

Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft.

Interdisziplinäre Perspektiven
auf ein Forschungsfeld

**Eine Tagung des LVR-Dezernats Kultur und Umwelt
21. Juni 2012, Max Ernst Museum Brühl des LVR
Tagungsdokumentation**

Inhalt

Milena Karabaic Begrüßung der LVR-Dezernentin Kultur und Umwelt.....	5
Jutta Muysers Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft - Ein Blick in die Geschichte der Psychiatrie als Einführung zur Tagung.....	7
Sylvelyn Hähner-Rombach Arm, weiblich, wahnsinnig Ursachen geistiger Erkrankung von Frauen im 19. Jahrhundert.....	9
Dorothe Falkenstein Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf.....	15
Linda Orth „... hütet Euch vor studierten Mädchen, die vor einem Schmorbraten mit einem völligen Geistesbankrott dastehen.“ Frauenarbeit in der Krankenpflege von den Anfängen bis 1945.....	18
Achim Sommer und Jürgen Pech Kunst und Wahn - Streiflichter auf Max Ernst.....	23
Nadine Teuber Geschlechterkonstruktionen und Depression „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen	34

Anna Urbach Aus der Rolle (ge)fallen?! - Epilepsie und bürgerliche Rollenerwartungen im Deutschen Kaiserreich am Beispiel der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe	40
Alexander Bastian Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens. Nationalsozialistische Zwangssterilisation aus der Gender Perspektive ¹	52
Karen Nolte „Hauptursache ist die Lektüre eines Schundromanes.“ Hysterie in der medialen Öffentlichkeit und subjektive Krankheitswahrnehmung um 1900.....	59
Autorinnen und Autoren.....	65
Literaturverzeichnis Ungedruckte Quellen:.....	67
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	74

Milena Karabaic

Begrüßung der LVR-Dezernentin Kultur und Umwelt

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine große Freude, Sie zur Tagung „Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft“ begrüßen zu dürfen. Die Perspektive, die wir heute einnehmen, ist eine höchst innovative. Einerseits, weil der geschlechtersensible Blick auf die Psychiatrie lange Zeit keine große Rolle gespielt hat, andererseits, weil wir uns oft nicht klarmachen, dass Psychiatrie nicht nur in Klinikgebäuden oder Therapiezimmern von Belang ist und nicht nur Fachleute und Betroffene angeht. Vielmehr reicht der Themenkomplex der Psychiatrie und der psychischen Erkrankungen weit in unsere Gesellschaft, in unsere Kultur hinein. Denn Fragen wie zum Beispiel:

Was ist krank – was ist gesund?

Was gilt als „normal“ – was als „verrückt“?

Wer hat darüber überhaupt die Definitionsmacht?

Und: Inwieweit sind Frauen und Männer unterschiedlich betroffen?

sind immer auch auf Basis von und in Rückkopplung an jeweils geltende Norm- und Wertvorstellungen zu untersuchen. In unserem Verständnis von Krankheit und von Psychiatrie spiegelt sich nicht nur der aktuelle Status Quo wissenschaftlicher Erkenntnis, sondern immer auch, ich darf es so salopp sagen, der Geist der Zeit. Die Kategorie „krank“ oder an dieser Stelle vielmehr „psychisch krank“ ist nicht nur medizinisch zu definieren, sie ist ebenso eine gesellschaftlich konstruierte Kategorie.

Die soziokulturellen Norm- und Wertvorstellungen, die unser Bild von erkrankten Menschen, von Berufsfeldern im Gesundheitswesen oder von Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen, können sich ändern. Solche Konstruktions- und Transformationsprozesse im Spannungsfeld eines weiteren Konstrukts zu untersuchen, nämlich der Kategorie „Gender“ – dem sozial konstruierten Geschlecht – halte ich für einen weiteren höchst innovativen Aspekt dieser Tagung und für eine vielversprechende Herausforderung.

Kulturarbeit, das bedeutet im LVR-Dezernat für Kultur und Umwelt nicht allein museale Präsentation – auch wenn wir uns heute in einem besonders schönen Beispiel dafür, dem Max Ernst Museum Brühl des LVR, befinden. Kulturarbeit, das bedeutet für die Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftler in den verschiedenen Dienststellen unseres Dezernates auch, Aspekte des gegenwärtigen und historischen Lebens im Rheinland zu erforschen, auf drängende gesellschaftliche Fragen Antworten zu finden. Eine solche Frage lautet: Wie geht unsere Gesellschaft in Vergangenheit und Gegenwart mit Psychiatrie um? Wie geht sie mit erkrankten Männern und Frauen um?

Bei dem ebenso komplexen wie spezifischen Thema „Psychiatrie“ hat es sich für uns als Kulturdezernat geradezu angeboten, den Schulterschluss in den eigenen LVR-Reihen zu suchen und die breitgefächer-

te Fachkompetenz des LVR-Dezernats Kliniken und Heilpädagogische Hilfen einzubeziehen.

Dieser Schulterschluss ist gelungen. Die heutige Tagung ist das beispielhafte Resultat einer sehr produktiven Zusammenarbeit zwischen Kultur und Klinik, zwischen Geisteswissenschaft und Medizin. Und auch diese dezernatsübergreifende Zusammenarbeit ist ein innovativer Aspekt der nunmehr vierten Tagung, die die Lenkungsgruppe Gender Mainstreaming im LVR-Dezernat Kultur und Umwelt veranstaltet.

Wenn diese Tagung den Brückenschlag zwischen medizinischen und kulturellen Belangen schlägt, so freut mich das als LVR-Dezernentin für Kultur und Umwelt ganz besonders. Der dezernatsübergreifende Austausch und der interdisziplinäre Wissenstransfer liegen uns in unserem Dezernat naturgemäß sehr am Herzen. Der Blick über den Tellerrand ist immer eine Bereicherung, er eröffnet ebenso neue Forschungsperspektiven wie größere Wirkungsmöglichkeiten.

Die heutige Veranstaltung ist – so möchte ich sagen – das Ergebnis geballter Netzwerkarbeit im LVR und darüber hinaus: Da haben wir zum einen die bereits genannte Lenkungsgruppe Gender Mainstreaming, die diese Tagung konzipiert und organisiert hat. Die Lenkungsgruppe ist ein Netzwerk mit Fachwissenschaftlern und Fachwissenschaftlerinnen, das sich seit rund 10 Jahren dafür engagiert, den Ansatz Gender Mainstreaming in vitaler Art und Weise in die Kulturarbeit einzubringen und die Dienststellen bei der Umsetzung zu beraten. Hier geht es vor allem darum, den praktischen Nutzen des mitunter sperrig daherkommenden Begriffs „Gender Mainstreaming“ aufzuzeigen. Es geht darum, den Erkenntnisgewinn des gendersensiblen Prinzips bewusst zu machen, damit es nicht lediglich als theoretisches Konzept und als frommer Wunsch in Dienstsanweisungen schlummert. Zum anderen haben wir die Kolleginnen und Kollegen aus dem LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen: Sie sind äußerst wichtige Knotenpunkte im Netzwerk

der heutigen Tagung, hatten sie doch sofort ein offenes Ohr für die Idee der Kolleginnen und Kollegen „aus der Kultur“ und haben bei der Konzeption dieser Veranstaltung wertvolle Impulse gegeben. Sie haben ihr großes Fachwissen wie auch ihr persönliches Engagement eingebracht, spreche ich Ihnen meinen Dank aus!

Last but not least ist es gelungen, eine Reihe von externen Referentinnen und Referenten für die Tagung zu gewinnen. Sie alle bereichern das Netzwerk durch unterschiedliche Facetten des Themas und durch aktuelle Forschungsergebnisse. Auch Ihnen allen sei sehr herzlich für Ihre Beiträge gedankt. Eingangs sagte ich, dass der genderspezifische Blick auf die Psychiatrie lange Zeit keinen großen Stellenwert hatte, der Blick ins Programm beweist nun, wie fruchtbar er ist und zu welchen differenzierten Erkenntnissen er führt: Wir schlagen heute nicht nur den Bogen von der Medizin zur Kultur, sondern ebenso von den Anfängen der Psychiatrie bis zur Gegenwart, von der gendersensiblen Betrachtung einzelner Krankheiten wie Depression oder Epilepsie zur Entwicklung der Rollenbilder in einzelnen Berufsfeldern. Wir blicken heute auf Vorurteile über und Vorstellung von Krankheit, aber auch auf die Implikationen nationalsozialistischer Gesundheitsideologie in äußerst dunklen Abschnitten der Geschichte.

Ein themenorientiertes Highlight bietet die Mittagspause: Dr. Achim Sommer, der Museumsdirektor, und Dr. Jürgen Pech, der wissenschaftliche Leiter des Museums, haben sich bereit erklärt, uns mit einem Vortrag über „Kunst und Wahn – Streiflichter auf Max Ernst“ auf die anschließende Museumsführung einzustimmen.

Ich freue mich, dass diese ganze Bandbreite an Vorträgen dazu beiträgt, unseren Blick für die Wechselwirkungen zwischen Geschlecht, Psychiatrie und Gesellschaft zu schärfen und wünsche allen Teilnehmenden eine anregende Veranstaltung mit Zeit zum fachlichen Austausch.

Jutta Muysers

Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft -

Ein Blick in die Geschichte der Psychiatrie als Einführung zur Tagung

Ein kurzer Blick in die Geschichte der Psychiatrie verdeutlicht, wo wir bei der Behandlung psychisch kranker Menschen heute stehen: Im Altertum erfolgte die Behandlung psychischer und körperlicher Erkrankungen durch die Reinigung der vier Körpersäfte: Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Es gab aber auch bereits erste Regeln für die Möglichkeit psychischer Beeinflussung von Krankheiten: das heilsame Gespräch wird bereits im 1. Jahrhundert nach Christus erwähnt.

Im Mittelalter erfolgte die Beeinflussung psychiatrischer Auffälligkeiten durch Exorzismus oder über den Glauben an wundertätige Reliquien. Bauern in der Umgebung von Wallfahrtsorten nahmen Kranke als gute Einnahmequelle auf.

Bereits im Mittelalter gibt es auch Ansätze einer Entwicklung von kirchlichen Versorgungssystemen (Alexianer) für Patienten. Parallel dazu kam es zur ersten Einrichtung von städtischen Bürgerhospitälern, in denen auch harmlose Irre aufgenommen wurden.

Im 16. und 17. Jahrhundert wurden psychisch Kranke in ehemaligen Pest- und Leprahäusern untergebracht. Im Jahr 1579 eröffnete in Würzburg das Juliuspital, in dem Arme und Kranke Asyl finden konnten.

In Frankreich entstand die berühmte Salpêtrière, in Deutschland Zucht- und Tollhäuser, in denen allerdings unruhige und gefährliche Patienten in Ketten gelegt wurden. Erst im 19. Jahrhundert befreite der

Pariser Arzt Philippe Pinel die Geisteskranken von ihren Ketten.

Vor allem in England wurden ab dem 18. Jahrhundert private Krankenhäuser für psychisch Kranke gegründet, die insbesondere von der Idee der heilsamen ländlichen Einsamkeit beeinflusst waren. Auch in Deutschland setzten sich solche Ideen durch. Wilhelm Griesinger (1817–1868) war einer der ersten, der die gewaltfreie Behandlung in Deutschland einführte. Zwang und Gewalt im Umgang mit psychisch Kranken waren bis dahin an der Tagesordnung. In diesem Zusammenhang entstanden Stadtasyle mit Anbindung an Universitätskliniken und viele noch heute betriebene Anstalten im typischen Pavillonstil, oft auch in verlassenen Klosteranlagen. Hieraus entwickelten sich später die Trägerschaften der Bundesländer und die noch zum Teil existierenden Begriffe Landeslinik, Landeskrankenhaus und Bezirkskrankenhaus.

In diesen Anstalten starben zu Beginn des 20. Jahrhunderts während des Ersten Weltkriegs sehr viele Patientinnen und Patienten an Unterernährung und Unterkühlung. Erst ab 1940 entwickelten sich dann beispielsweise in Gütersloh erste Konzepte der aktiven Krankenbehandlung, wenn auch mit ausgeklügelten Kontrollmaßnahmen.

Zur gleichen Zeit gab es erste Versuche der Öffnung der Psychiatrie nach außen mit der Einrichtung öffentlicher Fürsorge und Konzepten der Familienpflege. Der Nationalsozialismus ist das dunkelste Kapitel

der deutschen Geschichte der Psychiatrie. Bis 1945 wurden über 150.000 psychisch kranke und geistig behinderte Menschen im Rahmen der T4-Aktion getötet. Die Entwicklung erster wirksamer biologischer Behandlungsmöglichkeiten in England und Italien (Insulintherapie, Elektrokrampftherapie) wurde in Deutschland als Argument für die Weiterführung der erbbiologischen Maßnahmen genutzt.

Die Nachkriegszeit war zunächst von einer völlig fehlenden Auseinandersetzung mit der Zeit des Nationalsozialismus und der Rolle, die die Psychiatrie dabei gespielt hatte, gekennzeichnet. Allerdings wurden in den 50er Jahren erste Neuroleptika und Antidepressiva entwickelt, die die psychiatrische Therapie entscheidend verändert haben.

Erst 1970 gab es den Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie Enquête), mit dem auf gravierende Mängel in der psychiatrischen Versorgung verwiesen wurde. In der Folge wurde versucht, die Forderungen der Kommission nach einer Verkleinerung der Großkrankenhäuser und Entwicklung von psychiatrischen Abtei-

lungen an Allgemeinkrankenhäusern umzusetzen. Es entstanden auch teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote und flächendeckende komplementäre Angebote des betreuten Wohnens und zu Hilfen am Arbeitsplatz.

Als Standortbestimmung lässt sich resümieren, dass die Zeit der sozialpsychiatrischen Reformen wohl mittlerweile abgeschlossen ist. Heute dominieren ökonomische Ansprüche an das Gesundheitswesen und damit auch an die psychiatrische Versorgungslandschaft. Viele ehemalige Landeskrankenhäuser sind in privater Trägerschaft. Themen der Qualitätskontrolle, der Finanzierung und Wirtschaftlichkeit stehen im Vordergrund. Neue Krankheitsbilder wie ADHS, Burnout, Sissi-Syndrom usw. werden beschrieben und diskutiert.

Ob sich auch das Bild der psychisch kranken Patientinnen und Patienten und das der sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger verändert hat, dazu werden wir hoffentlich am Ende des heutigen Tages mehr wissen.

Sylvelyn Hähner-Rombach

Arm, weiblich, wahnsinnig.

Ursachen geistiger Erkrankung von Frauen im 19. Jahrhundert

Abstract

Inhalt des Beitrags ist eine Untersuchung der Auswirkungen der „medizinischen Deutungsmacht“ (Labisch/Spree) am Beispiel der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Die Ausgangsfrage dabei lautet, inwiefern die Psychiatrie bzw. begutachtende Ärzte an einer sozialen Konstruktion von weiblichem Wahnsinn mitgewirkt haben. Grundlage sind vor allem die Krankenakten von Patientinnen und Patienten, die zwischen 1812 und 1871 in der Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten, der ersten großen staatlichen Irrenanstalt Württembergs, untergebracht waren. Die Einweisungsgutachten und die Angaben aus den Aufnahmebüchern wurden unter der Leitfrage „Was macht Frauen in den Augen der Gutachter geistig krank?“ untersucht.

Ich beginne meine Ausführungen mit Auszügen aus Gutachten, die Mitte des 19. Jahrhunderts zur Einweisung bzw. Aufnahme von Frauen in eine psychiatrische Anstalt geführt haben. Im Anschluss daran wird am Beispiel der Patientinnen und Patienten der Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten zwischen 1812 und 1871 gezeigt, welche Ursachen zeitgenössische Gutachter für geistige Erkrankungen ausmachten. Ein Fazit beschließt die Ausführungen.

1. Auszüge aus den Gutachten

Das Gutachten des ersten Falls stammte vom Pfarrer des Ortes, an dem Marianne H. lebte, was nicht ungewöhnlich ist. Wenn eine Gemeinde ein Mitglied in die Psychiatrie einweisen wollte und kein Arzt am Ort war, schrieb der Pfarrer ein „Gutachten“,

das dann auch in die Krankenakten aufgenommen wurde. Bei Marianne H., 1816 geboren, brach die Krankheit 1848 aus, 1852 wurde sie von der Heilanstalt Winnenthal aus in Zwiefalten aufgenommen, ein Jahr später als „wiedergenesen beurlaubt“. Sie gehörte zu den wenigen Patientinnen, die als geheilt entlassen wurden. Frau H. führte angeblich schon in ihrer Jugend „in puncto sex. ein ganz schändliches Leben“. Auch während ihrer Ehe hieß es, dass sie mit ihrem Körper mehr Geld verdiene als mit ihrem Handel. Dennoch galt sie als besonders eifersüchtig. Um ihre Kinder kümmerte sie sich angeblich nicht. Vier Tage nach ihrer letzten Geburt starb plötzlich ihr Ehemann, kurz darauf zeigten sich starke psychische Veränderungen.

„Damit aber nicht die Ansicht entsteht, daß ihr Witwenstand als solcher zur Geisteskrankheit Anlaß gegeben, glaubt man folgendes beifügen zu müssen, was zwar volle Wahrheit ist, jedoch amtlich nicht erhoben werden könnte. Am 6ten Tag nach ihrer Geburt ließ sie sich schon gebrauchen – !!! – [...] ihr Fuhrknecht und Bräutigam, ein starker kräftiger junger Mann, wie in der Gemeinde keiner zu finden ist, war einige Tage nach dem Ausbruch der Krankheit hier, und sagte dem unterzeichnetem Pfarrer im Privatgespräch, daß die Geisteskranke [...] so eifersüchtig gewesen, daß er nicht einmal einer Weibsperson habe die Zeit bieten dürfen ohne Streit mit ihr zu bekommen. Auf ihre Unersättlichkeit in puncto sex. gab er zu erkennen, indem er äußerte: .wie diese, so ist keine mehr auf der Welt, man kanns gar nicht glauben – wenn ich hätte thun müssen, wie die im-

mer wollte, so wäre ich in 2 Jahren, so stark ich bin – doch caput gewesen –. Damit dürfte die anfangs aufgestellte Ansicht über den Ausbruch ihrer Geisteskrankheit motiviert seyn. Ihre von Jugend an vorherrschend gepflegte Sinnlichkeit wurde und konnte durch die Religion nicht beherrscht werden denn ohne Schule wuchs sie auf – kann weder lesen noch schreiben, fiel der Liederlichkeit anheim sobald die Natur dazu fähig war.“¹

Die im Aufnahmebuch von Zwiefalten genannten Krankheitsursachen nahmen offensichtlich Bezug auf das Gutachten des Pfarrers: „Keine hereditäre Anlagen. Hochmuth. Eifersucht. Ausschweifungen in Venere et Baccho.² Unterdrückte Kindbettfunktionen.“

Marianne H. widersprach praktisch allen Erwartungen an eine anständige Frau: Alkoholkonsum, Verdacht auf Prostitution, Vernachlässigung der eigenen Kinder, schneller Trost bei einem anderen Mann, nachdem der Ehemann tot war. Am schwerwiegendsten aber war ihr als „unersättlich“ geschilderter Geschlechtstrieb. In der Darstellung ihrer Person wurden Bilder von Frauen geweckt, die die Männer durch ihren Sexualtrieb ruinieren konnten, und die sich 40 Jahre später bei Krafft-Ebing zuhauf finden.³

Ein Gegenentwurf zu Marianne H. ist der folgende Fall: Es handelt sich um Katharina S., 1807 geboren, seit 1836 krank, zunächst in der Heilanstalt Winnenthal untergebracht, 1842 dann in Zwiefalten aufgenommen und zehn Jahre später dort gestorben. Die Vorgeschichte der Krankheit liest sich im Gutachten folgendermaßen: „Allem nach führte S. bis vor ein paar Jahren ein vollkommen geordnetes, sitzames Leben, wobei sie sich von ihrem 15. Jahr an durch Kleidermachen ihren Unterhalt selbständig mit grossem Fleisse erwarb. Dieses frühzeitige und anhaltende Sizen scheint aber gerade hauptsächlich zu somatischen Störungen Veranlassung gegeben zu haben, die sich durch sehr verspäteten Eintritt der menstruation und durch nachfolgend öftere Störung derselben zu erkennen gaben. Dabei scheint sie ihrer Phantasie durch häufiges Lesen unzweckmäßiger Bücher, besonders von Romanen, eine üble Richtung gegeben zu haben.“⁴

Auslösendes Moment der Krankheit war ein nicht eingelöstes Heiratsversprechen eines Schreibers. Deshalb fühlte sich Katharina S. „für äusserst un-

gerecht behandelt und glaubt vermuthlich, daß ihr früher so geordnetes Leben ein besseres Schicksal verdiene, als das ihr seither zu Theil gewordene.“ Als Krankheitsursachen wurden bei Katharina S. „Keine hereditäre Anlage. Unglückliche Liebe. Organisches Herzleiden“ festgemacht.

Die Lebensweise von Katharina S. war nicht unmoralisch oder von der Norm abweichend. Sie entsprach ihrem sozial vorgeschriebenen Weg, und in dem Gutachten scheint ein unterschwelliges Lob durch. Ihre Arbeitsweise, die ebenfalls keineswegs ungewöhnlich war, wurde als Voraussetzung für die spätere Erkrankung ausgemacht, weil in den Augen des Gutachters das viele Sitzen für Menstruationsstörungen zumindest mitverantwortlich war. Der einzige Fehler, den man ihr anlasten könnte, war ihre Romanlektüre, die ihrer „Phantasie [...] eine üble Richtung gegeben zu haben“ schien. Die Folgen dieser angelegten Phantasie zeigten sich in ihrem Fall in ihrem Anspruch auf ein „besseres Schicksal“, der sie aus ihrem sozial vorgegebenen Rahmen treten ließ – und schreckliche⁵ Folgen nach sich zog.

2. Krankheitsursachen

Hier geht es um die Patientinnen und Patienten, die zwischen 1812 und 1871 in der Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten untergebracht waren.⁶ Die Aufnahmebücher von Zwiefalten listen für diesen Zeitraum 267 Männer und 137 Frauen auf, für die sich über 300 Angaben zu den Gründen ihrer geistigen Erkrankung finden. Um mit dem Zahlenmaterial besser arbeiten zu können, wurden die angeführten Krankheitsursachen unter bestimmte Kategorien subsumiert. Es handelt sich also um eine subjektive Zuordnung bzw. Trennung von meist Mehrfachnennungen in den Aufnahmebüchern. Eine solche Vorgehensweise schien jedoch notwendig, um bestimmte inhaltliche Entsprechungen zusammenzufassen und um eine bessere Übersicht zu haben. Aus dieser Zuordnung ergab sich die folgende Häufigkeitsverteilung:

Tab. 1: Krankheitsursachen der weiblichen und männlichen Insassen der Anstalt Zwiefalten zwischen 1812 und 1871⁷

Dazu zwei Bemerkungen: Die Summe der hier angeführten Kategorien ergibt nicht 100%, da es sich – wie erwähnt – in sehr vielen Fällen um Teile von Mehrfachnennungen handelte.

Kategorie	Frauen	Männer
1. Biologische Disposition	46,7% (64)	2,2% (6)
2. Geschlechterbeziehungen	33,6% (46)	10,1% (27)
3. Materielle Verhältnisse	17,5% (24)	11,2% (30)
4. Sexualität	13,1% (18)	24,3% (65)
5. Lebensweise	10,2% (14)	27,7% (74)
6. Psychische Disposition	10,2% (14)	3% (8)
7. Erziehung	8% (11)	12,7% (34)
8. Religiosität	5,8% (8)	3,4% (9)
9. Selbstwertgefühl	4,4% (6)	6,7% (18)
10. Sucht	1,5% (2)	13,1% (35)
11. Erbliche Anlage	34,3% (47)	33% (88)
12. Körperliche Ursachen	23,4% (32)	49,4% (132)
Zahl der Fälle insgesamt	137	267

Die Reihenfolge der Auflistung richtet sich – mit Ausnahme der beiden letzten Kategorien – nach der Häufigkeit des Vorkommens bei den Frauen. „Erbliche Anlage“ und „Körperliche Ursachen“ wurden nachgeordnet, weil sich bei diesen beiden Kategorien eine geschlechtsspezifische Komponente nicht herauslesen ließ.⁸ Für die Männer muss jedoch festgehalten werden, dass bei fast der Hälfte von ihnen körperliche Ursachen vermutet wurden. Das könnte daher rühren, dass die Bereitschaft, andere Ursachen auszumachen, nicht so ausgeprägt war.

Ganz allgemein können Krankheitsursachen in drei große Gruppen eingeteilt werden:

Erstens Ursachen, die bei allen Menschen, unabhängig von Geschlecht und sozialer Herkunft auftreten. Dazu gehören beispielsweise vererbte oder körperliche Ursachen, Alkoholmissbrauch, falsche Erziehung, sexuelle Abweichungen, die sogenannte „falsch verstandene Religiosität“ sowie individuelle emotionale Eigenheiten.

Zweitens Ursachen, die besonders Angehörigen der Unterschichten zugeschrieben werden können, z. B. Armut bzw. Bedürftigkeit oder ein Leben auf der Straße. Diese Krankheitsursachen finden sich hier in den Kategorien „Materielle Verhältnisse“ und „Lebensweise“.

Drittens Ursachen, die speziell oder in stärkerem Ausmaß in Gutachten von Frauen auftauchen, weil sie mit ihrer Biologie bzw. mit dem sogenannten „Wesen der Frau“ verknüpft wurden. Dazu können beispielsweise Menstruation bzw. Menopause, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gerechnet werden, die in der Kategorie „Biologische Disposition“ erfasst sind, aber auch unglückliche Liebesverhältnisse und

Ehen, die sich in der Kategorie „Geschlechterbeziehungen“ finden oder sexuelle Ausschweifungen bzw. unbefriedigter Geschlechtstrieb, die in die Kategorie „Sexualität“ fallen, und Schüchternheit, Ängstlichkeit, Verlassenheitsgefühl, die in die Kategorie „Psychische Disposition“ eingereiht wurden.

Im Folgenden konzentriere ich mich auf die Kategorien „Biologische Disposition“, „Geschlechterbeziehungen“ und „Sexualität“, weil hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede am deutlichsten zutage treten.

Biologische Disposition

Wie man der Tabelle entnehmen kann, ist die biologische Disposition die absolut dominierende Kategorie bei der Gruppe der Frauen. Ihre Einrichtung basiert auf der von den Gutachtern implizit aufgestellten Zuordnung von Geisteskrankheit und biologischem Geschlecht. Die dabei zugrunde gelegte Struktur war eine Art biologischer Kalender für Frauen: Einsetzen der Menstruation, Schwangerschaft/Geburt und Beginn der Menopause.⁹ Die jeweiligen Schnittpunkte waren dabei die Momente, in denen Frauen als besonders gefährdet oder instabil galten. Für das männliche Geschlecht existierte kein vergleichbarer „biologischer Kalender“. Der Grund dafür dürfte in der Bestimmung der Männer als „vernunftbegabte Wesen“ liegen, die qua definitionem frei von biologischen Festlegungen sein mussten. Auffallend bei den Gutachten für Frauen ist, dass trotz zum Teil sehr detaillierter Anführung individuell ungünstiger bis katastrophaler Lebensbedingungen das eigentliche Interesse der Gutachter auf die weibliche Biologie gerichtet blieb. Diese nicht reflektierte, selektive Wahrnehmung behauptete sich auch in den Fällen, in denen die Aussparung der gesamten Kenntnisse über die betreffende Frau fast schon gewaltsam geschah. Dazu eine Bemerkung von Dr. Andreas Elser, dem zweiten leitenden Arzt von Zwiefalten, aus dem Jahr 1825:

„Die Verwandten eines Irren sind froh, wenn der Arzt eine somatische Ursache annimmt, als wenn er tiefer in die Familienverhältnisse eindringen wollte! Der rohe Ehemann, der sein unglückseliges Weib mißhandelt, ist froh, wenn der Arzt den Sitz der Gemüthskrankheit in der anormalen Menstruation sieht als in dem Kummer seiner [...] Frau.“¹⁰

Diese kritisch reflektierte Beobachtung war jedoch singulär. Der von Elser vermutete Druck auf den Gut-

achter war wohl zumindest für einen Teil der zustande gekommenen Benennung von Krankheitsursachen mitverantwortlich, ob bewusst oder unbewusst spielt keine große Rolle. Der andere – größere – Teil der Gutachter ging von der weiblichen Biologie aus und blieb bei ihr stehen – ohne dass dafür eine Begründung erforderlich schien. Sie bestätigten, was vorausgesetzt wurde: Ihr biologisches Geschlecht disponiert Frauen zu psychisch instabilen Zuständen. Daraus folgte, dass Frauen in gewissen Fällen unschuldige Opfer ihrer „Natur“ waren, und als solche zumindest teilweise Mitgefühl verdienten. Auf der anderen Seite verstellte diese Herangehensweise den Blick für andere mögliche Ursachen und entlastete die Gesellschaft von der Verantwortung.

Geschlechterbeziehungen

Diese Kategorie steht an zweiter Stelle: 33,6% der Krankheitsursachen der Frauen lagen hier begründet bzw. mitbegründet, bei den Männern waren es nur 10,1%. Darunter fallen für beide Geschlechter u. a. „vereitelte“ oder „verunglückte“ Heiratspläne, „getäuschte Erwartung“ und „unglückliche Ehe“. Bei den Frauen kamen noch „uneheliche Schwangerschaft“ und „Misshandlung von Seiten ihres Mannes“ hinzu.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede hier scheinen nicht erstaunlich, da a priori davon ausgegangen wurde, dass der ganze Komplex der Geschlechterbeziehungen die Frauen wesentlich stärker berührte als die Männer. Die Folge davon war, dass man bei Frauen mehr auf diesen Bereich achtete. Das kann ein Grund sein für die geschlechtsspezifisch ungleiche Verteilung dieser Kategorie. Ein weiterer Grund könnte in den tatsächlich bestehenden gesellschaftlichen Strukturen und in der herrschenden Geschlechterideologie liegen. Denn die Frauen tauchen vor allem als Opfer auf, und das nicht nur als misshandelte oder unglückliche Ehefrau oder als ledige Mutter, sondern auch als junge Mädchen, deren Lebenszweck im Zustandekommen einer Ehe gesehen wurde, und die durch das Nichterreichen dieses Ziels in tiefe seelische Krisen fallen konnten.

Lag die Ursache in den Geschlechterbeziehungen, waren es nicht so sehr die Mentalitäten der Ärzte, die bei der Eruierung der Krankheitsursachen den Ausschlag gaben, sondern eher die gesellschaftlichen Strukturen und Machtverhältnisse, die dann allerdings von den Ärzten bestätigt wurden. Geschlech-

terbeziehungen konnten natürlich auch für Männer problematisch sein, trotzdem gab es eine spezifisch weibliche Komponente: Für die unverheirateten Frauen z. B. den Widerspruch, aufgrund ihres „Wesens“ dazu bestimmt zu sein, Liebe zu geben bzw. eine Familie zu gründen, auf der anderen Seite aber zur Verwirklichung dieser „Bestimmung“ nicht aktiv werden zu dürfen.

Sexualität

Alle unter diesem Begriff subsumierten Krankheitsursachen betreffen das Sexualleben bzw. die Libido der Patientinnen und Patienten. Bei 13,1% der Frauen und 24,3% der Männer fanden sich Krankheitsursachen, die mit ihrer Sexualität in Verbindung gebracht wurden. Es erstaunt nicht, dass die Männer hier stärker vertreten waren als die Frauen, da Ersteren ein aktiveres Sexualleben zugestanden wurde. Die Differenzierung ergab interessante Anhaltspunkte: Der Häufigkeit des „unbefriedigten Geschlechtstriebs“, der bei den Frauen mit 50% den größten Posten ausmachte und bei den Männern überhaupt nicht auftauchte, entsprach in etwa das Aufkommen der Fälle, die unter „geschlechtliche Ausschweifungen“ bei den Männern zusammengefasst wurden (52,3%). Auffallend ist auch die große Differenz bei den Onanie-Fällen: zwei Fälle (von insgesamt 18) bei den Frauen – und die noch mit Fragezeichen versehen – und 30 (von insgesamt 65) bei den Männern. Auch hier stellt sich die Frage nach dem Problembewusstsein der Gutachter Frauen gegenüber. Da man dem weiblichen Geschlecht grundsätzlich nur einen eingeschränkten Sexualtrieb zuschrieb, schenkte man dem versteckten Bereich sexueller Aktivitäten weniger Aufmerksamkeit als den „von Natur aus“ triebhafteren Männern, die nicht in der Lage waren, diese Triebe kraft Vernunft einzuschränken. Dem Problem der Onanie als sozial nicht oder nur schwer kontrollierbarer Sexualität bzw. den „sexuellen Ausschweifungen“ widmeten die zeitgenössischen Mediziner große Aufmerksamkeit. Onanie von Frauen schien ein heikles Thema gewesen zu sein. Während eine Fülle von Artikeln zur Onanie von Männern veröffentlicht wurde, blieb die der Frauen im Dunkeln bzw. wurde nur spekulativ abgehandelt. Die Häufigkeit der Erscheinung eines unbefriedigten Sexuallebens bei Frauen widersprach der gerade im 19. Jahrhundert postulierten naturhaften sexuellen Passivität der Frauen. Die Gutachter der Zwiefalter Insassen

setzten vielmehr geradezu voraus, dass Frauen eigene sexuelle Bedürfnisse hatten, unabhängig von ihrer Reproduktionsrolle. Dieser Widerspruch endete dann allerdings in der Feststellung von Geisteskrankheit. In den Krankenakten, in denen als Ursache der Krankheit „unbefriedigter Geschlechtstrieb“ angegeben wurde, finden sich in den Gutachten nie konkrete Hinweise darauf. Das erweckt den Eindruck, dass dieser – bei ledigen oder allein stehenden Frauen – einfach vorausgesetzt wurde.

Die Behandlung von Fragen, die das Geschlechtsleben und den Geschlechtstrieb betrafen, fiel zunehmend in den Bereich der Medizin.¹¹ Für die Einschätzung der weiblichen Sexualität brachte die Verlagerung des Themas von der früher theologischen zur nunmehr medizinischen Seite keine nennenswerten Verbesserungen. Weibliche Sexualität blieb weiterhin ein Konstrukt, das Widersprüchen unterlag. Wie man sieht, wurde Frauen zwar durchaus ein Sexualtrieb zugestanden, über das erlaubte Ausmaß gab es jedoch unterschiedliche Meinungen. Die Crux liegt darin, dass weibliche Sexualität nicht für sich allein existierte, sondern immer nur in Relation. Die Bezugspunkte waren zum einen Maßstäbe, die die männliche Sexualität betrafen und von der sich die weibliche hinsichtlich des Ausmaßes und der Ausübung zu unterscheiden hatte, und zum anderen das herrschende Frauenbild. Die Folge davon war, dass weibliche Sexualität leicht pathologisiert wurde. Die allgemein schlechtere Beurteilung erhielten dabei Frauen, die ein sexuelles Leben unabhängig von der ihnen vorgegebenen gesellschaftlichen Norm führten. Ihre Entfernung vom gängigen Frauenbild war größer als die der Frauen, die keine Möglichkeit hatten oder suchten, sexuell aktiv zu sein.

3. Schlussfolgerungen

Die Untersuchung mit der Leitfrage „Was macht Frauen, was Männer geistig krank“ macht deutlich, dass es starke geschlechtsspezifische Unterschiede bei den angegebenen Krankheitsursachen gab. Frauen waren in den Kategorien „Biologische Disposition“ und „Geschlechterbeziehungen“ absolut vorherrschend und überwogen in den Kategorien „Materielle Verhältnisse“ und „Psychische Disposition“. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl um Kategorien, die sich aus der „Polarisierung der Geschlechtscharaktere“¹² im 19. Jahrhundert ergeben haben. An der konkreten Ausgestaltung der Manifestation der Geschlechtscharaktere haben die Mediziner tatkräftig mitgewirkt. Denn der weibliche „Geschlechtscharakter“, der aus einer Verbindung von weiblicher Biologie, „Wesen“ oder „Natur“ zusammengesetzt wurde, konnte Frauen für Geisteskrankheit anfällig machen. Das ist zumindest das Fazit, das sich aus den Äußerungen der Gutachter ziehen lässt.

Bei der Beantwortung der Frage nach der sozialen Konstruktion von Krankheit¹³ muss vorab deutlich gemacht werden, dass es weder darum geht, eine (geistige oder körperliche) Erkrankung der Frauen in Abrede zu stellen, noch darum, sie zu bestätigen. Die behauptete „Konstruktion“ bezieht sich auf die Festlegung der Krankheitsursachen, bei denen vor allem mit der weiblichen Biologie, aber auch oder in Ableitung davon mit dem sogenannten „Wesen der Frau“ argumentiert wurde. Da dieses Vorgehen in den meisten Fällen die Grundlage der Beurteilung war, ungeachtet des Vorhandenseins anderer Bedingungen, kann man von einer Konstruktion von Krankheit sprechen, die spezifisch das weibliche Geschlecht betraf.

Anmerkungen

- 1 Staatsarchiv Sigmaringen, Bestand Wü 68/3, Acc. 53/1993, Nr. 189 Marianne H.
- 2 Lat.: In der Liebe und im Trinken.
- 3 Vgl. Krafft-Ebing, Richard von: *Psychopathia sexualis*. Eine klinisch-forensische Studie, Stuttgart 1886.
- 4 Staatsarchiv Sigmaringen, Bestand Wü 68/3, Acc. 53/1993, Nr. 161 Katharina S.
- 6 Zur Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Zwiefalten siehe Camerer, Rudolf/Krimmel, Emi: *Geschichte der Königl. württembergischen Heilanstalt Zwiefalten 1812–1912*. Zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Anstalt. Stuttgart [1912]; Hähner-Rombach, Sylvelyn: *Arm, weiblich – wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten im Spiegel der Einweisungsgutachten von 1812 bis 1871*, Zwiefalten 1995; Roth, Angela: *„Würdig einer liebevollen Pflege“*. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert, Zwiefalten 1999.
- 7 In den Klammern sind jeweils die absoluten Zahlen genannt.
- 8 So war z. B. nur in Ausnahmen angemerkt, ob die angebliche Erblichkeit von der väterlichen oder mütterlichen Linie ausging.

- 9 Vgl. Showalter, Ealine: *The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980*, London 1987, S. 55.
- 10 Ärztlicher Bericht über die psychische und physische Behandlungsweise der Irren im Königl. Irreninstitut zu Zwiefalten von dem Institutsarzt daselbst. Martini 1825, S. 8. (Kopie im Archiv des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten)
- 11 „The nature of the medical discussion began to change in the eighteenth century, moving from a concern with sexual problems of the individual to a view of sexual activity as a causative factor in disease.“ Bullough, Vern L.: *The Physician and the Research into a Human Sexual Behaviour in Nineteenth-Century Germany*. In: *Bulletin of the History of Medicine* 63 (1989), S. 247.
Im 19. Jahrhundert verschaffte das wachsende staatliche Interesse an öffentlicher Gesundheit und die lange Tradition, dass Schriften über Sexualität medizinischer Natur waren, Ärzten einen Experten-Status auf dem Gebiet der Sexualität. Das allgemeine medizinische Interesse richtete sich jedoch stärker auf Krankheiten, die mit der Sexualität in Zusammenhang gebracht wurden, als auf die Sexualität selbst.
- 12 Hausen, Karin: Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Conze, Werner (Hrsg.): *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit*, Stuttgart 1976, S. 363–393.
- 13 Dazu immer noch: Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar: Introduction. In: Dies. (Hrsg.): *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart 1992, S. 9–10.

Dorothe Falkenstein

Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ...

Zur Entwicklung der Irrenpflege vom
Durchgangs- zum Ausbildungsberuf¹

Abstract

In den alten Irrenanstalten gab es wenige Unterschiede zwischen den Wärtern und den Kranken. Beide Gruppen waren isoliert und stigmatisiert, die einen durch ihre Krankheit, die anderen durch unwürdige Arbeitsbedingungen wie Kost- und Logiszwang, Heiratsverbot und fehlenden Kündigungsschutz. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden neue und kleinere Anstalten gebaut, die Behandlung der Kranken wurde humaner und auch das Ansehen des Wartpersonals verbesserte sich. In den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es große Verbesserungen für beide Gruppen. Die Geisteskrankenpflege wurde zum Ausbildungsberuf. Kürzere Arbeitszeiten, Pensionsberechtigung, bessere Bezahlung und Organisation in Gewerkschaften und Berufsorganisationen sind Errungenschaften dieser Epoche. Die Irrenpflege (später Geisteskrankenpflege) war immer arzt- und konzeptabhängig. So war es zunächst die Rolle des Wärters, die die Ärzte den Pflegenden zuschrieben, später die des Irrenpflegers, der die Kranken bei der Bettbehandlung beaufsichtigte oder Dauerbäder verabreichte. In den 20er Jahren sollten die Geisteskrankenpfleger die Kranken aktivieren und in den 30er Jahren, als die Diskussion zunehmend von Aussonderung, Sterilisation und Eugenik beherrscht wurde, kam den Pflegenden auch hier die Rolle des ärztlichen Hilfspersonals zu.

Bis zur Einführung des Krankenpflegegesetzes von 1957 blieb die Geisteskrankenpflege das „Stiefkind“ der Krankenpflege. Die Stigmatisierung beider Grup-

pen wurde geringer und die Ausbildung in der psychiatrischen Pflege wurde der in der allgemeinen Krankenpflege gleich gestellt.

Die Geschichte der Geisteskrankenpflege in den vierzig Jahren zwischen dem Entstehen moderner Heilanstalten am Ende des 19. Jahrhunderts und ihrer Pervertierung im Nationalsozialismus zeigt positive Entwicklungen, aber auch Sprünge und Rückschritte. Als besondere Merkmale der Geisteskrankenpflege sind hervorzuheben:

1. Die Korrespondenz der Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen der Geisteskranken und ihres Pflegepersonals,
2. die Arzt- und Konzeptabhängigkeit der Geisteskrankenpflege und
3. die Sonderrolle gegenüber der Krankenpflege.

Die Korrespondenz der Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen der Geisteskranken und ihres Pflegepersonals

Die sozialen Unterschiede zwischen Irren- und Wachpersonal in der „alten“ Anstalt waren gering. Beide Gruppen waren unmündig, die eine durch ihre Krankheit und die damit einhergehende Entmündigung, die andere durch Kost- und Logiszwang und jederzeitige Kündbarkeit. Die Isolation der Anstalt verband beide, Vertrauen und Gewalt lagen dicht beieinander. Im gesellschaftlichen Bewusstsein war es beinahe gleichgültig, ob man in der Anstalt als Kranker oder als Wärter war. In dem Maß, in dem sich

das Ansehen der Heilanstalten nach der Jahrhundertwende besserte und die Behandlungsmethoden „moderner“ wurden, verlor der Beruf des Irrenpflegers und der Irrenpflegerin sein Negativimage. Als sich in den 1920er Jahren die Geisteskrankenpflege zum Ausbildungsberuf mit Pensionsanspruch etablierte und der Krankenpflege annäherte, wurde auch die Behandlung der Kranken freizügiger. Ausweitung der Arbeitstherapie, Frühentlassungen und Offene Fürsorge sind einige Stichworte dieser Epoche. Wirtschaftliche Krisen trafen beide Gruppen, beispielsweise im Ersten Weltkrieg, als verwundete Soldaten Vorrang in Aufnahme und Verpflegung hatten, dabei aber weniger Pflegekräfte zur Verfügung standen, und in noch größerem Maße am Ende der Weimarer Republik, als viele Reformen für das Pflegepersonal zurückgenommen wurden und die Geisteskranken zunehmend in Heilbare und Unheilbare aufgespalten wurden. Theoretisch schon in den Eugenikdiskussionen, praktisch mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten, endete die Korrespondenz im Verhältnis der Pflegenden mit den Geisteskranken; erstere wurden zu Mittätern bei Zwangssterilisationen und Euthanasie, letztere wurden, wenn sie als „unheilbar“ galten, vom gesellschaftlichen Auftrag der Pflege ausgeschlossen und misshandelt oder getötet.

Die Arzt- und Konzeptabhängigkeit der Geisteskrankenpflege

Die Irrenärzte bildeten die Gruppe, die bis weit ins 20. Jahrhundert den größten Einfluss auf Arbeits- und Lebensbedingungen des Irrenpflegepersonals hatte. Zumindest ein Teil von ihnen trat jahrzehntelang für bessere Bezahlung, Pensionsberechtigung und Ausbildung der größten Beschäftigtengruppe in den Anstalten ein. Natürlich geschah dies auch im eigenen Interesse, waren doch die Wärterinnen und Wärter das „vorzüglichste Heilmittel, was der Arzt verschreiben könne“. Ärzte schrieben die Lehrbücher, unterrichteten das Irrenpflegepersonal und ein Arzt war Herausgeber der ersten Zeitschrift in diesem Bereich. Dieser „fortschrittliche“ Teil der Ärzteschaft, der sich schließlich mehr und mehr durchsetzte, wollte ein beständiges, zuverlässiges Wartpersonal, das seine Anordnungen nicht nur mechanisch, sondern mitdenkend ausführen sollte. Der andere Teil der Ärzteschaft versprach sich eine größere Machtstellung durch ein etwas „beschränktes“ Pflegepersonal, wie es bisher charakteristisch für diese Be-

rufgruppe war, und befürchtete Aufmüpfung und Kritik an der eigenen Arbeit durch zu viel Bildung.

Solange die Geisteskrankenpflege kein Ausbildungsberuf war mit einem eigenen Berufsprofil, war die Arztabhängigkeit eine fast totale. Alle Anordnungen des Arztes mussten ausgeführt werden, z. B. Füttern oder Dauerbadbehandlung gegen den Willen der Patienten, auch wenn dieses mit großer Gewaltanwendung verbunden war. Durch die stärkere Organisierung, eine geregelte Ausbildung und das wachsende Selbstbewusstsein der in der Geisteskrankenpflege Beschäftigten in den 1920er Jahren veränderte sich auch das Verhältnis zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal. Das Charakteristikum des „Heilhilfsberufes“ blieb, jedoch konnte auf Ausbildungsinhalte oder berufliche Qualifikation hingewiesen und pflegerisches Handeln dokumentiert werden. Auf Behandlungskonzepte hatten Pflegekräfte weiterhin keinen Einfluss. Abhängig vom Anstaltsdirektor und den von ihm favorisierten Therapieformen, wurden ihre Aufgaben unterschiedlich definiert. In wirtschaftlichen Krisenzeiten gewannen wieder die Vertreter der Ärzteschaft die Oberhand, die große Einsparmöglichkeiten beim Pflegepersonal sahen. Streichung bzw. drastische Kürzung der Ausbildungsvergütung waren die Folge und auch die ohnehin unter der allgemeinen Krankenpflege stehende Ausbildung wurde in Frage gestellt. Für eine Psychiatrie, die sich mehr für die Verhütung von Geisteskrankheiten als für ihre Behandlung interessierte, war eine gute Ausbildung des Pflegepersonals nicht mehr verteidigungswürdig.

Die Sonderrolle gegenüber der Krankenpflege

Die Irrenpflege und die Krankenpflege haben unterschiedliche historische Wurzeln. Die Krankenpflege war bis ins 20. Jahrhundert dominiert von christlichen Ordensgemeinschaften. Daneben etablierte sich seit der Jahrhundertwende die freiberufliche weibliche Krankenpflege in der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, der zumeist bürgerliche Frauen angehörten. Die in der Irrenpflege Beschäftigten kamen mehrheitlich aus niedrigen sozialen Schichten. Sie wählten die Tätigkeit als Irrenwärter oder -wärterin oft als Durchgangsberuf; die Frauen, bis sie heirateten, die Männer, bis sie einen besser bezahlten Beruf fanden. Mit der Ent-

wicklung der Irrenpflege als Ausbildungsberuf fand eine gewisse Vermischung statt, die aber nicht die Mehrheit der Pflegekräfte betraf; so arbeiteten auch bürgerliche Frauen und Angehörige religiöser Orden und Diakonissenanstalten in der Irrenpflege, wie das Beispiel Aplerbeck in den Anfangsjahren zeigt. Ein weiterer bedeutender Unterschied lag in der Geschlechterverteilung. Im Gegensatz zur Krankenpflege waren in der Irrenpflege immer ähnlich viele Männer und Frauen beschäftigt. Dieses hatte Auswirkungen auf die gewerkschaftliche Organisation, da männliche Beschäftigte sich traditionell stärker gewerkschaftlich engagierten, als auch auf anstaltsinterne Auseinandersetzungen um Heiratsverbote, Logiszwang, Freiwilligkeit von Familienpflege etc.

Neben vielen gemeinsamen Interessen von männlichen und weiblichen Pflegekräften kam es auch zu Auseinandersetzungen zwischen beiden Gruppen, wie die Konflikte wegen des Einsatzes von Pflegerinnen auf Männerstationen deutlich machen. Sowohl der christlich orientierte Deutsche Verband der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen als auch der sozialdemokratisch orientierte Staats-

arbeiterverband (mit der Sektion Gesundheitswesen) waren von Beschäftigten aus der Krankenpflege und hier wiederum von männlichen Vertretern dominiert. Beide Organisationen traten für eine Angleichung von Kranken- und Irrenpflege ein mit einer vergleichbaren Ausbildung. Zu dieser Angleichung kam es nicht; stattdessen wurde die Irrenpflege weder in die 1907 verabschiedete gesetzliche Regelung noch in die 1921 empfohlene zweijährige Ausbildung in der Krankenpflege mit einbezogen.

Der geringere Status zeigte sich in den 1920er Jahren bei der Besetzung der Leitungsstellen in den Heilanstalten, die fast ausschließlich Pflegekräften mit allgemeiner Krankenpflegeausbildung offenstanden. Während die Krankenpflege im Nationalsozialismus eine Aufwertung erfuhr, besonders in der Kriegskrankenpflege, sank das Image der Geisteskrankenpflege mit dem ihrer Pflinglinge. Bis in die 1960er Jahre behielt die Geisteskrankenpflege ihre Sonderrolle als „Stiefkind der Krankenpflege“, die sich sowohl in einem niedrigeren Sozialprestige als auch in einer minderqualifizierenden Ausbildung niederschlug.

Anmerkungen

- 1 Falkenstein, Dorothe: Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel... Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangszum Ausbildungsberuf, Frankfurt/Main 2000.

Linda Orth

„... hütet Euch vor studierten Mädchen,
die vor einem Schmorbraten mit einem
völligen Geistesbankrott dastehen.“

Frauenarbeit in der Krankenpflege von den Anfängen bis 1945

Abstract

Gehörten Studentinnen, sozial engagierte Frauen, ehrenamtliche Helferinnen und Ordensschwwestern fast ausschließlich dem privilegierten Bürgertum an, so rekrutierten sich Dienstmädchen oder Krankenwärterinnen aus den unteren sozialen Schichten. Erwerbstätigkeit war für sie eine Existenzfrage, von einem Ehrenamt konnten sie nicht leben. Im 19. Jahrhundert waren die wirtschaftlichen Verhältnisse der Wärterinnen in psychiatrischen Anstalten erbärmlich. An Urlaub war nicht zu denken. Das Leben der Frauen spielte sich komplett in der Anstalt ab. Eine Kranken- und Unfallversicherung gab es bis in die achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts nicht. Somit hatten die Wärterinnen nach Kündigung oder Arbeitsunfall keinerlei Existenzgrundlage. Erst berufliche und soziale Interessensgemeinschaften sorgten Anfang des 20. Jahrhunderts für einschneidende Fortschritte im Heilberuf.

1886 schrieb der deutsch-österreichische Psychiater Richard von Krafft-Ebing Folgendes: „[...] der Mann liebt sinnlich. Dem mächtigen Drange der Natur folgend ist er aggressiv und stürmisch in seiner Liebeswerbung. Anders das Weib. Ist es geistig normal entwickelt und wohlerzogen, so ist sein sinnliches Verlangen ein geringes. Wäre dem nicht so, so müsste die ganze Welt ein Bordell und Ehe und Familie undenkbar sein. Jedenfalls sind der Mann, welcher das Weib flieht, und das Weib, welches dem Geschlechtsgenuss nachgeht, abnorme Erscheinung.“¹

Ein „überspanntes Weib“ wurde von Medizinern mit der weiblichen Biologie erklärt, dem „überspannten Mann“ fehlte es jedoch lediglich an „Männlichkeit“. Die „Nymphomanin“ schädigte die ordentliche Moral, der promiskuitive Mann bewies seine Manneskraft. 1874 beispielsweise meinte der Bonner Irrenarzt Dr. Franz Richarz: „Die Entstehung des weiblichen Geschlechts wird unserem Verständnis viel näher gebracht, wenn man es als ein negatives, als das Nicht-Männliche auffasst.“

Adolf Lasson, Professor der Philosophie, schrieb 1897: „Der schrecklichste aller Schrecken ist die Wissenschaftlichkeit der Weiber.“

Und ein Bonner Medizinstudent wandte sich 1893 nach einer Protestversammlung der Frauenbewegung mit folgendem Brief gegen das Frauenstudium: „.... ein halbwegs vernünftiger Mann wird sich hüten, ein solches ‚studirtes‘ Mädchen zu heirathen, die wohl im Stande ist, ihm einen Vortrag über die Reception des römischen Rechts [...] zu halten, die aber vor einem Schmorbraten mit einem ‚völligen Geistesbankrott‘ dasteht.“

Nach der Quellensichtung wird deutlich, dass die Bewertung weiblicher „Normalität“ und psychischer Erkrankung für die Frauen extrem fragil war. Intellektuelle Fähigkeiten der Frau wurden von einer ausschließlich von Männern geprägten Psychiatrie vollständig verneint. Die Erniedrigungen und biologischen Rechtfertigungsversuche weiblicher Unter-

drückung ebenso wie der soziale und politische Protest der Frauen gegen diese Vorurteile sollten noch Jahrzehnte dauern. Die kleinen Erfolge der Frauenvereine waren anfangs kaum mehr als eine nur formale Gleichberechtigung, denn nach Studium und Hochschulabschluss war nicht gleichzeitig auch das Recht erwirkt, einen entsprechenden Beruf ausüben zu können. Insbesondere Medizinerinnen und Juristinnen waren von der restriktiven Einstellungspolitik betroffen.

Dienstmädchen und „einfache Wärterinnen“

Gehörten Studentinnen, sozial engagierte Frauen, ehrenamtliche Helferinnen oder Ordensschwwestern fast ausschließlich dem privilegierten Bürgertum an, so rekrutierten sich Dienstmädchen oder Krankenschwägerinnen aus den unteren sozialen Schichten. Die Erwerbstätigkeit war für sie eine Existenzfrage, vom Ehrenamt konnten sie nicht leben.

Es ist zu bedenken, dass bis in die achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts hinein keine geregelte Arbeitszeit, Alters- oder Hinterbliebenenversorgung existierte und die Wärterinnen weder kranken- noch unfallversichert waren. Vor allem die Frauen wurden benachteiligt, die zuvor den Beruf eines Dienstmädchens ausgeübt hatten. An Urlaub, Erholung oder gar an ein freies Wochenende war nicht zu denken, Arbeitszeiterleichterungen gab es erst ab 1907. Das Leben der Frauen spielte sich komplett in der Anstalt ab, das heißt die Wärterinnen schliefen und wachten in den großen Räumen der zum Teil sehr unruhigen Patientinnen, mit dem einzigen Unterschied, dass deren Betten teilweise mit besonderen Holzgittern umgeben waren. Für das „einfache Wartpersonal“ galt nicht einmal die 1884 eingeführte Krankenversicherung, erst ab 1910.

Welche Beweggründe veranlasste Dienstmädchen daher zum Wechsel aus einer Stellung in einem wohlhabenden Haushalt hin zu einer Irrenanstalt hinter Mauern?

Die Arbeitszeiten als Hausmädchen unterschieden sich nicht wesentlich von denen der Wärterinnen, auch nicht die Freizeitmöglichkeiten. Aber das Dienstmädchen war im herrschaftlichen Haus mehr oder weniger leibeigen. Die „Gesindeordnung für die

Rheinprovinz“ von 1847 überließ in diesem Sinne der Herrschaft die Regelung der hauswirtschaftlichen Aufgaben. Oft blieb Frauen aus ländlichen Gegenden keine andere Wahl, als als Dienstmädchen in Stellung zu gehen. Fabrikarbeitsplätze für Frauen waren zumindest in Bonn Mangelware. Dienstmädchen waren häufig isoliert, auf sich gestellt und abhängig von den Launen der Herrschaft. Gewaltsame, auch sexuelle Übergriffe und Gewalt waren eine nicht unübliche Form herrschaftlicher Machtansprüche. Bei einer Schwangerschaft wurde den Dienstmädchen in der Regel gekündigt. Gewalt gegen und Herabwürdigung der Frauen waren keine Ausnahmen.

Viele Frauen „in Stellung“ kündigten von sich aus und fanden zumindest vorübergehend in der Irrenanstalt neben einer Arbeit, einer Schlafstätte und freier Kost einen Ort, der die Möglichkeit bot, aus der Abhängigkeit herauszukommen. In der Anstalt trafen sie auf Frauen mit ähnlichen Biographien und Lebensgeschichten.

Wenn einfache Wärterinnen den Dienst quittierten oder wenn ihnen gekündigt wurde, hatten diese Frauen keinerlei Existenzgrundlage mehr. Erst berufliche Interessensgemeinschaften und Gewerkschaften erwirkten Anfang des 20. Jahrhundert einschneidende Fortschritte im Pflegebereich.

Zum Ende des 19. Jahrhunderts und mit Beginn des 20. Jahrhunderts zeichneten sich zwei Tendenzen ab: Im Interesse der Irrenversorgung wurden die Tob- und Isolierzellen (in Bonn eine Isolierzelle auf vier Kranke) durch Wachsäle und Bettenbehandlung ersetzt. Mechanische Zwangsmittel wie Zwangsjacke, Zwangsbett und Zwangsstuhl gehörten nicht mehr zum üblichen „therapeutischen Repertoire“. Die Anstaltsmauern fielen allmählich, auch der größte Teil der überdachten Gänge um die Anstaltsgärten. Neue zusätzliche Anstaltsgebäude entstanden sowie Wohnräume für das Pflegepersonal innerhalb der Anstalt und um sie herum. Das Heiratsverbot, das vom Ärztlichen Direktor ausgesprochen werden konnte, wurde für das Personal gelockert. Die Einsicht der Anstaltsleitungen und auch des Provinzialverbandes Rheinland wuchs, dass mit der Verbesserung der Irrenpflege sich gleichzeitig auch die soziale Lage der sogenannten Irrenwärter und Irrenwärterinnen grundlegend ändern musste. Die Fluktuation unter dem Anstaltspersonal sank daraufhin stark.

Anstaltspsychiatrie 1914–1933

Der Erste Weltkrieg 1914–1918 machte die positive Entwicklung im Gesundheitswesen zunichte. Die Einberufung des männlichen Wartpersonals, von Ärzten und Angestellten zum Militär führte zur zunehmend unerträglichen Mehrarbeit für das in den Anstalten verbliebene Personal, hauptsächlich Frauen. Während des Ersten Weltkrieges wurden Frauen ungeachtet aller bisherigen Theorien über das, was eine Frau leisten könne oder sollte, in nahezu alle Bereiche der Wirtschaft einbezogen. Auch in den psychiatrischen Anstalten wurde das weibliche Personal jetzt in bisher männlichen Arbeitsbereichen eingesetzt.

Diese neue Ordnung blieb in der Pflege im Gegensatz zu vielen anderen Berufen auch nach dem Krieg bestehen, hier ein Beispiel: 1914 wurde erstmalig das weibliche Pflegepersonal in der Provinzialanstalt auf den Männerstationen eingesetzt, was bislang als unsittlich, unmoralisch und gefährlich galt und – so Prof. Nasse, Ärztlicher Direktor in Bonn, – „[...] zu viel Gelegenheit bot, zum täglichen Verkehr mit dem Pfleger“.

In der Realität wurde völlig unerfahrenes, neu eingestelltes und hauptsächlich weibliches „Hilfspflegepersonal“ mit einer Situation konfrontiert, die die meisten überforderte. Sie kündigten oder wurden vom ärztlichen Direktor entlassen. Die Fluktuation stieg wieder deutlich an. Auch die Tatsache, dass fast überall während des Krieges die Hälfte der Anstaltsinsassen zum großen Teil infolge Nahrungsmangels starben, ein Teil der Kranken- und auch Pflegekräfte sich ansteckende Krankheiten wie Typhus und Tuberkulose holten, macht deutlich, was die Anstaltspsychiatrie 1914–1918 und in der Demobilisierungsphase bis ca. 1922 durchmachen musste.

Nach der Novemberrevolution von 1918, nach den zum Teil politisch motivierten Streiks konnten durch die schnelle Konsolidierung der Gewerkschaftsverbände sowie die Errichtung von „Arbeiter-, Bürger- und Soldatenräten“ einschneidende sozialpolitische Forderungen durch- und umgesetzt werden. Auch die Bevormundungspolitik der Anstaltsleitung wurde durch die neue Tarifordnung 1920/21 eingeschränkt: Beispielsweise konnte lediges Personal jetzt außerhalb der Anstaltsmauern wohnen. Mit der Lockerung der rigiden Hausordnung, der Abschaffung des Hei-

ratsverbots und mit der Erlaubnis, außerhalb des Anstaltsgeländes leben zu dürfen, wurde gleichzeitig das Anstaltsleben für die Bonner Bevölkerung transparenter. Der Berufstand der Krankenpfleger und -schwestern fand mehr Anerkennung und Respekt. Die Berufssituation für Frauen zumindest im öffentlichen Dienst stabilisierte sich mit dem Ausbau des staatlichen Gesundheitswesens. Kaum ein Mann wollte noch einen heilenden und pflegenden Beruf ausüben. 1925 waren die Krankenschwestern mit 130.000 Personen die größte Berufsgruppe der weiblichen Angestellten überhaupt.

Hatten die Rheinischen Provinzial-Anstalten früher ausschließlich verwahrenden Charakter, so nahmen sie in der Weimarer Republik zunehmend eine medizinisch-therapeutische Orientierung an. Ende der 1920er und Anfang der 1930er Jahre zeichneten sich jedoch unter dem Einfluss der politischen und wirtschaftlichen Krisen Tendenzen einer Psychiatrie ab, die in ihrer vollen Schärfe erst nach 1933 zum Tragen kam: einerseits die Heilung der „Heilbaren“ unter Einsatz modernster therapeutischer Verfahren, andererseits die drastische Einschränkung des Lebensraums der vermeintlich „Unheilbaren“. Die sogenannte „Selektion“ geriet ins Zentrum der Überlegungen. Eine eindeutige Definition im Sinne der NS-Erbbiologie erfolgte allerdings erst nach 1933.

Anstaltspsychiatrie im Nationalsozialismus

Gehorsam und Hörigkeitsdenken gegenüber ärztlichen Vorgesetzten aus der wilhelminischen Zeit hatten die Weimarer Republik quasi überlebt und während des Nationalsozialismus verheerende Auswirkungen auf den Umgang mit erkrankten und verfolgten Menschen.

Hinzu kamen ab 1933 die Ausschaltung der Gewerkschaften, Repressionen gegen und Denunziation von Andersdenkenden, eine im Zweiten Weltkrieg zunehmende Arbeitsbelastung und die Duldung und Umsetzung der Ideologie von der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und der Ausschaltung von „Gemeinschaftsfremden“. Häufig aus Furcht, selbst zu „Gemeinschafts- oder Volksfremden“ abgeurteilt zu werden, wurde geschwiegen, geduldet oder aktiv mit organisiert, dass erkrankte Menschen der Provinzialanstalten in Tötungsanstalten verschickt wur-

den oder in der Anstalt unsägliches Leid ertragen mussten.

Mit der Aufnahme in die nationalsozialistische „Volksgemeinschaft“ wurden selbst den in niedrigsten Positionen tätigen Menschen in Abgrenzung zu den nicht dazugehörenden eine besondere Wertigkeit suggeriert. Dies betraf auch die pflegenden Berufe. Viele der ehemaligen Frauenrechtlerinnen fühlten sich von der Rassentheorie der Nazis angezogen und erhofften sich von der vermeintlichen Zugehörigkeit zur „nordischen Rasse“ mehr gesellschaftliche Aktivierungsmöglichkeiten. Mit der „Arbeitsgemeinschaft Nationalsozialistischer Studentinnen“ (ANSt) beteiligten sich Bonner Medizinstudentinnen an der Vorbereitung von Zwangssterilisation und Registrierung von sogenannten „Asozialen“.

Bisherige Recherchen bezüglich der Frage, ob von dem rheinischen Pflegepersonal Widerstand gegen nationalsozialistische Gräueltaten an psychisch, geistig und körperlich Erkrankten geleistet wurde, sind noch dürftig, aber auch noch nicht abgeschlossen. Es ist leider mehr darüber bekannt, inwieweit sich einige Schwestern und Pfleger aktiv oder passiv an der „Euthanasie-Aktion“ der Nazis beteiligt haben.

Die Grenzen zwischen Zivilcourage, Widerstand und Mitmachen waren teilweise fließend.

Hier zwei Beispiele: Die Krankenschwester Cilly, 21 Jahre alt, wurde wegen der Liebe zu einem Krankenpfleger im Dezember 1940 von Johannistal bei Süchteln nach Bonn strafversetzt. In Bonn angekommen, hielt es Cilly bald nicht mehr aus. Immer wieder besuchte sie heimlich ihren Freund und wurde daraufhin mehrmals wegen angeblicher oder tatsächlicher „Interessenlosigkeit und Unzuverlässigkeit im Dienst“ von der Oberschwester in schriftlicher Form beim Direktor denunziert: „[...] auch hatte sie, am freien Tag, der doch zur Erholung des Personals dienen soll, eine Reise nach [...] unternommen, wo sie [...] ihren Freund besuchte. Sie kam von dieser Tour erschöpft und mit wunden Füßen zurück und erklärte am anderen Morgen, sie könne keinen Dienst machen.“ Ihr wurden daraufhin von der Oberin diese „Ausflüge verboten, woraufhin Cilly erklärte: „es gefiele ihr hier nicht und sie werde kündigen.“ Die eingereichte schriftliche Kündigung wurde nicht an-

genommen, zu sehr war man im Krieg auf jede Arbeitskraft angewiesen.

Die Situation wurde für Cilly zunehmend unerträglich und fatalerweise auch für ihre Patienten und Patientinnen: Ihre Wut und Unzufriedenheit, genährt auch durch die Propaganda gegen sogenannte „Ballastexistenzen“, gab Cilly weiter an eine Kranke: Cilly misshandelte während eines Badedienstes eine Patientin mutwillig mit einem Schrubber. Die Patientin starb drei Wochen später an den Folgen der Gewalttat. Cilly wurde nur mit Lohnabzug bestraft. Von Mord war keine Rede. Als Bonner Patienten und Patientinnen bereits in Tötungsanstalten verschickt wurden, war die Schwelle zum Missbrauch von erkrankten Menschen in der Anstalt nicht mehr hoch.

Beim zweiten Fall schaffte es die Krankenschwester Agnes nach vielen erfolglosen Versuchen, den Dienst über die Reichsarbeitsdienststelle (RAD) zu quittieren und die Klinik zu verlassen. Sie wollte und konnte nicht mehr in der Anstalt arbeiten. Die Gründe sind unbekannt, bestenfalls wollte und konnte sie das System der Anstaltsverwahrung nicht mittragen. Sie suchte sich eine neue Stelle, was nur über die Reichsarbeitsdienststelle möglich war. Nach etlichen Schriftwechseln zwischen der Ortsgruppe der NSDAP, Reichsarbeitsdienststelle und Anstaltsleitung wurde im Oktober 1942, nachdem die Provinzial-Anstalt dem Kündigungsgesuch von Agnes immer noch nicht zugestimmt hatte, von Seiten des Reichsarbeitsamtes Bonn entschieden: „Die Dienstverpflichtete Agnes W. ist in einem Betrieb beschäftigt, der offensichtlich nicht kriegswichtig ist. [...] Vom Standpunkt der nationalsozialistischen Weltanschauung aus, ist eine für die Betreuung gesunder junger Menschen geeignete Volksgenossin besser für die Volksgemeinschaft im Reichsarbeitsdienst eingesetzt, als in einer Irrenanstalt.“

Bei der Frage, wo Widerstand anfängt und ob er während des Nationalsozialismus möglich war, kann letzteres mit Ja beantwortet werden, auch wenn man heute immer noch Gegenteiliges hört oder hören will. Hier wieder zwei Beispiele:

Annelie H., geboren am 31. Juli 1911, wurde am 1. August 1939 im Erbbiologischen Institut der Provinzialanstalt Bonn eingestellt. Da sie nach Auffassung von Prof. Dr. Panse und Dr. med. Josef Geller

„von Anfang an versagte“, wurde Annelie zum 1. Dezember 1939 gekündigt. Am letzten Tag vor ihrem Fortgang bekam Annelie den Auftrag, im Archivkeller an der Kartei zu arbeiten, was sie, nach anfänglichem Sträuben, auch tat. Am nächsten Tag stellte sich heraus, dass die ganzen Karteikästen in Unordnung gebracht worden waren. Der Anstaltsdirektor schrieb einen Bericht dazu: „Es bedurfte 80 Arbeitsstunden, um wieder Ordnung zu schaffen.“ Annelie H., die daraufhin vernommen wurde, „leugnete zwar, ihr ganzes Wesen aber zeigte ein offensichtliches Schuldbewusstsein. Sie besaß die Unverschämtheit, ihre Mitarbeiterin zu verdächtigen, dass diese, um sie zu belasten, absichtlich diese Unordnung geschaffen hätte. Es handelt sich hier um eine offensichtliche Sabotage eines wichtigen Betriebes“. Diesen Bericht leitete der Anstaltsdirektor am 15. Februar 1940 an die Bonner Gestapo weiter. Der Wunsch der Direktion nach Strafverfolgung wurde zwar von der Gestapo geprüft, aber es wurde nach quälenden Verhören und staatspolizeilicher Verwarnung kein Strafverfahren gegen Annelie H. eingeleitet.

Hat Annelie Widerstand geleistet? Wenn nicht sie, so wahrscheinlich jemand anderes in der Anstalt. Das „Erbbiologische“ Institut war als Landeszentrale tatsächlich ein wichtiger „Baustein“ bei der Umsetzung der Euthanasie-Maßnahmen.

Als zweites Beispiel zeigt das umfangreiche, handgeschriebene Protokollbuch des Personalrats der Bonner Provinzial-, Heil- und Pflegeanstalt seit 1919 sehr konkret die Arbeits- und Lebensbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf. Das Buch enthält Eingaben und kritische Berichte des Pflege-

personals. Die Protokolle enthalten Namen von aktiven Mitgliedern des Personalrats und der Bonner Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter sowie von Personen, die die Gewerkschaftsarbeit unterstützten.

1933 wurde das Buch in dem Bewusstsein, dass es den Nationalsozialisten Material zur Verfolgung liefern könnte, von einem aktiven Betriebsratsmitglied versteckt, die letzte Eintragung erfolgte am 27.1.1933. 1945 wurde das Buch vom neu gewählten Personalrat, bestehend mehrheitlich aus Frauen, weiterbenutzt. Eine weiße unbeschriebene Seite lag zwischen der letzten Sitzung 1933 und der ersten am 25.7.1945.

Die Rolle der Frauen im medizinischen/psychiatrischen Beruf innerhalb des Provinzialverbandes und seines Rechtsnachfolgers, des Landschaftsverbandes Rheinland, ist bislang wenig erforscht worden, dies betrifft gleichsam die Lebensbedingungen und Behandlung der Patientinnen in psychiatrischen Einrichtungen. Dabei gibt es eine Fülle von Dokumenten in den Archiven des LVR, insbesondere in den LVR-Kliniken mit ihren Krankenakten-Archiven sowie den schriftlichen Ausführungen der psychiatrischen Schriftsteller und ärztlichen Gutachter. Mit diesen Dokumenten könnten die Begründungsrhetorik und die ideologischen Bestandteile im ärztlichen Denken der Mediziner hervorragend herausgearbeitet werden, ebenso wie die Geschichte der Frauen im Pflegeberuf. Auch über die geschlechtsspezifische Diagnostik und Psychiatrisierung von abweichendem Verhalten existieren wertvolle Archivalien.

Anmerkungen

1. Krafft-Ebing, Richard von: *Psychopathia sexualis*. Eine klinisch-forensische Studie, Stuttgart 1886.

Achim Sommer und Jürgen Pech

Kunst und Wahn - Streiflichter auf Max Ernst

Abstract

Im Rückblick wies der siebzigjährige Max Ernst auf frühe Einflüsse hin, darunter „aus Brot geknetete Skulpturen der ‚Geisteskranken‘“, die er während seiner Studienzeit in der Bonner Heil- und Pflegeanstalt für Nervenkranken gesehen hatte. Auch von der Publikation „Bildnerie des Geisteskranken“, die Hans Prinzhorn 1922 veröffentlichte, war er fasziniert. Die surrealistische Bewegung, an der sich Max Ernst von Anfang an beteiligte, wollte den wirklichen Ablauf des Denkens erkunden und sah in den Äußerungen der Geisteskranken eine Nähe zu ihrem eigenen „psychischen Automatismus“. Die Zeichnung „Der Wunderhirte“ von August Natterer

und die Holzskulptur „Der Teufel mit Pferdefuß und Horn“ von Karl Genzel, die in dem Buch von Prinzhorn abgebildet sind, lassen sich formal mit Werken von Max Ernst vergleichen. Die Anmerkungen zum Wahn, die Max Ernst dabei macht, sind von einer undeutenden Sichtweise bestimmt, zielen auf eine Aufhebung der Identität und auf eine befreite Sichtweise hin. Nach dieser fokussierten Betrachtung führen Dr. Sommer und Dr. Pech durch die Sammlungsbestände, lassen 70 kreative Schaffensjahre Revue passieren und vertiefen die Originalität und Vielfalt dieses „Zauberers der kaum spürbaren Verrückungen“ (René Crevel).



Max Ernst Museum Brühl des LVR (Foto: Hans-Theo Gerhards).

Teil I - Dr. Achim Sommer

Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre fanden zahlreiche retrospektive Ausstellungen zum Werk von Max Ernst statt. Der Künstler nutzte den späten Ruhm, um auf wichtige, ihn bestimmende Einflüsse hinzuweisen. So fasste er 1962 in seinen „Biographischen Notizen“ die Anregungen der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg zusammen: „Abitur. Studententjahr in Bonn. Vermeidet sorgfältig alle Studien, die zum Broterwerb ausarten können. Malt. Verschlingt wahllos alles, was ihm an Literatur in die Hände fällt. Lässt sich von allem ‚beeinflussen‘, lässt sich gehen, nimmt sich wieder zusammen, usw. Resultat: Chaos im Kopf. Auch in der Malerei: seine Augen trinken alles, was in den Sehkreis kommt, jedoch mit mehr Wahl: er liebt van Gogh, Gauguin, Goya, Seurat, Matisse, Macke, Kandinsky, u. a. [...] Und die aus Brot gekneteten Skulpturen der ‚Geisteskranken‘. [...] Und und und und. Und die köstliche Unordnung im Gehirnkasten des Heranwachsenden.“

In dieser Aufzählung kommt den Arbeiten, die Max Ernst in der Bonner Heil- und Pflegeanstalt für Nervenkrankhe sah, eine besondere Bedeutung zu. Denn die geistige Verfassung des Künstlers wird als anregende Verwirrung charakterisiert und somit dem seelischen Zustand von ‚Geisteskranken‘ angenähert. In der biographischen Version von 1959 beschrieb er sein persönliches Interesse folgendermaßen: „Ich versuche Spuren des Genies in ihnen [d.h. in den Arbeiten] zu erkennen und entschieße mich, diese unbestimmten und gefährlichen Gebiete, die der Wahnsinn begrenzt, zu erforschen.“

Neben der eigenen Anschauung diente ihm Prinzorns Buch „Bildnerei der Geisteskranken“, das 1922 erschienen war, als weitere Quelle der Auseinandersetzung und der Inspiration. Die Veröffentlichung erwähnte er auch in Gesprächen mit seinem ersten Biographen Patrick Waldberg, der 1958 eine umfangreiche Monographie über den Künstler verfasst hatte.

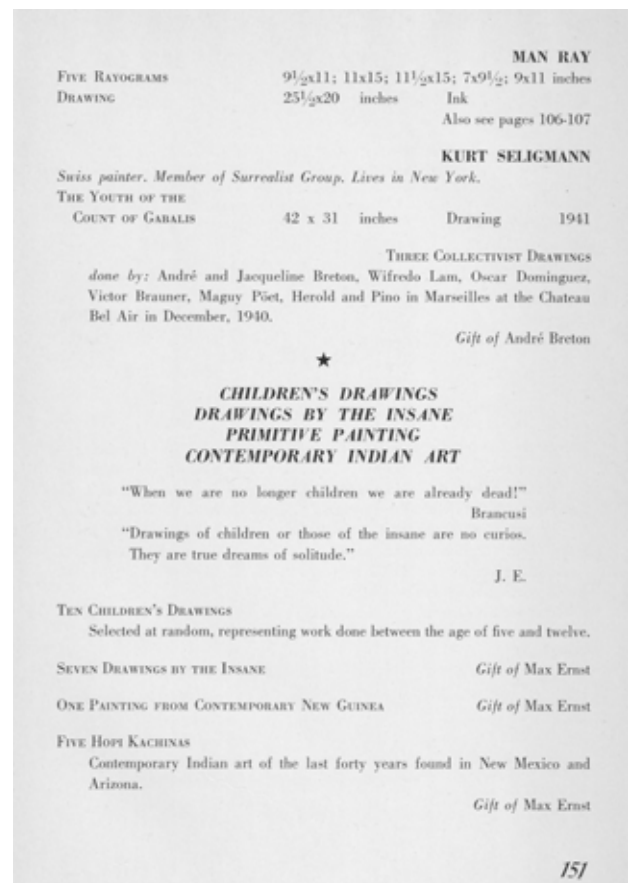
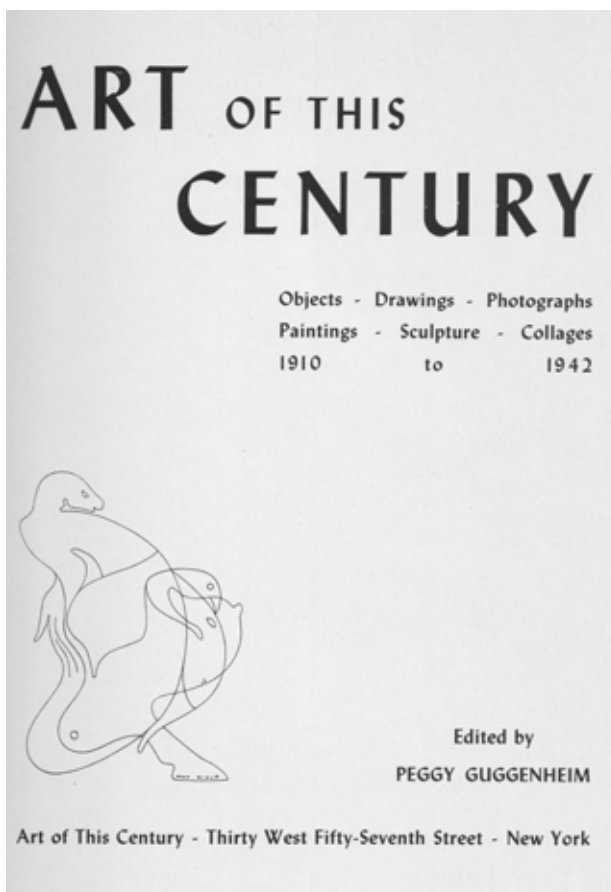


Abb. 1 Titel und Seite aus „Art of this Century“, 1942. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

„Art of this Century“

Anfang der vierziger Jahre nutzte Max Ernst im amerikanischen Exil den Kontext von Ausstellungen, um auf die Randbezirke der Kunst aufmerksam zu machen. So stellte Peggy Guggenheim 1942 ihre Sammlung der New Yorker Öffentlichkeit vor. Parallel dazu erschien das Buch „Art of this Century“, das am Schluss eine Abteilung mit Kinderzeichnungen, Zeichnungen von Geisteskranken, naiven Gemälden und zeitgenössischer Kunst von Indianern enthält (Abb. 1). Die sieben Zeichnungen von Geisteskranken, die aufgeführt sind, waren ein Geschenk von Max Ernst an die Kunstsammlerin.

„First Papers of Surrealism“

In dem Ausstellungskatalog „First Papers of Surrealism“, der im selben Jahr 1942 von André Breton und Marcel Duchamp gestaltet worden war und sowohl die Kunst als auch programmatisch die Haltung der Surrealisten im Exil präsentierte, ist in Zusammenhang mit einem Gemälde von Victor Brauner das Werk eines „Verrückten“ abgebildet, das ebenfalls

aus der Sammlung von Max Ernst stammte (Abb. 2). Max Ernst war seit seiner Bonner Studienzeit von Ausdrucksformen fasziniert, die nicht von Vernunft, Geschmack oder Moral kontrolliert waren. Die Befreiung und Ausweitung der Wahrnehmung bestimmten sein künstlerisches Vorgehen und ließen ihn zum Dadaisten und Surrealisten par excellence werden. Seine zahlreichen indirekten Arbeitsweisen nutzte er für eine Aufhebung der Identität und für eine umdeutende Sichtweise.

Die Bedeutung seiner Techniken und die Intention der Surrealisten resümierte er 1935: „Dank der automatischen Schreibweise, den Collagen, den Frottagen und all den Prozessen, die den Automatismus und die irrationale Erkenntnis fördern, haben sie den Grund dieses unsichtbaren und wunderbaren Universums berührt, ‚das Unterbewusstsein‘, um es in seiner ganzen Realität darzustellen.“

„Cheval, enfant et serpents“, 1927

Als Beispiel für einen unkonventionellen Umgang mit Materialien und für den Prozess des Hineinsehens und Ausdeutens kann das Gemälde „Pferd, Kind und Schlangen“ von 1927 dienen (Abb. 3). Max Ernst präparierte die Bildoberfläche mit mehreren Farbschichten, legte strukturierte Gegenstände darunter und kratzte die Farbe mit einem Ateliermesser wieder ab. Die entstandenen Formen werden zu Leitfäden für Visionen. Sie provozieren visuelle Vorstellungen, die ausgedeutet und malerisch ergänzt werden. Max Ernst sah: ein Pferd, unter dem ein Mensch-Vogel-Wesen steht; eine rote Schlange; eine grüne Schlange, die ein Ei verschlingt; eine dünne Schlange sowie einige Blumen im Vordergrund. Mit weißer Farbe fixierte er eine gleichsam halb gefrorene, halb aufgetaute Landschaft, und mit blauer Farbe fügte er den Himmel ein.

Die Formulierung von den aus „Brot gekneteten Skulpturen der ‚Geisteskranken‘“ kann somit als Gleichnis für die Ausdeutung von Materialien verstanden werden. Darüber hinaus schuf Max Ernst erzählerische Bildfolgen und emblematische Werke, die auf die surrealistische Auseinandersetzung mit den Geisteskrankheiten hinweisen. 1929 veröffentlichte er seinen ersten Collagenroman „La femme 100 têtes“. Der Titel ist mehrdeutig und kann als „hundertköpfige“, „kopflöse“, „starrsinnige“ oder



Abb. 2 Seite aus „First Papers of Surrealism“, 1942. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

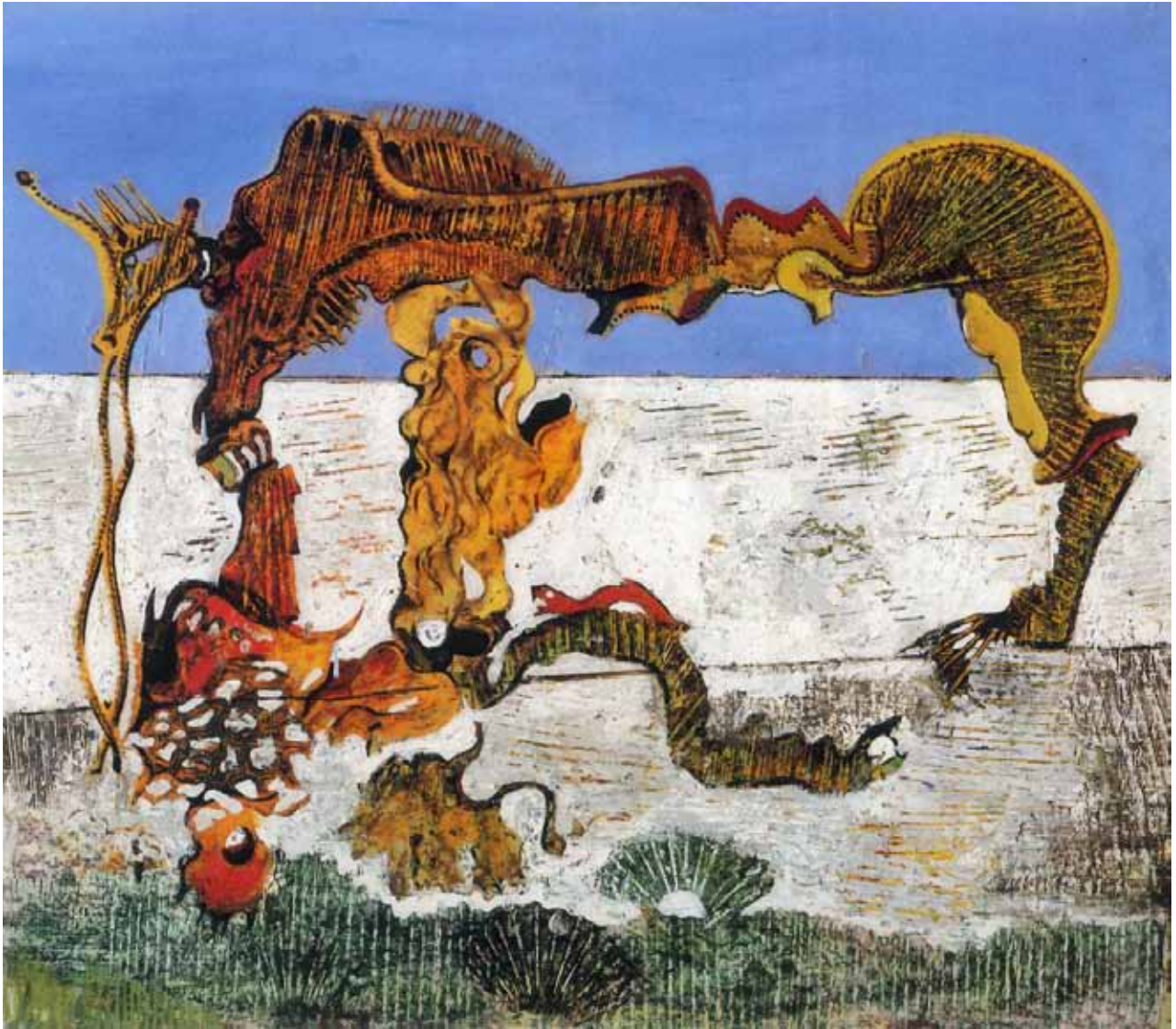


Abb. 3 Max Ernst, „Cheval, enfant et serpents“, 1927. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

„blutsaugende Frau“ gelesen werden. Die 147 Holzstichcollagen sind in neun unterschiedlich umfangreiche Kapitel aufgeteilt, für die sich Schwerpunkte feststellen lassen, die den Collagenroman, wie Jürgen Pech vorschlug, als visuelles Manifest des Surrealismus präsentieren.

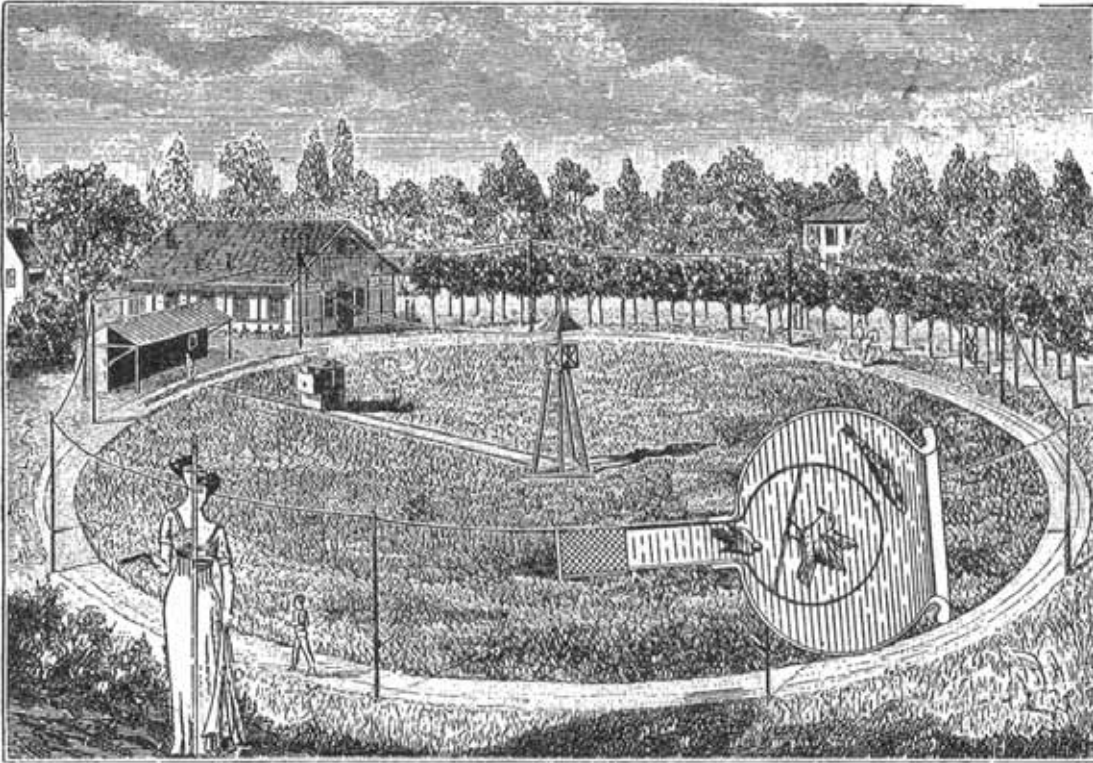
Collage aus dem 2. Kapitel von „La femme 100 têtes“

Das Thema des Sichtbarwerdens, der Magier und der Surrealismus, Aktivität und Passivität, die Freiheit, die Liebe, der Tod und das Leben werden behandelt. Das zweite Kapitel führt die Erweiterung der Realität vor. Die Verdoppelung der Identität wird in der Collage „die landschaft wird im höchsten grade unbewusst“ durch eine Aufspaltung visualisiert (Abb. 4). Der Vogel, der im Wasser fliegt, symbolisiert dabei

das Tauchen in anderen Bewusstseinszuständen und weist auf die surrealistische Ausweitung der Erfahrungsmöglichkeiten hin.

Collage aus dem 7. Kapitel von „La femme 100 têtes“

Die sechzehn Collagen des siebten Kapitels zeigen Halluzinationen bzw. Visionen, die ebenfalls die Erfahrung der Realität erweitern. Durch eine Tür eindringende „Fantome“ bevölkern Schlafräume und Landschaften; schwebende Frauen, Gespenster und leuchtende Gestalten treten auf, für die Max Ernst – als Ausdehnung der Erscheinungswelt – erneut die Verdoppelung von Motiven verwendet. In der Collage „fantomlosen fantomen gleich rangieren sich zwei leiblose leiber parallel zu ihren leibern. Sie fallen aus den bett. Sie fallen aus den vorhängen. Sie sind



die landschaft wird im höchsten grade unbewußt

Abb. 4 Max Ernst, Collage aus dem 2. Kapitel von „La femme 100 têtes“, 1929. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.



fantomlosen fantomen gleich rangieren sich zwei leiblose leiber parallel zu ihren leibern. Sie fallen aus dem bett. Sie fallen aus den vorhängen. Sie sind körperlos. Sie sind fantomlos

Abb. 5 Max Ernst, Collage aus dem 7. Kapitel von „La femme 100 têtes“, 1929. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

LE CINQUANTENAIRE DE L'HYSTERIE

(1878-1928)

NOUS, SURRÉALISTES, TENONS À CÉLÉBRER CE LE CINQUANTENAIRE DE L'HYSTÉRIE, LA PLUS GRANDE DÉCOUVERTE POÉTIQUE DE LA FIN DU XIX^e SIÈCLE, ET CELA AU MOMENT MÊME DU DÉCHÈVREMENT DU CONCEPT DE L'HYSTÉRIE PAR LE DOKTOR KRAFFT-EBING. NOUS QUI N'AVONS RIEN FAIT QUE DES PEINTURES HYSTÉRIQUES, NOUS LE TYPE PARFAIT NOUS EST FOURNI PAR L'OBSERVATION RELATIVE À LA DÉLÉCHÉE X. L. (AUCUNNE) ENTRÉE À LA SACRÉDITÉ DANS LE SERVICE DE P^r CHARCOT LE 21 OCTOBRE 1878, À L'ÂGE DE 13 ANS 1/2. COMMENT DEUXIÈME-NOUS TOUCHÉES PAR LA LAMBEAUÉE RÉPUTATION DE TROUSERS ORGANIQUES, DONT LE FACILE NE SERA JAMAIS QU'UNE VUE DES SEULES MÉRIÈRES CELLES DE L'HYSTÉRIE ? QUELLE PITÉ ! M. BARTHELEMY, L'HOMME LE PLUS HYSTÉRIQUE QUI SE SOIT ATTACHÉ À CETTE QUESTION (DONT PENSER EN 1883) « QU'EST-CE QUE L'HYSTÉRIE EST SINCÈRE, PROFONDE, SEULE L'ÂGE INDICÉ, IL N'Y A PLUS DE PLACE POUR L'HYSTÉRIE ». ET VOILÀ ENCORE CE QU'ON VOUS A DONNÉ À PRENDRE DE MIEUX PENSER, QUI SONT TOUT À CHARCOT, SE SOUVIENT-IL DU TEMPS OÙ, AU DÉMÉNAGEMENT DES SURVIVANTS, LES EXTÉRIEURS DE LA SACTÉRIÈRE CORRESPONDAIENT LIEUX DEVANT PRÉFÉRÉMENT, ET LIEUX SOUS DE L'AMOUR, OÙ, À LA NUIT TROUSIÈRE, LES MALADES LES RECONNAISSANT AU DEHORS OÙ LES RECEVAIENT DANS LEUR LIT ? ILS ENCHÈVREMENT BÉNÉDITE PATIÈMMENT, POUR LES DEHORS DE LA CLASSE MÉDICALE QUI SE DE DÉPÊCHÉ PAR, LES ATTITUDES

PASSIONNELLES SOUS-ÉTANT PATHOLOGIQUE QUI LEUR ÉTANT, ET NOUS SONT ENCORE HUMANI- NEMENT, SI PRÉCISÉS. APRÈS CINQUANTE ANS, L'ÉVALUÉ DE NANCY EST-ELLE MORT ? S'IL VIT SEULIÈRE, LE DOCTEUR LAYO A-T-IL OUBLIÉ ? MAIS OÙ SONT LES OBSERVATIONS DE NÈRE DOR L'ÉTRANGÈMENT DE TERRE DE MÈREUSE ? OÙ SONT LES ÉVALUÉS TROUSIÈRES PAR LE RAYMOND BOUQUEL DE LA SCIENCE, CLAVIS VINCENT ?

À CES HYSTÉRIQUES DÉFINITIONS DE L'HYSTÉRIE QUI ONT ÉTÉ DONNÉES JUSQU'À CE JOUR, DE L'HYSTÉRIE, DÉFINI DANS L'ANTIQUITÉ, SPÉCIALE AU MOYEN-ÂGE, DES PENSÉES DE LOUISIN ACE FLAGELLANTE DE N.-D. SON PÈRE (VIVRE MADAME CHATELAIN-VEU), DÉFINITIONS MÉTHIQUES, ÉDIFIQUES OU SÉULEMENT L'YSTÉRIE, DÉFINITIONS SOCIALES, DÉFINITIONS SAVANTES, IL EST TROP FACILE D'OPPOSER CETTE « MALADIE COMPLÈTE ET PROFONDEMENT APPELÉE HYSTÉRIE QUI ÉCHAPPE À TOUTE DÉFINITION » (HYPOTHÈSE). LES SPECTATEURS DU TRÈS BEAU FILM « LA SURRÉALISME À TRAVERS LES ÂGES » NE RAPPELLENT CERTAINEMENT AUCUN TROUSIÈRE SUR L'ÉCRAN OÙ DANS LA SALLE DES ENSEIGNEMENTS PLUS VIF QUE CEUX DES LIVRES D'HIPPOCRATE, DE PLATON OÙ L'YSTÉRIE ROUSIÈRE COMME UNE PETITE CÉLÈBRE, DE GALIEN QUI IMMORSE LA CHEVILLE, DE FERNEL QUI LA REMET EN MARCHER AU XVI^e SIÈCLE ET LA MET SUR SA MAIN BÉROUSIÈRE JUSQU'À L'ESTOMAC ; ILS SONT TROP GRANDS, BRANDE LES CORDES DE LA



LES ATTITUDES PASSIONNELLES EN 1875



LES ATTITUDES PASSIONNELLES EN 1878

Abb. 6 Doppelseite aus „La révolution surréaliste“, Nr. 11, Paris, 15. März 1928.

körperlos. Sie sind fantomlos“ versucht ein bärtiger Mann, angewiesen von einem Gespenst im Hintergrund, die Realität der Erscheinungen zu ertasten (Abb. 5).

Doppelseite aus „La révolution surréaliste“, Nr. 11, Paris, 15. März 1928

Mit Phantomen, Trug- und Wahnvorstellungen thematisiert Max Ernst die surrealistische Hinwendung zu den Geisteskrankheiten. 1928, also im Jahr vor Veröffentlichung seines Collagenromans, verfassten André Breton und Louis Aragon den Artikel „Zum fünfzigjährigen Jubiläum der Hysterie“, in dem sie die Krankheit als „die größte poetische Entdeckung

des ausgehenden 19. Jahrhunderts“ rühmten (Abb. 6). Und ein Jahr nach der Publikation des Collagenromans simulierten André Breton und Paul Éluard verschiedene pathologische Verhaltensweisen in ihrem literarischen Gemeinschaftswerk „Die unbefleckte Empfängnis“. Die poetische Einfühlung in Schwachsinn, akute Manie, generalisierte Paralyse, Interpretationswahn und Dementia praecox sollte die Abgrenzung von Normalität und Anomalie aufheben. Bemerkenswert ist, dass Max Ernst für das siebte Kapitel seines Collagenromans sehr ausführliche Bildlegenden erstellt. Sie ahmen den Interpretationswahn nach. Der abbrechende Sprachschwall der Bildlegenden zum Schluss des Kapitels dagegen simuliert die Desorganisation der Dementia praecox.

Teil II - Dr. Jürgen Pech

Collage für die Broschüre der Buchhandlung José Corti, 1931

Zwei Jahre nach dem Collagenroman „La femme 100 têtes“ entwarf Max Ernst den Umschlag für eine Broschüre der Buchhandlung José Corti in Paris. Die Collage zeigt in einem Schaufenster den gekrümmten, vor Wollust katapultierten Körper einer jungen Frau (Abb. 7). Die ekstatische Stellung ist die bekannteste, „arc de cercle“, also Kreisbogen genannte Pose auf dem Höhepunkt eines hysterischen Anfalls. Der Fensterbogen über der Frau wiederholt formal die Körperhaltung und lenkt den Blick auf die schmale Wandszene, in der zwei Hände auftauchen. Max Ernst zitiert hier das berühmte Detail aus dem Deckenfresco der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo, in dem Gott den ersten Menschen beseelt. Die Genesis der Bibel und die Offenbarung durch die surrealistische Literatur werden somit parallel gesetzt. Zugleich ist die Collage ein Emblem, das surrealistische Evokation und pathologisches Verhalten zusammenfasst.

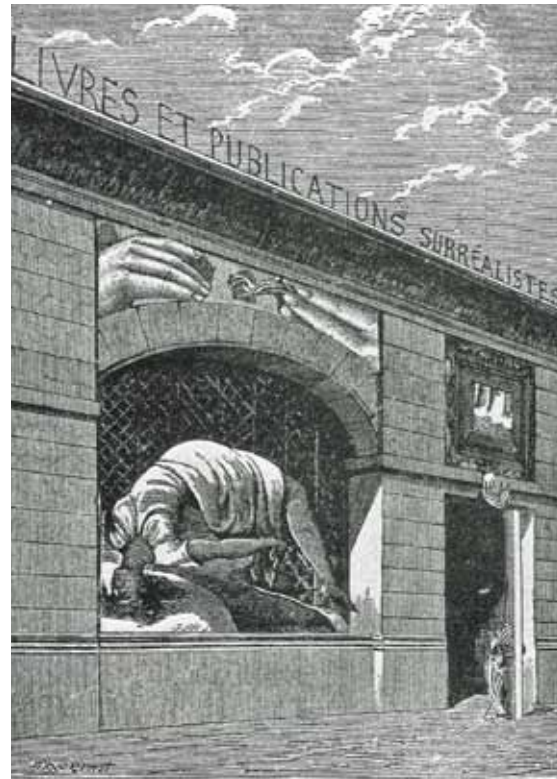


Abb. 7 Max Ernst, Collage für die Broschüre der Buchhandlung José Corti, 1931. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

Schlusscollage von „Une semaine de bonté“

Dasselbe Motiv einer Kreisbogenstellung zog Max Ernst 1934 erneut heran, um es programmatisch an den Schluss seines dritten und umfangreichsten Collagenromans „Une semaine de bonté“ zu setzen (Abb. 8). Jedem Tag dieser „Woche der Güte“ sind ein Element und ein Beispiel zugeordnet. Für den abschließenden „Samstag“, der zehn Collagen umfasst, wird das Element als „unbekannt“ bezeichnet und als Beispiel der „Schlüssel der Gesänge“ angegeben. Durchgehend sind hier Frauen dargestellt, die sich zuerst in Schlafräumen aufhalten und schließlich aus den Betten ins Freie schweben. Die Schwerkraft der Realität scheint aufgehoben. Das letzte Bild zeigt eine Frau und einen Vogel und verweist so auf die beiden Hauptfiguren des ersten Collagenromans „La femme 100 têtes“, auf die hundertköpfige Frau und auf Loplop, die Selbstdarstellung des Künstlers, der Max Ernst in der deutschen Fassung den Namen Hornebom gab. Gegenüber der Collage für den Umschlag der Broschüre ist der kreisbogenförmige Körper nun aus dem Rahmen des Schaufensters gelöst



Abb. 8 Max Ernst, Schlusscollage von „Une semaine de bonté“, 1934. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

und schwebt frei über einer Treppe im Außenraum. Bereits 1928 hatte André Breton die befreiende und inspirative Kraft der Krankheit positiv hervorgehoben, und noch 1929 schrieb er in seinem „Zweiten Manifest des Surrealismus“: „Ehre, sagten wir, Aragon und ich, der Hysterie und ihrem Gefolge von jungen, nackten Frauen, die über Dächer gleiten. Das Problem der Frau ist auf dieser Welt das wunderbarste und das beunruhigendste.“

Umschlag der Max Ernst-Sondernummer der „Cahiers d'Art“

Eine entsprechende emblematische Wirkung hat eine weitere Collage, die 1931 entstand. Sie wurde 1933 in der Zeitschrift „Le Surréalisme au service de la Révolution“ mit dem Titel „Oedipe“ publiziert und schmückte den Umschlag der ersten Monographie, die 1937 über das Werk von Max Ernst erschien (Abb. 9).

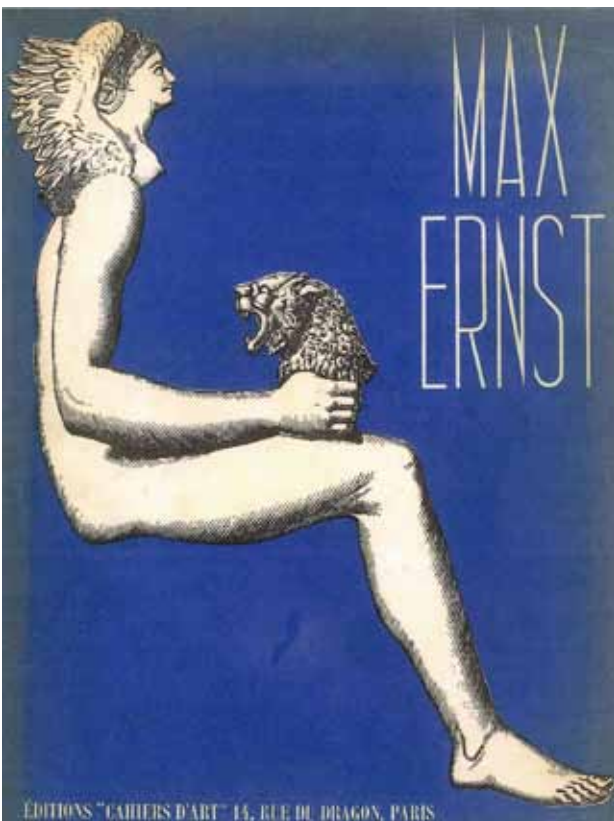


Abb. 9 Umschlag der Max Ernst-Sondernummer der „Cahiers d'Art“, 1937. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.

9). Die zugleich sitzende und frei schwebende Figur geht auf einen Holzschnitt zurück, den Max Ernst einer Nummer der Zeitschrift „Le magasin pittoresque“ entnommen hatte.

Der Holzschnitt „Der Dornauszieher“

Neben „La Nature“ griff Max Ernst auch auf diese populäre Zeitschrift des 19. Jahrhunderts zurück, um die Abbildungen als Ausgangsmaterial für seine Klebebilder zu nutzen. „Le magasin pittoresque“ wandte sich mit Erzählungen, Novellen, Fortsetzungsromanen und unterhaltenden Reisebeschreibungen an das Bildungsbürgertum. Neben den Kuriositäten der Natur behandelte die Zeitschrift hauptsächlich die Monumente der Welt und berichtete um die Jahrhundertwende verstärkt über die Architektur Amerikas, über Wolkenkratzer oder über Kuriosa wie zum Beispiel ein Hotel in Form eines Elefanten. Durch

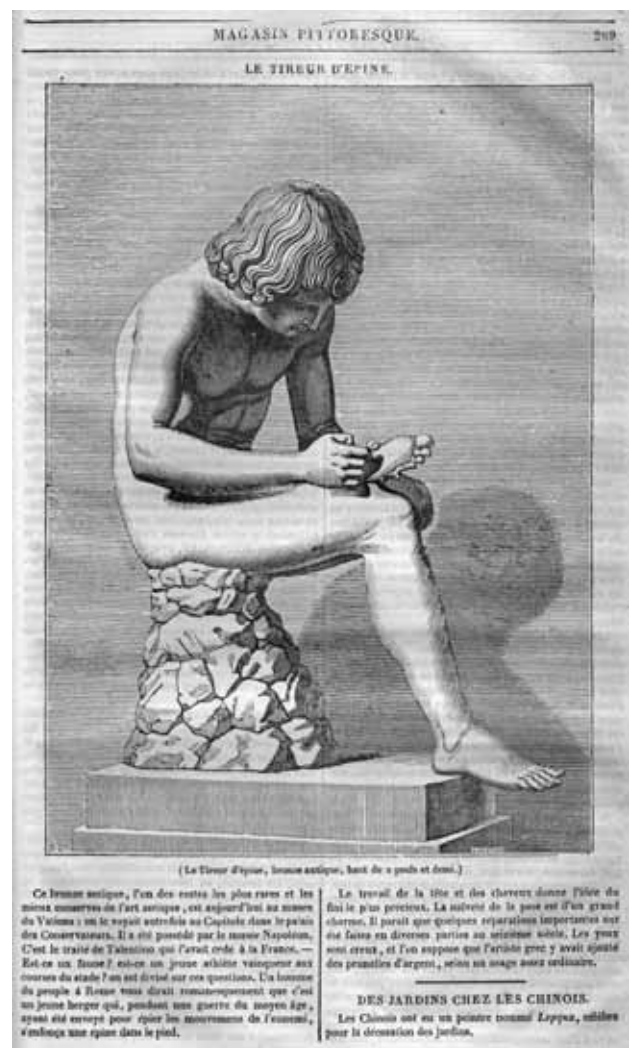


Abb. 10 Der Holzschnitt „Der Dornauszieher“ aus „Le magasin pittoresque“.



Abb. 11 August Natterer, „Der Wunderhirte“, vor 1919.

Holzstiche wurden Gemälde und Skulpturen aus den Museen Europas, von den Pariser Salons und Weltausstellungen reproduziert, und in begleitenden Texten ihre literarischen oder historischen Inhalte erläutert.

Im ursprünglichen Zusammenhang ist die antike Plastik „Der Dornauszieher“ dargestellt (Abb. 10). Max Ernst schnitt die hell beleuchteten Körperglieder aus und ergänzte sie durch einen geflügelten Frauen- sowie durch einen Löwenkopf. Beide Details zeichnen die Figur als Sphinx aus. Durch diese Motive und durch den Titel von 1933 werden Ödipus und Sphinx zu einem ununterscheidbaren, androgynen Wesen zusammengefasst. Die Collage steht programmatisch für das gesamte Werk von Max Ernst, denn sie verschmilzt die Frage der Sphinx und die Antwort des Ödipus in ein unauflösliches Rätsel.

August Natterer, „Der Wunderhirte“, vor 1919

Ein zusätzliches Bezugssystem entsteht, wenn man die „morphologische Verwandtschaft“ mit der Zeichnung „Der Wunderhirte“ von August Natterer berücksichtigt, die Hans Prinzhorn 1922 in seinem Buch „Bildnerei der Geisteskranken“ veröffentlicht hatte (Abb. 11). Der Vergleich unterstreicht die symbolische Bedeutung der Collage von Max Ernst und ihre Vieldeutigkeit, die „genauso ‚schizophren‘ wie die Darstellung des schizophrenen Künstlers ist“.

In seiner Fallstudie berichtet Prinzhorn, dass August Natterer, bevor er nach einem Selbstmordversuch in die psychiatrische Klinik kam, den Beruf eines Mechanikers ausgeübt hatte. In seinen Zeichnungen hielt er wichtige Momente einer Halluzination fest, die er kurz vor seiner Einlieferung in den Wolken oberhalb der Stuttgarter Rotebühl-Kaserne gesehen hatte. Dabei wechselten sich – so sein Bericht – innerhalb einer halben Stunde an die 10.000 herrliche Bilder ab, für Natterer „Offenbarungen des Weltgerichts“. Es erschienen ihm eine Hexe als böse Weltenschöpferin mit einem sich ständig wandelnden Rock oder ein ungläubiger Thomas, dessen Kopf zunächst eine Granate war, dann aber zur Tiara und zuletzt zu einem Strohhaufen wurde. Am komplexesten war die Entstehung des „Wunderhirten“. Natterer beschrieb seine Zeichnung folgendermaßen: „Da stand zunächst eine Brillenschlange in der Luft, grün

und blau schillernd. Und daran kam der Fuß (der Schlange entlang). Dann kam der andere Fuß daran. Der wurde aus einer Rübe gebildet. (Auf Befragen:) Das Märchen von Rübezahl: Reue bezahl! – An diesen Zweiten Fuß erschien das Gesicht von meinem Schwiegervater in W.: das Weltwunder. Die Stirn wurde in Falten gelegt – daraus wurden die Jahreszeiten. Dann wurde ein Baum daraus. Die Rinde des Baumes wurde vorn abgebrochen, so dass die Lücke den Mund zu dem Gesicht gebildet hat. Die Haare haben die Äste vom Baum gebildet. Dann erschien zwischen Bein und Fuß ein weiblicher Geschlechtsteil, der bricht dem Manne den Fuß ab, d.h. die Sünde kommt durch das Weib und bringt den Mann zu Fall. – Der eine Fuß stemmt sich gegen den Himmel, das bedeutet den Sturz in die Hölle (– an diesem Fuße sind die Zehen Noten, warum, weiß er nicht –). Dann kam ein Jude, ein Hirte, der hat ein Schaffell um sich hängen gehabt. Auf diesem war Wolle, das waren lauter W, d.h. es kommen viele Weh. – Diese W wurden in Wölfe verwandelt; es waren reißende Wölfe. Und diese Wölfe wurde in Schafe verwandelt: das waren die Wölfe in den Schafskleidern. Und die Schafe sind dann um den Hirten herumgelaufen. Der Hirt bin ich – der gute Hirt – Gott!“

Zum Festhalten dieser fließenden visionären Bilder verwendete Natterer ein Jahrzehnt später die ihm vertraute Art feinliniger technischer Zeichnungen, um das Geschaute nachzeichnend zu rekonstruieren und damit zu verstehen.

Max Ernst, „L'imbecile“, 1961 / Karl Genzel, „Der Teufel mit Pferdefuß und Horn“, vor 1920

Eine formale Übereinstimmung besteht auch zwischen einer anderen Arbeit aus der Heidelberger Sammlung von Prinzhorn und der Bronzeplastik „Der Schwachsinnige“ von Max Ernst (Abb. 12). Sie entstand 1961, also während der Zeit der Rückerinnerung, und knüpft an den Aufbau der Holzskulptur „Der Teufel mit Pferdefuß und Horn“ von Karl Genzel an (Abb. 13). Während Werner Spies berichtete, dass Max Ernst den französischen Staatspräsidenten Charles de Gaulle gemeint habe, vertiefte die Kunsthistorikerin Stefanie Poley den Hinweis auf die formale Übereinstimmung, als sie schrieb, bei der Holzplastik von Karl Genzel „besteht ein aufreizender Kontrast zwischen den fein gestalteten und

Konzentration anzeigenden Gesichtszügen und den organischen Missbildungen der Ohren und Hörner. Max Ernst überträgt dagegen das Prinzip der fleischigen Auswüchse auf die übrigen Teile seiner Büste. Das Ergebnis ist das Porträt eines penetranten Typs, der hohl, aber vital, weil ungebrochen von sich selbst überzeugt, die übrige Menschheit an die Wand drückt.“

Der von Max Ernst gewählte Titel „Der Schwachsinnige“ scheint den Zusammenhang mit dem Werk des schizophrenen Künstlers zu legitimieren. Jedoch muss auch hier das von Max Ernst angebotene Geflecht aus Verweisen oder Netzwerk an Verbindungen weiter gefasst werden. Und in der Tat ist „Der Schwachsinnige“ bei Max Ernst kein Geisteskranker, sondern ein Geistlicher. Der rund ausgeschnittene Kragen kennzeichnet ihn als Pfarrer. Er ist besessen von zwei kleinen Figuren, die durch ihre unterschiedlichen Haltungen als fromme und als freie Seele bezeichnet werden können. Bezieht man die Skulptur von Genzel in die Beschreibung mit ein, so ist der besessene Geistliche ein Teufel. Max Ernst spielt mit der formalen Ähnlichkeit, um indirekt ein System von Erläuterungen herzustellen. Wie schon in „La femme 100 têtes“ wird die Kirche erneut als eine Form des Wahns charakterisiert.

Die Anmerkungen zum Wahn, die Max Ernst mit seinen Werken macht, sind von einer umdeutenden Sichtweise bestimmt, zielen auf eine Aufhebung der Identität und auf eine befreite Sichtweise.



Abb. 12 Max Ernst, „L'imbecile“, 1961. © VG Bild-Kunst, Bonn 2013.



Abb. 13 Karl Genzel, „Der Teufel mit Pferdefuß und Horn“, vor 1920.

Nadine Teuber

Geschlechterkonstruktionen und Depression.

„Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen

Abstract

Der Beitrag untersucht aus interdisziplinärer Perspektive die Bedeutung von Geschlecht in der Depression. Depressionsdiagnosen nehmen weltweit zu. Dass Frauen häufiger an Depressionen erkranken als Männer, ist dabei eines der stabilsten Ergebnisse der Epidemiologie depressiver Störungen. Frauen sind einem doppelt so hohen Depressionsrisiko ausgesetzt. Frauen sind eher als Männer dazu bereit, depressive Verstimmungen bei sich und Anderen wahrzunehmen und zu berichten.

Gleichzeitig neigen Klinikerinnen und Kliniker dazu, Depressionen bei Frauen zu überdiagnostizieren, während Depression bei Männern deutlich unterdiagnostiziert bleibt. Ausgehend von der Beobachtung, dass die Depression als Frauenkrankheit erscheint, geht es hier jedoch nicht um eine Naturalisierung von Frauen und Männern als Kranke, sondern um die diskursive Verhandlung von Geschlecht in der Depressionsforschung und Praxis. Untersucht werden die Einschreibungsprozesse gesellschaftlicher Geschlechterverhältnisse und Emotionsnormen in die Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen sowie in die Psyche und Körper von depressiven Frauen und Männern.

Sind Frauen das depressive Geschlecht? Der Beitrag nimmt von dieser Fragestellung seinen Ausgang und diskutiert aus inter- und transdisziplinärer Perspektive die vielschichtigen Zusammenhänge von Geschlecht und Depression. Hierfür folgt der Vortrag den Spuren eines vergeschlechtlichten Umgangs mit Depression und Verlusten aus medizinisch-psychologischer, psychoanalytischer und kulturwissen-

schaftlicher Perspektive – von der „melancholischen Männlichkeit“ der Antike bis zur modernen Medikalisierung „depressiver Weiblichkeit“.

Einführung: Depression als Frauenkrankheit?

Depressionsdiagnosen nehmen weltweit zu (WHO 2005) und erlangen vermehrt mediale Präsenz. Der Depressionsforscher Seligman bezeichnet die Depression bereits in den 70er Jahren als „common cold of psychiatry“¹. 2008 überschreibt die FAS die Depression als Krebs der Seele, Jaques-Alain Miller sieht im aktuellen Diskurs über Depression den Diskurs einer Pandemie² und Darian Leader³ vergleicht depressive Störungen mit der Schwarzen Pest des Mittelalters. Aber unabhängig davon, ob die Depression nun eine neue, eine alte oder auch keine „Volkskrankheit“ darstellt, ist eine ihrer bemerkenswertesten Eigenschaften ihr auffälliger gender gap, d.h. der ihr zugrunde liegende Geschlechtsunterschied. Auch wenn Diagnosen männlicher Depressionen in aktuellen Studien langsam aufzuschließen scheinen, so sind Frauen doch bislang einem doppelt so hohen statistischen Depressionsrisiko ausgesetzt.⁴ Die Zahlen der unterschiedlichen Studien variieren dabei je nach Depressionsdiagnose und Untersuchung zwischen einem 1,5- bis 2-fach erhöhten Risiko.⁵ Dies gilt für fast alle psychiatrisch definierten Depressionstypen und ist weitgehend unabhängig vom kulturellen Hintergrund.⁶ An Frauen werden in den USA bis zu 70% aller Antidepressiva verschrieben, oftmals durch den Hausarzt ohne vorherige klinische Diagnostik oder

therapeutische Begleitung.⁷ Frauen nehmen nicht nur mehr Antidepressiva ein, sie zeigen auch eine längere Krankheits- und Episodendauer, und sie suchen wegen depressiver Verstimmung schneller und öfter Hilfe auf. Merkmale der depressiven Patientenrolle stimmen dabei mit klassischen Beschreibungen traditioneller Weiblichkeit soweit überein, dass die Depressionsforscherin Ellen McGrath in Weiblichkeit per se eine milde Manifestation der Depression erkennen mag.⁸ Die Psychiaterin Kay Redfield Jamison formuliert es ähnlich: „Depression, somehow, is much more in line with society’s notions of what women are all about: passive, sensitive, hopeless, helpless, stricken, dependent, confused, rather tiresome, and with limited aspirations“.⁹ Eine solche Übereinstimmung zwischen gesellschaftlichen Emotionsnormen und Krankheitsvorstellungen führt nicht nur dazu, dass Frauen eher bereit sind, Depressionen an sich wahrzunehmen und deswegen Hilfe aufzusuchen und somit auch vermehrt diagnostiziert werden und die Praxen füllen – sie führt auch dazu, dass Männer Depressionen bei sich weniger erkennen und dass sowohl männliche Patienten als auch Klinikerinnen und Klinikern dazu neigen, Depressionen bei Frauen eher zu benennen und zu behandeln als bei Männern.

Die hier vorliegenden Überlegungen zu einem Geschlecht der Depression nehmen ihren Ausgang von dieser Beobachtung, dass die Depression zunächst als eine Frauenkrankheit erscheint, d.h. Frauen scheinen für depressive Störungen empfänglicher als Männer. Diese geschlechtsspezifische Fragestellung betrachtet die Häufigkeit von depressiven Erkrankungen bei Männern und Frauen – und fragt nach möglichen Ursachen. Es geht hier jedoch keinesfalls um eine Naturalisierung von Frauen und Männern als Kranke, sondern um die komplizierter liegende Frage, wie diese differenztheoretischen Befunde mit der Betrachtung eines kulturhistorischen Geschlechts der Depression bzw. mit einer geschlechtlich kodierten Wahrnehmung depressiver Störungen zusammenwirken. Diese Fragestellung fokussiert die Wahrnehmung und diskursive „Ver-geschlechtlichung“ der Depression aus inter- bzw. transdisziplinärer Sicht und geht der diskursiven Verhandlung von Geschlecht in der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Konzeptualisierung depressiver Symptome nach. Wie beeinflusst und strukturiert

Geschlecht klinische und theoretische Konzepte über depressive Störungen und wie schreibt sich ein Wissen über symbolische Weiblichkeit und Männlichkeit ein in die Theorien über Depression und ihre Behandlung? Geschlechterkonstruktionen werden in der Psyche und im Körper depressiver Patientinnen und Patienten wirksam. Vorstellungen über „Richtiges Mann und Frau sein“ beeinflussen, wie Patientinnen „ihre“ Depression erleben und kommunizieren, sie beeinflussen auch, wie und ob Klinikerinnen und Kliniker Depression diagnostizieren und sie schreiben sich in Theorien und Wissen über Depressionen ein. Im Folgenden wird – unter Bezugnahme auf sozialpsychologische, psychoanalytische und kulturwissenschaftliche Konzepte – der Zusammenhang zwischen Geschlechternormen und Depressionskonzepten als eine Politik des Verlustes fokussiert.

Sozialpsychologische und medizinische Studien konstatieren ein unterschiedliches Depressionsrisiko für Frauen und Männer, das einen Zusammenhang zwischen gesellschaftlich ungleichen Produktions- und Reproduktionsverhältnissen nahelegt, in denen Frauen weitgehend den „Stress of Caring“¹⁰ übernehmen und somit einem höheren Depressionsrisiko ausgesetzt sind. Diese gesellschaftlichen Prozesse bilden sich wiederum in kulturellen Emotions- und Geschlechternormen ab, die ihrerseits die Depressionsdiagnosen beeinflussen. Darüberhinaus verweisen psychoanalytische Depressionskonzepte auf einen individuellen innerpsychischen Zusammenhang zwischen Verlust und Depression, der auch in der Entstehung der Geschlechtlichkeit selbst eine bedeutsame Rolle spielt. Schließlich führt eine kulturhistorische Kontextualisierung von Geschlecht und Depression, ausgehend von der Melancholie in der Antike bis in die heutige Antidepressivawerbung, auf Spuren einer gesellschaftlichen Verlustpolitik, die bestimmt, wessen Verluste symbolisier- und darstellbar sind und welche Verluste keinen Zugang zur Sprache und zur Darstellbarkeit finden bzw. welche Verluste kulturell unsichtbar bleiben.

Die in der psychologischen und psychiatrischen Forschung diskutierten Risikofaktoren für ein erhöhtes Depressionsrisiko bei Frauen beziehen sich vor allem auf ein niedrigeres Einkommen von Frauen, ein vermehrtes familiäres Sorge-tragen für Andere (etwa in der Pflege von Kleinkindern und alten Familienange-

hörigen), bis hin zum Risiko traumatischer Erfahrung von sexuellen Übergriffen und körperlicher Gewalt.¹¹ Dabei fällt auf, dass es neben den Risikofaktoren, die das Risiko für Depression generell erhöhen (wie Trauma, Armut, geringer Bildungsstatus), von denen aber Frauen überproportional häufiger betroffen sind, Bereiche gibt, die vor allem für Frauen, nicht aber für Männer das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen. Diese sind vor allem im Bereich der Fürsorge für Andere angesiedelt. Hier erscheint der gender gap vor allem als ein care gap: Der Hauptrisikofaktor einer weiblichen Depression ist das Vorhandensein kleiner Kinder im Haushalt, je mehr Kinder desto stärker steigt das Risiko an. Auch wird seit den 1980er Jahren immer wieder berichtet, dass es einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Ehestatus und Depression bei Frauen, nicht aber bei Männern, gibt.¹² Wie schon Emile Durkheim (1897) in seinen Studien über den Selbstmord anmerkt: „Wir haben schon einmal ganz allgemein festgestellt, daß die Ehefrau ganz allgemein weniger Vorteile vom Familienleben hat als der Mann. Jetzt wird die Sache deutlich. Sie liegt darin, daß die eheliche Gemeinschaft der Frau schadet und die Anfälligkeit für den Selbstmord stärkt“.¹³

Neben der sozialen Rollenaufteilung findet sich in den Studien eine entsprechende „Rollenidentifikation“, in der Frauen oder „feminin“-geschlechtsrollenorientierte Personen über einen niedrigeren Selbstwert verfügen, geringere Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aufzeigen und stärker zu sogenannten ruminativen, grüblerischen Denken neigen als Männer – allesamt weitere Risikofaktoren für die Depressionsgenese.¹⁴ Hier zeigt sich eine zentrale Verflechtung von kulturellen Geschlechternormen und gesellschaftlichen Geschlechterpraxen mit einer klinischen Diagnose und Behandlungspraxis. Weiblichkeits- und Männlichkeitsbilder und mit ihnen verbundene Emotionsnormen schreiben sich in die Psyche der angerufenen Männer und Frauen ein und sie beeinflussen – und sind beeinflusst von einer – gesellschaftliche Rollenteilung, nach der Frauen einem größeren Risiko für depressive Erkrankungen ausgesetzt sind. Diese Risikofaktoren verweisen auf gesellschaftliche Machtbeziehungen zwischen Männern und Frauen, sie werden aber in der psychologischen Literatur als „geschlechtsrollenspezifische“ Risikofaktoren vor allem beschreibend dargestellt.¹⁵

Geschlecht, Depression und Verlust

Wie vollziehen sich die individuellen Einschreibungen gesellschaftlicher Vorstellungen von Symbolischer Männlichkeit und Weiblichkeit innerhalb der Familie? Renommierte psychoanalytische Theorien gehen von der Erfahrung eines Verlustes oder Mangels aus, der nicht nur in Konzeptualisierungen der Depression, sondern auch in Geschlechtertheorien zentral ist. Eine Verlusterfahrung steht sowohl in der Entwicklung einer Depression als auch in der Aneignung der Geschlechtlichkeit im Zentrum. Dabei sind zwei Aspekte des Verlusterlebens interessant:

1. Ausgehend von Freuds klassischer Theorie der melancholischen Identifizierung, die den Prozess der Verinnerlichung eines verlorenen (Liebes-)Objektes beschreibt, der in die Depression führen kann, können für Männer und Frauen unterschiedlich bedeutsame Verlusterfahrungen konstatiert und mit einer geschlechtsspezifischen Entwicklung depressiver Störungen in Verbindung gebracht werden.

2. Die Geschlechtsentwicklung selbst wird als ein Verlustprozess beschrieben, in dem das Kind erkennt, nicht Mutter und Vater sein zu können (Fast 1996) oder nicht Mutter und Vater begehren zu können.¹⁶

Zunächst eine kurze Darstellung der Thesen zu geschlechtsspezifischen Verlusten in der Depressionsentstehung: Sidney Blatt (2004) geht in seiner Konzeptualisierung von zwei unterschiedlichen Depressionstypen aus, deren Genese und Entstehungsbedingungen aus unterschiedlichen frühen Phasen der kindlichen Entwicklung herrühren.¹⁷ So beschreibt er die anaklitische Depression als eine Depression, die durch frühe Beziehungsverluste (etwa eine depressive unerreichbare Mutter) ausgelöst wird und die vor allem Frauen betrifft. Später im Leben kann ein Objektbeziehungsverlust, wie das Verlassen-werden durch den Liebespartner, diese Form der depressiven Entwicklung aktualisieren und eine anaklitische Depression auslösen. Der frühe Objektverlust funktioniert dabei als Folie vor dem, der später wirksam wird. Mit dieser Depression einher gehen Gefühle der Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Bedürftigkeit dem wichtigen Anderen gegenüber, der die Person verlassen hat. Die introjektive Depressionsform rührt hingegen aus Konflikten aus der Zeit der Über-Ich-Bildung und bezieht sich auf Identitätsfragen und eine übersteuerte, zu strenge

Selbstwahrnehmung. Introjektive Depressive scheitern an zu hoch gesetzten Zielen und geraten in die Depression über Identitätsfragen, z. B. Konflikte im beruflichen Leben. Anders als aber von Blatt und Kollegen erwartet, ist diese zweite Form einer späteren Depression nicht – wie man geschlechtsrollenkonform erwarten könnte – häufiger bei Männern, sondern ebenso häufig bei Frauen. Frauen sind einem doppelten Depressionsrisiko ausgesetzt, das sie sowohl für anaklitische Beziehungsverluste als auch für Identitätskonflikte verletzlich macht. Dies entspricht der soziologischen Theorie der „doppelten Vergesellschaftung“,¹⁸ in der Frauen sowohl für Reproduktion als auch für Produktion verantwortlich sind, während Männer sich von dem Bereich der expressiven Beziehungspflege weniger tangiert erleben. Was diese Theorie so bedeutsam für eine depressive Geschlechtertheorie macht, ist die Tatsache, dass sie Mädchen und Frauen, nicht aber Jungen und Männer in Verbindung bringt mit frühen unsymbolisierbaren – körpernahen – Verlusten auf der Ebene früher Beziehungserfahrungen.

In vielen psychoanalytischen Geschlechtertheorien wird dieser Zusammenhang zwischen frühen weiblichen Verlusten und späten männlichen explizit mitverhandelt. Um den Zusammenhang mit Depressionstheorien aufzuzeigen, soll hier noch einmal auf Sigmund Freud verwiesen werden. Freuds Theorie der melancholischen Identifizierung verweist auf einen unbetrauerbaren Verlust, der nicht der Realität zugeführt werden kann, nicht bewusst werden darf, so dass der „Schatten des Anderen“ auf das Ich fällt.¹⁹ Später hat Freud diesen Prozess auch als die Art und Weise bezeichnet, wie sich Identität notwendig über Identifikations- und Verlustprozesse herausbildet,²⁰ in Leaders prägnanten Worten: „You are what you have loved“.²¹ Judith Butler ist es nun wiederum zu verdanken, dass sie die Theorie der Melancholischen Identifizierung zu einer Theorie der Geschlechtlichkeit selbst gemacht hat.²² Das Mädchen wird zum Mädchen, indem es – aufgrund des Homosexualitätstabus – das Begehren nach der Mutter aufgibt, im Lacanschen Sinne verwirft. Das Mädchen wird so die Frau, die es in einer doppelten Verneinung nie geliebt und daher nie verloren hat. Für den Jungen gilt ein ähnlicher Prozess, der sich jedoch auf den Vater und somit zumeist eben nicht auf das erste früheste Liebesobjekt bezieht. Ein Unterschied, der

in vielen psychoanalytischen Geschlechtertheorien verhandelt wird. So finden sich frühe „konstitutive Mangelserfahrungen von Mädchen“ in klassischen psychoanalytischen Geschlechtertheorien seit Freud wie auch in vielen ihrer kritischen feministischen Revisionen wieder.²³ Gemeinsam ist den Theorien die Abwendung des Mädchens von der Mutter und ihre Aufgabe als begehrtes Liebesobjekt. Dies macht für das Mädchen, nicht aber den Jungen, einen primären Liebesverlust aus.²⁴ Dieser ermöglicht die Subjektconstitution des Mädchens – in Abgrenzung zur Mutter, macht sie aber verletzlich für eine spätere depressive Entwicklung. Das Mädchen verliert die Mutter als erstes Liebesobjekt anders und zu einem früheren Zeitpunkt als der Junge. Dem Jungen wird die heterosexuelle Bindung an sein erstes Liebesobjekt später – mit dem Eintritt in das Inzesttabu des Ödipus – versagt. Aufgrund dessen, dass er von der Mutter schon immer als der Andere gedacht wird, besteht auch weniger Gefahr, dass er Selbstobjekt der Mutter wird und es ist ihm leichter, sich selbst als von ihr getrennt zu erfahren. Zusammenfassend sind die Verluste, die mit der Aneignung der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung einhergehen, für Mädchen frühere und daher – unbetrauerbare –, sie führen in eine melancholische Konstitution, die eine spätere depressive Entwicklung möglicherweise fördert bzw. dafür empfänglicher macht. Sie sind früher und daher körpernäher, sie schreiben sich in das Erleben des eigenen weiblichen Körpers ein und sind zunächst nicht symbolisier- und darstellbar. Die Frage ist, wie diese früheren unsymbolisierbaren Verluste gesellschaftlich oder kulturell dargestellt werden können und wie sich der Umgang mit diesen Verlusten historisch verändert, wenn sich Familienstrukturen verändern.

Kulturgeschichte der Melancholie – eine Politik des Verlustes

Die Frage nach der Symbolisierbarkeit und kulturellen Darstellbarkeit von männlichen und weiblichen Verlusten ist auch für eine kulturwissenschaftliche Betrachtung der Depression bedeutsam. Wessen Verlust findet Eingang in kulturelle Repräsentation, etwa in die Kunst, in die Sprache, in Rituale. Auch hier werden vergeschlechtlichte Linien bzw. Diskursstränge identifiziert, die mit einer weiblichen und einer männlichen Depression einhergehen. Diese gehen einher mit einer geschlechtlich unterschied-

lichen Repräsentierbarkeit bzw. Nichtrepräsentierbarkeit von Verlusten.

So stehen milde depressive Störungen von Frauen zwar in Einklang mit traditionellen Weiblichkeitsnormen, durch eine Überbetonung extremer Weiblichkeit – Passivität, Rückzug, Hilflosigkeit – stellen sie aber auch eine Verweigerung gegenüber den weiblichen Generativitätsanforderungen dar. Klinische Depression überschreitet die Toleranzgrenzen dessen, was noch als normales, normiertes weibliches Verhalten anerkannt wird. Die Depressive verweigert weibliche Emotionsnormen, in dem sie sie überschreitet. Der narzisstische Rückzug aus der Objektbeziehung führt zu einer Verweigerung der Depressiven, in ihrem sozialen Kontext zu funktionieren. So entsteht eine widersprüchliche Situation – zum einen liegt in der Psychodynamik der Depression ein Schutz von Beziehungen bzw. ein Schutz vor Objektverlust (durch melancholische Identifizierung). Zum anderen stellt die Depression eine Verweigerung von Beziehung dar. Diese Widersprüchlichkeit entspricht wiederum der Betonung der Ambivalenz in der Objektbeziehung, die nach Freud die Bedingung der Entstehung einer melancholischen Identifizierung ist.²⁵

Eine andere Form dieser Ambivalenz findet sich historisch für die männliche Depression. Im Diskurs der Melancholie, der bis in die Antike zurückreicht, macht die Depression den Träger der Melancholie nicht allein zum Objekt von Verlusten, sondern zum Subjekt einer Ermächtigung. So fragt bereits Plato in seinem berühmten Satz: „Warum erweisen sich alle außergewöhnlichen Männer in Philosophie oder Politik oder Dichtung oder in den Künsten als Melancholiker [...]“²⁶ Auf diesen Zusammenhang zwischen männlicher Melancholie und besonderer Gabe und Größe greift der gesellschaftliche und wissenschaftliche Diskurs in den folgenden Jahrhunderten bis

Freuds Trauer und Melancholie unter unterschiedlichen Vorzeichen immer wieder zurück (vgl. Radden 2000). Heute scheint er jedoch – sieht man ab von der Modediagnose des „Burnouts“ und individuellen Künstler- und Geniebiographien – weitgehend verschwunden. Die Melancholie adelt den Melancholiker, der zwar unbenommen leidet, sich jedoch gleichzeitig durch eine besondere Größe auszeichnet. Gerade sein „als weiblich konnotiertes“ Leiden führt ihn ein in den Status des Besonderen. Diese Line von Genie und Wahnsinn verfolgt Edgar Forster (1998) bis in die heutige Diskussion von melancholischer (un-)Männlichkeit.²⁷

Verluste von Frauen und Verluste von Männern erhalten gesellschaftlich und psychodynamisch eine unterschiedliche Bedeutung, in dem männliche Verluste symbolisierbar und ermächtigend sein können (inklusive der Aneignung weiblicher Eigenschaften durch die Melancholie), während frühe weibliche Verluste sprachlos und passiv im Körper verleblicht bleiben und weniger gesellschaftliche Wahrnehmung oder Anerkennung erhalten. Mit André Green (1993)²⁸ könnte man sagen, dass sie in der weißen Trauer kannibalistisch konserviert bleiben. Judith Butler (1991)²⁹ spricht mit Maria Torok und Nicolas Abraham (1987)³⁰ von Krypten in der Psyche. Parallel zur Entzauberung der Melancholie verliert die Diagnose der Depression mit zunehmender Medikalisierung ihren Mehrwert. Der männliche Melancholiker wird ikonografisch zur weiblichen Depressiven. Der Soziologe Alan V. Horowitz (2010)³¹ spricht von einer Medikalisierung der Traurigkeit und bringt diese in Verbindung mit rein deskriptiven symptomatischen psychiatrischen Kategorien, die erklärende psychoanalytische Theorien weitgehend abgelöst haben. Die Depression und die Depressive verlieren ihre Bedeutung: das Symptom hört auf zu sprechen.

Anmerkungen

- 1 Seligman, Martin E. P.: On depression, development and death, San Francisco 1975.
- 2 Miller, Jacques Alain: Depression. In: Lacanian Ink 31, 2008, S. 78–85 (Übersetzung Thelma Sowley).
- 3 Leader, Darian: The New Black, Mourning, Melancholia and Depression, London 2008.
- 4 Piccinelli, Marco/Wilkinson, Greg: Gender differences in depression. In: The British Journal of Psychiatry 77, 2000, S. 486–492.
- 5 Vgl. Piccinelli/Wilkinson (wie Anm. 4).
- 6 Vgl. Nolen-Hoeksema, Susan: Sex Differences in Depression, Stanford 1990.
- 7 McGrath, Ellen/ Keita, Gwendolyn P./Strickland, Bonnie R./Russo, Nancy F.: Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues. Washington/DC 1990.

- 8 McGrath (wie Anm. 7).
- 9 Redfield Jamison, Kay: *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*, New York 1997.
- 10 Belle, Deborah: *The stress of caring. Women as providers of social support*. In: Goldberger, L./Breznitz, S. (Hrsg.): *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*, New York 1982, S. 496–505.
- 11 McGrath (wie Anm. 7).
- 12 Brown, George W./Harris, Tirril: *Social Origins of Depression*. London: 1978. – Gutierrez-Lobos, Karin/Wölfle, G./Scherer, M./Anderer, P./Schmidt-Mohl, B.: *The gender gap in depression: the influence of marital und employment status*. In: *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology* 35, 2000, S. 202–210.
- 13 Durkheim, Emile: *Der Selbstmord*, Frankfurt am Main 1887 (5. Aufl. 1995).
- 14 Vgl. Nolan-Hoeksema (wie Anm. 6).
- 15 Vgl. Teuber, Nadine: *Das Geschlecht der Depression*, Bielefeld 2011.
- 16 Butler, Judith: *Das Unbehagen der Geschlechter*, Frankfurt am Main 1991.
- 17 Blatt, Sidney J.: *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*, Washington 2004.
- 18 Becker-Schmidt, Regina, *Die doppelte Vergesellschaftung von Frauen*. *Gender Politik Online, Gender in den Sozialwissenschaften*, o. O. 2003. URL: http://www.fu-berlin.de/sites/gpo/soz_eth/Geschlecht_als_Kategorie/Die_doppelte_Vergesellschaftung_von_Frauen (17.5.2013).
- 19 Freud, Sigmund: *Trauer und Melancholie*, GW X, Frankfurt am Main 1917.
- 20 Freud, Sigmund: *Das Ich und das Es*, GW XIII, Frankfurt am Main 1923.
- 21 Leader (wie Anm. 3).
- 22 Butler (wie Anm. 16).
- 23 Vgl. Teuber (wie Anm. 15).
- 24 Vgl. Quindeau, Ilka: *Weiblichkeit und Depression: Ein psychodynamischer Erklärungsversuch*. In Hau, Stefan/Busch, Hans-Joachim/Deserno, Heinrich (Hrsg.): *Depression zwischen Lebensgefühl und Krankheit*, Göttingen 2005.
- 25 Freud 1917 (wie Anm. 19).
- 26 Aristoteles: *Problemata physica*, XXX1, Darmstadt 1962 (Übersetzung Flashar, H.).
- 27 Als berühmte Ausnahme dieses „Mehr“ an Bedeutung in der Melancholie des Melancholiekonons funktioniert der Text von Hildegard von Bingen, die als prominente weibliche Stimme des Mittelalters nicht von einer besonderen Gabe durch die Melancholie ausgeht und als erste eine spezifische Therapie der Melancholie der Frau entwirft (vgl. Radden, Jennifer: *The Nature of Melancholy. From Aristotle to Kristeva*, Oxford 2000. – Schiesari, Juliana: *The Gendering of Melancholia. Feminism, Psychoanalysis, and the Symbolics of Loss in Renaissance Literature*, Ithaca/NY 1992.). Einen moderner Anschluss an das Besondere der männlichen Depression greift die US-amerikanische Gesundheitskampagne des NHS „Real Men Real Depression“ auf. Hier werden Männer porträtiert, deren Bewältigung und „Courage to ask for help“ sie zu besonders mutigen Depressiven macht, ohne den Makel der Effeminisierung (NHS 2006). – Forster, Edgar J.: *Unmännliche Männlichkeit*, Wien 1998.
- 28 Green, André: *Die tote Mutter*. In: *Psyche* 47, 1993, S. 250–240.
- 29 Butler (wie Anm. 16).
- 30 Torok, Maria/Abraham, Nicolas: *Notes on a Phantom: A Complement to Freud's Metapsychology*. In Françoise Meltzer (Hrsg.): *The Trial(s) of Psychoanalysis*, Chicago 1987, S. 75–80.
- 31 Horowitz, Allan V./Wakefield, Jerome C.: *DER STANDARD*, Printausgabe, 1.2.2010.

Anna Urbach

Aus der Rolle (ge)fallen?! -

Epilepsie und bürgerliche Rollenerwartungen im Deutschen Kaiserreich am Beispiel der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe

Abstract

Um die Jahrhundertwende des 19./20. Jahrhunderts bewegte sich Deutschland zwischen den Polen Fortschrittsglaube, Eroberungswahn und Treue zur Tradition. In den Familien des aufgeklärten, aufstrebenden Bürgertums herrschten rigide Rollenmuster zwischen Mann und Frau, Eltern und Kindern. Aus Begeisterung für die kaiserliche Flotte wurden Jungen in Matrosenanzüge gesteckt. Als augenfälliger Ausdruck der Einschränkungen der weiblichen (Bewegungs)freiheiten kann die knöchellange Kleidermode und das Eingeschnürtsein in das „Korsett der Tugend“ angesehen werden. Wichtige Sozialisationsinstanzen stellten dabei für den Mann der Militärdienst und für die Frau die Institution der Ehe dar (gleichgeschlechtlich-öffentliche Sozialisationsinstitution versus private – nicht öffentliche Sphäre).

Wer in diesem „nervösen Zeitalter“ an Epilepsie litt, musste um seine gesellschaftliche Stellung bangen. Die als „funktionelle Neurose“ definierte Erkrankung konnte die Erfüllung der eigenen als auch der von außen herangetragenen Rollenerwartungen gefährden. Die Militär- bzw. Ehe-tauglichkeit wurde hierbei von Ärzten, insbesondere Psychiatern, vorgenommen. Sie unterschieden zwischen körperlichem Gebrechen und psychischen Symptomen, die man als „epileptischen Charakter“ bezeichnete.

Anhand der wissenschaftlichen Literatur um 1900 soll gezeigt werden, welche Erklärungsversuche für Geschlechtsstereotype der Epileptiker von den Psychiatern (Universität, Anstalt) herangezogen wur-

den, und ob diese in Anhängigkeit von bestimmten wissenschaftlichen Schulen standen bzw., inwieweit sie durch kulturhistorische und gesellschaftliche Vorgaben geprägt waren. Als Beispiel für die praktische Umsetzung dieser theoretischen Überlegungen sollen ausgewählte Patientenschicksale von epileptisch Kranken um 1900 geschildert werden.

Von Arzt- und Pflegeberichten als auch Autographen (sogenannten Egodokumenten (Briefe, Gedichte)) von Kranken soll aufgezeigt werden, in welchem Rahmen (Diagnostik, Therapiemethoden und -ziele) geschlechtsspezifische Zuschreibungen von dem dort tätigen medizinischen Personal bezogen auf die Erkrankung benutzt wurden, aber auch geschlechtsspezifische Krankheitswahrnehmungen und Erwartungen an die Therapie von Seiten der Patientinnen und Patienten herausgearbeitet werden.

1. Einleitung

Die Untersuchung von geschlechtsspezifischen Zuschreibungen innerhalb der Generierung von psychiatrischen Krankheitskonzepten und deren Auswirkung auf das Leben der für krank befundenen Männer und Frauen rückt in den letzten zwanzig Jahren verstärkt in den Fokus medizinhistorischer Forschungen.¹ Die Quellengattung der psychiatrischen Krankenakten hat sich dabei als ergiebiger Fundort erwiesen, um der Frage nachzugehen, „wie diese Diskurse in der psychiatrischen Praxis und in subjektiven Krankheitswahrnehmungen genutzt wurden“.² Das in den Krankenakten enthaltene, heterogene Quellenmaterial bietet vielfältige Einblicke

in den Anstaltsalltag psychiatrischer Kliniken und ermöglicht eine Annäherung an den von Roy Porter bereits 1985 geforderten „Patient’s View“³ innerhalb der Psychatriegeschichtsschreibung. Die ohne Zweifel zeitaufwendige Sichtung der Arzt- und Pflegeberichte, Formulare und dokumentierten Korrespondenz sowie den Selbstzeugnissen von Patienten (Briefe, Tagebucheinträge, Gedichte, Zeichnungen etc.) eröffnet neue Perspektiven auf vergangene Aushandlungsprozesse zwischen Ärzten, Kranken, Angehörigen und öffentlichen Instanzen. So zeigt zum Beispiel Nolte in ihrer Arbeit zur Hysterie auf, dass in der Neuropsychiatrie um 1900 „das Konzept des ‚hysterischen‘ Charakters [...] mit diskriminierenden Weiblichkeitszuschreibungen belastet“⁴ war und wie dieser wissenschaftliche Diskurs vom medizinischen Personal als auch von den in der Landesheilanstalt Marburg untergebrachten nervösen und hysterischen Frauen angeeignet wurde. Dabei zeichnen Noltens Recherchen im Nachverfolgen der individuellen Kranken- und Lebensgeschichten von den Betroffenen nicht allein ein Opferbild, sondern die Patientinnen lassen sich ebenso als „soziale Akteure und Akteurinnen mit Handlungsspielräumen“ inner- und außerhalb der Anstalt wahrnehmen.⁵

Der vorliegende Beitrag stellt Zwischenergebnisse meines Dissertationsprojektes zur Geschichte von Epilepsiebetreffenen um 1900 vor. Zur Geschichte der Epilepsie(n) und Epileptologie liegen bereits einschlägige Publikationen vor, deren Schwerpunkt die Analyse angewandter Klassifikationssysteme und Behandlungsversuche vor einem kulturhistorischen Hintergrund bildet.⁶ Auch die Verwendung der Epilepsie als literarischer Metapher wurde bereits hinreichend untersucht.⁷ Forschungen zum eigenen (Krankheits-)leben von Epilepsie-Betroffenen und ihren Lebensumständen stellen hingegen eine Marginalie dar: Torsten Müller untersuchte in seiner 2005 publizierten Dissertation das Schicksal von Epileptikern in der Zeit des Nationalsozialismus.⁸ Die jüngst veröffentlichte Monographie von Angelika Schattner zum „Bewältigungsverhalten von Epileptikern in deutschsprachigen Gebieten des 16.–18. Jahrhunderts“ widmet sich fern ab des medizinischen Diskurses dem Alltag der „Fallsüchtigen“ innerhalb des sozialen Gefüges der Frühen Neuzeit.⁹

Als das „Goldene Zeitalter der Epileptologie“ bezeichnet Schneble die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts:

Es kam zu bahnbrechenden Erkenntnissen in der Hirnphysiologie und medikamentösen Therapie sowie zur Gründung von spezialisierten Heil- und Pflegeanstalten für Epileptiker.¹⁰ Schwerpunkt des vorliegenden Beitrages ist die Untersuchung der Frage, inwiefern die als „funktionelle Neurose“¹¹ definierte Erkrankung die Erfüllung der in der wilhelminischen Gesellschaft vorgegebenen geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen gefährden konnte. Anhand der wissenschaftlichen Abhandlungen von Psychiatern und Militärärzten des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts soll gezeigt werden, welche Rolle die Kategorie des Geschlechts in Diagnostik und Behandlung der Epileptischen spielte, ob gar geschlechtsspezifische Epileptiker-Stereotype von Medizinerinnen postuliert wurden und inwieweit sie durch kulturhistorische und gesellschaftliche Vorgaben geprägt waren. Ergänzend zu den medizinischen Diskursen sollen ausgewählte Patientenschicksale von epileptisch Kranken um 1900 geschildert werden. Quelle hierfür sind Krankenakten aus der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe. Die in der preußischen Provinz Sachsen 1894 gegründete öffentliche Anstalt für etwa 500 Epileptische und „Blöde“ avancierte in kurzer Zeit zur Einrichtung mit Modellcharakter für den gesamteuropäischen Raum.¹² Unter der Leitung von Prof. Dr. Konrad Alt (1861–1922) wurden hier die Verpflegungsformen der agrikolen Kolonie und der Familienpflege mit den Kranken umgesetzt.¹³

2. Wilhelminische Gesellschaft, Psychiater und Militärärzte

In den Familien des aufgeklärten, aufstrebenden Bürgertums der Deutschen Kaiserzeit herrschten polarisierende Rollenmuster zwischen Mann und Frau, Eltern und Kindern vor. Wichtige Sozialisationsinstanzen stellten für den Mann der Militärdienst und für die Frau die Institution der Ehe dar.¹⁴ Die Prüfung der Militär- bzw. Ehtauglichkeit wurde hierbei von Ärzten vorgenommen, insbesondere die sich formierende moderne Anstaltspsychiatrie trat diesbezüglich zunehmend hervor. Die von Emil Kraepelin (1865–1926) vorgenommene, von Paul Julius Möbius (1853–1907) inspirierte Systematisierung der Geisteskrankheiten auf Grundlage der klinischen Beobachtung verhalf der Psychiatrie zur Etablierung als praxisorientierter medizinischer Disziplin.¹⁵ Indem Kraepelin den Krankheitswert des Verhaltens in der „Abweichung vom Durchschnitt im Sinne der

Zweckwidrigkeit“¹⁶ beschrieb, weitete er die diagnostische und therapeutische Deutungskompetenz der Psychiater auf Praktiken von großem gesamtgesellschaftlichem Interesse aus: Er formulierte dabei Kriterien für Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit, Schulfähigkeit, Eignung zum Eintritt in den Militärdienst usw.¹⁷ Dies führte u. a. zur Annäherung,¹⁸ aber auch zu heftigen Auseinandersetzungen mit der vom Militär eingesetzten Ärzteschaft bezüglich der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche, wovon u. a. die am 22. März 1905 stattgefundene „Reichstagsdebatte betreffend Geistesschwache in der Armee“ zeugt.¹⁹ Einerseits bedienten sich die Militärärzte der von den Psychiatern bereitwillig rezipierten Degenerationslehre, um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Armeedienst und Entstehung einer Psychose zu dementieren und die „Prädisponierten“ für die Steigerung der Geisteskrankheiten in den Anfangsmonaten des ersten Dienstjahres verantwortlich zu machen.²⁰ Andererseits erwarteten sie von der psychiatrischen Forschung klare Unterscheidungskriterien von geistig gesund und geistig krank, um „psychisch unbrauchbares Material“ ohne Berücksichtigung der individuellen Prognose aus der Armee ausschließen zu können, sowie „umfassendere[r] Maßnahmen für die spätere Versorgung krank Befundener“.²¹ Die Psychiater hingegen prangerten die Nichtbeachtung „geistiger Gebrechen“ bei der Rekrutenaushebung an und forderten, „der psychiatrischen Ausbildung der Sanitätsofficiere durch Commandirung an Specialanstalten baldigst Rechnung zu tragen.“²² Hiermit weiteten sie ihre Deutungsmacht weit über die Anstaltsgrenzen hinweg aus.

3. Epilepsie und Männlichkeit Der Militärdienst als „Schule der Männlichkeit“

Als Preußen Anfang des 19. Jahrhunderts die allgemeine Wehrpflicht einführte, ging dies mit einer Aufwertung des Soldatenstandes einher, der nun nicht nur die Vorstellung von Männlichkeit prägte, sondern zugleich die Bürgerexistenz definierte. Das Erwirken der deutschen Einheit durch die Reichseinigungskriege und die Vorliebe des Kaisers für Heeresaufmärsche hatten eine von der militärischen Hierarchie durchdrungene zivile Gesellschaft zur Folge, in der die Ableistung des Militärdienstes und das Erlangen eines militärischen Ranges von entscheidender Bedeutung für die berufliche Laufbahn waren.²³ Gerade

für die „moralisch Missratenen“, die Unruhestifter und „Taugenichtse“ unter den jungen Männern erwartete man sich eine Besserung durch die heilsame Wirkung der in der Armee herrschenden Zucht und Ordnung. Diesen ermöglichte der Dienst sogar den sozialen Aufstieg und ein selbstbewusstes Auftreten.²⁴ In der sogenannten „Schule der Männlichkeit“²⁵ standen am Beginn der Mannwerdung die Loslösung vom Elternhaus und das Einfügen in eine strenge hierarchische Ordnung. Während der Dienstzeit sollte aus dem Jüngling ein Soldat und tüchtiger Bürger geformt werden. In stundenlangem Exerzieren und körperlich äußerst anstrengenden Felddienstübungen sollten die Rekruten Willensstärke, Ehrgefühl, Kameradschaft, politische Loyalität und Führungsqualitäten entwickeln. Aber auch erste Erfahrungen mit Alkohol und Sexualität, vorrangig mit Prostituierten, fanden während dieser Zeit statt.²⁶

Der „dienstuntaugliche“ Epileptiker

Warum wurde jedoch gerade ein Epileptiker als „dauerhaft dienstuntauglich“²⁷ eingestuft? Welche krankhaften Eigenschaften wurden ihm von Ärzten zugeschrieben, die mit dem Wehrdienst bzw. einem Kriegseinsatz nicht zu vereinbaren wären? Einleuchtend sind die Einschränkungen des Betroffenen durch Krämpfe, bei denen es zu Verlust des Bewusstseins und anschließenden Stunden bis Tage andauernden Erschöpfungszuständen kommt. Die in deutschsprachigen Publikationen von Psychiatern und Militärärzten um die Jahrhundertwende angeführten Argumente gegen den Einsatz von Epileptikern in Armee und Marine sind jedoch psychischer Natur. Die „angeborene Widerstandsunfähigkeit gegenüber [...] Reizen“²⁸ bei der sogenannten genuinen (erblichen) Epilepsie mache den Epileptiker zu einem schreckhaften, im Kriegsdienst wenig belastbaren Wesen.²⁹ Es ist die Rede von „vorübergehenden Bewußtseinstrübungen“, welche bereits durch starke emotionale Ergriffenheit oder Alkoholgenuss ausgelöst werden könnten, und als sogenannte „Dämmerzustände“ vor allem bei Epilepsie und Hysterie in Erscheinung treten würden. Der Rekrut empfinde dabei häufig eine plötzliche Unruhe und entferne sich unerlaubt vom Platz.³⁰ Gepeinigt von bedrohlichen Sinnestäuschungen gerate er in unvorhersehbare Gewaltausbrüche gegen die verkannte Umgebung oder sich selbst.³¹ Typisch sei für diese Art von Anfällen ein „totaler oder partieller Erinnerungsdefekt“.³²

Langfristig gesehen komme es beim Fallsüchtigen zur Ausbildung des „epileptischen Charakters“, der sich durch besondere Reizbarkeit und Streitsucht auszeichne.³³ Kriminelle Handlungen wie Verleumdung,³⁴ Diebstahl, schwere Körperverletzung und (Selbst-)Mord seien für einen Kranken nicht ungewöhnlich. Verständlich, dass sich solch ein gearteter „epileptischer Charakter“ nicht problemlos in die militärische Ordnung und Hierarchie fügen könne. Zudem bestehe die Gefahr darin, dass der geistig Erkrankte seine gesunden, aber rebellischen Kameraden zur Nachahmung verführen würde.³⁵

Im Gegensatz zu den zu Beginn des 19. Jahrhunderts herrschenden Ansichten gingen die Psychiater um 1900 von der Heilbarkeit bestimmter Epilepsieformen aus: Besonders bei jugendlichen Epileptikern mit einer äußeren Krankheitsursache wie Trauma, Intoxikation oder Infektion ohne familiäre Belastung sei eine spontane Ausheilung vielfach beobachtet worden.³⁶ Jedoch sei die Abgrenzung der endogenen von der exogenen Form nicht einfach, auch würden viele Betroffene etwaige Krankheitsfälle innerhalb der Verwandtschaft verheimlichen,³⁷ so dass man alle Betroffenen augenblicklich vom Dienst an der Waffe auszuschließen habe und prognostische Aussagen allein dem psychiatrisch sachverständigen Arzt zu überlassen wären. Eine „anderweitige Verwendung“ der Kranken sei unter Umständen als „militärische Krankenwärter“ oder „Train-Soldaten“ möglich.³⁸

Die Rede vom „epileptischen Charakter“ kam im medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurs im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts auf.³⁹ Wegbereitend hierzu war die 1875/76 veröffentlichte Arbeit von Paul Samt (1844–1875) über die „Epileptischen Irreseinsformen“, in der er die Ansicht äußerte, ein Sachverständiger könne die Diagnose einzig und allein aufgrund der epileptischen Wesensattribute stellen.⁴⁰ Sowohl die Auffassungen von Samt als auch die 1867 von Henry Maudsley (1835–1918) publizierte Statistiken, die belegten, dass sich unter Gefängnisinsassen überproportional häufig Epilepsieerkrankte befanden,⁴¹ wurden von Emil Kraepelin und vielen anderen Psychiatern bereitwillig rezipiert.⁴² Dieses auf wissenschaftlichen Methoden basierende medizinische Wissen sollte nun Eingang in das Allgemeinwissen der Bevölkerung finden: Mit einer weltweiten Aufklärungskampagne über die „hochgradige Crimi-

nalität der Epileptiker“ begann die 1909 gegründete „Internationale Liga gegen Epilepsie“ ihre Tätigkeit.⁴³ In seinem 2006 veröffentlichten Beitrag über die Generierung des gesellschaftlichen Vorurteils vom „epileptischen Irren“ weist Möller darauf hin, dass die zunehmende Stigmatisierung der Epilepsie-Betroffenen als geisteskrank, aggressive Persönlichkeiten im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der ab 1860 breitflächig eingeführten Bromtherapie für Epileptiker stand. Die von Pharmakologen geäußerten Zweifel bezüglich der verabreichten Dosen und deren erheblichen psychischen wie kognitiven Nebenwirkungen wurden im psychiatrischen Diskurs weitgehend ignoriert.⁴⁴ Weiterhin führt Möller aus, wie die Psychiater den Stereotyp des psychopathischen Epileptikers förderten, um ihren auf die Epilepsie ausgeweiteten Gegenstandsbereich gegenüber der sich parallel formierenden Neurologie zu verteidigen und sich die eigene Handlungslegitimation innerhalb der Gesellschaft zu sichern.⁴⁵

Fallbeispiel Franz R.

Wie aber empfanden die Betroffenen selbst diese Stigmatisierung? Welche Strategien entwickelten junge Epileptiker, um den Rollenerwartungen auf andere Weise gerecht zu werden? Zur Illustration soll hier exemplarisch der Fall des Epileptikers Franz R. vorgestellt werden, in dessen Krankenakte der Ausschluss aus dem Militärdienst mehrmals thematisiert wird.⁴⁶

Die Charakterisierung des Patienten innerhalb des Pflegeberichtes zu Beginn seines Aufenthaltes im Jahr 1896 zeichnet ein anderes Bild vom „Fallsüchtigen“, als es die Fallbeschreibungen der zuvor zitierten wissenschaftlichen Abhandlungen tun: „P[atient] macht einen ruhigen freundlichen Eindruck. Seine Stimmung scheint gleichmäßig ohne besondere Exaltation u. Depression zu sein. Er fügt sich der Anstaltsordnung u. scheint sich auch mit seinen Kameraden zu vertragen. Für das Bestehen von Sinnestäuschungen u. Wahnvorstellungen liegt kein Anhaltspunkt vor.“⁴⁷ Aus der Akte geht hervor, dass die ersten Krampfanfälle nach einer Kopfverletzung im siebenten Lebensjahr eingesetzt hatten und er sich seit seinem zehnten Lebensjahr in den Neinstedter Anstalten befunden hatte, bevor er als 18-Jähriger nach Uchtsprunge überführt wurde.⁴⁸ Über den gesamten Verlauf von zwei Jahren zeigt Franz R. keine Auffälligkeiten. Ein bis zwei Mal im Monat von einem

Krampfanfall heimgesucht, erhält er vorläufig keine Brom-Medikation, wird in der Tischlerei beschäftigt und „ist im Ganzen ein ruhiger, besonnener u. fleißiger Arbeiter, der auch auf andere Kranke einen guten Einfluß ausübt u. mit ein paar anderen Kranken tonangebend ist.“⁴⁹ Bereits 1898 wird er unter Mitgabe von 100 Gramm Bromkali beurlaubt⁵⁰ und angewiesen, sich eine Arbeitsstelle als Tischler zu suchen,⁵¹ was er hochmotiviert tut, woraufhin er als „geheilt“ entlassen wird.⁵²

An diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass Konrad Alt, Direktor der Anstalt, sich in der Tradition Wilhelm Griesingers (1817–1868) verstand, welcher mit der von ihm eingeführten, somatisch orientierten Psychiatrie die Arbeitstherapie innerhalb der psychiatrischen Anstalten neu interpretierte: „An die Stelle der Beherrschung der Leidenschaften trat nun die Wiederherstellung des gesunden Selbst. [...] Die Patientenarbeit wurde nun in einen psychopathologisch-therapeutischen Sinn- und Wirkungszusammenhang gestellt und erschien als ein Mittel, das eine organisch bedingte Veränderung des Selbst zu beeinflussen vermochte.“⁵³ Alt glaubte an die Heilbarkeit der exogenen Epilepsie⁵⁴ und sah gerade in der Arbeitsbefähigung der Kranken den Schlüssel zu ihrer (Re-)integration in das gesellschaftliche Leben.⁵⁵

Ein halbes Jahr später muss Franz R. erneut um Aufnahme bitten, Krampfanfälle hatten sich wiederholt eingestellt. Auch wirtschaftliche Gründe klingen in seinem Gesuch an: Bei einem Bauern oder auf ein Gut könne er doch mit der Krankheit „nicht ankommen“, da ihm die Leute kein Vieh anvertrauen würden, ebenso sei es mit der Schifffahrt: „Ein Fehltritt und ich bin verschwunden von der Welt“.⁵⁶ Auch könnten sich seine Eltern nicht immer um ihn kümmern, da diese ihrem Verdienst als Bauern nachgehen müssten.⁵⁷ Schon in den ersten Wochen nach der erneuten Aufnahme deutet sich ein verändertes Verhalten des Patienten an: Franz R. verweigert die einführende Bettbehandlung, gerät später mehrere Male in Aushandlung mit dem Personal über Essen, Arbeitsbedingungen und Urlaubszeiten. Im laufenden Pflegebericht wird er als aufwieglerisch beschrieben, verweigere eine gewisse Zeit jegliche Kommunikation mit dem Stationsarzt.⁵⁸ Die vorläufige Diagnose Epilepsie wird von den Ärzten in „Epilepsie mit Seelenstörung“ abgewandelt. Nach einem Jahr Anfalls-

freiheit und erneuter Aussicht auf Arbeit wird er als „gebessert“ entlassen. Im Schreiben an den Direktor bittet Franz R. um Korrektur des Entlassungsberichtes, da er sich als „völlig gesund“⁵⁹ betrachte und sich außerdem freiwillig als Lazarethhelfer gemeldet habe und hierzu ein direktes Gesundheitszeugnis benötige.⁶⁰ Der Direktor verweigert ihm dieses ohne weitere Begründung. Die Vermutung liegt nahe, dass sich Franz R. aufgrund des Scheiterns auf dem geläufigen Arbeitsmarkt zunächst dem militärischen Dienst zuwendete. Die folgenden zwölf Jahre von Franz R. sind geprägt von reumütigen Gesuchen um Wiederaufnahme in der meist überfüllten Anstalt, Brombehandlung, versuchsweisen Entlassungen, missglückter Arbeitssuche, rebellischem bis resignierendem Verhalten und Aufenthalt in der Familienpflege.

Wie aber konnte ein junger Epileptiker seine Männlichkeit und Treue zum Kaiserreich unter Beweis stellen, wenn er sowohl vom Militärdienst als auch aus dem zivilen Leben ausgeschlossen wurde? Die Krankenakte zeugt von möglichen Bewältigungsstrategien: Franz R. nutzte u. a. seine schauspielerische Begabung und lebte diese in den von ihm bevorzugten „drastischeren Rollen“ bei den klinikinternen Theateraufführungen aus,⁶¹ um sich Anerkennung zu verschaffen. Außerdem befindet sich unter den Dokumenten ein sechsstrophiges Gedicht zum Geburtstag des Kaisers, welches von ihm in dem zu jener Zeit üblichen patriotischen Tenor verfasst wurde.⁶² Interessant ist, dass sich der Oberarzt für die Veröffentlichung des Gedichtes in einem Lokalblatt aussprach. Es liegt nahe, dies als einen Versuch der Förderung des Psychiatrieansehens in der Bevölkerung zu deuten, sollte doch die Öffentlichkeit dadurch von dem „treuen deutschen Sinn“⁶³ der Anstaltspatienten erfahren.

Im Jahre 1911 wird Franz R. endgültig als „geheilt“ entlassen. Im September 1915 erreicht den Direktor eine weitere Anfrage bezüglich eines Gesundheitsattestates.⁶⁴ Franz R. bittet Alt zu bescheinigen, dass er als „gebessert“ entlassen worden wäre, um dem Kriegsdienst zu entgehen. Mögliche Gründe für diesen Sinneswandel deuten sich im weiteren Verlauf des Briefes an: In seinem 37. Lebensjahr hatte es Franz R. geschafft, eine Arbeit mit dauerhaftem Auskommen zu haben und eine Familie zu gründen. Die

lange Zeit der beruflichen Unsicherheit, der Abhängigkeit von Anstalt und Elternhaus war endlich vorüber. Verständlich, dass er des sozialen Aufstieges durch das Militär nicht mehr bedurfte und seine wirtschaftliche Sicherheit und Selbstständigkeit durch den Kriegseinsatz eher bedroht sah. So versuchte er seine Erkrankung zu nutzen, um vom Kriegsdienst ausgeschlossen zu werden.

4. Epilepsie und Weiblichkeit: Bürgerliches Frauenideal

Mit der Zurückdrängung der Frau aus dem öffentlichen Leben und dem Ausschluss aus jeglichem politischen Geschehen besonders nach der gescheiterten Revolution 1848 beschränkte sich der Wirkungskreis des bürgerlichen „Weibes“ auf den privaten Raum. Um diese Rollenzuweisung zu rechtfertigen, bediente man sich zunehmend Argumenten aus den Naturwissenschaften,⁶⁵ was im Laufe des 19. Jahrhunderts zu heftigen Debatten in der (männlichen) Öffentlichkeit führte.⁶⁶ Als geistig weniger entwicklungsfähig und von Grund auf sensibel wurde dem „Weibe“ sein Platz an der Seite des (Ehe-)Mannes und der Kinder zugewiesen. Einhergehend mit einer Entsinnlichung des weiblichen Körpers, ja gar einer gänzlichen Entkörperlichung als sogenannte „Seele des Hauses“,⁶⁷ wurden der Frau Charaktereigenschaften wie Nächstenliebe, Demut, Keuschheit, Frömmigkeit und bedingungslose Treue zugeschrieben. Vor- und außerehelicher Geschlechtsverkehr als auch lustvolles Empfinden des Geschlechtsaktes wurden beim „Weibe“ als unnatürlich und damit krankhaft bewertet.⁶⁸

Weibliche Epilepsie

Bereits in der Antike wurde der Frau in puncto Heredität, Disposition, Symptomatik, Verlauf und Therapie eine andere Art von Epilepsie beigemessen.⁶⁹ Untersucht man die wissenschaftlichen Abhandlungen der englischen, französischen und deutschsprachigen Literatur des 19. Jahrhunderts zu den individuell prädisponierenden Momenten der Epilepsie, so finden sich zur Verteilung der Erkrankung auf die Geschlechter widersprüchliche Angaben.⁷⁰ Obwohl die Mediziner die geringen Fallzahlen bemängeln, welche den eigenen Statistiken zu Grunde liegen, lassen sie sich überwiegend zu der Aussage hinreißen, die „reizbare, sensible, nervöse, den Krämpfen unterworfenen Frau“ müsse auch der Epilepsie mehr

unterworfen sein als der Mann.⁷¹ Auch die morphologische Nähe zum kindlichen Gehirn wird mehrfach thematisiert: „Frauen verhalten sich wie Kinder; sie sind den wiederholten Anfällen, den vielfachen Reizen, dem état de mal unterworfen.“⁷²

Insgesamt ist auffällig, dass innerhalb der Fallbeschreibungen besondere Aufmerksamkeit allen reproduktiven Funktionen der Frau beigemessen wird: Zeitpunkt der ersten Menses, Ablauf der Regelblutung, Familienstand, Anzahl der Schwangerschaften sowie Komplikationen während Geburt und Wochenbett werden detailliert beschrieben. Auch sexuelle Übergriffe, Masturbation und promiskuitives Verhalten fließen in die Darstellung ein.⁷³

Besonders William R. Gowers (1845–1915) hebt die unterschiedliche Verteilung der Epilepsie auf die beiden Geschlechter im Verhältnis zum Alter der Erkrankten hervor. Demnach seien in der ersten bis dritten Lebensdekade überwiegend Frauen betroffen, ab der vierten Dekade kehre sich das Verhältnis um.⁷⁴ Das Maximum der Erkrankungsziffer bei den Frauen findet Gowers im 16. Lebensjahr, dies würde mit der verhängnisvolleren Wirkung der Pubertätsentwicklung auf das weibliche Geschlecht zusammenhängen.⁷⁵ Bei Männern überwiege hingegen die durch äußere Umstände wie Traumata bewirkte Epilepsie im Erwachsenenalter und zeige kaum „hysteroide Konvulsionen“⁷⁶ mit koordinierten Krämpfen wie bei jungen Frauen. Bereits in den Falldarstellungen von John Griffith Mansford von 1822 beschreibt der Autor, dass die von ihm beobachtete Epilepsie besonders bei jungen Frauen allmählich den Charakter der Hysterie annahm „und als solche so fest einwurzelte, daß sie aller Mittel spottete“.⁷⁷ Die als „Uterin-Epilepsie“ bezeichnete Form mache sich durch Symptome wie Angstanfälle (besonders „Erstickungsangst“, „Globus hystericus“), „Herzklopfen“ und Schwindelattacken bemerkbar.⁷⁸

In seiner 1889 veröffentlichten Dissertation untersucht Hermann Nerlinger den Einfluss von Schwangerschaft und Geburt auf den Verlauf der Erkrankung und liefert eine umfassende Sammlung und chronologische Auflistung aller Fallberichte aus der französischen, englischen und deutschsprachigen Literatur.⁷⁹ Der Autor konstatiert, dass man der Epilepsie bei Schwangeren bereits in den älteren Schriften der Wissenschaft eine große Bedeutung zugewiesen

hätte, grundsätzliches Problem jedoch bei der Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen Epilepsie und dem „Fortpflanzungsgeschäft“ die fehlende Differenzierung zwischen Epilepsie, Eklampsie und anderen Krampfformen in der Vergangenheit gewesen sei.⁸⁰ Erst mit der wissenschaftlichen Fundierung der Epilepsieforschung durch die hirnhysiologischen Versuche des 19. Jahrhunderts könne man sichere Aussagen machen. Jedoch seien auch die neuesten Untersuchungen⁸¹ in ihren Aussagen widersprüchlich, da die Autoren bei ihren Beobachtungen einzelne Symptomkomplexe weggelassen hätten und deshalb zu unterschiedlichen Schlüssen kämen.⁸² Die von Nerlinger zusammengetragenen Falldarstellungen würden trotz methodischer Schwächen belegen, dass die Schwangerschaft eine bestehende Epilepsie verschlimmern oder erst zum Ausbruch der Krankheit bei Veranlagung führen würde.⁸³ Auch eine traumatische Geburt könne Epilepsie auslösen oder verschärfen.⁸⁴ Als krankhafte Geistesstörungen bei Epileptikerinnen während Schwangerschaft und Geburt werden u. a. folgende genannt: „Depressionen“, „Aufregungszustände“, „Tobsucht“, „epileptische Dämmerzustände“, „ausgebildete Manie“, „Irresein“, „bleibende intellektuelle Schwäche“.⁸⁵ Die epileptische Mutter wird als eine „gefährliche Wärterin ihres Kindes“⁸⁶ tituliert, sowohl das Stillen als auch die Pflege des Säuglings sollte man einer gesunden Frau überantworten. Besonders Thomas Herpin⁸⁷ als auch Delasiauve⁸⁸ sprechen sich gegen die Eheschließung von epileptischen Kranken aus, da eine Weitergabe der krankhaften Anlage an die Nachkommen verhindert werden sollte und es soziales Anliegen des Arztes sei, die Erkrankten dahingehend zu beraten.

Die hier vorgestellten medizinischen Diskurse zur weiblichen Epilepsie finden sich (auch in ihrer Widersprüchlichkeit) zu großen Teilen in den wissenschaftlichen Publikationen um 1900 wieder. Exemplarisch sei hier die bedeutende Epilepsie-Monografie von Otto Binswanger (1852–1929) genannt, in der er den „Einfluß des sexuellen Lebens, vor allem der Gravidität und der Geburt auf die Epilepsie der Frau“ betont,⁸⁹ ohne darin eine eindeutige Aussage treffen zu können, und als mögliche Erscheinungsform der Fallsucht u. a. den „menstrualen Typus“⁹⁰ beschreibt. Von der Ansicht mancher Ärzte, dass Epilepsie und Hysterie allein die unterschiedlichen Formen ein und derselben Krankheitsgrundlage seien („Hyste-

roepilepsie“), distanziert sich die Neuropsychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts allerdings zunehmend: Das Vorkommen beider Krankheiten bei ein und demselben Individuum könne nur als eine Art von „Neurosenaddition“⁹¹ verstanden werden. Trotz alledem wäre für die „Aufpfropfung“⁹² der hysterischen Krämpfe auf die bereits bestehende Epilepsie die junge Patientin prädestiniert.

Fallbeispiel Rosalie B.

Wendet man sich den Krankenakten der Landesheil- und Pflege-Anstalt von Uchtspringe zu, wird erkenntlich, dass die geschilderten Lehrmeinungen auch Eingang in die Praxis der psychiatrischen Anstalt fanden. Abweichendes sexuelles Verhalten der Patientinnen gegenüber dem Personal sowie anderen Kranken wurde notiert und als Symptom der Erkrankung gewertet: „Heute morgen schimpft sie [die Kranke] wieder auf die Pflg.[Pflegerinnen] ‚Solche Huren, die nur an die Befriedigung ihrer Lust, die nur an die Männer dachten, die sich nicht um d. Pat. kümmerten etc.‘ Drückt dabei dem Arzt erotisch die Hand. Bei den ganzen Erregungszuständen der Kranken spielen anscheinend manche sexuellen Momente eine Rolle.“⁹³ Auch das Auftreten der Regelblutung in Zusammenhang mit Krampfereignissen oder psychischen Auffälligkeiten wurde im Pflegebericht vermerkt.⁹⁴

Welche herausragende Rolle das Geschlechtsleben der Patientinnen bei der Erhebung der Anamnese spielte, möchte ich exemplarisch am Fall der Epileptikerin Rosalie B. vorstellen.⁹⁵ Ihre Akte enthält sowohl die Krankengeschichte zum Aufenthalt in der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt, als auch die Abschrift der Aufzeichnungen aus der Nervenklinik zu Halle, aus der die Patientin im Jahr 1904 als „gebessert“ nach Uchtspringe überführt wurde. Die auf den Aussagen ihres Onkels basierenden Anamnesen gehen detailliert auf das sexuelle Leben und die Familienverhältnisse der Kranken ein. Es wird berichtet, dass die einst „intelligente, lebhaftige Frau“ einer wohlhabenden Familie entstammte, im Alter von 21 Jahren einen Regierungsassessor heiratete und eine Tochter gebar. Im siebenten Jahr ihrer Ehe verließ sie Mann und Kind, die Ehe wurde geschieden. Weiterhin heißt es, sie hätte sich bereits vor als auch während ihrer Ehe mit älteren Männern „geschlechtlich eingelassen“ und zeige zudem homosexuelle Neigung-

gen. Während der Ehe habe sie versucht, mit allen Mitteln eine Konzeption zu verhindern, bis eines Tages das Kondom riss und sie empfing. Die Geburt sei komplikationsbehaftet gewesen, es musste eine Operation „wegen schlechten Baues“ gemacht werden. Ihren Mann habe sie nie geliebt und hätte auch die gemeinsame Tochter „affectlos“ verlassen.⁹⁶ In dieser Zeit soll es zum Auftreten erster Krampfanfälle gekommen sein, woraufhin sich Rosalie B. in der Pariser Salpêtrière in Behandlung begab und Jean-Martin Charcot (1825–1893) die Diagnose Epilepsie stellte. Daraufhin folgten mehrjährige Aufenthalte in verschiedenen Kliniken.

Bemerkenswert bei dieser Schilderung ist, dass hier sowohl psychische als auch körperliche Abweichungen vom bürgerlichen Ideal referiert werden: Das ausschweifende Geschlechtsleben, die konträre Sexualempfindung, der für eine Geburt ungeeignete Körperbau sowie die Ablehnung der Ehefrau- und Mutterrolle bilden eine pathologische Einheit. Vergleicht man die Abschrift der Hallenser Akte mit den Aufzeichnungen der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt, fällt auf, dass die Aussagen des Onkels von den Ärzten der Hallenser Klinik kommentarlos (aber ausgewählt) übernommen werden, wohingegen die in Uchtspringe verfasste Anamnese auf den religiösen Fanatismus des Oheims hinweist und seine Aussagen deshalb „mit Vorsicht zu genießen“ seien.⁹⁷ Diese Differenzen scheinen sich auch in der jeweiligen Krankenbeobachtung niederzuschlagen: Laut dem Hallenser Pflegebericht würde Rosalie B. wiederholt versuchen, Ärzte und Pflegepersonal sexuell zu verführen sowie die ihr zugewiesene Wärterin zur Masturbation zu bewegen und betrachte sich selbst erotisch im Spiegel.⁹⁸ Hingegen bleibt im Uchtspringer Pflegebericht das sexuelle Verhalten der Patientin nahezu unbeachtet, sie wird als eine meist ernst gestimmte, gebildete und selbstbewusste Frau beschrieben, die trotz Fügen in die Hausordnung mit „gnädige Frau“ angesprochen werden möchte, Goethe lese und „großen Wert auf Erfüllung kleiner Wünsche, die ihre Toilette betreffen“, lege.⁹⁹ Die aus Halle mitgeführte Diagnose der „Hysteroepilepsie“ wird in „Epilepsie“ abgeändert. Grund für die verschiedene Wahrnehmung Rosalies innerhalb der jeweiligen Anstalt könnten möglicherweise die unterschiedlichen Umstände ihrer Einlieferung sein: In Halle wird sie als alkoholsüchtige und suizidgefährdete Frau nach

akutem Anfall von Nahrungsverweigerung, Personenverknennung und Fremdaggression eingeliefert, wohingegen sie als allseits orientierte, „gebesserte“ Patientin nach Uchtspringe überführt wird. Die Funktion der jeweiligen Anstalt als Universitätsklinik bzw. Provinzialanstalt könnte eventuell ebenso einen Einfluss auf die unterschiedliche Wahrnehmung haben, ermöglichte doch die Uchtspringer Anstalt mit ihren „Pensionärsvillen“¹⁰⁰ einer Frau von höherem Stand eher die Wahrung der Standesetikette.

4. Resümee

Wie kaum eine andere medizinische Disziplin war und ist die Psychiatrie bei der Erforschung ihres Gegenstandes auf das beständige Wechselspiel mit gesellschaftlichen Normen angewiesen. Für das Krankheitsbild der Epilepsie lässt sich zeigen, wie sich die aufstrebende Psychiatrie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts u. a. durchaus der bürgerlichen Geschlechterrollen bediente, um aus deren Gegenentwürfen psychiatrische Krankheitsbilder zu generieren.

Anhand der Krankenakten der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe konnte dargelegt werden, dass das Geschlecht der Erkrankten sowohl bei der Anamneseerhebung als auch in der Dokumentation des weiteren Krankheitsverlaufes dem medizinischen Personal jeweilige Wahrnehmungsschwerpunkte und Therapieziele vorgab. Jedoch erfuhren die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen innerhalb ihrer Anwendung im Anstaltsalltag gewisse Abwandlungen in Abhängigkeit von Alter, Herkunft, Bildungsstand und Einweisungsumständen der Patientinnen und Patienten. Auch das Profil und die Auslastung der jeweiligen Klinik hatten Einfluss auf die Aneignung des medizinisch-psychiatrischen Diskurses.

Aus Betroffenenensicht wurde weiterhin gezeigt, wie die von Psychiatern vorgenommenen diskriminierenden Krankheitszuschreibungen erfolgreich Eingang in das Allgemeinwissen der Bevölkerung fanden und den als krank Befundenen die Integration in das bürgerliche Leben sowie die Erfüllung ihrer jeweiligen Geschlechterrollen erschwerten. Aber auch Möglichkeiten einer kreativen Bewältigung der auf sie projizierten Stigmata wie auch der positive Nutzen ihrer Erkrankung wurde anhand von Fallbeschreibungen illustriert.

Anmerkungen

1. Vgl. Hähner-Rombach, Sylvelyn: Arm, weiblich – wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten im Spiegel der Einweisungsgutachten von 1812 bis 1871, Zwiefalten 1995. – Nolte, Karen: Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Geschichte und Geschlechter, Bd. 42), Frankfurt/Main 2003. – Ankele, Monika: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien u. a. 2009. – Braun, Salina: Heilung mit Defekt. Psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820-1878, Göttingen 2009. – Nyhoegen, Lars: Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. Dissertation. Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg. Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin 2012.
2. Nolte 2003 (wie Anm. 1), S. 7.
3. Porter, Roy: The Patient's View: Doing Medical History from Below. In: *Theory and Society* 14 (2), 1985, S. 175–198.
4. Nolte 2003 (wie Anm. 1), S. 312.
5. Nolte, Karen/Fangerau, Heiner: Einleitung. In: Heiner Fangerau und Karen Nolte (Hrsg.): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 10.
6. Vgl. Temkin, Owsei: The falling sickness. A history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology, Baltimore u. a. 1945. – Schneble, Hansjörg: Heillos, heilig, heilbar: die Geschichte der Epilepsie von den Anfängen bis heute, Berlin 2003. – Möller, Torger: Epilepsie und Geisteskrankheit. In: *Einfälle: die Zeitschrift der Deutschen Epilepsievereinigung* (1), 2001, S. 17–23. – Ders.: Die psychiatrische Kritik an gesellschaftlichen Vorurteilen als medizinische Legitimationsstrategie. In: Fangerau/Nolte 2006 (wie Anm. 5), S. 221–237. – Stenzel, Martin Ralph: Positionen zur Epilepsie im 19. Jahrhundert im deutsch-französischen Vergleich. Dissertation Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin 2011. URL: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2012/5499/pdf/Dissertation.pdf>. (9.7.2013).
7. Engelhardt, Dietrich von/Schneble, Hansjörg/Wolf, Peter (Hrsg.): „Das ist eine alte Krankheit“: Epilepsie in der Literatur. Mit einer Zusammenstellung literarischer Quellen und einer Bibliographie der Forschungsbeiträge (Literatur und Wissenschaft im Dialog, Bd. 2), Stuttgart 2000. – Ehlebracht, Steffi: Gelingendes Scheitern: Epilepsie als Metapher in der deutschsprachigen Literatur des 20. Jahrhunderts, Würzburg 2008.
8. Müller, Torsten: Untersuchungen zum Schicksal von Patienten mit Epilepsie in der Zeit des Nationalsozialismus von 1933–1945 am Beispiel ihrer Betreuung und Behandlung in der Landesheilanstalt Altscherbitz. Dissertation Leipzig 2005.
9. Schattner erschloss hierbei Quellen wie Bittschriften, Gerichtsakten und Verwaltungsakten der lokalen Armenfürsorge, um zu eruieren, auf welche Einrichtungen der öffentlichen Fürsorge die Epilepsie-Betroffenen zurückgreifen konnten und wie der gesellschaftliche Umgang mit den Erkrankten aussah. Siehe Schattner, Angelika: Zwischen Familie, Heilern und Fürsorge. Das Bewältigungsverhalten von Epileptikern in deutschsprachigen Gebieten des 16.–18. Jahrhunderts, Stuttgart 2012.
10. Schneble 2003 (wie Anm. 6), S. 103–111.
11. Otto Binswanger (1852–1929) ordnete die Erkrankung neben der Hysterie und Hypochondrie zu der „Trias der grossen diffusen Neurosen“. Siehe Binswanger, Otto: *Die Epilepsie*. 1. Aufl. Wien 1899, S. 1.
12. Pándy, Kálmán: *Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie*, Berlin 1908, S. 362.
13. Vgl. Nyhoegen (wie Anm. 1).
14. Zu Sozialisationsprozessen und ihrer Kontrolle im Kaiserreich siehe zum Beispiel Wehler, Hans-Ulrich: *Das Deutsche Kaiserreich 1871–1918* (Deutsche Geschichte, Bd. 9). 7. Aufl. Göttingen 1994, S. 122–129. – Berghahn, Volker: *Das Kaiserreich 1871–1914. Industriegesellschaft, bürgerliche Kultur und autoritärer Staat* (Handbuch der deutschen Geschichte/ Gebhardt, Bd. 16). 10. Aufl. Stuttgart 2003, S. 151–160.
15. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte der selbstauferlegte Versuch der Objektivierung die psychiatrisch interessierten Ärzte in die Sackgasse der „Hirnmythologie“ geführt: Indem sie sich bemühten, alle psychopathologischen Phänomene als strukturelle oder physiologische Veränderungen des Gehirns zu erklären, verlor die Psychiatrie an alltagsrelevantem Charakter. Schmiedebach wertet den von Emil Kraepelin formulierten Ansatz neben den Konzepten von Sigmund Freud und Karl Jaspers als einen der möglichen Auswege. Siehe Schmiedebach, Heinz-Peter: Von Menschen und psychischen Apparaten. Subjektivität und Objektivität in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. In: Martin Heinze (Hrsg.): *Störenfried Subjektivität. Subjektivität und Objektivität als Begriffe psychiatrischen Denkens*, Würzburg 1996, S. 62.
16. Kraepelin, Emil: *Einführung in die psychiatrische Klinik*. 3. Aufl. Leipzig 1916, S. 243.
17. Schmiedebach 1996 (wie Anm. 15), S. 62–63.
18. Beim Sichten der Beitragstitel der Deutschen Militärärztlichen Zeitschrift (erschieden 1872–1920) wird ersichtlich, dass Geisteskrankheiten in den ersten Jahrgängen eine nur untergeordnete Rolle spielten und zumeist sehr allgemein abgehandelt wurden. In den militärärztlichen Fortbildungskursen wird Epilepsie unter der Rubrik der inneren Erkrankungen erwähnt, wobei sich der Unterricht auf das Erkennen von epileptischen Krankheitszeichen beschränkte. Weitere psychische Erkrankungen tauchen im Lehrkanon der Militärärzte nicht auf. Erst ab ca. 1880 nehmen die Quantität der Beiträge über psychische Erkrankungen sowie deren differenzierte Betrachtung allmählich zu und erreichen ihren Höhepunkt nach 1900. In Form von Fallgeschichten werden Symptomatiken von Epileptikern, Hysterikern oder anderen „Wahnsinnigen“ geschildert, auch Ursachen und Behandlungsoptionen werden zunehmend vorgestellt und diskutiert sowie Werke namhafter Psychiater rezipiert. Auch die im Beiblatt der Zeitschrift abgedruckten Verordnungen über den Umgang mit „irren“ Soldaten nehmen im Laufe der Zeit zu und zeigen eine stärkere Sensibilisierung des Gesetzgebers für das Thema.
19. Verhandlungen des Deutschen Reichstags, Stenographische Berichte: 170. Sitzung am 22.3.1905. Kommentiert u. a. von Prof. Dr. Alt, in: Alt, Konrad: Die Reichstagsdebatte betreffend Geistesschwache in der Armee. In: *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* 7 (1), 1905, S. 5–7.
20. Wagner, L.: Die Bedeutung der psychiatrischen Forschung für die Armee. In: *Deutsche militärärztliche Zeitschrift: Vierteljährliche Mitteilungen aus dem Gebiet des Militär-Sanitäts- und Versorgungswesens* I. 49. Jahrgang. [1872–1920] 37 (4), 1908, S. 153.
21. Wagner 1908 (wie Anm. 20), S. 156.

22. Alt 1905 (wie Anm. 19), S. 7. (Bei allen Zitaten wurde die Originalschreibweise übernommen sowie keine Korrektur der orthografischen und Interpunktionsfehler vorgenommen.).
23. Zur gegenseitigen Einflussnahme von Militärdienst und ziviler Gesellschaft in Deutschland siehe Frevert, Ute: Die kasernierte Nation. Militärdienst und Zivilgesellschaft in Deutschland. München 2001.
24. Frevert 2001 (wie Anm. 23), S. 24.
25. Formulierung des Berliner Philosophie-Professors Paulsen 1902, zitiert nach Frevert, Ute: Das Militär als Schule der Männlichkeiten. In: Ulrike Brunotte (Hrsg.): Männlichkeiten und Moderne. Geschlecht in den Wissenskulturen um 1900. „Produktion und Krise hegemonialer Männlichkeit in der Moderne“ (GenderCodes, Bd. 3), Berlin, Bielefeld 2008, S. 57.
26. Frevert 2001 (wie Anm. 23), S. 228–245 und 2008 (wie Anm. 25), S. 68–71.
27. Prager, C.J.: Das Preussische Militär-Medicinal-Wesen in seiner gegenwärtigen Gestalt, Berlin 1864, S. 377–381.
28. Alt, Konrad: Zur Behandlung der Epilepsie. Fortsetzung. In: Münchener medicinische Wochenschrift 41 (13), 1894, S. 252.
29. „Epileptische werden, wie kaum irgend welche andere Kranken, durch Schreck alterirt.“ Alt, Konrad: Zur Behandlung der Epilepsie. In: Münchener medicinische Wochenschrift 41 (12), 1894, S. 226.
30. Wagner 1908 (wie Anm. 20), S. 156.
31. Düms, F. A. (Hrsg.): Handbuch der Militärkrankheiten: Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschliesslich der Militärpsychosen. Unter Mitarbeit von P. Ostmann und A. Roth. 1900, S. 481–483.
32. Düms 1900 (wie Anm. 31), S. 487.
33. „Bei ihnen [Epileptikern] bildet ja die Reizbarkeit einen wesentlichen Theil ihrer Krankheit. Viele von ihnen müssen nur in einer Anstalt leben, weil sie draussen in Folge ihrer Reizbarkeit fortwährend mit ihrer Umgebung zusammengerathen und dann sehr gefährlich werden.“ Schneider: Die Empfindlichkeit der Geisteskranken. In: Die Irrenpflege 2 (1), 1898, S. 4.
34. „Es ist ja ganz erstaunlich, wie sie manchmal geradezu Grund zum Klagen und zur Unzufriedenheit zu suchen scheinen, wie sie ganz harmlose Sachen vollständig verdrehen, und wie sie - man möchte fast sagen - in raffinirter Weise falsche Anschuldigungen und Verdächtigungen gegen ihre Umgebung schleudern.“ Schneider 1898, S. 5.
35. Wagner 1908 (wie Anm. 20), S. 157.
36. Binswanger, Otto: Die Epilepsie. 2. Aufl. Wien u. a. 1913, S. 392.
37. Binswanger 1913 (wie Anm. 36), S. 392.
38. Letztere waren für den Nachschub von Material und Munition verantwortlich. Prager 1864 (wie Anm. 27), S. 381–382.
39. Möller 2006 (wie Anm. 6) S. 227.
40. Zitiert nach Möller 2006 (wie Anm. 6), S. 227.
41. „[...] epilepsy is found to prevail in much larger proportion among prisoners than in the population at large.“ Maudsley, Henry: The physiology and pathology of mind. 1. Aufl. London 1867, S. 410.
42. Kraepelin, Emil: Klinische Psychiatrie, II. Teil. 8. Aufl. Leipzig 1913 (Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 3), S. 1075.
43. Möller 2006 (wie Anm. 6), S. 228.
44. Möller 2006 (wie Anm. 6), S. 228–229.
45. Möller 2006 (wie Anm. 6), S. 229.
46. FKHU-Akte Franz R. (1896)
47. FKHU-Akte Franz R. (1896), Eingangsuntersuchung am 3.12.1896.
48. FKHU-Akte Franz R. (1896), Anamnese v. 1896.
49. FKHU-Akte Franz R. (1896), Eintrag v. 30.1.1897.
50. FKHU-Akte Franz R. (1896), Eintrag v. 8.7.1898.
51. FKHU-Akte Franz R. (1896): „Für sein Befinden wäre es überaus förderlich, wenn es zu Hause eine ähnliche Beschäftigung unter Aufsicht eines tüchtigen Meisters fände.“, Brief von Direktor an Pastor der Heimatgemeinde am 26.6.1898, S. 16–17.
52. FKHU-Akte Franz R. (1896), Bescheinigung „zum Zweck der Vorzeigung bei Stellenbewerbungen“ v. ca. 20.8.1898, S. 32.
53. Germann, Urs: Arbeit als Medizin: Die „aktivere Krankenbehandlung“ 1930–1960. In: Meier, Marietta u. a. (Hrsg.): Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 203.
54. Alt 1894 (wie Anm. 28), S. 252.
55. „[...] so daß sie [die Kranken] den Mut und die Fähigkeit zum Wiedereintritt ins freie Leben wiedergewinnen.“ In: Alt, Konrad: Über ländliche Beschäftigung der Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege. (Nachdruck, erstmals veröffentlicht 1908 in: Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn). In: Christfried Tögel und Jörg Frommer (Hrsg.): Psychotherapie und Psychoanalyse in Osteuropa. Konferenz, 2001.06. Uchtsprünge: Sigmund-Freud-Zentrum (Uchtsprünge Schriften zur Psychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin, Psychologie und Psychoanalyse, Bd. 1), 2003, S. 165, erstmals veröffentlicht 1908. – Alt engagiert sich deshalb u. a. für die Schaffung von Ausbildungsplätzen für jugendliche Patienten innerhalb der Anstalt.
56. FKHU-Akte Franz R. (1896), Brief von Franz R. an Direktor am 14.1.1899, S. 35–36.
57. FKHU-Akte Franz R. (1896), Brief von Franz R. an Direktor am 14.1.1899, S. 35–36.
58. FKHU-Akte Franz R. (1896), Einträge v. 20. und 30.3.1900.
59. FKHU-Akte Franz R. (1896), Brief von Franz R. an Direktor am 20.1.1901, S. 54.
60. FKHU-Akte Franz R. (1896), Brief von Franz R. an Direktor am 24.2.1901, S. 55–56.
61. FKHU-Akte Franz R. (1896), Eintrag v. 20.4.1903.
62. FKHU-Akte Franz R. (1896), Gedicht von Franz R. v. ca. 1904, S. 81–82.
63. Ebd.

64. FKHU-Akte Franz R. (1896), Brief von Franz R. an Direktor am 19.9.1915, S. 122–123.
65. Siehe dazu u. a. Stahnisch, Frank: Die neuronale Natur des Weiblichen – Szientismus und Geschlechterdifferenz in der anatomischen Hirnforschung (1760–1850). In: Frank Stahnisch und Florian Steger (Hrsg.): *Medizin, Geschichte und Geschlecht: körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen* (Geschichte und Philosophie der Medizin, Bd. 1), Stuttgart 2005, S. 197–224. [Symposium Anatomie, Körper, Geschlechterdifferenz. Medizinhistorische Perspektiven von der Antike bis Heute, 29. November 2003, Erlangen-Nürnberg]
66. Siehe dazu Gay, Peter: *Erziehung der Sinne. Sexualität im bürgerlichen Zeitalter*. Frankfurt 1986 und Laqueur, Thomas Walter: *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*, Frankfurt u. a. 1992.
67. Anhand der Manierenliteratur des 19. Jahrhunderts weist Ulrike Döcker nach, dass der Körper der Frau aus den bürgerlich-sittlichen Vorstellungen verschwand bzw. allein in den generierten weiblichen Feindbildern existieren durfte. Siehe Döcker, Ulrike: *Die Ordnung der bürgerlichen Welt. Verhaltensideale und soziale Praktiken im 19. Jahrhundert* (Historische Studien, Bd. 13), Frankfurt/Main u. a. 1994, S. 87 und 117.
68. Krafft-Ebing, Richard von: *Psychopathia sexualis*. Nachdr. d. 14. Aufl. von 1912. München 1984, S. 13 (1. Aufl. 1886).
69. Siehe z. B. „Über die Krankheiten der Jungfrauen“ im *Corpus Hippocraticum*: Demnach unterscheide sich die Schilderung der Pathogenese der Epilepsie klar von der allgemein als maßgeblich anerkannten Darstellung in *Morbus Sacer*, was laut Golder eventuell darauf zurückzuführen sei, dass der Autor für junge Frauen eine andere Ätiologie postulieren wollte als für Erwachsene. Siehe Golder, Werner: *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum: Eine Einführung für Philologen und Mediziner*, Würzburg 2007, S. 85–86.
70. Morselli und Gowers sprechen sich für ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei Epileptikern aus; Reynolds, Berger und Eulenburg finden das männliche Geschlecht eher betroffen. Zitiert nach Binswanger 1913 (wie Anm. 36), S. 179.
71. Delasiauve, Louis Jean François: *Die Epilepsie. Eine Darstellung ihres Verlaufs und ihrer Behandlung, so wie ihrer Beziehungen zur gerichtlichen Medicin*, Weimar 1855, S. 129.
72. Delasiauve 1855 (wie Anm. 71), S. 57.
73. Siehe z. B. Herpin, Thomas: *Bewährte Heilmethode der Epilepsie*, Quedlinburg 1854, S. 2–58.
74. Gowers, William Richard: *Handbuch der Nervenkrankheiten*, Bonn 1892, S. 134–137.
75. Das häufige Auftreten der Erkrankung in der Pubertät sei aber mehr „Folge von Veränderungen im Nervensystem, [...] als diejenige eines direkten Einflusses von Seiten der Generationsorgane“. Gowers 1892 (wie Anm. 74), S. 137.
76. Gowers, William Richard: *Vorlesungen ueber die Diagnostik der Gehirnkrankheiten gehalten am University College Hospital, Freiburg i.B.* 1886, S. 77–78 und 1892 (wie Anm. 74), S. 151.
77. Mansford, John Griffith: *Untersuchungen über die Natur und Ursachen der Epilepsie nebst einer neuen und glücklichen Heilmethode derselben*, Leipzig 1822, S. 64.
78. Canstatt, Carl Friedrich: *Die specielle Pathologie und Therapie: vom klinischen Standpunkte aus bearbeitet*, Erlangen 1843, S. 344–345.
79. Nerlinger, Hermann: *Über die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen. Eine historisch-kritische und klinische Untersuchung*. Inaugural-Dissertation Heidelberg 1889.
80. Die allmähliche Auftrennung zwischen Epilepsie und Eklampsie geschah Anfang des 19. Jahrhunderts, als die Eklampsie als akute Epilepsie (Frank 1821), dann in den 1850er Jahren als mit einer Nierenerkrankung in Zusammenhang stehendes Phänomen erkannt wurde. Vgl. Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 2–3.
81. Guder 1886, Bellinger 1887 zitiert nach Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 3.
82. Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 3–4.
83. „Schon die gesunde Frau zeigt in der Schwangerschaft nicht selten psychische Störungen, die während derselben als physiologisch, außerhalb derselben aber als pathologisch gelten. Die epileptische Frau, durch ihre Erkrankung zu Psychosen neigend, tritt, indem sie schwanger wird, in einen Zustand, der seinerseits zu ähnlichen krankhaften Erscheinungen die Grundlage abgibt.“ Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 117.
84. Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 92.
85. Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 117–118.
86. Nerlinger 1889 (wie Anm. 79), S. 116–117.
87. Herpin 1854 (wie Anm. 73), S. 111–112.
88. Delasiauve 1855 (wie Anm. 71), S. 290.
89. Binswanger 1913 (wie Anm. 36), S. 394.
90. Binswanger 1913 (wie Anm. 36), S. 387.
91. Bratz und Falkenberg, Wilhelm: *Hysterie und Epilepsie*. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 88 (2), 1904, S. 606.
92. Vogt, Heinrich: *Die Epilepsie*. In: Gustav Aschaffenburg (Hrsg.): *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig u. a. 1915, S. 151.
93. FKHU-Akte Klara S. (1899), Eintrag v. 17.5.1905.
94. „15-17/VII Menses“, FKHU-Akte Klara S. (1899), Eintrag v. 17.5.1905.
95. FKHU-Akte Rosalie B. (1904). Vgl. hierzu Nyhoegen, der den Fall von Rosalie B. bereits vorstellt und konstatiert, „dass das Verhalten der Patientinnen der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe eher in Verbindung mit Erotik interpretiert wurde als bei den männlichen Patienten.“ (S. 211) Diesen geschlechtsspezifischen Umgang mit Sexualität deutet er jedoch im Kontext der in der Anstalt herrschenden Umstände (männliche Ärzte und Patienten beiden Geschlechts), und nicht in Bezug auf die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen innerhalb des Krankheitskonzeptes Epilepsie. Nyhoegen 2012 (wie Anm. 1), S. 205–211.
96. FKHU-Akte Rosalie B. (1904), Abschrift Anamnese der Hallenser Nervenlinik und Anamnese Uchtspringe.
97. FKHU-Akte Rosalie B. (1904), Anamnese.
98. FKHU-Akte Rosalie B. (1904), Abschrift Pflegebericht der Hallenser Nervenlinik.

99. FKHU-Akte Rosalie B. (1904), Aufnahmeuntersuchung Uchtspringe, Status psychicus.
100. Die luxuriös ausgestatteten „Pensionärsvillen“ wurden speziell für die höhergestellte Klientel errichtet und befanden sich etwas außerhalb des Anstaltsgeländes in der Nähe des zur Zerstreuung dienenden Gesellschaftshauses. Die Beköstigung der privilegierten Patienten fand durch eine eigene Küche statt, die Heranziehung zur Arbeitstherapie geschah nur in ausgewählten Bereichen. Nyhoegen 2012 (wie Anm. 1), S. 64–65.

Alexander Bastian

Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens.

Nationalsozialistische Zwangssterilisation aus der Gender Perspektive¹

Abstract

Auf der Grundlage der im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ definierten neun „Erbkrankheiten“ wurden im Zeitraum zwischen 1934 bis 1945 schätzungsweise 350.000 bis 400.000 Frauen und Männer sterilisiert. Ausgangspunkt des Sterilisationsverfahrens, das im Falle der Verweigerung mit polizeilichen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden konnte, bildeten ein Antrag sowie insbesondere ein amtsärztliches Gutachten. Dieses Gutachten diente den speziell eingerichteten Erbgesundheitsgerichten – in Widerspruchsfällen, Erbgesundheitsobergerichten – als entscheidende Basis zur Beurteilung von „Minderwertigkeit“ und damit einhergehend zur Sterilisation.

Der Vortrag widmet sich vor allem der medizinischen Diagnoseleistung im amtsärztlichen Gutachten und stellt die hier praktizierten geschlechtsbezogenen und geschlechtsspezifischen Beurteilungskriterien von männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“ in den Mittelpunkt. Insbesondere Krankheitsbilder wie der sog. „angeborene Schwachsinn“ verweisen sowohl auf eine soziale wie geschlechtsspezifische als auch auf eine politische und wissenschaftliche Konstruktion des „erbkranken“ männlichen und weiblichen Körpers. Unter einem analytischen Blickwinkel werden dementsprechend unterschiedliche Merkmale wie familiäre Situation, schulischer und beruflicher Erfolg, Sexualverhalten oder Normverstöße, aber auch das Verhalten während der Untersuchung sowie Widersprüche gegen die Zwangssterilisation betrachtet und hierbei maßgebliche geschlechts-

spezifische Rollenvorstellungen diskutiert. Diese im amtsärztlichen Gutachten erscheinenden Bedeutungen und Zuschreibungen rekurrieren insgesamt auf praktizierte gesellschaftlich virulente Vorstellungen und Normen sowie auf ein normiertes geschlechtstypologisches Körperbild, das männliche und weibliche Körper gleichzeitig aus-, aber auch einschließt.

Einleitung

Die intensive historische Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Zwangssterilisation begann erst in den 1980er Jahren.² In diesem für die NS-Forschung wichtigen und prägenden Zeitraum, gekennzeichnet durch die Hinwendung zu bislang unberücksichtigten Forschungsfeldern sowie auch durch die Etablierung innovativer Forschungsfragen und analytischer Gerüste, erschien 1986 die von Gisela Bock verfasste Untersuchung „Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“.³ In ihrer Analyse, die heute zu Recht als Standardwerk gilt, arbeitete sie erstmals – und bis heute auch weitgehend allein – die geschlechtsspezifische Bedeutung und Dimension nationalsozialistischer Zwangssterilisation heraus und gab gleichzeitig wichtige Impulse für eine differenzierte Erforschung von Nationalsozialismus und Geschlecht.⁴

Der vorliegende Beitrag, der exemplarische Teilergebnisse und Perspektiven eines laufenden Forschungsprojektes zur Geschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisation auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt präsentiert,

verfolgt jedoch weder eine Zusammenfassung der von Gisela Bock erarbeiteten Ergebnisse noch eine Diskussion etablierter und konkurrierender Forschungspositionen etwa zur Rolle von Geschlecht oder zur Bedeutung nationalsozialistischer Gesundheits- und Bevölkerungspolitik. Vielmehr wird der Fokus auf das medizinische Gutachten zur Feststellung und Beurteilung erbkranker Körperlichkeit gerichtet, denn ausgehend vom medizinisch-psychiatrischen Instrumentarium der ärztlichen Begutachtung im Sterilisationsverfahren können nicht nur die medizinischen und sozialen Konstruktionsgrade erbkranker Körperlichkeit aufgezeigt, sondern vor allem auch Konstruktionsunterschiede zwischen Frauen und Männern kenntlich gemacht werden. Die durch diesen kombinierten mikrohistorischen und geschlechtsspezifischen Zugang evozierten Ergebnisse geben nicht nur maßgebliche Anhaltspunkte zur sozialen Konstruktion männlicher und weiblicher „Minderwertigkeit“, sondern sie verdeutlichen darüber hinaus eine Praxis, die durch die analytische Fokussierung auf Schlagworte wie etwa „Rassenhygiene“, „Rassenpolitik“ oder „nationalsozialistische Ideologie“ eingeengt wird – vielmehr wirken in der Begutachtung diese wirkungsmächtigen Diskurse mit überkommenden gesellschaftlichen Vorstellungen etwa zur Rolle von Frauen und Männern oder zu sozialer Abweichung etwa in Form von Lebensführung, Intellekt und Bildung zusammen. Bezüglich der damit einhergehenden Fragen nach der medizinischen Begutachtung und Beurteilung von „erbkrank“ und „Minderwertigkeit“ im Zuge nationalsozialistischer Zwangssterilisation wird in einem ersten Schritt das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ als gesetzlich-organisatorischen Rahmen skizziert. Anschließend wird das amtsärztliche Gutachten als diagnostisches Instrument der Begutachtung beschrieben und daraufhin seine praktische geschlechtsspezifische Anwendung analysiert.

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ war keine nationalsozialistische Erfindung! Im Rahmen des eugenischen Diskurses wurde im deutschen Kaiserreich bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts konkreter über Fragen der gesellschaftlichen Reproduktion und den Ausschluss von „unwürdigem“ Nachwuchs in medizinischen und

staatlichen Kreisen diskutiert, was im Verlauf der 1920er Jahre zu einer flächendeckenden Gründung von staatlichen Eheberatungsstellen führte.⁵ In diesem Zusammenhang verwundert es auch weniger, dass das nationalsozialistische Sterilisationsgesetz weitgehend auf einem preußischen Gesetzesentwurf aus dem Jahr 1932 beruhte. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde im Juli 1933 beschlossen und trat am 1. Januar 1934 in Kraft.⁶ Bis zur Außerkraftsetzung durch die alliierten Besatzungsmächte 1945/46 wurden schätzungsweise 350.000 bis 400.000 Frauen und Männer, nach Gisela Bock etwa 1% der Bevölkerungsgruppe zwischen 16 und 50 Jahren, sterilisiert.⁷ Die geschlechtliche Verteilung war nahezu identisch.

Die besondere Qualität des nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzes im Gegensatz zum preußischen Gesetzesentwurf bestand in der Möglichkeit der zwanghaften Durchführung: „Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen [...]. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.“⁸ Unmittelbarer Zwang bedeutet im Falle des persönlichen Widerstandes letztlich die polizeiliche Vorführung zur operativen Unfruchtbarmachung in einem Krankenhaus!

Das Gesetz definierte insgesamt neun Krankheitserscheinungen als Erbkrankheiten. Diese „Erbkrankheiten“ umfassten insgesamt fünf psychiatrisch-neurologische Krankheitsbilder, drei körperliche Behinderungen und eine Suchterkrankung.⁹ Zu den psychiatrisch-neurologischen „Erbkrankheiten“ zählten „angeborener Schwachsinn“, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht (Epilepsie) und erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea). Als körperliche Behinderungen wurden erbliche Blindheit, erbliche Taubheit sowie schwere erbliche körperliche Missbildung klassifiziert. Als Suchterkrankung galt schwerer Alkoholismus. Die in der Praxis am weitaus häufigsten angewandten Diagnosen waren vor allem angeborener Schwachsinn mit teilweise 40–60%, mit größerem Abstand gefolgt von Schizophrenie und Epilepsie.¹⁰ Die übrigen Kategorien spielten hierbei lediglich eine marginale Rolle. Der Ablauf des gesetzlichen Sterilisationsverfahrens sah folgendermaßen aus: Auf der

Grundlage einer Meldung und einer Anzeige wurde von einem beamteten Arzt, vornehmlich einem Amtsarzt, ein Antrag zuzüglich eines formalisierten medizinischen Gutachtens angefertigt. Diese Gutachten dienten den speziell eingerichteten Erbgesundheitsgerichten (EGG) als Entscheidungsgrundlage.¹¹ Entschied das Erbgesundheitsgericht die Sterilisation, konnte die/der Betroffene eine fristgebundene Beschwerde einlegen, welche vor sogenannten Erbgesundheitsobergerichten (EGOG) verhandelt wurde. Waren alle rechtlichen Mittel ausgeschöpft und die Sterilisation gerichtlich beschlossen, musste sich die betroffene Person in einem für die Durchführung der Sterilisation zugelassenen Krankenhaus einfinden. Die Unfruchtbarmachung erfolgte bei Frauen, indem unter Vollnarkose die Eileiter durch Quetschung oder Verknotung zerstört wurden. Bei Männern wurde unter örtlicher Betäubung die Samenleiter durchtrennt.

Das medizinische Gutachten bildete den diagnostischen Kern der nationalsozialistischen Zwangssterilisation, denn die hier getroffenen Beurteilungen wurden durch die letztendlich entscheidungsbefugten Erbgesundheitsgerichte zu 80–90% nicht selten wortwörtlich zitiert und bestätigt.¹² Die entscheidende Beurteilungsfunktion kam somit vor allem dem Amtsarzt zu, der als staatliche Autorität in seinem Gesundheitsbezirk für die Durchführung des Sterilisationsgesetzes verantwortlich war.¹³

Das amtsärztliche Gutachten als diagnostisches Instrument

Für die Begutachtung im Sterilisationsverfahren muss insgesamt auf das Zusammenspiel von Meldung, Begutachtung und Antragsstellung sowie ergänzender Informationsgewinnung hingewiesen werden. Durch eine abgestimmte und zielgerichtete Vorgehensweise des zuständigen Amtsarztes entstanden Informationsnetzwerke sowohl zu staatlichen Stellen wie etwa zur Polizei, zum Wohlfahrtsamt oder zu politischen Amtsträgern wie Bürgermeistern oder Ortsvorstehern als auch zu wichtigen öffentlichen Funktionsträgern wie etwa Lehrern, Ärzten oder Geistlichen. So teilte beispielsweise der Kreisarzt der Kleinstadt Oschersleben der zuständigen Polizeiverwaltung im September 1933 mit: „Ich ersuche ergebenst um Rücksprache mit den Persönlichkeiten der dortigen Gemeinde, die durch ihren Beruf erfahrungsgemäß die genaueste Kenntnis

der in Frage kommenden Personen haben, wie die Herren Geistlichen, Ärzte, Lehrer, Gemeindegewerkschaften, Wohlfahrtspfleger und um Anschriften der ermittelten Personen; ich lege Wert auch auf Kenntnisse aller Personen, die zunächst nur den Anschein erwecken, daß sie unter das Gesetz [zur Verhütung erbkranken Nachwuchses] fallen. Die Sicherstellung zweifelhafter Fälle ist Sache der mir übertragenden Ermittlungen. (...). Ich bitte um baldmögliche Mitteilung der vorläufig infrage kommenden Namen erbkranker Personen, damit ich mit meiner Arbeit beginnen kann.“¹⁴

Auf der Grundlage dieser Ermittlungen wurden ebenso Frauen und Männer erfasst und zur Untersuchung vorgeladen, deren Erkrankung, wie etwa Tuberkulose, nicht im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ definiert waren.. Gleichzeitig begannen amtsärztliche Untersuchungen zum persönlichen Umfeld der Betroffenen. Stellvertretend für diese Informationsgewinnung kann der Bericht einer Gesundheitsfürsorgerin des Landkreises Genthin vom Februar 1936 dienen: „Der Arbeiter (...) macht einen geistig beschränkten Eindruck. Er hat das Ziel der Volksschule nicht erreicht. Körperlich fällt auf, dass er X-Beine hat wie sein Sohn (...). Die Frau (...) scheint intellektuell sehr schwach zu sein. Sie fiel mir auf bei Anlegung eines Krüppelmeldebogens für ihren Sohn (...), wobei sie nicht die Geburtsdaten und -jahre ihrer Kinder angeben und überhaupt keine Frage richtig beantworten konnte. Ihre Häuslichkeit ist sehr einfach, aber ganz ordentlich und sauber. [Sie] genießt in sittlicher Beziehung einen schlechten Ruf. Sie soll Umgang mit anderen Männern haben. Beweise hierfür sind jedoch nicht vorhanden. [Sie] stammt aus einer sehr berüchtigten Familie (...), die durch Generationen im Armenhaus gewohnt hat und in fast allen Gliedern als asozial, arbeitsscheu und geistig primitiv bekannt ist.“¹⁵

Das mit diesen Ermittlungen einhergehende amtsärztliche Gutachten zur Feststellung einer gesetzlich definierten Erbkrankheit beruhte auf einem standardisierten Fragebogen, der neben persönlichen Daten des Betroffenen Angaben über die näheren Familienangehörigen, Angaben zur Vorgeschichte des Betroffenen, zum körperlichen und zum psychischen Befund erhob. Diese standardisierte Begutachtung wurde im Falle von „angeborenen Schwachsinn“ durch eine In-

telligenzprüfung ergänzt.¹⁶ Hier wurden Fragen unter anderem zur Orientierung (Wie heißen sie?), zum Schulwissen (Wer war Bismarck?), zum Lebens- und Berufswissen sowie Mathematikaufgaben gestellt. Abschließend wurde das Verhalten und die Mitarbeit während der Untersuchung dokumentiert!

Hinsichtlich der formalen Gestaltung des medizinischen Gutachtens lässt sich bereits die erbbiologische Logik in Verbindung zur Beurteilung des individuellen menschlichen Wertes konkret ablesen. Die Fragen zu Familienangehörigen zielen auf etwaige familiäre Erkrankungen und somit auf eine „familiäre Belastung“. Die Vorgeschichte erörtert die biographische Entwicklung, hierzu gehören Fragen zur geistigen und sozialen Entwicklung in Schule und Beruf, Konflikte mit dem Strafgesetz oder Angaben zum Sexualleben. Das Geschlecht spielt formal keine hervorgehobene Rolle. Lediglich in Bezug zum Bereich Sexualleben wurde bei Frauen nach Regel- und Schwangerschaftsstörungen gefragt, was auf die Gebärfähigkeit als wichtiges Kriterium der Sterilisationspraxis abzielte. Der psychische Befund umfasste Angaben etwa zum allgemeinen Verhalten, zur Stimmungs- und Affektlage, zum Gedankenablauf sowie zu sexuellen Perversionen! Hierbei fällt auf, dass den jeweiligen Untersuchungskategorien weitgehend negativ konnotierte Beurteilungsmuster vorgegeben wurden: Die Beschreibung der Stimmungs- und Affektlage ist etwa untergliedert in „stumpf, gleichgültig, läppisch, traurig, ängstlich, ratlos, entschlossenlos, heiter, albern, zornig, sexuell zudringlich.“¹⁷

Anhand dieses formalen Aufbaus lässt sich weniger eine geschlechtsspezifische Ausrichtung erkennen, demgegenüber wird bereits an einzelnen vorgegebenen Beurteilungsmustern eine Präjudizierung der betroffenen Frauen und Männer als erbkrank sichtbar. Insgesamt hatte das Gutachten die Funktion einer zielgerichteten Verdichtung der gesammelten Ermittlungs- und Untersuchungsergebnisse. Diese Daten generierten ein sozio-biologisches Dossier, welches keineswegs die betroffene Person abbildet, sondern vielmehr die betroffene Person mit der Vorstellung von erbkrank und minderwertig doppelt.¹⁸ Der oder die „Erbkrankverdächtige“ erscheint dementsprechend als Produkt einer spezifisch ausgeprägten „Minderwertigkeit“ und die Normabweichung gerann zum alleinigen Referenzpunkt der Beurteilung.

Zur geschlechtsspezifischen Konstruktion von „erbkrank“ und „Minderwertigkeit“

Die folgenden Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Konstruktion von „erbkrank“ stützen sich auf die Diagnose des „angeborenen Schwachsinn“. Der für das Sterilisationsverfahren prägende Gesetzeskommentar definiert den „angeborenen Schwachsinn“ folgendermaßen: „Zu verstehen ist hier (...) jeder im medizinischen Sinne eben noch als deutlich abnorm diagnostizierbare Grad von Geistesschwäche (...). Dabei ist, entsprechend der seelischen Allgemeinstörung, welche beim angeborenen Schwachsinn vorliegt, nicht bloß auf die intellektuellen Fehlleistungen zu achten, welche in mangelhaften Schul- und Berufsleistungen und schlechter Begriffs- und Urteilsbildung zutage treten, sondern auch auf die Gefühls- und Willenssphäre sowie die Entwicklung der ethischen Begriffe und Regungen, da dies alles in der Regel mehr oder weniger mitgestört ist.“¹⁹ Die Beurteilungs- und Konstruktionschwerpunkte des „angeborenen Schwachsinn“ waren dementsprechend der Intellekt, die Gefühls- und Willenssphäre sowie die Entwicklung ethischer Begriffe und Regungen.

Die amtsärztliche Begutachtung legte grundsätzlich einen Schwerpunkt auf die Familie des oder der Betroffenen, denn sie fungierte als Metaebene „erbkranker“ Gene oder Anlagen, die es zu verhindern galt. Hier spielte es jedoch keine Rolle, ob mehr männliche oder weibliche Familienmitglieder an einer sogenannten Erbkrankheit litten. Der Intellekt oder die fehlende intellektuelle Leistung diente als zentrale Beurteilungskategorie. Die Einschätzung, der oder die Erbkrankverdächtige kann „weder lesen noch schreiben“, ist wiederholt sitzengeblieben oder hat die „Hilfsschule“ besucht, hat für sich allein stehend wie die Beurteilung der Familienangehörigen keine hervorgehobene geschlechtsspezifische Konnotation. Das Geschlecht spielt hier scheinbar lediglich in der biologischen Fortpflanzungsfähigkeit eine Rolle. Ein offensichtlich ausschließlich auf die Kategorien Intellekt und Familie abzielendes Gutachten lautet beispielsweise: „Anhaltspunkte für exogenen Schwachsinn liegen nicht vor. Der Ausfall der Intelligenzprüfung ergab eine erhebliche Minderung der intellektuellen Fähigkeiten. Es besteht Unfähigkeit, einfachste Fragen des allgemeinen Lebens zu

beantworten. Der Vater des Probanden, sowie dessen zwei Brüder sind schwachsinnig und geistig minderwertig. Proband ist zeugungsfähig und daher unfruchtbar zu machen.“²⁰ Die geschlechtsspezifische Konstruktion findet vor allem erst in der Beurteilung des Verhaltens, der Lebensleistung oder von Normverstößen statt, indem sozio-biologische Verwebungen zwischen der Familie, dem Intellekt und einem wie auch immer gearteten Verstoß hergestellt und zementiert werden. Als Schwerpunkte dieser Konstruktionen können analytische Kategorien gebildet werden, obgleich die Grenzen dieser Kategorien fließend, ja vielmehr miteinander verwoben sind und eine zu statische Betrachtung die Praxis der Begutachtung verzerrt. Zu diesen analytischen Kategorien gehören summarisch die Sexualität, die berufliche Tätigkeit sowie beruflicher Erfolg, die ausreichende Versorgung der Familie, der geordnete Zustand des Haushalts, die angemessene Erziehung der Kinder, das Aussehen sowie damit verbunden auch das Verhalten der Betroffenen insgesamt. Diese Kategorien oder Muster können durchaus geschlechtsspezifisch zugeordnet werden, so kann der Zustand des Haushalts oder die Erziehung der Kinder eher als weiblicher Bereich, dagegen die wirtschaftliche Versorgung der Familie oder berufliche Tätigkeit eher als männliche Domäne charakterisiert werden. Grundsätzlich können diese Kategorien aber nicht nur einem Geschlecht zugeordnet werden, sondern sie sind teilweise in unterschiedlicher Betonung für beide Geschlechter relevant.

An dieser Stelle wird der Schwerpunkt auf die Sexualität als wichtigen geschlechtsspezifischen Konstruktionsmechanismus gelegt. Die Konstruktion erbkrankter Weiblichkeit anhand abweichender Sexualität konnte grundsätzlich das Vorhandensein unehelicher Kinder, die Anzahl der eigenen Kinder, ein „ausschweifendes“ Sexualleben, abgelesen an verhältnismäßig frühem Geschlechtsverkehr, Geschlechtsverkehr mit wechselnden Geschlechtspartnern oder der Erkrankung an Geschlechtskrankheiten, Prostitution oder die Gefahr des sexuellen Missbrauchs umfassen.

So wird im Gutachten zum Sexualleben einer jungen Frau aus dem Jahr 1944 notiert: „Sehr rege! Nach Angabe des Hausarztes sehr starke Libido. 3 Kinder, das Jüngste 3 Jahre alt; erwartet das 4. Kind.“²¹ Zur

Vorgeschichte einer anderen Frau wird über die Gefahr des Missbrauchs im Jahr 1935 vielsagend festgehalten: „Es läuft z.Zt. folgende Anzeige gegen sie: ein etwa 15jähriger Junge soll in Gegenwart von jüngeren Knaben mit ihr Geschlechtsverkehr ausgeübt haben und dann die jüngeren Knaben aufgefordert [haben], das Gleiche zu tun.“²² Die hier zum Ausdruck kommende Gefahr eines Missbrauchs wird vor allem in einer möglichen Schwangerschaft gesehen – die physischen und psychischen Folgen des Missbrauchs spielen keine Rolle. Die dieser Beurteilung zugrunde liegenden Konstruktionskriterien wie fehlende Bildung, fehlende Willenssphäre, fehlende ethische Regungen sowie ungenügende Erziehungsleistung bilden die Basis der medizinischen Beurteilung, dass die betreffende Frau mit großer Wahrscheinlichkeit ein „erbkrankes“ Kind gebären würde, welches wiederum staatliche Unterstützungsleistungen erfordern würde. Demgegenüber wurde die Gefahr des Missbrauchs bzw. des stattgefundenen Missbrauchs aber auch als wichtiges Indiz eines haltlosen Geschlechtslebens beurteilt: Sie „leidet an erheblichem allgemeinen Schwachsinn. Sie ist asozial, triebhaft und völlig kritiklos. Aus dem Verkehr mit dem eigenen Vater (...) ist ein Kind hervorgegangen. Es besteht größte Fortpflanzungsgefahr.“²³

Die Analyse der Konstruktion abweichender Sexualität darf jedoch nicht schablonenartig vorgehen, denn Verhalten, äußerliches Auftreten, intellektuelle Fähigkeiten und Familiensituation werden fallspezifisch miteinander gekoppelt und gewichtet – das Gutachten fungiert insbesondere als konstruktives Verdichtungsinstrument: Die medizinische Beurteilung einer Hilfsärztin des Gesundheitsamtes Stendal aus dem Jahr 1942, welches an dieser Stelle ausführlicher zitiert wird, hält zum Verhalten eines 16-jährigen Mädchens fest: „Im ganzen macht sie einen ausgesprochen schusseligen und törichten Eindruck. Sie ist auffällig anreißerisch mit langen Ohrringen und einem bunten Seidenkleid bekleidet und hat nachgezogene Augenbrauen.“ Die ungewöhnlich lange Diagnosebeschreibung lautet: „Angeborener Schwachsinn bei stärkster Familienbelastung. (...) stammt aus einer unglaublich belasteten und minderwertigen Familie (...). Sie selbst ist ein Schul- und Lebensversager. (...) Sie hat mit ihren 16 Jahren bereits das Auftreten und Gehabe der typischen Puella Publica. Selbst eine gewisse geistige Nachreife vor-

ausgesetzt, wird sie niemals auch nur annähernd die unterste Grenze der zum praktischen Leben notwendigen Einsicht und Klugheit erlangen. Es erscheint im bevölkerungspolitischen Sinne dringendst und schleunigst geraten (...), unfruchtbar zu machen, ehe sie ein uneheliches Kind in die Welt setzen kann, wozu bei ihr die größte Gefahr besteht um so mehr, da die eigene Mutter sich kräftig herumtreibt und außerdem in wilder Ehe lebt. Ausserdem scheint es dringend geboten (...), baldigst unfruchtbar zu machen und nicht erst eine höchst fragliche Nachreife abzuwarten und ihr damit Gelegenheit zu geben, minderwertigen Nachwuchs in die Welt zu setzen. Ihre unfruchtbar gemachte Mutter und deren wegen Schwachsinn sterilisierte Schwester hatten zusammen 14!! (sic!) fast durchweg minderwertige Kinder, ehe sie unfruchtbar gemacht wurden.“²⁴

Die Beurteilung normabweichender Sexualität von Männern unterscheidet sich von der Einschätzung von Frauen signifikant. Die Gefahr eines Missbrauchs wird ebenso wenig thematisiert wie Prostitution. Häufig wechselnde Geschlechtspartner spielen im Vergleich zu Frauen eine untergeordnete Rolle. Das Vorhandensein unehelicher Kinder oder die Anzahl eigener Kinder wird nicht unter einem sexuellen Aspekt, sondern unter dem wirtschaftlichen Gesichtspunkt der Versorgung beurteilt. Für die männliche Seite besteht vielmehr eine stärkere Fokussierung auf die Gefahr sexueller Übergriffe als Triebhaftigkeit oder das Vorhandensein sexueller Perversionen. Für den Nachweis des angeborenen Schwachsinn bei einem jungen Mann wurde im Jahr 1935 der Verdacht geäußert, „eine taubstumme 55-jährige Frau auf dem Felde überfallen und unter die Röcke gefaßt [zu haben]. Angeblich wollte er sich deren Geschlechtsteil ansehen. Er steht in dem Verdacht, auch noch in anderen Fällen sittliche Verfehlungen begangen zu haben.“²⁵ Diese Argumentation lässt sich am Beispiel

eines 16-jährigen Jungen verdeutlichen: Er sei „stark triebhaft veranlagt. Im Herbst 1933 hat er versucht, sich an zwei Schulfrauen sittlich zu vergehen. Von der Einbeziehung eines Strafverfahrens gegen ihn ist mit Rücksicht auf seinen Geisteszustand abgesehen worden.“²⁶

Schlussbetrachtungen

Die auf einem rassenhygienischen und rassenpolitischen Paradigma beruhende und unter dem ideologischen und machtpolitischen Diktat nationalsozialistischer Herrschaft praktizierte Zwangssterilisation entpuppt sich bei der mikropraktischen Analyse als ein Ausschlussverfahren, das Frauen und Männer an einer sozio-biologischen Norm bemisst. Die Normbemessung erfolgt auf der Grundlage eines formalisierten und präjudizierenden Gutachtens. Die Norm als Bemessungsgrenze ist weitgehend offen und fluide und wird maßgeblich durch den begutachtenden Amtsarzt auf der Grundlage seiner beruflichen Profession, seiner politischen Einstellung, seines bürgerlichen Habitus inklusive verinnerlichter gesellschaftlicher Vorstellungen, aber auch seiner Stimmungslage und seines für die Begutachtung zur Verfügung stehenden Zeitbudgets gesetzt. Das Geschlecht ist in diesem Beurteilungsverfahren eine grundlegende Kategorie, indem Frauen und Männer an den ihnen zugeschriebenen Rollen, Stereotypen und Zuschreibungen bemessen und bewertet werden. Insofern erweist sich eine Charakterisierung nationalsozialistischer Zwangssterilisation als ideologisch oder rassenhygienisch gekennzeichnete Bevölkerungspolitik als eine wichtige Forschungs- und Ausgangsposition, die jedoch durch die Untersuchung des mikropraktischen Beurteilungsverfahrens und der ihr innewohnenden Parameter sowohl geschlechtsspezifisch als auch unter herrschaftlichen Gesichtspunkten weiter differenziert werden kann und muss.

Anmerkungen

1. Der Titel beruht auf dem laufenden Forschungsprojekt „Körperpolitik, Bio-Macht und der Wert menschlichen Lebens. Nationalsozialistische Zwangssterilisationen auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt“, das am Lehrstuhl für Geschichte der Neuzeit/Geschlechterforschung von Frau Prof. Eva Labouvie des Instituts für Geschichte der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg angegliedert ist.
2. Zur Rezeptionsgeschichte des vorliegenden Forschungsgegenstandes siehe unter anderem Kramer, Sabine: „Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft“. Theoretische Grundlagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtssprechung des Erbgesundheitsobergerichts Celle (Hannoversches Forum der Rechtswissenschaften, Bd. 10), Baden-Baden 1999, S. 210–223. – Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens, gänzlich überarb. und erw. Neuauflage, Neumünster 2002, S. 15–25, 82–93.

3. Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik (Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, Bd. 48), Opladen 1986. Nachdruck unter dem Titel: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Geschlechterpolitik, Münster 2010. Im Folgenden wird mit der Ausgabe des Jahres 2010 gearbeitet.
4. Einen jüngeren Forschungsüberblick bietet Schmuhl, Hans-Walter: Zwangssterilisation. In: Jütte, Robert: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, 2. Aufl., Göttingen 2011, S. 201–213. – Eine jüngere bibliographische Übersicht bietet Wolf, Jana: Auswahlbibliographie zu Eugenik, Rassenhygiene, Zwangssterilisation, NS-„Euthanasie“ und deren Strafverfolgung nach 1945. In: Henke, Klaus-Dietmar (Hrsg.): Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord, Köln 2008, S. 291–338.
5. Zu Einrichtungen von Eheberatungsstellen siehe insbesondere Czarnowski, Gabriele: Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus, Weinheim 1991, S. 62–100.
6. Von Münch, Ingo (Hrsg.): Gesetze des NS-Staates. Dokumente eines Unrechtssystems, zusammengestellt von Uwe Brodersen, 3., neu bearb. und wesentlich erw. Aufl., Paderborn u. a. 1994, S. 113–117.
7. Vgl. Bock (wie Anm. 3), S. 230–247. Unter anderem Christoph Braß kritisiert die von Gisela Bock berechneten Zahlen und plädiert für eine Gesamtzahl von rund 320.000 zwangssterilisierten Frauen und Männer. Vgl. Braß, Christoph: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland 1933–1945, Paderborn 2004, S. 83–92, 136–137. – Siehe auch Kramer (wie Anm. 2), S. 99–102.
8. Von Münch (wie Anm. 6), S. 116.
9. Vgl. von Münch (wie Anm. 6), S. 113.
10. Diese unterschiedlichen Ergebnisse sowohl zur Gesamtzahl als auch zur Diagnose sind maßgeblich vom Untersuchungsraum wie Stadt, ländlicher Raum oder einer psychiatrischen Anstalt sowie auch von der schwierigen Überlieferungslage abhängig. Weiterführend u. a. Bastian, Alexander: Zwischen Heilanstalt und Lazarett. Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldensleben von 1926 bis 1945 (Schriftenreihe der Stiftung Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, Bd. 3), Halle 2010. – Daum, Monika/Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933–1945, Frankfurt/Main u. a. 1991. – Siemen, Hans-Ludwig: Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten während des Nationalsozialismus. In: von Cranach, Michael/Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999, S. 417–474. – Braß (wie Anm. 7).
11. Zum rechtlichen Rahmen des Sterilisationsgesetzes vor allem Kramer (wie Anm. 2); siehe auch Einhaus, Carola: Zwangssterilisation in Bonn (1934–1945). Die medizinischen Sachverständigen vor dem Erbgesundheitsgericht (Rechtsgeschichtliche Schriften, Bd. 20), Köln u. a. 2006.
12. Vgl. Bock (wie Anm. 3), S. 233.
13. An dieser Stelle muss ausdrücklich auf den Gesetzeskommentar hingewiesen werden, vgl. Gütt, Arthur/Rüding, Ernst/Ruttke, Falk: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933. Ausgabe für die Mitglieder der ärztlichen Spitzenverbände, München 1934. Dieser Text blieb der einzige Kommentar des Gesetzes und er erhielt nach Astrid Ley zusätzliches Gewicht, da „die drei Verfasser auch an den vorausgegangenen Beratungen des GzVen (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, d. Vf.) maßgeblich beteiligt gewesen waren“. In dieser Hinsicht entstand die Vorstellung, dass es sich „um amtliche Vorgaben zur Auslegung der Vorschrift handelte“. – Bezüglich der praktischen Durchführung der Zwangssterilisation könne die Bedeutung dieses Gesetzeskommentars nach Ley „kaum zu überschätzen“ sein. Ley, Astrid: Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945 (Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik, Bd. 11), Frankfurt/Main 2003, S. 46–48.
14. Stadtarchiv Oschersleben, P VI/ 43, 1933–1945, Bl. 1.
15. Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt, Abteilung Magdeburg [künftig: LHASA, MD], Rep. C 136 I Stendal, 1934–1945 (- 1946), Nr. 90.
16. Vgl. Gütt/Rüding/Ruttke (wie Anm. 13), S. 76–78. Diese Intelligenzprüfung war bis circa 1936 ebenfalls standardisiert. Aufgrund der zunehmenden öffentlichen Verbreitung sollten die begutachtenden Ärzte ab 1936 eine unstandardisierte Prüfung vornehmen.
17. Gütt/Rüding/Ruttke (wie Anm. 13), S. 74.
18. Hierzu weiterführend Foucault, Michel: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–75), Frankfurt/Main 2003, S. 33, 40. – Ders.: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main 1976, S. 319.
19. Gütt/Rüding/Ruttke (wie Anm. 13), S. 91.
20. LHASA, MD, Rep. C 136 I Stendal, 1934–1945 (-1946), Nr. 206.
21. LHASA, MD, Rep. C 136 I Magdeburg 1934–1945 (-1946), Nr. 67.
22. LHASA, MD, Rep. C 136 I Magdeburg 1934–1945 (-1946), Nr. 185.
23. LHASA, MD, Rep. C 136 I Magdeburg 1934–1945 (-1946), Nr. 19.
24. LHASA, MD, Rep. C 136 I Magdeburg 1934–1945 (-1946), Nr. 118.
25. LHASA, MD, Rep. C 136 I Stendal, 1934–1945 (-1946), Nr. 82.
26. LHASA, MD, Rep. C 136 I Stendal, 1934–1945 (-1946), Nr. 136.

Karen Nolte

„Hauptursache ist die Lektüre eines Schundromanes.“

Hysterie in der medialen Öffentlichkeit und subjektive Krankheitswahrnehmung um 1900

Abstract

In dem Vortrag wird dargestellt, in welcher Weise Hysterie in einer psychiatrischen Anstalt um 1900 in Erscheinung trat und wie dieses Krankheitsbild zwischen „Irrenärzten“ und Patientinnen der unteren sozialen Gesellschaftsschichten verhandelt wurde. Wie bereits in der breiten Forschung zur Geschichte der Hysterie herausgestellt worden ist, wurde dieses Krankheitsbild jeweils eng mit zeitgenössischen Vorstellungen von Weiblichkeit verknüpft. Wie sich Weiblichkeitskonzeptionen des ausgehenden 19. Jahrhunderts mit zeitgenössischen Theorien von Nervenkrankheiten verbanden, zeigt das Beispiel der Krankengeschichte des Dienstmädchens Grete K., die im Jahre 1912 mit der Diagnose „hysterischer Depressionszustand“ in die Landesheilanstalt Marburg zwangseingewiesen und deren Zustand auf die Lektüre eines „Schundromanes“ zurückgeführt wurde. Dazu wird analysiert, wie sich die Profession der Nervenärzte in dem Diskurs über die Gefährlichkeit der „Schundliteratur“ eingeschrieben hat, d.h. wie die Nervenkrankheit Hysterie mit dem Diskurs über „Schutz und Schund“ verknüpft wurde. Zur Analyse der Krankengeschichte Grete K.s wird außerdem die These Elaine Showalters aufgegriffen, derzufolge das Auftreten hysterischer Krankheitsbilder in epidemischem Ausmaß um 1900 Folge einer „medialen Infektion“¹ gewesen sei.

Diese Studie ist aus meinen nun schon einige Jahre zurückliegenden Forschungen zur Alltagsgeschichte der Hysterie im Rahmen meiner Dissertation hervorgegangen.

Darin habe ich auf der Grundlage von psychiatrischen Krankenakten von Frauen, die im Zeitraum von 1876 bis 1914 in der Landesheilanstalt Marburg mit Hysterie und Neurasthenie diagnostiziert worden waren, qualitativ untersucht, wie Hysterie im Alltag innerhalb und außerhalb der Anstalt verhandelt wurde. Hierbei war mein Blick nicht nur auf die Aneignung psychiatrischer Diskurse ärztlicherseits gerichtet. Vielmehr interessierte mich die in den Akten dokumentierte alltägliche Interaktion zwischen Ärzten und Patientinnen bzw. ihren Angehörigen. Hierbei verfolgte ich primär methodische Ansätze aus der Alltags- und Geschlechtergeschichte. Ich untersuchte also den sozialen Sinn von Hysterie. Da die Krankenakten auch Briefe und andere Selbstzeugnisse enthalten, habe ich auch die Selbstwahrnehmung der mit Hysterie diagnostizierten Frauen analysiert.²

Psychiatrische Krankenakten aus dem 19. Jahrhundert bieten ein vielfältiges Quellenmaterial für sozial- und alltagsgeschichtliche Fragestellungen. Die Krankengeschichten wurden von den Irrenärzten geschrieben, nachdem sie mit den Patientinnen selbst, ihren Angehörigen oder anderen Menschen aus dem sozialen Umfeld über den Krankheitsverlauf und den Zusammenhang mit dem täglichen Leben und Erleben gesprochen hatten. Sie waren bemüht, das Gehörte möglichst wortgetreu zu dokumentieren, was mitunter dazu führte, dass Erzählungen der Menschen in Dialekt und direkter Rede aufgeschrieben wurden. Die Krankenakten enthalten zudem Briefe, die von den Kranken selbst geschrieben wurden und

aus unterschiedlichen Gründen die Anstaltszensur nicht hatten passieren können: Sie waren entweder den Angehörigen nach Ansicht der Ärzte aufgrund des wahnsinnigen Inhalts nicht zuzumuten oder sie enthielten Kritik an den Ärzten und den Verhältnissen in der Anstalt.

Auch wurden Briefe in der Akte von Angehörigen an die Ärzte oder die Kranken gesammelt. Zuweilen enthalten die Krankenakten auch von den Kranken selbstgeschriebene Lebensläufe und Auszüge aus Gerichtsakten, wenn die Patientinnen zur gerichtspsychiatrischen Begutachtung in der Marburger Anstalt waren. Zu meinen Quellen gehörten auch literarische Texte wie z. B. die Schriften einer Patientin und der zu diesem Vortrag herangezogene Roman von Hedwig Courths-Mahler, die ich im Dialog mit den Texten der Krankenakten gelesen habe.

Hysterielehre und Psychiatrie um 1900

In keinem anderen psychiatrischen Krankheitskonzept werden Krankheit und Weiblichkeit so deutlich verknüpft wie in den Hysterielehren um 1900. Die zeitgenössischen Neuropsychiatern differenzierten zwischen den körperlichen Funktionsstörungen der Hysterie und ihrer psychischen „Complication“, dem „hysterischen Charakter“. Als körperliche Ausprägung von Hysterie wurden epilepsieähnliche Krampfanfälle, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen sowie jegliche körperliche Beschwerden, die nicht organisch begründbar waren, interpretiert. Während das Krankheitsbild der Hysterie um 1900 bewusst von diskriminierenden Zuschreibungen befreit wurde, blieb der „hysterische Charakter“ weiterhin eng mit misogynen Weiblichkeitskonzeptionen verknüpft. Um 1900 fand die von Paul Julius Möbius erdachte Definition von Hysterie als „alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht sind,“³ breite Zustimmung unter den Fachleuten. Mit dieser These trug Möbius wesentlich dazu bei, dass die gynäkologische Hysterielehre, die Hysterie in der Gebärmutter bzw. in den Geschlechtsorganen der Frau verortete, seit den 1880er Jahren erheblich an Bedeutung verlor. Möbius stellte darüber hinaus alte, aber auch körpermedizinische Erklärungsansätze seiner Zeitgenossen grundsätzlich in Frage und begründete somit in Deutschland erstmals Hysterie als psychische Erkrankung. Mit seiner psychogenen Ätiologie von Hysterie entzog Möbius den massenhaft an Hysterikerinnen durchgeführten

Unterleibsoperationen die zuvor fraglose fachliche Legitimation. Auch trennte der Leipziger Neuropsychiatern das Krankheitskonzept Hysterie gedanklich vom weiblichen Geschlecht und wirkte gegen die gesellschaftliche Stigmatisierung von Hysteriekranken, indem er behauptete, dass „in irgendeinem Grade jeder Mensch hysterisch“ sei. Als Beispiel für alltäglich auftretende hysterische Erscheinungen führte er an, dass Zahnschmerzen beim Anblick der Zange plötzlich verschwänden. Eine klare Grenze zwischen Hysterie und „Erscheinungen des gesunden Lebens“ konnte und wollte er nicht ziehen, da dies weder nötig noch möglich sei.⁴

Die von Möbius angestoßene Debatte über Hysterie löste das Krankheitsbild bewusst vom Uterus als Krankheitsursache, was den Effekt hatte, dass Hysterie nicht mehr ausschließlich als Frauenkrankheit galt. Das von Möbius entwickelte Krankheitskonzept wurde wohl deshalb von so vielen Neuropsychiatern aufgegriffen, da die Loslösung der Krankheitsursache vom Uterus ihren Professionalisierungsinteressen entgegenkam. Mit der psychogenen Ätiologie von Hysterie konnten sie den Gynäkologen die Zuständigkeit für Hysterikerinnen streitig machen. Doch wurden in den Abhandlungen über die psychische Ausprägung von Hysterie – über den „hysterischen Charakter“ – weiterhin Weiblichkeit und Krankheit eng miteinander verknüpft. Als signifikantes psychisches Symptom der Hysterie wurden wechselhafte Stimmungen wahrgenommen, jedoch nicht alle Mediziner bezeichneten diese als „hysterischen Charakter.“ Als Merkmale des „hysterischen Charakters“ wurden in den Lehrbüchern und Schriften über Hysterie um 1900 folgende „Symptome“ genannt: „theatralisches“ und „posenhaftes“ Auftreten, Boshaftigkeit, Rachsucht, ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, „Eigensinn“ sowie die Neigung zu Intrigen, Lügen und Verleumdung. Mit diesem Konzept wurde Hysterie eine geschlechtliche Konnotation verliehen, da Eigenschaften von Hysterikerinnen quasi als Steigerung des weiblichen Geschlechtscharakters festgeschrieben bzw. hysterischen Männern in diskriminierender Absicht weibliche Eigenschaften zugewiesen wurden. Diese Zuschreibung pathologischer Weiblichkeit reichte häufig aus, Frauen gegen ihren Willen zur „Begutachtung ihres Geisteszustands“ oder zur stationären Therapie in eine psychiatrische Anstalt einzuweisen.

Krankengeschichte des Dienstmädchens Grete K.⁵

Mit der Analyse der Krankengeschichte eines Dienstmädchens, das im Jahre 1912 mit der Diagnose „hysterischer Depressionszustand“ in der Landesheilanstalt zu Marburg aufgenommen wurde, möchte ich exemplarisch meine Herangehensweise an die Quellen zeigen.

Zur Analyse der Krankengeschichte von Grete K. greife ich die These Elaine Showalters auf, derzufolge das Auftreten hysterischer Krankheitsbilder im epidemischen Ausmaß um 1900 Folge einer „medialen Infektion“ gewesen sei. Showalter beschreibt den Prozess der „medialen Infektion“ als „endlosen Kreislauf“: Die Menschen hätten von den Krankheiten in den Medien erfahren, dann unbewusst die dort beschriebenen Symptome entwickelt und mit den Krankheitssymptomen wieder die Aufmerksamkeit der Medien auf sich gezogen. Unter medialer Öffentlichkeit verstehe ich Bücher, Broschüren, Zeitungen und Zeitschriften, deren Inhalte jedoch auch mündlich in Vorträgen und Gesprächen verbreitet wurden. Eine „mediale Infektion“ musste sich demnach nicht zwingend über das eigene Lesen vollziehen. Da Showalter nicht näher erläutert, was genau sie bzw. die Zeitgenossen und Zeitgenossinnen sich unter „medialer Infektion“ vorstellten, werde ich dieses mit Bezug auf die bereits herausgearbeiteten neuropsychiatrischen Theorien über Hysterie und Nervosität untersuchen. Aus der Krankengeschichte Grete K.s lässt sich ersehen, welchen Anteil eine soziale Akteurin an diesem Prozess der „medialen Infektion“ hatte, d.h. in welcher Weise in diesem Falle ein Dienstmädchen die in der Öffentlichkeit zirkulierenden Zuschreibungen von bürgerlichen „Experten“ aufgenommen hat und inwieweit sie sich diese angeeignet hat.⁶

Im September 1912 wurde Grete K., bei der bereits seit Mai des Jahres „Spuren des Irreseins“ beobachtet worden waren, in die Marburger Anstalt aufgenommen. Der einweisende Arzt lieferte eine umfassende Erklärung für die als „hysterisch“ charakterisierten Angstzustände Grete K.s: „Als Hauptursache ist die Lektüre eines Schundromanes mit dem Titel ‚Ich lasse dich nicht‘ aufgefallen, den sie fast 3 Wochen lang namentlich nachts gelesen. Die Folge dieser Lektüre war, daß sie ihre Arbeit vernachlässigte, den Appetit verlor, nachts nicht schlief, über das Gelesene fortgesetzt nachgrübelte. Die Folge davon war, daß sie

aus ihrer Stellung entlassen werden mußte und zu ihren Eltern geschickt wurde.“⁷

Das Dienstmädchen zweier alter Damen in Gelnhausen hatte den 1910 erschienenen Roman „Ich lasse dich nicht“ von Hedwig Courths-Mahler⁸ gelesen, der erfolgreichsten deutschen Autorin sogenannter Trivialromane im beginnenden 20. Jahrhundert. Hedwig Courths-Mahler, der mit der Veröffentlichung ihrer heimlich geschriebenen Romane ein „märchenhafter“ gesellschaftlicher Aufstieg vom Dienstmädchen zur Millionärin gelang, musste besonders auf Dienstmädchen Faszination ausüben. Ihre Romane schildern meist den sozialen Aufstieg von kleinbürgerlichen Frauen, deren adelige Herkunft allerdings schließlich enthüllt und somit die soziale Ordnung wiederhergestellt wird. Zwar hatten diese Romane in erster Linie die Funktion, „das Unerträgliche erträglich“ zu machen, doch waren die Aufstiegsphantasien, die mit der Lektüre der sogenannten Schundromane hervorgerufen wurden und eine Art Rückzugsraum schufen, von den bürgerlichen Arbeitgebern gefürchtet. Mit dem heimlichen Lesen entzogen sich Dienstmädchen der Kontrolle ihrer Arbeitgeber. Dies wird ein wesentlicher Grund dafür gewesen sein, dass sie die sogenannte „Schundliteratur“ schmähten und versuchten, auf das Leseverhalten von Dienstmädchen Einfluss zu nehmen. So wurden in Dienstbotenzeitungen wie „Unser Haus“, „Das Hauspersonal“ und das „Zentralorgan des Verbandes der Hausangestellten“ „gute“ Bücher empfohlen und es wurde vor den seelischen und gesundheitlichen Folgen der Lektüre von „Schundromanen“ eindringlich gewarnt. Alle kritischen Äußerungen zur „Dienstmädchenlektüre“ thematisierten zudem zentral die möglicherweise beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit von viellesenden Dienstmädchen. Wenn sie nämlich nachts heimlich lesen würden, seien sie tagsüber zu müde, um ihr Arbeitspensum zu schaffen.⁹

Auch die noch junge Profession der Nervenärzte und Psychiater machte sich Gedanken über die moderne „Lesewut“ des Volkes und fand in der ungeleiteten Lektüre eine der Ursachen für die vermehrt auftretenden Nervenkrankheiten. In Zeitschriften, populärwissenschaftlichen Büchern und Broschüren wurde das medizinische Wissen über sogenannte nervöse Erkrankungen, zu denen auch Hysterie zählte, einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Bereits die Aneignung dieses Wissens hielten einige Medi-

ziner für gesundheitsschädigend: So schuf Hermann Oppenheim, einer der bekanntesten Neurologen um 1900, in seiner Schrift „Nervenkrankheit und Lektüre“ aus dem Jahre 1909¹⁰ den Begriff der „Lexikon-Hypochonder“, die sich ihre hypochondrischen Vorstellungen mit der Lektüre einschlägiger Lexikon- und Zeitungsartikel angeeignet hätten. Während Oppenheim sein Expertenwissen nur einer kleinen Öffentlichkeit von medizinischen Fachleuten zugänglich machen wollte, sprach der Leipziger Neurologe Paul Julius Möbius sich für eine breite Vermittlung der medizinischen Nervositätslehre aus.

Das „heimliche Lesen“ der Grete K. wurde nicht etwa zu einem öffentlichen Problem, weil sie von der Dienstherrschaft dabei „ertappt“ und infolge ihrer Arbeitsunfähigkeit einer psychiatrischen Einrichtung zugeführt wurde, wie die These der großen Einschließung in der Psychiatriegeschichtsforschung nahelegen würde. Sie selbst machte ihr „heimliches Lesen“ öffentlich, indem sie sich mit einem passagenweise recht „wahnsinnig“ anmutenden Brief an den Bürgermeister Schmidt von Gelnhausen wandte.

Sie begann ihren Brief folgendermaßen: „Sehr geehrter Herr Bürgermeister Schmidt! Es tut mir sehr leid, daß ich mir nicht eher helfen konnte, und was ich mit meinen Gedanken hab werden lassen. Ich konnte nicht schreiben weil die Eltern das Schreib Papir mir wech geschlossen haben. Ich möchte mich deshalb Entschuldichen daß ich mir nicht eher geholfen habe.“¹¹ Demnach hatten ihre Eltern zunächst verhindert, dass ihre Tochter die Folgen ihrer „heimlichen Lektüre“ öffentlich machte. Gleichzeitig fürchtete Grete K., selbst zu einer öffentlichen Person gemacht zu werden: „Ich habe 6 Wochen gelieden [gelesen & gelitten?] und habe gedacht ich wahr krank dabei. Wie ich in den Romane gelieden habe, kann ich kein Roman darüber machen. Kann nur davon erzählen, und mögte bitten, daß kein Roman davon geschrieben wird. Ich danke vielmals, daß sie das Buch meiner Mutter gegeben haben. Ich ergebenste Grete K.“¹²

Das Lesen und das Leiden verschmilzt in Grete K.s verwirrtem Brief zu der Vergangenheitsform „gelieden“. Schon bevor das Dienstmädchen also auf die „Experten“ traf, schrieb sie sich selbst mit ihrem Brief an den Bürgermeister in den Diskurs über

„Nervenkrankheit und Lektüre“ ein, als sie auf den heimlich gelesenen Roman hinwies. Infolge der intensiven Lektüre war sie außerstande, den fiktiven von dem nichtfiktiven Erlebnisraum zu trennen. Sie hatte Angst davor, dass ein Roman über sie geschrieben, d.h. eine unwahre Geschichte über sie erfunden werde, welche ihre „Schlechtigkeiten ausdecken sollte“. Der Bürgermeister war eine zentrale Figur bei der Unterbringung von psychisch Kranken in psychiatrische Anstalten, da die zur Aufnahme in eine solche Anstalt nötigen Papiere von ihm unterzeichnet werden mussten. Aus den Krankenakten der Landesheilanstalt Marburg ist zudem zu ersehen, dass es häufig der Bürgermeister war, der Kontakt mit dem Direktor der Landesheilanstalt Marburg aufnahm, um die Aufnahme einer öffentlich auffällig gewordenen Person zu erwirken. Indem Grete K. also dem Bürgermeister schrieb, führte sie ihre Einweisung in die Landesheilanstalt Marburg selbst herbei. In der Marburger Anstalt suchten die Ärzte zunächst nach Krankheitsursachen wie Menstruationsstörungen und eine gestörte intellektuelle Entwicklung.¹³

Grete K.s Hinweise auf eine hirnanatomische Fundierung ihres Leidens, dass ihr „Kopf so schwer“ sei und ihr das Gehirn „wie zusammengestoßen“ sei, wurden von den Ärzten nicht in den „somatischen Status“ der Krankengeschichte aufgenommen. Vielmehr griffen die Ärzte die Selbstbeschreibungen der Patientin bereitwillig auf und sahen in der „gefährlichen“ Lektüre schließlich die einzige Ursache für ihren „hysterischen Depressionszustand“. Da Hysterie nach Möbius als „krankhafte Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht sind“ begriffen wurde, schien es logisch zu sein, dass die Lektüre eines „Schundromanes“ als Hauptursache des seelischen Leidens Grete K.s angesehen wurde.¹⁴

Das Dienstmädchen brachte in ihren Schilderungen über das „heimliche Lesen“ zum Ausdruck, dass sie in ihrer Arbeits- und Lebenssituation einer ständigen sozialen Kontrolle ausgesetzt war und ihr Rückzugsräume fehlten. So ließ sie den Anstaltsarzt wissen: „Wenn ich Zeitung lese, wird in Gedanken immer mit gelesen...“ Selbst beim Denken fühlte sich das Dienstmädchen offenbar beobachtet, gegängelt und kontrolliert. So sprach sie davon, dass ihr allerlei „eingedacht“ bzw. „zudedacht“ worden sei, dass „immer noch mit ihr gedacht“ werde.¹⁵

In den Wahnideen Grete K.s verschränkten sich ihre Erfahrungen mit der Handlung des gelesenen Romans. So bemerkte der einweisende Arzt in seinem Gutachten, dass die Kranke sich von der Romanfigur „auf S.18“ des Courths-Mahler-Romans verfolgt glaube. Grete K. fühlte sich wie der Fürstenson im Roman gezwungen, „ins Wasser zu gehen“, um ihre Familie zu retten. Auch ging das Dienstmädchen davon aus, dass sie wie der Protagonist im Roman für den erzwungenen Selbstmord mit einer „unmöglichen“ ehelichen Verbindung belohnt würde: wenn sie „ins Wasser springe“ und damit Deutschland helfe, würde sie „Jesus Braut“.

Die Analyse der Krankengeschichte der Grete K. zeigt, dass die Patientin mit ihrer Verkörperung des qua Lektüre hysterisch gewordenen Dienstmädchens das bürgerliche Konzept der „gefährlichen Lektüre“ zunächst bestätigte. In der Krankengeschichte tritt Grete K. allerdings als Akteurin in Erscheinung, die den Ärzten mögliche psychiatrische Interpretationen ihres Verhaltens anbot. Grete K. hatte sich nach Showalter zwar mit zeitgenössischen Krankheitskonzepten „medial infiziert“, brachte jedoch die spezifischen Erfahrungen eines Dienstmädchens zum Ausdruck. Somit vermittelte sie ihre Deutung des Konzepts der „gefährlichen Lektüre“, in deren Zentrum eben nicht – wie im bürgerlichen Diskurs – ihre Arbeitsunfähigkeit, sondern der Mangel an persönlichem Freiraum stand. Das Beispiel Grete K.s zeigt, dass das bürgerliche Konzept der geschützten Privatheit zwar sozial exklusiv gedacht wurde, die Dienstmädchen dennoch eigene Vorstellungen von persönlichem Freiraum hatten und diesen auch für sich beanspruchten. Dadurch, dass sie ihre „heimliche Lektüre“ öffentlich machte, konnte sie sich der engen sozialen Kontrolle an ihrem Arbeitsplatz und in ihrem Elternhaus, welche sie in ihren „Wahnideen“ thematisierte, ent-

ziehen. Die Folge dieser Veröffentlichung war allerdings, dass sie in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen wurde, in der sie von dem medizinischen Personal intensiv beobachtet wurde. Meine weiteren Untersuchungen haben gezeigt, wie unterschiedlich die Marburger Patientinnen – je nach sozialer Herkunft – den Mangel an persönlichem Freiraum in der Anstalt wahrnahmen und in welcher Weise sie mit den Ansprüchen der totalen Institution umgingen. Wohlhabenden Patientinnen – vorausgesetzt sie waren „ruhige Geisteskranke“ – wurde bezüglich ihrer Unterbringung in der Anstalt mehr Privatheit zugestanden. Dennoch klagten sie massiv über den Mangel an Privatheit und Intimität. Sogenannte „Dritte-Klasse-Patientinnen“ hingegen empfanden in erster Linie die „Einsperrung“ als solche als Zumutung, da sie in ihrem Leben außerhalb der Anstalt vermutlich einen größeren Aktionsradius hatten als bürgerliche Damen. Frauen unterbürgerlicher Herkunft kam in der Anstalt ihre langjährige Erfahrung mit sozialer Kontrolle zu Gute, und so unterliefen sie häufig unbemerkt das Anstaltsreglement, während die darin ungeübteren „Erste-Klasse-Patientinnen“ öfter bei Verstößen erwischt wurden oder versuchten, Rechte, die Unterschichtfrauen sich einfach nahmen, offiziell einzuklagen. Für viele der „Dritte-Klasse-Patientinnen“ stellte der Anstaltsaufenthalt, was Unterbringung und Verpflegung betraf, meist sogar eine Hebung ihres Lebensstandards dar. In der Krankengeschichte des Dienstmädchens Grete K. wurde nicht beschrieben, wie sie die Verhältnisse in der Marburger Anstalt wahrnahm: Ob sie das „Eingesperrtsein“, die engmaschige Beobachtung ihres Verhaltens sowie die Kontrolle persönlicher Kontakte nach außen als Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit wahrnahm, oder ob sie den geregelten Tagesablauf mit Mahlzeiten als Entlastung empfand und sich über ein eigenes Bett freute.

Anmerkungen

1. Vgl. Elaine Showalter: *Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien*, Berlin 1997.
2. Karen Nolte: *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt/Main, u.a. 2003.
3. Paul Julius Möbius: *Ueber den Begriff der Hysterie. Heft I.* In: ders.: *Neurologische Beiträge*, Leipzig 1894, S. 2.
4. Vgl. ebd.
5. LWV-Archiv, Best. 16 Nr. K 1016, Anna Margarete K., 1912–1930.
6. Vgl. Showalter 1997.
7. LWV-Archiv, Best. 16 Nr. K 1016, Anna Margarete K., 1912–1930.

8. Hedwig Courths-Mahler: Ich lasse dich nicht. Roman, Leipzig 1912.
9. Vgl. Marina Tichy: Alltag und Traum. Leben und Lektüre der Wiener Dienstmädchen um die Jahrhundertwende, Wien u.a. 1984.
10. Hermann Oppenheim: Nervenkrankheit und Lektüre, Berlin 1909.
11. Brief Grete K.s an den Bürgermeister Schmidt in Gelnhausen. In: LWV-Archiv, Best. 16 Nr. K 1016, Anna Margarete K., 1912–1930.
12. Ebd.
13. Vgl. Krankengeschichte in: LWV-Archiv, Best. 16 Nr. K 1016, Anna Margarete K., 1912–1930.
14. Ebd.
15. Ebd.

Autorinnen und Autoren

Dr. Alexander Bastian,

1981 in Magdeburg geboren, Studium der Geschichte und Soziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 2010 Promotion zum Thema „Repression, Haft und Geschlecht. Die Untersuchungsanstalt des Ministeriums für Staatssicherheit Magdeburg-Neustadt 1958–1989“, seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Lehrstuhl für Geschichte der Neuzeit/Geschlechterforschung (Frau Prof. Eva Labouvie) in Magdeburg, Forschungs- und Habilitationsprojekt zur Geschichte nationalsozialistischer Zwangssterilisation auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt 1933/34–1945.

Dr. Dorothe Falkenstein,

Jahrgang 1956, Tätigkeit als Krankenschwester in der stationären und ambulanten Pflege, Studium der Germanistik, Neueren Geschichte und Philosophie (M.A.), Promotion an der UWH 1999 zur Geschichte der Irrenpflege (Dr.rer.med.), Stipendiatin der Robert-Bosch-Stiftung, langjährige wissenschaftliche Tätigkeit als Dozentin, Autorin und Referentin zu pflegehistorischen Themen, Mitbegründerin eines Netzwerkes zur Geschichte der psychiatrischen Pflege auf europäischer Ebene, seit 2008 selbstständig im Bereich der Gesundheitskommunikation.

Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach,

Studium der Geschichte und Germanistik in Stuttgart und Wien, Promotion 1999, seit 1998 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, Lehrbeauftragte der Universität Stuttgart und der

Fachhochschule Frankfurt a. M., Forschungsschwerpunkte: Pflegegeschichte, Patientengeschichte, Geschichte der Prävention, Zeitgeschichte der Medizin, Veröffentlichungen zu Patienten- und Pflegegeschichte.

PD Dr. Karen Nolte M.A.,

Ausbildung zur Krankenschwester in der Erwachsenenpflege, Magisterstudium in den Fächern Mittlere und Neuere Geschichte, Kulturanthropologie und Soziologie an der Georg-August-Universität in Göttingen. 2000–2002 Promotions-Stipendiatin des von der DFG geförderten Graduiertenkollegs „Öffentlichkeiten und Geschlechterverhältnisse. Dimensionen von Erfahrung“ der Universität Kassel und der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. 2002 Promotion an der Universität Kassel mit dem Thema „Aneignungsprozesse und Erfahrungen von Hysterie während des ‚nervösen Zeitalters‘ im Verhältnis von Arzt und Patientin (1876–1916)“. Seit 2004 wissenschaftliche Assistentin am Institut für Geschichte der Medizin der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. 2010 Abschluss des Habilitationsverfahrens, Thema „Eine Alltagsgeschichte medizinischer Ethik – Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden im 19. Jahrhundert“. Seit 2009 Sprecherin des DFG-geförderten interdisziplinären Netzwerks „Praxeologien des Körpers“. 2008–2010 Sprecherin des interdisziplinären Netzwerks zur „Pflegegeschichte“ im deutschsprachigen Raum. Drittmittelprojekt (DFG) „Ambulante ärztliche Krankenversorgung um 1800 – ‚Krankenbesuchs-Anstalten‘ der Universitäten

Würzburg und Göttingen“ (Teil des Forschungsverbands: Ärztliche Praxis, 17.–19. Jahrhundert).

Linda Orth,

geboren 1954, seit 1980 Archivarin in der LVR-Klinik Bonn, Leiterin der psychiatriehistorischen Sammlung des LVR-Klinikmuseums Bonn; im Vorstand des psychiatriegeschichtlichen Dokumentationszentrums Düren; Veröffentlichungen: „Die Transportkinder aus Bonn. Kindereuthanasie“, Köln 1989. „Pass op, sons küss de bei de Pelman. Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts“, Bonn-Berlin 1996. Mehrere Veröffentlichungen, Vorträge und Ausstellungen auf dem Gebiet der Sozial- und Psychiatriegeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts.

Dr. Jürgen Pech,

geboren 1956 in Gießen. Studium der Kunstgeschichte, Philosophie und Klass. Archäologie in Gießen und Bonn. 1996 Promotion. Seit 1981 Ausstellungen und Veröffentlichungen über Max Ernst, seit 1986 Leiter des Max Ernst Kabinetts der Stadt Brühl, seit 2006 wiss. Leiter des Max Ernst Museums des LVR. Ausstellungen zur Klassischen Moderne, zur zeitgenössischen Kunst und zur Fotografie. Publikationen zu Max Ernst u. a.: „Fotografische Porträts und Dokumente“ (1991), „Graphische Welten“ (2003) und „Plastische Werke“ (2005).

Dr. Achim Sommer,

geboren 1956 in Kassel. Studium der Kunstgeschichte, Romanistik/Französisch und Klass. Archäologie in Göttingen und Bonn. 1991 Promotion. Danach wiss. Volontariat am Kunstmuseum Bonn, anschließend

Betreuung der Sammlung Grothe. 1995 wiss. Mitarbeiter und von 1996 bis 2006 wiss. Leiter der Kunsthalle Emden. In dieser Zeit für über 50 Ausstellungen verantwortlich; u. a. Hrsg. der Bestandskataloge zur Sammlung Nannen und Schenkung van de Loo. Seit 2006 Direktor des Max Ernst Museums Brühl (seit 2007 in Trägerschaft des LVR) und Geschäftsführer der Stiftung Max Ernst. Zahlreiche Ausstellungen und Kataloge zur Kunst des 20. Jahrhunderts.

Dr. Nadine Teuber,

Studium in Frankfurt und London, Diplom-Psychologin, angehende Psychoanalytikerin. Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin im BMBF-Projekt „Trauma im Alter“ an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Seit 2004 Mitwirkung in unterschiedlichen Projekten mit genderspezifischem Schwerpunkt. Seit 2011 Lehraufträge in Frankfurt und New York. 2011 Promotion am Kulturwissenschaftlichen Institut der Humboldt Universität zu Berlin mit dem Thema „Das Geschlecht der Depression“.

Anna Urbach,

Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Dissertationsprojekt mit dem Arbeitstitel „Die epileptisch Kranken der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe seit der Gründung 1894 bis zum Ersten Weltkrieg“, das von Frau Prof. Dr. Eva Brinkschulte betreut wird.

Literaturverzeichnis

Ungedruckte Quellen:

Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt,
Abteilung Magdeburg, Rep. C 136 I Magdeburg
1934–1945 (–1946), Nr. 19, 67, 118, 185.

Landeshauptarchiv Sachsen-Anhalt,
Abteilung Magdeburg, Rep. C 136 I Stendal, 1934–
1945 (–1946), Nr. 82, 90, 136, 206.

Stadtarchiv Oschersleben, P VI/43, 1933–1945.

Patientenakten des Fachkrankenhauses
Uchtspringe: FKHU-Akte Franz R. (1896), FKHU-
Akte Klara S. (1899), FKHU-Akte Rosalie B. (1904)

Verhandlungen des Deutschen Reichstags,
Stenographische Berichte: 170. Sitzung am
22.03.1905. Online verfügbar unter
www.reichstagsprotokolle.de/index.html

Gedruckte Quellen und Literatur

Alt, Konrad: Zur Behandlung der Epilepsie. In:
Münchener medicinische Wochenschrift 41 (12),
1894, S. 224–229.

Alt, Konrad: Zur Behandlung der Epilepsie.
Fortsetzung. In: Münchener medicinische Wochen-
schrift 41 (13), 1894, S. 251–253.

Alt, Konrad: Die Reichstagsdebatte betreffend
Geistesschwache in der Armee. In: Psychiatrisch-
neurologische Wochenschrift 7 (1), 1905, S. 5–7.

Alt, Konrad: Über ländliche Beschäftigung der
Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege. (Nach-
druck, erstmals veröffentlicht 1908. In: Zeitschrift
für die Erforschung und Behandlung des jugend-
lichen Schwachsinn). In: Tögel, Christfried und
Frommer, Jörg (Hrsg.): Psychotherapie und Psycho-
analyse in Osteuropa. Uchtspringer Schriften zur
Psychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin, Psychologie
und Psychoanalyse, Band 1, Fachkrankenhaus Ucht-
springe, Uchtspringe 2003, S. 153–165.

Ankele, Monika: Alltag und Aneignung in Psychia-
trien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der
Sammlung Prinzhorn, Wien 2009.

**Ärztlicher Bericht über die psychische und
physische Behandlungsweise der Irren im Königl.
Irreninstitut zu Zwiefalten von dem Institutsarzt
daselbst.** Martini 1825, S. 8. (Kopie im Archiv des
Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten)

Aristoteles: Problemata physica, XXX1, Darmstadt
1962 (Übersetzung Flashar, H.).

Bastian, Alexander: Zwischen Heilanstalt und Laza-
rett. Zur Geschichte der Landesheilanstalt Haldens-
leben von 1926 bis 1945 (Schriftenreihe der Stiftung
Gedenkstätten Sachsen-Anhalt, Bd. 3), Halle 2010.

Bastian, Till: Von der Eugenik zur Euthanasie.
Ein verdrängtes Kapitel aus der Geschichte der
deutschen Psychiatrie, Bad Wörishofen 1981.

Becker-Schmidt, Regina: Die doppelte Vergesellschaftung von Frauen. Gender Politik Online, Gender in den Sozialwissenschaften, o. O. 2003. URL: http://www.fu-berlin.de/sites/gpo/soz_eth/Geschlecht_als_Kategorie/Die_doppelte_Vergesellschaftung_von_Frauen (17.5.2013).

Belle, Deborah: The stress of caring. Women as providers of social support. In: Goldberger, L./Brenzitz, S. (Hrsg.): Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects, New York 1982, S. 496–505.

Berghahn, Volker: Das Kaiserreich 1871–1914. Industriegesellschaft, bürgerliche Kultur und autoritärer Staat (Handbuch der deutschen Geschichte/Gebhardt, Bd. 16). 10. Aufl. Stuttgart 2003.

Betriebsleitung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Dortmund (Hrsg.): Geschichte und Geschichten, 1895 bis 1995, Hundert Jahre Westfälische Klinik für Psychiatrie Dortmund, Dortmund 1995.

Binswanger, Otto: Die Epilepsie. 1. Aufl. Wien 1899, 2. Aufl. Wien [u. a.] 1913.

Bischoff, Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main 1992.

Bitzel, Uwe: Lebensunwert. Die Heilanstalt Aplerbeck und ihre Kranken im Nationalsozialismus, Dortmund 1995.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt/Main 1994.

Blasius, Dirk: Der verwaltete Wahnsinn, Frankfurt/Main 1980.

Blasius, Dirk: Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie, Bonn 1986.

Blatt, Sidney J.: Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives, Washington 2004.

Bock, Gisela: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik (Schriften des Zentralinstituts für sozialwissenschaftliche Forschung der Freien Universität Berlin, Bd. 48), Opladen 1986 (Neudruck Münster 2010).

Bock, Gisela: Ganz normale Frauen. Täter, Opfer, Mitläufer und Zuschauer im Nationalsozialismus. In: Heinsohn, Kirsten/Vogel, Barbara/Weckel, Ulrike (Hrsg.): Zwischen Karriere und Verfolgung. Handlungsräume von Frauen im nationalsozialistischen Deutschland (Geschichte und Geschlechter, Bd. 20), Frankfurt/Main 1997, S. 245–277.

Braß, Christoph: Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland 1933–1945, Paderborn 2004.

Bratz/Falkenberg: Hysterie und Epilepsie. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 88 (2), 1904, S. 500–608.

Braun, Salina: Heilung mit Defekt. Psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820–1878, Göttingen 2009.

Brown, George W./Harris, Tirril: Social Origins of Depression, London 1978.

Bullough, Vern L.: The Physician and the Research into a Human Sexual Behaviour in Nineteenth-Century Germany. In: Bulletin of the History of Medicine 63 (1989).

Butler, Judith: Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt/Main 1991.

Camerer, Rudolf/Krimmel, Emi: Geschichte der Königl. württembergischen Heilanstalt Zwielfalten 1812–1912. Zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Anstalt, Stuttgart [1912].

Canstatt, Carl Friedrich: Die specielle Pathologie und Therapie: vom klinischen Standpunkte aus bearbeitet, Erlangen 1843.

Czarnowski, Gabriele: Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus, Weinheim 1991.

Daum, Monika/Deppe, Hans-Ulrich: Zwangssterilisation in Frankfurt am Main 1933–1945, Frankfurt/Main u. a. 1991.

Delasiauve, Louis Jean François: Die Epilepsie. Eine Darstellung ihres Verlaufs und ihrer Behandlung, so wie ihrer Beziehungen zur gerichtlichen Medicin, Weimar 1855.

Döcker, Ulrike: Die Ordnung der bürgerlichen Welt. Verhaltensideale und soziale Praktiken im 19. Jahrhundert (Historische Studien, Bd. 13), Frankfurt/Main [u. a.] 1994.

Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt/Main 1984.

Dörner, Klaus/Plog, Ursula: Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn 1992.

Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Gänzlich überarb. und erw. Neuauflage, Neumünster 2002.

Düms, F. A. (Hrsg.): Handbuch der Militärkrankheiten: Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschliesslich der Militärpsychosen. Unter Mitarbeit von P. Ostmann und A. Roth. 1905.

Durkheim, Emile: Der Selbstmord, Frankfurt/Main 1887 [5. Aufl. 1995].

Ehlebracht, Steffi: Gelingendes Scheitern: Epilepsie als Metapher in der deutschsprachigen Literatur des 20. Jahrhunderts, Würzburg 2008.

Einhaus, Carola: Zwangssterilisation in Bonn (1934–1945). Die medizinischen Sachverständigen vor dem Erbgesundheitsgericht (Rechtsgeschichtliche Schriften, Bd. 20), Köln u. a. 2006.

Engelbracht, Gerda/Tischer, Achim: Das St. Jürgen-Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904–1934, Bremen 1990.

Engelhardt, Dietrich von/Schneble, Hansjörg/Wolf, Peter (Hrsg.): „Das ist eine alte Krankheit“: Epilepsie in der Literatur. Mit einer Zusammenstellung literarischer Quellen und einer Bibliographie der Forschungsbeiträge (Literatur und Wissenschaft im Dialog, Bd. 2), Stuttgart 2000.

Faber, Erwin/Geiss, Imanuel: Arbeitsbuch zum Geschichtsstudium, Wiesbaden 1996.

Falkenstein, Dorothe: Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel... Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf, Frankfurt/Main 2000.

Forster, Edgar J.: Unmännliche Männlichkeit, Wien 1998.

Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt/Main 1973.

Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main 1976.

Foucault, Michel: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–75), Frankfurt/Main 2003.

Freud, Sigmund: Trauer und Melancholie, GW X, Frankfurt/Main 1917.

Freud, Sigmund: Das Ich und das Es, GW XIII, Frankfurt/Main 1923.

Frevert, Ute: Die kasernierte Nation. Militärdienst und Zivilgesellschaft in Deutschland, München 2001.

Frevert, Ute: Das Militär als Schule der Männlichkeiten. In: Brunotte, Ulrike (Hrsg.): Männlichkeiten und Moderne. Geschlecht in den Wissenskulturen um 1900. „Produktion und Krise hegemonialer Männlichkeit in der Moderne“, Berlin, Winter 2006. Humboldt-Universität. Bielefeld 2008 (GenderCodes, Bd. 3), S. 57–75.

Gay, Peter: Erziehung der Sinne. Sexualität im bürgerlichen Zeitalter. Frankfurt/Main 1986.

Geduldig, Cordula: Die Behandlung von Geisteskranken ohne physischen Zwang, Zürich 1975.

Germann, Urs: Arbeit als Medizin: Die „aktivere Krankenbehandlung“ 1930-1960. In: Meier, Marietta u. a. (Hrsg.): Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970, Zürich 2007, S. 195-234.

Golder, Werner: Hippokrates und das Corpus Hippocraticum: Eine Einführung für Philologen und Mediziner, Würzburg 2007.

Gowers, William Richard: Vorlesungen ueber die Diagnostik der Gehirnkrankheiten gehalten am University College Hospital, Freiburg i. Br. 1886.

Gowers, William Richard: Handbuch der Nervenkrankheiten, Bonn 1892.

Green, André: Die tote Mutter. In: Psyche 47, 1993, S. 250-240.

Güse, Hans-Georg/**Schmacke**, Norbert: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, 2 Bd., Kronberg 1976.

Gütt, Arthur/**Rüding**, Ernst/**Ruttke**, Falk: Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 mit Auszug aus dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung vom 24. November 1933. Ausgabe für die Mitglieder der ärztlichen Spitzenverbände, München 1934.

Gutierrez-Lobos, Karin/**Wölfli**, G./**Scherer**, M./**Anderer**, P./**Schmidh-Mohl**, B.: The gender gap in depression: the influence of marital und employment status. In: Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology 35, 2000, S. 202-210.

Horowitz, Allan V./**Wakefield**, Jerome C.: DER STANDARD, Printausgabe, 1.2.2010.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: Arm, weiblich – wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten im Spiegel der Einweisungsgutachten von 1812 bis 1871, Zwiefalten 1995.

Hausen, Karin: Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Conze, Werner (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit, Stuttgart 1976, S. 363-393.

Herpin, Thomas: Bewährte Heilmethode der Epilepsie. Quedlinburg o. J.

Höll, Thomas/**Schmidt-Michel**, Paul-Otto: Irrenpflege im 19. Jahrhundert, Bonn 1985.

Hohenlohe, Marie-Gabrielle: Die vielen Gesichter des Wahns, Bern 1988.

Jütte, Robert: Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung, Göttingen 2011.

Kämpfer, Margot: Die historische Entwicklung der Unterbringung von Geisteskranken, Berlin 1970.

Konrad, Michael/**Schmidt-Michel**, Paul-Otto (Hrsg.): Die 2te Familie. Psychiatrische Familienpflege Geschichte – Praxis – Forschung, Bonn 1993.

Kraepelin, Emil: Lebenserinnerungen, Heidelberg 1983.

Kraepelin, Emil: Klinische Psychiatrie, II. Teil (Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Bd. 3). 8. Aufl. Leipzig 1913.

Kraepelin, Emil: Einführung in die psychiatrische Klinik. 3. Aufl. Leipzig 1916.

Krafft-Ebing, Richard von: Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie, Stuttgart 1886.

Kramer, Sabine: „Ein ehrenhafter Verzicht auf Nachkommenschaft“. Theoretische Grundlagen und Praxis der Zwangssterilisation im Dritten Reich am Beispiel der Rechtssprechung des Erbgesundheitsobergerichts Celle (Hannoversches Forum der Rechtswissenschaften, Bd. 10), Baden-Baden 1999.

- Lachmund, Jens/Stollberg, Gunnar:** Introduction. In: Dies. (Hrsg.): *The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart 1992, S. 9–10.
- Laqueur, Thomas Walter:** *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*, Frankfurt/Main [u. a.] 1992.
- Leader, Darian:** *The New Black, Mourning, Melancholia and Depression*, London 2008.
- Ley, Astrid:** *Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945* [Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik, Bd. 11], Frankfurt/Main 2003.
- Mansford, John Griffith:** *Untersuchungen über die Natur und Ursachen der Epilepsie nebst einer neuen und glücklichen Heilmethode derselben*, Leipzig 1822.
- Maudsley, Henry:** *The physiology and pathology of mind*. 1. Aufl. London 1867.
- McGrath, Ellen/Keita, Gwendolyn P./Strickland, Bonnie R./Russo, Nancy F.:** *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues*. Washington/DC 1990.
- Miller, Jacques Alain:** Depression. In: *Lacanian Ink* 31, 2008, S. 78–85 (Übersetzung Thelma Sowley).
- Möller, Torger:** Epilepsie und Geisteskrankheit. In: *Einfälle: die Zeitschrift der Deutschen Epilepsievereinigung* (1), 2001, S. 17–23.
- Möller, Torger:** Die psychiatrische Kritik an gesellschaftlichen Vorurteilen als medizinische Legitimationsstrategie. In: Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.): *„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 221–237.
- Müller, Torsten:** *Untersuchungen zum Schicksal von Patienten mit Epilepsie in der Zeit des Nationalsozialismus von 1933–1945 am Beispiel ihrer Betreuung und Behandlung in der Landesheilanstalt Altscherbitz*. Dissertation, Leipzig 2005.
- Nerlinger, Hermann:** *Über die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen. Eine historisch-kritische und klinische Untersuchung ; Inaugural-Dissertation*, Heidelberg 1889.
- Nolen-Hoeksema, Susan:** *Sex Differences in Depression*, Stanford 1990.
- Nolte, Karen:** *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900* (Geschichte und Geschlechter, Bd. 42), Frankfurt/Main 2003.
- Nolte, Karen/Fangerau, Heiner:** Einleitung. In: Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.): *„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert: Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 7–21.
- Nyhoegen, Lars:** *Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe*. Dissertation. Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg. *Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin* 2012.
- Orth, Linda/Bradl, Christian/Klenk, Wolfgang:** Die Irren im Bonn des 19. Jahrhunderts. In: Mazerath, Josef (Hrsg.): *Bonn. 54 Kapitel Stadtgeschichte*, Bonn 1989, S. 209–216.
- Orth, Linda u. a.:** *Pass op, sonst küsst de bei de Pelman. Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts*, Bonn 1996.
- Pándy, Kálmán (1908):** *Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie*. Berlin 1908.
- Prager, C. J.:** *Das Preussische Militär-Medicinal-Wesen in seiner gegenwärtigen Gestalt, systematisch dargestellt von Dr. C. J. Prager*, Berlin 1864.
- Piccinelli, Marco/Wilkinson, Greg:** Gender differences in depression. In: *The British Journal of Psychiatry* 77, 2000, S. 486–492.
- Porter, Roy:** The Patient's View: Doing Medical History from Below. In: *Theory and Society* 14 (2), 1985, S. 175–198.

Quindeau, Ilka: Weiblichkeit und Depression: Ein psychodynamischer Erklärungsversuch. In: Hau, Stefan/Busch, Hans-Joachim/Deserno, Heinrich (Hrsg.): Depression zwischen Lebensgefühl und Krankheit, Göttingen 2005.

Radden, Jennifer: The Nature of Melancholy. From Aristotle to Kristeva, Oxford 2000.

Redfield Jamison, Kay: An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness, New York 1997.

Rheinische Kliniken Bonn (Hrsg.): 125 Jahre Rheinische Kliniken Bonn. Von der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zur Fachklinik, Bonn 2006.

Roth, Angela: „Würdig einer liebevollen Pflege“. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert, Zwiefalten 1999.

Schattner, Angelika: Zwischen Familie, Heilern und Fürsorge. Das Bewältigungsverhalten von Epileptikern in deutschsprachigen Gebieten des 16.–18. Jahrhunderts, Stuttgart 2012.

Schiesari, Juliana: The Gendering of Melancholia. Feminism, Psychoanalysis, and the Symbolics of Loss in Renaissance Literature, Ithaca/NY 1992.

Schmiedebach, Heinz-Peter: Von Menschen und psychischen Apparaten. Subjektivität und Objektivität in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. In: Heinze, Martin (Hrsg.): Störenfried Subjektivität. Subjektivität und Objektivität als Begriffe psychiatrischen Denkens, Würzburg 1996, S. 43–66.

Schneble, Hansjörg: Heillos, heilig, heilbar: die Geschichte der Epilepsie von den Anfängen bis heute. Berlin 2003.

Schneider: Die Empfindlichkeit der Geisteskranken. In: Die Irrenpflege 2 (1), 1898, S. 4–7.

Seligman, Martin E. P.: On depression, development and death, San Francisco 1975.

Showalter, Elaine: The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980, London 1987.

Siemen, Hans-Ludwig: Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten während des Nationalsozialismus. In: von Cranach, Michael/Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999, S. 417–474.

Stahnisch, Frank: Die neuronale Natur des Weiblichen – Szientismus und Geschlechterdifferenz in der anatomischen Hirnforschung (1760–1850). In: Stahnisch, Frank/Steger, Florian (Hrsg.): Medizin, Geschichte und Geschlecht: körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen (Geschichte und Philosophie der Medizin, Bd. 1), Stuttgart 2005, S. 197–224. [Symposium Anatomie, Körper, Geschlechterdifferenz. Medizinhistorische Perspektiven von der Antike bis Heute, 29.11.2003, Erlangen-Nürnberg].

Stenzel, Martin Ralph: Positionen zur Epilepsie im 19. Jahrhundert im deutsch-französischen Vergleich. Dissertation. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin 2011. URL: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2012/5499/pdf/Dissertation.pdf> (9.7.2013).

Teuber, Nadine: Das Geschlecht der Depression, Bielefeld 2011.

Temkin, Owsei: The falling sickness. A history of epilepsy from the Greeks to the beginnings of modern neurology, Baltimore [u. a.] 1945.

Torok, Maria/Abraham, Nicolas: Notes on a Phantom: A Complement to Freud's Metapsychology. In: Meltzer, Françoise (Hrsg.): The Trial(s) of Psychoanalysis, Chicago 1987, S. 75–80.

Vogt, Heinrich: Die Epilepsie. In: Aschaffenburg, Gustav (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Leipzig [u. a.] 1915, S. 53–256.

Von Münch, Ingo (Hrsg.): Gesetze des NS-Staates. Dokumente eines Unrechtssystems, zusammengestellt von Uwe Brodersen. 3., neu bearb. und wesentlich erw. Aufl., Paderborn u. a. 1994.

Wagner, L.: Die Bedeutung der psychiatrischen Forschung für die Armee. In: Deutsche militärärztliche Zeitschrift: Vierteljährliche Mittellungen aus dem Gebiet des Militär-Sanitäts- und Versorgungswesens. I.-49. Jahrgang. (1872-1920) 37 (4), 1908, S. 145-159.

Wehler, Hans-Ulrich: Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918 (Deutsche Geschichte, Bd. 9). 7. Aufl. Göttingen 1994.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

1. Baatz, Christine
2. Bastian, Alexander, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
3. Beckmann, Eva-Maria, LVR-Amt für Denkmalpflege im Rheinland
4. Begher, Franz-Peter, LVR-Klinik Langenfeld
5. Beginn-Göbel, U., LVR-Klinik Düren
6. Belitz, Hartmut, LVR-Klinik Langenfeld
7. Bruch, Claudia, LVR-Industriemuseum Euskirchen
8. Buchholz, Stephanie, Rheinland Kultur GmbH
9. Dafft, Gabriele, LVR-Institut für Landeskunde und Regionalgeschichte
10. Dittmar, Petra, LVR-Freilichtmuseum Lindlar
11. Falkenstein, Dorothe, SANOS-PR
12. Geiss-Kuchenbecker, Barbara
13. Gorski, Gudrun, LVR-Akademie für seelische Gesundheit
14. Haas-Portugall, Rosemarie
15. Hähner-Rombach, Sylvelyn, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung
16. Heuvelmann, Magdalene
17. Hoffstadt, Anke, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
18. Hohn, Astrid, LVR-Klinik Düren
19. Holtewert, Jane, LVR-Fachbereich Kultur, Museumsberatung
20. Karabaic, Milena, LVR-Dezernentin Kultur und Umwelt
21. Kuchenbecker, Andreas, LVR-Akademie für seelische Gesundheit
22. Landorf, Katharina, LVR-Fachbereich Kommunikation
23. Littek, Verena
24. Loepp, Helga, Mitglied der Landschaftsversammlung Rheinland des LVR
25. Lüder, Klaus, LVR-Fachbereich Maßregelvollzug
26. Mäckle, Verena, LVR-Stabstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming

27. Mende, Ursula, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
28. Möller, Jochen, LVR-Klinik Mönchengladbach
29. Muysers, Jutta, LVR-Klinik Langenfeld
30. Nieden, Andrea, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
31. Nolte, Karen, Universität Würzburg
32. Orth, Linda, LVR-Klinik Bonn
33. Pech, Jürgen, Max Ernst Museum Brühl des LVR
34. Röser, Elke, LVR-Museumsverbund
35. Rüger, Elisabeth, Deutsche Rentenversicherung Hannover
36. Schade, Margot, LVR-Klinik Mönchengladbach
37. Schleper, Thomas, LVR-Landesmuseum Bonn
38. Schmitz, Dirk, LVR-Archäologischer Park Xanten
39. Schülke, Ingrid, LVR-Klinik Bonn
40. Schürgers, Birgit, LVR-Klinik Düren
41. Senf, Wolfgang, LVR-Klinik Essen
42. Servos, Gertrud, Mitglied der Landschaftsversammlung Rheinland des LVR
43. Sommer, Achim, Max Ernst Museum Brühl des LVR
44. Sparing, Frank, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
45. Steinhoff, Ute, LVR-Stabstelle Gleichstellung und Gender Mainstreaming
46. Sturm, Anna, LVR-Klinik Köln
47. Teuber, Nadine, Fachhochschule Frankfurt a.M.
48. Thessel, Michael, LVR-Zentrum für Medien und Bildung
49. Tilse, Anne, Ruhr-Universität Bochum
50. Troske, Hildegard
51. Türnich, Ruth, LVR-Fachbereich Kultur, Museumsberatung
52. Urbach, Anna, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
53. Vogel, Susanne, LVR-Fachbereich Umwelt
54. Vogelsang, Karin, LVR-Klinik Köln
55. Voßenack, Gabriele, LVR-Klinik Mönchengladbach
56. Wagens, Karen, Universität Kassel
57. Wilkens, Stephan, LVR-Klinik Viersen
58. Wulff, Noemi, LVR-Akademie für seelische Gesundheit
59. Zsack-Möllmann, Martina, Mitglied der Landschaftsversammlung Rheinland des LVR

