹¹ Anteile der Patientin«, »primitive Mechanismen«, »unbewusste Fantasien«, »primitiver Ich-Kern« einer kritischen Hinterfragung bedürfen, da sie unreflektierte und ideologische Implikationen eines sozialdarwinistischen oder sozialromantischen Menschenbildes enthalten können. Ebenso kann nur unzureichend begründet werden, ausschließlich auf der Grundlage neuro/biologischer Parameter eine psychiatrische Behandlung zu legitimieren, da auch auf dieser Basis metapsychologische Grundannahmen miteingeschlossen sein können.

Um einem Missverständnis vorzubeugen: Es wird hier nicht die Nivellierung der notwendigen Vielfalt zugunsten einer »Einheits/psycho/therapie« postuliert, sondern die psychotherapeutische wird ebenso wie die körperbezogene therapeutische Methode in Wechselwirkungen mit sozialen und kulturellen Kontexten begriffen, aus der sich Behandlungskonzepte ableiten. Die psycho/somatische Struktur der Patientin nicht losgelöst von kulturellen und sozialen Sichtweisen zu betrachten, beinhaltet weiterführende Annahmen. Die Betonung der individuell sozialen, kulturellen und zeitlich bedingten Situierung der Person impliziert eine Pluralität von unterschiedlichen Lebenskulturen, die sich verstärkt ab den 60er Jahren ausgebildet haben. Die ehemaligen Sinninstanzen der frühen Moderne, wie bürgerliche Kernfamilie, geschlechterstereotype Rollenmodelle und die damit verbundenen Doppeldefinitionen des Weiblichen sowie religiös-säkularisierte und ökonomische Sinnbezüge, wie kapitalistische (»gute«) versus kommunistische (»böse«) Wertbilder,¹² haben sich in eine Pluralität von unterschiedlichen Lebenskulturen ausdifferenziert, über die auch die soziale Situation von Patienten und Patientinnen begriffen werden muss. Die daraus resultierenden unterschiedlichen kulturell und sozial gebundenen Wahrnehmungsweisen zwischen Therapeutin und Patientin als Spannungsmoment beizubehalten und die daraus resultierende Differenz als integralen Bestandteil einer Behandlung zu akzeptieren, kann maßgebend den erfolgreichen Abschluss eines psychotherapeutischen Prozesses mitbestimmen.

Nicht so sehr das Postulat einer neutralen Wertfreiheit, sondern einer kulturellen und sozialen Flexibilität der Therapeutin gibt einen Maßstab vor, um sich an die unterschiedlichen Lebenswelten von Patientinnen

anzupassen. Mit anderen Worten: Eine Sprache zu finden, die einen intersubjektiven und damit auch intrapsychischen Raum für die spezifischen Lebensvorstellungen der Patientin schafft, um überhaupt den therapeutischen Prozess in Gang setzen zu können. Die Paradoxie definiert dabei die Methode: Theoretische Abwandlungen einer therapeutischen Methode, um sich der spezifischen Situation der Patientin anzupassen, erfolgen nicht, um diese zu verwässern, sondern um diese überhaupt ausüben zu können.¹³

Zur Relevanz des Begriffs der Personalität im therapeutischen Prozess

Von diesen allgemeinen Überlegungen geleitet, kann gefolgert werden, dass eine intrapsychische Dialektik im psychotherapeutischen Prozess überhaupt erst entfaltet werden kann, wenn ein individualisierter Bezug zu kulturell und sozial geprägten Lebenswelten hergestellt wird. Die Notwendigkeit einer Individualisierung des therapeutischen Subjekts kann über Fragen nach der Effizienz einer Technik nur dann gewährleistet werden, wenn methodische Termini kritisch auf metapsychologische Implikationen hin hinterfragt werden. Nicht nur metapsychologische Implikationen, ebenso beinhalten einseitige Erklärungsansätze, schematisierte Reglementierungen des therapeutischen Prozesses und die damit konform gehende Typisierung von Patientinnen das methodische Problem, die Person reduktionistisch zu begreifen, wodurch das Zentrum der Auseinandersetzung, nämlich die Individualität der Person vernachlässigt wird.

Daraus kann gefolgert werden, dass begrifflich unklare Bestimmungen der Person und die Vernachlässigung der Vielschichtigkeit des Zusammenspiels zwischen kognitiven, emotionalen, physiologischen und empirischen (kulturellen und sozialen) Faktoren ein normatives und damit ahistorisches Persönlichkeitsbild begünstigen und Behandlungskonzepte beeinflussen. Epistemologische Probleme in der therapeutischen Technik entstehen im Besonderen dann, wenn die moralische Ebene, die eng verknüpft mit Vorstellungen über die individuelle Lebensführung ist, mit strukturellen technischen Kategorien amalgamiert werden.¹⁴ Unter diesen Prämissen besteht das strukturelle Problem, dass eine therapeutische Technik nicht primär auf die Behebung von Leidenszuständen abzielt, sondern auf Veränderungen der individuellen Lebensführung.¹⁵

Die Schlussfolgerung, dass Fragestellungen über die therapeutische Technik mit erkenntnistheoretischen Problemen zusammenhängen, scheint auf diesem Hintergrund einleuchtend. Persönlichkeitsmodelle, die ein normatives ahistorisches Menschenbild postulieren, haben letztendlich Rückwirkungen auf Fragen der Behandlung und des Umgangs mit Pati-

entinnen. Wie bereits ausgeführt, ist die Interpretation des Zusammenspiels zwischen biochemischen, kognitiven, affektiven, sozialen und kulturellen Dimensionen maßgebend für Behandlungsverfahren. Dabei sind vor allem kausale Deutungen, die auf metapsychologische Ursachen rekurren, für reduktionistische Behandlungsansätze ausschlaggebend.

Im Besonderen ist in der Psychotherapie die Frage zentral, welche Rolle Emotionen im psychotherapeutischen Prozess spielen. Eine pauschalisierte Deduktion, Emotionen seien die Grundlage für psychische oder mentale Zustände, kann dazu führen, Psychotherapie als phänomenal bestimmte Tiefenhermeneutik des empathischen Mitleidens zu interpretieren, oder diese auf eine physikalistische Grundlage zu stellen. Methodisch ungeklärt bleibt dabei die Differenzierung der Grenzen zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung als zentrales Kriterium für den therapeutischen Prozess. Das daraus resultierende epistemologische Defizit¹⁶ verlangt nach einem undifferenzierten »wir« Begriff, als operationale Basis für ein unklares therapeutisches Agreement. Auf dieser Grundlage bleibt das therapeutische Ziel einem abstrakten Methodenpostulat einer »Authentizität« oder »Echtheit« verpflichtet. Das therapeutische Subjekt verharrt zwischen Scylla und Charybdis, entweder Abgrenzung oder Imitation mit den implizit vorgegebenen Leitbildern oder Weltanschauungen. Beide Möglichkeiten entbinden das Subjekt von der Möglichkeit einer Selbstbestimmung und der selbstbegründeten individuellen Identitätsbildung.

In Bezug auf die Themenstellung des Beitrages führt dies zur Forderung einer Emanzipation des methodisch-therapeutischen Instrumentariums von metapsychologischen Implikationen, wodurch das therapeutische Subjekt, als Zentrum des therapeutischen Prozesses, nicht über eine vordefinierte konformistische Lebenswelt begriffen wird. Wenn es das therapeutische Subjekt ist, das die Pluralität von unterschiedlichen Lebenswelten begründet und weiterentwickelt und nicht umgekehrt, kann ebenso die Freiheit einer Pluralität von sozio-kulturellen Lebensvorstellungen auf der Basis eines bloßen eklektizistischen, defätistischen Nebeneinanders im therapeutischen Setting nicht gewährleistet bleiben. Auch die Variante »so wie es ist, ist es« und die daraus resultierende säuberliche Trennung zwischen kulturellen, sozialen, psychischen und biologischen Anteilen der Lebenswelt würde eine positivistische Einengung des therapeutischen Spielraumes bedeuten. Vielmehr gewinnt der therapeutische Prozess über das daraus resultierende intersubjektive und intrapsychische Spannungsverhältnis seine Dynamik.

Die Selbstbegründung des Subjekts als Ziel eines psychotherapeutischen Prozesses wird demnach nicht möglich durch eine übergeordnete teleologische Idee des naturwissenschaftlich-mechanistisch oder des sinnlich-phänomenal begründeten Guten, sondern durch den verinnerlichten

subjektiven modernen Widerspruch zwischen der zeitlosen Plastizität des Unbewussten und den historisch veränderbaren Lebenswelten. Weder kausale noch finale Zusammenhänge zwischen der Ebene des Unbewussten und der Ebene des Bewussten können die Basis einer psychotherapeutischen Deutung abgeben. Das Lapidare des Satzes »Wo Es war, soll Ich werden« beinhaltet im Kern eine radikale Subjektivierung, wie sie im Grundgedanken der Moderne formuliert wurde. Das Unbewusste ist nicht eine unveränderliche, ewig gültige Platonische Idee, ein verborgenes Urbild des Realen und Bewussten, sondern das Unbewusste kann im dialektisch-methodologischen Sinn als eine »Bewegung von Nichts zu Nichts«¹⁷ begriffen werden, die als zeitlose Instanz in der Erkenntnisstruktur des Subjekts begründet liegt. Die doppelte Negation des Unbewussten intendiert keinen tiefenpsychologischen Nihilismus, sondern intendiert eine Negation des selbstverständlich vorhandenen, positivistisch »Normalen«, das auch Teil des Pathologischen ist. Die daraus resultierende intrapsychische Dialektik kennzeichnet den psychoanalytischen wie den psychotherapeutischen Prozess als einen Prozess der Entwicklung und Veränderung. Daraus kann gefolgert werden, dass die intrapsychische Dialektik im psychotherapeutischen Prozess sowohl Abgrenzung von einer konventionellen Charakterlehre oder biosozialen Lebenspsychologie¹⁸ als auch Selbstbegründung ermöglicht.

Die Annahme, dass das Individuum und nicht die Methode das Zentrum einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung¹⁹ ist und bleiben muss, ermöglicht nicht zuletzt auch eine Abgrenzung von kurativen Behandlungsverfahren. Der Ort der Veränderung und damit auch der persönlichen Freiheit hat seine genetische Fundierung an den Schnittstellen zwischen Psyche und Soma, den unbewussten und intrapsychischen Vorgängen. Diesen Ort als persönlichen Lebensraum der Patientin auch im therapeutischen Prozess zu respektieren, ist nur dann möglich, wenn diese Schnittstellen nicht durch metapsychologische Zusammenhänge verschleiert werden.²⁰

Anmerkungen

- 1 Ritter, J. (1995): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Artikel Psychotherapie.
- 2 Zu ihrer Begriffsklärung und Geschichte: Vgl.: A. Finzen, U. Hoffmann-Richter (1995); zu ihren Anfängen in der Wiener Psychiatrie bei Krafft-Ebing, vgl.: E. Gabriel (1999).
- 3 U. Hoffmann-Richter (1995), S. 13.
- 4 Galt um die Jahrhundertwende als Modekrankheit Hysterie bzw. Neurasthenie,

- so war in den frühen 80ern besonders populär auch ausserhalb des therapeutischen Diskurses das Krankheitsbild des Narzissmus. Vgl. u. a. zum Narzissmus-Begriff: Ch. Lasch (1979). Die Verschiebung zur Modekrankheit in den 90er Jahren, den »Persönlichkeitsstörungen«, zeigt bereits an der Terminologie eine reduktionistische Sichtweise der Persönlichkeit. Vgl. dazu weiter u. a.: Dornes, M. (1999), Kernberg, O.F. (1999), Reimann, R. (1999), Honneth, A. (2000).
- 5 Vgl.: M. Ertl (1999), S.232ff. Den Krankheitsbegriff positivistisch zu begreifen und anhand körperlicher (wie Schlafstörungen, Bettnässen, etc.) oder psychischer Symptome (wie Lernstörungen, Phobien, Depressionen etc.) zu erörtern, verlangt nach Allianzen zwischen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Verfahren, die bis in die Gegenwart reichen. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf Debatten in den 70er und 80er Jahren: C. H. Bachmann (Hg.) (1972), L. Wittmann (1981) u. P. Wachtel (1981).
- 6 Vgl. u. a.: H. Reiche (1999). Für die daraus resultierende Debatten über die Bedeutung von Intersubjektivität und die Dimensionen der Anerkennung im therapeutischen Prozess vgl. u. a.: Honneth, A. (2000).
- 7 In meinem abgeschlossenen unveröffentlichten Forschungsprojekt »Psychiatrie und Geschlecht« (2000) habe ich anhand der historischen Fachliteratur nachgewiesen, dass unter diesen Prämissen die Interpretationsachsen der Geschlechterverhältnisse durch das Paradigma der Verdinglichung oder durch ästhetizistische, neoromantische Schöpfungsfantasien bestimmt wurden. Vgl. auch: B. Keintzel (1999).
- 8 Auf diesen Gender-Aspekt hat unter anderem M. Springer-Kremser (2001) hingewiesen. Strukturelle Probleme in der Patient-Analytiker-Interaktion und daraus resultierende Grenzen thematisiert O. F. Kernberg (1995 u. 1999). H. Deserno hat auf den strukturellen Unterschied zwischen intrapsychischen Prozessen und sozialen Beziehungen hingewiesen. Die Missachtung dieser Grenze führt dazu, die Analyse als Arbeitsbündnis zu interpretieren, die zu einem Einfallstor unhinterfragter sozialer, an Leistungsbegriffen orientierten Konventionen werden kann: »Letztendlich wird damit der Übertragungsbegriff vereinfacht und an geltende Beziehungsnormen angeglichen.« H. Deserno (1990, i. bes.: S. 39; Zitat leicht verändert).
- 9 I. Kant (1781), Kritik der reinen Vernunft, BXVI, (Zitat leicht verändert).
- 10 S. Freud (1923), Das Ich und das Es: »Die Psychoanalyse ist ein Werkzeug, welches dem Ich die fortschreitende Eroberung des Es ermöglichen soll.« S. 322.
- 11 Zum Primitivismus-Paradigma und ihrem Stellenwert in der Moderne verweise ich auf kunstgeschichtliche und ethnologische Debatten, u. a.: G. Hauck (1990), W. Rubin (1984) u. R. Wedewer (2000): Analog kann dazu gefolgert werden, dass auch die Implikationen des Primitivismus-Begriffs in der psychotherapeutischen Methodik einer ideologiekritischen Analyse bedürften.
- 12 Aufschlussreich in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Differenzierung zwischen »gut« und »böse« im psychotherapeutischen Diskurs zu einer Zeit verstärkt rezipiert wurde, in der auf der realen Ebene der »Kalte Krieg« die politische Landschaft dominiert hat. Die damit verbundene Polarisierung zwischen »guter« und »böser« Welt schuf epistemologische Unklarheiten, die letztendlich sich in der Interpretation der intrapsychischen Welt als mutmaßliche Repräsentanz für gute und böse Objekte wiederfinden.
- 13 Vgl.: R. Gross (2001)
- 14 Vgl. u. a. J. Gedo (1998)
- 15 Vgl. u. a. R. Krause: Kurative Aspekte in der Psychoanalyse. Vortrag am 1. 12. 2000 an der Universität Wien; H. Deserno (1990), Kap. 3: Konvention und Übertragung, S. 35-49.

- 16 Vgl. dazu weiter: Dreher, A. U. (1988)
- 17 Hegel, G. W. F. (1832-1845), Wissenschaft der Logik: »Das Werden im Wesen, seine reflektierende Bewegung, ist daher *die Bewegung von Nichts zu Nichts und dadurch zu sich selbst zurück.*« S. 24.
- 18 Begriffliche Defizite zeigen sich i. b. in bio-sozialen Theoriebildungen durch biologisch-normatives Geschlechtermodell. Vgl. u. a. Wilson, E. (1998), S. 228.
- 19 Im Besonderen hat die Debatte um den Stellenwert des Subjekts für den therapeutischen Prozess Auswirkungen auf die Interpretation der Bedeutung des Unbewussten und der Vergangenheit. Sie führt auch zur epistemologischen Fragestellung, ob die Bewusstseinsstruktur primär diadisch oder triadisch bestimmt ist. Vor allem aus psychoanalytischer Sicht werden diese Fragestellungen sehr kontrovers diskutiert. Vgl. u. a. Kernberg, O. F. (1995, 1999), Gedo, J. (1998), Dornes, M. (1999), Reiche, R. (1999), Honneth, A. (2000).
- 20 Nützliche Anregungen zur Gestaltung des Artikels bezog ich aus Diskussionen im Rahmen des Symposiums Traum, Logik und Geld, das vom 18. – 21. Oktober 2000 an der Universität Wien stattfand. (Konzept: Ulrike Kadi, Brigitta Keintzel, Helmut Vetter).

Literatur

- Bachmann, Claus Henning (Hg.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Fischer, Frankfurt a. M. 1972.
- Deserno, Heinrich: Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Kritik eines Konzepts. Fischer, Frankfurt a. M. 1994 (1990).
- Dornes, Martin: Das Verschwinden der Vergangenheit, in: Psyche 6 (1999), 530-571.
- Dreher, Anna Ursula: Empirie ohne Konzepte? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung. Verlag Internationale Psychoanalyse Stuttgart 1988.
- Ertl, Michael: Kommunikation, ein Wert in der Psychiatrie, in: Keintzel, B. u. Gabriel E. (Hg.): Gründe der Seele. Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Picus Wien 1999, 231-251.
- Finzen, Asmus, Hoffmann-Richter, Ulrike (Hg.): Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik mit Texten. Psychiatrie Verlag Bonn 1995.
- Freud, Sigmund: Das Ich und das Es, in: Studienausgabe, Bd. III (Psychologie des Unbewussten). S. Fischer Frankfurt/M. 1994 (1923).
- Gabriel, Eberhard: Zur Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie in Wien im 20. Jahrhundert – Eine psychiatriegeschichtliche Einführung zu ihrer Entwicklung um die Jahrhundertwende, in: Keintzel, B. u. Gabriel E. (Hg.): Gründe der Seele. Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Picus Wien 1999, 15-28.
- Gedo, John: Überlegungen zur Metapsychologie, theoretische Kohärenz zur Hermeneutik und Biologie, in: Psyche 9/10 (1998), 1014-1042.
- Gross, Rainer: Sozialpsychiatrische Konzepte in der psychoanalytischen Psychotherapie, in: Keintzel, B., Ertl, M., Wagner, R. P. (Hg.): Psychotherapie. Zugänge und Probleme seit Freud. Turia+Kant Wien 2001 (Druck i. Vorb.).
- Hauck, Gerhard: Odysseus, Okonkwo und die »primitive Gesellschaft« der Soziologen, in: Kohl, K.-H., Muszinski, H. u. Strecker, I. (Hg.): Die Vielfalt der Kultur. Ethnologische Aspekte von Verwandtschaft, Kunst und Weltauffassung. Ernst Wilhelm Müller zum 65. Geburtstag. Dietrich Reimer Verlag Berlin 1990, 517-535.
- Hegel, G. W. F.: Wissenschaft der Logik, Bd. II, in: G. W. Hegel: Werke in 20 Bänden, hier Bd. 6, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1986 (1832-1845).

- Hoffmann-Richter, Ulrike: Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise?, in: Finzen, A, u. Hoffmann-Richter, U. (Hg.), a. a. O., 11-27.
- Honneth, Axel: Objektbeziehungstheorie und postmoderne Identität. Über das vermeintliche Veralten der Psychoanalyse, in: *Psyche* 11 (2000), 1087-1109.
- Kant, Immanuel: Kritik der reinen Vernunft. Verlag Philipp Reclam jun., Leipzig: 1979 (1781).
- Keintzel, Brigitta: Psychiatrie und Geschlecht – Methodologische und philosophisch-geschichtliche Aspekte zum Forschungsprojekt. In: Lutter, Ch., Menasse-Wiesbauer, E. (Hg.): *Frauenforschung, feministische Forschung, Gender Studies. Entwicklungen und Perspektiven.* (=Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Bd. 8). bm:vw, Wien 1998, 213-224.
- Keintzel, Brigitta: Psychiatrie und Geschlecht. Die Zeiten der Psyche und die Transformationen der Geschlechter. Paradigmen in Psychiatrie, Psychoanalyse und Kulturtheorie (1830-1930). Unveröffentlichter Forschungsbericht des bm:bwk, Wien 2000.
- Kernberg, Otto F.: Übereinstimmungen und Unterschiede in der zeitgenössischen Technik, in: Bell, K. & Höhfeld, K.: *Psychoanalyse im Wandel.* Psychosozial Verlag Giessen 1995, 153-176.
- Kernberg, Otto F.: Plädoyer für eine »Drei-Personen-Psychologie«, in: *Psyche* 10 (1999), 878-893.
- Lasch, Christopher: *Das Zeitalter des Narzißmus.* Hoffmann und Campe Hamburg 1995 (1979).
- Reiche, Reimut: Subjekt, Patient, Aussenwelt. In: *Psyche* 6 (1999), 572-596.
- Ritter, Joachim, Gründer, Karlfried (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie.* Bisher 9 Bände. Schwabe&Co AG, Basel 1971-1995.
- Rubin, William (Ed.): *Primitivismus in der Kunst des zwanzigsten Jahrhunderts.* Prestel, München 1984.
- Springer-Kremser, Marianne: Gender-Aspekte in Psychiatrischer Klinik und Forschung, in: Keintzel, B., Ertl, M., Wagner, R. P. (Hg): *Psychosentherapie. Zugänge und Probleme seit Freud.* Turia+Kant, Wien 2001 (Druck i. Vorb.).
- Wachtel, Paul: *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration.* Klett Cotta Stuttgart 1981.
- Wittmann, Lothar: *Verhaltenstherapie und Psychodynamik.* Beltz Weinheim u.a. 1981.
- Wedewer, Rolf: *Form und Bedeutung. Primitivismus Moderne Fremdheit.* Verlag der Buchhandlung Walther König Köln 2000.
- Wilson, Edward O.: *Die Einheit des Wissens.* Goldmann Berlin 1998.

Gute psychiatrische Pflege und die Zuschreibung von »Dirty Work«

■
Ulrike Hoffmann-Richter im Gespräch
mit Valerie Keller, Psychiatrieschwester

Zusammenfassung

Die Soziologie ging der Metaphorik der »schmutzigen« Arbeit (»dirty work«) als Bezeichnung für negativ oder ambivalent besetzte Aspekte der Arbeit nach. Nur wenige Autoren versuchten, sie deskriptiv oder theoretisch zu fassen, u. a. im Kontext medizinischer – und speziell psychiatrischer – Arbeit. Die negative soziale Repräsentation psychiatrischer Tätigkeiten wird in den Medien vertieft. Psychiatrisch Tätigen wird einerseits mangelnde Aufsichtspflicht unterstellt, wenn psychisch Kranke Straftaten begangen haben. Andererseits wird ihnen Gewaltanwendung und Einschränkung der Freiheit vorgeworfen, wenn Kranke gegen ihren Willen behandelt werden. Valerie Keller ist mit dieser Diskussion vertraut und aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Erfahrung kompetent im Umgang mit schwierigen und scheinbar ausgeweglosen Situationen: Sie ist 39 Jahre alt, seit 18 Jahren als Psychiatrie-Schwester tätig. Davon hat sie 13 Jahre auf einer geschlossenen Akutstation gearbeitet und ist derzeit stellvertretende Abteilungsleiterin der Pflege. Das Interview bezieht sich auf die eingangs skizzierten Ausführungen über »dirty work«.

»Dirty work«

Die erste wissenschaftliche Beschreibung der »Drecksarbeit« bezog sich auf die verachtenden und grausamen Methoden der SS, Juden, Sinti und Roma und politisch Unliebsame zu töten. Hughes machte in der Darstellung der Deutschen nach dem Krieg Rechtfertigungen aus, die darauf hinausliefen, dass die Täter im Grunde keine schlechten Menschen gewesen seien, sondern einfach eine unliebsame Arbeit übernommen hätten (Hughes 1993). Mit dieser strikten Trennung zwischen Person und Tat ist fast jede Handlung moralisch zu rechtfertigen.

Emerson und Pollner fassten das, was in psychiatrischen Notfallteams der 70er-Jahre in gemeindepsychiatrischen Kliniken im Süden Kaliforni-

ens getan werden musste, nicht nur als unliebsam und moralisch verwerfbar bzw. zweifelhaft. Sie erkannten, dass solcher Art Tätigkeit dem Selbstverständnis der psychiatrisch Tätigen zuwiderlief. Möglicherweise liege dies nicht oder nicht alleine an der Arbeit als solcher, sondern an der Zuschreibung: Als »schmutzig« verstanden würden Handlungen, mit denen (vermeintlich) nichts Therapeutisch ausgerichtet werden könne – und noch Hand an die Kranken gelegt werde, d. h. Zwang ausgeübt. Als problematisch betrachteten Emerson und Pollner nicht zuletzt die Selbstzuschreibung der psychiatrisch Tätigen (1975): Das was sie täten, sei schmutzig, moralisch anrühlig, unangenehm, unbefriedigend. Vor allem aber entspreche es nicht dem, was sie sich selbst unter ihrer Berufstätigkeit vorstellten.

Demgegenüber versuchten Strauss und andere in ihrer umfangreichen Studie über »die soziale Organisation medizinischer Arbeit« (1985/1997) eine deskriptive und erste theoretische Systematik von »dirty work«: Sie allein als unliebsam und moralisch anrühlig zu beschreiben, greife zu kurz. Es gebe durchaus verschiedene Formen oder Kategorien von »Schmutzarbeit«. Die Zuschreibung sei von der jeweiligen Tätigkeit und vom Karrierestatus der Betroffenen abhängig. In gewissen Situationen genüge es, wenn eine Tätigkeit zu wenig herausfordernd sei; zu viel Stress bereite und erschöpfe. Art und Ausmaß von realem Schmutz oder metaphorisch moralisch Verwerfliches zähle dazu. Die Anrühligkeit oder Zweifelhaftheit reiche durchaus schon, um eine Tätigkeit als »schmutzig« zu erleben. Die Verbindung unterschiedlicher Zuschreibungen von Schmutz habe zusätzlich Gewicht. Das Ausmaß, in dem solche Arbeit mit der aktuellen Tätigkeit verbunden sei; die Vorerwartung und die nachträgliche Reaktion spiele eine Rolle. Ob die Institution das Ausmaß an »Schmutzarbeit« eher einschränke oder befördere und die Möglichkeiten, Art und Ausmaß selbst zu beeinflussen seien relevant. Schließlich könne die Beurteilung im Laufe der Tätigkeit variieren. Und die Bereitschaft, solche Tätigkeiten zu übernehmen sei von allen genannten Faktoren abhängig (Strauss et al. 1997/246ff).

Diese Beschreibung geht über die Selbst-Zuschreibung hinaus. Sie stellt den Bezug zu sozialen Gegebenheiten und allgemein verbreiteten Erwartungen an eine bestimmte berufliche Tätigkeit her. Um beurteilen zu können, ob und in welcher Weise so erlebte Arbeit »schmutzig« ist, muss sie also genauer betrachtet und zum jeweiligen Status, zur Institution etc. in Bezug gesetzt werden. Das erfordert genaues Hinsehen und damit das Gegenteil dessen, was im Alltag mit (vermeintlich) »schmutziger« Arbeit geschieht: sie möglichst schnell hinter sich zu bringen, am besten ohne lange nachzudenken. Hinsehen und Nachdenken aber würden ermöglichen, zwischen tatsächlich moralisch anrühlicher Tätigkeit – oder der Art, sie auszuüben – und sinnvoll und notwendiger Tätigkeit zu unterscheiden.

Beispiele für Tätigkeiten, die in der psychiatrischen Pflege als »schmutzig« betrachtet werden sind Waschen, Untersuchen, Versorgen und Pflegen von verwehrlosten Patienten, die sich beispielsweise wochenlang weder gewaschen noch die Kleider gewechselt haben; in die Kleider uriniert oder gekotet haben. Dazu gehört auch die Versorgung eiternder Wunden inmitten von Schmutz und Kot oder die Pflege schwerst Alkoholisierter. Als »schmutzig« wird unter Umständen die Anwendung von Zwang oder Gewalt erlebt wie Einschließen in ein Isolierzimmer; Festhalten und Medizieren ohne Einverständnis des Patienten. Bei alledem geht es um Eingriffe in die Intimsphäre wie Kleider und Gepäck durchsuchen (nach Medikamenten, Drogen, verletzenden Gegenständen); Patienten beim Geschlechtsverkehr überraschen.

In der Öffentlichkeit wird psychiatrische Tätigkeit bis heute allzu häufig gleichgesetzt mit Gewaltanwendung oder Behandlung wider Willen (Hoffmann-Richter 2000). Hinsehen und Nachdenken findet nicht statt. Medienwirksam sind überwiegend Straftaten psychisch Kranker. Sie sind selten, erhalten aber durch die Berichterstattung ein Übergewicht in der Vorstellung der Verhaltensweisen von Kranken. Häufig wird dann der Vorwurf laut, »die Psychiatrie« habe ihre Garantspflicht verletzt oder die Gefahr nicht erkannt, die mit einer Entlassung verbunden wäre: Sie habe fahrlässig die Türen geöffnet. Umgekehrt wird argumentiert, wenn Kranke auf Einweisung oder Behandlung wider Willen aufmerksam machen. Sie stellen sich als ungerecht behandelt dar und fordern für sich Autonomie und Freiheit, wie dies jedem mündigen Bürger zustehe. Noch bevor eine sorgfältige Prüfung stattgefunden hat, kommt dann der Vorwurf auf, »die Psychiatrie« entmündige ihre Kranken oder behandle sie wie Straftäter. In beiden Fällen wird nicht diskutiert, welche Vorbedingungen gegeben waren; inwieweit Prognosen menschlichen Verhaltens möglich sind und was Verhältnismäßigkeit von Fürsorge, Behandlung – notfalls auch wider Willen – und die Einschränkung der Urteilsfähigkeit bedeuten. Es entsteht der Eindruck, dass es Aufgabe »der Psychiatrie« sei, sich um die Problemgruppe von Bürgerinnen und Bürgern zu kümmern, die sich nicht an die Regeln alltäglichen Verhaltens hält oder halten kann. Dies soll am besten still und unbemerkt geschehen, sodass die übrige Bevölkerung der Auseinandersetzung mit jenen Fragen enthoben ist.

Asmus Finzen sprach mit Hans Joachim Haug, Adrienne Beck und Daniela Lüthi im Zusammenhang mit der Basler Studie aus dem Jahr 1993 von »Hilfe wider Willen«. Psychiatrische Tätigkeit stehe »zwischen Hilfe und Gewalt«: Die Psychiatrie habe eine Doppelfunktion. Zum einen sei es ihre Aufgabe, den Klienten zu helfen; zum anderen aber, die Repräsentanten der Ordnungsgesellschaft vor den Kranken zu schützen, sie von ihnen zu entlasten. Werde die helfende Funktion verleugnet, führe dies zur Kri-

tik an der Psychiatrie als Institution der Gewalt; werde die Ordnungsfunktion verleugnet, habe dies die Verklärung psychiatrischer Einrichtungen als »Krankenhäuser wie alle anderen auch« zur Folge. Die Erklärung für die in ihrer Vielfalt doch einheitliche Reaktionsweise der Einschließung, Ausschließung oder Gängelung psychisch Kranker sei ebenso einfach wie brutal. Abweichendes Verhalten, das als psychisch krank definiert werde und irgendwo zwischen »gewöhnlicher« Krankheit und Kriminalität eingeordnet, werde von der Bevölkerung, den Angehörigen, Ordnungshütern, Gesetzemachern und sogar den Kranken selbst eben genau so erlebt. Die andere – differenziertere Sichtweise psychiatrisch Tätiger sei Ergebnis eines langen Sozialisationsprozesses.

Auf der anderen Seite sei auch die übrige Medizin keineswegs gewaltfrei. Chirurgen wie Internisten hätten sich lange Zeit sehr schwer damit getan, dass Juristen ihre Eingriffe in die Körpersphäre der Kranken als Körperverletzung klassifizierten, solange keine Zustimmung der Kranken selbst vorliege. Was die übrige Medizin von der Psychiatrie unterscheide sei die Tatsache, dass sie in aller Regel auf die aufgeklärte Zustimmung ihrer Patienten zurückgreifen könne... »und der Vertrauensvorschuss, auf den unsere Kollegen von der somatischen Medizin selbstverständlich zurückgreifen können, wird uns nicht gewährt. Uns wird nicht ohne weiteres abgenommen, dass wir bei einem Kranken, der zeitweilig nicht über sich selbst bestimmen kann, in dessen Sinne handeln würden. Dies hängt mit einem abgrundtiefen, lang überlieferten Misstrauen gegenüber unserem Können zusammen«. Die traditionelle Vorstellung, ein guter Arzt sei auch ein guter Mensch, sei überdies gebröckelt. Das Bild vom Psychiater und der Psychiatrie hänge eng mit der zweiten Aufgabe, der Ordnungs- und Schutzfunktion zusammen. Aber das Dilemma »zwischen Hilfe und Gewalt« ist nicht auflösbar (2000).

Erving Goffman, der Kritiker »totaler Institutionen«, der ihre Funktionsweise und die Auswirkungen auf die »Insassen« am Beispiel psychiatrischer Kliniken Ende der 50er-Jahre in den USA beschrieben hat, beschließt die »Asyle« mit einem Teil zum ärztlichen Berufsmodell und der psychiatrischen Hospitalisierung. Trotz den damals unvergleichlich anderen Verhältnissen in psychiatrischen Kliniken als heute sieht Goffman psychiatrische Tätigkeit in einem Dilemma. Er schreibt: »Auch will ich ... nicht behaupten, ich wüsste einen besseren Weg mit Menschen, die als Geistesranke bezeichnet werden, umzugehen. Es gibt in unserer Gesellschaft nicht deshalb Heilanstalten, weil Aufseher, Psychiater und Pfleger einen Arbeitsplatz brauchten; es gibt sie deshalb, weil eine Nachfrage nach ihnen besteht. Wenn heute alle Heilanstalten eines bestimmten Gebietes geleert und geschlossen würden, dann würden morgen Verwandte, Polizisten und Richter den Ruf nach neuen Anstalten anstimmen. Und sie, die in Wahrheit die

Klienten der Heilanstalten sind, würden nach einer Institution verlangen, die ihre Bedürfnisse befriedigt...« (1961/1973, S. 365).

Gute psychiatrische Pflege

Du hast sicher eine Vorstellung, wie gute psychiatrische Pflege aussieht.

In der psychiatrischen Pflege steht die Beziehung im Mittelpunkt. Vertrauen kann hergestellt werden, und der Patient oder die Patientin wird in ihrem Leiden ernst genommen. Gute psychiatrische Pflege ist meiner Meinung nach jedoch immer eine individuelle Pflege, die auf den einzelnen Menschen in seiner momentanen Situation eingeht. Es gibt für mich nicht *die* Pflege. Jeder Pflegenden ist ein Individuum, und jede Patientin ist ein Individuum. Dies ist für mich etwas ganz Wichtiges. Nur so ist Echtheit (Kongruenz) in der Beziehung möglich.

Was gehört für dich auf jeden Fall zu einer guten psychiatrischen Pflege, und was gehört sicher nicht dazu?

Dazu gehören Einfühlungsvermögen, Interesse am Gegenüber, das Bemühen um Sicherheit, Vermeiden von Gefahren und dergleichen. Wichtig ist auch die Abgrenzung: Ich muss mir dessen bewusst sein, was ich bewirken kann und nicht das Gefühl haben, dass ich diesen Menschen nun völlig heilen könnte. Ich muss meine Grenzen kennen.

Abgrenzung kann vieles bedeuten. Könntest du dazu ein Beispiel erzählen: Was kannst du erreichen? Und mit welchen Mitteln?

Mit fällt eine suizidale Patientin ein, der ich sagen kann, ich verstehe, wo sie steht oder was ihre Probleme sind. Aber ich kann ihre Hoffnungslosigkeit nicht teilen. Ich kann also nicht in ihre Hoffnungslosigkeit hineingehen und quasi mit ihr dasitzen und weinen. Ich muss die andere Seite vertreten – und das kann ich auch –, dass es Wege aus der Depression gibt. Es ist eine Krankheit, die behandelt werden kann. Mein Mitgefühl kann nicht so weit gehen, dass ich selbst in ihrer Problematik stecke.

Worauf muss man bei der Sicherheit achten? Was ginge zu weit? Eine zwiespältige Verhaltensweise ist m. E. die Isolierung von Kranken, die suizidal werden.

Ich habe schon Situationen erlebt, in denen es wirklich nicht anders ging, als sie zu isolieren. Als *die* Lösung sehe ich sie nicht. Ich habe aber auch Mühe mit einer völlig lückenlosen Betreuung oder schon Bewachung. Ich denke, dass ich damit die Patientin noch mehr dazu bringe, eine Lücke zu finden, um sich etwas anzutun. Trotz allem finde ich es wichtig, dass die

Patientin selbst noch eine gewisse Verantwortung behält. Das ist natürlich sehr heikel.

Fällt dir dazu jemand ein?

Kürzlich hatten wir eine Patientin, die zwei Suizidversuche auf der Abteilung gemacht hat. In diesem Moment, haben wir wirklich gesagt, jetzt darf nichts mehr passieren. Es muss immer jemand bei ihr sein. Die Patientin wies darauf hin, dass sie nicht gehört wurde, wenn sie sagte, es gehe ihr schlecht. Es sei dann nicht sofort jemand da, der für sie schaue. Die Idee des Arztes war, ihr ein Kärtchen zu geben, auf das sie SOS schrieb. Dieses Kärtchen konnte sie dann abgeben, wenn sie einen Suizidimpuls hatte. Sobald sie das abgab, lag die Verantwortung bei den Pflegenden. Solange das Kärtchen bei der Patientin war, hieß das – und dafür gab sie ein Versprechen ab –, dass sie die Situation im Griff hatte. Wir konnten spüren, dass es so gut klappte. Die Patientin war stolz auf ihr Kärtchen. Trotzdem haben wir nicht gesagt, sie hat ihr Kärtchen, jetzt brauchen wir uns nicht mehr um sie zu kümmern.

Wie habt ihr die Entscheidung vorbereitet, die Suizidwache aufzuheben?

Das haben wir im ganzen Behandlungsteam (Assistenzarzt, Oberarzt) und mit den Bezugspersonen angeschaut.

Behandlung wider Willen als notwendiger Bestandteil?

Du hast betont, dass gute Pflege etwas mit der individuellen Seite sowohl von den Pflegenden als auch von den Patienten zu tun hat. Dazu gehört auch, dass Situationen eskalieren können oder dass jemand ins Isolierzimmer verlegt oder gegen seinen Willen gespritzt werden muss. Denkst du, dass das auch zur guten Pflege gehört? Oder ist dies quasi ein Ausrutscher?

Nein, das gehört schon auch zur guten Pflege. Ein Teil der Pflege besteht ja darin, das Bedürfnis des Patienten stellvertretend wahrzunehmen; Verantwortung für ihn zu übernehmen. In solchen Extremsituationen – davon bin ich überzeugt – kann der Patient seine eigenen Bedürfnisse nicht mehr wahrnehmen und dann nicht mehr wissen, was das Beste für ihn ist, das dann von den Pflegenden übernommen werden muss. Er hat ein Anrecht darauf, dass wir diesen Teil für ihn in solchen Momenten übernehmen, weil er ja selbst nicht mehr in der Lage dazu ist. Es wäre schlimm, wenn wir ihm diese Hilfe verweigerten. Es gab vor Jahren eine Tagung mit dem Thema: Gibt es ein Recht auf Zwang? Diese Frage war mir immer sehr präsent.

Du würdest Zwang an sich nicht als eine unangenehme oder doch problematische Seite der Pflege sehen, sondern eher die Art, wie Zwang ausgeübt wird?

Notwendige Voraussetzung ist, dass alle Beteiligten die Situation gleich einschätzen. Sie müssen denselben Standpunkt vertreten können. Alle müssen die nötigen Informationen über die bisherigen Vorkommnisse haben, sodass die richtigen Maßnahmen gemeinsam getroffen werden können. Lediglich Ausführende zu sein, finde ich sehr problematisch. Ich halte die gemeinsame Vorbereitung und die gemeinsame Haltung für unabdingbar. Die Patientin braucht die Behandlung, die gegen ihren Willen durchgeführt wird, obwohl niemand gerne Zwang ausübt. Die abgesprochene Maßnahme ist in diesem Augenblick die richtige Behandlung und die richtige Pflege.

Kannst du ein Beispiel dafür erzählen, wie es gelungen ist, mit jemandem in einer schweren Situation umzugehen?

Ich erinnere mich an einen katatonen Patienten, der mit Worten nicht mehr erreichbar war, der weder aß noch trank, der sich aber in seinem Wahnsystem befand, und wahnsinnig Angst hatte. Ihn mussten wir mit sechs, sieben Leuten halten und eine Spritze machen. Selbst hatte ich nicht viel mit ihm zu tun, aber im Team die Szene mitbekommen. Häufig müssen dann die Schwestern die Spritze machen und die starken Männer den Patienten halten.

Ist es unangenehmer, die Spritze zu machen?

Ich finde schon. Ich mache sie nicht sehr gerne, wobei die Situation sehr unterschiedlich sein kann. Dort sagte ich, dass es mir nicht so drum sei. Ich wäre eigentlich froh, wenn es jemand anders machen könnte. Es war dann aber niemand anderes da. Es war auch kein Problem. Am Grässlichsten finde ich, wenn ich die Spritze machen soll und sich das Medikament vor lauter Anspannung der Muskulatur fast nicht hineinspritzen lässt. Dieser Patient damals war schließlich trotz seines Zustandes erstaunlich entspannt.

In der Soziologie wird der Begriff der Drecksarbeit für Tätigkeiten im Beruf herangezogen, die Widerstreben auslösen. Vorhin hast du gesagt, dass es darauf ankommt, wie vorgegangen wird, wenn gegen den Willen des Patienten gehandelt werden muss. Nur in dieser Situation, welche du beschrieben hast, gibt es ja keine Wahl.

Für mich ist es wichtig, dass ich sagen kann, wenn mir die Aktion – z. B. die Spritze – schwer fällt. Ich erwarte, dass ich das aussprechen kann, und dass ich gehört werde. Kommentare wie, ›du bist jetzt schon 20 Jahre da und hast noch ein Problem damit‹, halte ich für unpassend. Niemandem

geht es alle Tage gleich gut. Das wissen alle. Es macht niemandem Spaß, Zwang auszuüben oder jemanden gegen seinen Willen zu spritzen. Dies zu wissen, ist eine Erleichterung. Das ist für mich eine Grundvoraussetzung. Ich erinnere mich, dass das früher recht anders war. Als ich noch in der Ausbildung war, machte das zwar auch niemand gern. Aber die Devise war, die Lernschwestern müssen das lernen. Die Älteren sagten, »du musst das lernen, also musst du es jetzt machen«. So wurden die Tätigkeiten, die niemand gerne tat, delegiert, mit der Begründung – »du musst das lernen. Das gehört zum Beruf. Du machst das am besten jetzt«. Im Vergleich zu damals erlebe ich den Umgang heute als großen Fortschritt. Ich würde keine Schülerin und keinen Schüler zwingen und sagen, »du musst das gemacht haben«. Am schlimmsten finde ich, wenn solche Handlungen mit Macht ausgeübt oder delegiert werden. Dann wird der oder die Schwächste herangezogen, die sich am wenigsten wehren können.

Macht ausüben

Patienten sprechen ab und zu davon, dass sie dieses Vorgehen als Machtausübung erleben.

Solche eine Aktion hat schon mit Machtausübung zu tun. Am besten ist, wenn man dazu steht und sagt: Das ist so. Es gibt Gründe für dieses Handeln. Das zu vertuschen wäre viel grässlicher. Die Patienten können das Vorgehen im Moment nicht einsehen, aber auf lange Sicht können sie oft den Sinn erkennen.

Vielleicht ist das Bild mit dem Kärtchen ganz nützlich. Wie kann ich herausfinden, wann ich diese Verantwortung für jemand anderen übernehmen muss?

Da gibt es zuerst einmal die Orientierung am Recht: an der Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung. Diese beiden Gründe gelten. Eine Zwangsmedikation wird nur durchgeführt, wenn der Patient an seinem Leben bedroht ist. Darauf läuft es immer hinaus. Die Behandlungsbedürftigkeit allein steht schon auf der Kippe. Bei vielen Patientinnen und Patienten sagen wir, sie hätten dringend Medikamente nötig. Es würde ihnen damit sehr viel besser gehen. Aber die Kriterien sind nicht gegeben, dass wir sie ihnen gegen ihren Willen verabreichen könnten. Ihre Krankheit verlängert sich. Aber so kann eine Vertrauensbasis entstehen, sodass der Patient oder die Patientin freiwillig auf eine Behandlung eingeht. Ich halte es für sehr wichtig, dass Patienten die Erfahrung machen können, sie können bei uns eintreten, ohne gezwungen zu werden, Medikamente einnehmen zu müssen. Sie werden austreten, um später wieder zu kommen.

Die Rücksicht auf die eigene Tagesverfassung in der Pflege hat – so hoffe ich – auch eine Vorbildfunktion: Wenn ich auf mich selbst horche, können Patienten annehmen, dass sie das auch dürfen. Und wenn sie es nicht können, könnten sie es von den Pflegenden lernen. Ich selbst habe immer wieder Phasen, in denen ich Zwangsmaßnahmen schlechter ertrage und weniger nahe dran bin.

Überschreiten der Intimsphäre

Dieser Respekt vor der Intimsphäre der Anderen wird durch die Behandlung gegen den Willen durchbrochen – durch Gewalt, Festhalten, Isolieren und Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedizieren. Wie beurteilst du Eingriffe wie Gepäck ansehen, Kleider kontrollieren? Oder wie ist das im Park, wenn ein Pfleger mit einem Patienten in den Ausgang geht und er weglaufen möchte?

Auch das Durchsuchen von Sachen ist etwas Unangenehmes. Dabei dringe ich in die Privatsphäre der Patientin ein. In dieser Situation hilft es mir, wenn ich mich auf die Institution berufen kann und sagen, ›aus Sicherheitsgründen muss ich schauen, was die Leute dabei haben. Die ungefährlichen Sachen können sie behalten; die anderen bleiben bei uns‹. Meistens erlebe ich, dass die Leute dafür Verständnis haben.

Mir ist aufgefallen, dass die unangenehmen Dinge diejenigen sind, die eine Überschreitung der üblichen Intimsphäre bedeuten. Entsteht der Eindruck, dass diese unangenehme Seite eher bei der Pflege bleibt, und dass die Ärzte fein raus sind?

Ich habe diesen Eindruck eigentlich nicht.

Ich denke, dass der manchmal nötige Eingriff in die Intimssphäre mit der Nähe bzw. Distanz zu den Kranken in Beziehung steht. Ihr seid diejenigen, die den Patienten am nächsten sind, was für die ärztliche Arbeit nicht gleichermaßen gilt. So seid ihr öfter mit Situationen konfrontiert, in denen es zu überlegten oder zu unüberlegten Übergriffen kommt, wenn Patienten so psychotisch sind, dass sie einen verletzen oder in irgendeiner Form angreifen; Verhaltensweisen, die wir üblicherweise nicht tolerieren würden. Ich sehe mich in meiner Rolle als Schwester oder Angestellte dieser Klinik, wenn ich angepöbelt oder berührt werde. Pöbeleien oder Ähnliches bringen mich nicht aus dem Gleichgewicht. Die kann ich relativieren. Die massiveren Tätlichkeiten, wirklich tätliche Angriffe sind selten. Bei solchen Vorfällen kommt es sehr darauf an, wie das Umfeld reagiert. Bemerkungen wie, ›das gehört halt zu deinem Beruf, quasi, das ist halt so, mit dem

musst du leben«, sind schwer zu ertragen. In der einzigen bedrohlich tätlichen Situation mit einem Patienten, die ich selbst erlebt habe, habe ich mit dem Team solche Äußerungen zu hören bekommen. Andere »wussten«, wie wir hätten reagieren sollen. Selbstkritik hat schon ihren Platz. Aber irgendwann mussten wir die aktuelle Situation als gegeben annehmen. Wir konnten nicht mehr groß überlegen, was zu tun sei. Wenn ich als Person angegriffen werde ist das etwas anderes, als wenn der Angriff der Institution gilt. Im Beruf, in der Arbeit mit dem Team, in der Zusammenarbeit ist für mich maßgeblich, wie die Arbeit miteinander geht, wie ich, wie die Einzelnen geschätzt werden. Der Respekt für die Aufgaben der Anderen darf nicht fehlen. Der Arzt ist nicht da, um Kleider zu durchsuchen. Aber er muss wissen, dass ich das mache. Und er muss es zu schätzen wissen.

Sexuelle Übergriffe

Es gibt noch einen anderen Bereich, in dem es auch um die Intimsphäre geht: wenn Patienten sich gegenseitig nicht genügend Intimsphäre lassen oder wenn es zu Übergriffen kommt, vor allem auch zwischen Männern und Frauen. Ich stelle es mir sehr schwierig vor, dann dazwischen zu gehen.

Im Idealfall habe ich zum Einen oder der Anderen eine Pflege-Beziehung. Sie ist die Basis, auf der wir miteinander reden können. Dann kann ich aufzeigen, wo die Probleme sind und wieso das nicht geht. Von der Pflege her haben wir mehr Möglichkeiten. Die Patientinnen und Patienten erleben die Hierarchie zu uns etwas flacher. Die Beziehung ist nicht gerade kollegial, aber sie ermöglicht eine andere Art Gespräch zu führen. Ich kann als Schwester sagen, dass ich verstehe, dass Bedürfnisse da sind. Zugleich kann ich darauf hinweisen, dass es hier so und so sei und dass Regeln bestünden, dass hier viele Leute auf engem Raum zusammenleben. So ist es bisher meistens gegangen. Auch mit solchen Situationen ist der Umgang ein individueller. Manchmal ist es besser, wenn ich mich ganz heraus nehme und der Arzt der Böse ist und sagt, »das geht nicht«. Varianten des Umgangs gibt es noch mehr.

Gute Arbeitsatmosphäre

Du hast mehrfach betont, dass die Basis oder die Stabilität daher kommt, dass ihr im Team etwas klären oder besprechen könnt, sodass klar ist, was passiert. Was ist nötig, damit eine gute Arbeitsatmosphäre vorhanden ist?

Unsere Pflegephilosophie ist die Individualität. Durchgegeben werden nicht Regeln, an die sich alle halten müssen, und neben denen es keine anderen

gibt. Vielmehr kann und muss jeder und jede ihre Art einbringen. Voraussetzung dazu ist natürlich die entsprechende Toleranz. Sie verlangt jedoch von jedem Einzelnen große Professionalität und Selbstsicherheit. Es ist natürlich einfacher, sich an Regeln zu orientieren und zu sagen, dass es alle so und so machen. Individuell muss sie jeder Einzelne der Pflegenden dem Patienten gegenüber begründen können. Auch dieses Vorgehen birgt Probleme. Doch wichtig ist, dass wir gern und während Jahren zusammen arbeiten können. Ich kenne keine Statistiken. Aber ich weiß, dass auf Akutstationen die Rotation sehr hoch ist. Normalerweise arbeiten Pflegende am selben Ort zwei bis drei Jahre.

Meines Wissens ist die psychiatrischen Pflege für viele der Zweitberuf oder ein Teil ihres Berufslebens. Sie verbringen ihn in der Psychiatrie, um nachher wieder etwas anderes zu machen.

Natürlich sind im Lauf der Jahre einige Kolleginnen und Kollegen von hier weggegangen und haben sich beruflich anders orientiert. Einige Kollegen haben diese Tätigkeit in einer Zweitausbildung gelernt. Aber viele im Team sind in ihrem ersten Beruf und schon lange hier.

Endstation geschlossene Abteilung?

Eine geschlossene psychiatrische Akutstation stellen sich viele als Endstation vor – als einen Ort, an dem jemand landet, wenn alles andere nicht mehr geklappt hat, wenn das Leben von selbst nicht mehr funktioniert, wenn Angehörige mit jemandem nicht mehr zurecht kommen etc. Ich erinnere mich an den Spruch eines Abteilungspflegers, wenn zu viele zu verschiedene Patienten kurz hintereinander eintrafen – »wir sind der Mistkübel«. Siehst du das manchmal auch so? Oder hast du eher die Assoziation, »das müsste jetzt eigentlich nicht mehr sein oder das brauchen wir hier nicht«?

Zu uns kommen Menschen häufig, wenn andere Institutionen an Grenzen gestoßen sind oder wenn es irgendwo nicht mehr klappt. Ich versuche dann, meine Energien nicht mit Fragen zu verschwenden wie – »wieso jetzt? Warum muss dieser jetzt zu uns kommen? Das ist doch nicht recht...«. Ich sehe die Aufnahme als eine Chance für diesen Menschen an. Ich kann jetzt kein Beispiel nennen. Aber ich habe das Gefühl, dass wir von hier aus häufig irgendeinen neuen Weg oder eine neue Lösung finden. Vielleicht gäbe es dafür noch andere Angebote. Vielleicht müsste es nicht in jedem Fall die Psychiatrie sein. Aber wenn ein Mensch bei uns gelandet ist, versuchen wir mit ihm, einen Neuanfang zu finden.

Viele Abteilungen haben das Bedürfnis zu sagen, ›der gehört zu uns und der gehört nicht zu uns. Wir sind dafür zuständig‹. Das ist auf der geschlossenen Abteilung nicht möglich. Aber du würdest eher sagen: Darin besteht unsere Aufgabe oder das ist unsere Herausforderung.
Ja, ich sehe das als Herausforderung.

Fehlende Wertschätzung

Probleme entstehen für mich, wenn von außen Kritik an uns kommt: Da heißt es, wir seien böse. Wir würden Patienten einsperren, spritzen usw. Und das alles kommt von der gleichen Gesellschaft, die diese Patienten gerne loshaben will. Das empfinde ich als Spannung, aus der heraus ich manchmal sagen möchte, ›macht's ihr doch!‹. Ich denke dann, dass in der Gesellschaft wenig ertragen wird, andererseits kommt große Kritik. Was im Team unter den Berufsgruppen bezüglich Arbeitsteilung und -aufteilung und auch Wertschätzung für das Geleistete funktioniert, stimmt in der Öffentlichkeit häufig nicht mehr. Ich würde mir schon wünschen, dass einmal andere Stimmen in den Medien laut würden, die sagen: ›Ja, wir brauchen die Psychiatrie; wir brauchen die Pflegenden und Ärzte dort. Wir sind froh darüber, dass es euch gibt und ihr diese Arbeit macht.‹ Wichtig ist aber auch die Wertschätzung innerhalb der Institution. Die Akutstation ist eine der Abteilungen, die die Grundversorgung der Bevölkerung gewährleisten. In einer Universitätsklinik ist das Bewusstsein dafür nicht immer vorhanden.

Literatur

- Emerson, R. E.; Pollner, M.: Dirty Work Designations: Their Features and Consequences in a Psychiatric Setting. *Social Problems* 23 (1976) 243-254
- Finzen, A.; Haug, H.-J.; Beck, A.; Lüthi, D.: Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Psychiatrie Verlag Bonn 1993
- Finzen, A.: Zwischen Hilfe und Gewalt. In: Hartwich, P.; Haas, S. (Hg.): Aggressive Störungen Psychiatrisch Kranker. Verlag Wissenschaft und Praxis Sternenfels 2001, 143-153
- Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag Frankfurt 1973 (engl. 1961)
- Hoffmann-Richter, U.: Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile. Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag Bonn 2000
- Hughes, E.: Good People and Dirty Work. In: ders.: *The Sociological Eye. Selected Papers.* Transaction Publishers New Brunswick/London 1993, 87-97.
- Strauss, A.S.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C.: *Social organization of Medical Work.* Transaction Publishers New Brunswick/ London 1997 (Reprint; orig. 1985).

Ekelgeschichten

Zerstörte Ordnungen in Erzählungen
über Ekelerlebnisse in der Krankenpflege

■
Gudrun Silberzahn-Jandt

Zusammenfassung

Mittels qualitativer Interviews mit Krankenschwestern nähert sich die Autorin dem Thema Ekel in Pflegebeziehungen. Für Beschäftigte in der Pflege gehört Ekel zu den alltäglichen Gefühlen. Die Besonderheit des heftigen Affekts Ekel wird in aller Deutlichkeit in den Erzählungen der Befragten gezeichnet. Ekel bringt Ordnungen durcheinander, macht Angst und verweist auf den Tod. In der Zerstörung von Ordnungen werden diese nochmals überdeutlich.

Erste Annäherungen

Es schauderte mich. Eine Gänsehaut durchlief mich trotz der Schwüle im Sommer. Verstummt und erstarrt wusste ich nicht, was tun. Gerade hatten Schwester Iris und ich die hochbetagte gelähmte Patientin zum Bettenmachen begrüßt, die Bettdecke weggeschlagen und Frau M. vom Rücken auf die Seite gedreht, als sich aus dem großen Druckgeschwür am Steißbein Wundsekret ergoss und sich noch unzählige kleine weiße Würmer darin schlängelten. Die beruferfahrene Kollegin übernahm die Regie. Sie versorgte die Wunde, ich unterstützte sie. Wir beide waren stumm: kein Wort zur Patientin, keine Bemerkung unter uns. Inwieweit die Patientin auch vom Ekel erfasst war, nahm ich, gefangen von der Situation, nicht wahr. Meine Gefühle hatten mich in Beschlag genommen und unfähig gemacht, weiteres zu registrieren. Die einzelnen Arbeitsschritte führte ich wie benommen durch. Wir hantierten zügig und waren erleichtert, als die Wunde mit weißen Kompressen zugeklebt war und wir Frau M. wieder zudecken konnten. Schon beim Schließen der Zimmertür wich meine körperliche Anspannung. Den Ekel nahm ich jedoch mit. Das Bild der Würmer, die Wunde, der im Verfall begriffene Körper der Patientin, ihr Gesicht hat sich tief in mein Gedächtnis eingegraben.

Das Ereignis selbst liegt nun über 20 Jahre zurück. Zu dieser Zeit war ich eine junge Krankenpflegeschülerin, heute nun als Kulturwissenschaft-

lerin setzt die wissenschaftliche Auseinandersetzung damit ein. Darüber zu reden war nicht angesagt. Auch außerhalb des Zimmers sprach keine über das Gesehene, schon gar nicht über die eigenen Gefühle oder die der Patientin.

Das Schweigen, das ich erlebte, beschreiben Studien zum Ekel ebenfalls (Sowinski 1991). Ekelempfinden zuzugeben galt – und gilt (?) – als Schwäche (Overlander 1994). Als Krankenschwester darüber zu reden war sehr lange tabuisiert (Ringel 2000). Dieses – mein persönliches – Erlebnis zeigt viele Facetten des Ekelhaften auf: die Angst, die einen dabei überfällt, die Nähe des Ekelhaften zu Vergänglichkeit und Tod – hier sehr deutlich dadurch, dass Frau M. bereits bei lebendigem Leib von Würmern sichtbar zerfressen wird – und immer wieder äußerst intensiv, die Leiblichkeit des Gefühls (Izard 1994, Schmidt-Atzert 1996).

Das Ekelhafte

Das Ekelhafte in Worten zu erfassen, ohne daran zu ersticken fällt schwer. Die Erforschung des Ekels stellt ein Balanceakt zwischen Obszönität und analytischer Sterilität dar. Ich bemerke auch dieses Pendeln zwischen den Extremen, das wohl dem Thema anhaftet, an meinen Reaktionen mit der wissenschaftlichen und dadurch auch abstrakten objekt- und sinnfernen Beschäftigung – mal bin ich fasziniert, mal muss ich mich überwinden. Selbst körperliche Reaktionen des Ekels, vom leichten Schaudern bis zum Kloß im Hals und der Flucht vor dem Thema, bleiben nicht aus. Ekel erregendes Verhalten stellt – ob gewollt oder ungewollt – zuweilen die animalischen, wenig oder nicht kultivierten Seiten des Menschen zur Schau. Der Angeekelte reagiert darauf in unterschiedlicher Heftigkeit, vom angewiderten Davonlaufen und Erbrechen, bis hin zur Lust an dem Ekelhaften und dem unabwendbaren Hinstarren zu dem Ekelhaften. Das Ekelempfinden, so wird verschiedentlich betont, korreliert mit intrapersonellen Unterschiedlichkeiten der Reizbewertung. Die individuellen Grenzen des Ekels sind darüber hinaus abhängig von den verschiedensten Umständen, wie der eigenen Befindlichkeit und den Gefühlen bezüglich der Person, die diese ekelhafte Situation ausgelöst hat. Beim Ekel handelt es sich um kulturelle und soziale körperlich erfahrbare Phänomene (Landweer 1997). Die kulturelle Varianz ist vor allem bei den unterschiedlichsten Speisevorlieben, -abneigungen und -tabus zu erkennen. Während in China das Fleisch von Hunden als Delikatesse gilt, dreht sich uns im europäischen Kulturraum allein bei der Vorstellung, das verhätschelte Lieblingstier zu goutieren, der Magen um (Streck 1997).

Ekel bringt Ordnungen durcheinander und verängstigt. Gleichzei-

tig verweisen Ekelreaktionen auf Ordnungen wie eigen und fremd, schön und hässlich, attraktiv und widerlich. Gemeinsam sind diesen Kategoriensystemen als wichtige Variable die unterschiedliche Form der Nähe zum Gegenüber, sei sie gewünscht oder geradezu unerträglich.

Ekel in Pflegebeziehungen

In Pflegebeziehungen ist vieles, das das Entstehen von Ekel begünstigt, in mannigfacher Form vorhanden. Situationen, die Ekel evozieren können, gehören zum Alltag in der Pflege. Während eines Interviews über Ekel mit der Krankenschwester Doris D. hält diese plötzlich inne, lacht und meint:

Doris D.: Also eigentlich fand ich viele unangenehme, eklige Dinge (sie lacht herzlich und laut). Wenn ich jetzt so überlege, weißt du.

Doris D. und die Autorin lachen gemeinsam.

Doris D.: Also jetzt nicht so, dass mich das Schaffen so beeinflusst hat, dass ich dann gedacht hab, ich muss jetzt, jetzt sofort den Beruf wechseln oder so. Weil das, du gewöhnst dich ja auch dann dran. Und das ist dann irgendwie, gehört das dazu. Halt einfach auch. Aber man kann dann trotzdem manches dann unangenehm und eklig finden. (Doris D. 19.7.00)

Die Arbeiten, vor denen sich manch andere ekeln würden, wie der Umgang mit Fäkalien, die Versorgung offener eitriger Wunden, die Pflege der von Krankheit und Verfall gekennzeichneten Menschen, werden vom Pflegepersonal tagtäglich übernommen und lassen die Ekelschranken der Pflegekräfte zuweilen als niedriger erscheinen. Die Gewöhnung an den Ekel geschieht zwar bewusst als Teil der beruflichen Sozialisation und wird auch lange aufrechterhalten, sie kann aber gleichwohl zu Erstaunen und Reflexion über den eigenen Beruf führen.

Heide D.: Aber es hat mich dann schon beschäftigt, wie man sich so lange an, ich sag es mal wirklich, an Ekel erregende Sachen gewöhnt hat, damit ganz selbstverständlich umgeht, diese Sprüche erträgt von Leuten, die sagen, ›Oh, was du machst, das kann ich nie. Und Hintern abputzen und herumwühlen und (sie lacht) und solche Sachen.‹ Und man sagt immer: ›Ja komm, Leute das gehört zum Job. Das ist halt so, das haben wir früher gewusst, das haben wir gemacht, und das machen wir auch weiterhin. Ja.‹ Und dann plötzlich auf einmal so ein Moment, wo es, wo man, wo mal aus dem Nichts heraus und über den Kopf hinaus aus dem Bauch: ›Bäh. So jetzt wird es zu viel.‹ (Heide D., 20.9.99)

Noch ist in den Interviewausschnitten wenig über das Ekel erregende, die Exkremente und den Umgang damit ausgesprochen. Lediglich kleine Andeutungen finden sich über Fäkalien und die wiederkehrende Arbeit des Säuberns.

Hier wiederum wurde es für mich interessant. Denn es geht mir nicht allein um reale Ekelerfahrungen, sondern vor allem um die Diskurse über diese Ekelerlebnisse: also um die Art und Weise wie darüber erinnert, reflektiert und berichtet wird. Von Bedeutung sind daher die Fragen: Wie finden sie den Einstieg in dieses Thema? Welche Geschichten über Ekel erzählen Krankenschwestern? Wie strukturieren sie ihre Berichte? Welche Besonderheiten und Gemeinsamkeiten liegen diesen Erzählungen zugrunde?

In allen Gesprächen stellen die Interviewpartnerinnen die besondere Bedeutung einzelner Erlebnisse heraus, beginnen damit ihre Reflexion und weisen ihnen eine herausgehobene Funktion zu. Anita M. berichtet über ihre erste Ekelerfahrung im Altenheim.

Anita M.: Das ist also die Einzige, an das ich mich so richtig erinnere und zwar war das, da war ich 14 oder 15 Jahre alt, und ich habe immer im Altenheim Ferienarbeit gemacht, wahrscheinlich war ich schon 15 oder 16 und ich habe mich in Urin reingesetzt. Und zwar in einen Stuhl reingesetzt, wo vorher die alte Frau draufgesessen ist mit einem und damals musste man noch ein Kleidchen anziehen und ich merke halt, dass alles nass war und merke halt früher oder später, dass ich in Urin drinsaß und dann konnte ich mich also nicht umziehen, beziehungsweise ich konnte das Kleid schon umziehen, aber nicht die Unterhose und (sie unterdrückt ein Lachen) ich musste den ganzen Tag noch mit dieser Unterhose rumlaufen. (Das Lachen bleibt ihr im Halse stecken.) Das war wirklich das Ekligste (betont langsam und deutlich), was mir je passiert ist, also, wo ich mich so erinnern kann, in meiner Karriere und ich habe bis heute noch, also bis heute ist Urin für mich das einzig wirklich eklige. (Anita M. 3.5.00)

Und Heide D. schildert gleich zu Beginn des Interviews auf die Frage, ob sie Ekelgeschichten erzählen könne.

Heide D: Vor vierzehn Tagen sagt jemand, zu mir: ›Ich hab so im Blut gestanden.‹ Eine Kollegin hat gesagt ›ich muss erst mal meinen BH wegschmeißen.‹ Weil das hat, das hat wirklich (sie holt Luft), das Blut von der Patientin. Das hat wirklich, das ist durch den Kittel durchgegangen, sie konnte ihren BH wegschmeißen. Und in den Eimer werfen, und das sind schon, das sind schon so Situationen, da muss ich sagen ›Umm.‹ In der Situation merkt man es nicht, aber wenn man zur Ruhe kommt, dann (holt Luft), dann könnte man den Beruf wegschmeißen, möchte man es nicht mehr machen.

In allen Interviews zeigt sich, dass zu den zentralen Geschichten entweder solche aus der Ausbildungszeit oder aus der jüngsten Vergangenheit gehören. Im ersten Fall schildern die Befragten ein Erlebnis, bei dem sie vom Gefühl des Ekelns und seiner Vehemenz zum ersten Mal überwältigt und damit schockiert wurden. Mit den Schilderungen aus der sehr nahen Vergangenheit wird die Aktualität und damit die Dauerhaftigkeit und Brisanz des Themas unterstrichen. Gemeinsam ist diesen beiden Geschichten das Thema der ungewollten Nähe, und die eigene Beschmutzung intimster Körperteile durch die Körperflüssigkeiten von Patientinnen. Die davon ausgegangene Verletzung der Pflegeperson erscheint durchaus als traumatische Erfahrung. Der Wunsch der Situation zu entfliehen ist in starkem Maße vorhanden. Der Ekel »danach« ist durchaus mit anderen traumatischen angst- und gewaltvollen Situationen vergleichbar. Er trifft und verletzt die Person in ihrer Gesamtheit.

Zur Methode

Die Forschung basiert auf eigenen, unstrukturierten Beobachtungen in Krankenhäusern während meiner Berufstätigkeit als Krankenschwester, auf aktueller teilnehmender Beobachtung im Rahmen eines anderen wissenschaftlichen Pflegeprojekts, auf Tagebuchaufzeichnungen zur Feldforschung und auf qualitativen Interviews mit sechs Krankenschwestern. Eine Ausweitung der Datenerhebung und Forschung ist geplant und sieht Gespräche mit Krankenpflegern vor. Die Interviews führte ich, bis auf eine Ausnahme, bei den Krankenschwestern zu Hause.¹ Die Evokation solcher Geschichten bedarf einer großen Offenheit zwischen der Forscherin und der Befragten. Die erste Aufgabe des Forschungssettings war daher die Gestaltung eines guten Gesprächsklimas. Dies versuchte ich, indem ich vor der Eingangsfrage, die dann die Krankenschwestern zum Erzählen über ihre Ekelerfahrungen animieren sollte, mein Interesse an dem Thema ausbreitete und auf meine eigenen Erfahrungen als Krankenschwester aufmerksam machte. Dadurch konnte ich auf gemeinsame habituelle Berufspraktiken, mitunter auch auf kongruente Sprechcodes verweisen. Das Sprechen über Ekel wurde aus der Tabuzone enthoben. Das Eruiere konkreter Wissensbestände und die Frage nach subjektiven Deutungen von Ereignissen, ohne Deutungen vorzugeben und suggestiv zu werden, kann am besten durch qualitative Methoden geschehen. Wenig strukturierte, offene, explorative Verfahren erlauben es den Befragten, die soziale Wirklichkeit des Sichelns in der ihnen angemessenen Weise zu formulieren, Sinnzusammenhänge, Erklärungen und Wertungen in der Interviewsituation zu konstruieren und in eigene Worte zu fassen (Elsbernd 2000). Der Er-

forschung des Ekels angemessen erscheint mir die narrative Erhebungsmethode. Das narrative Interview ist für eine Untersuchung zu diesem Thema angezeigt, da sich so Handlungsabläufe und Ekelerlebnisse rekonstruieren lassen. Im narrativen Interview wird der oder die Interviewte mittels einer Eingangsfrage ersucht, eine selbst erlebte Geschichte zu diesem Thema zu erzählen (Hermanns 1995). Die Dichte der Erzählung hängt davon ab, welche Akteure, zeitliche Abläufe aber auch Befindlichkeiten der oder die Interviewte mit einbezieht. Ziel des derart strukturierten Interviews ist, neben der Darlegung von Wissen zum Thema, in den Geschichten selbst auch Deutungsmuster, Wertungen und subjektive Theorien zu erfahren (Flick 1996).²

Die Interviewsituation

Bei den Gesprächen über Ekel in der Pflege gelang es, die Interviewpartnerinnen zum Erzählen und Assoziieren zu stimulieren. Durch aktives Zuhören war es möglich, dass die Befragten mehrere Episoden aneinander anschlossen und so auch mit entschieden, wie tief und wie breit sie in das Thema einsteigen wollten, wie viel sie von ihren Gefühlen preisgeben bereit waren. In der Interaktion konnten Eigenheiten des Themas »Ekel« erkannt und wiedererlebt werden. Dabei spielten die subjektiven Befindlichkeiten der Forscherin und der Befragten während des Interviews eine herausragende Rolle. Denn sehr deutlich zeigte sich hierbei die besondere Qualität des Ekels, die darin besteht, dass sie körperliche Reaktionen direkt hervorruft, und dass dadurch in der Interviewsituation parallel zu den Erzählungen ein Verstehensprozess auf der körperlichen Erfahrungsebene abläuft. Auffällig ist in diesen Interviews die Fülle von Gefühlsäußerungen. Als herausragend, sowohl von seiner Spontaneität, Lautstärke, Variationsmöglichkeit und Häufigkeit ist in allen Gesprächen das Lachen zu nennen. Es allein als Kompensation des Ekels der Unordnung, des Schmutzes, des Leids zu beschreiben, wäre zu kurz gegriffen. Menninghaus entdeckt ebenfalls diese Verbindung des Ekels mit dem Lachen und stellt fest: »*Alle Theoretiker des Ekels sind zugleich solche des Lachens. Manches spricht dafür, in der ›Vitalempfindung‹ des Ekels ein Merkmal zu sehen, das für den Menschen so distinktiv ist wie die Fähigkeit zu lachen: das negative Komplement des Lachens nämlich.*« (Menninghaus 1999, 20)

Die Erzählsequenzen zum Thema Ekel in Pflegebeziehungen sind in allen Interviews eher kurz und klar strukturiert. Sie haben einen eindeutigen Aufbau, eine eigene Bewertung und eine Deutung. Die Interpretation steht entweder gleich richtungsweisend zu Anfang oder als Fazit am Ende der Geschichte. So erzählt Wiebke T. beispielsweise:

Wiebke T: Also wir haben jetzt eine Patientin letzte Woche gehabt, die lebt seit vierzehn Jahren mit einem Unterschenkel, die hat eine Erkrankung, die das auch bedingt hat, mit einem offenen Bein, vom Knie bis Sprunggelenk. Alles offen, keine Haut mehr da. Die ganze Wade ist weg. Das sieht aus, wie wenn man einen Fisch angefressen hätte, die ganzen Sehnen sind nekrotisch. Die Tibia ist auch draußen.

I.: Hm Hm

Wiebke T.: Diese Frau kämpft um dieses Bein seit vierzehn Jahren.

I.: Hm

Wiebke T.: Also wir haben, der Doktor R. hat ihr ganz klar gesagt: ›Amputieren, überhaupt kein Thema.‹ Und diese Frau. das ist für mich unerklärlich, das stinkt. Die muss zweimal am Tag einen Riesenverband wechseln, also der wirklich an die Stunde geht. Die hat so ein dickes Bein, die hat Schmerzen, die hat (kurze Pause, um Luft zu holen) wirklich in ihrer Lebensqualität alles beeinträchtigt. Aber es scheint ihr lieber zu sein, noch ein Bein zu haben, also noch einen Unterschenkel, als das amputieren zu lassen. Das ist für mich nicht nachvollziehbar.

I.: Hm

Wiebke T.: Also, was da im Kopf vor sich geht. Was. Also, mich würde es vor mir selber grausen, wenn ich so ein Bein hätte.

I.: Hm.

Wiebke T.: Also, das sag ich jetzt. Ich weiß nicht wie es ist, wenn es so wär.

I.: Hm

Wiebke T.: Also, lieber das, lieber der (sie sagt es betont) Fleischklumpen weg.

I.: Hm

Wiebke T.: Und eine Prothese ran, als. Aber (kurze Pause) also sie lebt da auch gut damit, und sie hat das auch voll im Griff, wie sie das verbindet und so und ich glaub sie empfindet es auch nimmer. Und da hab ich echt zum ersten Mal den Eindruck gehabt, das gehört (betont diese Aussage) zu ihrem Leben dazu. Sie geht zwar, sie rennt von Pontius zu Pilatus, und war jetzt auch wegen den Maden auch bei uns. Sie hat sich da arrangiert damit – aber – und recht gut. Also die geht relativ gut damit um. (Wiebke T. 13.10.99)

In der Erzählung selbst verändert Wiebke T. ihr Urteil über das Handeln dieser Frau. Aus dem anfänglichen Unverständnis erwächst ein nachvollziehbares Verstehen, ja sogar eine verhaltene Bewunderung für das Arrangement, das die Frau mit dem schon fast abgestorbenen Teil ihres Beines

entwickelt hat. Mit der persönlichen Stellungnahme und Achtung vor der Patientin schließt Wiebke T. die Erzählung.

Unterschiedliche Bilder vom Verfall – unterschiedliche Bilder der Ordnung

Neben den intrapersonellen Variablen manifestieren sich noch weitere Faktoren, die das Ekeln vor eigentlich Ekelhaftem beeinflussen, steigern oder mindern können, oder zu einer selektiven Erinnerung an Ekelsituationen führen. Drei Überlegungen möchte ich vorstellen: die Qualität der Pflegebeziehung, das Alter der Patienten und zuletzt – auch als Anregung zur weiteren Diskussion gedacht – das Geschlecht der Gepflegten.

Pflegebeziehungen

Empathische Pflegebeziehungen können den Ekel mindern und es sogar ermöglichen, andere Gefühle statt des Ekels zu empfinden. Die Krankenschwester Heide D. erzählt:

Heide D.: Also ich kann mich dran erinnern, zum Beispiel eine ganz nette Patientin auf der Gynäkologie, die ein Mammacarcinom hat, die irgendwann mal einen Knoten gespürt hat, Angst gehabt vor dem Arzt dahin zu gehen, vor der Diagnose Krebs. Dann ist das ganze exulceriert, dann hat sie sich geschämt zum Arzt zu gehen, ist dann auch nicht mehr zum Arzt gegangen und irgendwann hat es dann massiv angefangen, zu bluten und dann musste sie doch ins Krankenhaus. Und der Tumor hatte sich also durch die Brustwand durchgefressen. Man sah bei der Frau zwischen den Rippen das schlagende Herz. [...] Und die Frau war, ich weiß auch nicht, das war der erste Gedanke, ›wie kann man nur‹, dann hat die aber sehr gut drüber reden können auch, hat dann so eine plastische Deckung hat man drüber gemacht und das war dann (atmet tief durch) gut. In dem Moment, wo man nachvollziehen konnte, was die Frau gelitten hat, vorher, oder auch aus welchen Gründen, es so weit gekommen ist und sie eine unglaublich liebe nette und sympathische Frau war, war das in Ordnung. Da konnte man also mit zum Duschen gehen und sich das angucken.

Hier beschreibt die Krankenschwester deutlich die Pflegebeziehung und das Mit- und Nachfühlen als Prozess, in dessen Verlauf die anfänglichen Gefühle des Ekels und der Verwunderung über das Verhalten der Patien-

tin der Empathie wichen. Das Verstehen (Bausinger 1989) hilft der Pflegeperson, Distanz zu überwinden und Nähe nicht nur auszuhalten, sondern sogar als etwas Selbstverständliches zu erleben. Das Verstehen bedeutet kein Nachempfinden oder unreflektiertes Mitleiden, vielmehr ist es als offene Annäherung an das Gegenüber mit dem Bewahren von Abgrenzung und Beibehaltung von Autonomie aufzufassen.

Alter

Ob Ekel vor Stuhl oder Erbrochenem besteht, hängt auch sehr von dem Alter der gepflegten Person ab. Der Kot von Kindern und Säuglingen wird von den Krankenschwestern nur sehr selten als eklig empfunden, der von Erwachsenen und Alten jedoch durchaus. Als Gründe führen die Befragten unter anderem die besondere Hilfsbedürftigkeit (Doris D.) von Säuglingen und Kindern, aber auch andere Verhaltenserwartungen an Kinder und Erwachsene an (Heide D.). Heide D. erklärt dazu:

Heide D.: Also Kinder können noch so so dreckig, verletzt, eingekotet, blutend sein, das wird, ja da wird überhaupt nicht darüber nachgedacht, das ist nicht eklig (betont). Kinder haben wirklich diesen Bonus, dass sie klein sind und beschützt werden müssen. Es wird problematischer dann, wenn man so das Gefühl hat, vielleicht so ein Erwachsener sollte doch gewisse Sachen unter Kontrolle haben können.

Das Unschuldsmotiv von Säuglingen und Kindern bezieht sich auf die gesamte Person: auf das Verhalten von Säuglingen und Kindern, auf deren Leib und sogar auf deren Exkremente. Die Angst vor der Regression alter Menschen trifft die Pflegeperson in ihrem Menschsein und in ihrer eigenen Vergänglichkeit. Die Regression kranker und alter Menschen, ihr Verlust erlernter sozialer, kultureller, selbstpflegerischer Fähigkeiten verängstigt und mündet immer wieder in Hilflosigkeit. Die Frage nach dem eigenen Verhalten als alter Mensch wirft sich bei der Arbeit mit Alten, bei deren Handlungen, die Ekel hervorrufen, ob bewusst oder unbewusst auf. Zukunftgerichtetes Arbeiten, das auf eine Besserung des Zustands hin ausgerichtet ist, ist bei alten Menschen nur bedingt möglich. Die Zukunft heißt hier das Ende des Lebens, der Tod. Die Kategorie alt oder jung entscheidet über den Ekel und den Grad des Ekels und dabei auch über Zuneigung oder Abkehr.

Geschlecht

Geschlecht als Ordnungskategorie offenbart sich zunächst weniger direkt. Erst die Analyse der vielen einzelnen Erzählpassagen zum Ekel lässt Zuordnungen zu weiblich und männlich erkennen. Obwohl die Interviewpartnerinnen von sehr vielen verschiedenen Ekelerlebnissen mit Patienten und Patientinnen berichten, sind doch Auffälligkeiten und Gemeinsamkeiten zu finden, die durchaus mit Vorstellungen und Zuschreibungen von männlich und weiblich korrelieren. Es sind Narrationen, die in besonderem Maße die unerwünschten, besonders unästhetischen Seiten beider Geschlechter betonen. Hierin manifestieren sich spezifische Modifizierungen des Ekligen. »Die positiven Regeln des ›ästhetischen‹ Körpers – der schlank-elastische Kontur ohne Fettansätze, tadellose jugendliche Festigkeit und ununterbrochene, falten- und öffnungslose Linienführung der Haut, Entfernung der Körperbehaarung, Zupfen der Augenbrauen zu einem feinen Strich, flacher Bauch, eher ›sparsamer‹ Po usw. – sind ebenso viele Ekelvermeidungsregeln.« (Menninghaus 1999, 16) Dieser ästhetische Imperativ zielt vor allem auf den Frauenkörper. Das Pendant dazu gilt als eklig, und Theoretiker des Ekels haben dieses Gegenbild fast ausschließlich als weiblich entworfen, nämlich als die fette alte Frau (Menninghaus 1999). Auch die befragten Krankenschwestern berichten nicht von schmierbäuhigen Männern mit halslosen Körpern sondern derart:

Doris D.: Da haben wir mal eine Frau gehabt, die hat fast nicht in ein Bett gepasst. Gell. Da haben wir fast ein zweites. Und wenn man die gedreht haben, da mussten wir, ich glaube, zu viert waren wir da, damit die nicht aus dem Bett gefallen ist. Und zum Drehen auch haben wir halt auch echt Hilfe gebraucht, weil die so massig war und dann hat es halt überall nur geschwabbelt. Wo du hingelangt hast, du hast, der Busen, die Brust hing fast bis zum Nabel und dann musste man in alle Hautfalten, und das riecht ja auch so käsig dann, in alle Hautfalten musstest du Kompressen reinlegen, dass das nicht so aufgeht, und dann war es zum Teil auch schon offen, einfach weil sich da ja immer feuchte Kammern bilden und bei der, ja gerade speziell bei der Frau, die zu waschen und Genitalpflege. Also Genitalpflege hat man eigentlich nicht machen können.

Das männliche Bild, das in den Erzählungen vom unästhetischen ekligem Menschen, dem der dicken Frau entspricht, ist das des stinkenden dreckigen alkoholisierten Mannes.

Doris D: Was ich auch (...) arg unangenehm empfunden hab, wenn die Leute betrunken waren, und dann nach Alkohol gerochen haben. Also das, uaah (sie wendet sich ab) brutal, wenn du dann, wenn ich

in der Ambulanz dann nachts raus musste und dann war da wirklich so ein Alkoholiker, du und da hat es mir als auch schon schier den Magen rumgedreht, weil da, das ganze Zimmer hat da ja dann gerochen und da ging das ja oft auch länger und du musstest dann und wenn sie dann eine Platzwunde gehabt haben und dann mit Nähen und allem. Dann hab ich immer versucht, dem Atem aus dem Wege zu gehen von dem Mensch, gell. Da na ja. (...) Überhaupt ungepflegte, das hab ich vorher schon gesagt, ungepflegte Menschen und dann wirklich verdreht, wenn Kleider vor Dreck gestanden sind und auch so, einfach ungewaschen halt und so. Das war in der Ambulanz schon öfters. Und wenn die dann natürlich, wenn die dann ausziehen müssen hast, das weiß ich noch bei einem Patienten, da hab ich gedacht, ›der hat sich bestimmt schon zwei Monate nicht mehr gewaschen‹. Da war, also, da hat alles. Die Kleider haben gestunken, der ganze Mensch und war total versifft und die Haare und alles. Ich habe bei allem, was ich an dem gemacht habe du, bei allem hab ich da Handschuhe angehabt. Ich habe mir ich habe an den nicht ohne Handschuhen hinfassen können. Gell. Das weiß ich noch. Ja. Am liebsten hätte ich den ganzen Sack Kleider gerade genommen und hätte ihn verbrannt.

In den Erzählungen über dicke Frauen und betrunkene schmutzige Männer stecken Entwürfe spezifischer, geschlechtsbezogener Ekelvermeidungskodices. Diese sind durchaus kulturell verschieden und zugleich veränderlich. Sie verweisen gleichwohl hartnäckig auf die ästhetischen Stereotypen von Männlichkeit und Weiblichkeit, auf Körpervorstellungen und Verhaltenserwartungen und eine Ausschließlichkeit der bipolaren Zweigeschlechtlichkeit.

Auch in den Erzählungen über ekelhafte Erlebnisse zeigen sich Zuordnungen zu männlich und weiblich, deren Bedeutungen es noch zu entschlüsseln gilt. Bereits in den dargelegten Erzählungen wird von großen offenen Wunden berichtet und in allen Fällen sind diese bei Frauen geschildert. Dies erstaunt umso mehr, da eine der befragten Krankenschwestern in einer Wundprechstunde arbeitet und ähnliche Wunden auch bei Männern zu versorgen hat. Eindeutig ist hier die Rede vom Zerfressen des Körpers, dem langwierigen und schleichenden Prozess verunstaltet und zerstört zu werden.

Die in den Interviews exemplifizierten Ekelsituationen mit Männern haben anderen Charakter. Ihnen ist das Explosive, oder unaufhörliche Fließen eigen. Da ist die Rede von massivem Koterbrechen oder dem unaufhörlichen Stuhlgang.

Hier geht es um die Ordnungen von männlich und weiblich, die in

den Erinnerungen und Erzählungen hergestellt werden. Sicherlich gibt es auch tatsächliche Ekelerfahrungen mit alkoholisierten Frauen, und massivem Erbrechen von Patientinnen oder umgekehrt erlebte Ekelerfahrungen mit großen, nekrotischen und offenen Wunden bei Männern. Dieses kann und muss sehr textnah typisiert und analysiert werden. Interpretationsbedürftig ist daher, dass es in den Erzählungen tatsächlich solche Ordnungen gibt. Dass manches eben so und nicht anders erinnert und erzählt wird, dass die Interviewpartnerinnen für manche Geschichten Patientinnen und für andere Patienten als Akteure benennen.

Resümee

Die Erzählungen über Ekel und Ekelerfahrungen lassen Ordnungsstrukturen des Ekels erkennen, wie das Alter der oder des Gepflegten, die Pflegebeziehung oder ästhetische Vorstellungen von Mann- und Frausein. Ekel in Pflegebeziehungen kann dann entstehen, wenn das Gegenüber den Vorstellungen vom Menschsein nicht mehr entspricht, wenn der Körper derart deformiert und entstellt ist, oder wenn die Verhaltensweisen ans Animalische grenzen – und dies ist im Umgang mit alten Menschen eher möglich als mit jungen, mit dicken Frauen eher als mit wohl proportionierten. Ekel ist demnach *»weniger ein Zeichen der Natürlichkeit des Menschen als vielmehr eine Verbindungslinie zwischen Körper und Kultur«* (Jeggle 1997, 25). Das Ekelhafte per se existiert nur selten, vielmehr wird es in der Beziehung zum Gegenüber aufgebaut oder gemindert. Der Beziehung zwischen Pflegepersonal und Gepflegten kommt bei der Ausbildung des Ekels besondere Bedeutung zu. Sie ermöglicht, hinter dem unästhetischen Körper das Menschliche des Gegenübers zur Kenntnis zu nehmen und dadurch den irritierten Sinnen, die Ekel verursachen können, anderes hinzuzufügen und ein Gegengewicht zu bilden. Dies muss jedoch noch an weiterem Material überprüft und auf spezifische Ausprägungen hin untersucht werden.

Um die Facetten des Ekels in seiner Breite zu erfassen, sind weitere explorative, beobachtende und vergleichende Studien nötig. An erster Stelle müssen Interviews mit Krankenpflegern geführt werden. Dadurch lassen sich möglicherweise eindeutiger die Konstruktionen von Ekel und deren Bilder von Männlichkeit und Weiblichkeit erfassen. Möglich wäre im weiteren der Vergleich von Ekelerfahrungen unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssektor, von Hebammen, AltenpflegerInnen und Ärzten bis hin zu Bediensteten in Bestattungsunternehmen.

Anmerkungen

- 1 Genauere Angaben zu den Interviews und Beobachtungen sind bei der Autorin zu erhalten.
- 2 Eine Weiterentwicklung der Erhebungsmethode des narrativen Interviews stellt das von Elsbernd präsentierte, als »situations-narratives« Interview benannte, Befragungsverfahren dar (Elsbernd 2000).

Literatur

- Bausinger, H.: Verstehen ist nicht gleich Verstehen, in: Tübinger Korrespondenzblatt Nr. 34. Kann man zu viel verstehen, November 1989, 19-21.
- Elsbernd, A.: Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Huber Bern 2000.
- Flick, U., u. a. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Beltz Weinheim 1995.
- Flick, U.: Psychologie des technisierten Alltags. Westdeutscher Verlag. Opladen 1996.
- Hermanns, H.: Narratives Interview, in: Flick U., u. a. (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Beltz Weinheim 1995, 183-188.
- Izard, C.: Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. 3. Aufl. Beltz Weinheim 1994.
- Jeggle, U.: Runterschlucken – Ekel und Kultur, in: Kursbuch 129 (1997), 12-26.
- Landwehr, H.: Mikrophysik der Scham? Elias und Foucault im Vergleich, in: G. Klein, K. Liebsch (Hg.): Zivilisierung des weiblichen Ich. Suhrkamp Frankfurt/M. 1997, 365-399.
- Menninghaus, W.: Ekel. Theorie und Geschichte einer starken Empfindung. Suhrkamp Frankfurt/M. 1999.
- Overlander, G.: Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Mabuse Frankfurt/M. 1994.
- Ringel, D.: Ekel in der Pflege – eine »gewaltige Emotion«. Mabuse Frankfurt/M. 2000.
- Schmidt-Atzert, L.: Lehrbuch der Emotionspsychologie. Kohlhammer Stuttgart 1996.
- Sowinski, C.: Stellenwert des Ekelgefühls im Erleben des Pflegepersonals, in: Pflege 4 (1991), 178-187.
- Streck, B.: Gefüllter Hund. Über die Grenzen des guten Geschmacks, in: Kursbuch 129 (1997), 67-78.

Autorinnen und Autoren

Keller Valerie	Psychiatrische Universitätsklinik Wilhelm-Klein-Str. 27 CH-4025 Basel Psychiatriepflegerin
Keintzel Brigitta, Mag. phil. et. Dr. phil.	Institut für Philosophie Universitätsstrasse 5/3 A- 1010 Wien Externe Lektorin für Philosophie
Lüthi Barbara, lic. phil.	Historisches Seminar Hirschgässlein 21 CH-4051 Basel wissenschaftliche Mitarbeiterin
Munz Regine, Dr. theol.	Theologisches Seminar der Universität Basel Nadelberg 10 CH-4051 Basel wissenschaftliche Assistentin
Ritter Hans Jakob	Historisches Seminar Hirschgässlein 21 CH-4051 Basel wissenschaftlicher Mitarbeiter
Sauerteig Lutz, Dr. phil.	Institut für Geschichte der Medizin Albert Ludwigs Universität Freiburg Stefan-Meier-Str. 26 D-79104 Freiburg/i.B. wissenschaftlicher Assistent
Silberzahn-Jandt Gudrun, Dr. phil	Camererweg 1 D-73732 Esslingen freiberufliche Kulturwissen- schaftlerin

Die Psychotherapeutin

versteht sich

- als Publikationsforum vornehmlich für Frauen,
- als schulen- und fachübergreifend,
- praxisorientiert und theoriebewusst,
- aus dem Blickwinkel von Frauen.

Die Psychotherapeutin ist offen für Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Sprach- und Literaturwissenschaften, Kultur- und Sozialgeschichte u. a.m. Psychotherapie wird verstanden als therapeutische Arbeit mit Konzepten der Psychoanalyse, der humanistischen Psychologie, der Systemtheorie und Verhaltenstherapie und anderen rational begründeten Methoden.

Die Psychotherapeutin bietet ein Diskussionsforum zur Frage, was Psychotherapie ausmacht und wie sie praktisch wirken kann; zu Kritik, zu neuen Fragestellungen und theoretischen Neuansätzen. Dazu bedarf sie der Auseinandersetzung mit Leserinnen und Lesern, der aktiven Beteiligung von Autorinnen und der inhaltlichen und materiellen Unterstützung.

Die Themen seit 1994

- Heft 1 (1994): Psychotherapie und Psychiatrie
- Heft 2 (1995): Psychotherapie in Institutionen
- Heft 3 (1995): Psychotherapie und Recht
- Heft 4 (1996): Verletzliche Beziehungen (vergriffen)
- Heft 5 (1996): Psychotherapeutin werden
- Heft 6 (1997): Psychotherapie fürs Leben –
Leben für die Psychotherapie
- Heft 7 (1997): Fremde in der Psychotherapie
- Heft 8 (1998): Wieviel Alltag braucht die Psychotherapie?
- Heft 9 (1998): Das Böse
- Heft 10 (1998): Geschichte und Geschichten
- Heft 11 (1999): Wunder, Pillen und Placebos
- Heft 12 (2000): Glück
- Heft 13 (2000): Gewissheit

Herausgeberinnen:

Beatrice Alder, Basel; Ulrike Hoffmann-Richter, Luzern;
Daniel Sollberger, Basel; Claudia Töngi, Basel

Mitarbeiterinnen:

Sabine Cassani, Zürich; Brigitta Keintzel, Wien;

Angela Schürmann, Lübeck.

Autorinnen wenden sich bitte an die geschäftsführende Herausgeberin: Dr.

Ulrike Hoffmann-Richter, SUVA, Fluhmattstr. 1, CH-6002 Luzern, E-

Mail: uhr@datacomm.ch

Erscheinungsweise und Bestellungen

Die Psychotherapeutin erscheint halbjährlich im Juni und November in der Edition Das Narrenschiff. Das Einzelheft kostet DM 25,- oder sFr. 25,- oder öS 351,- zuzüglich Versandkosten.

Bestellungen über den Buchhandel oder den Psychiatrie-Verlag,

Thomas-Mann-Str. 49a, D-53111 Bonn,

Tel.: 0228/7 25 34-0; Fax: 0228/7 25 34-20

E-Mail: verlag@psychiatrie.de; <http://www.psychiatrie.de/verlag>

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag

Die Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag wird von Beatrice Alder und Asmus Finzen herausgegeben. Sie macht es sich zur Aufgabe, anspruchsvolle wissenschaftliche Texte zur Sozialpsychiatrie, Psychiatrie-soziologie, Psychiatrie- und Psychotherapiegeschichte, -philosophie und -politik zu veröffentlichen.

Herausgeberin und Herausgeber fühlen sich zeitkritischer Vernunft verpflichtet. Sie streben die Verbreitung von Büchern an, die jenseits von Zeitgeist und modischen Strömungen Bestand haben.

Titelliste (Auswahl):

ANGERMEYER/ZAUMSEIL: Verrückte Entwürfe (1997)

MARNEROS: Sexualmörder (1997)

MÜLLER: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? (1998)

FINZEN: Das Pinelsche Pendel (Sozialpsychiatrische Texte 1: 1998)

DANIEL SOLLBERGER: Psychotische Eltern – verletzte Kinder (Sozialpsychiatrische Texte 3: 2000).

JÜRGEN MÜLLER: Der Pazient als Psychiater. Oskar Panizzas Weg vom Irrenarzt zum Insassen. (1999)

ULRIKE HOFFMANN-RICHTER: Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile. Neuerscheinung Herbst 2000.

HOLGER STEINBERG: Kraepelin in Leipzig. Eine Begegnung von Psychiatrie und Psychologie. Frühjahr 2001.

Fordern Sie für weitere Informationen das Verlagsverzeichnis an (Adresse s. o.)