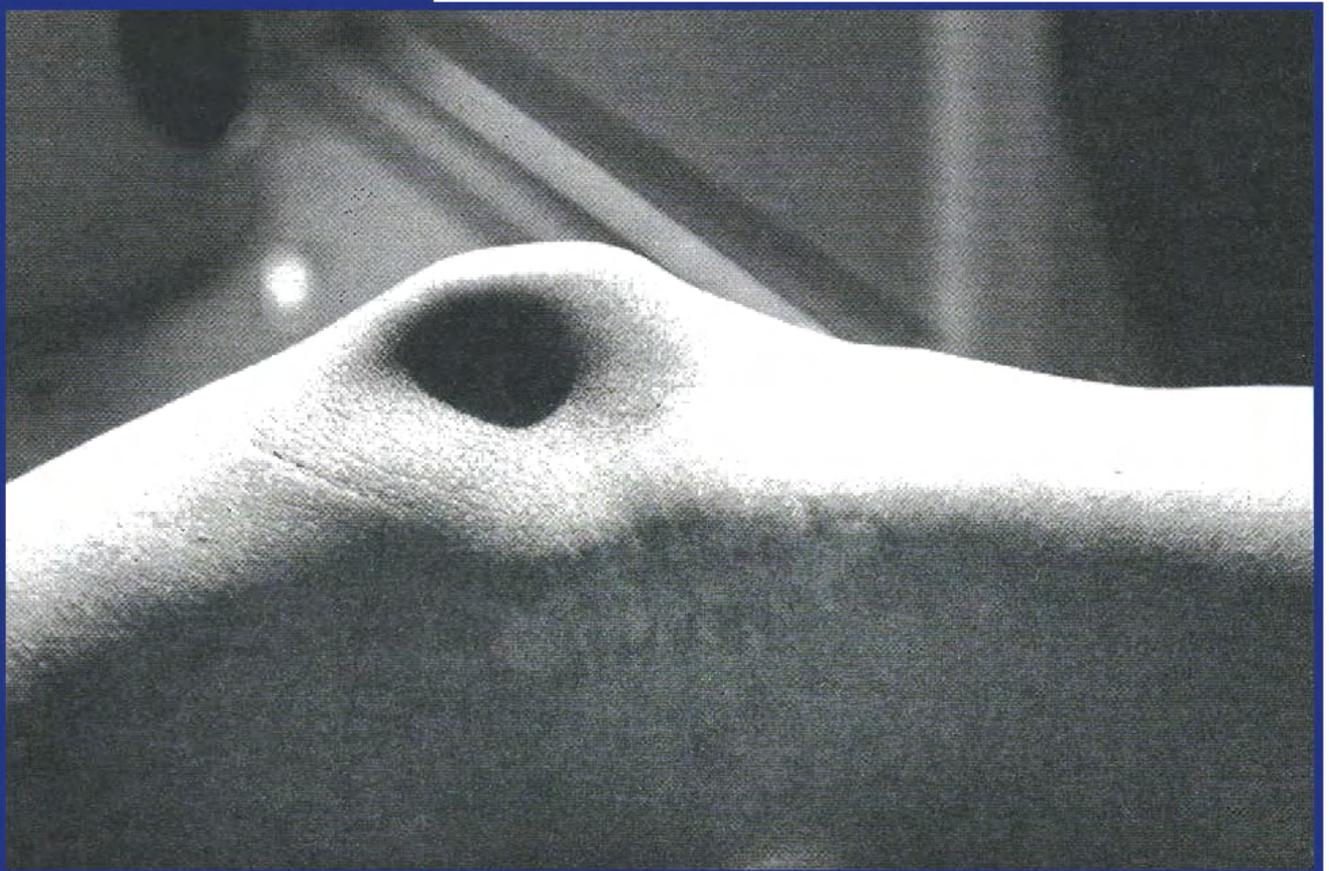


Lill-Ann Körber
Stefanie von Schnurbein
(Hg.)

Gesundheit/Krankheit

Kulturelle Differenzierungsprozesse
um Körper, Geschlecht und Macht
in Skandinavien



Berliner
Beiträge zur
Skandinavistik
Band 16

Lill-Ann Körber, Stefanie von Schnurbein (Hg.)

Gesundheit/Krankheit
Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper,
Geschlecht und Macht in Skandinavien

Berliner Beiträge zur Skandinavistik

Herausgegeben von
Antje Hornscheidt, Lena Rohrbach,
Stefanie von Schnurbein und
Stephan Michael Schröder

Band 16

Gesundheit/Krankheit

Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper,
Geschlecht und Macht in Skandinavien

Herausgegeben von
Lill-Ann Körber und
Stefanie von Schnurbein

Nordeuropa-Institut der Humboldt-Universität
Berlin 2010

Gesundheit/Krankheit. Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper,
Geschlecht und Macht in Skandinavien / hg. von Lill-Ann Körber u.
Stefanie von Schnurbein. –

1. Aufl. – Berlin: Nordeuropa-Institut, 2010. – ISBN: 978-3-932406-31-7.
(Berliner Beiträge zur Skandinavistik; 16)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist
ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbe-
sondere für Vervielfältigungen jeder Art, Übersetzungen, Mikro-
verfilmungen und für Einspeicherung in elektronische Systeme.

1. Auflage 2010

© 2010 Nordeuropa-Institut Berlin sowie die Autorinnen und Autoren

Umschlaggrafik: Rett Rossi
Satz: Natia Gokieli, Tomas Milosch
Gesetzt aus der Berthold Concorde von Adobe™
Druck und Bindung: Druckhaus Berlin-Mitte

ISSN: 0933-4009

ISBN: 978-3-932406-31-7

Inhalt

STEFANIE VON SCHNURBEIN: Gesundheit/Krankheit. Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper, Geschlecht und Macht in Skandinavien	7
CONSTANZE GESTRICH: Den Bazillen auf der Spur. Konzepte von Ansteckung in kolonialen und postkolonialen Kontexten	17
STEFANIE VON SCHNURBEIN: Gender Trouble, Gesundheit und Begehren in Ernst Ahlgrens/Victoria Benedictssons <i>Geld</i>	35
LILL-ANN KÖRBER: Badende Männer: Gesundheit, Krankheit und Künstlerschaft	51
KERSTIN BORNHOLDT: Erst der Sport treibende Mensch ist der hundertprozentige Mensch? Zur Aushandlung von Gesundheits- und Körperkonzepten im medizinischen Sportdiskurs der Zwischenkriegszeit	73
MARIE ÖHMAN: »Du darfst nicht am Boden kleben bleiben!« Eine Untersuchung von Steuerungsprozessen im Sportunterricht	99
DAVID KUCHENBUCH: »Gesunde und falsche Baukunst«. Kollektiv und Körper im Architekturbuch <i>acceptera</i> (1931)	127

HENRIK KARLSSON: Wissen und Grenzziehungen in der Heilkunst	151
SUSANNE KREUTZER: Krankenbeobachtung. Zur Entwertung einer pflegerischen Schlüsselkompetenz in der Bundesrepublik und Schweden nach 1945	167
CHRISTINA JANSSON: Gebärende Männer und Muttergöttinnen: Natur, Technik und Wissenskritik in der Entbindungsdebatte der 70er Jahre	189
MAGDALENA BENGTSSON LEVIN/KRISTINA ENGWALL/ KATHARINA WOELLERT: Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit in Deutschland und Schweden im 20. Jahrhundert	231
Autorinnen und Autoren	261

STEFANIE VON SCHNURBEIN

Gesundheit/Krankheit
Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper,
Geschlecht und Macht in Skandinavien

›Gesundheit‹ ist in der Moderne zu einem nahezu allgegenwärtigen Leitbegriff geworden. Diskurse um Gesundheit und Krankheit strukturieren Vorstellungen von Normalität und den Normen für ein gutes Leben und eine gute Gesellschaft. In einer ›biomachtpolitischen‹ Perspektive erscheinen Gesundheit und Krankheit als zentrale Orte, an denen Individuum und Gesellschaft zusammentreffen. Sie erscheinen als Foren für Disziplinierung und Kontrolle und als eine wichtige Arena, in der soziale und kulturelle Vorstellungen verhandelt und Identitäten produziert werden. Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit spielen im Alltag eine genauso entscheidende Rolle wie in der Wissenschaft und werden daher auch zu einem Forum, in dem Grenzziehungen zwischen Alltag und Wissenschaft ständig neu verhandelt werden.

Mit dem Terminus ›Grenzziehungen‹ ist eine zentrale Zugangsweise benannt, die allen Beiträgen dieses Bandes zugrunde liegt. Gesundheit und Krankheit werden also nicht als feststehende Dichotomie, etwa als Verhältnis von Norm und Abweichung begriffen. Im Kontext des *performative turn* der Kulturwissenschaften geht es vielmehr darum, Gesundheit und Krankheit als differenzierende Begriffe zu fassen und damit die Aufmerksamkeit auf die ständig ablaufenden Grenzziehungsprozesse und deren gesellschaftliche Funktionen zu richten. Der diskursanalytische und –historische, konstruktivistische Ansatz, der alle vorliegenden Beiträge in der einen oder anderen Weise strukturiert, geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit verhandelbare Begriffe sind. Im Zentrum stehen die diskursiven Bereiche, in denen soziale und kulturelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit etabliert werden. Will man deren Entwicklungen, Transformationen und Funktionen in den Blick bekommen, ist es zum einen notwendig, historische Perspektiven zu eröffnen sowie die Frage nach der Implikation dieser Grenzziehungsprozesse in Konstellationen von Macht und Hegemonie zu stellen. Zum anderen ist eine interdisziplinäre, methodenkritische Vorgehensweise erforderlich, die die eigenen disziplinären Grundlagen stets neu befragt. Um dies zu erreichen, ist ein komparativer Ansatz ausgesprochen hilfreich. Entspre-

chend diesen Voraussetzungen versammelt die Anthologie Beiträge von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus verschiedenen Ländern (vorwiegend Schweden und Deutschland, aber auch Norwegen und Dänemark) und aus zahlreichen Disziplinen (Geschichte, Sozialwissenschaften, Sportsoziologie, Linguistik, Literaturwissenschaft, Kulturwissenschaft, Kunstwissenschaft, Zukunftsstudien, Pflegewissenschaft).

Die bisherige Forschung stellt in aller Regel Konzepte von Krankheit, deren soziale Konstruktion und die Marginalisierung des Kranken ins Zentrum ihrer kritischen Überlegungen. ›Gesundheit‹ erscheint dagegen häufig als nicht hinterfragte oder problematisierte Kategorie. Die folgenden Beiträge kehren diesen Fokus um. Ausgangspunkt für diese Umkehrung ist die Überzeugung, dass es für die Untersuchung von Differenzierungen, von Grenzziehungsprozessen notwendig ist, nicht nur die Abweichungen, sondern gerade die Norm selbst zu untersuchen, d. h. die Produktion des idealen, ganzen, gesunden Körpers und Menschen zu betrachten, die mit historisch veränderbaren Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit aufs Engste verbunden ist. Richtet man die Aufmerksamkeit auf solche Grenzziehungsprozesse, so erweist es sich schnell, dass diese von anderen Differenzierungen, von anderen Identität bildenden Kategorien mit strukturiert werden und diese ihrerseits mit produzieren. Die vielfältigen Interdependenzen zwischen Gesundheit, Alter, Geschlecht, Klasse, Ethnizität, Religion, Nation und Sexualität sind für sämtliche Beiträge zentral.

Eine weitere Leitfrage des Bandes ist die nach der Rolle von Fortschritt und Modernisierung, nach der Rolle der Dichotomie Moderne versus Tradition. In Europa hängt diese mit der Frage nach der Funktion der unterschiedlichen Modelle von Wohlfahrtsstaaten zusammen, in denen der Gesundheit des Einzelnen und des Kollektivs eine entscheidende Bedeutung zukommt. Die komparative Perspektive, die in diesem Band insbesondere auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Skandinavien und Deutschland gerichtet ist, bekommt in dieser Hinsicht eine besondere Bedeutung. Den ausgesprochen unterschiedlichen Familienpolitiken des schwedischen Wohlfahrtsstaates und des deutschen Sozialstaates gebührt in diesem Kontext besondere Aufmerksamkeit. Das Prinzip der familiären Förderung privilegiert in Deutschland die Versorgungsehe, während die Leitlinie der individuellen Förderung und Unterstützung in Schweden zu einer stärkeren Öffnung des Arbeitsmarktes für Frauen führt. Im Rahmen der Debatten um eine Reform von Familien-

politik und demographischer Entwicklung spricht man aus diesem Grund in Deutschland mittlerweile wieder vom Modell Schweden. Ann-Sofie Ohlander hat allerdings in einem Fragment gebliebenen Aufsatz, der ursprünglich in diesem Band veröffentlicht werden sollte, darauf hingewiesen, dass die unterschiedlichen Wohlfahrtsmodelle weniger mit vollkommen unterschiedlichen Bildern von Frau und Familie in den beiden Ländern zu tun haben. Vielmehr sind sie unter anderem zurückzuführen auf die verschiedenen historischen Zeitpunkte der Einführung sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlicher Modelle. In Deutschland geschah dies unter Bismarck, in Schweden in den 1930er Jahren. Ohlander zufolge sind die unterschiedlichen Einstellungen zu Familie, Kinderversorgung und Elternschaft zu einem großen Teil Residuen der Vorstellungen der jeweiligen historischen Epoche, die sich in den wohlfahrtsstaatlichen Strukturen institutionell verfestigt haben.

Der vorliegende Band kann und will keine vollständige Übersicht über die hier skizzierten Fragen und Aspekte bieten. Sie dienen jedoch allen Beiträgen als Leitfaden, die aus unterschiedlichen Perspektiven neue Fragen aufwerfen und neue Forschungsfelder eröffnen bzw. offen halten wollen. Dies reflektiert den Forschungszusammenhang, aus dem dieser Band hervorgegangen ist. Er ist Resultat einer mehrjährigen Zusammenarbeit der Autorinnen und Autoren in einem schwedisch-deutschen Forschungsnetzwerk, an dem Promovierende, PostDocs und Professorinnen und Professoren der Universität Örebro und der Humboldt-Universität zu Berlin, später auch des schwedischen Instituts für Zukunftsstudien (Institutet för framtidsstudier), der Hochschule Södertörn (Södertörns högskola), des Uniklinikums Hamburg und des Instituts für Nordische Philologie an der Universität Köln beteiligt waren. Die Treffen in diesem Netzwerk wurden vom Jubiläumsfonds der schwedischen Reichsbank (Riksbankens Jubileumsfonds) und dem schwedischen Forschungsrat für Arbeitsleben und Sozialwissenschaft (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) finanziert. Die konstruktive Zusammenarbeit bot immer wieder Gelegenheit, sich mit gemeinsamen theoretischen Grundlagen auseinander zu setzen und vor allem die eigenen Vorannahmen und Methoden im Austausch mit anderen kritisch zu beleuchten. Zahlreiche der im Rahmen des Netzwerks vorangetriebenen Einzelprojekte (insbesondere die Dissertationen) modifizierten dadurch ihren Fokus, und es kam zu

inhaltlichen Zusammenarbeiten, die sich in diesem Band insbesondere in dem gemeinsamen Aufsatz dreier Wissenschaftlerinnen niederschlug.

Im Laufe der gemeinsamen Arbeit kristallisierten sich drei Hauptfragekomplexe heraus, die nun auch diesen Band strukturieren.

Die Beiträge der **ersten Sektion** fokussieren auf grundlegende Fragen nach Grenzziehungen um Gesundheit und Normalität, wie sie vor allem in Kunst und Literatur verhandelt werden. Sexualität und Geschlecht spielen dabei eine entscheidende Rolle.

In ihrer Untersuchung von Konzepten der Ansteckung in kolonialen und postkolonialen Kontexten konzeptualisiert Constanze Gestrich in »Den Bazillen auf der Spur. Konzepte von Ansteckung in kolonialen und postkolonialen Kontexten« die Differenzierungen von Gesundheit und Krankheit als Versuche, Eigenes bzw. Nahes vom Fremden, Exotischen und Fernen abzugrenzen. In einer Verschränkung von medizinischem Diskurs und Kolonialdiskurs werde das Fremde als eine Größe konstituiert, die das Eigene durch Ansteckung bedrohe. Diese Zusammenhänge werden zunächst am Beispiel von Quellen aus der dänischen Kolonialzeit und dann in ihren zahlreichen diskursiven Verzweigungen hinein in die Postmoderne untersucht. Ein Leitbegriff ist dabei der der Sichtbarkeit, geht es doch in den von Gestrich untersuchten Texten und Filmen stets auch um Strategien bzw. Techniken der Sichtbarmachung eines an sich unsichtbaren Prinzips.

Stefanie von Schnurbein legt in »Gender Trouble, Gesundheit und Begehren in Ernst Ahlgren/Victoria Benedictsson: *Pengar (Geld)*« eine historische und literaturwissenschaftliche Perspektive an und analysiert einen literarischen Text, den Debütroman *Pengar* von Victoria Benedictsson aus dem Jahr 1885, im Hinblick auf die dort verhandelten Überkreuzungen und Verschiebungen zahlreicher Dichotomien, neben Gesundheit und Krankheit, männlich – weiblich, Heterosexualität – Homosexualität, Natürlichkeit – Perversion. Ihre Schlussfolgerung läuft darauf hinaus, dass eine latent homosexuell konnotierte »männliche Weiblichkeit« im Kontext des Romans durchaus als »gesund« konzipiert werden kann, dass aber dabei das Lob des gesunden, jungen und vitalen Körpers auch ambivalente Effekte hat.

Lill-Ann Körber greift in »Badende Männer: Gesundheit, Krankheit und Künstlerschaft« ebenfalls das Thema Sichtbarkeit auf, das in Constanze Gestrichs Beitrag zentral ist. Ihr Aufsatz ist durch die Diskussion von Körperlichkeit, Sexualität und Gesundheit zudem eng mit Fragestel-

lungen verbunden, die bei Stefanie von Schnurbein auftauchen. Sie untersucht Darstellungen badender Männer von drei skandinavischen bildenden Künstlern (Edvard Munch, Eugène Jansson, J.A.G. Acke) nach 1900 und interessiert sich dabei vor allem dafür, wie in Rezensionen und öffentlichen Diskussionen über die Bilder der Körper des Künstlers und dessen Gesundheit bzw. Krankheit ins Blickfeld rücken. Körper zeigt, ebenso wie die vorherigen Beiträge, wie stark ästhetische Diskurse mit solchen über Medizin und Hygiene zusammenhängen und wie stark diese von der Kategorie Geschlecht strukturiert werden.

Die **zweite Sektion** richtet die Aufmerksamkeit auf Ordnungs- und Steuerungssysteme und –prozesse, in denen Gesundheit eine tragende Funktion einnimmt. Hier geht es um den Bereich zwischen Medizin und *social engineering*, in dem gesellschaftliche Bemühungen, Gesundheit zu definieren und gleichzeitig zu fördern, ausgehandelt werden.

Die ersten beiden Texte untersuchen diese Zusammenhänge am Beispiel des Sportes. In »Erst der Sport treibende Mensch ist der hundertprozentige Mensch? Zur Aushandlung von Gesundheits- und Körperkonzepten im medizinischen Sportdiskurs der Zwischenkriegszeit« befragt Kerstin Bornholdt Diskussionen der Zwischenkriegszeit daraufhin, ob, für wen und unter welchen Umständen Sport überhaupt gesund sei. Quellengrundlage sind Texte von deutschen, dänischen, norwegischen und schwedischen Ärzten, in denen die Frage nach dem Zusammenhang von Gesundheit bzw. Krankheit und Sport etabliert und verhandelt werden. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf geschlechtsspezifischen Unterscheidungen in den Quellentexten. Die Autorin zeigt hier die engen Zusammenhänge, die zwischen Arbeitskraft und Gesundheit hergestellt werden, und verweist dabei auch auf einen historischen Prozess, in dem Gesundheit mehr und mehr in die persönliche Verantwortung des Einzelnen übergeht. In ihrer Auseinandersetzung mit der Frage, wer überhaupt Aussagen über Gesundheit machen darf – Mediziner und andere Experten oder Laien, wie Pädagogen, Sportler oder Trainer –, klingt auch die Frage nach Prozessen der Professionalisierung an, die im dritten Teil des Buches zentral stehen.

Einen Ausschnitt aus einer größeren Studie darüber, wie sich Prozesse von Steuerung und Herrschaft im Sportunterricht in Schulen manifestieren, präsentiert Marie Öhman in »Du darfst nicht am Boden kleben bleiben.« Eine Untersuchung von Steuerungsprozessen im Schulfach »Sport und Gesundheit«. Mit Hilfe von Videoaufnahmen, die in Unter-

richtsstunden in Grundschulen entstanden, untersucht sie, wie Individuen und Körper in der Unterrichtspraxis hergestellt werden, und welche Rolle bestimmte Konzepte von Körper, Gesundheit und Charaktererziehung hierbei spielen. Diese Mikrostudie in empirischer Sozialforschung nimmt eine foucaultsche Perspektive auf Gouvernamentalität ein, interessiert sich für dezentrale und selbstüberwachende Formen der Macht und stellt die Leitfrage, wie im Unterricht erreicht wird, dass die Schülerinnen und Schüler das wollen, was sie sollen, wie sie eigene Verantwortung dafür übernehmen, ihre Handlungen in eine allgemein wünschenswerte Richtung zu lenken. Mit der Frage danach, was Freiheit, Freiwilligkeit und Wahlfreiheit in einem solchen Kontext bedeuten können, sind auch grundsätzliche Fragen nach dem Zusammenhang von Macht, insbesondere in ihren produktiven Aspekten, mit Prozessen der Inklusion und Exklusion angesprochen, wie sie später in anderem Kontext, jedoch ebenso bezogen auf die unmittelbare Gegenwart, im Beitrag von Magdalena Bengtsson-Levin, Kristina Engwall und Katharina Woellert aufgeworfen werden.

Ebenfalls mit Fragen der Gouvernamentalität sowie dem Verhältnis von biopolitischer Regierungsweise, Selbstdisziplin und gesellschaftlicher Verantwortung befasst sich David Kuchenbuch in »Gesunde und falsche Baukunst« – Kollektiv und Körper im Architekturbuch *acceptera* (1931)«. Er untersucht die medizinische Metaphorik in einem zentralen Text zu Stadtplanung, dem »Architekturbuch« *acceptera* (*Akzeptiere!*), das im Zusammenhang mit der funktionalistischen Stockholmsausstellung 1931 entstand und die These »Kunst ist Ordnung« in vielfacher Hinsicht propagierte. Er arbeitet heraus, wie hier der Architekt als Arzt figuriert wird und fokussiert auf die historischen Hintergründe und Definitionen von Körper, Gesundheit und Krankheit, die dem Text eingeschrieben sind. Wie schon bei Lill-Ann Körber steht die Rolle der Visualität im Zentrum, eine Verbindung zu Constanze Gestricks Beitrag ergibt sich durch die große Bedeutung, die Hygiene und Bakteriologie im Zusammenhang mit moderner Städteplanung zukommen.

Die Beiträge in der **dritten** und letzten **Sektion** des Buches schließlich diskutieren Prozesse der Professionalisierung bzw. Konzepte von Professionalität und Interpretationsmacht und stellen damit die Frage nach den komplexen Zusammenhängen von Macht und Wissen in der Moderne. Neben der wichtigen Rolle, die die Kategorie Geschlecht in den geschilderten Professionalisierungsprozessen spielt, werden neue Aspekte auf-

geworfen, wie derjenige der Religion (in den Beiträgen von Susanne Kreutzer und Christina Jansson) sowie des Verhältnisses von Natur und Technik (in den letzten beiden Beiträgen).

Henrik Karlsson geht in »Wissen und Grenzziehungen in der Heilkunst« vom Pluralismus aus, der das medizinische Wissen in Gesundheitssystemen prägt. In seiner Untersuchung von Prozessen der Institutionalisierung und Professionalisierung des schwedischen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert beschäftigt er sich mit den Auseinandersetzungen und ›Machtspielen‹ zwischen unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitssystem, in denen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit hergestellt werden. Genauer gesagt, geht es um das Verhalten der Ärzteschaft zu zwei anderen Gruppen in diesem System: zu Krankengymnasten und zu Akteuren innerhalb einer Alternativ- und Volksmedizin außerhalb der offiziellen Gesundheitsorganisationen, die im Laufe der Zeit als ›Quacksalber‹ ausgeschlossen werden. Karlssons These zufolge zeigt sich an diesen Beispielen besonders deutlich, wie das zunehmend rationalisierte und verwissenschaftlichte medizinische Wissen auch dazu dient, Hierarchien zu produzieren und zu legitimieren.

Mit ihrer Untersuchung zu Veränderungen in Krankenpflegekonzepten konzentriert sich Susanne Kreutzer in »Krankenbeobachtung. Zur Entwertung einer pflegerischen Schlüsselkompetenz in der Bundesrepublik der 1960er Jahre« ebenfalls auf Professionalisierung, Rationalisierung und Verwissenschaftlichung im Gesundheitssystem. In ihrer vergleichenden Studie zwischen Deutschland und Schweden untersucht sie auf Grundlage von Personalakten, Interviews in Diakonissenhäusern, Zeitschriften und Archivmaterialien die Modernisierung innerhalb der religiös motivierten Krankenpflege. War die ganzheitliche Krankenbeobachtung und -pflege früher in eine Lebens-, Arbeits- und Glaubensgemeinschaft eingebettet, in der die notwendigerweise ehelosen Pflegenden ihre Aufgabe als Berufung erfuhren, so veränderte sie sich zunehmend hin zu einem Job, der auch mit Familienleben und Freizeitgestaltung vereinbar sein sollte. Der Beitrag richtet die Aufmerksamkeit einerseits auf das damit einhergehende Verschwinden spezifischer Kompetenzen in der Pflege, wie Empathie und Beobachtungsvermögen, analysiert aber auch die Ambivalenzen dieser Verschiebungen und Veränderungen in Bezug auf ein sich wandelndes Bild von weiblicher Berufstätigkeit und weiblichen Ansprüchen an eigene Lebensqualität und Wahlfreiheit. Die Hinweise darauf, dass auch hier die Modernisierung mit neuen Techniken der

Sichtbarmachung zu tun hat, und damit die gewandelte Rolle des Visuellen, das sich vom Blick hin zum technischen Verfahren verschiebt, verbindet diesen Beitrag insbesondere mit Constanze Gestrichs Überlegungen zu Techniken der Visualisierung.

Das Verhältnis von Geschlecht, Wissen und Macht sowie Grenzziehungsprozesse zwischen Natur und Technik stehen im Zentrum von Christina Janssons Beitrag »Gebärende Männer und Muttergöttinnen: Natur, Technik und Wissenskritik in der Entbindungsdebatte der 70er Jahre«. In einer Analyse von Zeitschriften der schwedischen Frauenbewegung in den 1970er Jahren werden Erzählungen und Handlungen von Frauen in Bezug auf Entbindungen untersucht. Hierbei werden unterschiedliche Spannungsfelder deutlich. Zum einen wird das Recht der Frau auf schmerzfreie Entbindungen und den Einsatz von Schmerzmitteln propagiert, dem Appelle von (männlichen) Mediziner*innen an die »Natürlichkeit« des Geburtsvorgangs entgegenstehen. Zum anderen zeigt sich aber ein zunehmender Widerstand von Gebärenden gegen Objektivierung und Technisierung des Entbindungsprozesses und damit ein Eintreten für mehr »Natürlichkeit«, die im Laufe der 70er Jahre zunehmend positiv und weiblich bewertet wird. Der Fokus liegt dabei auf Differenzierungen zwischen Natur und Technik, die nicht als feststehende Kategorien verstanden werden, sondern als Komplexe von Symbolen, Begriffen und Praktiken, die im Kampf um die Entbindungspraxis mobilisiert und verschoben, damit jedoch auch erst hergestellt werden. Mit der Einbeziehung von Vorläuferdiskussionen nimmt auch dieser Beitrag eine historische Perspektive ein. Darüber hinaus wird in Analysen des Phantasmas von »Einwandererfrauen« und »Naturvölkern«, die angeblich »natürlicher« entbinden, auch die Frage nach Interdependenzen zwischen Ethnizität und Geschlecht berührt.

Der Abschlussbeitrag von Magdalena Bengtsson Levin, Kristina Engwall und Katharina Woellert, »Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit in Deutschland und Schweden im 20. Jahrhundert«, greift noch einmal zentrale Aspekte des gesamten Bandes auf. In ihrer vergleichenden Untersuchung zur historischen Entwicklung unterschiedlicher Familienpolitiken und daraus resultierenden Einstellungen zu und Praktiken um Kinderlosigkeit beschäftigen sich die Autorinnen mit Grenzziehungsprozessen zwischen Freiwilligkeit und Zwang. Sie erforschen ein komplexes Feld, das mit den Konzepten »nicht wollen« – »nicht können« – »nicht dürfen« umschrieben ist. Soziale Klasse, Ausbil-

dung, Geschlecht, sexuelle Präferenz und Behinderung werden unter anderem als Faktoren genannt und analysiert, die eine große Bedeutung dafür haben, wie Kinderlosigkeit im Einzelnen interpretiert und bewertet wird.

Der gemeinsame Beitrag von zwei schwedischen und einer deutschen Autorin ist Ergebnis eines lebhaften und oft auch kontroversen Diskussionsprozesses im Forschungsnetzwerk *Kulturelle Differenzierungen von Gesundheit und Krankheit in Wohlfahrtsstaaten*. Er ist damit ein herausragendes Beispiel für das Potenzial, das dieser Zusammenarbeit zugrunde lag und liegt und das hoffentlich auch im vorliegenden Buch als Ganzes zum Ausdruck kommt.

CONSTANZE GESTRICH
Den Bazillen auf der Spur
Konzepte von Ansteckung
in kolonialen und postkolonialen Kontexten

Die im vorliegenden Band aus unterschiedlichen Perspektiven verhandelten Topoi Gesundheit und Krankheit sind Konzepte, die auch auf Strategien der Normalisierung und Alterisierung, der Inklusion und Exklusion beruhen: Das Gesunde ist oft das Normale und Bekannte. Das Kranke dagegen wird aus der Gesellschaft ausgegrenzt und als etwas Fremdes angesehen, das in der Normalität des Lebens keinen Platz findet. Gleichmaßen aber wie das Kranke alterisiert wird, wird das Fremde pathologisiert. Eine dritte Denkfigur von Alterität innerhalb von Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen betrifft die Konstruktion von Krankheiten selbst, deren Ursprünge oft an entlegenen, nicht der westlichen Gesellschaft entsprechenden Orten imaginiert werden. Dies gilt besonders, wenn es sich um große Epidemien und ansteckende Krankheiten handelt. Verkürzt gesagt: AIDS kommt aus Afrika, SARS aus China und die Pest – der schwarze Tod – wurde lange als eine Teufelsstrafe betrachtet.

Die genannten Denkfiguren – die Verfremdung des Kranken, die Pathologisierung des Fremden und die Konstruktion von ›fremden‹ Krankheiten – hängen zusammen. Diese Diskursformation wurde wesentlich in der Kolonialzeit des 18. und frühen 19. Jahrhunderts geprägt. Denn in diesem Zeitraum wurden nicht nur grundlegende Differenzierungsstrukturen zwischen dem Eigenen und Fremden gezogen, sondern auch Konzepte von Gesundheit und Krankheit neu geordnet. Dies hängt u. a. mit neuen medizinischen und naturwissenschaftlichen Erkenntnissen, besonders in der Bakteriologie, zusammen. Im Differenzierungsprozess zwischen dem Eigenen und Fremden, dem Gesunden und dem Kranken spielen Ansteckungskonzepte eine zentrale Rolle. Einerseits wird Ansteckung zur Grundlage der Grenzziehung zwischen den beiden Polen und deren auch räumlichen Trennung: Das Ansteckende muss isoliert werden, um das Gesunde zu schützen. Andererseits ist Ansteckung aber eine Figur der Verbindung, da ansteckende Partikel etwas sind, das sich im Zwischenraum bewegt. Sie überschreiten die schmale Grenze zwischen dem Normalen und dem Anormalen.

Die Differenzierung von Gesundheit und Krankheit ist jedoch alles andere als eindeutig. Diese Ambivalenz kann durch die Skizzierung der Veränderung von Ansteckungskonzepten und deren Funktionen in verschiedenen diskursiven Zusammenhängen anschaulich gemacht werden. Im Folgenden konzentriere ich mich deshalb auf drei unterschiedliche Zeiträume. Im ersten Schritt will ich die dänischen Kolonien in Westafrika um 1850 mit Hilfe von Tagebuchaufzeichnungen und Briefen eines dänischen Kolonialbeamten untersuchen. Hier ist Ansteckung zuallererst ein Faktor einer problematischen Identitätskonstruktion. Der zweite imaginäre Raum, den ich auf Grundlage eines dänischen Stummfilms untersuchen möchte, ist die Darstellung des britischen Empires in Indien um 1910. In diesem Zusammenhang will ich zeigen, dass Ansteckungskonzepte eng mit ästhetischen Fragestellungen verbunden sind. Und zum Schluss möchte ich anhand von Peter Høegs Roman *Frøken Smillas Fornemmelse for Sne* (*Fräulein Smillas Gespür für Schnee*) darlegen, dass in aktuellen postmodernen und postkolonialen Kontexten eine Aufwertung von Ansteckung von einem negativen Phänomen zu einer positiv bewerteten Kraft vorgenommen wird. Peter Høegs Text verbindet dabei die Kritik kolonialer Ansteckungskonzepte mit einer postmodernen Aufwertung und lässt sich deshalb als eine Art Metakommentar zu Konzepten von Ansteckung und dem kolonialen Anderen lesen. Meine Beispiele gehören nicht nur verschiedenen historischen Räumen an, sondern auch unterschiedlichen Diskursen. Dennoch haben sie viele Formationen gemeinsam. Es kann so gezeigt werden, dass Ansteckungskonzepte ein interdisziplinäres Phänomen ist. Zentrale Punkte der folgenden Analysen sind Ansteckung als Figur körperlicher Kontakte, als Teil einer neuen Konsumkultur um 1900 und als Element ästhetischer Fragen.

Wulff Joseph Wulffs Briefe und Tagebücher
aus Dänisch-Guinea (1786–1842):
Paradigmen des Kolonialdiskurses

1836 reist der junge dänische Jude Wulff Joseph Wulff in die dänischen Forts Westafrikas. Er will eine Karriere als Kolonialbeamter machen – eine Karriere, die ihm in Dänemark aufgrund seiner jüdischen Herkunft verwehrt ist. Aber nach sechs Jahren in Christiansborg stirbt er, ohne sein Heimatland wieder gesehen und seine ambitionierten Ziele erreicht zu ha-

ben. Er bleibt auf der untersten Stufe der Kolonialverwaltung stehen und verlässt zudem aufgrund eines, seiner Meinung nach antisemitisch motivierten Streits das dänische Fort.¹ Zusätzlich zu diesen persönlichen Kränkungen wird Wulff von Krankheiten heimgesucht. Heißt es im ersten Brief an die Eltern vom 30. August 1836 noch »Ich war überhaupt nicht seekrank. [...]«,² so klagt er bald über zahlreiche Krankheiten, Heimweh, eine allgemeine Verstimmtheit, Fettleibigkeit und eine zunehmende Hässlichkeit. Haare und Zähne fallen ihm aus, sein Körper ist von einem roten Ausschlag und Insektenstichen gezeichnet. Von Anfang an ist er geplagt von Kopfschmerzen und einer permanenten Müdigkeit. Schließlich erkrankt Wulff am so genannten Klimafieber, eine Krankheit, die man mit dem dänischen Autor Thorkild Hansen als Phantasma der europäischen Kolonialisten bezeichnen kann.³ Unter diesem Begriff wurden alle diejenigen Symptome versammelt, die das Leben für die Kolonialisten unmöglich machten, wozu die verschiedenen tropischen Krankheiten wie Malaria, Gelbfieber, der Guinea-Wurm u. a., aber auch Phänomene wie übermäßiges Essen, Alkoholmissbrauch und Heimweh gehörten. Das Klimafieber und die verschiedenen darunter subsumierten Krankheiten sind Ausdruck für ein verschwindendes Ich, für einen identitätsauflösenden Prozess. Bereits Thorkild Hansen formuliert: »Sie bekamen ›Klimafieber‹, sagten sie. Dies bedeutete jedoch, dass sie lebendigen Leibes verroteten.«⁴ Eines der interessantesten Phänomene des Klimafiebers ist der Guinea-Wurm, ein Parasit, der den Körper durchbohrt und zahlreiche Löcher hinterlässt. Von Interesse ist dabei das Bild des fragmentierten Körpers. Der Befall durch den Wurm ist ein Prozess der Überwindung von Differenz zwischen dem Eigenen und dem Fremden, da er das intakte Ich befällt und aus diesem eine Art Mischprodukt macht. Auch Wulff Joseph Wulff gibt diesem Auflösungsprozess Ausdruck: In einem seiner Briefe bittet er die Eltern um ein Jugendporträt, das ihn als jungen und hübschen Mann zeigt und das ihn fortan in Afrika als Erinnerung an sein intaktes Ich dienen soll.

1 WULFF: 1917, 90–91 und 132–133. Dokumentiert sind Wulffs Erlebnisse in Briefen und Tagebuchauszeichnungen, die 1917 von Carl Behrens unter dem Titel *Breve og Dagbogs-optegnelser fra Guldkysten 1836–42*. »Da Guinea var dansk« publiziert wurden.

2 WULFF: 1917, 17, Übers. CG. »Jeg var slet ikke søsyg [...]«.

3 HANSEN: 1987, 199–200.

4 Ebd., 200, Übers. CG. »De fik ›klimafeber‹, sagde de. Det betydede i praksis, at de i levende live rådnede op.«

In seinen Studien zu Gesundheit und Krankheit weist Philipp Sarasin auf die Identitätsproblematik hin und bezeichnet den Kampf gegen Krankheitserreger, Bakterien und Parasiten als einen »Krieg im Körper«,⁵ was Sarasin zufolge eine Art »master-metaphor« ist: So wie Invasion oder das Fremde werden Bakterien mit Bildern des Immunsystems und der Unterscheidung zwischen »self/nonself«⁶ zusammengebracht. Bakterien und andere Erreger werden so zu Besatzern, die sich des Körpers bemächtigen. Es ist von Bedeutung, dass nicht nur die topografische Fremde zu einer kontaminierenden Zone wird, in diesem Fall die Tropen, sondern besonders der fremde Körper. In diesem Zusammenhang schreibt Martin S. Pernick, dass »[...] ›natives‹ became the chief source of contamination and danger«.⁷ Der Infektionsprozess sei verbunden mit einem »close contact«,⁸ einer körperlichen Berührung oder zumindest einer gewissen Nähe mit einem potentiellen Überträger. Im Fokus der Infektionsbekämpfung oder -eindämmung steht folglich insbesondere die »intimacy with outsiders«⁹, der intime und sexuelle Kontakt mit dem Fremden, welche, so Pernick, aus medizinischen und hygienischen Aspekten tabuisiert wird. Dass Wulff Joseph Wulff ein Verhältnis zu einer afrikanischen Frau unterhielt, der »Mulattin Tim Tam«, die später auf den Namen Sara Malm getauft wurde und die Wulff später offiziell heiratete, ist kolonialgeschichtlich betrachtet, nichts Ungewöhnliches, fügt sich aber gut in den von ihm beschriebenen Ausgrenzungs- und Auflösungsprozess ein. Am Ende entschied sich Wulff, in Afrika zu bleiben, sogar als seine sechsjährige Dienstzeit vorbei war. Obwohl er nach wie vor an den äußeren Bedingungen des Lebens in den Tropen leidet, beschreibt er sein Verhältnis zu Westafrika als eine Art Ehe: »Da das Leben hier nahezu unumgänglich geworden ist und sich nicht in Europa führen lässt, ist es nun abgemacht, dass die Küste und ich zusammenleben werden.«¹⁰ Kurz bevor er jedoch ein letztes Mal nach Dänemark reisen will, um dort seinen Abschied zu nehmen und dann für immer nach Dänisch-Guinea zurückzukehren, stirbt Wulff am Tropenfieber.

5 SARASIN: 2003, 192–193.

6 Ebd.

7 PERNICK: 2002, 867.

8 Ebd., 861.

9 Ebd., 682.

10 WULFF: 1917, 287, Übers. CG. »Da Livet her er blevet meg saa godt som uundværligt og ikke lader sig føre i Europa, saa er det nu afgjort, at Kysten og jeg vil leve sammen.«

Versteht man Ansteckungsprozesse im kolonialen Kontext als vorwiegend auf körperlichen Kontakten beruhend, führt er zur Trennung zwischen den Weißen und den Einheimischen. Das führt dazu, dass der Versuch, Krankheiten einzudämmen oder ihnen vorzubeugen, oft einen gewaltsamen, pejorativen und diskriminierenden Charakter bekommt. Aber in den Kolonien ist nicht nur der Kampf gegen die Krankheiten mit Gewalt in Zusammenhang zu sehen, es lässt sich vielmehr ein Konnex zwischen Gewaltausübung und Krankheit an sich erkennen. In Wulffs Texten kommt dies folgendermaßen zum Ausdruck:

Liebe Eltern, Ihr könnt Euch nicht vorstellen, wie man sich unter Einfluss solcher Krankheiten den ganzen Tag lang über Nichtigkeiten ärgert. Die Galle ist in einem solchen Aufruhr, dass man es nicht erträgt, seine Boys zu sehen. Es geht hier allen so, und die Boys müssen sich ständig hüten, einem unter die Augen zu kommen, da man im Stande ist, ein Messer nach ihnen zu werfen. Die Galle ist mir sicher mehr als 10 Mal ins Blut übergegangen [...].¹¹

Wie auch Krankheit gehört Gewalt zum kolonialen Alltag, und der neue Kolonialist Wulff gewöhnt sich mehr und mehr daran.¹² In seinen Briefen äußerst Wulff zunächst schockiert über allgegenwärtige Brutalität gegenüber den Kolonialiserten, aber schnell nach seiner Ankunft in Christiansborg berichtet er über vergleichbare, sogar noch unkontrolliertere Gewaltausbrüche.

Basierend auf Wulffs Text kann man folgendes Ansteckungskonzept im Hinblick auf den kolonialen Diskurs des 19. Jahrhunderts ausmachen: Krankheiten und Parasiten werden zu Metaphern der Bedrohung des weißen Subjekts und dessen Auflösung. Ansteckung wird als ein Phänomen betrachtet, das vor allem auf Körperkontakten zwischen Weißen und Schwarzen, Kolonialisten und Kolonisierten beruht. Dies führt zur

¹¹ WULFF: 1917, 150, Übers. CG. »Kære Forældre, De kan ikke tro, hvor man i den Slags Sygdomme hele Dagen ærgrer sig over ingen Ting. Galden er i saadant Oprør, at man ikke kan taale at se sine Drengene. Dette har været Tilfældet hos alle her, og Drengene maa bestandig undgaa, at man faar dem at se, da man er i Stand til at kaste en Kniv efter dem. Galden gik vistnok over i Blodet hos mig mere end 10 Gange [...].«

¹² In einem seiner Briefe berichtet Wulff von einem solchen Erlebnis: Bereits während seiner Reise nach Christiansborg erlebt er eine Art Initiation in das koloniale Afrika. Bei einem Aufenthalt in einem holländischen Fort verdächtigt er einen Schneider, der seine neue Uniform ausbessern sollte, die bei einem Sturz ins Meer durchweicht worden war, sein seidenes Taschentuch und drei Piaster gestohlen zu haben. Die Holländer bestrafen den Verdächtigen äußerst hart und grausam und inszenieren den Prozess als eine Art Spektakel für den neuen Kolonialisten. Es kommt zu einem Gewaltexzess, während dessen der ursprünglich zu Stockschlägen verurteilte Mann blutig zu Tode geschleift wird.

deren Trennung, im Fall von Wulff, zu dessen Ausschluss aus der weißen Gesellschaft und zum Schluss zu seinem Tod.

Wulff schreibt zur Hochzeit des dänischen Kolonialismus. Ende des 19. Jahrhunderts, während sich die anderen westlichen Länder für einen Wettlauf um die letzten Kolonien präparieren, ist vom dänischen Kolonialreich allerdings nur noch wenig übrig. Die letzten der tropischen Kolonien, die ›dänisch-westindischen Inseln‹ in der Südsee werden in den 190er Jahren gewinnbringend verkauft. Dennoch spielt der koloniale Kontext im imaginären Raum fortwährend eine große Rolle, wie u. a. viele literarische Texte und Filme aus den ersten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zeigen. Das im Folgenden analysierte Beispiel stammt aus der reichhaltigen Produktion der Nordisk Films Kompagni, einer der zentralen dänischen Filmproduktionsfirma der Stummfilmzeit. Im 1913 entstandenen Film *Mens Pesten raser* (*Während die Pest tobt*) wird das britische Empire imaginiert. Dabei verhandelt der Film ähnliche Paradigmen, wie sie in Wulffs Texte zur Sprache kommen. Auch hier gilt es, die mit dem fremden Körper in Verbindung gesetzten Krankheiten und Überträger zu überwinden. Regisseur Holger-Madsen und Drehbuchschreiber Otto Rung tun dies in Rückgriff auf neue Erkenntnisse aus der Bakteriologie und Epidemiologie.

Das Koloniale, Bakteriologie und Populärkultur: Der Stummfilm *Mens Pesten raser* (1913)

Mens Pesten raser ist ein Eifersuchtsdrama im kolonialen Setting. Der Film selbst ist nicht bewahrt, aber das Manuskript Otto Rungs, Standfotos und Programmhefte. Er erzählt die Geschichte eines englischen Kolonialarztes, Dr. Warren, der ein Serum gegen die herrschende Pest in Indien entwickelt, und dessen Ehefrau, die mit einem englischen Offizier anbändelt. Im Film wird der weiße Wissenschaftler nicht nur als Retter des indischen Volkes stilisiert, sondern auch als Vormund seiner Frau. Im Programmheft wird sein Einsatz gegen die Epidemie als »ein Kampf für die Zivilisation«¹³ beschrieben. Standfotos aus dem Film zeigen weiße Männer in Tropenanzügen, die die Hütten der Inder abbrennen, um die Seuche vollständig auszurotten. Metaphorisch ist die Pest verbunden mit

¹³ *Mens Pesten raser*, Programmheft, 1913, DFI Kopenhagen, o. S.: »en kamp for sivilisasjonen«.

dem Dunkeln und Anderen. Als eine Krankheit mit einer sehr hohen Ansteckungsgefahr – schon 100 bis 500 Bakterien reichen aus, um eine Lungenpest zu verursachen – ist sie ein Synonym für Ansteckung an sich. Auch hier dient die Krankheit also der Pathologisierung des Fremden und ist verbunden mit Gewalt. Darüber hinaus aber inszeniert *Mens Pesten raser* den weißen Wissenschaftler als Helden.

Die Erkenntnisse der Bakteriologie¹⁴ boten dabei eine wissenschaftliche Basis für die Pathologisierung des Fremden und des körperlichen Kontakts zwischen Kolonialisten und Kolonialisierten. Ältere Vorstellungen wurden in das neue Konzept übertragen, neu war jedoch, dass das Exotische und Tropische von nun an als Quelle und Erreger von Krankheiten *diagnostiziert* werden konnten. Pernick schreibt, dass »[...] new tropical medicine, developing at the end of the nineteenth century, had led to an anthropomorphic mobilization of disease agency in the tropics as elsewhere, giving pathological depth and interiority to older racial and class stereotypes.«¹⁵ Der bakteriologisch geprägte Infektionsbegriff stellte eine willkommene Gedankenfigur für die koloniale Rassenhygiene dar, um den Körperkontakt zu pathologisieren und zu tabuisieren. Die Folge waren Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen, die in *Mens Pesten raser* angedeutet werden, indem die Hütten der Eingeborenen niedergebrannt werden. Auch Stephan Besser verweist auf die Funktion der Bakteriologie, der Pathologisierung des Fremden und der Trennung zwischen »Rassen« eine wissenschaftliche Grundlage zu verleihen, hebt aber zugleich hervor, dass es »kurzschlüssig sei, von der Bakteriologie selbst als einer rassistischen Wissenschaft zu sprechen.«¹⁶

In Holger-Madsens und Otto Rungs Film *Mens Pesten raser* führt dann auch der einzige Körperkontakt zwischen einem weißen Mann – dem Offizier – und einer Inderin zur Infektion mit der Pest, was sich vor dem Hintergrund der skizzierten wissenschaftlichen Entwicklungen er-

¹⁴ Das Wissen, dass mikrobiologische Organismen Krankheiten auslösen können, stammt vom Ende des 19. Jahrhunderts. Grundsteine der Bakteriologie wurden von Louis Pasteur und Robert Koch gelegt. In Dänemark begann man sich im Jahr 1894 mit der neuen Disziplin im *Institut for Medicinisk Bakteriologi og Almen Patologi* zu beschäftigen. 1902 wurde *Statens Serum Institut* gegründet, das erst unter der Leitung von Carl Julius Salomonsen und ab 1909 von Thorvald Madsen stand. (SKYDSGAARD: 2006, 217–250.)

¹⁵ PERNICK: 2002, 687.

¹⁶ BESSER: 2004, 223.

klären lässt: Auf dem Weg zu seiner Geliebten Alice, die ihn zu sich gebeten hat, kurz nachdem ihr Mann für seinen Kampf gegen die Pest aufgebrochen war, trifft der Offizier eine sterbende Frau mit einem Kind. Sein Diener lehnt es ab, sich des Kindes anzunehmen, und so bringt er es selbst in die Kaserne, wo es gepflegt werden kann. Diese kurze Begegnung reicht aus, um den Offizier an der Pest erkranken zu lassen, und er kommt bereits geschwächt und elend ins Haus des Arztes. Dr. Warren wird so nach seiner Rückkehr und seinem Sieg über die Pest, nicht nur Zeuge der Untreue seiner Frau, sondern auch des Todeskampfes seines Rivalen. Warren verabreicht dem Kranken das heilende Serum – aber erst, als seine Frau verspricht, diesen nie wieder zu sehen. Er selbst will sich in Zukunft mehr Zeit für die Ehe nehmen.

Das von Dr. Warren entwickelte Serum gegen die Pest wird im Film nicht genau beschrieben. Antibiotika, deren erste Version das Penicillin ist, gab es erst ab ca. 1940. Bereits ab 1910 aber arbeitete der deutsche Serologe Paul Ehrlich an der Entwicklung einer antibiotischen Substanz, die er Salvarsan nannte und die gegen unterschiedliche Krankheiten und Syphilis eingesetzt wurde. Letzteres trug dazu bei, dass Salvarsan einen hohen Bekanntheitsgrad erlangte.¹⁷ Ob Dr. Warrens Serum in *Mens Pesten raser* an Ehrlichs Experimente anknüpfen, kann letztendlich nicht belegt werden. Die zahlreichen Laborszenen, die im Drehbuch genau beschrieben werden und auf einigen Filmstandbildern dokumentiert sind, verweisen jedoch eindeutig auf den wissenschaftlichen Diskurs von Bakteriologie und Epidemiologie. In der Populärkultur war dieser, wie Nancy Tomes zeigt, ein bekanntes und beliebtes Sujet. Tomes beschreibt ein Genre des »epidemic entertainment«¹⁸ und verbindet dies mit der Entstehung einer neuen Konsumkultur: »Conterminous with the birth of a new kind of consumer culture at the turn of the last century, representations of disease acquired new salience as cultural commodities; properly ›spun‹, they attracted attention and promoted sales.«¹⁹ Krankheiten und Epidemien gaben den so genannten Krankheitsmelodramen einen extra

17 Ein amerikanischer Film von 1940 heißt *Dr. Ehrlichs Magic Bullett*.

18 TOMES: 2002, 694. Tomes verweist auch auf die Figur des Arztes, die in der Zwischenkriegszeit in den Krankheitsmelodramen eingeführt worden sei. Als Begründung hierfür gibt Tomes u. a. an, dass die Geschichten zu gefährlich geworden waren, so dass sie durch einen heroischen Wissenschaftler verharmlost werden mussten.

19 Ebd., 649. Um 1900 wurde vor allem die Tuberkulose Teil der Imaginationen, die man auch ›die weiße Pest‹ nannte. Nach 1980 hat AIDS diese Funktion übernommen.

Thrill, der zur Popularität betrug. Wie viele andere Melodramen thematisieren auch die Krankheitsmelodramen die Bedrohung einer Einheit, z. B. einer Familie, durch etwas anderes und Fremdes.²⁰

Neben der gegenseitigen Popularisierung kann man weitere Parallelen zwischen der Bakteriologie und dem Film ausmachen. Diese berühren Fragen der Medialität und Ästhetik. Sowohl die Bakteriologie und die Erkenntnis, dass mikrobiologische Organismen Krankheiten hervorrufen können, als auch der Film gaben dem Diskurs über Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit, der Repräsentation und Imagination von Krankheiten neue Impulse.²¹ Das Medium Film wurde u. a. als eine Möglichkeit betrachtet, unsichtbare Dinge sichtbar zu machen, die Rezeption des Films als ein materialisierter, haptischer Prozess betrachtet. Dadurch wurde das Filmbild selbst zu einer Quelle ansteckender Prozesse, die den Zuschauer infizieren: Anstatt ihm einen Freiraum zu schaffen, übermannt der Film den Zuschauer auf eine direkte und unausweichbare Weise. Diese Fragen berühren Aspekte des Ansteckungsprozesses (wie die Materialisierung des Zwischenraumes) und der Bakteriologie (wie die Debatte um das Sichtbare und das Unsichtbare). Dass vor allem Letzteres problematisiert wird, wird in vielen Filmen durch die Integration unterschiedlicher optischer Instrumente wie des Fernglases oder des Mikroskops verdeutlicht. Wie einige Filmstandbilder und das Drehbuch zeigen, werden auch in *Mens Pesten raser* die Protagonisten oft dargestellt, während sie mikroskopieren (siehe Abbildung 1). Genau gesagt, existiert kein Standbild, das den Blick durch das Mikroskop selbst zeigt, aber im Drehbuch wird eine solche Szene beschrieben: »Man sieht im Mikroskop Blutzellen, unter ihnen die berühmte Bazille, die die indische Lungenpest hervorruft.«²² In *Mens Pesten raser* ist das Mikroskop metaphorisch aufgeladen und wird zu einem Zeichen der männlich besetzten Naturwissenschaft.²³

20 Krankheiten, Bakterien oder Parasiten sind nur einige wenige der Agenten des Anderen. Analog zu den Krankheitsmelodramen funktionieren etwa Vampirgeschichten, die auch die Themen Ansteckung und Infektion aufgreifen.

21 GRANINGER: 1997.

22 RUNG: 1913: »Man ser i Mikroskopet i et stort Glimt Blodceller, mellem hvilke den berygtede Bacille der fremkalder den indiske Lungepest.« Folgt man Stephan Michael Schröder, ist die Thematisierung des Mikroskops eine Besonderheit des Autors Otto Rung. Vgl. SCHRÖDER: 2003, 572.

23 In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, dass das Gründungsnarrativ des Mikroskops als ein männliches beschrieben wird. Lisa Cartwright formuliert: »[...] these histories invite an analysis of the genealogy of masculine fascination with the exagger-

Aus Urheberrechtsgründen kann die Grafik nur in der gedruckten Fassung erscheinen.

Due to restricted copyright the picture can only appear in the printed version.

Abb. 1:

»Se – dér i Mikroskopet ser du den frygteligste af alle Mikrober – Pestbacillen!«
*Mens Pesten raser*²⁴

Darüber hinaus führt der Blick durch das Mikroskop den Zuschauer in die Welt der Mikrobiologie und die Funktionsweise des Ansteckungsprozesses ein, welche sonst abstrakt bleiben würde. Man kann im Film zwar mit Hilfe des Mikroskops Blutzellen und Bakterien sichtbar machen, das Moment der Übertragung kann jedoch nicht visualisiert werden. Kirsten Ostherr, die Public-Health-Filme aus den USA untersucht hat, hebt dieses Problem der Repräsentation hervor und zeigt verschiedene filmische Strategien der Darstellung von Ansteckungsprozessen auf.²⁵ Die erste nennt sie die indexikalische Methode, d. h. die visuelle Kodierung ansteckender Körper durch die Kategorien ›Rasse‹ und Sexualität. In *Mens Pesten raser* wird dies vor allem durch die Gegenüberstellung kräftiger und wohlgenährter Kolonialisten mit dünnen und kranken Indern deutlich gemacht. Auch der Augenblick, als sich der Offizier während der Rettung des Kindes infiziert, ist von diesen Stereotypen geprägt. Die zweite von Osthoff ausgemachte Strategie beinhaltet nicht-filmische Repräsentationsmodelle, wie beispielsweise eine Erzählerstimme, die die Handlung auf der Leinwand kommentiert. Zu letzteren kann man die Zwischentitel

ated image of minuscule bodily organisms (not surprisingly, sperm was a popular performer on the early microscopic stage.« CARTWRIGHT: 1995, 84–85.

24 Holger-Madsen und Otto Rung, 1913, Bild aus dem Programmheft, DFI: »Sieh – da unter dem Mikroskop siehst du die fürchterlichste aller Mikroben – die Pestbazille!«

25 Vgl. OSTHERR: 2002.

des Stummfilms zählen. In *Mens Pesten raser* heißt es an betreffender Stelle: »Eine furchtbare Entdeckung« und »Ich habe mich angesteckt.«.²⁶

Dem bakteriologischen Diskurs und filmtheoretischen Reflexionen sind also das Thema der Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit sowie die Materialisierung des Zwischenraumes gemein. Darüber hinaus kann man auch eine Parallele zu ethnologischen und anthropologischen Texten des 19. und frühen 20. Jahrhunderts ziehen, die besonders im Hinblick auf die Themen Ansteckung und das Fremde von Interesse sind. Lucien Lévi-Bruhl, einer der wichtigsten Ethnologen und Anthropologen der letzten Jahrhundertwende verbindet das Fremde, genauer das Primitive, mit einem Ansteckungskonzept. In seinen Studien über die ›Denkweise der Primitiven‹ entwickelt Lévi-Bruhl ein Konzept der ›Übertragung‹. Er beschreibt, dass das sogenannte primitive Denken geprägt ist vom »Gesetz der Partizipation (Anteilnahme)«.²⁷ Die Primitiven sähen, so Lévy-Bruhl, »überall Mitteilung von Eigenschaften durch Übertragung, Berührung, Fernwirkung, Ansteckung, Beschmutzung, Besessenheit.«.²⁸ Lévy-Bruhl knüpft dabei an Texte des 19. Jahrhunderts an, u. a. von James Frazer²⁹, Karl von den Steinen³⁰ und Wilhelm Wundt.³¹ Im skandinavischen Kontext sind Vilhelm Grønbech³² und Martin P. Nilsson³³ zu nennen. Kern der primitivistischen Theorien ist die Annahme, dass das so genannte Primitive geprägt sei von einer »›tropischen‹ Entdifferenzierung«,³⁴ d. h. dem Gedanken, dass Identität nicht auf einem Differenzierungsprozess beruht. Dadurch unterscheidet sich das Primitive, wie es in der europäischen Ethnologie und Anthropologie konstruiert wird, prinzipiell vom Konzept einer antipodisch organisierten westlichen Denkweise.

Die hier nur kurz angedeuteten primitivistischen Theorien sind im Hinblick auf die postkoloniale und postmoderne Umwertung von Ansteckung von Bedeutung. Bereits bei Lévi-Bruhl werden das Primitive und

26 *Mens Pesten raser*. Programmheft, DFI: »En frygtelig Opdagelse«. – »Jeg er smittet.«.

27 LÉVY-BRUHL: 1926, 51–53.

28 Ebd., 78.

29 FRAZER: 2000. Frazer entwickelt ein System, das er die sympathetische Magie nennt, die er wiederum in eine homöopathische und eine kontagiöse Magie unterteilt.

30 VON DEN STEINEN: 1894.

31 WUNDT: 1911.

32 GRØNBECH: 1915.

33 NILSSON: 1925.

34 RIEDEL: 2000, 484.

dessen integrative Struktur zu einer Herausforderung der westlichen Denkweise und bekommen dadurch einen positiven, da kreativen Charakter.³⁵ Zum Schluss will ich diesen Faden aufgreifen und zeigen, wie die Tendenz eines positiv geprägten Bildes von Ansteckung von aktuellen kulturwissenschaftlichen Theorien aufgegriffen und variiert wird. Dies gilt insbesondere für die Alteritätsforschung. Ich will dafür Peter Høegs Text *Frøken Smillas Fornemmelse for Sne* (*Fräulein Smillas Gespür für Schnee*) untersuchen, der sowohl die kolonialen Kontexte des 19. Jahrhunderts als auch die skizzierten ästhetischen Fragen aufgreift und miteinander in Verbindung setzt, wodurch er sich als eine Art Metadiskurs zu den anhand von Wulff Joseph Wulffs Tagebüchern und Briefen und des Films *Mens Pesten raser* aufgemachten Problemhorizont lesen lässt.

Postkoloniale und postmoderne Aufwertungen von Ansteckung:
 Peter Høegs *Frøken Smillas Fornemmelse for Sne* (1992)
 als Metakommentar zu Ansteckungskonzepten
 und dem kolonialen Anderen

In seinem Roman greift Peter Høeg die Metapher des parasitären Wurmes auf, die auch in Wulffs Texten beschrieben wurde.³⁶ In *Frøken Smillas Fornemmelse for Sne* handelt es sich um eine gefährlichere Variante des tropischen Guinea-Wurmes, der sich im Schmelzwasser eines Meteoriten auf Gela Alta, einer Insel im nördlichen Polarmeer, tummelt. Einer der Protagonisten erklärt dies auf den letzten Seiten des Buches:

Es ist der Polarwurm. [...] Er hat sich an das menschliche Immunsystem angepasst. Aber ohne an unser Gleichgewicht angepasst zu sein. Das schwangere Weibchen bohrt sich nicht durch die Unterhaut nach der Paarung. Es bohrt sich in die inneren Organe. Das Herz oder die Leber. Dort stößt es die seine Larven aus. Larven, die in der Mutter gelebt haben, die den menschlichen Körper nicht kennengelernt hat, die nicht von einer Proteinhaut umhüllt sind. Gegen sie reagiert der Körper mit Entzündung, Inflammation. Schockartig, in einer einzigen Leerung werden zehn Millionen Larven ausgestoßen. In die lebenswichtigen Organe hinein. Man stirbt sofort, es gibt keine Rettung. Der Polarwurm hat die Balance gestört. Er tötet seinen Wurm. Im Verhältnis zum

³⁵ Es gilt z. B., neue Begriffe für die Beschreibung des so genannten Primitiven zu prägen. Vgl. LÉVY-BRUHL: 1926, 23.

³⁶ Høeg greift hier auf HANSEN: 1987 zurück.

Menschen ist ein sehr schlechter Parasit entstanden. Aber ein hervorragender Mörder.³⁷

Der Wurm wird zu einer Gefahr für die Menschheit, wenn er sich auf der Erde ausbreitet. Genau das aber droht zu passieren, als kriminelle Wissenschaftler nach Gela Alta kommen, um den Meteoriten zu bergen. Sie waren selbst Ursache für die Ausbreitung des Wurmes auf der Insel, da sie bei einer früheren Expedition ins Polarmeer eine tropische Variante des Parasiten einschleppten. Der Wurm wird in Høegs Text so zu einer Metapher für die Globalisierung und deren Folgen. Er symbolisiert ein koloniales Geflecht und dessen Machtstrukturen, die in einer neokolonialen Zeit aus dem Ruder zu laufen drohen und so zu einer Bedrohung des gesamten Lebens auf der Erde werden. Bei seiner Ausbreitung tötet der Wurm seinen Wirt und damit seinen eigenen Lebensraum. Darin gleicht er dem Menschen und dessen Zerstörung der Umwelt. Einen der unsympathischsten Protagonisten des Romans, den skrupellosen und brutalen Matrosen Verlaine (der auch in den Heroinhandel involviert ist, durch den die Expedition finanziert wird) lässt Høeg sagen: »Der Mensch ist ein Parasit. Der Wurm ist das Werkzeug Gottes. Ebenso wie der Mohn.«³⁸ Ausdruck findet der Parasitendiskurs bei Høeg in einer Metaphorik, die das Unberührte mit dem Verunreinigten konfrontiert, wie z. B. die weiße Landschaft von Schnee und Eis, in der sich menschliche Spuren von Wissenschaft und Technik, abzeichnen. Aber Høeg polarisiert nicht, sondern er destabilisiert vielmehr Dualismen.

In dieser Hinsicht weist der Parasitendiskurs bei Høeg über eine Kritik am (Neo-)Kolonialismus und der Globalisierung hinaus. Die englische Literaturwissenschaftlerin Judie Newman konstatiert, dass er bei Høeg auch eine positive Bedeutung erhält: Das Parasitäre werde hier zur Grund-

37 HØEG: 2002, 423–424: »Det er Polar-orm. [...] Den har tilpasset sig menneskets immunsystem. Men uden at være tilpasset vores balance. Den gravide hun trænger ikke ut til underhuden efter parringen. Den trænger ind i de indre organer. Hjertet eller leveren. Og dér slipper den sine larver ud. Larver som har levet i moderen, som ikke har nået at lære den menneskelige krop at kende, ikke er dækket af proteinhud. Mod dem reagerer kroppen med betændelse, inflammation. Chokagtigt, der er ti millioner larver i en enkelt udtømming. Ind i de livsvigtige organer. Man dør på stedet, der er ingen redning. Hvad det end er der er sket med Polar-ormen, så har det forskudt balancen. Den slår sin vært ihjel. I forhold til mennesket er der opstået en dårlig parasit. Men en fremragende dræber.«

38 Ebd., 425: »Det er mennesket der er en parasit. Ormen er gudernes redskab. Lige som valmuen.«

lage für Kommunikation an sich und zu einem Symbol für Widerstand. Smilla selbst könnte man als eine Figur des Parasitären betrachten. Newman schreibt: »Da sie einsieht, dass der Rückzug hinter dicke Mauern keine brauchbare Strategie ist, wird Smilla mehr und mehr bereit, sich von einem selbstständigen, unkommunikativen Anti-Parasiten zu einem Parasiten zu entwickeln«,³⁹ d. h. zu kommunizieren. Newman vergleicht Høegs Texte mit Theorien des französischen Philosophen Michel Serres. Gemeinsam sei beiden die Konzeptualisierung des Parasitären als Grundstein von Kultur und Kunst.⁴⁰ Smilla verwandelt sich also von einer Einzelgängerin in einen Parasiten, von einem egoistischen Wesen in eine Detektivin und Kämpferin für eine bessere Welt. Ihr parasitäres Wesen wird u. a. in den Szenen deutlich, wo sie sich unbemerkt im Schiffskörper wie ein unsichtbarer Wurm bewegt.

Eine ähnliche Theoretisierung des Parasitären wie bei Michel Serres findet man z. B. in der Theorie des Epidemischen und Nomadischen von Gilles Deleuze. Der Ansteckungsprozess steht hier für eine unkontrollierte, anarchische, nicht-, oder besser, anti-hierarchische Kommunikations- und Denkweise.⁴¹ Høeg, Serres und Deleuze sind dabei nur einige Beispiele einer Aufwertung von Ansteckungskonzepten in aktuellen kultur-, literatur- und filmwissenschaftlichen Kontexten, in denen der Ansteckungsbegriff eine zentrale Rolle spielt. Es ist die Rede von Infektion, Kontaminierung und Immunisierung. Durch die Überführung des Begriffs aus der Medizin in andere Bereiche etabliert sich eine Rhetorik des Zwischenraumes, des Heterotopischen und Latenten.⁴²

Diese Rhetorik des Zwischenraumes führt uns zurück zur Darstellung des Anderen und Fremden, da das Liminale in vielen Untersuchungen von Fremdheit eine zentrale Rolle spielt. Das bekannteste Beispiel hierfür ist wohl Homi K. Bhabhas Hybriditätskonzept. Hier wird das Fremde zu einem kreativen Raum, der neue Fragen aufwirft.⁴³ Andere Beispiele, die ich nur aufzählen will, sind Michel Foucaults Heterotopiekonzept,⁴⁴ Eri-

39 NEWMAN: 2004, 22: »Da hun indser, at tilbagetrækningen bag tykke mure ikke er en brugbar strategi, udvikler Smilla sig fra den strengt selvstændige, umeddelssomme anti-parasit til velvilligt at blive parasit.

40 Vgl. SERRES: 2002; GILMAN: 1988; TREICHLER: 1999; LYNCH: 2000; SCHELL: 2002.

41 Vgl. DELEUZE und GUATTARI: 1997, 318–344.

42 BOLDT: 2006, 2. Abschnitt.

43 BHABHA: 2000.

44 Zum Beispiel FOUCAULT: 2005.

ka Fischer-Lichtes Umwertung des Performativen als »Schwellenraum«⁴⁵ oder Ortrud Gutjahrs Beschreibung des Fremden als einen »Möglichkeitsraum für die Literatur«.⁴⁶ In mehreren der genannten Konzepte wird das Fremde zu einem radikalen Gegenpol des ›Eigenen‹, das hier als das Westliche und Rationale verstanden wird. Man findet diese Struktur bereits in den oben erwähnten primitivistischen Texten.⁴⁷ All dies zeigt, dass die Umdeutung von Ansteckungskonzepten im Rahmen von Liminalitätskonzepten ein sehr problematischer Prozess ist. Der Ansteckungsterminologie scheint ein Potenzial innezuwohnen, Phänomene, die außerhalb gewohnter, d. h. in diesem Fall westlich-abendländischer Kontexte liegen, beschreibbar und damit begreifbar zu machen. Diesem Sachverhalt gibt bereits Lévy-Bruhl Ausdruck, der die Kreativität des so genannten Primitiven auch darin erkannte, dass der westliche Diskurs sich neue Begriffe aneignen müsse, um das ›Wesen‹ des Primitiven, nämlich das nicht-identifikatorische, ›ansteckende‹ Denken, zu erkennen. Zugleich aber liegt in dem kreativen Potential von Ansteckung auch deren Problematik, da es sich durch die Aufladung mit der Dualität zwischen dem Fremden und dem Eigenen um ein ideologisch höchst explosives Feld handelt.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Ansteckung ein bewegliches, schwer zu greifendes Phänomen ist. Es verbindet verschiedene Diskurse, historische Kontexte und Zugänge miteinander. Wie der koloniale Kontext deutlich macht, ist Ansteckung ein Konzept, das Grenzen zwischen dem Eigenen und dem Fremden schafft. Das Fremde – der ansteckende Körper – wird pathologisiert und diagnostiziert als etwas Gefährliches. Dadurch hängt Ansteckung mit Gewalt zusammen: mit individueller Gewalt von und an einem einzelnen Menschen, mit der Gewalt von epidemiologischen und bevölkerungspolitischen Maßnahmen auf einer höheren Ebene, aber auch mit der Gewalt der Krankheiten, Bazillen und Parasiten und deren Materialisierung des Zwischenraumes und Grenzüberschreitungen. Deshalb ist Ansteckung sowohl eine Denkfigur für Grenzziehungen als auch eine für deren Überschreitung. Über die

45 FISCHER-LICHTE: 2004.

46 GUTJAHR: 2002, 47–65.

47 Neben primitivistischen Denkfiguren greifen Theorien des Zwischenraumes Konzepte auf, die bereits im Kolonialdiskurs der Beschreibung und Kategorisierung des Fremden dienten, so z. B. Konzepte der ›hybriden Mischung‹ und der ›kulturellen Mängelfähigkeit‹. Vgl. GEULEN: 2005.

Verhandlung von Grenzen hinaus ist Ansteckung ein Konzept, das eng mit ästhetischen Fragen in Zusammenhang steht. Dies zeigen Phänomene von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit, der Materialisierung des Zwischenraumes und nicht zuletzt die Denkfigur, dass Kunst ›ansteckend‹ sein soll: Kunst soll den Zuschauer auf einer anderen Ebene berühren als Nicht-Kunst, ihn ›infizieren‹. Dabei ist Ansteckung ein Phänomen, das sowohl für die Produktion als auch die Rezeption und Analyse von Kunst relevant ist. Der hier anhand von drei Beispielen aufgezeigte Zusammenhang mit (neo-)kolonialen und primitivistischen Kontexten zeigt jedoch die problematischen Seiten einer solchen Umwertung. Diese Problematik kann man bei der Beschäftigung mit dem ›Fremden‹ und dem ›Eigenen‹ nur schwer vermeiden. Man kann nur versuchen, die historischen und diskursiven Kontexte aufzuzeigen. In *Smillas Fornemmelse for Sne* geschieht dies durch die Überlappung unterschiedlicher Ebenen, so dass dem Leser klar wird, dass es mehrere, unterschiedliche Ansteckungs- und Fremdeheitsbegriffe gibt, die alles andere als eindeutig sind.

LITERATUR

- BESSER, Stephan: »Die hygienische Eroberung Afrikas«. In: HONOLD, Alexander und Klaus R. SCHERPE (Hg.): *Mit Deutschland um die Welt. Eine Kulturgeschichte des Fremden in der Kolonialzeit*. Stuttgart, Weimar: J.B. Metzler, 2004, 217–225.
- BHABHA, Homi: *Die Verortung der Kultur*. Tübingen: Stauffenburg, 2000.
- BOLDT, Esther: »Kunst als Erreger«. Rezension über: SCHAUB, Mirjam, Nicola SUTHOR und Erika FISCHER-LICHTE (Hg.): *Ansteckung. Zur Körperlichkeit eines ästhetischen Prinzips*. München: Wilhelm Fink, 2005. URL: http://iasl.uni-muenchen.de/rezensio/liste/Boldt_3770539990_1405.html, Zugriff am 11.05.2006.
- CARTWRIGHT, Lisa: *Screening the body. Tracing medicine's visual culture*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.
- DAVIS, Cynthia J.: »Contagion as Metaphor«. In: *American Literary History* 14 (2002:4), 828–836.
- DELEUZE, Gilles und Félix GUATTARI: *Tausend Plateaus. Kapitalismus und Schizophrenie*. Berlin: Merve, 1997.
- FISCHER-LICHTE, Erika: *Ästhetik des Performativen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2004.
- FOUCAULT, Michel: *Die Heterotopien. Der utopische Körper. Zwei Radiovorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2005.
- FRAZER, James George: *Der goldene Zweig. Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch, 2000.
- GEULEN, Christian: Rezension über: CONRAD, Sebastian und Schalini RANDERIA (Hg.): *Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften*. Frankfurt am Main: Campus, 2002. In: *sehpunkte* 3 (2003:9), (15.9.2003), URL: <http://www.sehpunkte.historicum.net/2003/09/2378.html>, Zugriff am 3.4.2006.
- GILMAN, Sander: *Disease and Representation: Images of Illness from Madness to AIDS*. Ithaca/New York: Cornell University Press, 1988.
- GRANINGER, Ulrika: *Fra osynligt till synligt: bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin*. Stockholm: Carlsson, 1997.
- GRÖNBECH, Vilhelm: *Primitiv religion*. Stockholm: Norstedt, 1915.
- GRÖNBECH, Vilhelm: *Primitiv religion. Tale, holdt ved Missionsudstillingen i København i Efteraaret 1918*. Gengivet efter Hukommelsen. Kopenhagen: o. A., 1919.
- GUTJAHN, Ortrud: »Fremde als literarische Inszenierung«. In: GUTJAHN, Ortrud (Hg.): *Fremde*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2002, 47–65.
- HANSEN, Thorkild: *Slavernes Kyst*. Kopenhagen: Gyldendals Paperbacks, 1987.
- HØEG, Peter: *Frøken Smillas Fornemmelse for Sne*, Kopenhagen: Rosinante Paperbacks, 2002.
- LÉVY-BRUHL, Lucien: *Das Denken der Naturvölker*. Wien, Leipzig: Braumüller, 1926.

- LYNCH, Lisa L.: »Arrowsmith Goes Native: Medicine and Empire in Fiction and Film«. In: *Mosaic: A Journal for the Interdisciplinary Study of Literature* 33 (2000:4), 193–208.
- Mens Pesten raser*. Programmheft. Kopenhagen: Det Danske Filminstitut, 1913.
- NILSSON, Martin P.: *Primitiv kultur*. Kopenhagen: Gyldendalske Boghandel, 1925.
- PERNICK, Martin S.: »Contagion and Culture«. In: *American Literary History* 14 (2002:4), 858–865.
- RIEDEL, Wolfgang: »Archäologie des Geistes. Theorien des wilden Denkens um 1900«. In: BARKHOFF, Jürgen, Gilbert CARR und Roger PAULIN (Hg.): *Das schwierige neunzehnte Jahrhundert. Germanistische Tagung zum 65. Geburtstag von Eda Sagarra im August 1998*. Tübingen: Max Niemeyer, 2000, 467–486.
- RUNG, Otto: *Mens Pesten raser*. Drehbuch. Kopenhagen: Det Danske Filminstitut, 1913.
- SARASIN, Philipp: *Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2005.
- SHELL, Heather: »The Sexist Gene: Science Fiction and the Germ Theory of History«. In: *American Literary History* 14 (2002:4), 805–827.
- SCHRÖDER, Stephan Michael: *Weißer Wiedergängerkunst, schwarze Buchstaben. Zur Interaktion zwischen dänischer Literatur und Kino bis 1918*. Habilitationsschrift. Berlin: Humboldt-Universität, 2003.
- SERRES, Michel: *Der Parasit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002.
- SKYDSGAARD, Morten A.: »Medicin«. In: KJÆRGAARD, Peter C. (Hg.): *Lys over landet. 1850–1920. Dansk Naturvidenskabs Historie*. Bd. 3. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2006, 217–250.
- TOMES, Nancy: »Epidemic Entertainment: Disease and Popular Culture in Early-Twentieth-Century America«. In: *American Literary History* 14 (2002:4), 686–719.
- TREICHLER, Paula A.: *How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham: Duke University Press, 1999.
- VON DEN STEINEN, Karl: *Unter den Naturvölkern Zentral-Brasiliens. Reiseschilderungen und Ergebnisse der Zweiten Schingu-Expedition 1887–1888*. Berlin: Reimer, 1894.
- WULFF, Wulff Joseph: *Da Guinea var dansk. Wulff Joseph Wulff's Breve og Dagbogsoptegnelser fra Guldkysten 1836–1842*. Hg. mit Anm. und Erkl. von Carl Behrens. Kopenhagen: Nyt nordisk Forlag, 1917.
- WUNDT, Wilhelm: *Die Sprache. Völkerpsychologie. Eine Untersuchung der Entwicklungsgesetze von Sprache, Mythos und Sitte. Erster Teil*. Leipzig: Wilhelm Engelmann, 1911a.
- WUNDT, Wilhelm: *Mythos und Religion. Völkerpsychologie. Eine Untersuchung der Entwicklungsgesetze von Sprache, Mythos und Sitte. Zweiter Teil*. Leipzig: Wilhelm Engelmann, 1911b.

STEFANIE VON SCHNURBEIN

Gender Trouble, Gesundheit und Begehren
in Ernst Ahlgrens/Victoria Benedictssons *Geld*

1885, im Erscheinungsjahr von Victoria Benedictssons Debütroman *Pengar* (*Geld*)¹, hat die sogenannte Sittlichkeitsdebatte in den skandinavischen Ländern ihren Höhepunkt erreicht. Nach Georg Brandes berühmter Forderung an die Literatur, Probleme zur Debatte zu stellen, stehen nun vor allem auch Moral, Ehe, Prostitution, Sexualität und deren Zusammenhang mit sozialen und ökonomischen Verhältnissen auf der Tagesordnung. Björnstjerne Björnsson setzt 1883 die literarische Debatte mit seinem Drama *En hanske* (*Ein Handschuh*) in Gang. Björnsson, der bis zu diesem Zeitpunkt als radikal und progressiv galt, kritisiert nun die herrschende Doppelmoral auf eine Weise, die seine bisherigen politischen Mitstreiter überrascht und befremdet. Er stellt die Forderung, Männer sollten ebenso wie Frauen keusch in die Ehe gehen.² Während Intellektuelle wie August Strindberg, Georg Brandes und Hans Jæger aus der so genannten Kristianiabohème die freie Liebe verteidigen, schlägt sich der größte Teil der Frauenbewegung auf Björnssons Seite. Damals wie heute wird meist ein unversöhnlicher Gegensatz zwischen den beiden Positionen angenommen,³ doch die Konfliktlinien verlaufen sehr viel komplizierter. Dies lässt sich an Victoria Benedictssons *Pengar* demonstrieren, dem Erstlingswerk einer Autorin, die konsequent unter dem Pseudonym Ernst Ahlgren publizierte und neben August Strindberg zu den bekanntesten und populärsten schwedischen AutorInnen der Zeit zählte.

In der Sittlichkeitsdebatte ging es nämlich keineswegs nur um Sexualmoral, sondern in hohem Maße auch um Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, vermittelt durch und verhandelt in einem medizinisch-psychiatrischen Diskurs, der die Vorstellungen von Sexualität und Ge-

1 Ich beziehe mich auf die folgende Ausgabe: Ernst Ahlgren: *Pengar*. Stockholm: Natur och kultur, 1997. Die Übersetzungen sind meine eigenen, da die Nuancen, auf die ich mich im Folgenden vor allem beziehe, in der verfügbaren deutschen Übersetzung von *Geld* nicht herausgearbeitet sind.

2 Vgl. IVERSEN: 1983.

3 Die unterschiedlichen Positionen in der sogenannten ›Sittlichkeitsdebatte‹ werden ausführlich analysiert in BREDSDORFF: 1973. Bredsdorffs Darstellung hat insbesondere in der frühen feministischen Literaturforschung große Verärgerung hervorgerufen. Die Positionen in dieser sogenannten ›Metafehde‹ sind dokumentiert in HERTEL: 1975.

schlecht nicht nur zur Zeit Benedictssons, sondern auch im gesamten 20. Jahrhundert geprägt hat. Ein populärwissenschaftliches Werk erwies sich im skandinavischen Kontext als besonders wirkmächtig für den Diskurs über Gesundheit und Sexualität: das Buch des englischen Arztes und Sexualreformers George Drysdale, das den barocken Titel *The elements of social science; Or, Physical, sexual, and natural religion; an exposition of the true cause and only cure of the three primary social evils: poverty, prostitution, and celibacy* trägt und 1879 anonym in dänischer Übersetzung erschien.⁴ Wie spätere Anhänger einer ›freien Liebe‹ war Drysdale überzeugt von der Notwendigkeit, eine ›gesunde‹, d. h. heterosexuelle und reproduktive Sexualität, zu fördern. Anderenfalls, also bei Unterdrückung dieser gesunden Sexualität, entstünden allerhand Perversionen, womit im Kontext der Zeit so gut wie alle sexuellen Varianten zählten, von der Homosexualität über den Fetischismus bis hin zu Nekrophilie, kurz gesagt, alles, was von der Definition einer gesunden Sexualität, die ausschließlich im Dienste der Zeugung steht, abweicht. In dieser Perspektive werden also Vitalität und eine ›gesunde‹ Sexualität zu Synonymen, während Perversion mit männlichem Potenzverlust, Verweiblichung und Tod gleichgesetzt wird.⁵

Normative Vorstellungen dieser Art werden in Victoria Benedictssons Roman verhandelt, verschoben und teilweise in paradoxe Zusammenbrüche hinein geführt. *Pengar* kann als Beispiel für einen weiblichen Entwicklungsroman gelesen werden. Er ist szenisch aufgebaut, vorwiegend aus der Perspektive der Hauptfigur Selma Berg erzählt und schildert ihre Entwicklung von einem naiven und vitalen Teenager zur erwachsenen Frau. Diese Entwicklung führt zwar zu ihrer Desillusionierung, endet aber auch damit, dass sie zu neuen Erkenntnissen und einem neuen Bewusstsein über sich selbst gelangt. Das jugendhafte Mädchen Selma hat künstlerische Ambitionen, denen sie jedoch nicht folgt. Sie geht vielmehr eine Versorgungsehe mit einem älteren Mann ein. In Gesprächen mit ihrem idealisierten Vetter Richard und in ihrem Verzicht auf eine erotische Verbindung mit ihm kommt sie zu einer neuen Reife. Am Ende des Ro-

4 DRYSDALE, George: *Grundtræk af Samfundsvidenskaben, eller fysisk, kjønslig og naturlig Religion. En Fremstilling af den sande Aarsag til og eneste Helbredsmiddel for Samfundets tre Hovedonder: Fattigdom, Prostitution og Cølibat af en Doctor i Medicinen*. Kopenhagen 1879.

5 Zum Perversionsdiskurs der Zeit und seinen Verhandlungen in der skandinavischen Literatur vgl. SCHNURBEIN: 2001b, 29–130; SCHNURBEIN: 2001a.

mans konfrontiert sie ihren Mann in einem Dialog, der deutlich an Noras große Abrechnung am Ende von Henrik Ibsens *Et Dukkehjem* (*Nora. Ein Puppenheim*) angelehnt ist. Danach fasst sie den Entschluss, sich auf eine Stelle an einem Gymnastikinstitut in Deutschland zu bewerben.

Der Roman ist eine klare Kritik der Versorgungsehe, er wendet sich leidenschaftlich gegen die mangelnde Aufklärung und Bildung von Mädchen und Frauen, die dazu führt, dass diese ahnungslos in Bezug auf Sexualität, Ökonomie und Machtverhältnisse in die Ehe gehen. Der Roman wendet sich gegen die ökonomische Abhängigkeit von Frauen und vertritt das Ideal einer geistigen Kameradschaft zwischen Frau und Mann. Mit diesen Tendenzen kann *Pengar* als direkter Beitrag zur Sittlichkeitsdebatte gelesen werden, wo er eine Art Zwischenstellung einnimmt, da er sowohl die ›unmoralische‹ Vernunftsehe als auch die für die Frau ebenso zerstörerische freie Liebe verwirft.

Männlichkeit und Weiblichkeit in *Pengar*

Ich möchte meine Analyse mit der Frage nach der Bedeutung der Kategorien Weiblichkeit und Männlichkeit einleiten. Eine bezeichnende Replik darüber, was es im Wertekosmos des Romans heißt, Frau zu sein, findet sich in einer Schlüsselszene des zweiten Teils. Es handelt sich um eine Szene, die Selmas traumatische Hochzeitsnacht schildert, in der sie mit der ›tierischen‹ Seite ihres Mannes konfrontiert wird, wie es im Roman heißt. Ihr Schock wird in folgenden Worten zusammengefasst: »Das naive Kind war verschwunden, die Ehrlichkeit verschwunden, und an ihrem Platz standen Selbsterhaltungstrieb und Verstellung – jetzt war die Frau fertig.« (96).⁶ Weiblichkeit ist hier also gleichbedeutend mit Lüge und Berechnung, oder, um mit der französischen Psychoanalytikerin Joan Rivière zu sprechen, eine Maskerade.⁷ Diese künstliche Weiblichkeit wird später im Text von Elvira verkörpert und in Szene gesetzt, der späteren Verlobten und Ehefrau von Selmas bewundertem und geliebtem Vetter Richard. Elvira wird als blonde, schöne, etwas korpulente Luxusfrau geschildert, die sich am liebsten in der schwülen und kränklichen Atmosphäre des Boudoirs aufhält. Es handelt sich um eine berechnende Weib-

6 »Det naiva barnet var försvunnet, ärligheten borta, och i dess plats stodo självupphållelsedrift och förställning; – nu var kvinnan färdig.«

7 RIVIÈRE: 1929.

lichkeit, die im ganz wörtlichen Sinne mit dem Thema Geld verbunden ist. Auf diese Parallelisierung zwischen Geld, Verstellung und Weiblichkeit wird noch zurückzukommen sein. Zunächst ist festzustellen, dass es im ganzen Roman kein einziges positives Bild von Weiblichkeit gibt, das als Alternative zu dieser artifiziellen Weiblichkeit bestehen könnte. Es finden sich zahlreiche Passagen, in denen Selma natürlich und naturnah erscheint, lebensfroh und vital erscheint, beispielsweise, wenn sie bei ihrer Lieblingsbeschäftigung, dem Reiten, geschildert wird. An diesen Stellen wird sie jedoch durchgehend als jugendlich oder männlich attribuiert. Schon das erste Kapitel präsentiert ihre positiven Eigenschaften durch einen Kontrast zwischen natürlicher (und ländlicher) Männlichkeit und einer künstlichen (und urbanen) Weiblichkeit, wenn es über die junge Selma heißt: Ihr »Gang hatte nicht die trippelnde Gefälligkeit einer Stadtdame, sondern eher die schlendernden Bewegungen eines halberwachsenen Jungen.« (5).⁸

Das bedeutet freilich nicht, dass die Überschreitung von Geschlechtergrenzen an sich das Ideal des Romans bildet. Ganz im Gegenteil nämlich werden negative Eigenschaften von Männern häufig als Zeichen einer negativ besetzten Entmännlichung beschrieben. Diese führt jedoch nicht in jedem Fall zu einer Verweiblichung, sie weist im Roman vielmehr in drei unterschiedliche Richtungen, die von drei unterschiedlichen Männern repräsentiert werden. Die positivste Männerfigur von diesen dreien ist Selmas Vater, ein lebensfroher, gefühlvoller Mann, der aber bedauerlicherweise so wenig Geschäftssinn besitzt, dass er seine Familie nicht ernähren kann. Nach dem Tod seiner Frau muss er daher seine junge Tochter zu ihrem Onkel schicken. Im kameradschaftlichen Verhältnis zwischen Selma und ihrem Vater werden nicht die Geschlechterverhältnisse verkehrt, sondern die Generationengrenzen. Selma wird zu einer Mutterfigur, der Vater zu einem »alten Kind« (91).⁹ Selmas Ehemann ist ökonomisch erfolgreich, repräsentiert aber eine abstoßende Männlichkeit, die zwischen Sentimentalität und Brutalität schwankt. Im entscheidenden Augenblick der Hochzeitsnacht überschreitet er die Grenze vom Menschen zum Tier: In seiner sexuellen Gier wird er zur Märchenfigur König Lindwurm, der sich nachts in ein haariges Tier verwandelt.

8 »[...] gången hade icke en stadsdams trippande behag, snarare en halvvuxen pojkes slängande fasoner.«

9 »[...] gamla barn«.

Die Grenze zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit wird von einer dritten Figur überschritten, von Selmas Jugendfreund, dem schönen Künstler Axel Möller. Seine Haut ist weiblich hell¹⁰, er ist intelligent, aber schwach und melancholisch: »Es gab nichts Keckes, nichts Männliches an ihm; er glich einer der Pflanzen, die aus Lichtmangel weiße Blätter anstelle von grünen bekommen.« (6).¹¹ In diesem Bild einer welkenden Pflanze wird Weiblichkeit eine Kategorie, die mit einem unnatürlichen, dunklen Innenraum assoziiert wird, ganz ähnlich, wie es auch mit dem Bild des Boudoirs der Fall ist. Das biologische Bild schafft gleichzeitig eine Verbindungslinie zum darwinistischen Degenerationskonzept. Als Folge seiner Entmännlichung hat der degenerierte, willenlose Melancholiker nicht die Kraft, den Widerstand zu überwinden, der sich ihm auf dem Weg zur Künstlerschaft entgegenstellt. Selmas Hoffnung, sich mit Hilfe Axels der Welt der Kunst zu nähern, ist daher aufgrund seiner Feminisierung zum Scheitern verurteilt. Er selbst endet als Alkoholiker und findet einen frühen Tod.

Weiblichkeit in *Pengar* ist also zwar eine teilweise faszinierende, aber stets negativ bewertete Kategorie, egal, ob sie sich in Frauen oder in Männern findet. Männlichkeit hingegen gibt es in zwei Varianten. Auf der einen Seite ist sie als eine negative, unterdrückende Macht dargestellt, beispielsweise bei Selmas Onkel, der sich mit Kirche und Staat verbündet, um Selma in die Ehe zu bringen, oder bei ihrem Ehemann selbst. Auf der anderen Seite steht Männlichkeit für Rationalität, körperliche und geistige Schaffenskraft, am eindringlichsten verkörpert im Idealmann Richard. Auch bei Selma signifiziert diese männliche Seite Natürlichkeit, Gesundheit und Durchsetzungsvermögen.

Als Zwischenbilanz möchte ich vorschlagen, diese Variante der Geschlechterüberschreitung hin zu einer weiblichen Männlichkeit als Parallelphänomen zu einer Erscheinung zu lesen, das Judith Halberstam am Rande ihrer Untersuchung zu *Female Masculinities*¹² erwähnt. Sie sieht die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts als eine Zeit, in der der »wahrhaft weibliche« Körper durch Mode und Sitte deformiert worden sei. »Weiblichkeit« als solche sei daher in bestimmten Kontexten zum Zeichen für

10 »kvinnligt ljus«.

11 »Det fanns ingenting käck, ingenting manligt hos honom; han liknade en av dessa plantor, som av brist på ljus få vita blad i stället för gröna.«

12 HALBERSTAM: 1998.

Künstlichkeit und Unnatur geworden. Männliche Züge in Frauen, beispielsweise in den amerikanischen Cowgirls, konnten demnach durchaus zu Zeichen für Natürlichkeit und Gesundheit werden. Halberstam weist explizit darauf hin, dass diese Variante »weiblicher toughness« keineswegs als ›lesbisch‹ wahrgenommen werden musste.

Strukturen des Begehrens in *Pengar*

Aufgrund des großen Gewichts, das Selmas Abscheu vor dem körperlichen Begehren der Männer in *Pengar* zukommt, ist der Schluss gezogen worden, Begehrensstrukturen spielen keine Rolle in diesem Roman. Eine einleuchtendere Variante schlägt vor, Benedictssons Werk als Ausdruck einer Suche nach einem genuin weiblichen Begehren zu interpretieren.¹³ Doch auch diese Einschätzung mutet seltsam an, wenn man die grundsätzlich negative Bewertung von Weiblichkeit an sich im Roman ernst nimmt. Helmer Lång hat daraus den Schluss gezogen, der Autorin selbst und ihren Romanfiguren eine lesbische Orientierung zuzuschreiben.¹⁴ Alle drei Lesarten haben das Problem gemeinsam, dass sie von einer einfachen binären Logik ausgehen, in der Begehren und Geschlecht so aufeinander bezogen werden, dass das heterosexuelle Begehren zwischen einem ›richtigen‹ Mann und einer ›richtigen‹ Frau als Norm gesetzt wird. Homosexualität wird so zu einem abweichenden Begehren, das eine abweichende oder geschwächte Geschlechtsidentifikation impliziert: Frauen, die Frauen begehren, sind weniger weiblich, oder umgekehrt, maskuline Frauen müssen ein lesbisches Begehren haben. Analog gilt dies für homosexuelle Männer und ihre ›mangelnde Männlichkeit‹. Ich möchte im Folgenden zeigen, dass *Pengar* selbst eine solche heteronormative Logik in Frage stellt. Der Roman ist von komplizierten, man könnte sagen ›perverse‹ Begehrensmustern durchzogen, die nicht ausschließlich negativ erscheinen.

In einer Szene im zweiten Romanteil wird zum ersten Mal Selmas körperliches Begehren thematisiert – und zwar in einem sadomasochistischen Kontext, der sicherlich im Zusammenhang mit Perversionsdiskursen seiner Zeit gelesen werden kann, diese jedoch in paradoxer Weise auf

¹³ Diese These vertritt Eva Heggstad in Bezug auf den Roman *Fru Marianne*. HEGGSTADT: 1991.

¹⁴ Z. B. LÅNG: 1981.

den Kopf stellt. Selma wird ans Krankenbett ihres Vaters gerufen und begegnet dort dem Vetter und Jugendfreund, dem Arzt Richard. Dieser hält die ins Zimmer stürmende Selma mit einem heftigen Griff am Arm zurück. Sein Zorn scheint sie zu beruhigen, sie wendet sich ab,

während sie ihr Taschentuch ans Gesicht drückte. Aber da waren keine Tränen mehr. Sie wollte nur ihre Freude verbergen. Sie genoss seine Brutalität. [...] Sie – die zu Hause alles Beherrschende – die zu Tode Gelangweilte, Blasierte, sie, die mit einem Streicheln alles kaufen konnte, was Geld zu schenken vermag, und deren Umgebung ihr für Kost und Lohn gehorchte, sie stand jetzt da und genoss es, wie ein Hund angefahren zu werden. (104)¹⁵

In diesem Augenblick fühlt sie, dass »die Jugend, das Leben, die Freiheit«¹⁶ wiederkehren,

all das, was sie für Geld verkauft hatte, all dies, was nicht gemanagt und berechnet wird, sondern von selbst kommt. Es war die Frische, den Willen eines anderen gegen den eigenen zu fühlen, nicht mit dem Zwang sich zu beugen, sondern mit der Freiheit zu kämpfen. (104).¹⁷

Und wenig später heißt es: »Diese Unterwerfung war vollkommen freiwillig; es war deutlich zu sehen, dass sie ihr Vergnügen machte.« (105)¹⁸

Die masochistische Unterwerfung unter den Willen des starken Mannes ruft also durchaus körperliche Lustgefühle hervor. Paradoxaerweise nun werden diese masochistischen Lüste aber gerade nicht als pervers und krankhaft gewertet, sondern mit Gesundheit, Frische, Ehrlichkeit und Vitalität in Verbindung gebracht. Dies wiederum sind Eigenschaften, die, wie ich vorher gezeigt habe, ›männlich‹ besetzt sind. Damit kann der hier beschriebene Masochismus auch nicht als krankhafter ›weiblicher Masochismus‹ gedeutet und abgewertet werden. Weiblich und damit negativ besetzt ist vielmehr die Kehrseite dieses vitalen Masochismus: die Ehe, die als materialistisch, von Geld beherrscht und letztlich als ›per-

15 »medan hon tryckte näsduken mot sitt ansikte. Men där fanns icke längre några tårar. Det var endast en glädje hon ville dölja. Hon njöt av hans brutalitet. [...] Hon – den i hemmet allhärskande – den uttråkade, blaserade, hon, som med en smekning kunne köpa allt vad pengar förmå skänka, och som av omgivningen åtlýddes för kost och lön, hon stod nu och njöt av att bli åthutad som en hund.«

16 »ungdomen, livet, friheten«.

17 »allt detta, som hon sålt för pengar, allt detta som icke ledes och beräknas, utan kommer av sig självt. Det var friskheten av att känna en annans vilja mot sin egen, icke med tvånget att böja sig, utan med friheten att brottas.«

18 »Den var alldeles frivillig denna underkastelse; det syntes tydligt att den gjorde henne ett nöje.«

vers< gekennzeichnet ist. Und wiederum paradoxerweise wird an dieser Ehe hier nicht die Unterordnung der Frau unter den ökonomisch mächtigen Mann kritisiert, sondern es ist die, man könnte sagen, ›sadistische‹, perverse Frau, die »zu Hause alles beherrscht«. Die hier durchscheinende Begehrensstruktur lässt sich damit auf folgenden Nenner bringen: Weiblichkeit, Sadismus und ökonomische Macht sind krankhaft und pervers, ein als männlich figurierter Masochismus, der sich allerdings in einer Frau befindet, hingegen erscheinen als gesund und vital. Wichtig erscheint weiter, dass Selma dieses Geschehen ganz offenbar deshalb körperlich genießen kann, weil von Richard in dem Augenblick keine explizit (hetero-)sexuelle Forderung ausgeht.

Wie die Überschreitung der Geschlechtergrenzen hat auch dieses masochistische Muster eine negative, männliche Spielart. Selmas zukünftiger Ehemann hat zu viele romantische Romane gelesen und verwechselt seine krankhafte Sehnsucht nach der idealisierten Selma mit wahrer Liebe. Über diese künstlich induzierte Sehnsucht heißt es:

Er genoss es richtiggehend, sich mit allen Möglichkeiten zu foltern und versenkte sich in eine bodenlose Leere mit dem Begehren, sie in ihrer ganzen Reichweite zu fühlen. (47)¹⁹

Diese Phantasien werden von der Erzählinstanz als ›krank‹ klassifiziert. Symptome einer solchen unrealistischen Liebesehnsucht werden im Diskurs der Zeit normalerweise Frauen nach dem Vorbild der Madame Bovary zugeschrieben. Sie haben zu viele Romane gelesen und sind daher nicht im Stande, Realität und eine überbordende Phantasie zu unterscheiden. Dies wiederum führt zu sexueller Ausschweifung und Kränklichkeit. Damit wird Kristerson hier zum Repräsentanten eines krankhaften, weiblich konnotierten Masochismus.

Im Verlauf des Textes verkomplizieren sich die paradoxen Begehrensspiele weiter in einer merkwürdigen Dreieckskonstellation zwischen Selma, Richard und dessen Verlobter Elvira. In einer Szene in Elviras Boudoir sieht Selma mit dem geradezu klassischen Blick des bekleideten männlichen Voyeurs auf die halb bekleidete, vor dem Spiegel sitzende Elvira, die die »hellen Wogen ihres Haars, die sich unter dem Kamm wellten« (138),²⁰ kämmt. Selmas erste Worte sind: »Weißt du was! – Es ist

¹⁹ »Han riktigt njöt av att pina sig med alla möjligheter och fördjupade sig i en bottenlös tomhet, under begäret att få känna den i hela dess utsträckning.«

²⁰ »ljusa hårvågor, som böljade för kammen.«

ganz schrecklich lustig, Frauenzimmer anzuschauen – nota bene: schöne Frauenzimmer, rief sie aus und schlug mit der Reitgerte an ihre Schuhspitze.« (138–139).²¹ Der folgende Replikwechsel thematisiert nun Selmas männliche Erscheinungsweise, die durch das Setting der Szene und durch Elviras Blick und Reaktion auf Selma auf einmal in einem erotischen Licht erscheint. »Ich glaube, du hättest ein Kerl werden solle; das hätte so gut zu dir gepasst, sagte Elvira, wickelte ihr Haar hoch und beugte sich nach vorn zum Spiegel.« (138).²² Die erotische Stimmung wird durch den Wechsel des Gesprächsthemas gebrochen: Selma versucht sich nun in der Rolle der Eheberaterin für Elvira und verwendet die erotische Spannung dazu, Richard näher zu kommen. Elvira wird in einer Art travestierten homosozialen Konstellation das verbindende weibliche Objekt zwischen den ›Männern‹ Richard und Selma. Wenn Selma unmittelbar danach Richards körperliche Annäherung zurückweist, so lässt sich das nun nicht mehr auf ihre angebliche Frigidität zurückführen. Es handelt sich vielmehr um eine Art ›homophobe‹ Reaktion, da eine zu direkte erotische Verbindung mit einem Mann Selmas männliche Identität und damit ihre Gesundheit und Ehrlichkeit bedrohen würde.

In ihrer bahnbrechenden Relektüre von *Pengar* sieht die Literaturwissenschaftlerin Yvonne Leffler in dieser Szenenabfolge das Hauptproblem Selmas inszeniert,²³ die »Verachtung ihres eigenen, biologischen Geschlechts«. Hieraus resultiere eine »innere, schwankende Geschlechtsidentität oder vielleicht sogar eine homosexuelle Neigung«, was letztlich zu »verheerenden Wirkungen für die Frau« führe.²⁴ Leffler kommt in ihrer Analyse zu wichtigen Beobachtungen und Schlussfolgerungen. Wenn sie im Einzelnen dennoch weniger plausible Interpretationen vorschlägt, so liegt das daran, dass sie eine ›gesunde‹ Kontinuität zwischen »biologischem Geschlecht« und »innerer Geschlechtsidentität« voraussetzt. Ist diese Kontinuität gestört, ist also die Frau vermännlicht, so führe das zu Homosexualität. Nimmt man den Romantext selbst beim Wort, ist die Konsequenz dessen, was Leffler hier als »unsichere Geschlechtsidentität« bezeichnet, jedoch keineswegs »verheerend«. Ich meine im Gegenteil ge-

21 »Vet du vad! – det är gruvligt roligt att se på fruntimmer – nota bene: vackra fruntimmer, utbrast hon muntert i det hon slog med ridspöet mot spetsen av sin sko.«

22 »Jag tycker du borde ha blivit karl; det skulle passat dig så bra, sade Elvira i det hon virade upp håret och böjde sig fram emot spegeln.«

23 LEFFLER: 1997.

24 Ebd., 66.

zeigt zu haben, dass gerade Selmas jungenhafte und später männliche Eigenschaften ausgesprochen positiv gezeichnet sind, dass sie für den Lebenswillen der Protagonistin stehen und ihr am Romanende zumindest die Aussicht auf ein eigenständiges, besseres Leben eröffnen – ein Leben, das durch die Verbindung mit dem Gymnastikinstitut direkt dem Dienst an der Gesundheit gewidmet ist.

Als Gegengewicht gegen solche Vereindeutigungen von Ahlgrens komplexem Text möchte ich vorschlagen, die Ambivalenz bzw. Mehrdeutigkeit festzuhalten, mit der das konnotiert ist, was als ›Perversionen‹ bezeichnet wird. Im herrschenden Diskurs erscheinen männliche Weiblichkeit, Masochismus und lesbisches Begehren als ›unnatürliche‹ und kranke Perversionen. Im Roman sind sie auf paradoxe Art Zeichen dafür, dass Selma die Welt der Lüge, des Geldes und des krankhaften Luxus hinter sich lässt und zurückkehrt zu Ehrlichkeit, Gesundheit, aber auch Armut. In Bezug auf feminisierte oder ›masochistische‹ Männer hingegen wird die negative Bewertung der ›Perversion‹ aufrecht erhalten. Axels Verweiblichung wird als künstlich und unnatürlich geschildert und ist zu Krankheit und Untergang verdammt, ein Untergang, der auch die romantische Kunstauffassung trifft, die er repräsentiert. Die masochistische Liebessehnsucht von Selmas Ehemann ist Ausdruck seiner pervertierten Männlichkeit, der weibliche und tierische Attribute zugeschrieben werden. Und schließlich wird der weiblichen Frau eine ähnlich negative Bewertung zuteil.

Gesundheit und Körperideale

Die ideale, gesunde Männlichkeit in Frauen und Männern in *Pengar* kann nicht von anderen identitätskonstituierenden Kategorien getrennt werden. Das Ideal ist vielmehr gebunden an die Größen Alter und Körperform. Richard und Selma gehören zur jungen Generation, beide werden als vital geschildert und besonders bei Selma ist diese Vitalität eine Funktion ihrer Jugendlichkeit. Wenn sie positiv erscheint, ist sie nicht nur männlich, sondern erscheint vor allem jungenhaft. Hingegen ist ihre negative Seite Ausdruck ihres Erwachsenseins und ihrer Weiblichkeit. Ihre jugendliche Vitalität findet in eindruckliche Bilder ihres schönen, biegsamen und schlanken Körpers Ausdruck. Mehrere Schlüsselszenen, in denen ihre Lebhaftigkeit und Lebenskraft in Szene gesetzt werden, zeigen sie in Reitkleidung oder hoch zu Pferd und fokussieren ihren schlanken Körper.

Mit einer harten Bewegung zog sie ihre Jacke zurecht, so dass sie stramm um ihre Taille saß, stützte ihre Hand mit der Reitgerte gegen das rechte Knie und saß dann bewegungslos im Sattel. Sie fühlte sich so frei und glücklich, so gesund und jung (169),²⁵

heißt es beispielsweise beim Abschied von Richard und Elvira, wenn sie deren Wagen nachreitet, um sich ein letztes Mal ihrem Geliebten zu zeigen. Häufig wird darauf hingewiesen, dass ihre Anziehungskraft nicht in konventionell schönen Gesichtszügen liege, sie wird vielmehr mehrmals als direkt hässlich bezeichnet. Ihre eigentliche Schönheit liegt in ihrem Körper und ihren Bewegungen. Genau dies gibt ihr am Ende die Möglichkeit, dadurch aus der Ehe auszubrechen, dass sie eine Stelle in einem Gymnastikinstitut sucht. Dadurch, dass das Ideal einer weiblichen Männlichkeit an die Idealisierung eines vitalen, schlanken und elastischen Körpers gebunden wird, bekommt auch meine bisher recht positive Deutung der Öffnung des Romantextes hin zu einem ›perversen Begehren‹ eine andere und weniger optimistische Dimension. Sowohl das Gymnastikinstitut als auch Richards Beruf des rationalen, modernen jungen Arztes verweisen auf einen Diskurs, der auf die Normalisierung und Rationalisierung des Körpers verweist, die im 20. Jahrhundert große Bedeutung erhält und zum Beispiel einhergehen mit einem übersteigerten Schlankheitsideal und Fettphobie.²⁶

In diesem Zusammenhang ist der Umstand von Bedeutung, dass zwei der eher negativ gezeichneten Figuren in *Pengar* fettleibig sind. Die Luxusfrau Elvira hat, wie erwähnt, eine Tendenz zur ›Korpulenz‹, während der Ehemann Selmas, Patron Kristerson, immer wieder als »dick« beschrieben wird und in Selmas Augen einem »rasierten Schwein« (50)²⁷ gleicht. In der großen Abrechnungsszene zwischen Selma und ihrem Mann wird dieser körperliche Gegensatz durch das unterschiedliche Verhältnis der beiden zum Essen in Szene gesetzt. Nach dem Besuch einer Kunstausstellung in Stockholm befindet sich das Paar in seinem Hotelzimmer. Kristerson hat luxuriöse Speisen wie Kaviar, Trauben und Champagner bestellt und fordert Selma mit Repliken wie »Der Kaviar ist

25 »Med ett hårt tag drog hon ned sin jacka, så att den kom stramt om livet, stödde handen med ridspöt mot sitt högra knä och satt sedan orörlig i sadeln. Hon kände sig så fri och glad, så rask och ung.«

26 Zu diesen Entwicklungen von Körperbildern und ihrem Zusammenhang mit kulturellen und ökonomischen Tendenzen der Nachkriegszeit vgl. z. B. BORDO: 1993.

27 »rakad gris«.

ausgezeichnet« (181)²⁸ mehrfach dazu auf zu essen und zu trinken. Dieses Verhalten wird im Text mit seinem fortgeschrittenen Alter und körperlichen Verfall in Zusammenhang gebracht: »Der Patron war jetzt 51 Jahre alt, und er sah nicht jünger aus; sein Mund hatte einen schlaffen Zug angenommen, seit er sich ein Gebiss angeschafft hatte, und das Haar war dünn.« (181)²⁹ Selma dagegen möchte nicht essen, sondern reden und sagt wiederholt: »Iss du, Pål, ich kann nicht.« (181).³⁰ Ihre Abweisung des Essens wird damit als gesund figuriert, das Essen ihres Mannes als krank und alt. Diese Dynamik wird verstärkt durch ein Bild von Selmas attraktivem, schlankem Körper. Im Gespräch kommt sie an einen Punkt, wo sie behauptet, dass die Scham keine Macht mehr über sie habe und dass sie damit Kraft bekommt, sich von der Dominanz des Mannes zu befreien. Kurz danach wird ihr Körper mit folgenden Worten geschildert:

In einem überschwänglichen Gefühl von jugendlicher Kraft beugte sie sich zurück und streckte ihre Arme aus, so dass sich die schlanke Gestalt wie ein Kreuz gegen die helle Gardine abzeichnete. Diese Geste zeigte mit einem Mal die ganze ungezwungene Schönheit der ganzen Figur – nicht ins Korsett geschnürt, sondern von der biegsamen Kraft der Natur aufrecht gehalten – diese feine Geschmeidigkeit, die den Eindruck erweckt, sie könne wie eine Stahlfeder gebeugt werden und wieder aufspringen. Von dem doppelzüngigen Schlangenkopf [ihrem teuren Halsschmuck, SvS] schossen lange Blitze, die sich vielfarbig im Licht brachen. (194)³¹

Dieses Bild bindet den ›natürlichen‹, schönen, schlanken und biegsamen Körper an Frauenbefreiung und Vitalität. Gleichzeitig jedoch gibt ihr der Schlangenschmuck, der auf Selmas Brust blitzt, eine Aura gefährlicher Weiblichkeit. Die Idealisierung dieses Körpers wird jedoch auf subtile Weise gebrochen. Zwar wird er wörtlich als schön, zwanglos und stark beschrieben, die Symbolebene figuriert die »schlanke Gestalt« jedoch als eine gekreuzigte. Liest man die Körperbilder in *Pengar* als frühe Formen

28 »Kaviaren är utmärkt.«

29 »Patronen var femtioett år nu, och han såg icke yngre ut; det hadde kommit ett slappt drag kring munnen, sedan han lagt sig till med löständer, och håret var tunt.«

30 »Ät du, Pål, jag kan inte.«

31 »I den översvallande känslan av ungdomlig kraft böjde hon sig tillbaka och sträckte ut sina armar, så att den smärta gestalten tecknade sig som ett kors mot den ljusa gardinen. Denna åtbörd visade med ens hela figurens tvångfria skönhet – ikke snörd i korsett, utan uppuren av naturens böjliga styrka – denna fina smidighet som ger intrycket av att kunna böjas som en stålfjäder och springa upp igen. Från det dubbeltungade ormhuvudet sköto långa blixtar, som bröto sig mångfärgat emot ljuset.«

eines Körperideals, das einen schlanken, normalisierten Frauenkörper mit deutlichen Grenzen idealisiert, so kann dieses Bild möglicherweise als vorsichtiger Hinweis auf die zwangsförmigen Seiten eines solchen Ideals gedeutet werden. Es gibt wenig Hinweise im Roman, dass eine solche Kritik der Textintention zugrunde liegt. Der letzte Satz des Buches jedoch gibt möglicherweise einen weiteren Hinweis darauf, dass auch dieses Körperideal nicht unumschränkt positiv figuriert ist, zumindest nicht in Selmas eigenen Augen. Nachdem sie an Richard geschrieben hat mit der Bitte, für sie ein Gymnastikinstitut zu finden, heißt es nämlich: »Dann beugte sie sich herunter und blies ihre Kerze aus, denn sie wollte sich im Dunkeln ausziehen.« (199).³²

Ernst Ahlgren, Victoria Benedictsson und die Unmöglichkeit des ›perversen‹ Lebens

Ungeachtet dieser eher spekulativen Dimension möchte ich darauf bestehen, dass das Ende von *Pengar* eine vage, jedoch vorsichtig optimistische Perspektive für Selma aufzeigt, die jetzt die künstliche Weiblichkeit abweist und sich dem Ziel nähert, ihre eigene, männlich konnotierte ›Natürlichkeit‹ und Vitalität zurückzuerobert. Sicherlich existiert hier kein direkter und ungebrochener Zusammenhang zwischen Autor/in und Figur, zwischen Schreiben und Leben, dennoch meine ich, dass es Zusammenhänge zwischen diesem literarischen Optimismus und den Selbstdarstellungen der Autorin in Tagebüchern und Briefen gibt. In *Pengar* und später auch in *Fru Marianne* gesteht Victoria Benedictsson ihren weiblichen Hauptfiguren Entwicklung und Zukunftshoffnungen zu, der letztgenannte Roman endet sogar in einer positiven Utopie der Zusammenarbeit zwischen Mann und Frau. In ihrem eigenen Leben blieb Benedictsson hingegen trotz ihres Erfolges als Autorin der Zugang zu der Form von Autorschaft verschlossen, den sie für sich wünschte: eine Autorschaft, die deutlich männlich konnotiert ist. Ihr ganzes Leben lang band sie ihr Schreiben an einen männlichen Namen, Ernst Ahlgren, einen Namen, den sie beibehielt, obwohl das Pseudonym bald gelüftet war. Und sie verwendete den Namen nicht nur aus praktischen Gründen, sondern auch im privaten Zusammenhang, wenn es um ihre Identität als Autor und Intellektueller ging.

32 »Så böjde hon sig ned och blåste ut sitt ljus, ty hon ville kläda av sig i mörkret.«

Charlotte Jørgensen hat eine überzeugende Analyse dieser Konstellation vorgelegt.³³ Sie liest sie als Versuch, durch eine asketische Logik Anerkennung und intellektuelle Autorität in einer patriarchalen Gesellschaft zu erlangen. Daher ist für sie Benedictssons Psychose und anschließender Selbstmord auch keine Folge der Zurückweisung durch den Geliebten Georg Brandes, sondern eher eine Konsequenz der unheilbaren Spaltung in ein männliches, geistiges Selbst und ein verworfenes, weibliches und körperliches Selbst: Ernst tötet also Victoria. Doch auch Jørgensen übersieht eine Dimension, die sowohl im Roman als auch in anderen Schriften von Benedictsson/Ahlgren deutlich wird. Die asketische Logik, die in der Tat ihr/sein ganzes Werk und Leben durchzieht, ist keinesfalls unkörperlich, sondern trägt dazu bei, eine ganz bestimmte Form von körperlichem Begehren und Entfaltung herzustellen. Wie erwähnt, weist Selma ja nur die heterosexuelle, genitale Sexualität ab. Es finden sich außerdem Hinweise in *Stora boken*, der großen Sammlung von Aufzeichnungen und Notizen, die Benedictsson hinterließ, dass die Autorin mit ihrer Hauptfigur eine ›perverse‹ und ›männliche‹ Begehrensstruktur teilt.³⁴ Der Unterschied liegt in der Konklusion: Während dieses Begehren in Ahlgrens Romanen als etwas geschildert wird, das eine gewisse Zukunftsperspektive beinhaltet, kann Benedictsson in ihrem eigenen Leben dafür keinen Raum finden. Bedenkt man, dass Selmas Hoffnung in *Pengar* nicht nur an ihre eigene weibliche Männlichkeit gebunden ist, sondern direkt abhängig erscheint von ihrem gesunden und vitalen Körper, verweist das möglicherweise auf einen anderen Grund für das Dilemma von Benedictsson/Ahlgren als öffentliche Figur und Autor/in, wie es in den Selbstdarstellungen erscheint. Nach einer langen Krankheit, die sie mehrere Jahre ans Bett fesselte, war ihr nämlich selbst eine vitale, körperliche Entfaltung unmöglich. Im Gegensatz zu ihren Romanfiguren, die in körperlicher Arbeit Erfüllung finden, sucht sie diese in der weniger ›natürlichen‹ Autorschaft, was zu einem unüberwindbaren Konflikt zu führen scheint.

Die literarischen Verhandlungen des Konfliktes in den Romanen hingegen erweisen sich als erstaunlich aktuell für eine moderne Gendertheorie.

33 JØRGENSEN: 1995.

34 Claudia Lindén legt in ihrer Analyse des Verhältnisses von Ellen Key und Ernst Ahlgren auf Grundlage von Briefen und Tagebuchaufzeichnungen eine überzeugende Lesart einer solchen Begehrensstruktur vor. Vgl. LINDÉN: 2000.

Pengar führt nämlich vor, dass Geschlecht keine essentielle Größe ist, sondern eine performative Kategorie in Judith Butlers Sinne.³⁵ Weiblichkeit wird im Roman als lügenhafte Maskerade verworfen, während Männlichkeit ein Ideal ist, das sich sowohl in männlichen als auch in weiblichen Körpern befindet. Dieses instabile Geschlechtermodell wird zudem mit den Kategorien Gesundheit und Krankheit, Perversion und Normalität verschränkt. Damit werden auch diese Dichotomien in paradoxe Konstellationen überführt und ihre vermeintliche Eindeutigkeit wird in Frage gestellt. Die vorliegende Analyse konnte daher zeigen, dass *Pengar* durchaus als Roman gelesen werden kann, der auch die Grenzziehungsprozesse zwischen all diesen Kategorien in ein neues Licht stellt.

35 BUTLER: 1990.

LITERATUR

- AHLGREN, Ernst: *Pengar*. Stockholm: Natur och kultur, 1997.
- BORDO, Susan: *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press, 1983.
- BUTLER, Judith: *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge, 1990.
- BREDSORFF, Elias: *Den store nordiske krig om seksualmoralen. En dokumentarisk femstilling af sædelighedsdebatten i nordisk litteratur i 1880'erne*. Kopenhagen: Gyldendal, 1973.
- HALBERSTAM, Judith: *Female Masculinities*. Durham, London: Duke University Press, 1998.
- HEGGESTADT, Eva: *Fången och fri. 1880-talets svenska kvinnliga författare om hemmet, yrkeslivet och konstnärskapet*. (= Skrifter utgivna av Avdelningen för litteratursociologi vid Litteraturvetenskapliga institutionen i Uppsala; 27), Uppsala: Avdelningen för litteratursociologi vid Litteraturvetenskapliga institutionen, 1991.
- HERTEL, Hans (Hg.): *Könsroller i litteraturen. En antologi*. Kopenhagen: Information, 1975.
- IVERSEN, Irene: »Bjørnstjerne Bjørnson og kvinnens frigjøring«. In: *Vinduet* 37 (1983:3), 65–77.
- JØRGENSEN, Charlotte: *Ernst og Victoria. Et dobbeltportræt af Victoria Benedictsson*. Kopenhagen: Munksgaard Rosinante, 1995.
- LÅNG, Helmer: »Sapfo i Hörby. Var Victoria Benedictson lesbisk?«. In: LÅNG, Helmer: *Kvinnor, vagabonder och visionärer. Studier i litteratur och konst*, Laholm: Settern, 1981, 69–86.
- LEFFLER, Yvonne: »Maskspel och dubbelexponering. Berättartekniska strategier hos kvinnliga 1880-talsförfattare«. In: LEFFLER, Yvonne (Hg.): *Bakom maskerna. Det dolda budskapet hos kvinnliga 1880-talsförfattare*. Karlstad: Högskolan i Karlstad, 1997, 47–67.
- LINDÉN, Claudia: »Mellan man och kvinna. Ernst Ahlgren och fröken Key – en kärlekshistoria«. In: *Tidskrift för litteraturvetenskap* 29 (2000:2), 3–28.
- RIVIÈRE, Joan: »Womanliness as a masquerade«. In: *International journal of psychoanalysis* 10 (1929), 36–45.
- SCHNURBEIN, Stefanie von: »Failed Seductions: Crises of Masculinity in Knut Hamsun's Pan and Knut Faldbakken's Glahn«. In: *Scandinavian Studies* 73 (2001a:2), 147–164.
- SCHNURBEIN, Stefanie von: *Krisen der Männlichkeit. Schreiben und Geschlechterdiskurs in skandinavischen Romanen seit 1890*. Göttingen: Wallstein, 2001b.

LILL-ANN KÖRBER
Badende Männer:
Gesundheit, Krankheit und Künstlerschaft

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die in Ein- und Ausschlussprozessen gegenüber einzelnen Personen oder Personengruppen strategisch eingesetzt werden können. Meist wird das Gesunde als das Normale, Akzeptierte und Respektierte aufgefasst, Krankheit hingegen mit Abweichung und Verachtung verbunden. In anderen Kontexten kann es umgekehrt sein. Man könnte meinen, dass Gesundheit und Krankheit in der Sphäre von Kunst und Literatur eine geringere Rolle spielen, da es sich eher um geistige als um körperliche Prozesse und Produkte handelt. Schaut man sich den Kunstdiskurs im Lauf der Zeit an, wird aber offensichtlich, dass Intellektuelle und Künstler oft als abweichend wahrgenommen worden sind, ob im positiven oder negativen Sinn. Im Kunstdiskurs um 1900 scheinen Gesundheit und Krankheit in der Charakterisierung und Bewertung von Künstlern und Schriftstellern als Einzelpersonen oder als Gruppe eine große Rolle zu spielen. Am Ende des 19. Jahrhunderts lauteten die Schlagworte Dekadenz und Degeneration. Künstler wurden als krankhaft nervös erachtet. Die Reaktion war ambivalent: Während diese Nervosität einerseits als Bedingung für künstlerisches Schaffen angesehen wurde, erschienen die Künstler andererseits als ungeeignet für ein gewöhnliches bürgerliches Leben und die Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Die Avantgardekunst wurde oft als ›wahnsinnig‹ bezeichnet. Die Künstler wurden heftig für ihre krankhafte Abweichung kritisiert, während es gleichzeitig genau das war, was von ihnen erwartet wurde.

Es scheint, als ob sich die Erwartungen an die Künstler mit gestiegenen Ansprüchen an deren Verantwortung zu Beginn des 20. Jahrhunderts veränderten. Begriffe wie Männlichkeit, Stärke und Gesundheit tauchen im Diskurs auf. Beispielsweise schreibt ein Kunstkritiker über Edvard Munch: »Wir brauchen starke, gesund lebende Künstlerpersönlichkeiten mit reinem Herzen, die eine tiefe Verantwortung für die Verwaltung ihrer Gaben verspüren.«¹ In der Wahrnehmung des Publikums und der Kritiker handelte die Kunst, die ich in diesem Aufsatz untersuche, von der Über-

1 *Nya Pressen*, 19. April 1911.

windung eines Krankheitszustands. Sich zusammenreißen ist die Parole. Das bedeutet unter anderem, etwas zu malen, was das Publikum mit den eigenen Augen sehen und womit es sich identifizieren kann, in diesem Fall Landschaften und Menschen. Avantgardekunst ist akzeptiert, solange sie nicht aussieht wie die Fantasien eines Geisteskranken, wie Zeitgenossen Munchs *Der Schrei* oder *Madonna* oft wahrnahmen. Ein Rezensent schreibt folglich, Munch sei »in seinen Landschaften gesünder und verständlicher als in seinen Kompositionen«.²

Gesundheit und Krankheit sind in erster Linie körperliche Phänomene. Wie werden Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit Repräsentationen des Körpers verhandelt, und inwiefern tragen diese Repräsentationen wiederum zu Differenzierungsprozessen zwischen Gesundheit und Krankheit bei? Das künstlerische Genre, das sich am eingehendsten mit dem Körper beschäftigt, ist der Akt, die Darstellung des nackten Körpers. Vor dem Ende des 19. Jahrhunderts hatten Norwegen und Schweden kaum eine Tradition des Akts vorzuweisen. An den Kunstakademien wurde Aktzeichnen unterrichtet, aber sehr wenige Künstler malten nach ihrer Ausbildung Akte und stellten sie aus.³ Erst im Rahmen der Freiluftkultur am Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelten Künstler wie Edvard Munch (1863–1944), Eugène Jansson (1862–1915), Anders Zorn (1860–1920) und J.A.G. Acke (1895–1924) ein spezifisches Aktmotiv: Badende in einer nordeuropäischen Landschaft. Die skandinavischen Künstler verbanden das kunsthistorisch traditionelle Badendemotiv mit dem zeitgenössischen Gesundheitsdiskurs und damit dem Baden als moderner kultureller Praxis. Ihre Badenden reflektieren die Freiluftkultur als Gesundheit und Natürlichkeit fördernde Bewegung. Sport, Sonne und Bad wurden in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts als gesund und als Teil eines gesellschaftshygienischen Programms propagiert. In diesem Kontext wurde dem nackten Körper eine große Aufmerksamkeit zuteil, auch wenn der Umgang mit ihm sehr ambivalent war. Einerseits wurde Nacktheit als der natürlichste aller Zustände angesehen, vor allem von sich neu formierenden Nudistengruppen und anderen Lebensreformern. Andererseits galten hinsichtlich des Badens strenge Regeln. Die meisten der in der Zeit eröffneten Strandbäder waren nach Geschlechtern aufgeteilt, und Badeanzüge sollten den Hals,

² Ein Kritiker über eine Munchausstellung in Bergen, *Bergens Tidende*, 9. Juni 1909.

³ BENGTTSSON: 1994.

die Oberarme und die Beine bis zu den Knien bedecken.⁴ Für die Künstler, die das traditionelle Badendemotiv modernisieren wollten, ging es also darum, zeitgenössische ästhetische Körper zu malen ohne Anstoß zu wecken.

Für diejenigen, die erwachsene männliche Akte malten, war dies eine besonders schwere Aufgabe. Nackte Kinder und Jugendliche zu malen erschien unproblematisch, da ihre Körper nicht in erster Linie als sexuell wahrgenommen wurden. An Darstellungen nackter Frauen war man schon lange gewöhnt und hatte akzeptiert, dass die Modelle teilweise offensichtlich Prostituierte waren. Als Munchs Galerist in Hamburg sich 1907 weigerte, *Badende Männer* (Abb. 1) auszustellen, fragte sich sein Mäzen Gustav Schiefler in seinem Tagebuch: »Warum sollen Männerakte anstößiger sein als nackte Frauen?«⁵ Ein Grund war wohl, dass man als Sittenwächter die anständigen bürgerlichen Frauen im Publikum vor dem Anblick schützen wollte. Ein anderer Grund, der nicht genannt wird, der aber implizit eine große Rolle in der Debatte spielt, ist der potenzielle homoerotische Inhalt des Bilds. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Aufmerksamkeit gegenüber Homosexualität in der Gesellschaft waren Betrachter von männlichen Akten dazu gezwungen anzuerkennen, dass auch die Repräsentation des nackten männlichen Körpers ein Begehren für diesen Körper auslösen konnte. Das Publikum, das die Bilder zu sehen bekam, als sie erstmals ausgestellt wurden, konnte die Debatte um Homosexualität nicht ignorieren, die in jenen Jahren geführt wurde. Der schwedische Historiker Greger Eman nennt das Jahr 1907 als Zeitpunkt für den ›homosexuellen Durchbruch‹ im öffentlichen Bewusstsein Schwedens.⁶ Laut dem Historiker Wilhelm von Rosen waren auch in Dänemark die Jahre 1906/1907 in der öffentlichen Debatte um Homosexualität entscheidend.⁷ Ein ähnlicher Zeitraum gilt für Norwegen⁸ und auch

4 BARDON: 1999.

5 Gustav Schieflers Tagebuch, 30. Oktober 1907. MUNCH und SCHIEFLER: 1987, 259.

6 EMAN: 1999a. 1907 fand ein Prozess gegen den Fabrikanten und Kunsthandwerker Nils Santesson wegen illegaler homosexueller Handlungen statt, der große Aufmerksamkeit der Presse weckte. Der Prozess ist hinsichtlich der Bedeutung für Schweden vergleichbar mit dem Prozess gegen Oscar Wilde in England 1895.

7 Vgl. ROSEN: 1993. In den Jahren 1906 und 1907 fand ein Prozess gegen 14 Homosexuelle statt, auch dieser fand ein großes Echo in der Presse. Die Affäre wurde als »die große Sittlichkeitssache« (»den Store Sædelighedssag«) bezeichnet.

8 Vgl. JORDÅEN: 2003.

für Deutschland, wo zwischen 1906 und 1908 die Eulenberg-Affäre um Kabinettsmitglieder Kaiser Wilhelms II. tobte. Trotz der Illegalität und Strafbarkeit homosexueller Handlungen bildete sich in den Großstädten eine homosexuelle Subkultur heraus.⁹ 1907 stellten Edvard Munch und Eugène Jansson ihre männlichen Akte zum ersten Mal aus. *Östrasalt* (Abb. 3), der erste männliche Akt des schwedischen Malers J.A.G. Acke, entstand 1906.

Insgesamt sind im Zusammenhang mit den skandinavischen Badenenden vom Anfang des 20. Jahrhunderts vier Differenzierungsprozesse besonders relevant: Differenzierungen zwischen Homo- und Heterosexualität, zwischen den Geschlechtern, in Bezug auf Alter im Hinblick auf Sexualität und zwischen Gesundheit und Krankheit. Es handelt sich um ein Spannungsfeld zwischen dem Kult des gesunden Körpers in der Freiluftkultur und dem abweichenden, perversen, also kranken Körper. Letzteres gilt sowohl für den männlichen homosexuellen Körper (Homosexualität bei Frauen wurde in einem viel geringeren Umfang diskutiert) als auch für prostituierte Frauen. Prostituierten wurde eine abweichende Sexualität zugeschrieben, zu der angeblich auch Arbeiterklassefrauen tendierten.¹⁰ Auf Grund dieser Spannungsverhältnisse ist es vereinfacht, die Bilder als Visualisierung von Lebenskraft und Gesundheit anzusehen, wie sie im Umfeld der Lebensreform propagiert wurden und bis heute von der Vitalismusforschung rezipiert werden. Ich gehe stattdessen davon aus, dass der Zusammenhang zwischen Künstler, Körper und Gesundheit sowohl von den Künstlern als auch von Rezensenten inszeniert wird. Diese Inszenierung, das Feiern von Gesundheit und Lebenskraft, kann also als Strategie angesehen werden, mit deren Hilfe umstrittene Bilder erklärt und vermittelt werden. Mit Differenzierungen zwischen Gesundheit und Krankheit als Ausgangspunkt möchte ich im Folgenden Bilder von Edvard Munch, J.A.G. Acke und Eugène Jansson und ihren Entstehungskontext untersuchen.

9 In Dänemark wurde Homosexualität 1933 entkriminalisiert, in Schweden 1944 und in Norwegen erst 1972. In Dänemark wurde Homosexualität bis 1972 als psychische Krankheit gewertet, in Norwegen und Schweden bis 1979.

10 Vgl. CLAYSON: 1991.

Nacktheit und Gesundheit bei Edvard Munch

Die Periode um die Jahrhundertwende 1900 im Leben des norwegischen Künstlers Edvard Munch ist von Rastlosigkeit, Wurzellosigkeit und Krankheit geprägt. Er verbrachte viel Zeit in Sanatorien. Typisch für Munchs ›Kuren‹ scheint gewesen zu sein, dass er sie sich meistens selbst verschrieb, dass er meist die Diagnose selbst stellte, dass er keinen Arzt aufsuchte, wenn es ihm schlecht ging, und dass er eine Behandlung abbrach, bevor sie eine Wirkung hätte erzielen konnte. In den meisten Briefen aus dieser Zeit beschreibt er ausführlich seinen Gesundheitszustand, ungeachtet der Tatsache, ob er ein freundschaftliches oder nur ein berufliches Verhältnis zum Empfänger pflegte. Der Mäzen Gustav Schiefler kommentierte Munchs Verhältnis zu Krankheit in einem Brief an seine Frau, als er Munch in Warnemünde besuchte:

Er ist Hypochonder, klagt über Schmerzen im Rücken, weiß nicht, obs Rheumatismus oder Sodbrennen ist, er kann sich aber nicht entschließen, zum Arzt zu gehen. Typus: hypochondrischer Junggeselle.¹¹

In der langen Reihe an Krankheiten und Behandlungsmethoden gibt es indessen eine Konstante: das Baden. Munch betrieb das Baden als Kur und als Freizeitvergnügen, in Form von Fichtennadelbädern, Wasserkuren, warmer oder kalter Bäder, am Meer und in den Bergen, Schwimmen in Badehäusern oder im Meer. Aus allen Briefen geht hervor, dass Munch sehr mit seinem Körper, mit dessen Funktion und Dysfunktion, beschäftigt war. Das Erforschen seines eigenen männlichen Körpers fällt in diesen Jahren mit Munchs künstlerischem Projekt zusammen. In den Badebildern verbindet er Freizeitbeschäftigung, Körperpflege und die Erschließung eines neuen Motivs. Während er sich seiner Gesundheit widmete, konnte er gleichzeitig seinem Interesse für Akte und das Badendemotiv nachgehen. Dieses Interesse gilt also gleichermaßen der Funktion und der Ästhetik des nackten Körpers.

Munch schildert die Sommer ab 1889 in Åsgårdstrand am Oslofjord und die Sommer 1907 und 1908 in Warnemünde an der deutschen Ostseeküste als die einzigen Perioden körperlichen Wohlbefindens. Ansonsten handelte es sich, wie gesagt, um einen Zeitraum, der von physischen Beschwerden und seelischen Belastungen geprägt war und mit Munchs Zusammenbruch und Aufenthalt in einer Nervenlinik in Kopenhagen

11 Gustav Schiefler an Luise Schiefler, 6. August 1907. MUNCH und SCHIEFLER: 1987, 253.

1908/1909 endete. Aus Åsgårdstrand schrieb Munch im Juli 1903 an Max Linde, einen Mäzen und Freund in Lübeck: »Ich segel, male und bin frisch – Trinke hier wenig Alkohol.«¹² Vier Jahre später schreibt er aus Warnemünde an den Kunstsammler und Mäzen Ernest Thiel in Stockholm:

Ich habe mich außerordentlich gut erholt. Ruhe, frische Luft und gute ökonomische Verhältnisse haben große Dinge erreicht – Ich lebe von Hafergrütze, Milch und Brot und Fisch – Diese Diät habe ich im Sommer begonnen. Die Nerven waren sowohl in den Augen als auch im Magen in Unordnung – Ich fühle mich jetzt wie neugeboren.¹³

Aus Urheberrechtsgründen kann die Grafik nur in der gedruckten Fassung erscheinen.

Due to restricted copyright the picture can only appear in the printed version.

Abb. 1: Edvard Munch: *Badende Männer* (1907)¹⁴

Munch begann seine Serie badender Männer 1904 in Åsgårdstrand. Das Hauptwerk, *Badende Männer*, wurde am Strand von Warnemünde gemalt. Am Strand mit nackten Modellen zu arbeiten war alles andere als unproblematisch. Sowohl nackt zu baden als auch zu fotografieren war streng verboten und Munch brauchte eine Sondergenehmigung, um nach den Öffnungszeiten am Strand arbeiten zu können. Das Bild auszustellen erwies sich als noch größeres Problem. Der Galerist in Hamburg weigerte

¹² Munch an Max Linde, 3. Juli 1903, zitiert nach HELLER: 1995, 114.

¹³ »Jeg har her kommet mig overordentlig. Ro, frisk Luft og gode økonomiske forhold har gjort store Ting – Jeg lever av Havregrød Melk og Brød og Fisk – Denne Diæt begyndte jeg med i sommer. Nerverne var i Uorden både i Øjnene och Maven – Jeg er nu som gjenfødt.« Munch an Ernest Thiel, 21. September 1907. Munch-Museum Oslo.

¹⁴ Edvard Munch: *Badende menn*. 1907. Öl auf Leinwand, 206 x 227,5 cm, Ateneum Helsinki. Copyright: Ateneum Helsinki.

sich, das Bild auszustellen, da es in den Augen des Publikums brutal und ungeschminkt wirkte.¹⁵ Erst 1910 stellte Munch das Bild aus. 1911 kaufte das Kunstmuseum Ateneum in Helsinki *Badende Männer* an, was in einer gewaltigen Debatte resultierte. Die meisten Teilnehmer an der Debatte kritisierten die Technik und betrachteten das Bild als unfertig und nachlässig gemalt. Aus den vielen Leserbriefen geht hervor, dass das Publikum das Bild nicht ›verstand‹. Vermutlich entsprach das Bild nicht in ausreichendem Maß dem Aktgenre und den idealen Körpern, an die das Publikum gewohnt war. Die Sonnenbräune, die behaarte Haut und die betonten Geschlechtsteile irritierten die Betrachter. Ein Akt sollte einen asexuellen weißen Körper mit gleichmäßiger und haarloser Haut ohne individuelle Kennzeichen wie Frisur und Bart zeigen. Munchs *Badende Männer* waren allzu alltäglich und modern in einer Zeit, als viele Akte noch mythologische oder historische Helden mit idealen und überhistorischen Körpern darstellten.

Munch selbst scheint sich der Körperideale bewusst gewesen zu sein und strebte mehr oder weniger ernsthaft danach, seinen Körper dem Ideal entsprechend zu trainieren. In einem Brief an den Cousin Ludvig Ravensberg schrieb er: »Als ich ein Profilbild von meiner Figur sah, beschloss ich nach Beratung mit meiner Eitelkeit, die Zeiten für Steinwerfen, Speerwerfen und Baden zu verlängern.«¹⁶ Vielleicht spielt er auf die Fotografie mit dem Titel *Edvard Munch als Akt* von 1903 an, die im Munchmuseum aufbewahrt wird und ihn in einer Pose zeigt, die an griechische Athletenskulpturen erinnert. Die Faszination für einen gesunden und trainierten Körper konnte möglicherweise nicht am eigenen Körper realisiert werden, sondern wurde in *Badende Männer* auf eine Weise inszeniert, die damals als radikal und modern wahrgenommen wurde. 1982 beschreibt die Kunstwissenschaftlerin Ragna Stang *Badende Männer* folglich als »eine mächtige Hymne an Lebensmut und Vitalität. [...] In der Herrschaft der Sonne über den Strand tritt uns der Mann selbst nach einem erneuernden Bad entgegen.«¹⁷ Ihr zufolge handelt es sich um ein

15 Vgl. Gustav Schiefler in seinem Tagebuch, 30. Oktober 1907. MUNCH und SCHIEFLER: 1987, 259.

16 »Da jeg så et Profilbillede af min figur besluttede jeg efter Samraad med min Forfængelighed at forlænge Stenkastningens, Spydkastningens og Badets timer.« Edvard Munch an Ludvig Ravensberg, 23. Juni 1904, Munch-Museum Oslo.

17 »en mægtig hymne til livsmod og vitalitet. [...] I solvældet over stranden træder selve manden os i møde efter et fornyelsens bad.«

»Monument des maskulinen Menschen« und des »gesunden, siegreichen Mannes«. ¹⁸

In der Munchrezeption und -forschung gibt es eine starke Tendenz, den Künstler mit seinen Bildern zu identifizieren. Als die Bilder und ihr Inhalt jetzt als ›gesund‹ beschrieben werden konnten, wechselten viele Kritiker die Spur und betonten die Schaffenskraft des Künstlers. In den 1890er Jahren war Munchs Kunst unter anderem von dem jungen Psychiater Johan Scharffenberg (1869–1965) als geisteskrank beschrieben worden, der seine Argumentation an Max Nordaus (1849–1923) einflussreiches Buch *Entartung* (1892) anlehnte. Auch der Schriftsteller Bjørnstjerne Bjørnson (1832–1910) hatte eine Stipendienvergabe an Munch mit den Worten kritisiert, es handle sich dabei nicht um eine »Krankenversicherung«. ¹⁹ Die Presse stürzte sich auf Gerüchte, Munch sei in Schlägereien verwickelt und in eine Nervenklinik eingewiesen worden und publizierte Artikel mit Überschriften wie »Norwegischer Maler geisteskrank«. ²⁰ Der Journalist und Freund Christian Gjerløff beeilte sich, Munch im Krankenhaus in Kopenhagen zu besuchen und einen langen Artikel in *Dagbladet* zu veröffentlichen. Im Interview erzählt Munch, der laut Gjerløff »vor Wohlbefinden strahle« ²¹, dass es ihm noch nie so gut gegangen sei und dass es die Sommer in Warnemünde gewesen seien, die diese »Wiederauferstehung zum Leben« ²² möglich gemacht hätten. Munch vergleicht seine Wiederauferstehung mit einer Verwandlung in den legendären Wikingerkönig Olav Tryggvason. ²³ Er inszeniert sich also als einer der mythologischen oder historischen Helden, die aus der Kunstgeschichte bekannt waren. Vermutlich trugen diese Inszenierung und die Erzählung von Munchs Gesundung dazu bei, dass das Publikum Munch als lebenskräftig statt geisteskrank wahrzunehmen begann. Man kann nur speku-

18 »monument over det maskuline menneske«, »sunde sejrende mand«. Zitiert nach: STANG: 1982, 197–198.

19 »Unsere wenigen und äußerst mageren Künstlerstipendien sind nun einmal auf keinen Fall als eine Art Krankenversicherung zu verstehen; sie so zu verwenden bedeutet, sie auf Abwege zu führen.« (»Men nu er vore få og yderst tarvelige kunstnerstipendier aldeles ikke en slags sygekasser; at bruge dem til det er at føre dem på afveje.«) Bjørnstjerne Bjørnson in *Dagbladet*, 16. Dezember 1891. Zitiert nach: STANG: 1982, 82.

20 »Norsk Maler sindssyg«. *Aftenbladet*, 5. Oktober 1908.

21 »straaler av bare velvære«.

22 »gjenopstandelse til livet«.

23 Christian Gjerløff: »Brev til Dagbladet«, *Dagbladet*, 8. Oktober 1908.

lieren, ob auch *Badende Männer* zu einer neuen Perspektive auf Munch beitrug, aber die Kritiker begannen gleichzeitig, den Künstler mit den abgebildeten muskulösen Männern zu identifizieren, statt wie früher mit dem ›Verrückten‹ auf *Der Schrei*:

Edvard Munch befindet sich jetzt in der vollen Blüte seiner Manneskraft. Noch nie hat sich seine Begabung so prächtig entfaltet wie jetzt, noch nie erschien seine Kraft so groß [...]. Er ist nicht nur der beste und fruchtbarste unserer Maler, sondern auch der unbeugsamste und männlichste.²⁴

Munch malte weiterhin klaustrophobische, gewaltsame Szenen. Er kämpfte weiterhin mit allen möglichen physischen und psychischen Beschwerden. Heute kennt das Publikum vor allem die ›kranken‹ Bilder wie *Der Schrei* und ist vor allem an Munchs Krankheiten interessiert. *Badende Männer* ist fast nie in Ausstellungen gezeigt worden. Aber die Inszenierung von Gesundheit und Lebenskraft hat eine Zeit lang dazu beigetragen, dass Munchs Schaffenskraft und Kreativität in den Fokus geriet und das Bild von dem Giganten gezeichnet wurde, als der er seither wahrgenommen wird.

Nacktheit und Gesundheit bei Eugène Jansson

Eugène Jansson war Mitglied des schwedischen Konstnårsförbundet (Künstlerverband) und war für seine nächtlichen Stockholmsansichten bekannt geworden. Nach der Jahrhundertwende hörte er auf zu malen. Als er einige Jahre später wieder an die Öffentlichkeit trat, verblüffte er Publikum und Kollegen: Er hatte vollständig sein Motiv gewechselt. Bis zu seinem Tod 1915 widmete er sich dann ausschließlich der Figurenmalerei: männliche Badende, Athleten und Matrosen- und Zirkusszenen. Meist handelte es sich dabei um Akte. Die Frage nach dem Grund für den plötzlichen Sinneswandel beschäftigt Kunstwissenschaftler bis heute. Ein Rezensent einer Ausstellung 1918 schreibt:

Gewiss passierte ihm gegen Ende seiner Laufbahn etwas Analoges mit Josephsons²⁵ Wahnsinn, als er seine besten Kräfte den kolossalen Leinwänden mit

24 »Edvard Munch staar nu i sin kraftigste manddoms alder. Aldrig har hans skaper-evne utfoldet sig pragtfuldere end nu, aldrig [har] hans kraft syntes større [...]. Han er ikke alene den ypperste og frodigste maler, vi eier, han er ogsaa den steileste og mandigste.« Jappe Nilssen in *Dagbladet*, 1. April 1911.

25 Der schwedische Maler Ernst Josephson (1851–1906), der an einer psychischen Krankheit litt.

männlichen Modellen widmete [...], wahnsinnig als Gemälde in Monumentalformat.²⁶

80 Jahre später drückt sich der Journalist Bengt Lagerkvist ähnlich aus:

In Carl Fredrik Hills²⁷ Fall war es die Geisteskrankheit, die die Veränderung bewirkte, in Eugène Janssons Fall etwas anderes – das, was ihn die Stadt als Motiv verlassen und stattdessen riesige Leinwände mit nackten Matrosen füllen ließ. Was war passiert?²⁸

Aus Urheberrechtsgründen kann die Grafik nur in der gedruckten Fassung erscheinen.

Due to restricted copyright the picture can only appear in the printed version.

Abb. 2: Eugène Jansson: *Das Badehaus der Marine* (1907)²⁹

Ähnlich wie bei Munch werden die skandalösen männlichen Akte mit dem physischen und psychischen Zustand des Künstlers, mit Sport und Training verbunden. So gut wie alle Texte über Jansson betonen die schwache körperliche Konstitution des Künstlers und den Versuch, diese durch fanatisches Sporttreiben zu verbessern:

26 »Visserligen hände det honom mot slutet av hans bana något analogt med Josephsons vansinne, då han ägnade sina bästa krafter åt de kolossala dukarna av manliga modeller [...], vansinniga som tavelkonst i monumentalformat.« *Dagens Nyheter*, 22. März 1918.

27 1849–1911, schwedischer Maler, der auch an einer psychischen Krankheit litt.

28 »I Carl Fredrik Hills fall var det sinnessjukdomen som åstadkom förändringen, i Eugène Janssons fall något annat – det som fick honom att lämna staden som motiv och istället fylla jättedukar med nakna flottister. Vad hade hänt?« LAGERKVIST: 1997, 24.

29 Eugène Jansson: *Flottans badhus*. 1907. Öl auf Leinwand, 197 x 301 cm. Thielska galleriet, Stockholm. Copyright: Thielska galleriet.

Ein schweres Nierenleiden resultierte [...] in einer Schrumpfniere, und die Ärzte sagten voraus, dass er keine zwanzig Jahre alt werden würde. Eine geringe Möglichkeit der Rettung sollte in einer äußerst hygienischen Lebensweise mit frischer Luft, Gymnastik und Baden liegen.³⁰

Aus dem Zitat von 1920 geht hervor, dass frische Luft und Sport, vor allem Schwimmen und Baden, als Therapie verordnet wurden. Der Kunsthistoriker Nils Wollin verknüpft die männlichen Akte mit diesem wichtigen Aspekt in Janssons Leben:

Als Folge seiner Krankheit war er ja schon als Jüngling gezwungen, oft die Badehäuser zu besuchen, um dort durch Freiluftsleben eine kräftigere Physis zu erringen. Schon früh wurde er deshalb in dieses Milieu nackter Körper in sportlicher Betätigung gezwungen. Immer mehr wurde es eine Lebensbedingung für den körperlich beeinträchtigten Künstler, an den Übungen teilzunehmen. Als es ihm klar wurde, dass die künstlerische Form, die er früher gepflegt hatte, erschöpft war, lag es ihm ganz natürlich am nächsten, die Welt künstlerisch umzusetzen, mit der er mit seinem physischen Ich so lange in Kontakt gestanden hatte.³¹

Wollin kann Janssons Vorliebe für männliche Akte nur damit erklären, dass Jansson einen großen Teil seiner Freizeit in Badehäusern verbrachte und offensichtlich von den nackten männlichen Körpern in Bewegung inspiriert worden sei. Wollin zufolge geschah das alles andere als freiwillig: Jansson sei dazu gezwungen gewesen, sich zwischen all den anderen Männern zu bewegen. In den Augen Wollins ist diese Erfahrung als Erklärung für die Entstehung der männlichen Akte hinreichend. Auf diese Weise klammert er eine mögliche Faszination oder sogar ein Begehren für die betrachteten Körper aus und verteidigt Janssons Motivwahl mit einer Kombination aus Zwang und ›Natürlichkeit‹, die paradox erscheint. Wollin erwähnt den Begriff Homosexualität nicht. Er identifiziert in den Akten hingegen ›den männlich gesunden Blick des Künstlers auf die Umwelt‹.³² Wollin zufolge befördert das Sporttreiben Männlichkeit, Ge-

30 »Ett svårt njurlidande resulterade [...] i skrupnjure, och läkarna förutspådde, att han ej skulle nå tjuogoårsaldern. En svag möjlighet till räddning skulle ligga i ett ytterst hygieniskt levnadssätt med frisk luft, gymnastik och badning.« WOLLIN: 1920, 7.

31 »Till följd av sin sjukdom nödgades han ju redan som yngling ofta besöka badhusen för att där genom friluftsliv kunna tillvinna sig en kraftigare fysik. Tidigt tvingades han därför in i denna miljö av nakna kroppar i idrottslig verksamhet. Allt mer växte det till ett livsvillkor för den fysiskt undermålige konstnären att delta i övningarna. När det så stod klart för honom, att en konstnärlig form, han tidigare odlat, var uttömd, låg det honom därför helt naturligt närmast att söka konstnärligt omsätta den värld, han med sitt fysiska jag så länge stått i kontakt med.« Ebd., 117.

32 »konstnärens manligt friska syn på omvärlden«. Ebd., 123.

sundheit und in Janssons Fall künstlerische Kreativität. Der Kunstsammler und -kritiker Klas Fåhræus äußerte sich einige Jahre später ähnlich:

[...] als er in seinem Wesen eine schwache, in gewisser Hinsicht halb weibliche Neigung verspürte, wurde eine Abhärtung dieses empfindlicheren Teils seiner Natur eine Parole für die Selbsterziehung, an der er sein ganzes Leben lang unbeugsam festhielt.³³

Meines Erachtens spielt Fåhræus mit der »schwachen, in gewisser Hinsicht halb weiblichen Neigung« deutlich auf den Verdacht der Homosexualität an, ohne ihn zu nennen – was 1915 wohl nicht möglich war. Bei Wollin und Fåhræus erscheint das Badehaus, wo man Jansson ständig antreffen konnte und wo er Motive und Modelle rekrutierte, als ein sehr ambivalenter Ort, wo Männlichkeit gleichzeitig bestärkt und bedroht wird. Der ›schwächere‹ Teil der Natur des Künstlers, der sich nicht nur auf seine körperliche Verfassung bezieht, wird im Badehaus im Kontakt mit unzähligen nackten männlichen Körpern sowohl in Versuchung geführt als auch abgehärtet. Die zeitgenössischen Texte über Jansson sind vom Versuch gekennzeichnet, die Nacktheit der Körper und die damit verbundene Sexualität, das Begehren, zu verleugnen, um die Männlichkeit, Gesundheit und körperliche Natürlichkeit des Künstlers wiederherzustellen.

Die Debatte um Janssons gesundheitlichen Zustand hört mit den 20er Jahren nicht auf. Bis heute sind die KritikerInnen am Zusammenhang zwischen den Athleten auf Janssons Bildern und dem Körper des Künstlers interessiert. Es scheint, als würden sie, wie im Folgenden Bengt Lagerkvist, immer mehr Krankheiten und ungünstige Bedingungen in Janssons Leben entdecken:

Er litt auch an anderen Schwierigkeiten außer der Armut. Er starb fast an Scharlach und wurde sein Leben lang von der Behinderung geplagt. Dazu Kurzsichtigkeit und ein ernstes Nierenleiden.³⁴

33 »[...] när han i sitt eget väsen skönjde en vek, i vissa avseenden halvt kvinnlig läggning, blev ett hårdande av denna ömmare del av hans natur en lösen för den självuppföstran, som han i hela sitt liv oböjligt vidhöll.« FÅHRÆUS: 1915, 478.

34 »Han drabbades också av andra svårigheter utom fattigdomen. Han blev halvdöd efter scharlakansfeber och plågades av handikappet hela sitt liv. Dessutom närsynthet och ett allvarligt njurlidande.« LAGERKVIST: 1997, 26.

Teddy Brunius knüpft an die Erklärungen seiner Kollegen aus den 10er- und 20er Jahren an, wenn er die Ursache für Janssons Aktmalerei in der Krankheit und im Sporttreiben des Künstlers sucht:

In seiner Kränklichkeit suchte er das Freiluftbad auf, wo die Marinesoldaten zusammen mit kräftigen Gefährten seine Zeit in Anspruch nehmen [...]. Für Eugène Janssons Malerei war das Bad der Marinesoldaten eine Quelle der Gesundheit.³⁵

Letzteres Zitat ist insofern besonders interessant, als es anfangs etwas über den Künstler aussagt, um mit dem Zustand seiner Malerei zu enden. Das Bad und die »kräftigen Gefährten« bedeuten eine Quelle der Gesundheit sowohl für den Künstler als auch für seine Kunst. Aber wie kann ein Kunstwerk gesund sein? Oder meint der Autor die dargestellten Körper? Ganz gleich ob die männlichen Akte als wahnsinnig oder gesund gedeutet werden, verknüpfen die Kritiker das Motiv der Bilder mit dem Körper des Künstlers.

Was genau in Janssons Bildern gibt Anlass zu all diesen Bemerkungen über Krankheit und Gesundheit? Deutlich ist eine Faszination für einen idealen Männerkörper. Wenn man die Badenden mit fotografischen Vorlagen vergleicht, wird deutlich, dass die Körper auf den Bildern vereinheitlicht sind. Der Künstler gleicht Unterschiede in Körpergröße, Alter, Gewicht und Körperbau aus. Wenn er ein antikes Ideal anstrebt, ist es nicht der Typus des Jünglings oder Epheben, sondern der griechische Athlet. Die Männer stehen und liegen in Posen. Die Bilder scheinen keine Abbildung einer realen Situation zu sein, sondern gleichen, abgesehen von der Farbigkeit, einem Blick in eine voll gestopfte Gipsabgusssammlung. Alle denkbaren traditionellen Posen kommen vor. Genau hierin liegt eine Ambivalenz zwischen dem offenbaren Kult des perfekten, gesunden, wohl trainierten und gepflegten Körpers und dessen zwanghaft erscheinender Wiederholung. Während der einzelne Körper gesund aussieht, kann der Anblick von Massen von ihnen als krank angesehen werden.

Neben der Wiederholung des nackten männlichen Körpers, die fast manisch wirkt, gibt es noch einen weiteren Grund dafür, dass die Bilder als abweichend wahrgenommen werden können. Einerseits sind die ba-

³⁵ »Han sökte sig i sin klenhet till friluftsbadet, där flottisterna upptog hans tid tillsammans med de kraftfulla ledsagarna [...]. För Eugène Janssons måleri var flottisternas bad en hälsokälla.« BRUNIUS: 1998, 64.

denden Männer auf Janssons Badebildern Bildobjekte, die mit bewussten Posen in Szene gesetzt werden. Andererseits sind sie selbst in den Anblick weiterer nackter Männerkörper versunken. Sie sind selbst Betrachter einer Szene. Das Bild reflektiert also das Betrachten selbst, den genussvollen Blick auf einen wohl geformten Männerkörper. Im Gegensatz zu Munch und Acke inszeniert Jansson die nackten Körper in einem gut gefüllten Badehaus und nicht am grenzenlosen Meer. An Stelle der Begegnung des individuellen Körpers mit der Natur steht die Interaktion zwischen den Körpern im Vordergrund. Die Blicke, die innerhalb des halböffentlichen Raums gewechselt werden, werden umso deutlicher, als sie von Blicken von außen geschützt sind. Wie auf Munchs *Badende Männer* versteckt Jansson die Geschlechtsorgane nicht, sondern der Blick des Betrachters wird direkt auf sie gelenkt. Die Bilder beinhalten also die Möglichkeit eines begehrenden Blicks auf einen männlichen Körper, den man sonst nur vom weiblichen Akt kennt. Die Sexualität der dargestellten Körper kann zwar verleugnet oder heruntergespielt werden, aber gleichzeitig wird der Betrachter auf seine eigene Sexualität hingewiesen. Obschon es nie ein Geheimnis war, dass die Lust von Betrachter und Künstler ein Bestandteil des weiblichen Akts ist, ist die Vorstellung eines homosexuellen Blicks immer noch ein heikles Thema.

Im Zusammenhang mit einer Ausstellung und einigen Publikationen über Eugène Jansson in den Jahren 1997/98 wurde in Zeitschriften, Tageszeitungen und im Fernsehen eine Kontroverse über seine Sexualität ausgetragen. Die Kunsthistorikerin Inga Zachau, die das Buch *Eugène Jansson. Der Maler der blauen Stadt* veröffentlichte und den Katalogtext zu einer großen retrospektiven Ausstellung in der Kunsthalle Liljevalchs schrieb, verleugnet Janssons Homosexualität und nennt verschiedene ›natürliche‹ Erklärungen für die Vorliebe für nackte Männerkörper. Einige Historiker und Journalisten protestierten gegen die aus ihrer Sicht heteronormative Kunstgeschichtsschreibung, die die Heterosexualität des Künstlers voraussetze, solange es nicht genügend ›Beweise‹ für seine Homosexualität gebe. Da homosexuelle Handlungen bis 1944 strafbar gewesen seien, ist es ihrer Meinung nach selbstverständlich, dass solche Belege in Janssons Fall nicht zu finden sind.³⁶

³⁶ Die Debatte begann mit Inga Zachaus Buch *Eugène Jansson. Den blå stadens målare (Eugène Jansson. Der Maler der blauen Stadt)* (= ZACHAU: 1997) und ihrem Beitrag zum Katalog der Liljevalchs konsthall (FOGELSTRÖM et al.: 1998). Zachaus Argumentation steht die Forschung des Historikers Greger Eman gegenüber, der ihn in die

Nacktheit und Gesundheit bei J.A.G. Acke

Auch Acke war Mitglied des Künstlerverbands. Im Gegensatz zu Jansson, der sein Leben lang in Stockholm wohnte, lebte er den größten Teil seines Lebens auf Åland und in den Schären und bewegte sich am liebsten mit dem Segelboot fort. Ab 1904 malte er Bilder vom Meer und von Booten sowie Akte, zunächst mit seinem Adoptivsohn Fausto als Modell. Ackes bekannteste Bilder sind wohl *Meereslauscher* und *Östrasalt*, die beide nackte männliche Figuren auf Klippen im Meer zeigen. Dass die Bilder am bekanntesten sind, liegt vermutlich daran, dass der Künstler vollständig mit den Figuren identifiziert wird, und die Bilder eine kollektive Erfahrung des schwedischen Sommers vermitteln. Im Hinblick auf letztere wurde *Meereslauscher* in die Ausstellung *Schönheit für alle* im Berliner Bröhan-Museum 2005 aufgenommen. Im Katalog wird das Bild im Abschnitt »Landschaftsmalerei – Melancholie und der Traum vom Norden« aufgeführt.³⁷ Da das Bild weder stilistisch noch kontextuell als ›Jugendstil in Schweden‹ bezeichnet werden kann, wie es der Titel der Ausstellung nahe legt, nehme ich an, dass das Bild in der Ausstellung im Rahmen eines schwedischen ›nation branding‹ verwendet wurde, um die Nähe zwischen Mensch und Natur als genuin schwedisches oder skandinavisches Phänomen und den nackten Körper somit als etwas Natürliches zu präsentieren. Diese Inszenierung von Ackes Kunst und dem Künstler selbst hat eine Tradition seit Ackes Lebenszeit und wurde auch von ihm selbst vorgeführt.

Die Argumentation in der Rezeption von J.A.G. Ackes männlichen Akten gleicht der von Jansson insofern, als Natürlichkeit und Kreativität verknüpft werden. Im Gegensatz zu Jansson, dessen natürliches Verhältnis zu nackten gesunden Körpern als Resultat eines anstrengenden Disziplinierungsprozesses erscheint, betont Klas Fähræus 1925 Ackes impulsives und nahes Verhältnis zur Natur: »In der Tiefe seines Wesens trat deutlicher als bei anderen der instinktive Naturmensch hervor.«³⁸ Wie bei Jansson wird Acke die vollständige Kontrolle seiner künstlerischen Mittel

Geschichte der Homosexuellen in Stockholm einordnet: EMAN: 1999b. Beide wurden 1997 in der Fernsehsendung von SVT *Natten är min. Om Eugène Janssons måleri (Die Nacht ist mein. Über Eugène Janssons Malerei)* interviewt.

³⁷ BECKER: 2005, 76.

³⁸ »På djupet av hans väsen framträdde mera tydligt än hos andra den instinktiva naturmänniskan.« FÄHRÆUS: 1925, 155.

und Motive abgesprochen. Die Kunst, die männlichen Akte, erscheinen als Resultat bestimmter Eigenschaften, der Umgebung und ›natürlicher‹ Prozesse. In einem Katalog von 1979 lautet die Argumentation wie folgt: »Acke hatte einen für ihn natürlichen Motivkreis gefunden und kam dadurch auch mit seinem Ausdrucksmittel, seiner Form und vor allem seiner Farbe zurecht.«³⁹ Wie bei Jansson werden sowohl der Künstler als auch seine Kunst, sogar die künstlerischen Mittel wie die Farbe, als gesund beschrieben. Tor Hedberg schreibt in einem Nachruf 1924 über Ackes Farbe, dass »er ihr eine Frische verleihen konnte, ein Unbewusstsein und eine Vitalität, die den Stempel des Persönlichen trägt.«⁴⁰

Aus Urheberrechtsgründen kann die Grafik nur in der gedruckten Fassung erscheinen.

Due to restricted copyright the picture can only appear in the printed version.

Abb. 3: J.A.G. Acke: *Östrasalt* (1906)⁴¹

So gut wie alle Kritiker erwähnen Ackes Segeln, auch metaphorisch, um die Lebensweise des Künstlers zu beschreiben, beispielsweise Karl Asplund in einem weiteren Nachruf:

Wie launenhaft er auch über die getrennten Meere der Kunstarten gekreuzt ist, wie übermütig schnell er auch über Stag gegangen ist und neue Kurse einge-

39 »Acke hade funnit en för honom naturlig motivkrets och därmed kom han också till rätta med sitt uttrycksmedel, sin form och framför allt sin färg.« LAGERLÖF: 1979, 10.

40 »han kunde förläna den en friskhet, en omedvetenhet och vitalitet, som bär det personligas stämpel.« *Dagens Nyheter*, 6. September 1924.

41 J.A.G. Acke: *Östrasalt*. 1906. Öl auf Leinwand, 98 x 135,5 cm. Privatsammlung. Copyright: Claes Moser.

schlagen hat, nie hatte er eine abendliche Windstille um sein Fahrzeug, sondern ständig frischen wechselnden Wind.⁴²

Alle Elemente sind in einem Artikel von Erland Lagerlöf aus dem Jahr 1962 versammelt:

Fast sein ganzes Werk bezeugt diese positive Lebenseinstellung, eine starke gesunde Freude. Acke war ein Träumer und Visionär, aber er war auch ein Freiluftsmensch, ein vitaler Lebensbejager, der in seinem Segelboot die Herrlichkeit mit allen Sinnen erlebte.⁴³

Acke wird stets als eine Art Reinkarnation des starken, virilen gesunden Manns dargestellt, der das erstrebenswerte Ideal in Vitalismus und Freiluftkultur ausmacht. Während es bei Munch und Jansson heißt, dieses Ideal bleibe eine visuelle Fantasie, wird bei Acke ein ›natürlicher‹ Zusammenhang zwischen der strotzenden Gesundheit und Lebenslust des Künstlers und deren visueller Umsetzung in den männlichen Akten hergestellt. Die Tendenz ist in den 1960er Jahren besonders stark, als Henning Hammargren ein Gedächtnisbuch über Acke herausgibt:

Ackes Meerbilder, stark und gesund/frisch inspiriert von Sommer und Meerluft, haben bessere Voraussetzungen dafür jung zu bleiben, durchströmt, wie sie sind, von einer gesunden natürlichen Schöpferkraft. Gibt es ein frischeres/gesünderes und unkonventionelleres Selbstporträt als seines, bei dem das braungebrannte lachende Gesicht beduinartig aus dem Badelaken hervortritt, oder einen Knabekörper, der mit mehr gesunder Sommerfrische gemalt ist als Faustos *An der Küste* von 1904? Auf *Östrasalt* von 1906 stehen drei starke und gesunde Männer auf der umspülten Klippe, es gibt keine Symbolik, aber es ist eine herrliche Hymne an das gesunde Leben.⁴⁴

42 »Hur nyckfullt han kryssat över konstarnernas skilda hav, hur övermodigt snabbt han gått över slag och tagit nya kurser, aldrig har han haft kvällsbleket kring sin farkost, utan ständigt frisk växlande vind.« ASPLUND: 1924.

43 »Nästan allt hans verk vittnar om denna positiva livsinställning, en stark sund glädje. Acke var drömmare och visionär, men han var också friluftsmänniska, en vital livsbejagare, som i sin segelbåt upplevde sommarens härlighet med alla sinnen.« LAGERLÖF: 1962, 41.

44 »Ackes havsmålningar, starkt och friskt inspirerade av sommar och saltluft har större betingelser för att förbli unga, genomströmmade som de är av en sund naturlig skaparkraft. Finns det ett friskare och mera okonventionellt självporträtt än hans med det brunbrända skrattande ansiktet beduinartat frånstickande ur badlakanet, eller en pojkkropp målad med mera sund sommarfriskhet än Faustos *I havsbandet* 1904? I *Östrasalt*, 1906, står tre starka och friska män på den omspolade hällen, där finns ingen symbolik men det är en härlig hymn till det sunda livet.« ASPLUND: 1960, 12.

Ganze sieben Mal werden im Zitat die Begriffe ›frisch‹ (im Schwedischen bedeutet ›frisk‹ sowohl gesund als auch frisch) und ›gesund‹ für die Beschreibung von Ackes Motiven und seiner Kunst verwandt. Es erstaunt nicht, dass auch die Nacktheit der Akte als natürlich und als Beweis für Lebensfreude und Nähe zur Natur gedeutet wird, wenn Künstler und Kunst auf so nachdrückliche Weise mit Gesundheit, Licht und Frische verknüpft werden. Sinnlichkeit wird lediglich in der Bedeutung von Naturerlebnis, von Ackes »Vermögen zur innerlichen Naturgemeinschaft«,⁴⁵ verstanden und damit entsexualisiert.⁴⁶ Der Körper des Künstlers wird im Rahmen der gleichen Logik verstanden. Eine Szene, in der sich Acke vor seinen Freunden nackt auszieht, um als wunderschöne Venusstatue zu posieren, für deren Beschreibung ihm die Worte fehlen, wird als weiterer Beweis für die Natürlichkeit und die Lebensfreude des Künstlers wahrgenommen.⁴⁷ Die Tatsache, dass Acke das Leben in den Schären der Großstadt vorzog und bis zu seinem Tod mit seiner einzigen Frau verheiratet war, trug dazu bei, dass ein Bild von Acke als von der Dekadenz der Künstlerkreise unberührt konstruiert wurde.

Dass das Betonen von Gesundheit und Lebenskraft in unterschiedlichen Zusammenhängen als Strategie fungieren kann, um Abweichungen zu verschleiern, gilt auch in Bezug auf Acke. *Meereslauscher* als Ausdruck für Lebenskraft und Lebensfreude zu interpretieren bedeutet beispielsweise, andere Deutungen auszuschließen. Die Figur, die sich an eine Klippe klammert, kann mit gleichem Recht als verzweifelt, als letzter Überlebender eines Schiffbruchs, beschrieben werden. Manche Quellen geben Veranlassung zu der Annahme, dass Acke Alkoholiker war. Tor Bonnier, dessen Eltern gut mit Ackes befreundet waren, schreibt, dass die Abendessen wegen Ackes Trinkerei oft mit Tränen der Ehefrau endeten.⁴⁸ Auch in Ackes Fall kann der Gesundheitsdiskurs in Heteronormativität münden. So verschweigt der Autor einer Kolumne Ackes männliche Akte, die alle schon existierten, als die Kolumne 1924 entstand. Stattdessen beschreibt er eine traditionelle Situation in einem Künstleratelier:

Habe den Künstler Acke bei der Arbeit gesehen, wie er auf der Leinwand mit Farben eines der menschlichen Wesen des Schöpfers wiedergibt; am liebsten in

45 »förmåga till innerlig naturgemenskap«.

46 RISSLER: 1960, 106.

47 Vgl. LINDSTRÖM: 1960, 142.

48 BONNIER: 1962.

der Gestalt einer jungen, frühlingshaft frischen Frau. Ich denke mir, dass ein kleines hellblondes Mädchen, die an eine Krokusknospe erinnert, auch ein dankbares Motiv für den Pinsel des Künstlers Acke wäre.⁴⁹

Meiner Kenntnis nach existiert kein Bild eines hellblonden Mädchens in Ackes Werk. Der Autor projiziert traditionelle Vorstellungen von einem männlichen Künstler und seinem weiblichen lebensfrohen und viel jüngeren Modell auf Acke und macht damit den männlichen Akt zu einem abweichenden und vernachlässigbaren Phänomen.

Zusammenfassung

Der Historiker Oliver König beschreibt das Baden zu Anfang des 19. Jahrhunderts als Schnittpunkt zwischen Scham und Hygiene.⁵⁰ Man hatte die Bedeutung von frischer Luft, Bad und Sonne für die Gesundheit erkannt, aber es erforderte eine große Anstrengung, bei leichter Bekleidung die Anständigkeit zu bewahren. Nacktheit wurde aus medizinischer und hygienischer Perspektive verteidigt, aber Nacktheit und Erotik sollten voneinander getrennt bleiben. Hier stand man vor einem Problem: Man konnte leicht Frauen und Männer voneinander trennen, aber nicht Hetero- und Homosexuelle. Badehäuser und Strände entwickelten sich zu Treffpunkten der homosexuellen Subkultur, aber Homosexuelle konnten nicht auf Grund ihres körperlichen Aussehens identifiziert werden. Mediziner hatten sie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts freilich für krank und degeneriert erklärt, aber das konnte nicht von den Körpern abgelesen werden. Im Gegenteil entwickelte die homosexuelle Subkultur schon früh einen Körperkult, der die Ästhetisierung des männlichen Körpers beförderte.

Die zeitgenössischen Reaktionen deuten darauf hin, dass es schwierig für die Betrachter von Ackes, Janssons und Munchs Badeszenen war, zwischen einer freundschaftlichen Gemeinschaft unter Männern und Homoerotik zu unterscheiden. Dennoch war genau dieser Unterschied, die An- oder Abwesenheit von Begehren, der wesentliche. Deshalb schaute man sich die Biografien an. Bei Munch oder Acke konnte man keine Hinweise auf homosexuelle Beziehungen finden. Auch wenn man etwas

49 »Sett konstnären Acke i arbete med att på duken i färger återge någon av skaparens mänskliga varelse; hålst i skepnad av någon ung, värlikt frisk kvinna. En liten ljusblond flicka, påminnande om en outhälsam krokus föreställer jag mig också skulle vara ett tacksamt motiv för artisten Ackes pensel.« *Vaxholms Tidning*, 5. April 1924.

50 Vgl. KÖNIG: 1999.

gegen die sichtbaren Geschlechtsteile einzuwenden hatte, fand man es nicht problematisch, dass beide sich selbst oder Freunde nackt porträtiert hatten. Im Gegenteil konnten diese Szenen als Ausdruck einer innigen Gemeinschaft gemeinsam die Natur erlebender Männer verstanden werden. Im Gegensatz dazu versucht man bis heute, das ›unnatürliche‹ Begehren Janssons zu verleugnen.

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit können verwendet werden, um eine Abweichung festzustellen, ohne Homosexualität beim Namen zu nennen. Wenn es um ›nation branding‹ geht wie in der Ausstellung *Schönheit für alle*, sind es bis heute nur die Bilder und Künstler und damit diejenigen abgebildeten Körper, die als ›gesund‹ wahrgenommen werden, die die Nation repräsentieren dürfen, in diesem Fall Ackes *Mereslauscher* und Zorns *Badende Mädchen* (1888). Janssons Bilder mit ihrer zwanghaften Faszination für Körper desselben Geschlechts wie das des Künstlers wurden vermutlich als abweichend wahrgenommen.

Gemeinsam mit Anders Zorn, der ausschließlich weibliche Akte malte, entwickelten Munch, Jansson und Acke ein neues Genre, das man mit ›erwachsene Badende in einer nordischen Landschaft‹ beschreiben könnte. Spezifisch daran ist die Verknüpfung des traditionellen Bademotivs mit dem Baden als moderne kulturelle Praxis. Diese Praxis ist von einer Ambivalenz zwischen Hygiene, Gesundheit und Natürlichkeit auf der einen sowie Scham und (abweichende) Sexualität auf der anderen Seite geprägt. Ein Differenzierungsprozess zwischen diesen zwei Seiten kann in der Rezeption der Bilder nachverfolgt werden. Viele Rezensionen zeugen von einem großen Druck auf die Künstler, als gesund zu erscheinen. Nach einer debattenreichen Zeit überzeugten die Bilder wohlgeformter gesunder Männer einen Großteil des Publikums. Viele meinten eine Analogie zwischen den kräftigen Körpern und der Schaffenskraft des Künstlers zu erkennen.

Meines Erachtens ist es wichtig, diese Analogie in Frage zu stellen und stattdessen zu untersuchen, welche Funktion die Inszenierung von Gesundheit in den Bildern für die Rezeption des Werks eines Künstlers hat. Für Betrachter gilt es also, den Inszenierungscharakter der Bilder zu erkennen. Für die Künstler jedoch galt es, die nackten Körper als natürlich und gesund zu inszenieren und die richtige Balance zwischen der Lust am Leben und der Lust am Schauen zu finden.

LITERATUR

- ASPLUND, Karl: »J.A.G. Acke – ett hundraårsminne«. In: HAMMARGREN, Henning (Hg.): *J.A.G. Acke. En minnesskrift*. Stockholm: Gebers, 1960, 9–15.
- BARDON, Annie: *Munch und Warnemünde 1907/1908*. Rostock: Kunsthalle, 1999.
- BECKER, Ingeborg (Hg.): »Schönheit für alle« – *Jugendstil in Schweden*«. Berlin: Bröhan-Museum, 2005.
- BENGTSSON, Eva-Lena: *Levande modell*. Stockholm: Konstakademien, 1994.
- BONNIER, Tor: »Några barndomsminnen«. In: *Julstämning* (1962), 34–45.
- BRUNIUS, Teddy: »Eugène Jansson Blåmålararen«. In: *Månadsjournalen* 19 (1998:1), 62–67.
- CLAYSON, Hollis: *Prostitution in French Art of the Impressionist Era*. New Haven, London: Yale University Press, 1991.
- EMAN, Greger: »1907: Det homosexuella genombrottet«. In: SÖDERSTRÖM, Göran: *Sympatiens hemlighetsfulla makt. Stockholms homosexuella 1860–1960*. Stockholm: Stockholmia, 1999a, 149–164.
- EMAN, Greger: »Bröderna Jansson«. In: SÖDERSTRÖM, Göran: *Sympatiens hemlighetsfulla makt. Stockholms homosexuella 1860–1960*. Stockholm: Stockholmia, 1999b, 210–245.
- FÄHRÆUS, Klas: »Eugène Jansson«. In: *Ord & Bild* 24 (1915:9), 467–480.
- FÄHRÆUS, Klas: »J.A.G. Acke«. In: *Ord & Bild* 35 (1925), 147–158.
- FOGELSTRÖM, Lollo et al. (Hg.): *Eugène Jansson: 1862–1915*. Stockholm: Liljevalchs konsthall, 1998.
- HELLER, Reinhold: *Edvard Munch. Leben und Werk*. München: Prestel, 1993.
- JORDÅEN, Runar: *Frå synd til sjukdom? Konstruksjonen av mannleg homoseksualitet i Norge 1886–1950*. Unpublizerte Magisterarbeit. Universitæt Bergen, 2003.
- KÖNIG, Oliver: »Die Nacktheit beim Baden«. In: GRISKO, Michael (Hg.): *Freikörperkultur und Lebenswelt. Studien zur Vor- und Frühgeschichte der Freikörperkultur in Deutschland*. Kassel: Kassel University Press, 1999, 43–68.
- LAGERKVIST, Bengt: »Var han rädd för människor, Blåmålararen som bar på det mest förbjudna?«. In: *Kulturens Värld* 12 (1997:4), 22–29.
- LAGERLÖF, Erland: »Målararen J.A.G. Acke«. In: *Studiekamraten* 44 (1962:3), 41–46.
- LAGERLÖF, Erland: »J.A.G. Acke 1859–1924«. In: BRUMMER, Hans-Henrik (Hg.): *J.A.G. Acke 1859–1924*. Stockholm: Prins Eugens Waldemarsudde, 1979, 2–41.
- LINDSTRÖM, Susanne: »Vännerna Acke och Rikard«. In: HAMMARGREN, Henning (Hg.): *J.A.G. Acke. En minnesskrift*. Stockholm: Gebers, 1960, 139–145.
- MUNCH, Edvard und Gustav SCHIEFLER: *Briefwechsel. Band 1: 1902–1914*. Hamburg: Verein für Hamburgische Geschichte, 1987.
- RISSLER, Gerd: »Acke och skärgården«. In: HAMMARGREN, Henning (Hg.): *J.A.G. Acke. En minnesskrift*. Stockholm: Gebers, 1960, 106–113.
- STANG, Ragna: *Edvard Munch. Mennesket og kunstneren*. Oslo: Aschehoug, 1982.
- VON ROSEN, Wilhelm: *Månens kulør: Studier i dansk bøssehistorie 1628–1912*. København: Rhodos, 1993.

WOLLIN, Nils: *Eugène Janssons måleri. Försök till gruppering och analys*. Stockholm: Sveriges allmänna konstföreningen, 1920.

YDSTIE, Ingebjørg (Hg.): *Livskraft. Vitalismen som kunstnerisk impuls 1900–1930*. Oslo: Munch-Museum, 2006.

ZACHAU, Inga: *Eugène Jansson. Den blå stadens målare*. Lund: Signum, 1997.

KERSTIN BORNHOLDT

Erst der Sport treibende Mensch
ist der hundertprozentige Mensch?

Zur Aushandlung von Gesundheits- und Körperkonzepten
im medizinischen Sportdiskurs der Zwischenkriegszeit

Einleitung

In der Aushandlung von neuen Gesundheits- und Körperkonzepten in der Zwischenkriegszeit steht die Debatte über Sport und Gesundheit an zentraler Stelle. Die medizinische Beobachtung und Untersuchung von Sportlerinnen und Sportlern irritiert etablierte Bedeutungen von Gesundheit und Krankheit, Körper und Psyche, Ermüdung und Energieüberschuss und verschiebt die dazu gehörigen Grenzziehungen. Die Diskussion darüber, ob Sport als gesundheitsförderlich angesehen werden kann, ist zugleich auch eine Aushandlung von Expertise über den Sportkörper: Wer kann sich auf welche Art und Weise legitim darüber äußern, wie sich der Körper durch den Sport verändert – und wie diese Veränderungen bewertet werden sollen? In der Zwischenkriegszeit beginnt sich die Sportmedizin als neue medizinische Teilwissenschaft zu etablieren und zu professionalisieren. In diesem Zeitraum werden Gegenstand und Methode der Sportmedizin, ihre Zuständigkeiten und ihre Kompetenzen in Abgrenzung zu anderen medizinischen Teildisziplinen, aber auch zu anderen Gesellschaftsakteuren ausgehandelt.

In diesem Beitrag stütze ich mich auf Texte, die von deutschen, dänischen, norwegischen und schwedischen Medizinerinnen im Zeitraum von 1913 bis 1947 zur Frage von Sport und Gesundheit publiziert worden sind. Mir dient vor allem eine dänische Zeitschriftendebatte zwischen dem Physiologen Johannes Lindhard und dem Sportmediziner Knud Secher als Ausgangspunkt dafür, die verschiedenen Verhandlungsprozesse aufzuzeigen. Zentrale Fragen, die ich in diesem Beitrag stelle sind: Wie argumentieren Mediziner dafür, Sport als gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich einzuordnen und wie verschieben sich etablierte Grenzziehungen von Gesundheit und Krankheit in der Konfrontation mit Leibesübungen? Wie erlangen Mediziner Zuständigkeit über den sportli-

chen Körper und auf welche Weise irritiert der Sportkörper bestehende medizinische Kompetenz und Expertise?¹

Sind Leibesübungen gesund?

Zwei Gesundheitskonzepte treffen aufeinander

»Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper« — unter diesem Motto propagiert die Sportbewegung die Gesundheit bringenden, positiven Effekte von Leibesübungen, Gymnastik, Turnen und Sport.² Bewirken aber Leibesübungen wirklich Gesundheit? Der Professor für Physiologie und Leiter des Gymnastischen Laboratoriums in Kopenhagen, Johannes Lindhard, ist eine prominente Stimme, die gegen diese populäre Annahme protestiert. Seiner Meinung nach liegen keinerlei wissenschaftliche Beweise vor, dass Sportausübende besser gegen Krankheiten gewappnet seien und eine längere Lebenserwartung als Nicht-Sportler(innen) aufweisen.³

Was besonders die postulierten hygienischen Wirkungen betrifft, so ist es an der Zeit, sich darüber klar zu werden, dass wir hier einer vollkommen haltlosen Behauptung gegenüberstehen. [...] Die Wirkung der Gymnastik auf die Gesundheit muss sich, wenn es in positive Richtung geht, dadurch erweisen, dass Leute, die Leibesübungen betreiben, weniger oft als andere von allgemein vorkommenden Krankheiten angegriffen werden, oder dass eventuelle Angriffe unter im Übrigen gleichen Verhältnissen leichter verlaufen. Man muss mit anderen Worten eine geringere Morbidität und eine daraus folgende größere durchschnittliche Lebenserwartung von Gymnasten als bei Anderen erwarten; nur wenn sich dies nachweisen lässt, macht es Sinn davon zu sprechen, dass Gymnastik Gesundheit bringt. [...] Diese Frage kann jedoch nicht durch den Weg der Erfahrung gelöst werden; in diesem Punkt kann nur die Statistik Klarheit bringen. [...]⁴

¹ Dieses Aufsatzkapitel baut auf meiner Doktorarbeit *Tracing a Medical Discourse; Women's Sports in Germany, Norway and Denmark During the Interwar Years* auf, die ich am Historischen Institut der Universität Oslo verfasste.

² Die Begriffe Leibesübungen, Sport, Gymnastik und Turnen bezeichnen unterschiedliche Bewegungspraxen. Ich werde im Folgenden den Begriff Leibesübungen verwenden, der in der Zwischenkriegszeit als übergeordneter Begriff verwendet worden ist. Wenn von Sport die Rede ist, so ist damit Wettkampfsport nach englischem Muster gemeint. Gymnastik und Turnen hingegen sind respektive skandinavische und deutsche Sportpraxen, die sich gegen das Prinzip des Wettkampfsportes aussprechen und als jeweils nationale Bewegungspraxen propagiert werden.

³ Für weitergehende Information über Lindhard siehe: TRANGBÆK und JØRGENSEN: 2000.

⁴ LINDHARD: 1927, 15, Übers. KB.

Lindhards Aussage, die er ab 1914, von der ersten Ausgabe seines international beachteten Buches *Den specielle Gymnastiktheori (Die spezielle Gymnastiktheorie)* bis ins Jahr 1941, öfter wiederholt, ist in Dänemark äußerst wirkungsmächtig.⁵ Alte Gewissheiten, nicht hinterfragtes Wissen darüber, dass Leibesübungen gesund sind, wird nun von Lindhard zum medizinischen Problem erklärt – und so gleichzeitig ein wichtiger Legitimationsgrund der Sportbewegung in Frage gestellt.⁶ Die Sportbewegung fühlt sich zumindest eine Zeitlang nicht mehr dazu legitimiert, »Gesundheit« als Argument in ihren Werbeschriften anzuführen. Lindhards Aussagen sind aber nicht unumstritten. Zwischen Lindhard, Vertretern der Sportbewegung und dem dänischen Sportmediziner Knud Secher entspinnen sich mehrfach Debatten, die in verschiedenen Zeitschriften der Sportbewegung publiziert und auch ausführlich von der Tagespresse kommentiert werden.⁷

In seiner Argumentation gegen Johannes Lindhard und für einen allgemeinen gesundheitsfördernden Effekt von Leibesübungen beruft sich der Sportmediziner Knud Secher auf Heilungserfolge, die Leibesübungen bei muskel- und nervenschwachen Individuen erzielt haben:

[...] Denn wenn die Verhältnisse so sind, dass wir bei den extremeren Fällen durch Leibesübungen, durch den damit gesteigerten Stoffwechsel, durch das Einwirken von Licht und Luft auf das Individuum, einem solchen Organismus und speziell dem Nervensystem, sein Arbeitsvermögen wiedergeben können, dann haben Leibesübungen auch eine immense Bedeutung für alle anderen Individuen, [und] deren Arbeitsvermögen. Durch diese klinischen Erfahrungen haben wir das Recht zu behaupten, dass Leibesübungen gesund sind, wenn wir darunter einen Eingriff gegenüber dem Organismus verstehen wollen, durch den dessen verschiedene Funktionen und Arbeitsweisen verbessert werden. Hier kommt weiterhin das rein subjektive Gefühl von Wohlergehen hinzu, das man fühlt, wenn man bei guter Kondition ist, wenn der Muskeltonus gut ist und die verschiedenen Organfunktionen in Ordnung sind.⁸

5 LINDHARD: 1914; LINDHARD: 1941, 14–15. In späteren Ausgaben seines Buches spricht Lindhard nicht mehr nur von Gymnastik, sondern von Leibesübungen und Sport. In allen hier behandelten Ländern setzt sich Wettkampfsport als Bewegungspraxis und Ideologie im Laufe der Zwischenkriegszeit zunehmend gegen Gymnastik und Turnen durch.

6 GRUE-SØRENSEN: 1930/1931, 220.

7 Die Debatte wurde 1931 publiziert in *Vor Ungdom*, in *Gymnastisk Tidsskrift* (1931:3–4) sowie in *Dansk Idræt* (1931/1932:13 und 9). Alle drei Zeitschriften erreichten ein Publikum, das aus Pädagogen und Gymnastiklehrern bestand. Zusätzlich gab es Zusammenfassungen der Debatte in dänischen Tageszeitungen.

8 SECHER: 1928, 56–57, Übers. KB.

Wir sehen uns hier mit zwei verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen und Konzeptualisierungen von Gesundheit konfrontiert: Für Lindhard kann sich ein Gesundheitseffekt nur durch eine statistisch nachgewiesene bessere Widerstandskraft gegen Krankheiten und eine verlängerte Lebensdauer beweisen lassen. Secher hingegen führt aufgrund eigener klinischer Erfahrungen an, dass Leibesübungen das Arbeitsvermögen und Funktionen des Organismus verbessern. Darüber hinaus stellt er ein weiteres Kriterium für Gesundheit vor: das subjektive Gefühl von Wohlergehen, das sich einstellt, wenn der Organismus gut funktioniert. Während Lindhard jegliche Aussagen über einen positiven Gesundheitseffekt von Leibesübungen mangels wissenschaftlicher Beweise ablehnt, spricht Secher Leibesübungen zu, gesund zu sein, heilend und präventiv zu wirken.⁹

Während Lindhards Thesen vor allem in Dänemark zu einer intensiven Debatte führen, erreicht ein schwedischer Kollege, Dr. Ernst Abramson, Dozent der Physiologie am Karolinska Institutet in Stockholm, mit einer nahezu gleichen Argumentation internationales Aufsehen. Abramsons Thesen werden sowohl in Schweden und Norwegen als auch, knapp, in Deutschland diskutiert.¹⁰ In Deutschland vermögen Argumentationen, wie sie Lindhard und Abramson vorbringen, keine grundlegenden Debatten zu initiieren. Die deutsche Zeitschrift *Die Leibesübungen* referiert knapp Abramsons Thesen und den daraus folgenden Disput, schreibt jedoch, dass sie eigentlich so einer Kritik keinen Raum einräumen wolle, da ihre Leser bereits davon überzeugt seien, dass Sport gesund ist. Der einzige Grund, Abramsons Thesen zu kommentieren, sei die große internationale Debatte, die sein Artikel ausgelöst habe.¹¹

Im Folgenden werde ich die verschiedenen Gesundheits- und Körperkonzeptionen ausführlich darlegen und die konkurrierenden medizinischen Ansätze einander gegenüberstellen, um zum Schluss die Diskussion im Lichte eines erweiterten, präventiven Gesundheitskonzeptes, eines veränderten medizinischen Selbstverständnisses und etwaiger nationaler Unterschiede zu diskutieren.

9 SECHER: 1930/1931, 446.

10 ABRAMSON: 1930, 338–339. Übernommen aus der schwedischen Gymnastikzeitschrift *Tidskrift i Gymnastik* 6, (1929:6), wo sich wie in Norwegen eine kontroverse Debatte entsponnen hatte.

11 *Die Leibesübungen* 6 (1930:3), 77. Dies ist eine Zeitschrift für die Sportbewegung und für Sportlehrer. Seit dem Zusammenschluss mit *Der Sportarzt* im Jahr 1930 richtete sich die Zeitschrift auch an Mediziner, die an Sportmedizin interessiert waren.

Leibesübung als Heilmittel gegen Ermüdung und das moderne Leben?

Knud Secher präsentiert mentale und physische Ermüdung als pathologische Zustände, die mit Hilfe von Leibesübungen kuriert werden können. Kinder, die in der Schule still sitzen und Frauen, die den ganzen Tag im Büro arbeiten, leiden bedingt durch zu wenig körperliche Bewegung an Müdigkeit. Secher zieht eine direkte Verbindung von einem Mangel an Muskelaktivität zu mentaler Ermüdung und Nervosität. Nur das aktive Arbeiten an der Muskelaktivität wirkt dem passiven Überwältigtwerden von Müdigkeit entgegen.

Das, was man durch so eine Behandlung und durch Leibesübungen erreicht, ist vor allem ein Trainieren der Muskulatur, wodurch der Ermüdung entgegengearbeitet wird. In den allermeisten Fällen wird ›geistige‹ Ermüdung und ›Nervosität‹ durch eine rein muskuläre Ermüdung bedingt sein. Das gilt für das Kind, das auf einer Schulbank hängt, das gilt für Kontoristen oder Telefondamen, die nicht genug ›Bewegung‹ bekommen. Die Ermüdung überwältigt sie, sie werden ›nervös‹. Daher repräsentiert das Muskeltraining das heilende Moment.¹²

Secher argumentiert weiter, dass ein Mangel an körperlicher Bewegung einen langsameren Stoffwechsel bewirkt, was wiederum in Krankheiten resultiert. Vermehrte Muskelaktivität jedoch führt zu einem gesteigerten Stoffwechsel, was einen günstigen Gesundheitseffekt hat. Das populäre Motto, das hier formuliert wird, ist: »Bewegung ist Leben – Stagnation ist Tod«.

Eine ähnliche Argumentationsstrategie lässt sich auch bei den Kritikern von Abramsons Artikel ausmachen. In der norwegischen medizinischen Fachzeitschrift *Tidsskrift for den Norske Lægeforeningen* legt der Osloer Mediziner und Sanatoriumschef Einar Møinichen die Gesundheitsrisiken von Bewegungsmangel dar: Eine zu geringe Muskelaktivität führt zu einer Stagnation des Blutes und einer zu geringen Wärmeproduktion. Daher leiden Personen in sitzenden Berufen an kalten Füßen, sie sind öfter erkältet und haben wegen der Stagnation des Blutes im Abdomen eine Tendenz zu Hämorrhiden.¹³ Ein anderer Kritiker Abramsons weist in der gleichen Zeitschrift mit dem programmatischen Aufsatztitel

¹² SECHER: 1930/1931, 434, Übers. KB.

¹³ MØINICHEN: 1930. *Tidsskrift for den Norske Lægeforeningen* ist die größte medizinische Zeitschrift in Norwegen, sie ist die Mitgliedszeitschrift für den norwegischen Ärzteverband (Den Norske Lægeforeningen).

»Leibesübungen und deren Einfluß auf die Gesundheit. Ohne Arbeit – kein Leben« darauf hin, dass die Arbeit des Herzens durch gesteigerte Muskelbewegung erleichtert wird, dass die Organe einen besseren Zugang zu Nährstoffen bekommen und dass schädliche Stoffe aus dem Körper gespült werden. Zusammengenommen führe dies zu einer erhöhten Vitalität, die den Körper sowohl widerstandsfähig gegen Infektionskrankheiten macht als auch die Gesundheit und Lebenszeit befördert.¹⁴ Abramsons und Lindhards Kritiker argumentieren also damit, dass Leibesübungen eine gesteigerte Muskelaktivität und einen gesteigerten Stoffwechsel erzeugen und somit helfen, die Zivilisationskrankheiten zu bekämpfen, die ein stillsitzendes, modernes Leben mit sich bringt.

Abramson und Lindhard entgegnen diesem Argumentationsmuster jedoch mit dem Hinweis, dass eine gesteigerte Muskelmasse und ein gesteigerter Stoffwechsel kein Selbstzweck sein können – diese seien nur zweckdienlich wenn sie für die tägliche Berufsarbeit von Nutzen seien. Jemand der körperlich arbeitet, kann durchaus mehr und besser arbeiten, wenn er seinen Körper trainiert: Im Laufe des sportlichen Trainings wachsen Muskelmasse und Muskelstärke, die Koordination von Nerven und Muskeln wird eingeübt. Das Training hilft dabei, die Beherrschung über die Bewegungsorgane zu erlangen und Bewegungen zu optimieren. Somit wendet eine trainierte Person die optimale Stärke, Intensität und Präzision für eine bestimmte Bewegung an und verbraucht damit weniger Energie, um eine bestimmte Bewegung auszuführen. Auch das Herz verwendet nur so viel Energie, wie für die gegebene Arbeit notwendig ist. Weil der Umfang der Lunge und die Muskelmasse des Herzens steigen, passt sich die Arbeitsbelastung an. Verglichen mit untrainierten Personen sinkt somit die Belastung des Herzens und der Organe.¹⁵

Jedoch: Wenn eine Person große Muskelmassen entwickelt, ohne dass dies funktionell für den täglichen Arbeitsprozess ist (zum Beispiel werden für Büroarbeit keine großen Muskelmassen benötigt), muss dies als eine nicht rationelle Verschwendung von Energie betrachtet werden. Denn alle trainierten Personen haben den Preis zu zahlen, dass ihr Stoffwechsel auch dann erhöht ist, wenn sie ruhen. Ihr Körper konsumiert, ob in Ruhe

¹⁴ MAYER: 1935. *Sundhedsbladet* ist eine populärwissenschaftliche medizinische Zeitschrift, die in Dänemark, Schweden und Norwegen herausgegeben wird. Ab 1927 gibt es eigene Redaktionen in jedem der skandinavischen Länder.

¹⁵ LINDHARD: 1930, 490–492.

oder Arbeit, mehr Energie als bei untrainierten Personen. Lindhard schlussfolgert, dass es nicht möglich sei, Leibesübungen einen generellen günstigen physiologischen Effekt zuzuschreiben. Die Ausbildung von Muskeln und ein gesteigerter Stoffwechsel sind lediglich zweckmäßige Anpassungsleistungen an Anforderungen, die an den Körper gestellt werden; diese Anpassung kann, muss aber nicht funktional sein. Lindhard und Abramson sprechen in diesem Zusammenhang nicht von Gesundheit, sondern von Rationalität und Funktionalität.¹⁶ Lindhard zu Folge gibt es keine Statistik, die bestätigen könnte, dass eine Person mit erhöhtem Stoffwechsel und gesteigerter Muskelmasse besser gegen Krankheiten gewappnet ist. Lindhard und Abramson wehren sich gegen eine unbewiesene Analogie, die Körperkraft mit Widerstandskraft gegen Krankheiten zusammen denkt: Das Potential, sich Gegnern zur Wehr zu setzen, und das Potential, Infektionen zu widerstehen, wird nicht gleichermaßen durch Muskelkraft erzeugt. Muskelmasse steht in keiner Korrelation mit Gesundheit.¹⁷ Ganz im Gegenteil: Ein unzweckmäßiger Aufbau von Muskeln, und damit ein unzweckmäßiger Gebrauch von Energie, wird als eine Verschwendung von Ressourcen, als Luxus, kritisiert.

Wir stehen hier zwei verschiedenen Wahrnehmungs- und Beschreibungsmustern gegenüber: Auf der einen Seite der in die Passivität versetzte Körper, der von Müdigkeit überwältigt wird, wenn der Müdigkeit nicht mit Muskelaktivität entgegenarbeitet wird – auf der anderen Seite der aktivierte, muskulöse und trainierte Körper, der selbst dann noch dem Körper Energie entzieht, wenn dieser passiv, im Ruhezustand, ist. Je nach Perspektive ist der passiv gemachte oder der aktivierte Körper bedrohlicher Schwächung ausgesetzt.

Lindhard und Abramson fassen Energie als kostbares und begrenztes Gut auf, das nicht verschwendet werden darf. Im Gegensatz dazu steht die Vorstellung einer Körperkapazität, die durch Leibesübungen realisiert werden muss. Die modernen Arbeitsbedingungen, die den Körper zum Stillsitzen zwingen, werden als Begrenzungen der körperlichen Möglichkeiten problematisiert. In zivilisationskritischer Perspektive steht das moderne Leben der Entfaltung körperlicher Bedürfnisse und Potentiale entgegen. In einer früheren Debatte über Leibesübungen und Gesundheit von 1914 argumentiert der in Berlin arbeitende Physiologe René du Bois

¹⁶ Ebd., 501–503; ABRAMSON: 1930, 345.

¹⁷ Ebd., 343.

Reymond auf eben diese Weise: Leibesübungen werden benötigt, um körperliche Bewegungskapazitäten zu realisieren, die in primitiven Zeiten noch natürlich und alltäglich abgerufen worden sind. In dieser Perspektive ist das Trainieren des Körpers keine Energieverschwendung, kein Luxus, sondern eine Pflicht und Notwendigkeit, um modernen Zivilisationskrankheiten wie Nervosität, Verdauungsproblemen und Schlaflosigkeit entgegenzuwirken.¹⁸ Das Verbot, Energie zu verschwenden, wird durch das Gebot ersetzt, seine körperlichen Kapazitäten zu entwickeln. Der Vorstellung von Mäßigung und Balance steht die Konzeption eines Körpers gegenüber, der ausgebaut, erweitert werden muss und der, ausgehend von seinen Potentialen, ohne Grenzen leistungsfähig erscheint.

Wie viele Körper – und Körperideale – gibt es?

Abramson kritisiert eine unhistorische Sicht auf den Körper, die mit vergangenen Bewegungspraxen und Körperidealen argumentiert. Es mag wahr sein, dass in der Vergangenheit das körperliche Leistungsvermögen höher gewesen ist, jedoch muss jede Zeit ihre eigenen Mittel (und Körper) entwickeln, um ihre Ziele zu erreichen: Die Germanen mögen ihre Kinder abgehärtet haben, erst der Zivilisationsfortschritt jedoch hat mit modernen Mittel die Kindersterblichkeit zu reduzieren vermocht. Ein muskulöser Körper mag gesund aussehen, er darf aber nicht mit Gesundheit gleichgesetzt werden. Eine gesteigerte Muskelmasse bedeutet nicht eine gesteigerte Gesundheit. Abramson tritt dafür ein, Körperideale zu historisieren, sie an die jeweiligen Verhältnisse anzupassen. Im modernen Maschinenzeitalter verliert demnach ein muskulöser Körper seine Nützlichkeit. Das Körperideal der Gegenwart kann kein muskulöser Körper sein.¹⁹

Die Ablehnung eines muskulösen Körpers geht einher mit der Furcht, dass eine Fokussierung auf den Körper seelische, kulturelle und intellektuelle Bedürfnisse in den Hintergrund drängt. Lindhard und auch andere Skeptiker der Sportbewegung beschreiben Sportler mitunter auch als

¹⁸ DU BOIS-REYMOND: 1914, 462–463. Der Artikel provozierte eine Debatte mit dem norwegischen Sportmediziner Torgersen, der gegen du Bois Reymonds Aussage argumentierte, dass Sport gesund sei und keine medizinische Kontrolle benötige. Die Diskussion zwischen beiden Ärzten wurde auch in der dänischen Zeitschrift *Idrætten* (*Der Sport*) abgedruckt. *Idrætten* 1915:2, 3, 12, 13, 15.

¹⁹ ABRAMSON: 1930, 348–349.

»Sportidioten«, die ihre körperliche Leistungsfähigkeit auf Kosten ihrer intellektuellen Fähigkeiten ausbauen. Erneut wird hier der Mensch als begrenzt konzipiert – ein gleichzeitiger Ausbau, eine grenzenlose Steigerung aller geistigen, seelischen und körperlichen Fertigkeiten scheint in dieser Perspektive nicht möglich zu sein.²⁰

In der Zwischenkriegszeit wurde in Skandinavien eine eigene Frauengymnastik konzipiert, die mit dieser konstatierten Dichotomie von Körper und Geist bewusst brechen will. Frauengymnastik soll den Einklang von körperlichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten erreichen. In diesem Gymnastiksystem sollen durch bildhafte Beschreibungen der Gymnastikleiterin mentale Bilder erzeugt werden, die ästhetische und kultivierte Bewegungen der Gymnastinnen initiieren. Die Bewegungen in der Frauengymnastik sind Körperbewegungen, die ihren Ausgangspunkt in der Imagination haben – und eben gerade nicht Ausdruck einer rohen, körperlichen Materialität sein sollen.²¹ Während die Gymnastik für Männer vor allem auf Muskelkraft, Mut und Beherrschung des Körpers abzielt, betont die Frauengymnastik die mentale und nervöse Koordination. Eins soll der Frauenkörper nicht sein im Gegensatz zum Männerkörper: eine entseelte Muskelmaschine.²²

Wenn Frauenkörper in die medizinische Diskussion über Sport und Gesundheit geraten, verschiebt sich noch ein weiterer Gegensatz: Der Gegensatz von einem individualisierenden und generalisierenden Blick auf den Sportkörper. Lindhard und Abramson wollen die zu verwendende Muskelkraft, und damit den Gebrauch von Energie, funktional an die anzuwendende Arbeitsbewegung anpassen. Bewegungen sind nicht an sich zweckmäßig, sie müssen immer im Rahmen der individuellen Lebenssituation betrachtet werden, in der sich ein Individuum befindet. Der Sportarzt Knud Secher hingegen spricht von einer guten Konstitution, die durch sportliches Training entwickelt werden kann und die besser für den Kampf gegen Krankheiten rüstet.²³ Secher spricht in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit aller, eine gute Konstitution zu erwerben.

20 LINDHARD: 1930, 506–507.

21 Für Björkstens Einfluss auf die Frauengymnastik in allen skandinavischen Ländern siehe die skandinavische Zeitschrift *Nordisk Kvinnogymnastik*, zum Beispiel: NUTZHORN: 1932.

22 SECHER: 1923, 162–163.

23 SECHER: 1930/31, 444. Zur Konstitutionsmedizin in Deutschland siehe auch HAU: 2003, 150–175.

Innerhalb der Sportmedizin wird aber auch häufig zwischen verschiedenen Konstitutionstypen unterschieden, die für spezifische Sportarten besonders geeignet sind. Die Vorstellung von kollektiven Normalkörpern wie sie Secher repräsentiert, könnte hier also einem individualisierenden Blick entgegengestellt werden. Jedoch verschiebt sich dieser Gegensatz, wenn Leibesübungen von Frauen verhandelt werden. Hier ist es ganz besonders Lindhard, der einen weiblichen Kollektivkörper beschreibt, dem allgemein gleiche körperliche Potentiale, Begrenzungen und Aktivitäten zugeschrieben werden. Den idealen Grad der Muskel- und Körperbildung von den täglichen Arbeitsaufgaben her zu denken, bedeutet in Lindhards Fall, Frauen generell und ausschließlich über Reproduktionsarbeiten zu definieren, eine Arbeit, der Lindhard nur begrenzte Bewegungspraxen als funktional zuschreibt.²⁴ Die sportmedizinische Konstitutionsforschung aber kennt verschiedene Typen und Kategorien von männlichen und weiblichen Normalkörpern, sie denkt in graduellen, nicht in absoluten Unterschieden.

Die explizite Diskussion über Leibesübungen und Gesundheit wird im Allgemeinen ohne Hinweise auf Frauen und den weiblichen Körper geführt. Der Körper, der hier zur Debatte steht, ist meistens als männlich und erwachsen gedacht. In den meisten medizinischen Texten zum Sport wird die Leistungsfähigkeit und die Eignung des weiblichen Körpers für Leibesübungen in einem Extra- und Unterkapitel »Frauensport« verhandelt und nicht unter der allgemeinen Überschrift »Leibesübungen und Gesundheit«. In seiner Argumentation dafür, dass Leibesübungen Zivilisationskrankheiten kurieren können, verweist der dänische Sportarzt Knud Secher aber auf Kinder und Frauen. Frauen und Kinder scheinen sich besonders anzubieten, um die Schwächung durch Zivilisationskrankheiten zu illustrieren. Sechers Argumentation bezieht sich jedoch auf alle untrainierten Menschen. Für ihn ist der untrainierte Mensch der gefährdete, nervöse und geschwächte Mensch, der mit Hilfe von Leibesübungen kuriert werden kann und muss.²⁵ Damit wird der trainierte Körper zur Norm für Gesundheit erklärt. Secher kehrt die Beweislast um: Während Lindhard und Abramson statistische Beweise dafür fordern, dass Leibesübungen Krankheiten verhindern, dass es also gesundheitlich

24 Vergleiche zum Beispiel LINDHARD: 1933/34. Eine Analyse der unterschiedlichen Einstellungen von Lindhard und Secher zum Frauensport findet sich auch bei TAMSEN: 2002.

25 SECHER: 1930/31, 444–445.

Sinn macht, Leibesübungen aufzunehmen, bezeichnet Secher alle diejenigen, die nicht Leibesübungen betreiben, als potenziell pathologisch. Das Gesundheits- und Normalitätsniveau wird angehoben, nur derjenige, der Leibesübungen betreibt, kann als gesund und normal gelten.

Secher führt in diesem Argumentationszusammenhang einen anderen Gesundheitsbegriff ein als Abramson und Lindhard, er spricht von »sozialer Gesundheit«²⁶, ein weiterer sportmedizinischer Kollege von »konstruktiver Hygiene«. Gesundheit wird zu einem Zustand, der nicht einfach Abwesenheit von Krankheit und Tod ist, Gesundheit ist ein Zustand, der durch Leibesübungen aufgebaut werden kann und muss. Mehr noch: Gesundheit ist kein absoluter Zustand, sondern wird in Abstufungen gedacht: Nur derjenige, der Leibesübungen betreibt, ist der hundertprozentige Mensch.²⁷

Produzieren Leibesübungen Ermüdung?

In Lindhards und Abramsons Argumentation hingegen produzieren Leibesübungen nicht ein höheres Gesundheitsniveau, sondern sie produzieren Ermüdung. Leibesübungen kurieren nicht die Zivilisationskrankheiten, die das moderne Leben mit sich führt, sondern verstärken sie noch. In Lindhards Argumentation stellen Leibesübungen kein Gegengewicht gegen moderne Arbeitsformen dar. Sportwettkämpfe mit ihren maximalen Anstrengungen, der Jagd nach Metern und Sekunden und den daraufhin ausgerichteten optimierten Bewegungen, stellen sich für Lindhard als Fortsetzung tayloristischer Arbeitsweisen in der Freizeit dar. In einer physiologischen Perspektive werden die körperlichen Bewegungen eines Industriearbeiters und eines Sportlers gleichermaßen als Arbeit gefasst. Lindhard kritisiert nicht Maximalanstrengungen an sich, aber er fordert für die Maximierung industrieller wie auch sportlicher Arbeit eine langfristige Perspektive. Die Arbeit darf nicht nur in Hinblick auf einen Tag, sondern sie muss in Hinsicht auf die Lebensarbeit eines Menschen optimiert und maximiert werden. Die tägliche Arbeitszeit muss reduziert,

26 SECHER: 1938.

27 »Es muss allgemein anerkannt werden, dass der normale Mensch nicht der Durchschnittsmensch ist, sondern der, wie von Secher hervorgehoben, das durch gesunde physische und psychische Erziehung richtig ernährte, gestärkte, trainierte, in physischer und psychischer Hinsicht voll lebensstüchtiges Individuum, nicht der 75-Prozent-Mensch, sondern, soweit möglich, der 100-Prozent-Mensch.« MUNCK: 1935, 6II, Übers. KB.

Pausen eingelegt werden, damit der Körper ruhen kann. Ohne diese Balance droht Überarbeitung/Übertraining und eine chronische Ermüdung. Wird diese Müdigkeit aber ignoriert, so kann die Arbeitskapazität eines Menschen nachhaltig zerstört werden und er ist »10 Jahre zu früh fertig«. ²⁸

Diese Argumentation ist an die Vorstellung geknüpft, dass dem Menschen nur eine begrenzte Menge an Energie zur Verfügung steht. Abramson macht diese oft implizite Annahme zu einem wichtigen und expliziten Teil seiner Argumentation. Abramson denkt den Körper als eine Arbeitsmaschine, die nur eine begrenzte Menge von Arbeit im Leben leisten kann und der dafür begrenzte Energieressourcen zur Verfügung stehen. Da nun aber Leibesübungen den Stoffwechsel erhöhen und einen erhöhten Energieumsatz verursachen, verkürzt sich die Lebenszeit der Sporttreibenden, besonders derer, die älter als 40 Jahre sind. ²⁹

Abramson untermauert seine These mit physiologischen Tierexperimenten: Je kleiner Mäuse im Experiment waren, desto schneller ihr Stoffwechsel, desto früher starben sie. Und ein weiteres analoges Prinzip: Je höher die Lufttemperatur gewesen ist, umso lebhafter waren die Tiere, umso früher starben sie.

Selbst wenn nicht viele Mediziner explizit von einer begrenzten Energiemenge sprechen, die einem Körper zur Verfügung steht, so lässt sich dieser Gedankengang doch in der Betonung von Balance und Mäßigung wieder finden, in der Warnung gegen Exzess und Grenzüberschreitung im Sport. In der Diskussion um den Frauensport jedoch wird die Vorstellung einer begrenzten Energiemenge auf andere Weise explizit gemacht: Ein wichtiges Argument gegen die Beteiligung von Frauen am Sport war, dass der weibliche Körper für Maximalleistungen nicht geeignet ist. Die meisten Mediziner begründen diese Aussage damit, dass der weibliche Körper im Vergleich zu dem männlichen Körper geringere Maximalleistungen erzielt und schließen so auf eine generelle Ungeeignetheit des weiblichen Körpers für den Wettkampfsport. Einige Mediziner argumentieren aber auch explizit, dass der weibliche Körper anders als der männliche Körper einen Energievorrat benötigt. Der Frauenkörper darf sich nicht in sportlichen Anstrengungen verausgaben, da er immer Energiereserven für eine potenzielle Schwangerschaft speichern muss. Die reproduktiven Kapazi-

28 LINDHARD: 1930, 501.

29 ABRAMSON: 1930, 339–340. Zur Konzeption des Körpers als Arbeitsmaschine und der Prominenz der Ermühdungsdiskussion siehe auch: RABINBACH: 2001.

täten des Frauenkörpers brauchen Energie, die sportliche maximale Arbeit wenn nicht ausschließt, so doch potenziell gesundheitsgefährdend werden lässt.³⁰

Wenn aber Leibesübungen als eine Form von Arbeit Energie verbrauchen, wie können Leibesübungen dann als eine Erholungsaktivität propagiert werden? Wie lässt sich erklären, dass so viele Sportler ein Gefühl von Erholung und sogar eines Energieschubes empfinden?³¹ Die Sportbewegung argumentierte sogar dafür, dass Leibesübungen einen Überschuss an Energie produzieren. Von medizinischer Seite ist diese Aussage als wissenschaftlich unhaltbare Behauptung kritisiert worden: Ein Körper kann nicht mehr Energie haben, als er braucht, es ist nicht möglich, einen Überschuss an Energie im Körper zu haben.³² Abramson erklärt den »Energieschub« als ein lediglich subjektives Gefühl, vergleichbar mit religiösen Gefühlen, als der Wissenschaft nicht zugänglich.³³ Aber die physiologische Frage bleibt dennoch bestehen, wie eine Form von Arbeit, ein Gefühl von Freude und nicht etwa ein Gefühl der Ermüdung erzeugen kann.

Leibesübungen produzieren Wohlbefinden: Aber ist Wohlbefinden Gesundheit?

Dass Wohlbefinden als ein zentrales Empfinden im Zusammenhang mit Leibesübungen angesehen werden kann, ist weitgehend unumstritten. Strittig hingegen ist, wie diese Empfindung erklärt werden soll, ob es überhaupt legitim ist, Wohlbefinden im Zusammenhang einer medizinischen Argumentation zu verwenden und welche medizinischen Konsequenzen aus diesem Empfinden gezogen werden können.

Ein wissenschaftlicher Erklärungsansatz dafür, dass Leibesübungen ein Gefühl der Freude und nicht etwa eines der Ermüdung verursachen, ist, dass rhythmische Bewegungen bestimmte Gehirnareale stimulieren und dadurch Freude erzeugen. In einem anderen Erklärungsansatz wird die Arbeit in den Leibesübungen zwischen körperlicher und geistiger Ar-

³⁰ Ein prominenter Vertreter dieser Theorie ist der Gynäkologe Hugo Sellheim, der auch in Skandinavien rezipiert wird: SELLHEIM: 1931.

³¹ LINDHARD: 1929, 4–5.

³² HALLAS: 1933b.

³³ ABRAMSON: 1930, 351.

beit lokalisiert, als eine Arbeit, die von den Nerven ausgeführt wird. In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass Leistung zu erbringen, den Körper zu beherrschen und Vertrauen zu dem eigenen körperlichen Vermögen zu erlangen, ein Gefühl von subjektiver Erholung und Wohlbefinden produziert.³⁴

Für den Sportmediziner Knud Secher ist Wohlbefinden ein Ausdruck von funktionierenden körperlichen Prozessen. Wohlbefinden stellt sich ein, wenn der Organismus im vollen Training ist, ein gutes Arbeitsvermögen erreicht ist, Muskeln und Nervensystem ohne Müdigkeit funktionieren.

Das ›Wohlbefinden‹, das man fühlt, wenn der Organismus im vollen Training ist, das Arbeitsvermögen, das man erreicht, basiert ja gerade darauf, dass Muskeln und Nervensystem ohne Müdigkeit funktionieren, und das erreicht man durch Leibesübungen. Aber deshalb kann man ja trotzdem eine Halsentzündung, eine Influenza oder eine Blinddarmentzündung bekommen.³⁵

Secher schließt also nicht aus, dass bei so einem trainierten Menschen Krankheiten wie Blinddarm- oder Halsentzündungen auftreten können, aber diese Krankheiten scheinen nichts am grundsätzlich guten Funktionieren des Körpers zu verändern. Es erscheint so, als würden sich diese Krankheiten nur vorübergehend auf den in den Grundfunktionen gesunden Körper legen, ohne dessen Maschinerie beeinträchtigen zu können. Die Frage stellt sich also, ob Leibesübungen durch das Konzept des Wohlergehens eine neue Qualität von Gesundheit produzieren. Die Herausgeber der Zeitschriftendebatte zwischen dem Physiologen Lindhard und dem Sportmediziner Secher entscheiden sich für einen Kompromiss, sie sprechen von einem Gesundheitsbegriff im wissenschaftlich abgegrenzten und im populären Sinne:

Die zu Grunde liegende Frage, inwieweit es gesund ist, Gymnastik zu betreiben, kann, wie die Diskussion gezeigt hat, sowohl mit einem Ja als auch mit einem Vielleicht beantwortet werden, es kommt darauf an, wie man den Begriff ›Gesundheit‹ definieren will. Will man mit Oberarzt Secher das Wort in seiner populären und wohl üblichsten Bedeutung auffassen, als guter Dinge seiend, als Empfindung bei vollen Kräften zu sein oder – mit Salmonsens – einen Zustand zu fühlen, ›wo die Organe im Wesentlichen normal funktionieren, so dass das Individuum ein Wohlbefinden fühlt‹, dann werden sich sicher die meisten Menschen, die Gymnastik betreiben, Oberarzt Secher anschließen, da diese ›Erfahrungen‹, die sie selbst gemacht haben, ihm Recht geben. Deshalb bleiben sie dabei, Gymnastik zu betreiben.

³⁴ Beide Ansätze finden sich bei Lindhards Nachfolger, dem Physiologen Emanuel Hansen: HANSEN: 1937b.

³⁵ SECHER: 1930/31, 446, Übers. KB.

Aber das Wort Gesundheit hat ja auch eine speziellere medizinische Bedeutung, worunter man das Widerstandsvermögen gegen allerlei Arten von Krankheiten versteht (Infektionskrankheiten, Wucherungen usw.). Wirken Leibesübungen auch in dieser Bedeutung förderlich für die Gesundheit? Hier gibt Professor J. Lindhard die Antwort: Darüber wissen wir nichts. Es gibt keine Statistik, die darauf antworten kann, und es ist wohl zweifelhaft, ob sich solch eine Statistik, in der allzu viele zufällige Faktoren des Lebens ausgelassen werden müssten, überhaupt zu Wege bringen lässt. [...] dass Leibesübungen auf viele Arten das Leben frischer macht und es leichter macht, [durch das Leben] hindurch zu kommen. Ob es das Leben auch länger macht – darüber wissen wir nichts, aber das ist auch weniger bedeutsam, wenn es nur gut ist, solange es währt.³⁶

Wohlbefinden wird in Sechers Gesundheitskonzept als zentraler Begriff angeführt. Erneut wird also der sportgeübte Körper mit dem normalen Körper gleichgesetzt: Durch Leibesübungen stellt sich Wohlbefinden ein, was als Ausdruck dafür gedeutet wird, dass die Organe normal funktionieren. Ob Wohlbefinden und ein Funktionieren der Organe dabei immer nur an Leibesübungen geknüpft sind, wird nicht ausgeführt – der Eindruck aber wird hervorgerufen, dass diese eine wichtige Bedingung für ein normales Funktionieren der Körperprozesse und damit für die Gesundheit sind.

Aus Lindhards wissenschaftlicher Perspektive hingegen ist es nicht zulässig, Leibesübungen einen Gesundheitseffekt zuzuschreiben: Hierfür bedarf es Statistiken, die zeigen könnten, dass Leibesübungen eine erhöhte Widerstandskraft gegen Krankheiten und eine längere Lebensdauer erzeugen. Die Herausgeber der Zeitschriftendebatte akzeptieren Lindhards Position als wissenschaftlich, aber sie scheinen doch Sechers Ansatz zu favorisieren. Das qualitativ hochwertige Leben, das positive Erlebnis von Wohlbefinden stellt das bloß quantitativ längere Leben in den Schatten. Leben und Gesundheit sollen mehr sein als bloße Abwesenheit von Tod und Krankheit, sie sollen positiv erfahrbar sein als Wohlergehen.

Neben der Problematik, Wohlbefinden als medizinisch wissenschaftliche Kategorie zu akzeptieren, tut sich noch ein weiteres Problem auf: Wohlbefinden ist ein Zustand, zu dem auch andere Akteure Expertise anmelden: Pädagogen, Sporttrainer und die Sportler selbst. Den Begriff des Wohlergehens in die medizinische Argumentation aufzunehmen, bedeutet nicht nur, Gesundheit in einem erweiterten, populären Sinn zu definieren, zusätzlich wird dem Mediziner damit noch die Definitionshoheit über Gesundheit strittig gemacht. Wohlergehen lässt sich nicht vom Mediziner diagnostizieren, es muss von jedem einzelnen empfunden werden.

36 Redaktion *Vor Ungdom*: 1931/1932, 217, Übers. KB.

Erfahrung, Statistik, Nähe und Distanz:
Wie kann Gesundheit festgestellt werden
und wer darf sich wie äußern?

Die zwei Gesundheitskonzepte, die sich hier gegenüberstehen, bauen auf zwei unterschiedlichen Arten, wissenschaftliches Wissen zu produzieren, auf. In der Diskussion legitimiert Secher seinen Standpunkt mit seinen Erfahrungen als praktizierender Arzt, der weiß, worüber er spricht, weil er im engen Kontakt mit Patienten und Sportlern steht.³⁷ Lindhard hingegen erkennt Erfahrung nicht als gültiges Kriterium an und fordert stattdessen statistische Beweise. Als Physiologe und Forscher sieht sich Lindhard dem Allgemeinmediziner Secher überlegen. Lindhard verweist darauf, dass Secher lediglich in Pathologie und Therapie ausgebildet ist, er könne also Krankheiten diagnostizieren und kurieren, aber Belastungen, denen der gesunde Körper ausgesetzt ist, kann er nicht beurteilen. Solange es keine zufrieden stellenden Beweise gibt, sind die Physiologen demnach die einzigen, die sich legitimerweise über Gesundheitseffekte von Sport äußern können.³⁸ Darüber hinaus tritt Lindhard auch für eine wissenschaftlich distanzierte Haltung zum Untersuchungsobjekt ein; Sechers enge Verbindung zur Sportbewegung weise diesen eher als Agitator denn als Wissenschaftler aus. Das Auftreten des Mediziners, seine Nähe und Distanz, seine emotionale Involviertheit mit dem Untersuchungsobjekt stehen hier also zur Diskussion. Je nach Perspektive werden Distanz und Nähe zum wissenschaftlichen Qualitätskriterium bzw. zur Voraussetzung, um sich legitim über Sport und Gesundheit äußern zu können.³⁹

Eine Frage, die in dieser Debatte ausgehandelt wird, ist, wer Kompetenz und Expertise über den Sportkörper hat. Welche Erfahrungen und welches Wissen erlangt mehr Legitimität? Oder um mit Foucault zu sprechen, welche Aussagen über Sport und Gesundheit befinden sich »im Wahren«?⁴⁰ Ein wissenschaftlich medizinisches Wissen, das aber den konkreten Sportler nicht kennt? Der praktische Mediziner, der zwar die Patienten und Sportler kennt, aber keine wissenschaftlichen Beweise in

37 SECHER: 1931/1932.

38 LINDHARD: 1931/32, 20; LINDHARD: 1930, 498–499.

39 Vergleiche für den Gegensatz zwischen den verschiedenen medizinischen Ansätzen auch TRANGBÆK: 1999.

40 FOUCAULT: 1999, 21.

Form von physiologischen Untersuchungen und Statistiken produzieren kann? Oder der Sportler selbst, der seinen Körper empfindet, aber von Emotionen und Siegeshunger geblendet ist?

Abramson schreibt explizit, dass dem eigenen Körperempfinden der Sportler nicht zu vertrauen ist. Wohlbefinden kann kein Beweis für etwaige positive Gesundheitseffekte des Sportes sein, es ist nicht möglich, von einem subjektiven Gefühl auf eine organische Funktionalität und einen Gesundheitszustand zu schließen.

Gesundheit im objektiven Verständnis ist Abwesenheit von Krankheit und Krankheitsanzeichen. Wohlbefinden kann nicht registriert werden als, gibt sich nicht zu erkennen als verlängerte Lebensdauer, gestiegene Widerstandskraft, verminderte Krankheit. [...] Während die Grade von Gesundheit nur objektiv durch deren negative Seite aufgezeigt werden können, können sich Grade von Wohlbefinden für die Menschen selbst sowohl in negativer und in positiver Richtung zeigen. Das Gefühl von Wohlbefinden ist jedoch in vielen Fällen unabhängig vom Gesundheitszustand.⁴¹

Dem Sportler wird die Kompetenz des Urteilens über seinen eigenen Gesundheitszustand abgesprochen. Abramson weist darauf hin, dass das subjektive Gefühl von Wohlbefinden nicht notwendigerweise ein Indiz für einen Gesundheitszustand ist. Ganz im Gegenteil kann das subjektive Gefühl von Wohlergehen Menschen dazu verleiten, ihre eigenen physischen Grenzen zu überschreiten. Ähnlich wie Alkoholkonsumenten könnten Sportler ein Gefühl von Wohlbefinden erfahren, während sie dabei sind, ihren Körper und ihre Gesundheit zu zerstören.⁴²

Der Sportler als medizinischer Grenzfall – und als Herausforderung von medizinischen Normvorstellungen?

Lindhards weist darauf hin, dass Leibesübungen ein Balanceakt zwischen Gesundheit und Krankheit sind.⁴³ Eine große Schwierigkeit wird darin gesehen, dass die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit erst bestimmt werden kann, wenn sie bereits überschritten worden ist. Für viele Mediziner ist diese Grenze bereits bei der Teilnahme an Sportwettkämpfen erreicht. Die Jagd nach Siegen, nach der Maximierung von Leistungen geht ihrer Meinung nach mit einer Ignoranz gegenüber den individuell

⁴¹ ABRAMSON: 1930, 343–344, Übers. KB.

⁴² Ebd.

⁴³ LINDHARD: 1930, 498–499.

begrenzten Kapazitäten einher. Leibesübungen, als Wettkampfsport betrieben, werden so zu einem Gesundheitsrisiko.⁴⁴ Einwände gegen Maximalleistungen und Sportwettkämpfe sind weitaus weniger umstritten als der radikale Zweifel an jeglichem gesundheitlichen Nutzen von Leibesübungen. Die meisten Mediziner sind sich einig darin, dass Bewegung Leben ist – aber Bewegung in Maßen. Die Vorstellung von Balance zwischen Ruhe und Bewegung wird hier erneut betont; der Körper braucht Ruhe, Zeit sich zu erholen, um nicht überanstrengt zu werden. Angestrengt aussehende, an der Ziellinie zusammenbrechende Wettkampfteilnehmer werden als eindeutiges Zeichen, als sichtbarer Beweis für ein ungesundes Überschreiten von körperlichen Grenzen angeführt. In einem vergeblichen Versuch, die Werte des Wettkampfsportes zu verändern, stiftet zum Beispiel der Deutsche Ärztebund zur Förderung der Leibesübungen 1925 einen Preis für diejenigen Teilnehmer, die bei der deutschen Skimeisterschaft in der besten körperlichen Verfassung das Ziel erreichen.⁴⁵ Auch eine Debatte in der größten dänischen medizinischen Fachzeitschrift *Ugeskrift for Læger* (*Wochenschrift für Ärzte*) kritisierte, dass der Wettkampfsport das Motto »ein gesunder Geist in einem gesunden Körper« mit »Sieg – Meisterschaft und Rekord« ersetzt hat. In diesem Sinne kann Sport nicht mehr unter einem Gesundheitsaspekt als funktional bezeichnet werden. Prinzipien von Mäßigung und Balance werden durch ein Begehren nach dem Überschreiten körperlicher Grenzen ersetzt, was Krankheit und einen früheren Tod mit sich führt. In dieser Debatte wird also der Sport treibende Mensch nicht als der hundertprozentige Mensch, als gesünderer Mensch, sondern als potenziell pathologischer Mensch dargestellt. Einer der Ärzte stellt die pathologischen Zustände, die den Wettkampfsport begleiten, folgendermaßen dar:⁴⁶

Dass maximale Anstrengungen, besonders solche, die große Anforderungen an die Lunge und das Herz stellen, oft direkt schädlich für den Körper sind, daran besteht kein Zweifel [...] Wie oft hat man nicht auf Bildern und in Wirklich-

44 ANTHONISEN: 1933, 83f.

45 KNOLL: 1925.

46 HALLAS: 1933a. Dieser Artikel provozierte eine längere Debatte in *Ugeskrift for Læger*, der größten medizinischen Zeitschrift in Dänemark. Die Debatte wurde auch in der skandinavischen populärwissenschaftlichen Zeitschrift *Sundhedsbladet* nachgedruckt und erreichte somit auch Leser in Norwegen und Schweden. Zusätzlich zu Hallas' Artikel findet sich in *Sundhedsbladet* ein Bild von Ruderern, die über die Ziellinie gerudert sind und erschöpft wirken. Hallas Artikel befindet sich in: 1933:8, 155–158.

keit Mannschaften gesehen – besonders die Nr. 2. im Boot, die sich in ihrem eigenen gallenfarbenen Erbrochenen und dem ihrer Kameraden gewälzt haben? Und eine danach stattfindende ärztliche Untersuchung hat eine akute Herzerweiterung, Blut und Eiweiß im Urin konstatiert. Kann ein einigermaßen vernünftiger Mensch glauben, dass eine solche Überanstrengung, die einen solchen abnormen und ernsten Zustand mit sich bringt, förderlich für die Gesundheit des betreffenden Individuums sein kann? Frag den, der das ausprobiert hat, ob dies angenehm ist!⁴⁷

Jedoch, die Zustände, die hier als unbehaglich und pathologisch beschrieben werden, Erbrechen, Eiweiß im Urin, ein erweitertes Herz, werden von anderen Medizinern als vorübergehend und harmlos bezeichnet. Der Ermattung folgt Wohlergehen, die beschriebenen Symptome sind keine Indikatoren für organische Schäden.⁴⁸ Prominente Beispiele für die schwierige Zuordnung von körperlichen Anzeichen zu normalen und pathologischen Zuständen sind das vergrößerte Sportlerherz und das Vorkommen von Eiweiß im Urin. Soll das Sportlerherz als Organschädigung oder als eine funktionelle Anpassung zur Leistungssteigerung angesehen werden? Deutet das Eiweiß im Urin auf eine Nierenschädigung hin, oder ist es nur als Zeichen vorübergehender, harmloser Erschöpfung zu lesen? Mit dem Wettkampfsportler gerät die eindeutige Zuordnung von Symptomen ins Wanken und die Frage tut sich auf, ob es zulässig und wünschenswert ist, vormals eindeutige pathologische Zustände zu relativieren. Kann und soll Sportlern, den Sport ausübenden Körpern, eine Ausnahmerolle zugesprochen werden?⁴⁹ 1913 fordert ein deutscher Mediziner seine Kollegen dazu auf, Sportler als Grenzfälle zwischen Gesundheit und Krankheit zu betrachten. Mediziner sollten also allzu schematische Auffassungen und Darstellungen von Gesundheit beiseite legen, wenn sie Sportler betrachten.⁵⁰ Wilhelm Knoll, Sportmediziner aus Hamburg und später Professor an der Deutschen Hochschule für Leibesübungen in Berlin, beschreibt in seinem Buch *Normale und pathologische Physiologie der Leibesübungen* nicht nur pathologische Zustände als funktional und vorübergehend – wenn sie während sportlicher Betätigung entstehen –, darüber hinaus weist er auch darauf hin, dass die Er-

47 HALLAS: 1933a, 621, Übers. KB.

48 OSIER: 1933, 658–659.

49 Für die deutsche Entwicklung der Sportphysiologie und die Diskussion über Sportler als Grenzfälle der Pathologie vergleiche die Habilitationsschrift von Eva Brinkschulte: BRINKSCHULTE: 2002. Zu diesem Thema der Grenzfälle besonders: 19–36.

50 *Berlingske Tidende*: 12.10.1913, original: SPIER: 1913.

fahrungen, die Mediziner mit Sportlern machen, etablierte klinische Normbegriffe von Gesundheit und Krankheit generell in Frage stellen.⁵¹ Konfrontiert mit Sportkörpern, die mit Erwartungshaltungen von Normalität und Gesundheit brechen, führen Mediziner einen doppelten Standard von Normalität ein. Körperliche Symptome, die normalerweise als pathologisch interpretiert werden, gelten als normal und funktional, wenn sie im Kontext des Sportes auftauchen. Damit eröffnen diese Mediziner eine Perspektive auf den Körper, die Organe, Empfindungen von Wohlergehen und Schmerz als kontextabhängige Prozesse und nicht als absolute Zustände betrachtet.⁵²

Für die Mediziner ergibt sich hieraus eine Identitätsfrage: Wenn es nicht möglich ist zu bestimmen, wann ein Zustand pathologisch ist oder nicht, wenn es nicht auszumachen ist, ob Bewegungspraxen gesund oder schädlich sind, wie ist es dann möglich Leibesübungen aus einer medizinischen Sicht zu beurteilen? Mit einer Verunsicherung medizinischer Methoden, Konzepte und Normvorstellungen, mit einem Fokus auf Wohlergehen, verlieren Mediziner Expertise und Zuständigkeiten über den Sportkörper?

Leibesübungen und ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und der medizinischen Profession

Wohlbefinden ist ein Konzept, das in ein erweitertes Gesundheits- und Medizinverständnis Eingang findet. Jedoch lässt es sich, auf persönlichen Körpererfahrungen basierend, nur schwer wissenschaftlich verifizieren oder falsifizieren. Wie es der Physiologe Lindhard bereits formuliert hat, sind Mediziner nicht darin ausgebildet, Grade von Gesundheit zu diagnostizieren, sie sind darin qualifiziert, Krankheitsanzeichen zu finden, zu erklären und zu kurieren. Daher kann der neue Fokus auf Wohlbefinden als eine Verschiebung von Zuständigkeiten, Verantwortung und Wissensgenerierung gelesen werden. Um mit Sarasin und Foucault zu sprechen,

51 KNOLL: 1933.

52 Diese Öffnung des Blicks auf eine Vielzahl möglicher Normalkörper führt allerdings nicht dazu, den Körper von Frauen zu pluralisieren und zu individualisieren; die Dichotomie zwischen einer Vielzahl von Männerkörpern und einem generalisierten Frauenkörper bleibt bestehen – auch wenn einige Ansätze der Konstitutionsmedizin eine graduelle Annäherung beider Körper beobachten. Diese Fragestellung behandle ich ausführlich in meiner Dissertation. Vgl. auch HAU: 2003.

wird die Sorge um sich selbst, das »self-government«, mit dem Konzept des Wohlergehens zu einem wichtigen Prinzip.⁵³ Auf der anderen Seite lassen sich Mediziner ihre Expertise nicht so einfach nehmen. In einem erweiterten Gesundheitsverständnis lässt sich auch die Zuständigkeit der Mediziner erweitern, sie wollen nicht nur Experten dafür sein, Krankheit zu bekämpfen, sondern auch Experten dafür, Gesundheit und das gute Leben zu produzieren.⁵⁴ In Dänemark reagiert die medizinische Profession auf diese Herausforderung mit der Einrichtung einer Hygienekommission, die die eigene Identität neu formulieren, und die mit einer Orientierung hin zur Präventivmedizin die Mediziner in Stand setzen soll, ihre gesellschaftliche Rolle nicht an neue Akteure wie Sportvereine, Naturheilkundler und Pädagogen zu verlieren.⁵⁵

Der praktische Arzt mit seiner intimen Nähe zur Gesundheit und dem gesamten Lebenszusammenhang des Patienten wird so zum medizinischen Hauptakteur der Präventivmedizin erkoren.⁵⁶ In den Protokollen der Hygienekommission beschreiben sich die Mediziner selbst als die kompetentesten Gesellschaftsakteure in Gesundheitsfragen. Die Mediziner wollen mit anderen Akteuren zusammenarbeiten, sehen sich selbst aber in einer aktiven Führungsrolle.⁵⁷ Was die Zusammenarbeit mit der Sportbewegung betrifft, so zeigt sich die medizinische Hygienekommission jedoch passiv und reagierend, sie kann ihre Forderungen gegen die Sportbewegung nicht durchsetzen. Am Streit um eine angemessene finanzielle Vergütung von sportmedizinischen Untersuchungen scheitert eine weitere Zusammenarbeit zwischen beiden Organisationen.⁵⁸ Für die Sportbewegung ist die Zusammenarbeit mit der Hygienebewegung jedoch eine höchst willkommene und glückliche Möglichkeit, die durch Profes-

53 SARASIN: 2001, 452–465; FOUCAULT: 1988.

54 In ihrem Buch über den norwegischen Sozialmediziner Karl Evang schlussfolgert Siv Frøydis Berg, dass die Sozialmedizin nicht notwendigerweise als ein Expertensystem betrachtet werden sollte, das die Menschen zu Objekten macht, sondern als ein Ansatz, der den Blick für die Kompetenz des Einzelnen sowie die Demokratisierung der Wissenschaft öffnet. FRØYDIS BERG: 2002, 51–52.

55 GULLESTRUP: 1936, 98–99. Die Furcht der Mediziner, gesellschaftlichen Einfluss an andere Gesundheitsakteure zu verlieren, wird auch in deutschen Medizinzeitschriften, wie etwa der *Münchener Medizinischen Wochenschrift*, häufig thematisiert. Vergleiche zum Beispiel: HOEFLMAYR: 1934.

56 GULLESTRUP: 1936, 98–99.

57 KIÆR: 1936, 4II.

58 KUHN: 1940.

sor Lindhard so lange umstrittene Gesundheitslegitimation zu erhalten. »Unser Ansuchen beim Innenministerium um einen erhöhten Staatszuschuss, der ursprünglich nur die reinen sozialen Fragen (Arbeitslosigkeit usw.) angeführt haben sollte, umfasste nun auch die hygienischen Verhältnisse.«⁵⁹

Sind Leibesübungen also gesund?

Bedeutet dies, dass der praktische Mediziner Secher über den Wissenschaftler Lindhard gesiegt hat? Ist es wissenschaftlich und gesellschaftlich als wahr anerkannt worden, dass Leibesübungen gesundheitsförderlich sind? Wird Wohlbefinden zu einer akzeptierten medizinischen Kategorie und Erfahrung zu einer legitimen wissenschaftlichen Methode? Wird der Sportler zu einer Norm für Gesundheit, zum hundertprozentigen Menschen? Es scheint so, als hätten sich Lindhard und Abramson als einsame Kämpfer gegen eine zunehmende Popularisierung des Gesundheitsbegriffes verstanden. Über den gesamten Zeitraum verstärkt Lindhard seine Klagen darüber, immer mehr von einer agitierten Öffentlichkeit eingekreist zu werden.⁶⁰ Was jedoch die internationale wissenschaftliche Öffentlichkeit betrifft, so stehen Abramsons und Lindhard nicht allein. 1931 richtet die Hygienekommission des Völkerverbundes ein Subkomitee ein, das über die psychischen und physischen Gesundheitseffekte von Leibesübungen Bericht erstatten sollte. Sowohl Lindhard und seit 1937 sein Nachfolger Hansen werden Mitglieder des Komitees. Für Deutschland wird unter anderem Wilhelm Knoll als Mitglied benannt, jener Sportmediziner, der fixe Normvorstellungen in der Medizin kritisierte und sich für einen funktionalen und gesonderten Blick auf den Sportkörper ausgesprochen hat.⁶¹ Der dänische Delegierte Hansen berichtet von den Kommissionssitzungen, dass sein und Lindhards physiologisches Gesundheitsverständnis eindeutigen Durchschlag erzielt hät-

59 Castenschiold in HANSEN: 1938b, 51. Es waren eigentlich obligatorische ärztliche Untersuchungen für alle Sportler geplant. Dies sollte unter anderem mehreren jungen Mediziner eine Spezialisierung auf einem engen Arbeitsplatz sichern. Die Sportorganisation *Idrætsforeningen* war jedoch nicht bereit, den üblichen Satz für Arztekonsultationen und ein sportärztliches Attest zu bezahlen, und die medizinische Profession wich nicht von ihrem Prinzip ab die allgemein festgelegten Sätze zu verlangen. Siehe auch CASTENSCHIOLD: 1939.

60 LINDHARD: 1941, 14–15.

61 SCHNELL: 1931, 178; HANSEN: 1937.

ten.⁶² Die deutsche Delegation jedoch berichtet von einer Konfrontation zwischen zwei Gesundheitskonzepten: einer skandinavisch physiologischen Perspektive, die auf statistischen Beweisen beharrt, und einer deutschen, die die Entwicklung des ganzen Menschen in den Blick nehmen will – das ganze Konglomerat von Körper und Geist. Selbst wenn die deutschen Mediziner die skandinavische Perspektive als wissenschaftlich legitim und korrekt bezeichnen, argumentieren sie doch für das Ungewisse: für praktisches Handeln und Erfahrung.⁶³ Dieser Gegensatz zwischen einem skandinavischen streng physiologischen medizinischen Paradigma und einem deutschen holistischen Ansatz wird in dem gesamten medizinischen Sportdiskurs der Zwischenkriegszeit deutlich.

1947 definiert der Völkerbund Gesundheit als Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlergehen und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit. Aus dieser Perspektive können Leibesübungen als ein konstruktives Element von Gesundheit angesehen werden. Aber die Diskussion darüber, ob Leibesübungen gesund sind, ist damit noch lange nicht abgeschlossen. Wie ich gezeigt habe, hängt die Beantwortung dieser Frage von verschiedenen Gesundheits- und Körperkonzeptionen ab. Ob Gesundheit an universellen Maßstäben oder nur an der Erfahrung des individuell erlebten Körpers abgelesen werden kann, ob der Körper als beliebig erweiterbarer Körper gedacht werden soll, der seine Potentiale ausschöpfen und erweitern muss, oder aber als ein Körper mit begrenzter Kapazität und knappen Ressourcen, der in Balance gehalten werden soll – dies sind auch weiterhin Themen, die debattiert werden.

62 HANSEN: 1938a.

63 SCHNELL: 1931, 179.

LITERATUR

- ABRAMSON, Ernst: »Vi och våra kroppsövningar. Strödda synpunkter«. In: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 7 (1930), 337–363.
- ANTHONISEN, Harald: »Sporten-Recorden«. In: *Ugeskrift for Læger* (1933:30), 831.
- Berlingske Tidende, 12.10.1913: »Sportens Farer. En tysk Læges Angreb paa Videnskabens alfor skematiske Stilling til Sporten. Teori er et, Praksis noget helt andet«. Nach: *Udklipsisamling. Institut for Idræt, Københavns Universitet* 18 (1913), 91–97.
- BØJE, Ove: *Idrætsmedicin*. Kopenhagen: Ejnar Munksgaard, 1942.
- BRINKSCHULTE, Eva: *Körperertüchtigung. Sportmedizin zwischen Leistungsoptimierung und Gesundheitsförderung 1895–1933*. Habilitationsschrift. Berlin: Freie Universität, 2002.
- CASTENSCHILD, H.: »Hygiejnekomiteén og Idrætslægeordningen«. In: *Ugeskrift for Læger* (1939:52), 15–29.
- Die Leibesübungen: »Zeitungsschau. Von der gesundheitlichen Bedeutung der Leibesübungen«*. In: *Die Leibesübungen* 6 (1930:3), 77–80.
- DU BOIS-REYMOND, René: »Ist Wettkampf und Rudern gesund?«. In: *Der Rudersport* 3 (1914), 442–443, 462–463.
- FOUCAULT, Michel: »The Political Technology of Individuals«. In: MARTIN, Luther H., Huck GUTMAN und HUTTON, Patrick H. (Hg.): *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press, 1988.
- FOUCAULT, Michel: *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 1997.
- FRØYDIS BERG, Siv: *Den unge Karl Evang og utvidelsen av helsebregrepet*. Oslo: Solum, 2002.
- GRUE-SØRENSEN, Knud: »Gymnastikkens Pædagogiske Begrundelse. Nogle Bemærkninger i Tilknytning til Professor Lindhards Gymnastikteori«. In: *Vor Ungdom* (1931/1932), 218–226.
- GULLESTRUP, A.: »Den alm. Danske Lægeforenings Hygiejniske Pligt og Ret«. In: *Ugeskrift for Læger* (1936:5), 98–103.
- HALLAS, E.A.: »Sporten-Recorden og Døden«. In: *Ugeskrift for Læger* (1933a:21), 620–622.
- HALLAS, E.A.: »Om Idræt«. In: *Ugeskrift for Læger* (1933b:34), 910–912.
- HANSEN, E.: »Folkeforbund og Legemsøvelser«. In: *Tidsskrift for Legemsøvelser* 5 (1937a), 109–116.
- HANSEN, E.: »Legemsøvelser og Rekreation«. In: *Tidsskrift for Legemsøvelser* 4 (1937b), 77–91.
- HANSEN, E.: »Sport«. In: *Hospitalstidende* 30 (1938a), 705–716.
- HANSEN, E.: »Sport. Diskussion«. In: *Det medicinske Selskab i København. Forhandlinger* (1938b), 47–54.
- HAU, Michael: *The Cult of Health and Beauty in Germany*. Chicago, London: University of Chicago Press, 2003.
- HOEFLMAYR, L.: »Literatur- und Verhandlungsberichte: München, Ärztlicher Verein, 21.2.1934«. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 18 (1934), 701–702.

- KLÆR, R. (Hg.): »Forslag fra det af Hovedbestyrelsen nedsatte Udvalg angaaende den alm. danske Lægeforenings Hygiejniske Opgaver«. In: *Ugeskrift for Læger* (1936:18), 41–42.
- KNOLL, Wilhelm: »Die Bewertung des Allgemeinzustandes bei sportlichen Wettkämpfen«. In: *Die Leibesübungen* 1 (1925:6), 151–152.
- KNOLL, Wilhelm: »Fragestellung und allgemeine Richtlinien«. In: KNOLL, Wilhelm und Arno ARNOLD (Hg.): *Normale und pathologische Physiologie der Leibesübungen*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1933, 1–7.
- KUHN, Johan: »Fagligt og Socialt. Betænkning. Profylaktisk Lægegerning. Af den alm. danske Hygiejnekomiteé«. In: *Ugeskrift for Læger* (1940:34), 876–886.
- LINDHARD, Johannes: *Den specielle Gymnastiktheori*. Als Manuskript gedruckt, København 1914.
- LINDHARD, Johannes: *Den specielle Gymnastiktheori*. 3., überarb. Ausg. København, 1927.
- LINDHARD, Johannes: *Gymnastiktheori i Omrids*. København: Levin & Munksgaard, 1929.
- LINDHARD, Johannes: »Legemsøvelser«. In: THOMSEN, Oluf und Frode RYDGAARD (Hg.): *Vore Sygdomme* IV. København: H. Aschehoug & Co. Dansk Forlag, 1930, 485–508.
- LINDHARD, Johannes: »Gymnastik og Sundhed«. In: *Vor Ungdom* (1931/32), 20–21.
- LINDHARD, Johannes: »Legemsøvelser for Kvinder«. In: *Vor Ungdom* (1933/34), 363–369.
- LINDHARD, Johannes: *Gymnastiktheori i Omrids*. 2. durchgesehene Ausg. København: Einar Munksgaard, 1941.
- MAYER, G.: »Legemsøvelser og deres Indflytelse paa Sundheden. Uden Arbejde – intet Liv«. In: *Sundhedsbladet* 55–57 (1935:1), 6–7; (1935:2), 8–10.
- MØINICHEN, E.: »Virkningen av kroppsøvelser. Ad dr. Ernst Abramsons artikkel om samme emne i dette tidsskrift nr. 7«. In: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 14 (1930), 798–801.
- MUNCK, Viggo: »Læger og Idrætshygiejne«. In: *Ugeskrift for Læger* (1935:22), 609–611.
- NUTZHORN, Sigrid: »Historikk ved 10-Aars Jubilæet i Nordisk Forbund for Kvindegymnastik«. In: *Nordisk Kvinnogymnastik* 15 (1932:5), 135–142.
- OSIHER, Ivan: »Sporten-Recorden og Døden«. Svar til Dr. E.A. Hallas fra Ivan Osiiher«. In: *Ugeskrift for Læger* (1933:25), 658–659.
- RABINBACH, Anson: *Motor Mensch. Kraft, Ermüdung und die Moderne*. Wien: Turia und Kant, 2001.
- SARASIN, Philipp: *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001.
- SCHNELL, Walter: »Eine Völkerbundscommission für körperliche Erziehung«. In: *Die Leibesübungen* 7 (1931:7), 177–179.
- SECHER, Knud: *Idrættens Interne Medicin*. København: Henrik Koppels, 1923.
- SECHER, Knud: »Er Legemsøvelser sunde?«. In: *Gymnastisk Tidsskrift* 14 (1928:4), 50–60.
- SECHER, Knud: »Legemsøvelser og Sundhed«. In: *Vor Ungdom* (1930/1931), 440–447.
- SECHER, Knud: »Legemsøvelser og Sundhed. Svar til Professor Lindhard«. In: *Vor Ungdom* (1931/1932), 65–66.

- SECHER, Knud: »Sport. Diskussion«. In: *Det medicinske Selskab i København. Forhandlinger* (1938), 47–54.
- SELLHEIM, Hugo: *Frauengymnastik im Lichte der funktionellen Entwicklung*. Leipzig: Curt Kabitzsch, 1931.
- SPIER, J.: »Sportgefahren in Theorie und Praxis«. In: *Wochenschrift für gesunde körperliche Ausbildung* 40 (1913:32), 941–942.
- TAMSEN, Helle: *Frigjørelsens omveje. En analyse af den medicinske diskurs omkring kvinder og idræt*. Spesiale. København: Københavns Universitet, Institut for Idræt, 2002.
- TRANGBÆK, Else: »Purity of Heart and Strength of Will«. The Role of Female Teachers in the Modern Sports Movement«. In: TRANGBÆK, Else and Arnd KRÜGER (Hg.): *Gender and Sport from European Perspectives*. København: CESH, 1999, 43–67.
- TRANGBÆK, Else and Kurt JØRGENSEN (Hg.): »Professor Johannes Lindhard. Om gymnastik, videnskab og kulturel forskellighed«. In: LÜTZEN, Jesper (Hg.): *Fakultære Højdepunkter. Episoder fra Det naturvidenskabelige Fakultets 150-årige historie*. København: Det naturvidenskabelige Fakultet, 2000, 115–127.
- Vor Ungdom*: [Kommentar ohne Titel]. In: *Vor Ungdom*, 53 (1931/1932), 216–217.

MARIE ÖHMAN

»Du darfst nicht am Boden kleben bleiben!«

Eine Untersuchung
von Steuerungsprozessen im Sportunterricht¹

ES IST IN DER ZEIT DER TURNBEUTEL, blauer und roter Nylonbeutel mit den eigenen Initialen, oben versehen mit einer Schnur zum Zuziehen, die sie zu vorbildlichen Wurfhammern auf dem Schulplatz oder zu Hieb Waffen im Nahkampf auf dem Nachhauseweg von der Schule macht,²

schreibt Torbjörn Flygt in seiner Schilderung des Sportunterrichts in der Schule in seinem mit dem ›Augustpreis‹ ausgezeichneten Buch *Made in Sweden (Underdog)*. Er fährt fort:

Schnelles Umziehen, die Treppe herunter in die Turnhalle, die also im Keller liegt, mit Tageslicht, das durch staubige Deckenfenster gesiebt wird, und mit dem muffigen Geruch alter Kirschkerneäckchen und eingeschweißter Gummimatten, vorwärts mit einem Basketball, den man drei Mal aufprallen lässt, exakt drei Mal, bevor die Trillerpfeife erklingt. Lasst die Bälle liegen! Ein viertes Mal aus reinem Protest aufprallen. [...] Die Pfeife kreischt noch einmal, und wir nehmen unsern Platz in alphabetischer Ordnung ein, die mit fünf Reihen schwarzer Punkte auf dem Boden markiert ist – nur um sofort zum Sandkasten für den Weitsprung und zur Laufbahn kommandiert zu werden. Der Weitsprung besteht aus je drei Sprüngen nach dem Fließbandprinzip: Springen, die Harke nehmen, die Sandgrube für den Nächsten glätten, Palin beim Kontrollieren von Linienübertretungen helfen und das Ende des Maßbands festhalten, während er die Sprungweite misst, bevor man losrennen darf, um sich ans Ende der langen Schlange zu stellen, die sich am Schulgebäude entlang zur Straße hin schlängelt. Langer Anlauf, so lang, dass ich keuche, beinahe zusammensacke, als ich mich dem Absprung nähere, aber nur fast, der Fuß auf der Planke und in der Luft radeln – Palin, der erstaunt von seinem Block aufsieht, misst, kontrolliert, ja, es stimmt. Gut gesprungen, Johan.³

1 »Du får inte sitta fast i golvet«/»Idrott och hälsa«. Bis 1919 hieß das Fach in Schweden ›Gymnastik‹, danach ›Gymnastik mit Spiel und Leichtathletik‹ (›Gymnastik med lek och idrott‹). 1962 wurde es wieder in ›Gymnastik‹ umbenannt, 1980 in ›Sport‹ (›idrott‹), seit 1994 ist die Rede von ›Sport und Gesundheit‹ (›idrott och hälsa‹). Im Deutschen wird im Folgenden in allen Fällen der Begriff ›Sportunterricht‹ verwendet.)

2 »DETTA ÄR PÅ GYMPAPÅSARNAS TID, blåa och röda nylonpåsar broderade med ens initialer och försedda med ett snöre som dras ihop i toppen, vilket gör dem föredömliga som slungbollar över skolgården eller tillhyggen i närkamperna på väg hem från skolan«. FLYGT: 2001, 74.

3 »Snabbt ombyte, nerför trappan till gymnasalen, som ligger i källaren alltså, med ett dagsljus som silas in genom dammiga fönster längs med taket och den unkna lukten av gamla ärtpåsar och insvetsade gummimattor, fram med en basketboll som man hinner

Es gibt reihenweise Erzählungen über den Schulsport, und viele von uns haben sicher Erinnerungen an diese Unterrichtsstunden. Einige erinnern sich vielleicht an Körperübungen wie jene ›Fußgymnastik‹, die gegen Plattfüße helfen sollte, oder die Haltungsgymnastik, die bis vor nicht all zu langer Zeit in schwedischen Schulen betrieben wurde. Andere erinnern sich vielleicht an Ballspiele, Bockspringen, Leichtathletik im Freien oder 5-Kilometer-Läufe. Wie auch immer unsere Erinnerung aussieht, immer wieder wird betont, dass das Schulfach Sport sich mit Körper, Gesundheit und Charakterformung befasst. Oft ist die Rede von einem ›gesunden Geist in einem gesunden Körper‹ und vom ›erzieherischen Charakter des Sports‹. In aktuellen Lehrplänen für das Fach sind Körper und Gesundheit zentrale Begriffe, und der Unterricht hat unter anderem die Aufgabe, Körper und Bewegungsfähigkeit auf verschiedene Weise zu fördern sowie Handlungskompetenzen zur Adaption eines gesundheitsbewussten Lebensstils zu entwickeln.⁴

In diesem Beitrag erfolgt eine weitere Schilderung des Schulfaches Sport. Unter Zuhilfenahme von Videomaterial aus dem Sportunterricht in der Grundschule soll untersucht werden, auf welche Weise spezifische Individuen und Körper in der Unterrichtspraxis erzeugt werden.⁵ *Was geschieht*, wenn von den Schülern verlangt wird zu partizipieren, Verantwortung zu übernehmen, ihre Handlungen auf ein erwünschtes Ziel hinzusteuern? Wie sollen die Schüler handeln, was sollen sie lernen, was sollen sie idealerweise wollen?

studsas med tre gånger, exakt tre gånger, innan visselpipan ljuder. Låt bollarna vara! Studsar en fjärde gång bara för att jävlas. [...] Pipan tjuver igen, och vi intar våra platser i bokstavsordning, markerade med svarta prickar i fem rader på golvet – bara för att kommanderas ut till längdhoppsgropen och löparbanan. Längdhopp innebär tre hopp var enligt löpande band-principen: hoppa, ta över räfsan från föregående hoppare och kratta igen gropen efter den som kommer efter, hjälpa Palin hålla koll på övertramp och hålla i måttbandets ena ände när han mäter hoppet, innan man får springa och ställa sig sist i det långa led som ormar sig utmed skolans framsida mot Rättsvägen. [...] Lång ansats, så lång att jag har flåset uppe när jag närmar mig, är faktiskt på väg att krokna, men bara nästan, foten på plankan och cykla i luften – Palin som förvånat tittar upp från sitt block, mäter, kontrollmäter, jo det stämmer. Bra hoppat, Johan.« Ebd., 74–75.

4 Skolverket: 2000a.

5 Das Material wurde in fünf zufällig ausgewählten schwedischen Grundschulen erhoben, wobei fünfzehn Unterrichtsstunden vom zweiten bis zum neunten Schuljahr aufgenommen wurden. Insgesamt haben zwölf Lehrer mitgewirkt.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Entstehungszeit des Wohlfahrtsstaates

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind, wie die Forschung zeigt, von den Ursprüngen des Wohlfahrtsstaates am Ende des 19. Jahrhunderts an ergriffen worden, und eine Reihe von Autoren beschreibt, wie zu dieser Zeit staatliche Initiativen mit dem Ziel der Förderung der Gesundheit sowohl des Individuums als auch der Nation angestoßen wurden.⁶ Die Gesundheit der Menschen wurde im Kontext der Etablierung des Körpers als politisches Objekt gesellschaftliches Thema. Es galt, den guten und für den Staat nutzbringenden Bürger hervorzubringen. Diese Beziehung zwischen Körper, Individuum und Gesellschaft kann als Beispiel *politischer Steuerung* gesehen werden, die Vorstellungen von guter Gesellschaft mit der Steigerung individuellen Glücks und Wohlergehens in Verbindung brachte. Dies geschah unter anderem mittels der Regulierung von Körpern und durch gesundheitsbezogene Interventionen verschiedener Art.⁷ Schulkinder waren, wie Palmblad und Eriksson zeigen, eine zentrale Zielgruppe dieser gesellschaftlichen Gesundheitsaufklärung.⁸

Der Erziehungsauftrag des Sportunterrichts ist im vergangenen Jahrhundert eingehend diskutiert worden. Wiederholt hat die Forschung festgestellt, dass dem Fach im Laufe der Geschichte zunehmend die Verantwortung für die physische Erziehung des Individuums übertragen worden ist, vor allem im Sinne einer Anleitung zum Umgang mit Körper und Gesundheit.⁹ Es ist allerdings auch betont worden, dass das Fach nicht allein für die körperbezogene Erziehung von Bedeutung gewesen sei, sondern auch für die Charakterbildung; Eva Palmblad und Bengt Erik Eriksson stellen sogar die These auf, die persönlichkeits- und charakterformende Aufgabe der Schule sei in vielerlei Hinsicht der Wissensvermittlung übergeordnet gewesen.¹⁰ Auch wenn der Körper immer im Zentrum stand und eigentliches Zielobjekt war, gerieten, so Pia Lundquist Wanne-

6 Vgl. z. B. PALMBLAD und ERIKSSON: 1995; LJUNGGREN: 1999; LUNDQUIST WANNEBERG: 2004; OLSSON: 1997.

7 OLSSON: 1997.

8 PALMBLAD und ERIKSSON: 1995.

9 Wie physische Erziehung als Mittel zu Charakter- und Moralerziehung gestaltet wurde, beschreiben aus historischer Perspektive unter anderem LUNDQUIST WANNEBERG: 2004; LJUNGGREN: 1999; PALMBLAD und ERIKSSON: 1995.

10 Ebd., 76.

berg, die Entwicklung von Moral und Charakter, also von Einstellungen und Meinungen, in den Blick. Man könnte sagen, dass der Sozialisationsweg durch den Körper ging.¹¹

Der Versuch, der Bevölkerung richtige Einstellungen und Meinungen nicht zuletzt gegenüber Körper und Gesundheit zu vermitteln, kann als integraler Bestandteil der modernen Gesellschaften angesehen werden. Damit ist dieser Vorgang als politisch intendiert zu betrachten, was Fragen nach Macht und Steuerung aufwirft.

Eine Perspektive auf Macht und Steuerung

Im Anschluss an Überlegungen des französischen Ideenhistorikers Michel Foucault ist die Frage nach Macht und Steuerung in der Entwicklung der liberalen Demokratie von der so genannten Gouvernamentalitätsforschung intensiv diskutiert worden.¹² Innerhalb dieses Feldes, und auch im vorliegenden Text, wird erörtert, welche neuen Macht- und Steuerungsformen in Zusammenhang mit der Entwicklung der westlichen Gesellschaften entstanden sind. Zentrales Thema der Diskussion ist die Frage, in welchem Grad der Staat steuernde Funktionen übernehmen muss, und wie viel individuelle Freiheit gelten soll. Als dauerhaftes Dilemma der liberalen Steuerungs politik wird die Frage betrachtet, wie ein Zusammenklang zwischen politischen Absichten und privatem Willen zustande kommen kann.¹³ Wie soll man Menschen bewegen, aus eigenem Antrieb, ohne Zwang in Übereinstimmung mit dem allgemein als gut und richtig Angesehenen zu handeln? Eine wichtige Grundthese dieser Perspektive ist, dass die Individuen zunehmend von sozialer Disziplinierung und ihnen äußerlichen Regimes fern gehalten werden und im Idealfall selbst das Richtige wollen.¹⁴

11 LUNDQUIST WANNEBERG: 2004.

12 Für eine Diskussion um politische Rationalität und Steuerungsmentalität vgl. BURCHELL, GORDON und MILLER: 1991; HULTQVIST und PETERSSON: 1995; ROSE: 1998; ROSE: 1999; BÖRJESSON: 2003; PALMBLAD und PETERSSON: 2003; BÖRJESSON, PALMBLAD und WAHL: 2005. Foucault benutzt den Begriff Gouvernamentalität zur Beschreibung von Machtformen in der liberalen Demokratie. Ihm geht es um Steuerungsaspekte und Steuerungskunst: Vgl. etwa FOUCAULT: 2003. Außerdem: FOUCAULT: 1991.

13 Zu dieser Diskussion vgl. ROSE: 1998; ROSE: 1999; BURCHELL und MILLER: 1991; HULTQVIST und PETERSSON: 1995; BÖRJESSON: 2003; FOUCAULT: 2003; BÖRJESSON und PALMBLAD: 2003; BÖRJESSON, PALMBLAD und WAHL: 2005.

14 PALMBLAD und PETERSSON: 2003.

Innerhalb der Gouvernamentalitätsperspektive wird geltend gemacht, dass sich im Bereich der Steuerung etwas verändert hat, dass das Charakteristische nun nicht mehr eine aufgezwungene Steuerungsform ist, sondern dass der Steuerung die Mitwirkung der Individuen am Steuerungsprozess zugrunde liegt. Anders ausgedrückt sollen die Individuen selbst, aus eigener Überzeugung, in Übereinstimmung mit der empfohlenen Ordnung handeln. Börjesson, Palmblad und Wahl betonen, dass in der öffentlichen Rede Empfehlungen verschiedener Art als Angebote zur individuellen Selbsthilfe, zur Selbstermächtigung und Beherrschung des eigenen Lebens in freiheitlicher Form präsentiert werden.¹⁵ Die meisten von uns werden im Alltagsleben selten ein Gefühl der Fremdbestimmtheit, des Zwangs zu bestimmten Denk- und Handlungsweisen empfinden. Man bedenke beispielsweise, wie in unserer Gesellschaft im Allgemeinen über Gesundheit gesprochen wird und wie wir uns bemühen, ein gesundes Leben zu führen. Wir bewegen uns, machen Diäten, essen gesund und versuchen, möglichst in einer Linie mit dem, was als gesundheitsfördernd betrachtet wird, zu handeln, ohne dazu gezwungen zu werden. Hier können wir von Macht- und Steuerungsprozessen sprechen, bei denen die Betonung auf Freiheit und Selbstregulierung liegt und die Menschen selbst Verantwortung dafür übernehmen, dem als gut und richtig Betrachteten entsprechend zu handeln. Man könnte sagen, dass Menschen durch verschiedene gesellschaftlich als wahr, richtig und gut betrachtete Wissensbestände, Überzeugungen und Wertvorstellungen angeleitet werden, auf bestimmte Weise zu denken und zu handeln. Gewisse Handlungsweisen erscheinen vernünftiger, denkbarer und besser als andere und regulieren so die Handlungsspielräume der Menschen. Ein Beispiel für solche Steuerungsformen ist das öffentliche Informationsmaterial über Gesundheitsaspekte, das die Leser¹⁶ als Konsumenten in Erscheinung treten lässt, die sich persönlich, durch richtige Wahl des Lebensstils, um ihren Körper kümmern sollen. Eine Reklame für die Frühstücksmargarine *Lätta* etwa lautet: »Hast du dich auch entschieden?«¹⁷ Die meisten Lesenden dieser Werbung verstehen sofort deren Bedeutung.

¹⁵ BÖRJESSON, PALMBLAD und WAHL: 2005, 65.

¹⁶ Im Schwedischen wird die Unterscheidung von maskulinen und femininen Personenbezeichnungen nicht vorgenommen. Formen wie ›Schüler‹ im vorliegenden Artikel beziehen sich auf beide Geschlechter. Nur in den Fallstudien wird das Geschlecht der Personen differenziert benannt, also ›Schüler‹/›Schülerin‹.

¹⁷ »Har du också bestämt dig?«

Wir begreifen die Botschaft, dass es wichtig ist, nicht zu dick zu sein, dass wir gesundheitsbewusst sein sollten, und selbst über unser Leben bestimmen, auch wenn das nicht explizit in der Werbung zum Ausdruck kommt. Aus einer Gouvernamentalitätsperspektive kann man dies als Beispiel einer Macht- und Steuerungsmentalität betrachten, der es vor allem darum geht, dass das Individuum *sich selbst zum Objekt von Steuerung macht*.

Die aus einer Gouvernamentalitätsperspektive auf die liberale Demokratie problematisierte Macht- und Steuerungsmentalität ist von einer Verschiebung von Verantwortung vom Staat zum Individuum gekennzeichnet. Die aktive Beteiligung der Bürger an ihrer eigenen Steuerung hat sich in vielen institutionellen Zusammenhängen durchgesetzt. Peter Petterson und Kenneth Olsson heben hervor, dass dies nicht zuletzt auch für Ausbildungsprozesse gilt.¹⁸ Da das Schulsystem ähnlichen Veränderungen unterworfen gewesen ist wie die Gesellschaft als ganze, werden auch hier Termini wie Dezentralisierung, Individualisierung und Wahlfreiheit diskutiert. In bildungspolitischen Begriffen heißt das:

Das lebenslange, oder besser lebensumfassende Lernen impliziert eine Verschiebung von Verantwortung in Ausbildung und Lehre von der öffentlichen Sphäre zur privaten und zivilen. [...]. Das lebenslange Lernen beinhaltet auch einen Transfer von Verantwortung vom Staat zum Individuum.¹⁹

Im öffentlichen Diskurs können sowohl Visionen über weniger zentrale Steuerung als auch solche über Eigenverantwortung beobachtet werden. In den Lehrplänen und Steuerungsdokumenten kommen politische Absichten zum Ausdruck, die nicht in erster Linie Zentralisierung und Kontrolle implizieren, sondern mehr von einer dezentralen, selbstüberwachenden Steuerung geprägt sind.²⁰ Die Steuerungspolitik unserer Zeit scheint also darauf abzuzielen, dass die Bürger/Schüler aktiv bei ihrer eigenen Steuerung mitwirken. Eine Reihe von Studien zeigt, dass die Schule Teil eines politischen Zusammenhangs war und ist, der zum Teil darauf abhebt, der heranwachsenden Generation ein bestimmtes Wissen, bestimmte Charaktereigenschaften und Verhaltensweisen Körper und

18 »Det livslånga, eller snarare det livsvida, lärandet innebär en förskjutning av ansvar för utbildning och lärande från den offentliga sfären till den privata och civila. [...] Det livslånga lärandet innebär också en förskjutning av ansvar från stat till individ.« PETERSSON und OLSSON: 2006.

19 Skolverket: 2000a, 10–11.

20 Vgl. LARSSON: 2004.

Gesundheit gegenüber zu vermitteln.²¹ Andere Untersuchungen problematisieren, wie neue Macht- und Steuerungsformen im Takt mit der Gesellschaftsentwicklung in der westlichen Welt Form angenommen haben.²² Weiter wird aufgezeigt, dass schulische Praktiken in neue bildungspolitische Kontexte eingeschrieben sind, die lebenslanges Lernen und Eigenverantwortung propagieren. Die Schule erscheint so als Ort, an dem sowohl politische Vorgänge als auch die Formung einzelner Individuen stattfinden.²³ Eine Absicht dieser Studie ist es zu identifizieren, wie Steuerung in der Unterrichtspraxis im Schulfach Sport vor sich geht. Eine Möglichkeit, dies zu studieren, stellt die Untersuchung spezifischer ›Botschaften‹ dar, die an die Schüler gerichtet werden, und damit verbunden die Frage, welche Steuerungstechniken im Anschluss an diese ›Botschaften‹ zur Anwendung kommen. Die Einnahme einer Machtperspektive in Studien zum Handeln von Menschen ermöglicht es, solche Botschaften zu identifizieren und damit sichtbar zu machen, welche Handlungsspielräume und -begrenzungen in der Unterrichtspraxis geschaffen werden.

Macht – eine Methode zur Untersuchung von Differenzierungsprozessen

In der Alltagssprache ist das Wort Macht oft mit dem Gedanken der Einschränkung menschlicher Freiheit durch Zwang und Unterdrückung assoziiert, und üblicherweise erörtern wir, wer Macht hat, bekommt und ausübt. Michel Foucault diskutiert einen alternativen Machtbegriff, der sich vor allem auf die Funktionsweise der Macht bezieht.²⁴ Foucault interessiert sich für Machteffekte, also die Frage, wie verschiedene Phänomene durch Differenzierungs- und Grenzziehungsprozesse und Normalisierungen geschaffen werden. Die Bedeutung dieser Sichtweise auf Macht für die vorliegende Arbeit ließe sich mit Beronius' Beschreibung von Foucaults Machtperspektive unterstreichen:

Es gilt, die Prozesse und Techniken zu studieren, die in verschiedenen institutionellen Zusammenhängen verwendet werden, um das Verhalten von Indivi-

21 LARSSON: 2004; PALMBLAD und ERIKSSON: 1995; PALMBLAD und PETERSSON: 2003.

22 ROSE: 1998; ROSE: 1999; HULTQVIST und PETERSSON: 1995.

23 BÖRJESSON: 2003, PETERSSON UND OLSSON: 2006.

24 FOUCAULT: 1980a.

duen und Gruppen zu bearbeiten – solche, die deren Lebensweise formen, steuern und modifizieren.²⁵

In der Lehrpraxis des Sportunterrichts werden bestimmte Verhaltensweisen und Modi des Sprechens etwa über Körper und Bewegung als richtig, als vernünftig und angemessen vermittelt, d. h., sie werden in die Praxis inkorporiert, während andere ausgeschlossen werden. Dieser Inklusions- und Exklusionsprozess, der gewisse Handlungen erst ermöglicht, andere wiederum eingrenzt, kann mit dem Machtbegriff analysiert werden, allerdings nicht im Sinne einer durch eine oder mehrere Personen erzwungenen bestimmten Verhaltensweise, sondern als Form der Macht, durch die gewisse Handlungsweisen im Unterricht praktisch ermöglicht werden, die man vollzieht, wenn man nicht als komisch, schwierig oder auf andere Weise abweichend erscheinen will. Innerhalb der institutionellen Praxis werden aus nahe liegenden Gründen begrenzte Spielräume für das Mach- und Sagbare bereitgestellt, bestimmte Wissensbestände und Denkweisen werden also zugelassen, während andere ausgeschlossen werden. Wir können entsprechend methodologisch von den ermächtigenden und begrenzenden Aspekten der Macht sprechen:

The exercise of power operates on the field of possibilities in which the behaviour of active subjects is able to inscribe itself. It is a set of actions on possible actions; it incites, it induces, it seduces, it makes easier or more difficult; it releases or contrives, makes more probable or less; in the extreme, it constrains or forbids absolutely, but it is always a way of acting upon one or more acting subjects by virtue of their acting or being capable of action²⁶

Die Macht kann statt als negative Instanz mit der Funktion der Unterdrückung als ein produktives Netzwerk betrachtet werden. Es geht nicht darum, repressive Machtstrukturen zu untersuchen, sondern darum zu analysieren, welche Tätigkeiten innerhalb unserer Praktiken möglich gemacht und welche begrenzt werden. Die Macht kann als produktiv betrachtet werden, weil durch sie eine bestimmte soziale Ordnung unseres Verhaltens unserer Umwelt gegenüber erzeugt wird.²⁷ Da wir aber nicht

25 »Det handlar om att studera de processer och tekniker som används i olika institutionella sammanhang och som opererar på individers och grupperns beteenden – som formar, styr och modifierar deras sätt att vara på.« BERONIUS: 1991, 83.

26 FOUCAULT: 2002b, 341.

27 WINTHER-JØRGENSEN und PHILLIPS: 1999.

wesenhaft an eine bestimmte Ordnung gebunden sind, erscheinen Ausschließungen anderer Ordnungen als Teil der Wirkungsweise der Macht.²⁸

Der Kern des vorgestellten Ansatzes besteht also darin zu untersuchen, wie solche Ordnungen geschaffen werden, wie sie gepflegt und bewahrt werden und wie Grenzziehungsprozesse in der Erzeugung normativer Handlungsmuster zum Ausdruck kommen. So werden etwa durch den Sportunterricht bestimmte Kenntnisse und Wissensbestände über Körper, Gesundheit und Bewegung produziert. Das Individuum trifft auf die so angebotenen Wissensformationen und verhält sich ihnen gegenüber. Das Vorgeschlagene und durch das Individuum Vorgefundene formt sein Selbstverständnis und sein Vermögen, zwischen dem als richtig und dem als falsch, dem als wertvoll und dem als wertlos Angesehenen zu unterscheiden. Mittels solcher Differenzierungsprozesse wird ein Raum für die Handlungsoptionen des Individuums festgelegt, der darauf abzielt, dass dieses sich gegenüber den im Unterricht vollzogenen Praktiken auf bestimmte Weise verhält, um so im Rahmen des Denkbaren erst ›jemand zu werden‹. Das Individuum bezieht eine Subjektposition in Relation zu den spezifischen Inhalten des Unterrichts. Man könnte sagen, dass das Individuum seine Position als Verhältnis zu den ihm gewährten Handlungsmöglichkeiten definiert. Mittels dieser möglichen Tätigkeiten kann das Individuum sich selbst konstituieren. Wir betrachten uns selbst in Wechselwirkung mit dem, was in unserer Umgebung gesagt und getan wird: »At every moment, step by step, one must confront what one is thinking and saying with what one is doing, with what one is.«²⁹

Die Ausrichtung der Untersuchung auf die Botschaften, die der Sportunterricht hinsichtlich von Wissen, Normen, Vorstellungen und Sichtweisen vermittelt, macht es möglich zu analysieren, welche Angebote zur Subjektwerdung in diesem Zusammenhang geschaffen werden – sowohl vor dem Hintergrund der Frage, wer das Individuum werden kann, als auch hinsichtlich seiner Relationen zu sich selbst und zu anderen.

Mittels einer Macht- und Gouvernementalitätsperspektive können wir einerseits verdeutlichen, wie Menschen zu bestimmten normativen Handlungsmustern, zu spezifischen Denk- und Handlungsrichtungen soziali-

28 Foucault formuliert: »For to say that there cannot be a society without power relations is not to say either that those which are established are necessary.« FOUCAULT: 2002b, 343.

29 FOUCAULT: 1984a, 374.

siert werden. Zum anderen können Fragen zum gegenwärtigen Ideal von Selbststeuerung und Autonomie erörtert, und die Voraussetzungen von Steuerung im Alltag können sichtbar gemacht werden.

Analysemethode

Ausgehend von der oben kurz skizzierten Macht- und Analyseperspektive nehme ich eine Reihe von Grundannahmen mit in die Sichtung des eingespielten Materials. In Übereinstimmung mit der Gouvernamentalitätsperspektive betrachte ich Steuerung als Relation zwischen äußerer Mobilisierung und Selbststeuerung, wobei die Freiheit des Individuums als ein Bestandteil der eigentlichen Selbststeuerung angesehen wird.³⁰ Die Analysen richten sich entsprechend darauf, wie die Schüler am Erwünschten partizipieren und wie genau die Relation zwischen Steuerung und Selbststeuerung inszeniert wird. Was passiert, wenn von den Schülern Partizipation und Eigenverantwortung für ihre physische Gesundheit verlangt werden? Diesen Untersuchungsbereich möchte ich als ›Appell an den Willen‹ betrachten.

Darauf folgend zeige ich einige Beispiele für Praktiken, die die Arbeit am Selbststeuerungsprozess stützen und fördern, was impliziert, den Fokus auf verschiedene Steuerungstechniken zu richten, die den Schülern den Weg in eine bestimmte Richtung weisen. Diese bezeichne ich als Repertoires von Steuerungstechniken.

Ein Appell an den Willen

Im nun folgenden Abschnitt werden einige Beispiele für das präsentiert, was von den Schülern im Unterricht verlangt wird, aber auch gefragt, wie es dazu kommt, dass die Schüler teilnehmen, Eigenverantwortung zeigen und ihre Freiheit nutzen, um ihr eigenes Handeln in die erwünschte Richtung zu steuern.

³⁰ Für Rose bedeutet dies: »Identifying the ways in which human beings are individuated and addressed within the various practices that would govern them, the relations to themselves that they have taken up within variety of practises within which they have come to govern themselves.« ROSE: 1999, 43.

Man soll sein Bestes geben wollen

Physische Anstrengung und der Wille zu physischer Arbeit durchziehen wie ein roter Faden das analysierte Material. Dieser Schwerpunkt steht oft in Verbindung mit der Aufforderung an die Kinder, ihr Bestes zu geben und selbst Verantwortung für das Training zu übernehmen. Eine Unterrichtsstunde, in der an verschiedenen Stationen Krafttraining, Streetbasketball, Volleyball und Fangen auf der Agenda stehen, wird wie folgt eingeleitet:

Lehrer (Unterrichtssituation 1): »Heute müsst ihr Dinge ausprobieren. Gebt euer Bestes. Es wird anstrengend, aber ihr dürft euch natürlich ab und zu ausruhen, aber nicht die ganze Zeit, gebt euer Bestes.«³¹

In dieser Äußerung wird konstatiert und die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, dass die nun folgenden Aktivitäten anstrengend würden. Die Möglichkeit »ihr dürft euch ausruhen« wird in Relation zur vorher erfolgten physischen Anstrengung eine angemessene Handlung. Es ist gestattet, sich auszuruhen, wenn man vorher hart gearbeitet hat. Die Ankündigung »ihr müsst Dinge ausprobieren« impliziert in diesem Zusammenhang keinen Zwang im Sinne von Strafandrohung. Die möglichen Aktivitäten zu erproben erscheint eher als ein Angebot, das sich an den Willen des Individuums richtet. Selbst die Aufforderung »gebt euer Bestes« ist auf den individuellen Willen bezogen, das Individuum wird selbst dafür verantwortlich gemacht, in Übereinstimmung mit dem Angebotenen zu handeln. »Gebt euer Bestes« kann zunächst als Form der Abmilderung der Forderung gesehen werden – ich bin gezwungen, es auszuprobieren, aber ich muss nicht bestimmte Resultate erzielen, es reicht, wenn ich mein Bestes gebe. Aber der Ausspruch kann darüber hinaus auch als ein weiteres Handlungsangebot betrachtet werden, d. h., man soll sich als Individuum nicht bloß erproben, sondern sein Bestes geben wollen. Der Vorgang zeigt, wie einer Handlung die Zwangsförmigkeit genommen wird, während der Druck auf das eigenverantwortliche Steuern des individuellen Handelns auf das Angebotene hin gerichtet wird. Der »Zwang« erscheint also vielmehr als Empfehlung eines begrüßten Handelns.

31 »Idag är ni tvungna att prova. Gör ert bästa. Det kommer att bli jobbigt, men visst kan ni vila någon gång, men inte hela tiden, gör ert bästa.«

Am Ende des Unterrichts sagt der Lehrer:

Lehrer (Unterrichtssituation 1): »Es wird viel von euch verlangt. Hat jemand das Gefühl, geschludert zu haben? Haben alle ordentlich gearbeitet?«³²

Diese Fragen werden von den Schülerinnen und Schülern nicht beantwortet. Sie scheinen mehr die Funktion einer Erinnerung an die Verantwortung zu haben, das Beste zu leisten und nicht zu schludern. ›Geschludert haben‹ wird in diesem Zusammenhang zum Gegensatz der größtmöglichen Anstrengung. »Hat jemand das Gefühl« richtet die Aufmerksamkeit auf die Selbststeuerung, die Formulierung appelliert an die individuelle Beurteilung des eigenen Handelns. Keiner der Schüler antwortet, sich gedrückt oder hart gearbeitet zu haben. Antwortete jemand »ja, ich habe geschludert« oder »ich habe ordentlich gearbeitet«, so würde dies wahrscheinlich als ungewöhnlich betrachtet, da die Kontrolle den Schülern selbst überlassen ist, also eine Antwort nicht verlangt wird. Diese Form der Kontrolle zeichnet sich wiederholt im analysierten Material ab, etwa wenn Ratschläge und Anweisungen über die Dauer einer Aktivität oder die Anzahl von Durchgängen einer bestimmten Übung gegeben werden. In elf der fünfzehn untersuchten Unterrichtsstunden werden die Schüler gebeten, zehn Liegestütze, zwanzig Sit-Ups und zehn Sprünge aus der Hocke zu machen, oder sie werden beispielsweise aufgefordert, an Stationen jeweils zweieinhalb Minuten lang zu üben. Auch wenn die Anzahl vorgegeben ist – etwa zehn Liegestütze – kontrollieren die Lehrer nicht, ob diese Vorgabe tatsächlich eingehalten wird. Die Zahl kann als das Erwünschte begriffen werden, während die Lehrenden gleichzeitig oft Sätze wie »man macht es, so gut man kann« und »ihr gebt euer Bestes«³³ äußern. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass der größere Teil der Schüler ohne Kontrolle des Lehrers die vorgegebene Anzahl Übungen durchführt, allerdings mit bestimmten Variationen (so werden die Liegestütze auf verschiedene Weise ausgeführt, mal bis die Nase den Boden berührt, mal mehr als symbolische Armbewegung).³⁴

32 »Det krävs mycket av er. Är det någon som känner att den har slarvat? Har alla jobbat ordentligt?«

33 »man gör så gott man kan«; »ni gör ert bästa«.

34 In bestimmten Fällen belehrt der Lehrer allerdings dann doch den Schüler über die richtige Anzahl. Etwa in einer Situation, in der ein Schüler drei Liegestütze macht und der Lehrer darauf hinweist, dass es eigentlich zehn sein sollten. Der Lehrer bleibt nun eine Weile neben dem Schüler stehen und beobachtet, ob dieser erneut mit den Liege-

Generell kann gesagt werden, dass die angebotenen Handlungen nicht von den Lehrenden kontrolliert werden. Stattdessen appelliert die Kontrolle an das eigenständige Handeln des Individuums, also an ›das eigene Gewissen‹, den ›Willen, ordentlich zu sein‹, sowie den ›Willen, ein guter Mensch zu sein‹. Den Schülern werden die Freiheit und Verantwortung gegeben, selbst ihr Handeln in Übereinstimmung mit dem im Unterricht Erwarteten zu regulieren.

Es wird also auf diese Weise eine bestimmte Relation zwischen dem, was als angestrebtes Handeln begriffen wird, und der Einstellung, *dies selbst zu wollen* hergestellt. Auf diese Weise werden im Sportunterricht mehr oder weniger offene Handlungsspielräume geschaffen. Diesbezüglich erscheint Steuerung als Spannungsverhältnis: Was als Muss angesehen wird, darf sich nicht als Zwang darstellen. Die Schüler werden verpflichtet, auf eine bestimmte Weise zu denken und zu handeln, gleichzeitig erscheint diese Verpflichtung im Licht von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung – als Freiheit unter Betonung der Selbststeuerung.

Man soll versuchen wollen

Eine der Unterrichtssituationen zeigt die Schüler beim Geräteturnen auf einem Parcours von Geräten. Die Übungen bestehen unter anderem aus Radschlagen, Purzelbaum, Balancieren auf dem Balken und Rolle auf dem Barren. Einer der Schüler äußert dem Lehrer gegenüber, dass er die Übung am Doppelbalken nicht machen wolle, sie sei ihm zu schwierig:

Lehrer (Unterrichtssituation 12): »Nimm etwas anderes, wenn man nicht will, muss man nicht alle Übungen machen [...] Aber es gilt, das zu trainieren, was man nicht kann, aber man muss Sachen, die man allzu schwierig findet, nicht wiederholen. Aber so macht man es. Leg dich hier oben auf den Bauch, die Hände so, dann setzt du dich auf den niedrigeren Balken, halt dich mit den Armen fest.«³⁵

stützen beginnt. In dieser Situation steht nicht die Förderung des Willens des Schülers im Vordergrund, sondern sein Gehorsam.

35 »Ta något annat, om man inte vill då behöver man inte göra det. Man behöver inte göra alla saker. [...] Men det gäller att träna på det som man inte kan, men man måste inte göra om man tycker att det är alldeles för svårt. Men så här gör man. Lägg dig på mage här uppe, händerna där, sen sätter du dig på den lägre bommen, håll i mot med armarna.«

Der Schüler vollzieht die Übung nun unter Hilfestellung des Lehrers, der ihn lobt:

Lehrer (Unterrichtssituation 12): »Gut! Probier es noch einmal.«³⁶

Der Schüler macht die Übung ein weiteres Mal und läuft dann rasch zur nächsten Station des Parcours' weiter.

In diesem Beispiel konstatiert der Lehrer: »Wenn man nicht will, muss man nicht alle Übungen machen«, und »man muss Sachen, die man allzu schwierig findet, nicht wiederholen«. Diese Formulierungen schaffen eine Dimension der freien Wahl, während gleichzeitig deutlich gemacht wird, was getan werden muss: »Aber so macht man es.« Das Ereignis zeigt, wie das Verhältnis von Steuerung und Selbststeuerung konstituiert wird. Einerseits wird eine allgemeine Einstellung darüber vermittelt, was das Individuum nicht tun muss, was ihm selbst überlassen bleibt, andererseits wird eine Norm über das richtige Handeln geschaffen. Hier offenbart sich eine Steuerungsform, die nicht durch expliziten Zwang gekennzeichnet ist, sondern durch Formen der richtigen Attitüde und des richtigen Willens. Als Individuum soll man seine Grenzen testen wollen, eine positive Einstellung zum Üben und Wagen haben. Im oben geschilderten Setting (Unterrichtssituation 12) sagt eine Schülerin an den Ringen:

Schülerin (Unterrichtssituation 12): »Diese Ringe werde ich nicht schaffen.«

Lehrer: »Traust du dich nicht?«

Schülerin: »Ja, aber.«

Lehrer: »Du kannst es doch wohl ausprobieren?«³⁷

Der Lehrer justiert die Höhe der Ringe auf eine mittlere Stufe und hilft der Schülerin bei der Drehung. Die Schülerin wird daraufhin vom Lehrer gelobt. Wichtig scheint nicht zu sein, eine Übung perfekt zu vollziehen, sondern sie erproben zu wollen. Oft spricht der Lehrer ein Lob für solche Versuche der Schülerinnen aus, und bestärkt auf diese Weise die Auffassung, ein willensbestimmtes und die eigenen Fähigkeiten testendes Individuum zu sein. Es ist also nicht die korrekte Ausführung, sondern die richtige Einstellung, die in der überwiegenden Zahl der Fälle hervorgehoben wird. In Hinsicht auf die zugrunde liegenden Normen könnte man sagen, dass es wichtiger ist zu wollen als zu können.

³⁶ »Bra! Prova en gång till.«

³⁷ »De här ringarna kommer inte jag att klara.« – »Vågar du inte?« – »Jo, men.« – »Du kan väl prova?!«

Bei den Praktiken, die ich untersuche, ist die Willenskomponente zentral. Neben der Erwartung an die Schüler, ihr Bestes geben und sich selbst erproben zu wollen, können wir an den angeführten Beispielen ersehen, dass Steuerung sich an den Willen richtet, physisch aktiv zu werden. Es handelt sich also hier weniger um eine Erziehung zum Gehorsam, sondern vielmehr um eine Erziehung zum Willen, sein Bestes zu leisten, sich als Mensch zu entwickeln, nicht zuletzt aber auch physisch aktiv zu sein. Es gibt darüber hinaus aber noch andere Steuerungstechniken, die im Unterricht angewendet werden. Dies zeigt sich etwa, wenn die Selbststeuerung scheitert, d. h., der Appell an den Willen nicht ausreicht.

Wenn die Selbststeuerung scheitert

In bestimmten Fällen zeigt das Material, dass einige SchülerInnen nicht tun, was ihnen empfohlen wird, oder dass ihre Tätigkeit in irgendeiner Weise vom Erwünschten abweicht. Zum Beispiel kann eine Stunde mit Geräteturnen genannt werden. Hier laufen einige SchülerInnen an einer Station vorbei, an der sie ›Katzensprünge‹ üben sollen. Dies wird nicht gesondert zur Kenntnis genommen, lediglich eine kurze Ermahnung, dass die Schüler es versuchen sollten, erfolgt. In mehreren Fällen macht das Material deutlich, dass Schüler, deren Verhalten vom Erwünschten abweicht, nicht disziplinären Maßnahmen unterworfen werden. Stattdessen erfolgt eine Bestrafung in Form von Nonchalance gegenüber den abweichenden Handlungen – eine Praxis, die als Steuerungstechnik betrachtet werden kann. Dies offenbart sich auch in einer Unterrichtssituation, in der verschiedene Ballsportarten gespielt werden, und vier Schüler am Rande des Felds bleiben und es vermeiden, den Ball anzunehmen. Die Individuen, die nicht partizipieren, werden aufgefordert, loszulegen, sich einzubringen, einige der gegnerischen Spieler abzuwerfen.

Lehrerin (Unterrichtssituation 14): »Lina, rei dich ein bisschen zusammen, dann kannst du einige der anderen abwerfen. Beweg dich, du darfst nicht am Boden kleben bleiben!«³⁸

Der Aufforderung loszulegen und dem Kommentar »Du darfst nicht am Boden kleben bleiben!« zum Trotz erfolgt keine Richtungsänderung, die

³⁸ »Lina, kom igen lite nu s kan du ta några p andra sidan. Rr dig lite, du fr inte sitta fast i golvet!«

Schülerin ist weiterhin inaktiv und nimmt nicht am Spiel teil. Danach wird nicht weiter Notiz von den am Rande des Felds stehenden Schülern genommen. Die Schüler, die von Beginn an nicht am Spiel teilgenommen haben, werden ermuntert, sich stärker zu involvieren, tun dies aber nicht. Das Agieren der Schüler, ihr Stillstehen, wird von da an ignoriert.

Wo Selbststeuerung nicht funktioniert, die Schüler also nicht die richtige Willensstärke zeigen, wird dem mit Nonchalance und mit dem Hinweis auf nicht erwünschtes Handeln begegnet. Folgender Vorfall illustriert dieses Muster. Im Verlauf eines Fußballspiels wird eine Schülerin vom Ball getroffen und setzt sich daraufhin unglücklich auf die Bank.

Lehrer (Unterrichtssituation 8): »Du musst aufpassen. Aber hör jetzt auf, alle kriegen mal den Ball ab, aber setz dich kurz hin. Es liegt daran, dass du faul bist, darum geht es, du willst nicht. Dann würde niemand Fußball spielen, denn alle bekommen mal den Ball ab.«

Schüler (steht neben dem Lehrer): »Sie hat in einer Fußballmannschaft gespielt, aber aufgehört, nur weil sie vom Ball getroffen wurde.«

Lehrer (wendet sich der getroffenen Schülerin zu): »Du bist gut gewesen, aber sobald der Ball auf dich zukommt, findest du das gefährlich, du hast dich die ganze Zeit zurückgehalten.«

Schüler (steht neben dem Lehrer): »So was muss man aushalten.«³⁹

Die vom Ball getroffene Schülerin geht daraufhin zurück aufs Spielfeld und spielt weiter. Das Beispiel zeigt, dass das Verhalten der Schüler, ihre Entscheidung, sich auf die Bank zu setzen, nicht als erwünscht angesehen wird. Steuerung erfolgt durch Zurechtweisung. Ihr Ausscheiden aus dem Spiel wird als Faulheit dargestellt, die in einem Spiel, in dem »alle einmal vom Ball getroffen werden« nicht geduldet werden kann. Letzteres wird noch dadurch unterstrichen, dass ein Schüler im Dialog konstatiert: »So was muss man aushalten.« Dieser Vorgang hat sowohl eine moralisierende als auch eine charakterformende Dimension. Formulierungen wie »du bist faul« und »du willst nicht« markieren deutlich unerwünschte Handlungsweisen, der Erziehungsaspekt richtet sich auf die Schaffung eines Individuums, das partizipieren will, ausdauernd und fähig zur Selbstmobilisierung ist. Gegenstand der Intervention ist der Wille,

39 »Du får akta dig. Men sluta nu, alla får bollen på sig, men sätt dig en stund då. Det är att du är lat, det är det som det handlar om, du vill inte. Då skulle ingen spela fotboll för alla får bollen på sig.« – »Hon har gått i ett fotbollslag men hon slutade bara för att hon fick bollen på sig.« – »Du har varit duktig, men så fort bollen närmar sig dig så tycker du att det är farligt, du har hållit dig här nere hela tiden.« – »Man får tåla sådant.«

oder wie Karin Permer und Lars-Göran Permer es ausdrücken: »Und wenn man nicht kann, dann, weil man nicht will.«⁴⁰

Das oben Präsenzierte hat Steuerungsformen berührt, die darum kreisen, die Schüler zu bewegen, aus eigenem Antrieb und freiwillig das zu tun, was als gut für sie angesehen wird. Ich habe außerdem gezeigt, dass andere Steuerungsmethoden greifen, wenn der rechte Wille fehlt, unerwünschten Handlungsweisen wird mit Nonchalance, aber auch mit Zu-rechtweisungen begegnet.

Repertoires von Steuerungstechniken

Nun sollen einige Beispiele für Praktiken gegeben werden, die die Arbeit mit dem Steuerungsprozess stützen und fördern, also für spezifische Techniken, die zu seiner Realisierung angewendet werden. Im Unterricht wird ein ganzes Steuerungsrepertoire verwendet. Die Frage ist, wie im konkreten Material die Taktiken aussehen, die die Selbststeuerung der Schüler erleichtern sollen. In den untersuchten Settings tauchen unterschiedliche Methoden auf, den ›Appell an den Willen‹ hervorzurufen. Ich möchte sie so bezeichnen: ›Ermuntern und Inspirieren‹ und ›Betonen des Lustvollen‹.

Ermuntern und Inspirieren

Eine der Steuerungstechniken intendiert, durch Ermunterung bestimmte Handlungsmuster und richtige Einstellungen zu stabilisieren und zu stärken. Verschiedene positiv besetzte Aussagen können als Mittel zur Verstärkung der angestrebten Selbststeuerung gesehen werden. Vor allem werden Emphasen wie »gut gemacht« und »sehr gut«⁴¹ verwendet. Lob kann als Steuerungstechnik betrachtet werden, es dient als Verstärkung und somit als Methode, auf richtiges Handeln hinzuweisen. Durch positive Aufmerksamkeit wird ein Agieren als wünschenswert und richtig hervorgehoben.⁴² Wiederholte anfeuernde Zurufe wie »Gut gemacht!« und »Sehr gut!« kommen bevorzugt in Situationen zur Anwendung, in denen die Schüler aktiv sind und die richtige Willenseinstellung aufweisen.

40 »Och om man inte kan, så är det för att man inte vill.« PERMER und PERMER: 2002, 304.

41 »bra jobbat«; »jättebra«.

42 Überlegungen zu Bestrafung und Belohnung als Teil des Normalisierungsprozesses in pädagogischen Zusammenhängen unternimmt TULLGREN: 2004.

Während einer der Unterrichtssituationen kommen Schülerinnen in die Halle und beginnen, verschiedene Stationen aufzubauen, an denen Kondition und Kraft trainiert werden sollen. Alle wirken dabei mit, allerdings mit unterschiedlicher Intensität. Die Lehrerin geht umher und ermuntert die Schülerinnen:

Lehrerin (Unterrichtssituation 4): Strengt euch an, gut gemacht, sehr gut.⁴³

Die positiv konnotierte Äußerung markiert, dass die Schülerinnen auf die richtige Weise arbeiten und fordert dazu auf, weiter in die eingeschlagene Richtung zu gehen, die lobenden Worte verstärken das Agieren der Schülerinnen. Man könnte sagen, hier wird dahingehend interveniert, die eingefahrenen Gewohnheiten beizubehalten und Brüche oder Vorkommnisse, die das Handeln in eine andere Richtung steuern, zu unterbinden. Die Kommentierung untermauert also die etablierten Handlungen.

Abschließend lobt die Lehrerin die Schülerinnen:

Lehrerin (Unterrichtssituation 4): Heute habt ihr sehr gut gearbeitet.⁴⁴

Diese Verstärkung taucht oft am Ende der Unterrichtsstunden auf:

Lehrerin (Unterrichtssituation 2): Wie fühlt ihr euch, Mädels?

Schülerin: Anstrengend!

Lehrerin: Ihr wart sehr gut!⁴⁵

Lehrerin (Unterrichtssituation 3): Ihr wart tüchtig. Man ist wohl Lehrer, weil man solche Momente mag, ich bin sehr stolz, eure Lehrerin zu sein. Ein Applaus für euch alle.⁴⁶

Die Beispiele veranschaulichen, dass sich das Lob kollektiv an alle Schülerinnen richtet. Die Lehrerin formuliert: »Ihr wart tüchtig« und »ein Applaus für euch alle«. Es stellt sich die Frage, wofür hier eigentlich Beifall gezollt wird. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass alle Schülerinnen tätig sind und an den verschiedenen Stationen arbeiten. Dabei fällt auf, dass nicht alle auf gleiche Weise tätig sind. Einige arbeiten mit hoher, andere mit weniger hoher Intensität. Alle sind jedoch aktiv. Was also in erster Linie begrüßt wird, ist die Intensität des Willens, nicht die konkrete

43 »Kör hårt, bra jobbat, jätteduktiga.«

44 »Idag har ni jobbat jättebra.«

45 »Hur känns det tjejer?« – »Jobbigt!« – »Ni har varit jättebra!«

46 »Ni har varit jätteduktiga. Det är väl därför man är lärare, för att man tycker om sådana här stunder, jag är mycket stolt över att vara er lärare. En applåd till er alla.«

Übungsleistung. Es werden entsprechend nicht die Schülerinnen gelobt, die das höchste Arbeitsniveau an den Tag legen, sondern alle Tätigen, alle Schülerinnen, die ihr jeweiliges Bestes zu geben scheinen, werden mit positiven Worten bedacht. Generell kann gesagt werden, dass Lob sich meist an die ganze Gruppe richtet, ganz unabhängig davon, mit welchem Ergebnis die einzelnen Schülerinnen arbeiten, solange sie einen Willen zur physischen Verausgabung zeigen und den Willen, tätig zu werden, auch wenn dies mit Anstrengungen verbunden ist. In diesem Zusammenhang geht es also nicht darum, einzelne herauszuheben, stattdessen wird das gute und richtige Handeln im Unterricht unterstrichen. Es wird nicht in erster Linie die Leistung gelobt, sondern das Funktionieren der Selbststeuerung, d. h. der Wille der SchülerInnen, aktiv zu sein.

Die aufmunternden Worte verstärken somit die Handlungsmuster der Schüler und balancieren das Agieren der Individuen innerhalb des als gut und richtig Angesehenen. Steuerungstechniken wie Lob und Inspiration richten die Aufmerksamkeit auf das gute Handeln, und darauf, dass man als Individuum an diesem guten Handeln partizipiert, wenn man mit dem Erwünschten in Übereinstimmung agiert. Dies kann insofern als Teil des Selbststeuerungsprozesses betrachtet werden, als hier bestimmte Handlungsmuster erlernt werden, so dass die Schüler bestimmte Handlungsgewohnheiten entwickeln. Mittels der Prägung guter Gewohnheiten lernen die Schüler, sich um sich selbst zu kümmern und verinnerlichen ihre Pflicht, das Richtige zu tun.⁴⁷ Die gute Gewohnheit wird jedoch ständig von Fehlverhalten bedroht, darum muss sie laufend implementiert werden. Hier können wir von der Steuerung als Etablierung bestimmter Handlungsmuster sprechen, wobei die Handlungsgewohnheiten als alltäglicher Ausdruck der Selbststeuerung gesehen werden können. Im Zentrum steht nicht das Befolgen der Anweisungen der Lehrenden, sondern das freiwillige Annehmen guter Gewohnheiten als Voraussetzung eines Handelns, das mit dem jeweils Erwünschten korrespondiert.

⁴⁷ Die Sorge um sich selbst, die Foucault beschreibt, kreist um ›Selbstzüchtung‹: »Die Vorschrift, man solle sich um sich selbst kümmern, ist jedenfalls ein Imperativ, der durch alle möglichen Lehren wandert; zudem hat er die Form einer Haltung, einer Weise des Sichverhaltens angenommen, hat er Lebensweisen durchtränkt; er hat sich in Prozeduren, in Praktiken und in Rezepten entwickelt [...].« (»Regeln att man måste ägna sig åt sig själv finns med i varje fall som imperativ i ett stort antal olika läror; självomsorgstemat har också fått formen av en attityd, ett sätt att bete sig, det har genomtyrat vissa levnadssätt; det har utvecklats till procedurer, till förfaringssätt och till recept [...].«) FOUCAULT: 2002a, 44.

Betonen des Lustvollen

Ein weiterer Aspekt des Steuerungsrepertoires zielt darauf, positive Stimmungslagen zu wecken, die die Schüler motivieren, mit der vorgesehenen Ordnung übereinstimmend zu handeln. Dies geschieht oft durch Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Lustvolle der Situation, so dass glückhafte Erlebnisse das Individuum zum fortgesetzten Engagement in der angestrebten Selbststeuerung anhalten. Meine Beobachtungen zeigen, dass gewisse Unterrichtspraktiken dazu dienen, den Schülern nahezulegen, physische Anstrengung als Spaß bringend zu begreifen. Wiederholt wird ein Zusammenhang zwischen physischer Verausgabung und Spaß suggeriert. Oft werden Fragen gestellt, die gleichzeitig auf Anstrengung und Freude gerichtet sind: »Hattet ihr heute Spaß?«, »War es anstrengend?«, »Hat es Spaß gemacht?«, »Das hat Spaß gemacht, oder?«.48 Solche Fragen sanktionieren eine bestimmte Art, über die physischen Aktivitäten nachzudenken, erscheinen aber auch als Erwartungshaltung: Als Individuum physische Anstrengung als angenehm zu empfinden erscheint richtig. Die Steuerungsmethode kreist um die Herstellung positiver Erlebnisse, die die Individuen willens machen, in Übereinstimmung mit dem Befürworteten zu operieren; dies ist eine Steuerungsform, die das Lustbringende betont.

Die Schüler machen eine Reihe von Übungen an verschiedenen Stationen: Liegestütze, Gewichte stemmen, Sit-ups, Hoola hoop, Seilspringen, Kirschkerne zwischen Markierungen bewegen, über den Barren klettern, Bankspringen und Hockwenden auf einer Bank. Das Ganze ist in vollem Gang, eine Art organisiertes Chaos, als die Lehrerin die Schüler sich in einem Kreis auf dem Boden versammeln lässt.

Lehrerin (Unterrichtssituation 4): Wie fühlt ihr euch?

Schülerin: Gut.

Lehrerin: Es fühlt sich gut an. Hat es Spaß gemacht?

Schüler: Schweißtreibend.

Lehrerin: Schweißtreibend, das muss es sein. Was ist mit den Muskeln passiert, als ihr da gearbeitet habt? (Die Lehrerin zeigt auf eine der Stationen.)

Schülerin: Anstrengend!

Lehrerin: Das ist anstrengend, ja, aber wo genau habt ihr das gefühlt?⁴⁹

48 »Har ni haft kul idag?«, »Var det jobbigt?«, »Var det roligt?«, »Det här var kul, eller hur?«.

49 »Hur känns det?« – »Bra.« – »Känns bra. Var det roligt?« – »Svettigt.« – »Svettigt, det ska det vara. Vad händer det i muskeln när ni jobbade där?« – »Jobbigt!« – »Den är jobbig, ja, men var kändes det någonstans?«

Das Gespräch darüber wird fortgesetzt, welche Muskeln an welcher der Stationen entwickelt wurden, und die Lehrerin fragt:

Lehrerin: Und beim Seilspringen, was ist da im Körper passiert? Eva! Was passierte mit dir insgesamt, nachdem du 50 Sprünge gemacht hattest?

Schülerin: Ermüdend.

Lehrerin: Ja, das war anstrengend. Es ist anstrengend seilzuspringen, oder. Es ist der ganze Körper, dann fing das Herz an zu schlagen, nicht wahr?⁵⁰

Der Sinn der Übung war nach Aussage der Lehrerin, Kondition und Kraft zu trainieren, und während der abschließenden Runde dreht sich das Gespräch überwiegend darum, welche Muskeln an den jeweiligen Stationen trainiert wurden. Die Lehrerin leitet das Gespräch jedoch mit einer Frage nach den Empfindungen der Schüler ein sowie mit der Frage, ob sie Spaß gehabt hätten. Die Schüler antworten, die Übungen seien »schweißtreibend«, »anstrengend« und »ermüdend« gewesen, was die Lehrerin als unausweichlich und beabsichtigt kennzeichnet – es müsse schweißtreibend und anstrengend sein seilzuspringen. Es erscheint als angemessen, das ›angestrenzte‹ Gefühl in den Muskeln im Anschluss an eine Übung mit dem Ziel der Konditions- und Stärksteigerung zu thematisieren. Allerdings wird dies mit der Frage der Lehrerin eingeleitet, ob die Schüler Spaß gehabt hätten. Weshalb also diese Rede vom Spaß?⁵¹ Wenn hier nur die körperliche Stärke im Zentrum stünde, wäre die Frage irrelevant. Vielmehr scheint hier etwas vorzuliegen, was bekräftigt, konstatiert und wiederholt werden muss. In jeder Unterrichtssituation muss das Mantra der Aktivität, der Lustbetontheit, der Freiheit geformt werden, damit die Selbststeuerung effektiver werden kann. Darin ist kaum ein Ausdruck der Förderung einer hedonistischen Lebenshaltung zu sehen, sondern vielmehr die Angst, die Individuen könnten autoritätshörig werden, nicht selbst das Richtige wollen. ›Spaß haben‹ ist somit, der eingenommenen Perspektive entsprechend, nicht gleichbedeutend mit ›freiem‹ Wollen und

50 »Och när man hoppade rep, vad hände då i kroppen? Eva! Vad hände med hela dig när du hade hoppat 50 hopp?« – »Kämpigt.« – »Ja, det var jobbigt. Det är jobbigt att hoppa hopprep, eller hur. Det är hela kroppen, sen började hjärtat slå, va?«

51 Monica Lindgren analysiert, wie Lehrer und Schulleiter diskursiv die ästhetische Praxis der Schule behandeln. Sie zeigt unter anderem, inwieweit die Freude der Schüler am Lernen Ziel der Unterrichtspraxis ist. Lindgren fragt, ob der Diskurs des Lustvollen als Teil der gegenwärtigen Gesellschaft betrachtet werden kann, und betont, dass eine Pädagogik, die den Spaß in den Vordergrund rückt, sowohl Lehrer als auch Schüler befriedigt, und dass dies mit einer Steuerungsform der Befreiung übereinstimmt, wie sie ROSE: 1999 beschreibt. LINDGREN: 2006, 152.

Denken. Das Gewicht liegt auf dem Ergebnis: Spaß hat man, wenn das Selbst seine Selbststeuerungspflichten befolgt.⁵²

Eine Frage der Freiheit des Subjekts

Im nun folgenden Abschnitt möchte ich einige Fragen diskutieren, die Konsequenzen der in die Unterrichtspraxis des Schulfachs Sport eingebetteten Steuerungsprozesse betreffen. Zunächst werden Grenzziehungsvorgänge, die die Freiheit des Individuums beeinträchtigen, betrachtet. Darauf folgend wird diskutiert, wie normative Handlungsmuster Grenzen der Subjektivierung der Schüler konstituieren, aber auch die möglichen Relationen mit sich selbst und anderen.

Ein wesentlicher Charakterzug der liberalen Steuerungs politik zielt darauf ab, Freiheit und Steuerung gleichzeitig zu etablieren. Die Individuen müssen sich selbst als freie Subjekte begreifen lernen, damit die liberale Steuerungskunst funktioniert. Voraussetzung der Steuerungswirkung anbotener Handlungen ist es somit, die Steuerungstechniken so auszurichten, dass das Recht des Individuums auf freie Entscheidung im Unterricht betont wird. Aus den vorliegenden Studien geht hervor, dass der Fokus des Unterrichts sich auf den Willen und die Eigenverantwortung der Schüler als Ort der Etablierung von Selbststeuerung verengt. Da den Schülern die Freiheit gegeben wird, ihr Handeln in Übereinstimmung mit den Erwartungen, die im Unterricht vermittelt werden, selbst zu regulieren, da hier die Formung und Ausrichtung des Denkens und Handelns der Schüler auf ein bestimmtes Ziel hin von Bedeutung ist, drängt sich die Frage nach der Freiheit der Subjekte auf. Selbststeuerung setzt ein freies Subjekt voraus, aber die volle Autonomie des Subjekts scheint problematisch zu sein: Wie ließe sich also die Freiheit des Subjekts im untersuchten Fall beschreiben?

Die Steuerungsformen, die im analysierten Material an den eigenen Willen appellieren, können als symptomatische Erscheinung einer Gesellschaft angesehen werden, die Menschen als freie Individuen betrachtet. Laut Mats Börjesson sind die Institutionen unserer Gesellschaft von der Auffassung geprägt, dass Übereinstimmung besser als verordnetes

⁵² Hier könnte das Beispiel der Schülerin herangezogen werden, die am Rand des Spielfelds steht. Sie partizipiert nicht und bezeichnet das Spiel als langweilig (Unterrichtssituation 14). Sie hat also ihre Selbststeuerungspflicht vernachlässigt, das Ergebnis ist: »Es ist langweilig.« (»Det är tråkigt.«)

Verhalten, Konsens besser als Konflikt, Freiheit besser als Zwang ist. Trotz des starken Fokus auf Eigenverantwortung und Selbststeuerung impliziert dies nicht, dass andere Steuerungsmethoden nicht existieren. Meine Studie zeigt, dass eine Reihe divergierender Steuerungstechniken existieren, die situationsabhängig zur Anwendung kommen. Der Appell an den Willen der Schüler scheint allerdings die bevorzugte Methode zu sein – hier sollen die Aktivierung durch Ermunterung und die Betonung des Lustvollen als Führungstechniken die anvisierte Selbststeuerung fördern. Ich habe darüber hinaus aber auch gezeigt, wie andere Führungstechniken in Gang gesetzt werden, wenn die Selbststeuerung nicht funktioniert – etwa nonchalante Kommentare, aber auch Zurechtweisungen. Lob wird also ausgesprochen, wenn das Individuum einen Willen zur physischen Anstrengung zeigt, auf verschiedene Weise Willensstärke offenbart, also mit der gegebenen Ordnung in Übereinstimmung handelt. Wer diese Fähigkeit, diesen Willen nicht hat, wird oft Gegenstand von Eingriffen verschiedener Art. Hier kommen Hilfe und Regulierung in der Orientierung auf das Erwünschte hin zur Anwendung. Gerade die Individuen, die zu erreichen am wichtigsten ist, sind oft am schwersten zugänglich. Ich denke hier etwa an Schüler, die gar nicht erst zum Unterricht kommen. Hierfür werden Zeugnisse und ›Entwicklungsgespräche‹ genutzt, in denen die geltende Zielvorgabe von Aktivität und Partizipationswillen sichtbar gemacht werden kann. Zentral sind also der Wille und das Vermögen des Individuums, in Übereinstimmung mit dem zu handeln, was als klug, vernünftig, gesundheitsfördernd etc. erscheint – und all dies steht in Verbindung mit der Fähigkeit zur Selbststeuerung. Im Steuerungs- und Selbststeuerungsprozess ist die Freiheit somit eine relative und begrenzte. Einerseits kann man sagen, dass aus der Perspektive des Individuums Voraussetzungen für eine freie Entscheidung gegeben werden, andererseits werden Handlungsoptionen bereits im Vorhinein durch die einverlebte Vorstellung vom Richtigen determiniert.⁵³ Für Börjesson bestehen eine Reihe formaler und informeller Ordnungen, die definieren, was als gültig, als vernünftig und durchführbar erscheint.⁵⁴ Auch Palmblad und Eriksson sehen im Bereich der Gesundheitserziehung einen ›Konflikt‹, wenn gleichzeitig Selbstverantwortung, Partizipation und die Betonung der persönlichen Freiheit, aber auch vorab bestimmte Posi-

53 HULTQVIST und PETERSSON: 1995.

54 BÖRJESSON: 2003, 139.

tionen als Lernziel korrelieren sollen.⁵⁵ Freiheit und Selbststeuerung sind begrenzt, wo Freiheit vor allem für jene Schüler besteht, die in Übereinstimmung mit dem Erwünschten handeln wollen und sich an der gemeinsamen Ordnung orientieren, die also gleichermaßen angepasst und selbst bestimmt sind.

Die Pflicht, sich selbst in Form zu halten

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass vor allem diejenigen Bürger frei sind, die den Willen und die Fähigkeit haben, sich an bestimmte Normen anzupassen und spezifische Handlungen auf bestimmte Weise aus eigenem Willen zu vollziehen. Freiheit besteht von dieser Warte aus darin, ein bestimmtes Verhalten sich selbst und seiner Umwelt gegenüber anzunehmen und sich dementsprechend in Übereinstimmung mit der bestehenden Ordnung um sich selbst zu bemühen. Dies hat die Konsequenz, dass die Individuen sich für ihr Frei-Sein durch spezifische Handlungsweisen ›qualifizieren‹ müssen. Man könnte vielleicht überspitzt behaupten, dass der freie Mensch nicht einfach so handelt, wie er will, sondern dass er ein reguliertes und selbstregulierendes Subjekt ist. Man denke an all das Wissen und die Informationen, die den Schülern hinsichtlich der richtigen Lebensweise vermittelt werden: physisch aktiv zu sein, den Körper zu entwickeln, sich als Mensch weiterzuentwickeln, gute Gewohnheiten anzunehmen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass einem Schüler heutzutage entgehen kann, wie man leben soll, um ein gesundheitsbewusster Bürger zu sein. Mit der hier eingenommenen Perspektive könnte man sagen, dass der Schüler erst dann frei ist, wenn er einem normativen Rahmen angemessen handelt, wenn er die richtige Einstellung hat, wenn er also aus eigenem Antrieb Sport treibt, über seine Gesundheit nachdenkt, seinen Körper pflegt, die Arbeit an der Selbstentwicklung reguliert, und dies auch nach außen hin zeigt.

Wo Selbststeuerung und Eigenverantwortung im Lebensprojekt erwartet werden, droht ein Misslingen, das mit einem persönlichen Scheitern gleichbedeutend ist. Im untersuchten Material taucht wiederholt das Phänomen auf, dass Unwillen und Inaktivität als persönliche Probleme konstruiert werden, die die Individuen selbst zu lösen haben, und eben nicht als gemeinsame Schwierigkeiten, die einer kollektiven Lösung be-

⁵⁵ PALMBLAD und ERIKSSON: 1995, 96.

dürfen. Es gelingt den Menschen nicht immer, die Pflichten der Freiheit zu erfüllen, vor allem wenn Freiheit in vielen Zusammenhängen die Fähigkeit zur Selbstdisziplin impliziert.⁵⁶ ›Die Pflicht, frei zu sein‹, hat also eine Reihe von Konsequenzen. Es stellt sich die Frage, ob nicht der Zwang, der der Eigenverantwortung inhärent ist, häufig durchaus einem durch Autoritäten ausgeübten Zwang ähnelt.

Normative Handlungsmuster und Grenzziehungsprozesse

Ein Unterricht, in dem keine Normen geschaffen werden, der nicht bestimmte inhaltliche Dimensionen ein- und ausschließt, ist nur schwer vorstellbar. Ermöglichtungen und Einschränkungen finden sich überall in der Tätigkeit von Institutionen, immer werden erwünschte und unerwünschte Handlungen, Richtungen des zu Unterlassenden und zu Unternehmenden markiert.⁵⁷ In der von mir untersuchten Unterrichtspraxis bilden vor allem ›physische Anstrengung‹ und ›Willenskomponenten‹ normative Handlungsmuster. ›Inaktivität‹ und ›Unwillen‹ erscheinen in diesem Kontext als Probleme, da sie dem übergeordneten Streben nach körperlicher Anstrengung und der Unterbeweisstellung von Willensstärke seitens der Schüler zuwiderlaufen. Nicht teilnehmen zu wollen, sich nicht zu trauen, sich nicht erproben zu wollen sind unerwünschte Handlungsoptionen, die in direkter Relation mit den befürworteten Handlungen, der körperlichen Anstrengung und den Willenskomponenten stehen. Wir können das Falsche und Richtige nicht identifizieren, wenn wir nicht gleichzeitig das Normale kategorisieren. Wo Normen über physische Aktivität und richtiges Wollen geschaffen werden, wird gleichzeitig ein Bereich der Abweichenden, der Unwilligen und Außenvorstehenden geschaffen. Durch normative Handlungsmuster werden Grenzziehungen vorgenommen, und es wird möglich, die Willenlosen und Inaktiven zu klassifizieren. Die Kategorie ›ein physisch aktiver Schüler, der etwas will‹ ermöglicht es, einen ›willenlosen inaktiven Schüler‹ zu sehen – einen Schüler also, der nicht den richtigen Willen erkennen lässt, der nicht par-

56 FENDLER: 2001.

57 Ähnliche empirische Beobachtungen haben PERMER und PERMER: 2002 gemacht, die in ihren Unterrichtsstudien zeigen, wie normalisierende Beurteilungen dahingehend als fundamentaler Teil des Unterrichts erscheinen, dass die Arbeit des Lehrers zum großen Teil darum kreist, Normen über Ordnung, Verhalten, Einstellungen und Wissen zu formulieren und aufrechtzuerhalten.

tizipieren und aktiv werden will. Die Subjekte, deren Konstruktion so ermöglicht wird, entstehen in Wechselwirkung mit Grenzziehungsprozessen und normativen Handlungsmustern. So wird es möglich, aktive, ambitionierte und motivierte Individuen zu produzieren, die viel wollen, arbeitsam, kooperationswillig, fleißig und engagiert sind, die Spaß an körperlicher Aktivität haben usw. Es wird aber auch die Option geschaffen, passive, uninteressierte und unwillige Individuen zu konstituieren, die als faul, langsam, widerwillig usf. erscheinen. Das Agieren der Schüler weicht nicht von selbst ab, sondern immer nur vor dem Hintergrund des normativen Handlungsrahmens – dem Willen, physisch aktiv zu sein.

Übersetzung: David Kuchenbuch

LITERATUR

- BERONIUS, Mats: *Genealogi och sociologi. Nietzsche, Foucault och den sociala analysen*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 1991.
- BÖRJESSON, Mats: *Diskurser och konstruktioner: En sorts metodbok*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- BÖRJESSON, Mats und Eva PALMBLAD (Hg.): *Problembarnets århundrade. Normalitet, expertis och visionen om framsteg*. Lund: Studentlitteratur, 2003.
- BÖRJESSON, Mats, Eva PALMBLAD und Thomas WAHL: *I skötsamhetens utmarker. Berättelser om välfärdsstatens sociala optik*. Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 2005.
- BURCHELL, Graham, Colin GORDON und Peter MILLER (Hg.): *The Foucault effect. Studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- FENDLER, Lynn: »Educating Flexible Souls. The Construction of Subjectivity through Developmentality and Interaction«. In: HULTQVIST, Kenneth und Gunilla DAHLBERG (Hg.): *Governing the Child in the New Millennium*. London: Routledge Falmer, 2001.
- FLYGT, Torbjörn: *Underdog*. Norstedt: 2001.
- FOUCAULT, Michel: »Truth and power«. In: GORDON, Colin (Hg.): *Power, knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon, 1980a [1977], 109-133.
- FOUCAULT, Michel: »Two lectures«, in: GORDON, Colin (Hg.): *Power, knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. New York: Pantheon, 1980b [1977], 78-108.
- FOUCAULT, Michel: »Politics and Ethics: An Interview«. In: RABINOW, Paul: *The Foucault Reader*. Harmondsworth: Penguin, 1984a, 373-380.
- FOUCAULT, Michel: »The Means of Correct Training«. In: RABINOW, Paul: *The Foucault Reader*. Harmondsworth: Penguin, 1984b, 170-194.
- FOUCAULT, Michel: »Governmentality«. In: BURCHELL, Graham, Colin GORDON und Peter MILLER (Hg.): *The Foucault effect. Studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991, 87-104.
- FOUCAULT, Michel: *Sexualitetens historia*. Band 3: *Omsorgen om sig*. Göteborg: Daidalos, 2002a [1976].
- FOUCAULT, Michel: »The subject and power«. In: FAUBION, James D. (Hg.): *Essential Works of Foucault 1954-1984*. Band 3: *Power*. London: Penguin, 2002b [1982], 326-348.
- FOUCAULT, Michel: »Regementalitet«. In: *Fronesis* 14-15 (2003:2-3) [1978], 62-81.
- HULTQVIST, Kenneth und Kenneth PETERSSON: »Nutidshistoria: några inledande utgångspunkter«. In: HULTQVIST, Kenneth und Kenneth PETERSSON (Hg.): *Foucault. Namnet på en modern vetenskaplig och filosofisk problematik*. Stockholm: HLS, 1995, 16-37.
- LARSSON, Håkan: »Lokala arbetsplaner i idrott och hälsa – en ny typ av styrning«. In: LARSSON, Håkan und Karin REDELIUS (Hg.): *Mellan nytta och nöje. Bilder av ämnet idrott och hälsa*. (= Skola – idrott – hälsa; 2), Stockholm: Idrottshögskolan, 2004, 205-226.

- LINDGREN, Monica: *Att skapa ordning för det estetiska i skolan. Diskursiva positioneringar i samtal med lärare och skolledare*. Göteborg: Göteborgs Universitet, 2006.
- LJUNGBLAD, Jens: *Kroppens bildning. Lingvgymnastikens manlighetsprojekt 1790–1914*. Eslöv: Brutus Östlings bokförlag Symposion, 1999.
- LUNDQUIST WANNEBERG, Pia: *Kroppens medborgarfostran – kropp, klass och genus i skolans fysiska fostran 1919–1962*. Stockholm: Stockholms universitet, 2004.
- OLSSON, Ulf: *Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsouppllysning i statens offentliga utredningar*. (= Uppsala studies in education; 72), Uppsala: Uppsala Universitet, 1997.
- PALMBLAD, Eva und Bengt Erik ERIKSSON: *Kropp och politik. Hälsouppllysning som samhällsspegl från 30-tal till 90-tal*. Stockholm: Carlsson, 1995.
- PALMBLAD, Eva und Kenneth PETERSSON: »Skolhälsofostran«. In: BÖRJESSON, Mats und Eva PALMBLAD (Hg.): *Problembarnets århundrade*. Lund: Studentlitteratur, 2003, 173–215.
- PETERSSON, Kenneth und Ulf OLSSON: »Staten, subjektet och pedagogisk teknologi – en nutidshistorisk studie av politiska epistemologier och styrningsmentaliteter i det tidiga 2000-talet«. In: *Resultatdialog. Forskning inom utbildningsvetenskap*. (= Vetenskapsrådets rapportserie; 15:2006), Stockholm: Vetenskapsrådet, 2006, 155–159.
- PERMER, Karin und Lars-Göran PERMER: *Klassrummets moraliska ordning. Iscensättning av lärare och elever som subjekt för ansvarsdiskursen i klassrummet*. (= Studia psychologica et paedagogica. Series altera; 167), Malmö: Malmö högskola, 2002.
- ROSE, Nikolas: »Politisk styrning, auktoritet och expertis i den avancerade liberalismen«. In: HULTQVIST, Kenneth und Kenneth PETERSSON (Hg.): *Foucault, namnet på en modern vetenskaplig och filosofisk problematik*. Stockholm: HLS, 1995.
- ROSE, Nikolas: *Inventing our selves. Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- ROSE, Nikolas: *Powers of freedom. Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Skolverket: *Grundskolan. Kursplaner och betygskriterier. Idrott och hälsa*. 2000a, URL: <http://www.skolverket.se/sb/d/2386/a/16138/func/kursplan/id/3872/titleId/IDH1010%20-%20Idrott%20och%20h%20E4lsa>, Zugriff am 20.1.2010.
- Skolverket: *De nationella styrdokumentet*. 2000b, URL: <http://www.skolverket.se/sb/d/1598>, Zugriff am 20.1.2010.
- TULLGREN, Charlotte: *Den välreglerade friheten. Att konstruera det lekande barnet*. (= Malmö studies in educational sciences; 10), Malmö: Lärarutbildningen, Malmö högskola, 2004.
- WINTHER-JØRGENSEN, Marianne und Louise PHILLIPS: *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur, 1999.

DAVID KUCHENBUCH

»Gesunde und falsche Baukunst«¹

Kollektiv und Körper im Architekturbuch *acceptera* (1931)

Ein Kapitel in Le Corbusiers bekanntem Buch *Urbanisme* trägt die Überschrift »médecine ou chirurgie«.² Le Corbusier formulierte hier Gedanken zu Stadt, Stadtplanung und zur Aufgabe des Architekten, die eine ganze Generation Architekten der Nachkriegsmoderne beeinflussen sollten – nicht zuletzt die Protagonisten um den ›Fingerplan‹ in Kopenhagen und das bis heute umstrittene schwedische ›Millionenprogramm‹. 1933 postulierte Le Corbusier in *La Ville Radieuse*:

On the day when contemporary society, at present so sick, has become properly aware that only architecture and city planning can provide the exact prescription for its ills, then the time will have come for the great machine to be put in motion and begin its functions.³

Le Corbusier metaphorisiert Architektur und Stadtplanung als medizinische Tätigkeiten, Architekten erscheinen als Ärzte, die Gesellschaft als Körper. Was als Ausdruck von Le Corbusiers bildhaft-utopischem Denken aufgefasst und – angesichts seines Festhaltens an der Rolle des Architekten als rationellem Konstrukteur – als widersprüchlich angesehen werden mag, war weit verbreitet.⁴ Diskursive Kopplungen von Stadtplanung, Gesellschaftsentwurf und ›medizinischer‹ (auch eugenischer) Intervention begleiteten zum Beispiel die englischen *slum clearings* der 30er Jahre, besonders im Osten Londons, wo die ›Reinigung‹ der Stadt mit dem sozialdemokratischen Programm der Labour-Partei zusammenfiel.⁵ Stärker noch war die Architekturdebatte im nationalsozialistischen Deutschland von der angenommenen medizinischen Bedeutung von Architektur und Städtebau geprägt, wie an Gottfried Feders »neuer Stadt«, an Texten der Sozialingenieure der DAF, der ›Deutschen Arbeitsfront‹, oder der technokratischen Architekten in Albert Speers Wiederaufbaustab der 40er Jahre gezeigt werden könnte.⁶ Die ›ambivalente Modernität‹

1 »Sund och falsk byggnadskonst«. Alle Übersetzungen aus dem Schwedischen: DK.

2 LE CORBUSIER: 1965, 241–242.

3 LE CORBUSIER: 1967, 153.

4 Vgl. COLOMINA: 1997.

5 Vgl. SCHUBERT: 1994.

6 FEDER: 1939. Vgl. DURTH und GUTSCHOW: 1993; HARLANDER: 1995.

des Nationalsozialismus prägt auch den ›reaktionär-modernen‹ Blick auf die soziale, medizinische und bevölkerungspolitische Funktion der gebauten Umwelt.⁷ Selbst programmatische Texte der Nachkriegszeit, teils von Architekten verfasst, die wenige Jahre früher zur Architekturelite des nationalsozialistischen Staates gehört hatten, sind von einer pathologisierenden Metaphorik gekennzeichnet, die vor dem Hintergrund der symbolischen und praktischen Bedeutung der Wohnungspolitik im sozialstaatlichen »Westernisierungsprojekt« der BRD irritiert.⁸ Der amerikanische Sozialreformer Clarence Perry wiederum beschrieb seine *neighborhood unit* – das zentrale soziologische Konzept der Stadtplanung der Nachkriegszeit in den USA und gleichzeitig Instrument der Erziehung zum nationalen *community spirit* – als Heilmittel einer ›erkrankten‹ Zivilgesellschaft.⁹ Die Rede von der medizinischen Funktion der Architektur durchzog *systemübergreifend* den transnationalen Diskurs um Architektur und Stadtplanung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Stark von Le Corbusier beeinflusst ist auch ein 1931 veröffentlichter Text, der für viele eines der »wichtigsten Dokumente der modernen schwedischen Kulturgeschichte« darstellt.¹⁰ *acceptera (Akzeptiere!)*, in der Folge der funktionalistischen Kunstgewerbe- und Bauausstellung *Stockholmsutställningen* des Jahres 1930 entstanden, formulierte eine prägnante These: »Kunst ist Ordnung«. Die Verfasser äußerten hier ihre Meinung darüber, wie eine zukünftige Architektur an die Bedürfnisse des modernen Menschen angepasst werden könne. Es galt für sie, eine neue Bauweise zu *akzeptieren*, die nicht nur ästhetisch motiviert, sondern auch gesundheitsfördernd zu sein hatte:

Die Frage ›Was muss von einer Wohnung verlangt werden‹, ist relativ leicht zu beantworten: [...] Eine gesunde und sonnige Lage, genug Luft und Raum für die Bewohner. Ein eigenes Schlafzimmer für jeden [...] sowie gute sanitäre Einrichtungen, um eine gesunde Körperpflege zu ermöglichen. (48).¹²

7 Vgl. BAVAJ: 2003; FEHL: 1995, 22.

8 Vgl. etwa REICHOW: 1948.

9 Vgl. PERRY: 1998.

10 FORSMAN: 1993, 213. Vgl. ERIKSSON: 2001, 462–470; GLAMBEK: 1993, 63–75; HENNINGSEN: 1986; HENZE: 1999; RUDBERG: 1999; RÅBERG: 1970.

11 ASPLUND, GAHN, MARKELIUS, PAULSSON, SUNDAHL und ÅHRÉN: 1980: »konst är ordning«.

12 »Att besvara frågan: ›vad kräves av en bostad‹, kan väl synas relativt lätt: [...] ett sunt och soligt läge, tillräckligt med luft och utrymme åt dem som bor där. För var och

Kunst ist Ordnung. Oder ist Kunst Medizin? Einige Jahre, nachdem Le Corbusier seine radikale Vision geschildert hatte, proklamierten die Verfasser von *acceptera*: »Es ist die hochmütige ästhetische Anmaßung in der Architektur, die es wegzuooperieren gilt.« (144).¹³

Ich will in der Folge darlegen, dass Grenzziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit in *acceptera* sowohl Ausdruck eines gewissermaßen medikalisierten Denkstils sind, als auch Strategie innerhalb einer diskursiven Konstellation, welche die erwünschte Ordnung als gesunden Körper imaginiert. Ich werde zunächst das Aufkommen dieser Kollektivsymbolik beleuchten, um dann die spezifischen Definitionen von Körper, Gesundheit und Krankheit in *acceptera* näher zu betrachten. Es gilt, am Beispiel dieses Textes zu erklären, warum besonders Architekten innerhalb des wohlfahrtspolitischen Projekts des 20. Jahrhunderts eine Problemdefinition entwickelten, die auf medizinischen Kategorien aufbaute. Darüber hinaus soll gefragt werden, inwieweit das hier entworfene Körperbild als exemplarisch für den normalisierenden Charakter der schwedischen Körperpolitiken der 30er bis 60er Jahre gelten kann – bzw. ob es diese stabilisierte. Es gilt also, die Bedeutung der Architektur vor dem Hintergrund jenes Prozesses der steigenden gesellschaftlichen Bedeutung der Medizin im 19. und 20. Jahrhundert zu analysieren, der als Medikalisierung bezeichnet worden ist.¹⁴ Besonders die Einnahme einer vermeintlich medizinischen Perspektive scheint einem veränderten Selbstverständnis vieler Architekten geschuldet gewesen zu sein und deren Positionierung zwischen künstlerischem und sozialem Auftrag mit Sinn versehen zu haben.

Grenzziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit strukturieren, so Sander L. Gilman, die Alltagskomplexität der Menschen.¹⁵ In der Moderne allerdings ist das Wohlbefinden des Körpers in steigendem Maße ›sozialisiert‹ worden, und zwar im Zusammenhang mit der Entdeckung der Bevölkerung als statistische und ökonomische Größe. Der Körper ist

en ett avskilt rum att sova i [...] samt goda hygieniska anordningar, att möjliggöra en sund kroppsvård.«

13 »Det är den högmodiga estetiska pretentionen i arkitekturen som det gäller att operera bort.«

14 FOUCAULT: 2003a, 275.

15 GILMAN: 1992.

15 FOUCAULT: 2003a, 275.

»biopolitische Wirklichkeit« geworden.¹⁶ Das 19. Jahrhundert verzeichnete als Ausdruck dieses Prozesses eine zunehmende Legitimität des Anspruchs der Mediziner, soziale Beziehungen zu regulieren. Die Sozialhygiene etwa etablierte sich als normbildende Disziplin innerhalb einer Grauzone zwischen Politik, Moral und Wissenschaft. Zu den Rahmenbedingungen des Körperverständnisses am Beginn des 20. Jahrhunderts gehörte aber auch die Ökonomisierung der Bewegung im Taylorismus. Der Körper wurde – als Garant der *Steigerung* sowohl der industriellen Produktivität als auch der bevölkerungspolitischen Reproduktion¹⁷ – mittels normalisierender und disziplinierender Verfahren gelehrig gemacht, er wurde Objekt der Statistik und der Sozialmedizin, der Mensch wurde durch Gesundheitsaufklärung erzogen.¹⁸ Als komplexe Machtrelation zwischen körperbezogenen Subjektivierungsformen – Technologien des Selbst – und gesellschaftlicher Verantwortung hat sich die moderne Gouvernamentalität als gleichermaßen singularisierende wie integrierende biopolitische Regierung des 20. Jahrhunderts konstituiert.

Das Studium der Verbindungen von Gesundheit, Krankheit und medizinischem Wissen mit breiteren Wirklichkeitsauffassungen oder dominierenden Kosmologien ermöglicht grundlegende Einsichten in die Rolle, Bedeutung und Effekte von Medizin und Krankenpflege.¹⁹

Die Medizin ist sowohl »Technologie des Gesellschaftskörpers« als auch »Normalitätsregime«,²⁰ sie beeinflusst also die sich verändernde Auffassung vom Normalen und vom Pathologischen und strukturiert so Vorstellungen von idealer Gesellschaft, die wiederum auf die Lebenswelt der Menschen zurückwirken.²¹

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Vgl. FOUCAULT: 1992.

¹⁸ Für Schweden: PALMBLAD und ERIKSSON: 1995; OLSSON: 1999.

¹⁹ PALMBLAD und ERIKSSON: 1995, 14: »Genom att studera hur sjukdom, hälsa och medicinisk kunskap är länkade till bredare verklighetsuppfattningar eller dominerande kosmologier kan grundläggande insikter nås om medicinens och sjukvårdens roll, betydelse och effekter.«

²⁰ FOUCAULT: 2003a, 275; FOUCAULT: 2003b, 67.

²¹ Ebd., 70. Vgl. auch SONTAG: 2003.

Architekten als Ärzte

acceptera wurde 1931 in *tidens förlag* veröffentlicht und ist eine Gemeinschaftsarbeit der Architekten Gunnar Asplund (1885–1940), Wolter Gahn (1890–1985), Sven Markelius (1890–1972), Eskil Sundahl (1889–1974) und Uno Åhrén (1897–1977) sowie des Kunsthistorikers und -kritikers Gregor Paulsson.²² *acceptera* reagiert auf die Debatte um den Funktionalismus der *Stockholmsutställning*.²³ Der Text argumentiert gegen die Kritiker der Ausstellung und formuliert prägnante Thesen. *acceptera* kann und will als Manifest *und* Sachbuch, als utopische Programmschrift *und* nüchterne Gesellschaftsanalyse gelesen werden. Formal changiert der Text zwischen literarischen, humoristischen und sachlich argumentierenden Passagen, er wird ergänzt durch Statistiken, Karikaturen und Fotos. Das Buch ist eine dezidiert moderne Assemblage, seine Medialität erscheint als ein Versuch, den Fortschrittsgedanken zu exemplifizieren, den es formuliert – bis hin zum asymmetrischen Schriftbild und zum modernisierten Sprachstil. Ohne hier in die Tiefe zu gehen ist festzustellen: *acceptera* entwirft ein Krisenszenario, nämlich die problematische fehlende Übereinstimmung zwischen der alten Architektur und der neuen sozialen Welt der Industrialisierung. Dies erzeugt einen Interventionsbereich, einen Bedarf nach Synchronisierung²⁴ aller gesellschaftlichen Teilbereiche.

Der Funktionalismus als architekturhistorisches Phänomen wird in der Regel als Produkt einer ganzen Reihe von Praktiken und Denkweisen definiert. Er gilt als sozialistisch oder zumindest kollektivistisch inspiriert, als von Zuversicht in die emanzipatorischen Potentiale von Industrialisierung und Rationalisierung geprägt, ihn kennzeichnen Technik- und Fortschrittsglaube, er ist betont international, er ist geschichtsfeindlich. Den Funktionalisten gemein war (so der Minimalkonsens der Architekturgeschichte) der deterministische Glaube, dass die Gesellschaft durch eine ökonomische, hygienische, konstruktive und ästhetische Funktionalisierung der gebauten Umwelt zum Guten hin verändert werden könne. Besonders in Schweden wurde diese Auffassung durch die kulturradika-

22 Markelius und Åhren waren die ersten schwedischen Delegierten der CIAM (Congrès internationaux d'Architecture Moderne). Åhren war stark von Le Corbusier beeinflusst: 1925 erschien sein Essay »Brytningar« mit dem er Le Corbusiers Architektur in Schweden bekannt machte. Vgl. RUDBERG: 1989; RUDBERG: 1981.

23 Zur *Stockholmsutställning* vgl. PRED: 1995; RUDBERG: 1999.

24 LETHEN: 1995.

len Kreise der linken Elite gestützt. Die Wohnungspolitik war zentraler Topos des Modernisierungsdiskurses der 30er Jahre und verbildlichte darüber hinaus das zu realisierende *folkhem*.²⁵

Der Auftrag, den die Funktionalisten für sich reklamierten, kann an eine Reihe historischer Prozesse gekoppelt werden, die Selbstverständnis und Praxis der Architekten verändert hatten.²⁶ Die *soziale Frage*, die in der Folge der vielfältigen und diskontinuierlichen Veränderungsdynamiken der Industrialisierung gestellt wurde, konnte auch als *Wohnungsfrage* diskutiert werden.²⁷ Bereits Ellen Keys und Carl Larssons Werben für »das gute Zuhause« als pädagogische Einrichtung politisierte die Wohnung in Schweden.²⁸ Deutsche, amerikanische, französische und englische Gesellschaftsvisionäre diskutierten im Laufe des 19. Jahrhunderts kollektive Wohnformen, paternalistische Fabrikstädte und Gartenstädte.²⁹ Die Organisation des Wohnraums wurde als sozial befriedendes Projekt verstanden, der Architekt erhielt die Rolle des Gesellschaftsplaners. Zeitgleich rückte der Zusammenhang von Verstädterung und Krankheit ins Zentrum der politischen Aufmerksamkeit.³⁰ Besonders in der Folge von Choleraepidemien konstituierte sich – gestützt von den heterogenen Prämissen der Miasmatheorie, der Bakteriologie und der Sozialhygiene – ein Zusammenhang von Moral, Stadt und Gesundheit, der auch von den Architekten des 20. Jahrhunderts selten hinterfragt wurde.³¹ Medizinische und moralische Aspekte verknüpften sich etwa in der Bekämpfung von Syphilis und Tuberkulose – hier sei zum Beispiel der Zusammenhang der städtischen »Säuberung« (durch den munizipal-sozialistischen Kanalisationsbau) mit der Regulierung der Prostitution erwähnt.³² Joachim Radkau zufolge kann selbst der Neurastheniediskurs als Reaktion auf einen die tradierten Orientierungen umwälzenden, gleichermaßen als großstädtisch und als chaotisch erfahrenen Modernisierungsprozess verstanden werden.³³ Soziale Mobilität, Leistungsdruck, Massenkultur, technische

25 Vgl. ÅKER: 1998; LARSSON: 1994.

26 Kapitel 2 in *acceptera* formuliert diesen Auftrag: »Det samhälle vi bygger åt« (27–46).

27 Vgl. TEYSOT: 1989.

28 Vgl. THÖRN: 1986.

29 Vgl. DE BRUYN: 1996.

30 Vgl. KRISTENSEN und SCHMIDT: 1986; RODENSTEIN: 1988.

31 Ein spätes Beispiel: VOGLER und KÜHN: 1957.

32 Vgl. FRANK: 2003.

33 Vgl. RADKAU: 1995. Vgl. auch ZERLANG: 2001.

Innovationen, steigende Bürokratisierung, veränderte Geschlechterrollen, Individualisierung und Anonymität waren solche Unsicherheitsmomente. Das Großstadtleben schien ungesunde und ›unfruchtbare‹ Lebensentwürfe zu begünstigen. In medizinischen, statistischen und architektonischen Spezialdiskursen wurde außerdem die demographische Verschiebung von der agrarisch geprägten zu städtischen Existenz problematisiert. Die Medikalisierung des Sozialen und die Ordnung der Stadt waren unhintergebar miteinander verknüpft.³⁴

Gleichzeitig forderte der Aufstieg des Ingenieurs im 19. Jahrhundert die bis dahin hegemoniale Rolle des Architekten in der Raumgestaltung heraus und schien ihn zum bloßen Ornamenteur zu reduzieren. Architekten orientierten sich an neuen Leitbildern. Bevölkerungswissenschaft, Behaviorismus und Sozialmedizin, aber auch die Verwissenschaftlichung der industriellen Produktion in Taylorismus und Fordismus ermöglichten interdiskursiv verhandelbare Interventionsstrategien,³⁵ die als *social engineering* gerade in Skandinavien großen Einfluss auf Politikstil und politische Praxis, aber auch auf die Rolle der Architekten gehabt haben.³⁶

acceptera ist stark von der Identifikation mit diesen ›objektiven‹³⁷, anwendungsorientierten Wissenschaften – und ihrem Fokus auf den Körper – geprägt.

Soziale Fragen werden gelöst, als wolle man anstatt der Krankheiten selbst deren Symptome bekämpfen. Wenn beispielsweise die Kriminalität zunimmt, finden die meisten, dass man dem mit höheren Strafen oder der Aufstockung der Polizeikräfte begegnen solle. [...] Dem liegt eine autokratische Auffassung über das gesellschaftliche Leben zu Grunde; bei Fehlentwicklungen sollen diese mit just den Hausmitteln, die diese Gesellschaft kennt, zurechtgebogen, weggeschnitten, geordnet werden, bis sie mit den übrigen anerkannten Verhältnissen übereinstimmen. (9).³⁸

34 Vgl. VIDLER: 1993.

35 Henry Ford wird in *acceptera* mehrfach erwähnt.

36 Vgl. etwa SANDSTRÖM: 1989, 268; HIRDMAN: 1997; QVARSELL: 1995.

37 Diese betonte ›Objektivität‹ ist oft mit dem Einfluss der Rechtsphilosophie Axel Hägerströms in Schweden in Verbindung gebracht worden. Vgl. etwa NOLIN: 1993, 89–90.

38 »Sociala frågor löses som om man skulle bota sjukdomarnas symptom, inte sjukdomarna själva. Om exempelvis brottsligheten tilltager, så tycker de flesta att man skall bota detta genom att öka straffen eller polisstyrkan. [...] Till grund för [det] ligger en autokratisk uppfattning av samhällets liv, d. v. s. samhället är de styrande klassernas samhälle, och om på sina håll något utvecklar sig fel, så skall detta botas med de huskurer, som detta samhälle känner, böjas rätt igen, skäras bort, ordnas till, så att det kommer i överensstämmelse med övriga godkända förhållanden.«

Es muss betont werden, dass die Verfasser sich hier nicht gegen anerkannte Verhältnisse im Allgemeinen wenden, sondern gegen Methoden sozialer Intervention, die nicht durch ›objektive Analyse‹ begründet sind.³⁹ Die Architekten legitimieren ihren sozialen Auftrag, indem sie eine gesellschaftliche ›Fehlentwicklung‹ postulieren, und entwerfen sich selbst als rationale *Ärzte*, indem sie die vermeintliche Krise als Erkrankung, die bisherigen Lösungsversuche als dilettantische kennzeichnen. Damit schreibt der Text sich in einen Diskurs ein, in dem die Klassenkampfrhetorik an Bedeutung verloren, in dem der sozialpolitische Integrationsgedanke neue Semantiken der Ordnung geschaffen hatte, die ihre Legitimität aus einer entpolitisierten wissenschaftlichen Expertise, der »Verwissenschaftlichung des Sozialen« zogen.⁴⁰ Die Programmatik der schwedischen Sozialdemokratie der 30er Jahre war gekennzeichnet von einer Verschiebung vom Klassenantagonismus zum *Haushalt*, sowohl in makroökonomischer Hinsicht als auch, und damit zusammenhängend, als Problematisierung des Wohnorts – dessen, was Yvonne Hirdman mit »das kleine Leben« bezeichnet hat.⁴¹ Hygieniker, Ökonomen, Ärzte und Soziologen wurden Agenten wohnungspolitischen Handelns. Im Schweden der 30er verband darüber hinaus die Kollektivsymbolik von »Gesellschaftsbau«⁴² und *folkhem* wohlfahrtsstaatliche Expansion, antizyklische Arbeitsbeschaffung in der Bauwirtschaft und die werbende Metapher vom Kollektiv als bergendem Zuhause.⁴³

Ordnung, Rationalität, Hygiene

Die stigmatisierenden und normalisierenden Effekte der Hygiene sind oft beleuchtet worden – etwa hinsichtlich der ›Reinigung‹ der Stadt von schmutzigen/gesundheitsschädigenden/unmoralischen, oft weiblichen ›Elementen‹.⁴⁴ Hier sollen nun vor allem die in *acceptera* vorgenommenen Kopplungen von Hygiene und Gesellschaftsentwurf, sowie die damit verbundene Aufgabenbestimmung der Architektur in den Blick genommen

39 Kapitel 1 behandelt die Frage der Objektivität: »Es ist schwierig, objektiv zu sein.« (»Det är svårt att vara objektiv.«) (5–14).

40 RAPHAEL: 1999.

41 HIRDMAN: 2000, 14: »det lilla livet«.

42 »sambhällsbygge«.

43 Vgl. besonders HENZE: 1999.

44 Vgl. FRANK: 2003; WILSON: 1991.

werden. Vor diesem Hintergrund fällt die Bedeutung von Landschaft und Fenster für Hygiene, Gesundheit und Erziehung auf.⁴⁵ Die Symbolik der Öffnung und die zeitgenössisch verbreitete Symbolfigur, ›der neue Mensch‹, stehen in Zusammenhang:

Der moderne Mensch schätzt ja das Leben im Freien mehr, als seine Eltern dies taten. Dies findet vor allem im Sport seinen Ausdruck, aber auch im Verlangen nach einer offeneren Gestaltung der Wohnung. Das Ideal der Zeit ist nicht mehr das festungsartig Geschlossene. Wir haben keine Angst vor der Außenwelt und schließen uns nicht in unserer Hülle ein. Wir verstecken nicht das Tageslicht hinter Lagen von dicken Draperien, sondern vergrößern stattdessen den Raum des Wohnzimmers, indem wir es mit großen Fenstern der freieren Aussicht öffnen, die die modernen Stadtpläne schenken. Wir lassen den Raum mit der Landschaft draußen zusammenwirken, um ein Gefühl von Weite und Freiheit zu schaffen, und wir öffnen unser Zuhause für Luft, Sonne und die grünende Stadt. (51).⁴⁶

Zur Stadtplanung heißt es etwas später:

Es reicht nicht länger aus, ausgehend von einem formalen Schema die äußere Hülle des Stadtbilds zu fixieren und dann die einzelnen Zellen hineinzupressen, so gut es sich machen lässt. Man hat [...] begonnen, von innen nach außen zu arbeiten und mit der perfekten Wohnung als Baustein das Ganze, den Stadtkörper, aufzubauen. (51).⁴⁷

Der so postulierte Zusammenhang des transparenten Baukörpers innerhalb des ›Stadtkörpers‹ mit dem individuellen Imperativ zur gesunden Lebensweise im ›Gesellschaftskörper‹ geht über die hygienischen Prämissen von Besonnung und Belüftung hinaus: Hier tritt das sozialmedizinische Konstrukt vom kollektiven Organismus in Erscheinung,⁴⁸ den es

45 Zur Transparenzmetaphorik im Volksheim vgl.: KUCHENBUCH: 2007.

46 »Den moderna människan uppskattar ju livet i det fria mer än hans [sic!] föräldrar gjorde. Detta tar sig uttryck främst i sportlivet men även i kravet på en öppnare gestaltning av bostaden. Tidens ideal är ej längre det fästningslikt slutna. Vi rådes ej för yttervärlden och sluter oss ej inom vårt skal. Vi döljer ej dagsljuset bakom lager av tjocka draperier utan ökar i stället vardagsrummets rymd genom att öppna det med stora fönster mot den friare utsikt de moderna stadsplanerna skänker. Vi låter rummet samverka med landskapet utanför till en känsla av rymd och frihet, och vi öppnar vårt hem för luften, solen och den grönskande staden.«

47 »Det duger inte längre att med utgångspunkt från ett formellt schema fixera stadsbildens yttre skal och sedan i detta pressa in de enskilda cellerna, bostäderna, så gott sig göra låter. Man har [...] börjat arbeta inifrån och utåt, och med den perfekta bostadslägenheten som byggnadssten bygga upp helheten, stadskroppen.«

48 »Volksgesundheit kreiste um den Traum vom lebensstauglichen Gesellschaftskörper. Die Körpermetaphorik sollte wie ein warmer Puls durch das schwedische Volksgesund-

präventiv – durch verinnerlichte Technologien des Selbst – zu schützen und zu optimieren gilt.

In den 30er Jahren verschmolz die Sozialhygiene mit einem neuen Typ von *social engineering*, das nicht bloß einen gesunden Menschen, sondern einen *neuen* Menschen schaffen wollte. Gesund, rational und willens, seinen unvernünftigen Körper dem vernünftigen Gesellschaftskörper unterzuordnen. [...] Die ideologische Kraft der Hygiene lag [...] in ihrer übergreifenden Perspektive. Sie integrierte alle Teile des Gesellschaftskörpers in einem gemeinsamen Projekt. Mit der Hygiene als Instrument konnte eine umfassende soziale Problematik medikalisiert und Analyse, Vernunft und Handlung zugänglich gemacht werden.⁴⁹

Das Fenster als transparente Oberfläche symbolisiert diese Verbindung. Die ›Öffnung‹ steht gleichzeitig für Kontrolle, Nivellierung und Befreiung. »Die sozialtechnische Rationalität [arbeitet] im Rahmen des *Transparenzideals* des Ordnungsprojekts – der totalen Sichtbarkeit, die in ihrer Realisierung das Kontingente ausrottet.«⁵⁰ Das rationalistische Konstruktionsprinzip – besonders die neue Skelettkonstruktion – sollte im Funktionalismus sichtbar bleiben.⁵¹ Diese Bauweise wurde als »gesund« (72) und »gereinigt« (48) metaphorisiert und sollte eine gesunde Lebensweise ermöglichen. Es gelte, einzusehen,

heitsprojekts laufen; der makroökonomische (gesellschaftliche) und der mikroökonomische (individuelle) Körper wurden in einer vertraulichen, wechselseitigen Bespiegelung verknüpft. [...]. Die Anatomie wurde Modellwissenschaft der Gesellschaftsanalyse. Sie repräsentierte das Öffnen eines Körpers und eine bestimmte analytische Methode: freilegen, zerteilen, betrachten.« (»Folkhälsa handlade om drömmen om den livsdugliga samhällskroppen. Kroppsmetaforiken skulle också löpa som en varm puls genom det svenska folkhälsoprojektet; makroekonomisk (samhällelig) och mikroekonomisk (individuell) kropp tvinnades tillsammans i en förtrolig, ömsesidig bespeglning. [...]. Anatomien blev modellvetenskapen för samhällsanalysen. Den representerade öppnandet av en kropp och en bestämd analytisk metod: att frilägga, dela sönder, betrakta.«) JOHANNISSON: 2001, 222.

49 Edb., 227 und 232: »På 1930-talet sammansmältes socialhygien med en ny typ av social ingenjörskonst som inte bara ville skapa en frisk människa, utan en ny människa. Sund, stark, rationell, villig att underordna sin oförnuftiga kropp den förnuftiga samhällskroppen [...]. Hygienens ideologiska styrka låg [...] i dess övergripande perspektiv. Den integrerade samhällskroppens alla delar i ett gemensamt projekt [...]. Med hygien som instrument kunde en hel social problematik medikaliseras, göras tillgänglig för analys, förnuft och handling.« [Kursiv im Original].

50 KRISTENSEN und SCHMIDT: 1986, 202: »Den socialteknologiske rationalitet [arbejder] inden for ordensprojektets *transparensideal* [kursiv im Original] – den totale synlighed, der i sin realisation udrydder det kontingente.«

51 Zur Ebenenvermischung von Baukörper und Menschenkörper: NEUMEYER: 1994.

[...] dass das Licht nützlich und stimulierend für den Organismus ist. Große Fensterflächen sind kleinen vorzuziehen. [...] Aber die Bedeutung des Lichts ist nicht bloß eine physiologische. Es beeinflusst, insbesondere das Sonnenlicht, die Gesundheit auch indirekt durch seine psychisch stimulierende Wirkung. (71).⁵²

Psychische und physische Stimulation, gesunde und produktive Lebensstile, Reinigung: Der Diskurs der Architekten, das zeigen die Zitate deutlich, medikalisiert menschliches Wohnverhalten. Gleichzeitig bietet sich Architektur als Lösung an: Gesundheit und gesunde Lebensweisen werden durch Stadtplan und Wohnungsgrundriss wenn nicht determiniert, so doch erleichtert. Die gebaute Umwelt ist durch ihr ordnendes Einwirken auf den Körper Schnittstelle der sozialpolitischen Verhandlung um die Regeneration und Steigerung der produktiven Energie des Individuums auf der einen, seiner Partizipation im gesellschaftlichen Solidarprojekt auf der anderen Seite. Architekten als Ärzte koppeln die »Disziplinen des Körpers und die Regulierung der Bevölkerung«.⁵³

Gegen größere Küchen sprechen auch andere Gründe. Ist die Küche ausreichend groß, damit die Kinder sich dort aufhalten können, werden sie dies auch tun, solange die Hausfrau sich darin aufhält. Das ist nicht erwünscht. In der Küche befindet sich ein Gasherd, ein gefährliches Spielzeug. Die Luft wird ständig stickig und ungesund. Deshalb sollte man das Ganze so ordnen, dass die Kinder aus der Küche ins luftigere Wohnzimmer gezwungen werden, das auch benutzt werden soll, wenn keine Gäste im Haus sind. (67/68).⁵⁴

Das Zitat schreibt klar die Rolle der Frau in der antizipierten Idealgesellschaft fest.⁵⁵ Mehr noch aber inszeniert es die Wohnung als ein das Verhalten regulierendes Diapositiv: Die wissenschaftlich festgelegte Form der

52 »[...] att ljuset är nyttigt och stimulerande för organismen. Stora fönsterytor är att föredraga framför små. [...] Men ljusets betydelse är ej blott den direkt fysiologiska. Det inverkar, i synnerheten solljuset, indirekt på hälsan genom sin psykiskt stimulerande verkan.«

53 FOUCAULT: 1992, 135.

54 »Mot större kök talar även andra skäl. Är köket tillräckligt stort för att möjlighet skall finnas att barnen vistas där, kommer de också att göra detta så länge husmodern är där. Det är ej önskvärt. I köket finns en gasspis, som är en farlig leksak. Luften blir alltid kvav och osund. Därför bör man ordna så att barnen tvingas bort från köket ut i det luftigare vardagsrummet, som bör tas i bruk även när inga gäster finns i huset.«

55 Die Rationalisierung der Küche haben besonders KRISTENSEN und SCHMIDT: 1986, 152 und BERNER: 1996, 236–237 untersucht. Eine der wichtigsten Kritiken am Funktionalismus richtet sich gegen seine Stabilisierung der Geschlechterdifferenz. Vgl. DÖRHÖFER: 1997; SAARIKANGAS: 1993. *acceptera* beschäftigt sich allerdings verhältnismäßig wenig mit Genderfragen.

Behausung dient der Umsetzung der oben angeführten »erwünschten Verhältnisse« (9), sie ist eine »Wohnmaschine«, wie sie Le Corbusier in den 20er Jahren erträumte. An anderer Stelle bewundern die Autoren ein kollektives Wohnprojekt im sozialistischen Russland, das gute Bürger nach dem fordistisch anmutenden Fließbandsystem erzieht⁵⁶: Während »weniger begabte Schüler« innerhalb des Hauses in »Wohnzellen« geschickt werden, selektiert die Architektur Begabtere in die Universitätsräume (73). »Das Zuhause hat neben der ökonomischen und biologischen Aufgabe seine große moralische Aufgabe.« (44).⁵⁷ Diese Aufgabe ist die nahezu industrielle Produktion gesunder Lebensweisen.

Synchronisierung

Aber von all diesen Punkten laufen wie die Gefäße in einem Körper kleine Wege, die in die großen Adern, die Eisenbahnen und Chausseen münden, die wiederum in Verbindung mit den Arterien, den Hauptströmen der Weltgesellschaft stehen. [...] Unablässig rinnt der Warenstrom in zwei Bahnen, wird in den großen Handels- und Industriezentren gesammelt, um wieder in seine doppelte Richtung Gang gesetzt zu werden. Die Nervenzentren, die großen Finanzmetropolen, registrieren die Bewegungen in der Zirkulation und versuchen, sie zu regulieren. [...] So ist dieses A-Europa wie ein großer Organismus, in dem alle Funktionen gleichermaßen spezialisiert und zentralisiert sind, und wo alle Zellen – vom einsamen Bauernhof bis zur großen Fabrik oder Bank – voneinander abhängig sind. [...] Diese organische Einheit offenbart sich auch in Aussehen und Auftreten der Menschen. (16).⁵⁸

Auch die utopische Ordnung, wie sie sich aus der Luft darstellt, ein Europa des »Fliegerblicks«, der in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus-

56 Das Kollektivhaus, das besonders Markelius propagierte, war zentral für die Regulierungsphantasien der 30er. Vgl. LAMM und STEINFELD: 2006, II0–III.

57 »Hemmet har sin stora moraliska uppgift vid sidan av den ekonomiska och biologiska.«

58 »Men från alla dessa punkter löper som hårkärlen i en kropp små vägar som mynnar ut i de stora ådrorna, järnvägarna och chausseerna, som i sin tur står i förbindelse med artärerna, världssamfärdselns huvudstråk. [...] Strömmen av varor rinner oavbrutet åt två håll, samlas upp i de stora handels- och industricentra för att där åter sättas i gång i sin dubbla riktning. Nervcentra, de stora finansmetropolerna, inregistrerar rörelserna i cirkulationen och söker reglera dem. [...] Så är detta A-Europa som en stor organism, där alla funktioner är på en gång specialiserade och centraliserade, och där alla celler från den ensamma bondgården till den stora fabriken eller banken är beroende på varandra. [...] Denna organiska enhet uppenbarar sig också i människornas utseende och uppträdande.«

gesprochen populär war,⁵⁹ erscheint in *acceptera* als Körper.⁶⁰ »A-Europa« ist höchst ökonomisch organisiert und verfügt über eine beschleunigte, rationale Infrastruktur.⁶¹ Solche Effizienz wird durch Körperbilder illustriert, durch den Analogismus von Warentausch und Blutzirkulation, Steuerung und Nervensystem. Ganz im Gegensatz zu dieser funktionalen und gesunden (und eurozentristischen) »organischen Einheit« (16) steht eine dystopische Gesellschaftsvision, ein aussterbendes ›Agrarschweden‹.

Die Zirkulation in den Tausenden Gefäßen, Adern und Nerven in A-Europa ist in diesem Land auf einige Arterien reduziert, zwischen denen Millionen von Dörfern und Höfen wie die Kleintiere auf einem Korallenriff stagniert haben [...]. Neben dem in seinen Funktionen spezialisierten, zentralisierten und im Aussehen uniformierten A-Europa wirkt B-Europa wie eine Anhäufung von selbstgeführten Unternehmen und wechselnden Volksgruppen [...]. A-Europa ist bis in die Landwirtschaft industrialisiert, B-Europa ist selbst in den Städten ein Bauernland. B-Europa ist, was A-Europa vor 150 Jahren war. (17).⁶²

›Stagnation‹ bedeutet vor allem mangelnde Einheitlichkeit sowie eine dezentrale, chaotische Ökonomie. Dies gilt es zu synchronisieren, die fragmentierte Gegenwart zu behandeln, alle gesellschaftlichen Teilsysteme zu integrieren, und zwar nach dem Vorbild einer Körperlichkeit, die als technisches System imaginiert ist.⁶³ Eine »gesunde Entwicklung« (107) kann nur durch »eine gesunde und bereinigte Formgebung der industriellen Produkte« (106) erreicht werden. Standardisierung und Typisierung fördern diese »natürliche Zeiteinheitlichkeit« (157). Paradoxerweise wird die industrielle Rationalisierung einerseits als durch einen teleologischen

59 Vgl. ASENDORF: 1997.

60 Zu diesem Kapitel in *acceptera* mit anderem Schwerpunkt: KÜSTER-SCHNEIDER: 2001.

61 In ähnlicher binärer Kodierung tauchen in den 30ern in medizinischen Kampagnen auch »a-människor« auf: Vgl. JOHANNISSON: 2001, 236 und 243.

62 »Cirkulationen i tusentalen av hårkärl, ådror och nerver i A-Europa är i detta land reducerad till några artärer mellan vilka miljoner av byar och bondgårdar stagnerat som smådjuren på ett korallrev. [...] Vid sidan av det i sina funktioner specialiserade, centraliserade och i sin anblick uniformerade A-Europa verkar B-Europa som en sammanbyggning av självstyrande företag och växlande folkgrupper [...]. A-Europa är industrialiserat ända in i sitt åkerbruk, B-Europa är ett bondeland ända in i sina städer. B-Europa är vad A-Europa var för 150 år sedan.«

63 Auch die Bedürfnisbefriedigung des menschlichen Körpers hat maschinenartige Züge: »Die Primärbedürfnisse, die mit dem Lebensunterhalt und dessen Mechanik zusammenhängen, sind stark ausgeprägt und erfordern eine möglichst regelmäßige und reibungslose Befriedigung. (115). («De primära behoven, som sammanhänger med livsuppehållet och dess mekanik, är starkt utpräglade och fordrar ett någorlunda regelbundet och friktionsfritt tillfredsställande.»)

Perfektionierungsprozess, als »natürliche Tendenz zur Typenbildung« (82/83) determiniert, andererseits ist sie aber auch Ergebnis planvoller Einflussnahme. Fehlende Standardisierung führt zu ›Degeneration‹ – einem Denkstil entsprechend, der als ›Technikdarwinismus‹ beschrieben werden kann.⁶⁴ Die Parallelen zur, so Zygmunt Bauman, den Arzt in der Moderne kennzeichnenden Tendenz zur *Perfektionierung des natürlich Gegebenen* ist offenbar.⁶⁵ »Die Gesundheit/Frische, Klarsicht, der strahlende Fortschrittsgeist der Zeit« (165)⁶⁶ sind sowohl Ziel als auch Ausdruck von Modernisierung.

Pathologisierungen:

»Die Stadt – ein Kunstwerk oder ein lebendiger Organismus?«⁶⁷

»Wir behaupten, dass wir dieselben Rechte und Pflichten wie ältere Epochen haben, in der Architektur die Physiognomie unserer Zeit zu zeigen, den Ausdruck für unser eigenes, von allen akzeptiertes Lebensmilieu«, heißt es in *acceptera* (190).⁶⁸ Es fällt nicht schwer, Kategorien zu identifizieren, die im Text als Gegenteil des rationalen Kollektivkörpers und der disziplinierten Verhaltensweisen seiner Teile erscheinen. Unter der Überschrift »Gesunde und falsche Baukunst«⁶⁹ (153) formulieren die Verfasser ihre Ablehnung aller ›Stilformen‹ in der Architektur, die nicht von Transparenz und Rationalität gekennzeichnet sind.

Die für soziales Glück und Volksgesundheit wichtigsten Anforderungen an den Wohnraum wurden bisher zugunsten formaler, repräsentativer Gesichtspunkte vernachlässigt. [...] Ein architektonisches Element konnte derartig aufschwellen, dass es zwei Drittel eines Gebäudes umfasste, so dass dieses in die Höhe wuchs und seinen Nachbarn die Sonne verdeckte. Ein fünfgeschossiges Haus durfte gern ein sechstes Stockwerk erhalten, solange es seine Scham darüber unter dem schwellenden Dach versteckte. (47).⁷⁰

64 HIRDMAN: 2000, 120; vgl. zu Darwinismus und Standardisierung auch GEIGER: 2005.

65 Vgl. BAUMAN: 1993, 10; Foucault bezeichnet die Biopolitik als »Transformationsagent des menschlichen Lebens«; FOUCAULT: 1992, 138.

66 »[T]idens friskhet, klarögdhet, strålande framåtanda«.

67 »Staden ett konstverk eller en levande organism?« (*acceptera*: 187).

68 »Vi påstår, att vi har samma rätt och skyldighet som gamla tider, att i arkitekturen visa vår egen tids fysionomi, uttrycket för vår egen av alla accepterade livsmiljö.«

69 »Sund och falsk byggnadskonst«.

70 »De för social lycka och folkhälsa viktigaste kraven på bostaden har hittills ofta varit satta i andra hand för vissa formella, representativa synpunkter. [...] Ett arkitekto-

acceptera stellt die repräsentative Bauweise des 19. Jahrhunderts gleichermaßen als unsozial und ungesund dar, aber auch als krank oder infektiös und als »im Aussterben begriffene Kunst« (165). Besonders der Versuch, industrielle Produktionsprinzipien unter der Fassade zu verbergen, wird pathologisiert. Die dermaßen beschmutzte Oberfläche erzeugt »Ekel« (108), sie entspricht nicht einer »gesünderen Auffassung, die Echtheit verlangt« (102).⁷¹

Solange wir unsere Gebäude mit einem konstruktiven Kern aus Eisen gebaut haben und außen eine antikisierende Pilasterfassade, die mit schweren palladianischen Basen auf dem Boden ruht, aufgeklebt haben [...], solange wir also in Konstruktion und Fassadenartikulation statisch und architektonisch auf völlig verschiedene Weise gearbeitet haben – da ist das nicht *gesunde, sondern falsche* Architektur. (163).⁷²

In einem kurzen Dialog fordern die »Herren« – die altmodischen Widersacher des Funktionalismus: »Lasst es uns lieber weiterhin ein bisschen eng und unbequem haben – das mit der Hygiene ist doch nicht so schlimm [...]«. (93).⁷³ Darauf antworten die Verfasser:

Es ist sehr traurig, aber es ist leider notwendig. Wir könnten genauso antworten, dass dieser Einwand in der Regel nicht von jenen 90 Proz. kommt, für die die billige und gute Wohnung ein Bedürfnis ist, das nicht länger unterdrückt werden kann, sondern vom wohlhabenden Bürger und vom beredten Wächter »alter guter Kultur«. Und die Wohnungsfrage muss ja nicht für diese gelöst werden, sondern für einen weit weniger wohl situierten Herren, der 2000 bis 5000 Kronen Einkommen hat und eine ganze Kinderschar, mit anderen Worten für einen Herren, der die pittoresken Vorzüge des primitiven Wohnelends sicher überhaupt nicht im gleichen Maße wertschätzen kann wie der flaniierende Ästhet. (93).⁷⁴

niskt parti kunde svälla ut att omfatta två tredjedelar av en fastighet, som på så vis växte i höjden och skymde bort solen för sina grannar. Ett femvåningshus fick gärna bära på en sjätte våning, blott det dolde sin skam under den svällande takplåten.«

71 Joachim Radkau weist darauf hin, dass Nietzsche den »horror vacui« des Historismus als Ausdruck von Nervosität gedeutet hat. Er vermutet, dass die Ästhetik der glatten Oberflächen im Modernismus etwa eines Walter Gropius einer Ordnungssehnsucht entsprang, die auch im »neurasthenischen« Charakter des Historismus begründet lag. RADKAU: 1996, 117–118.

72 »När vi byggt våra hus med en konstruktiv stomme av järn och utanpå den klistrat en antikiserande pilasterfassad, som med tunga palladianska baser vilar på marken [...], när sålunda konstruktion och fasadartikulering statiskt och arkitektoniskt arbetat på helt olika sätt – då är det icke *sund men falsk* arkitektur.«

73 »Låt oss hellre fortsätta att ha det litet trångt och obekvämt – det där med hygien är väl inte så farligt [...]«.«

74 »Det är mycket sorgligt, men det är tyvärr nödvändigt. Vi kunde så mycket hellre svara så, därför att invändningen i regel icke kommer från de 90 proc., för vilka den

acceptera nimmt eine Grenzziehung zwischen »bürgerlichem« Kunstverständnis und einer der wohlfahrtspolitischen Verteilungsgerechtigkeit homologen Bauweise vor. Der individuelle, gerade auch der gewissermaßen literarische Blick auf »das Zuhause der Menschen als Motiv im Stadtbild« wird mit unhygienischen, »ungerechten« (50) Zuständen eingeführt, *acceptera* pathologisiert gleichermaßen das Erlebnis des Flaneurs und die »ästhetische Anmaßung«.

In der Organisation der Wohnung, in deren praktischer Anwendbarkeit gibt es auch Werte des Wohlbefindens von allgemeingültiger Natur: Ein Wohlbefinden, das jeder normale Mensch angesichts des Geordneten, des Wohlorganisierten, des gut Funktionierenden empfindet. (97).⁷⁵

Um in unserer Situation Klarheit zu erlangen und zu einer neuen fruchtbaren Auffassung zu kommen, müssen wir all unsere alten, rein ästhetischen Sichtweisen bereinigen, denen wir in der Realität entwachsen sind. (135).⁷⁶

Vorliebe für funktionale Ordnung und psychische ›Normalität‹ sind identisch, während ›künstlerische‹ Betrachtungsweisen als ›unfruchtbar‹ und nicht zeitgemäß ›bereinigt‹ werden sollen. Worte wie »Illusion«, »Patnieren«, »falsch«, »betrogen« (108) bezeichnen medizinisch nicht zu verantwortende architektonische Praktiken. Das Performative, der Genuss des Oberflächlichen ist krankhaft. Die Einführung von Architektur und Medizin geht hier über den Imperativ zum gesunden Wohnen hinaus: Einem ärztlichen, chirurgischen, analytischen Blick ins *Innere* des Stadt-/Bau-Körpers wird der ästhetisierende Blick *auf* die Oberfläche gegenübergestellt.⁷⁷ Anatomie ist so mehr als »Modellwissenschaft für die Gesellschaftsanalyse«⁷⁸, sie ist einzige legitime Rezeptionsform und Grundlage

goda och billiga bostaden är ett krav, som inte längre kan undertryckas, utan från den välmående borgaren och den värtalige väktaren av »gammal god kultur«. Och det är ju inte för dem som bostadsfrågan behöver lösas utan för en långt mindre välsituerad herre med 2,000 till 5,000 kronors inkomst och barnskara, med andra ord en herre, som säkert icke alls kan uppskatta det primitiva bostadsländets pittoreska behag i samma grad som den flanerande esteteten.»

75 »I bostadens organisation, i dess praktiska användbarhet finns också trevnadsvärden av allmängiltig natur: den trevnad, som varje normal människa känner inför det ordnade, det välorganiserade, det välfungerande.«

76 »För att vinna klarhet i vår situation och komma till en ny fruktbar uppfattning måste vi rensa ut även alla gamla rent estetiska betraktelsesätt, som vi i realiteten växt ifrån.«

77 Dieser Vorgang ist vergleichbar mit dem abstrahierenden Charakter der modernen Medizin, wie ihn Karin Johannisson dem performativen Arzt-Patient-Verhältnis des frühen 19. Jahrhunderts gegenübergestellt hat. JOHANNISSON: 2004, 271–272.

78 »modellvetenskapen för samhällsanalysen«.

der Bewertung von Architektur.⁷⁹ Die Medizin als Modellwissenschaft ist für Architekten vor allem deshalb so attraktiv, weil sie eine technizistische und ökonomische Körpervorstellung nahezulegen scheint. Der gewissermaßen systemhaft gesunde Körper exemplifiziert die Utopie vollkommener räumlicher und sozialer Organisation und unterstreicht durch seine bildhafte Evidenz deren Realisierbarkeit. Demgegenüber werden in *acceptera* all jene Kulturtechniken pathologisiert, die vermeintlich den Schein vor dem Inhalt propagieren: Historismus, Maskerade, Theater, Literatur. *acceptera* markiert individuelle Abweichung, wo der zu optimierende (Bau-)Körper dem normalisierenden und nivellierenden Blick der Agenten »sozialer Gerechtigkeit« (50) performativ entzogen wird.

Körper und Krise

Der Kampf gegen »unzeitgemäße, minderwertige Wohnungen oder Wohnungsüberbelegung mit ihren Ärgernissen, ihren hygienischen und moralischen Gefährdungen« (79)⁸⁰ fiel in die Phase des sich konstituierenden *folkhem*, einer Zeit, deren Menschenbild und Sozialtechniken stark von der Problematisierung der Beziehung von individueller und kollektiver Gesundheit geprägt war. Die Wohnung war beim Aufbau des schwedischen Wohlfahrtsstaates nicht bloß von symbolischer Bedeutung. So gab es in den 30er und 40er Jahren starke informelle, zunehmend auch institutionelle Verbindungen zwischen Architekten und zukünftigen Protagonisten des schwedischen Wohlfahrtsstaates – etwa zwischen Bevölkerungswissenschaftlern wie Alva und Gunnar Myrdal, dem Arzt Axel Höjer, dem Ökonomen Alf Johansson und Architekten wie Åhrén und Markelius.⁸¹ Wohnungspolitische Untersuchungen, so eine von Gunnar Myrdal und Uno Åhrén 1933 vorgenommene statistische Studie zum Wohnungsbedarf in Göteborg, waren zentral für die Etablierung des wohlfahrtsstaatlichen *social engineering* und der Politikberatung durch Experten. Die großen Stadtplanungsprojekte der 50er Jahre schließlich, besonders die ABC-Stadt *Vällingby* – unter anderen von Markelius geplant – erfuhren als Exemplifizierungen jenes ›middle way‹, den Schweden für ausländische Kommentatoren eingeschlagen hatte, große Anerkennung.

79 JOHANNISSON: 2001, 245.

80 »otidsenliga, mindervärdiga bostäder, eller trångboddheten med dess irritation, dess hygieniska och moraliska vådor«.

81 Vgl. etwa SVEDBERG: 1976, 75; FORSMAN: 1993, 204; RUDBERG: 1981, 79.

acceptera kennzeichnet aber auch eine Tendenz zur Normalisierung, die jenem Antipluralismus im *folkhem* zugrunde lag, den eine jüngere Generation Schweden in den 80er Jahren hart kritisiert hat.⁸² Die Verfasser von *acceptera* stabilisierten einen Medikalisierungsvorgang, der etwa von Karin Johannissons und Eva Palmblads Untersuchungen zum ›medizinischen Regime‹ des Wohlfahrtsstaates problematisiert worden ist. Die in *acceptera* versprochene ›Befreiung‹ ist nur schwer in Forderungen etwa Gunnar Myrdals nach härteren Sanktionen »ungesunder Wohngeohnheiten« wiederzuerkennen.⁸³ Es ginge sicherlich zu weit, die Problematisierung des Körpers im Funktionalismus unhinterfragt mit der Debatte um Normalisierung und Sterilisierung in Schweden in Verbindung zu bringen.⁸⁴ Eine Analogie zwischen der Beurteilung der Wohnung aus einer gleichermaßen ökonomischen wie medizinischen Perspektive einerseits und der Medikalisierung des Körpers nach seinem reproduktiven und produktiven ›Wert‹ andererseits lässt sich jedoch nicht übersehen. Staffan Lamms Beschreibung des Gefühls von Überwachung, das die psychologischen und medizinischen Kontrollen in seiner Kindheit im Markelius'schen Kollektivhaus schufen,⁸⁵ mag als Beispiel jener ›Kränkung‹ herhalten, die der Blick auf die Gesundheit der Kinder in den 30er Jahren implizieren konnte.⁸⁶ Architekten trugen zur Formierung einer kollektiven Identität bei, die die *Akzeptanz* von Machtrelationen, wie sie in den letzten Jahren zunehmend als stigmatisierend diskutiert worden sind, diskursiv gefestigt hat. Sie war Medium der gleichermaßen euphorischen wie ängstlichen Erziehung zum ›guten Leben‹ und zum neuen Menschen.

Es soll betont werden, dass solche Anschlüsse zwischen wohlfahrts-politischer Integration, wissenschaftlicher Problematisierung des Körpers und Fragen des Wohnens ein transnationales Phänomen darstellten.⁸⁷ Geburtenrate und ›Qualität‹ des Nachwuchses, die Gesundheit der Bevölkerung, das Zuhause als Ort des Konsums sowie die reproduktive Auf-

82 Repräsentativ sind hier die Abrechnungen der Generation der Kinder, etwa Jan Myrdals und Hans Asplunds. Vgl. HENNINGSEN: 1989, 51.

83 Zit. nach HIRDMANN: 2000, 125.

84 Zusammenfassend: ETZEMÜLLER: 2003.

85 Vgl. LAMM und STEINFELD: 2006, 59–60.

86 HIRDMANN: 2000, 17.

87 Vgl. etwa RONNEBERGER: 1999.

gabe der Frau wurden in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in schier endlosen Variationen von europäischen und amerikanischen Architekten und Sozialingenieuren hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Planbarkeit diskutiert. Die *Krise* war ein Systemgrenzen überschreitender Wahrnehmungsmodus, der Bedarf nach Synchronisierung einer als Körper imaginierten Gesellschaft Ausdruck eines Ordnungsdenkens, das einer spezifischen Wirklichkeitsauffassung entsprang: Für Architekten und Stadtplaner bestand Ordnungsbedarf, ein Imperativ zur »Beherrschung« (198) einer chaotischen Gegenwart, wie es in *acceptera* heißt. Progressive und konservative Eliten waren sich über die Krise des Liberalismus und der Großstadt einig und propagierten die normalisierende Ein- und Unterordnung des Individuums durch aktive Gesellschaftsplanung. Bilder vom gesunden Körper legitimierten daran anschließende Interventionen. Der Körper stand im Zentrum des Interesses, und zwar sowohl als Symbol künftiger harmonischer Ordnung, als auch als Angriffspunkt ihrer Verwirklichung. Die Verschiebung des architektonischen Auftrags vom Künstlerischen zum Sozialen war Teil dieses Vorgangs. Mittels der Integration des Körpers in den Planungsprozess positionierten sich Architekten als Agenten sozialpolitischer Regulierung. Die Medizin bot Symboliken und Narrative an, die eine neue Selbstthematization einer sich verändernden Profession ermöglichten, die langfristig zur Veränderung der schwedischen Gesellschaft beitrug.

LITERATUR

- ÅKER, Patrik: *Vår bostad i folkhemmet. Bilden av hemmet i en organisationstidskrift*. Lund: Nya Doxa, 1998.
- ASENDORF, Christoph: *Super Constellation – Flugzeug und Raumrevolution. Die Wirkung der Luftfahrt auf Kunst und Kultur der Moderne*. Wien, New York: Springer, 1997.
- ASPLUND, Gunnar, Wolter GAHN, Sven MARKELIUS, Gregor PAULSSON, Eskil SUNDAHL und Uno ÅHRÉN: *acceptera*. Stockholm: Tiden, 1980 [1931].
- BAUMAN, Zygmund: *Biology and the Modern Project*. (= Diskussionspapier: Hamburger Institut für Sozialforschung; 1993:2), Hamburg, 1993.
- BAVAJ, Riccardo: *Die Ambivalenz der Moderne im Nationalsozialismus. Eine Bilanz der Forschung*. München: Oldenbourg, 2003.
- BERNER, Boel: *Sakernas tillstånd. Kön, klass, teknisk expertis*. Linköping, Carlssons, 1996.
- CLAMBEK, Ingeborg: »Funktionalismen. Stil og social-arkitektonisk bevegelse«. In: NOLIN, Bertil (Hg.): *Kulturradikalismen. Det moderna genombrottets andra fas*. Stockholm: Stockholm Symposion, 1993, 63–75.
- COLOMINA, Beatriz: »Krankheit als Metapher in der modernen Architektur«. In: *Daidalos* 64 (1997), 60–71.
- DE BRUYN, Gerd: *Die Diktatur der Philanthropen. Entwicklung der Stadtplanung aus dem utopischen Denken*. (= Bauwelt Fundamente; 110), Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg, 1996.
- DÖRHÖFER, Kerstin: »Das neue Bauen und seine Folgen für den weiblichen Alltag«. In: ANSELM, Sigrun (Hg.): *Triumph und Scheitern in der Metropole: Zur Rolle der Weiblichkeit in der Geschichte Berlins*. Berlin: Reimer, 1997, 181–206.
- DURTH, Werner und Niels GUTSCHOW: *Träume in Trümmern. Stadtplanung Planungen zum Wiederaufbau zerstörter Städte im Westen Deutschlands 1940–1950*, 2 Bde. Braunschweig, Wiesbaden, Vieweg & Sohn, 1993.
- ERIKSSON, Eva: *Den moderna staden tar form. Arkitektur och debatt 1910–1935*. Stockholm: Ordfront, 2001.
- ETZEMÜLLER, Thomas: »Sozialstaat, Eugenik und Normalisierung in skandinavischen Demokratien«. In: *Archiv für Sozialgeschichte* 43 (2003), 492–510.
- FEDER, Gottfried: *Die neue Stadt. Versuch der Begründung einer neuen Stadtplanungskunst an der sozialen Struktur der Bevölkerung*. Berlin: Springer, 1939.
- FEHL, Gerhard: *Kleinstadt, Steildach, Volksgemeinschaft. Zum ›reaktionären Modernismus‹ in Bau- und Stadtbaukunst*. (= Bauwelt Fundamente; 102), Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg, 1995.
- FORSMAN, Per: *Det gamla och det nya bygget. Bilder och betraktelser kring en metafor*. Stockholm: Carlsson, 1993.
- FOUCAULT, Michel: *Der Wille zum Wissen*. (= Sexualität und Wahrheit; 1), (= stw; 716), Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992 [1976].
- FOUCAULT, Michel: »Die Geburt der Sozialmedizin«. In: DEFERT, Daniel und François EWALD (Hg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. III. 1976–1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2003a [1977], 272–298.

- FOUCAULT, Michel: »Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin?«. In: DEFERT, Daniel und François EWALD (Hg.): *Michel Foucault. Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. 3: 1976–1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2003b [1976], 54–76.
- FRANK, Susanne: *Stadtplanung im Geschlechterkampf. Stadt und Geschlecht in der Großstadtentwicklung des 19. und 20. Jahrhunderts*. (= Stadt, Raum und Gesellschaft; 20), Opladen: Leske & Budrich, 2003.
- GEIGER, Annette: »Darwin als Science-Fiction: Die Naturalisierung des Fortschritts bei Le Corbusier und in H.G. Wells *Things to come*«. In: GEIGER, Annette, Stefanie HENNECKE und Christin KEMPF (Hg.): *Spielarten des Organischen in Architektur, Design und Kunst*. Berlin: Reimer, 2005, 112–129.
- GILMAN, Sander L.: *Rasse, Sexualität und Seuche. Stereotype aus der Innenwelt der westlichen Kultur*. Hamburg: Reinbek, 1992.
- HARLANDER, Tilman: *Zwischen Heimstätte und Wohnmaschine. Wohnungsbau und Wohnungspolitik in der Zeit des Nationalsozialismus*. Basel, Berlin, Boston: Birkhäuser, 1995.
- HENNINGSEN, Bernd: *Der Wohlfahrtsstaat Schweden*. (= Nordeuropäische Studien; 2), Baden-Baden: Nomos, 1986.
- HENZE, Valeska: *Das schwedische Volksheim. Zur Struktur und Funktion eines politischen Ordnungsmodells*. (= Arbeitspapiere Gemeinschaften; 19), Florenz: European University Institute, Berlin: Humboldt-Universität, 1999.
- HIRDMAN, Yvonne: »Social Planning Under Rational Control«. Social Engineering in Sweden in the 1930s and 1940s«. In: KETTUNEN, Paul und Hanna ESKOLA (Hg.): *Models, Modernity and the Myrdals*. (= Renvall Institute Publications; 8), Helsinki: Renvall Institute for Area and Cultural Studies, 1997, 55–80.
- HIRDMAN, Yvonne: *Att lägga livet till rätta. Studier i svensk folkhemspolitik*. Stockholm: Carlsson, 2000.
- JOHANNISSON, Karin: *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts, 2001.
- JOHANNISSON, Karin: *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts, 2004.
- KRISTENSEN, Jens Erik und Lars-Henrik SCHMIDT: *Lys, luft og renlighed. Den moderne socialhygiejnes fødsel*. Kopenhagen: Akademisk Forlag, 1986.
- KUCHENBUCH, David: »Gläserne Stadt – Gläserner Mensch. Architektur, Literatur und Transparenz in den 1930er Jahren in Schweden«. In: *fastforward* 0 (2007), 19–28; <http://ffw.denkraeume-ev.de/0-07/kuchenbuch1-0-07.pdf> [Zugriff am 18.02.2008].
- KÜSTER-SCHNEIDER, Christiane: »Stockholmsutställningen 1930: Stadt-Land-Utopien im Schweden der dreißiger Jahre«. In: HEITMANN, Annegret (Hg.): *Arbeiten zur Skandinavistik. 14. Arbeitstagung der Deutschsprachigen Skandinavistik, 1–5.9.1999 in München*. (= Texte und Untersuchungen zur Germanistik und Skandinavistik; 48), Frankfurt am Main: Peter Lang, 2001, 168–174.
- LAMM, Stefan und Thomas STEINFELD: *Das Kollektivhaus. Utopie und Wirklichkeit eines Wohnexperiments*. Hamburg: Fischer, 2006.
- LARSSON, Jan: *Hemmet vi äröde. Om folkhemmet, identiteten och den gemensamma framtiden*. Stockholm: Arena, 1994.
- LE CORBUSIER: *Urbanisme*. (= Collection de »l'esprit nouveau«), Paris: Vincent, 1965 [1925].

- LE CORBUSIER: *The Radiant City. Elements of a Doctrine of Urbanism to be Used as the Basis of Our Machine-Age Civilisation*. London: Faber, 1967 [1933].
- LETHEN, Helmut: »Der Habitus der Sachlichkeit in der Weimarer Republik«. In: WEYERGRAF, Bernhard (Hg.): *Literatur der Weimarer Republik 1918–1933*. (= Hansers Sozialgeschichte der deutschen Literatur vom 16. Jahrhundert bis zur Gegenwart; 16), München, Wien: dtv, 1995, 371–445.
- NEUMEYER, Fritz: »Der neue Mensch. Körperbau und Baukörper in der Moderne«. In: LAMPUGNANI, Vittorio Magnano und Romana SCHNEIDER (Hg.): *Moderne Architektur in Deutschland 1900 bis 1950. Expressionismus und Neue Sachlichkeit*. Stuttgart: Hatje Cantz, 1994, 15–32.
- NOLIN, Bertil: »Den nya sakligheten«. In: NOLIN, Bertil (Hg.): *Kulturradikalismen. Det moderna genombrottets andra fas*. Stockholm: Östling, 1993, 77–103.
- OLSSON, Ulf: *Drömmen om den hälsosamma medborgaren. Folkuppfostran och hälsoupplysning i folkhemmet*. Stockholm: Carlsson, 1999.
- PALMBLAD, Eva und Bengt Erik ERIKSSON: *Kropp och Politik. Hälsoupplysning som samhällspegel*. Stockholm: Carlsson, 1995.
- PERRY, Clarence A.: *The neighbourhood unit: from the Regional Survey of New York and its Environs*. Bd. 7: *Neighbourhood and community planning*. (= Early urban planning, 1870–1940; 7), London, New York: Routledge, 1998 [1929].
- PRED, Allan: *Recognising European modernities*. London: Routledge, 1995.
- QVARSELL, Roger: »Socialmedicinen och den sociala ingenjörskonsten«. In: *Nordisk medicinhistorisk årsbok*. Stockholm: 1995, 125–148.
- RÅBERG, Per G.: *Funktionalistiskt genombrott. Radikal miljö och miljödebatt i Sverige 1925–1931*. Stockholm: Norstedts, 1970.
- RADKAU, Joachim: »Amerikanisierung als deutsches Nervenproblem. Von der Nervosität zur coolen Modernität«. In: BITTNER, Regina (Hg.): *Zukunft aus Amerika. Fordismus in der Zwischenkriegszeit*. Dessau: Stiftung Bauhaus Dessau, 1995, 107–123.
- RAPHAEL, Lutz: »Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts«. In: *Geschichte und Gesellschaft* 22 (1999), 165–193.
- REICHOW, Hans Bernhard: *Organische Stadtbaukunst. Von der Großstadt zur Stadtlandschaft*. Braunschweig: Westermann, 1948.
- RODENSTEIN, Marianne: »Mehr Licht, mehr Luft«. *Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 1988.
- RONNEBERGER, Klaus: »Biomacht und Hygiene. Normalisierung im fordistischen Wohnungsbau«. In: PRIGGE, Walter (Hg.): *Ernst Neufert. Normierte Baukultur im 20. Jahrhundert*. Dessau, Frankfurt am Main: Campus, 1999, 432–464.
- RUDBERG, Eva: *Uno Åhrén: En föregångsman inom 1900-talets arkitektur och samhällsplanering*. Stockholm: Byggeforskningsrådet, 1981.
- RUDBERG, Eva: *Sven Markelius, arkitekt*. Stockholm: Arkitektur, 1989.
- RUDBERG, Eva: *Stockholmsutställningen 1930, Modernismens genombrott i svensk arkitektur*. Stockholm: Stockholms förlag, 1999.
- SAARIKANGAS, Kirsi: *Model Houses for Model Families. Gender, Ideology and the Modern Dwelling. The Type-Planned Houses of the 1940s in Finland*. (= Studia historica; 45), Helsinki: Suomen historiallinen seura, 1993.

- SANDSTRÖM, Ulf: *Arkitektur och social ingenjörskonst. Studier i svensk arkitektur och bostadsforskning*. (= Linköping studies in arts and science; 47), Linköping: Universitetsförlaget, 1989.
- SCHUBERT, Dirk: *Stadterneuerung in London und Hamburg. Eine Stadtbaugeschichte zwischen Modernisierung und Disziplinierung*. Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg & Teubner, 1997.
- SONTAG, Susan: *Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern*. Frankfurt am Main: Hanser, 2003 [1977/1988].
- SVEDBERG, Olle: »1900–1940. Der Wohnungsbau des Funktionalismus und seine Voraussetzungen«. In: JOHANSSON, Bengt, Bernt NYBERG und Klaus-Jürgen SEMBACH: *Aufbruch und Krise des Funktionalismus. Bauen und Wohnen in Schweden 1930–1980*. München: Weber, 1976, 55–80.
- TEYSSOT, George: *Die Krankheit des Domizils. Wohnen und Wohnungsbau 1800–1930*. (= Bauwelt Fundamente; 87), Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg, 1989.
- THÖRN, Kerstin: »En god bostad för det riktiga livet. Den moderna bostadens ideologiska förutsättningar«. In: THÖRN, Kerstin: *I framtidens tjänst. Ur folkhemmets idéhistoria*. Stockholm: Gidlunds, 1986, 196–213.
- VIDLER, Anthony: »Bodies in Space/Subjects in the City: Psychopathologies of Modern Urbanism«. In: *Differences* 3 (1993), 31–51.
- VOGLER, Paul und Erich KÜHN (Hg.): *Medizin und Städtebau. Ein Handbuch für den gesundheitlichen Städtebau*. 2 Bde., München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1957.
- WILSON, Elizabeth: *The Sphinx in the City. Urban Life, the Control of Disorder, and Women*. Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press, 1991.
- ZERLANG, Martin: »Großstadt und Seelenleben im Kopenhagen der Jahrhundertwende«. In: GUTJAHN, Ortrud, Bernd HENNINGSEN, Helmut MÜSSENER und Otto LORENZ (Hg.): *Attraktion Großstadt um 1900: Individuum – Gemeinschaft – Masse*. (= Wahlverwandschaft. Der Norden und Deutschland; 6), Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, 2001, 37–54.

HENRIK KARLSSON

Wissen und Grenzziehungen in der Heilkunst

Wie entstehen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit? Ein großer Teil der Sicht auf Krankheit und Gesundheit entsteht in der Begegnung mit verschiedenen Experten und Autoritäten in der Gesellschaft. Aus historischer Perspektive bedeuteten die Entwicklung des Krankenhauswesens und die Professionalisierung der Ärzteschaft im 19. Jahrhundert, dass der Kontakt zu Ärzten, Krankenschwestern und anderen Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitswesens größer wurde. Gleichzeitig war es nach wie vor üblich, sich an Vertreter der Volksmedizin zu wenden. Im 20. Jahrhundert kamen weitere Praktizierende hinzu, die außerhalb des etablierten Gesundheitswesens standen. Das Gesundheitswesen kann also als heterogenes System angesehen werden, das alle gesundheitsorientierten Aktivitäten umfasst, die von anderen als dem Kranken selbst ausgeführt werden. Im Rahmen dieser Definition umfasst das Gesundheitswesen sowohl Ärzte als auch mehr oder weniger akzeptierte Vertreter alternativer Medizin.¹ Dies bringt eine Vielfalt medizinischen Wissens mit sich, führt aber auch zu einem Machtspiel im Verhältnis zwischen den Medizinerinnen. Im Rahmen dieses Machtspiels werden dominierende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit geprägt. Mit der Institutionalisierung und Professionalisierung der Medizin im 19. Jahrhundert wurde die Pflege zunehmend in Übereinstimmung mit naturwissenschaftlichen, biologischen Ansätzen strukturiert, die in der Gesellschaft an Einfluss gewannen. Rationalität und Wissenschaftlichkeit wurden zum Modell für die Gesellschaftsentwicklung. Medizinisches Wissen ist deshalb nicht nur eine Art und Weise, körperliche Probleme eines Individuums zu verstehen, sondern auch eine mögliche Machtressource, die Hierarchien im Gesundheitswesen schafft.

Im Folgenden werde ich zeigen, wie Hierarchien im Gesundheitswesen geschaffen werden. Das Verhalten der Ärzteschaft gegenüber zwei anderen Gruppen im schwedischen Gesundheitswesen soll zu diesem Zweck untersucht werden. Zum einen die Gruppe der Physiotherapeuten, die in der medizinischen Hierarchie als dem Arzt untergeordnet angesehen werden können, und zum anderen die Gruppe staatlich nicht

¹ BERG: 1980, 17.

anerkannter Heiler, die außerhalb des Gesundheitssystems praktizieren. Da diese Gruppen unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitlichen Problemen des Individuums haben, geht es auch um einen Kampf um Deutungsmacht. Wenn das Individuum die Hilfe von Experten in Anspruch nimmt, gibt es demnach eine Machtordnung, die definiert, welche Ansätze, welche Mediziner und welche Behandlungsmethoden in einer Gesellschaft als die legitimeren erachtet werden.

Das institutionelle Regelwerk

Der Machtkampf zwischen unterschiedlichen Mediziner*innen ist dennoch nicht hinreichend, um organisatorische Hierarchien zu erklären, da diese innerhalb einer Gesellschaft und damit entsprechend ihrer Gesetze und Normen wirken. Um die Funktionsweise des Gesundheitswesens zu erklären ist es deshalb wichtig, die Institutionalisierung der Medizin als Anfang zu nehmen. Die Institutionalisierung umfasst das Aufstellen von Regeln formeller sowie informeller Art. Hier wird festgelegt, wer als legitime Akteure angesehen wird und in welcher Reihenfolge sie agieren sollen. Die institutionellen Regeln sind wichtig, um Verhaltensmuster der Akteure zu erklären.²

Die die institutionelle Ordnung überwachende Instanz war *Medicinalstyrelsen* (Zentralamt für Gesundheitswesen), diejenige Behörde, die die Oberaufsicht über das allgemeine Gesundheitswesen innehatte. Diese Position kann bis zu den Ärzten zurückverfolgt werden, die 1663 das *Collegium Medicum* gründeten. Es erhielt zur Aufgabe, Quacksalberei zu kontrollieren, Ärzte zuzulassen, die in Schweden praktizieren wollten sowie Arzneimittelhandel und Hebammen zu überprüfen. Bis 1797 war das Gesundheitswesen jedoch zwischen dem *Collegium Medicum* und *Chirurgiska Societeten* (der Chirurgischen Sozietät), der früheren Barberzunft, aufgeteilt. 1797 erlangte das *Collegium Medicum* die Hoheit über die medizinische Administration, als die Chirurgische Sozietät aufgelöst und dem *Collegium Medicum* untergeordnet wurde. 1813 wurde das *Collegium Medicum* zu einem Gesundheitskollegium umgebildet und damit zu einem Amt innerhalb der staatlichen Verwaltung sowie eine zentrale Behörde. Damit stärkte es seine Stellung bedeutend. 1877 wurde

² Vgl. ROTHSTEIN: 1996.

das Gesundheitskollegium zu *Medicinalstyrelsen* umstrukturiert, das bis 1967 bestehen blieb, als die Behörde mit *Socialstyrelsen* (Zentralamt für Sozialwesen) zusammen gelegt wurde.³

Medicinalstyrelsen bestimmte die legitimen Akteure im Gesundheitssystem. Es hatte zur Aufgabe, Ärzte zuzulassen, Vorschläge für zivile Pflegedienste zu unterbreiten sowie Ärzte zu ernennen und zu entlassen. Weitere Aufgaben bestanden darin, Zahnärzte, Krankengymnasten und Hebammen zuzulassen. *Medicinalstyrelsen* stellte also unterschiedliche Pflegeberufe unter die eigene Aufsicht. Die Genehmigung, im Rahmen des allgemeinen Gesundheitswesens tätig zu sein, bedeutete allerdings auch eine eingeschränkte Freiheit, da befolgt werden musste, was *Medicinalstyrelsen* in Gesetzen und Vorschriften festlegte.⁴

Die unter der Aufsicht von *Medicinalstyrelsen* stehenden Berufsgruppen waren unter der Leitung von Ärzten hierarchisch strukturiert. Die Krankengymnasten wurden als eine der Gruppen in die Hierarchie eingegliedert. Zunächst eine selbständige Berufsgruppe, wurden sie 1887 vom Zentralamt zugelassen und in die medizinische Hierarchie eingegliedert. Das bedeutete, dass ein zugelassener Krankengymnast das Recht hatte, auf ärztliche Verordnung hin Kranke zu behandeln.⁵

Ärzte und Krankengymnasten können als zwei Berufsgruppen betrachtet werden, die berechtigt waren, innerhalb der institutionalisierten Medizin zu praktizieren. Diesem Text liegt ein weiterer Begriff von Krankenpflege zu Grunde, und das institutionelle Regelwerk brachte auch keine großen Einschränkungen hinsichtlich der Ausübungsmöglichkeit von Heilkunst außerhalb der institutionalisierten Medizin mit sich. Das alte Quacksalbereigesetz von 1688, das bis 1916 Bestand hatte, galt zwar als formelles Verbot, funktionierte aber in der Praxis nicht als solches. Die neuen Zulassungsgesetze, die 1916 in Kraft traten, formalisierten die freie Ausübung. Von da an wurde die Ausübung lediglich mit einem Verbot eingeschränkt, bestimmte Krankheiten und Krankheitsgruppen zu behandeln. Das Gesetz wurde revidiert und 1960 das Verbot, bestimmte

3 GUSTAFSSON: 1987, 422 und 424.

4 *Kungl. Maj:ts instruktion för medicinalstyrelsen den 17. dec. 1914* (Instruktion der Königlichen Majestät für das Zentralamt für Gesundheitswesen vom 17. Dezember 1914), §§ 3, 6, 9.

5 *Kungl. Maj:ts d. 13 juli 1887 fastställda ordning för sjukgymnasters och sjukgymnastiska institutets verksamhet*. (Anordnung der Königlichen Majestät für die Tätigkeit von Krankengymnasten und des krankengymnastischen Instituts vom 13. Juli 1887.

Krankheiten zu behandeln, etwas erweitert, aber ansonsten galt eine allgemeine Erlaubnis, Krankheiten zu behandeln oder ihnen vorzubeugen. Einige Regeln hinsichtlich der Praktizierenden kamen dennoch hinzu: Fahrende Ärzte durften nicht mehr praktizieren, und für nicht zugelassene Praktizierende wurde die schwedische Staatsbürgerschaft verlangt.⁶

Wissen und Macht

Das Gesundheitssystem wird jedoch nicht nur von der Gesetzgebung und den Verordnungen einer Gesellschaft aufrecht erhalten. Innerhalb des Systems kämpfen verschiedene Gruppen darum, ihren Status gegenüber anderen Praktizierenden zu erhöhen. Genauso wichtig ist es, sich in der Gesellschaft Autorität zu verschaffen, was den Ärzten gelang. Der hohe Status der Ärzte kann damit erklärt werden, dass sie durch die Privilegien, die dem *Collegium Medicum* bereits im 17. Jahrhundert verliehen wurden, schon früh eine staatliche Zulassung erhielten. Durch ihren professionellen Durchbruch am Ende des 19. Jahrhunderts stärkten die Ärzte ihre Stellung weiterhin. Mit Hilfe einer neuen Perspektive auf Wissen, das auf empirischer Beobachtung, Hypothesenentwicklung und kontrollierten Versuchen basieren sollte, wurden deutliche Grenzziehungen gegenüber anderen Praktizierenden ermöglicht.⁷

Dieser Durchbruch einer naturwissenschaftlichen Medizin stimmte jedoch nicht immer mit dem medizinischen Bewusstsein der Bevölkerung überein. Im Lauf des 19. Jahrhunderts nahm das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu, das nicht im selben Maß von der Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin beeinflusst war. Hier gab es nach wie vor Platz für religiöse, philosophische und ethische Erklärungsmodelle, denen zufolge beispielsweise ein falscher Lebenswandel für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sein konnte.⁸

Ärzte und die wissenschaftliche Medizin waren deshalb nicht notwendigerweise die erste Wahl für Kranke. Die Ärzteschaft musste darum kämpfen, ihren Status zu bewahren oder zu erhöhen. Wissen trägt wesentlich dazu bei, Berufsgruppen Autorität zu verschaffen. Durch Wissen können andere Gruppen untergeordnet oder ausgeschlossen werden.

6 Vgl. PALMBLAD: 1997, 41–43, 153–155.

7 Vgl. ebd., 17.

8 QVARSELL: 1991, 28, 60.

Wissenschaftliches theoretisches Wissen wird gesellschaftlich oft höher bewertet als praktisches. Wissen hat deshalb nicht nur eine problemlösende Funktion, sondern stellt gleichzeitig ein soziales Kapital dar. Wie Wissen in soziales Kapital umgewandelt werden kann, ist nicht eindeutig. Die problemlösende Funktion von Wissen kann der Profession Macht und Prestige verleihen. Wissen kann aber auch als Symbol verwendet werden, um auf die Bedeutung der Profession hinzuweisen, wodurch das Vermögen, Probleme zu lösen, zweitrangig wird.⁹ Wissen und Wissensbildung werden also zu einer möglichen Strategie, wenn Berufsgruppen sich gegenüber anderen Ausübenden abgrenzen wollen. Wissenschaftliches theoretisches Wissen, oder, wie Andrew Abbott es nennt, abstraktes Wissen, verdeutlicht die Grundlagen des Berufs, knüpft aber auch an weitere kulturelle Werte an.¹⁰ Das wissenschaftlich rationale Wissen, auf dem der Arztberuf nach seinem Selbstverständnis beruhte, verlieh der Ärzteschaft eine bedeutende Rolle im Aufbau des Wohlfahrtsstaats im 20. Jahrhundert. Die Entwicklung einer auf Wissenschaft und Erfahrung basierenden Medizin durch die Ärzteschaft verschränkte sich hier mit der Tendenz des Staates, gesellschaftliche Probleme zunehmend mit der Hilfe von Wissenschaft und Expertise zu lösen. Der Status der Ärzteschaft kann also mit einer erfolgreichen Professionalisierung sowie mit einer Allianz zwischen Staat und Ärzten in Bezug auf Verwissenschaftlichung erklärt werden. Mediziner, denen theoretisches Wissen fehlt oder die auf theoretisches Wissen zurückgreifen, das gesellschaftlich nicht legitimiert ist, können ihr Wissen kaum als soziales Kapital verwenden.

Gleichzeitig müssen sich Berufsgruppen mit Veränderungen bezüglich der von ihnen zu lösenden Aufgaben auseinandersetzen. Im frühen 20. Jahrhundert erhöhte die Gesellschaft ihre Ansprüche in Bezug auf die Maßnahmen, die im Hinblick auf die Gesundheit der Bürger zu treffen wären. Beispielsweise wurde durch die Errichtung eines Krankenversicherungssystems die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung einer gesunden und damit arbeitsfähigen Bevölkerung gerichtet. Die zunehmend umfassendere Verantwortung des Staates für die Sicherheit des Individuums bezog sich auch auf das Gesundheitswesen. Die Krankenpflege, die bisher vor allem auf die Behandlung akuter Fälle ausgerichtet war, musste um die Behandlung chronischer Krankheiten erweitert werden. Dies er-

9 TORSTENDAHL: 1989, 25.

10 ABBOTT: 1988, 53–54.

forderte neue Heil- und Pflegeberufe, die nur schwer in das bisherige Muster von akuter Hilfe zu integrieren waren. Es stellt sich die Frage, welche Herausforderungen in Bezug auf die Hierarchie des Gesundheitswesens dieses Szenario mit sich bringt.

Grenzziehungen zwischen den Heil- und Pflegeberufen

Anhand zweier Beispiele möchte ich im Folgenden diskutieren, welche Rolle Wissen dabei spielte, Grenzziehungen zwischen verschiedenen medizinischen Berufen zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Das erste Beispiel bezieht sich auf die Grenze zwischen Ärzteschaft und Krankengymnasten oder Physiotherapeuten. In dem Bild, das man sich im frühen 20. Jahrhundert in Schweden von Krankheiten machte, erfüllte die Krankengymnastik eine wichtige Funktion. Der Arzt Israel Hedenius plädierte beispielsweise 1909 für Krankengymnastik an Krankenhäusern, um die Pflege von Rheumakranken zu verbessern.¹¹ Die Stellung der Krankengymnastik wurde weiter oben als untergeordnet beschrieben. Dies war in der Praxis aber nicht immer der Fall, wie sich an der Debatte um die Krankengymnastik in *Läkartidningen* (Ärztezeitschrift) 1910 zeigen lässt. Trotz der formalen Unterordnung der Physiotherapeuten wurde genau ihr selbständiges Praktizieren als Grund dafür gesehen, dass die Behandlungsmethode innerhalb des Gesundheitssystems nicht zu ihrem Recht kam. Der Bedarf an Krankengymnastik wurde als groß angesehen, aber die Voraussetzung für Erfolge dieser Behandlungsmethode sei ihre Einordnung in die medizinische Hierarchie. Das grundlegende medizinische Wissen solle den Ärzten überlassen werden, das handwerkliche Geschick den Krankengymnasten. Den Ärzten ging es darum, sich gute technische Assistenten zu verschaffen. Durch die Unterordnung wurde eine einseitige therapeutische Behandlung verhindert, die man riskierte, wenn man den Krankengymnasten eine selbständige Ausübung erlaubte. Die Ärzte sollten geeignete Behandlungsmethoden auswählen, denn auch wenn die Krankengymnastik als wichtig angesehen wurde, stellte sie nur einen Teil des Behandlungsarsenals des Arztes dar.

Der Arzt Patrik Haglund war der Ansicht, Krankengymnasten hätten kein ausreichendes medizinisches Wissen, um selbständig zu praktizieren. Die Spezialisierung nach Heilmethoden sei kein geeigneter Weg, da

¹¹ Vgl. HEDENIUS: 1909.

der Kranke so von anderen Hilfsmitteln ausgeschlossen würde. Der Krankengymnast habe eine technische Ausbildung und Erfahrung in seiner Therapieform, aber ihm fehle ausreichendes Wissen über Krankheiten und übrige Therapien der praktischen Medizin. Haglund meinte, die Tätigkeit von Spezialisten müsse vor dem Hintergrund allgemeinen medizinischen Wissens erfolgen. Der Arzt war in diesem Fall also der bessere Therapeut, gleichzeitig konnte er aber physische Behandlungsmethoden nicht in ausreichendem Maß selbst anwenden. Die Lösung war laut Haglund, jegliche medizinische Ausbildung für Krankengymnasten auszuschließen. Die geringe medizinische Qualifikation der Krankengymnasten verlocke nur zu selbständiger Scharlatanerie. Man solle sich stattdessen auf die Ausbildung guter technischer Assistenten konzentrieren.¹²

Der Arzt Carl Holmdahl griff in der Debatte um die Krankengymnastik eine weitere Frage auf: deren wissenschaftliche Erklärung. Das Problem war entstanden, weil sich die Krankengymnastik außerhalb der wissenschaftlichen Medizin entwickelt hatte und die Verbindung zwischen Krankengymnastik und medizinischer Wissenschaft nach wie vor lose war. Carl Holmdahls Lösung schließt an die von Haglund vorgeschlagene Über- und Unterordnung je nach Form des Wissens an. Holmdahl zufolge hatte die Hilfe suchende Allgemeinheit ein Recht darauf, ihren Gesundheitszustand von demjenigen diagnostiziert zu bekommen, der sämtliche Therapieformen überblicken konnte, also dem Arzt. Die Behandlung sollte dann von anerkannten Therapeuten durchgeführt werden. Was das Wissen der Krankengymnasten betraf, war Holmdahl einer gegensätzlichen Ansicht. Statt einer reduzierten Ausbildung plädierte er für mehr Wissen, auch wenn der praktische Aspekt die größte Bedeutung hatte. Es sei wichtig, ein Minimalwissen für die Krankengymnasten festzusetzen, da diese die meiste Zeit mit dem Kranken verbrachten. Trotz der Unterordnung des Krankengymnasten sei es für den Arzt praktisch nicht möglich, dessen Arbeit die ganze Zeit zu überwachen.¹³

Aus der Perspektive von Ärzten wird hier beschrieben, wie wichtig der untergeordnete Status der Krankengymnasten als technische Assistenten in der medizinischen Hierarchie sei. In dieser Rolle hat der Krankengymnast lediglich praktische Bedeutung, während die Diagnose und die übergreifende Sicht auf Krankheit und Gesundheit dem Arzt überlas-

¹² HAGLUND: 1910.

¹³ HOLMDAHL: 1910.

sen werden. Die Debatte um die Krankengymnastik ist ein Beispiel dafür, wie die Ärzteschaft durch eine Rangordnung die Deutungsmacht über Krankheit und Gesundheit anstrebte.

Als zweites Beispiel möchte ich die Grenzziehungen erläutern, die die Ärzteschaft gegenüber dem wachsenden alternativmedizinischen Sektor vornahm. Als einen Aspekt der Professionalisierung der Ärzteschaft hatte sie einen effektiveren Schutz der Arbeit von anerkannten Ärzten und eine strengere Regulierung dessen, was als Quacksalberei bezeichnet wurde, gefordert. Die Verhandlung im schwedischen Reichstag führte 1916 zu einer neuen Gesetzgebung, die entgegen der Intention eine relativ freie Berufsausübung für nicht anerkannte und eine strengere Regulierung der Arbeit von anerkannten Ärzten zur Folge hatte.

Quacksalberei sei deshalb gefährlich, weil sie zu Fehlbehandlung und zu Verzögerung wirksamer Therapien führe. Aus dem Gesetzesvorschlag, auf den das genannte Gesetz von 1916 zurückging, geht jedoch hervor, dass man durch die Regulierung der Berufsausübung für nicht anerkannte Mediziner nicht jene Praktiken ausschließen wollte, die aus Wohltätigkeit erfolgten und eine Funktion in der Gesellschaft zu erfüllen schienen. Der Gesetzesvorschlag unterscheidet deutlich zwischen nützlichen und schädlichen Praktiken. Der nützliche Quacksalber hatte die Heilkunst nicht als Beruf und war in seiner nächsten Umgebung tätig. Die angebotenen Behandlungen beschränkten sich auf leichte und äußerliche Beschwerden. Das Wissen in Bezug auf diese Krankheiten basierte auf Erfahrungswerten, und die Behandlung erfolgte in gutem Glauben, da man großes Vertrauen in die Methoden hatte. Diese Quacksalber gab es oft in Gegenden mit großer Entfernung zum nächsten Arzt. Solange ihre Tätigkeit nicht allzu umfassend wurde, erfüllten sie eine Funktion.¹⁴

Die Quacksalber, die als schädlich angesehen wurden, betrieben ihr Geschäft mit Gewinnabsicht und waren sich bewusst, dass ihnen die Voraussetzungen für einen medizinischen Beruf fehlten. Manche hatten eine Art Ausbildung, aber im Gesetzesvorschlag wurden ihre Therapien als unwissenschaftlich bezeichnet. Das Geschäft wurde in großem Umfang und mit bedeutenden Einkünften betrieben. Rege Propaganda und Reklame warben für die Heilmethoden, und die Quacksalber bezeichneten sich oft als Doktor oder Arzt. Sie warben damit, so gut wie alle Krankhei-

¹⁴ *Kungl. Maj:ts nådiga proposition till riksdagen med förslag till förordning om behörighet att utöva läkarkonsten. Proposition 85.*

ten heilen zu können, und behandelten äußerliche und innere, ansteckende und nicht ansteckende Krankheiten, chronische und akute Beschwerden. Besonders im Fall chronischer Krankheiten wandte man sich mangels Alternativen an sie.¹⁵

Wenngleich man die Quacksalberei als Problem sah, konnte man kein Totalverbot aussprechen, da dies auch die Praktiken verhindert hätte, die man als nützlich wahrnahm. Man begnügte sich damit, bestimmte Beschränkungen für die Ausübung vorzuschlagen. Als der Gesetzesvorschlag dem Reichstag vorgelegt wurde, sahen die Verteidiger der nicht anerkannten Mediziner trotzdem eine Gefahr für die alternativen Praktiken.¹⁶ Sie vertraten die Ansicht, dass dieser Sektor ein Wissen repräsentierte, das in der etablierten Medizin fehlte oder geradezu bekämpft wurde. Es wurde polemisch gegen die von der anerkannten Medizin eingeschlagene Richtung argumentiert. Der auf akute Hilfe ausgerichteten Krankenpflege gelänge es nicht, die Bedürfnisse der Gesellschaft zu erfüllen, nämlich Rat und Behandlungsmethoden, die für Vorbeugung, chronische Krankheiten und Genesung geeignet waren. Darüber hinaus sei ärztliche Betreuung unzugänglich und wende nur bestimmte autorisierte Methoden an. Hierbei werde das Wissen alternativer Mediziner nicht berücksichtigt.¹⁷

Die Unzugänglichkeit der Medizin und das Desinteresse der Ärzteschaft an bestimmten Heilmethoden wurden für die Ausbreitung eines alternativen Sektors verantwortlich gemacht. Es entstehe ein Raum für Einzelinitiativen. Natürliche Begabung und ein Blick für die Ursachen gewöhnlicher Krankheiten mache sich je nach Talent geltend, so Carl Lindhagen. Der natürliche Blick erkenne auch die Bedeutung der Naturheilkunst, die in der offiziellen Ausbildung vernachlässigt werde. Die Verteidiger der alternativen Medizin leugneten zwar nicht, dass es auch solche Vertreter gab, die ungeeignet waren, Heilkunst zu betreiben, aber auch das wurde auf das Desinteresse der offiziellen Medizin zurück geführt.¹⁸

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Die Einsprüche sind dem Antrag mit der Nummer 219 an die Zweite Kammer, dem Antrag Nr. 85 eines Herrn Österberg an die Erste Kammer sowie dem Antrag Nr. 218 von Herrn Olofsson an die Zweite Kammer entnommen. Alle stammen aus dem Jahr 1915.

¹⁷ Siehe z. B. Antrag 219 an die Zweite Kammer von Carl Lindhagen 1915.

¹⁸ Ebd.

Der Platz der Naturheilkunst in der Medizin wurde damit motiviert, dass sie gute Ergebnisse erzielt habe, wo die etablierten Methoden erfolglos geblieben seien. Gegen die abweisende Haltung auf Grund mangelnder Wissenschaftlichkeit wurde Einspruch erhoben. Man argumentierte mit Hilfe gesunden Menschenverstands: Es müsse eine wissenschaftliche Erklärung geben, da die Kuren ja schließlich wirkten. Eine Kur konnte also nicht nur deswegen abgelehnt werden, weil die Wissenschaft noch keine Erklärung gefunden habe. In der wissenschaftlichen Medizin sei vieles noch nicht erklärbar.¹⁹ Die Ärzteschaft und die etablierte Medizin wurden beschuldigt, im Eigeninteresse zu handeln. Die Allgemeinheit verlangte nach Heilmitteln, hatte aber kein Interesse, nach Methoden einer spezifischen wissenschaftlichen Schule behandelt zu werden. Dem Medizinwesen wurde auch vorgeworfen, durch seinen organisatorischen Zusammenhang mit den öffentlichen Institutionen seine Machtstellung auszunutzen, um Konkurrenz zu verhindern. Die ablehnende Haltung der Naturmedizin gegenüber schaffe einen kollegialen Druck, so dass Interessierte es nicht wagten, bestimmte Methoden zu studieren.²⁰

Der Gesetzesentwurf wurde auch im Ärzteverband diskutiert. Zwei Standpunkte dominierten die Diskussion. Die einen verlangten eine strengere Gesetzgebung und sprachen sich für ein Verbot aus. Die anderen sprachen sich dafür aus, stattdessen die Volksbildung zu stärken, da sie meinten, es gebe keine Mehrheit für ein Totalverbot, und ein Verbot könne im Gegenteil dem Ansehen der Ärzteschaft schaden. Thorsten Thunberg war einer der Fürsprecher für ein Verbot. Seiner Meinung nach war die relativ freie Ausübung, die das Gesetz mit sich brachte, nicht berechtigt. Die von ihm so bezeichneten Quacksalber hätten nicht das für die Heilkunst erforderliche Wissen. Volksbildung sei kein probates Mittel, um die Quacksalberei zu bekämpfen, da Krankheit das Urteilsvermögen herabsetze. Der Betrug von Kranken und Schwachen entwickle sich schneller als die Volksbildung. Thunberg zufolge erfüllten die Quacksalber auch keine Funktion mehr, da der Zugang zu medizinischer Behandlung durch eine größere Bevölkerungsdichte und eine verbesserte Infrastruktur erleichtert würde. Die ärztliche Betreuung in den Gemeinden würde durch ausgebildete und der Ärzteschaft untergeordnete Kranken-

¹⁹ Ebd.

²⁰ Ebd.

schwwestern gewährleistet. Es sei nicht angebracht, einen Teil der Krankenbetreuung unqualifizierten Personen anzuvertrauen.²¹

Im Gegensatz zu Thunberg, der ein Totalverbot forderte, hielten andere dieses mit Hinblick auf die öffentliche Meinung für unangemessen. Sie sahen ein, dass auch ihre Heilungsmethoden nur beschränkt wirksam waren. Einer von ihnen war der Arzt Hjalmar Forssner. Er vertrat die Ansicht, dass der Arzt bei vielen Krankheitsfällen nicht mehr tun konnte, als die offensichtlichsten Hindernisse für die Selbstheilung zu erkennen und zu beseitigen. Obwohl Ärzte auch im Hinblick auf diese Aufgabe die besseren Voraussetzungen hatten, war dieser Aspekt in der Öffentlichkeit nicht hinreichend bekannt. Nicht die Gesetzgebung war der Weg zum Ziel, sondern Aufklärung. Das Gesetz musste deshalb ein Kompromiss sein, und Forssner meinte, es beinhalte einen Schutz vor denjenigen Verhältnissen, die der Gesellschaft den größten Schaden zufügten.²²

Auch wenn man sich über den Wortlaut des Gesetzes und den Umfang des Verbots uneinig war, war die Einigkeit darüber, dass nicht anerkannte Mediziner keine wirksame Krankenbetreuung leisten konnten, groß. In der Debatte des Jahres 1915 über die rechtmäßige Ausübung der Heilkunst war Wissenschaftlichkeit jedoch nicht das wichtigste Argument gegen die nicht anerkannten Mediziner. Der Quacksalber wird zwar als unqualifiziert angesehen, aber es ist seine unmoralische Natur, die als Argument hervorgehoben wird, um seinen Handlungsspielraum zu begrenzen. Spätere Untersuchungen sind jedoch in größerem Umfang von der Frage nach Wissenschaftlichkeit geprägt. Ein von *Medicinalstyrelsen* 1942 eingebrachter Gesetzesvorschlag verwendet beispielsweise eine wissenschaftliche Argumentation gegen die Anerkennung von Chiropraktikern. Laut einer referierten Untersuchung wurde Chiropraktikern bei der Behandlung von Rückenbeschwerden deshalb eine wichtige Rolle zuteil, weil Ärzte dieser Krankheit gegenüber Desinteresse zeigten. *Medicinalstyrelsen* verurteilte aber sowohl die selbständige Ausübung von Chiropraxen als auch die Ausübung nach Verschreibung durch einen Arzt, weil sie auf wissenschaftlich unhaltbarem Grund beruhe.²³

Durch die Debatte um die Praxis von Krankengymnasten und nicht anerkannten Mediziner wurden zwei Beispiele dafür herausgehoben,

21 Unterlagen von *Svenska läkaresällskapet* (Schwedischer Ärzteverband), 27.4.1915.

22 Ebd.

23 *Förslag till ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten, m. m.*: 1942.

wie das Gesundheitswesen strukturiert wurde. Im Fall der Krankengymnasten beruhte die Unterordnung darauf, dass das theoretische Wissen der Ärzte dem praktischen der Krankengymnasten übergeordnet wurde. Wissen stellt sich hier als deutliches Differenzierungsmittel dar. Im Fall der unqualifizierten Mediziner ist der Aspekt von Wissen und Wissenschaft nicht gleich deutlich, vermutlich weil sie keine Berufsgruppe mit erkennbar einheitlichem Wissen darstellten. In späteren Abgrenzungen gegenüber Chiropraktikern sollte Wissen wichtiger werden, können sie doch als im Hinblick auf Organisation und theoretische Grundlagen homogenere Gruppe angesehen werden.

Das Verhalten der Ärzteschaft gegenüber den Krankengymnasten zeigt, wie Wissen als soziales Kapital verwendet werden kann. In der Debatte wurden Grenzen zwischen dem, was und was nicht als wissenschaftlich fundierte Kenntnis galt, gezogen. Heilern, die keine Ärzte waren, wurde in unterschiedlichem Umfang praktisches Können zugeschrieben, das aber ohne Verbindung zu den wissenschaftlichen Grundlagen des Arztes als gefährlich galt. Die Organisation des Gesundheitswesens beruhte also auf dem Vermögen des Arztes, auf Grund wissenschaftlicher Kriterien Diagnosen zu erstellen und geeignete Behandlungen festzulegen. Der Arzt wiederum war auf ihm untergeordnete Mitarbeiter angewiesen, um diese durchzuführen. Diejenigen, die die Regeln, Normen und Wertvorstellungen der institutionalisierten Medizin nicht teilten und somit nicht in die Hierarchie aufgenommen werden konnten, wurden ausgeschlossen.

Theorie und Praxis

Mit wissenschaftlichen Kriterien als Ausgangspunkt konnte die Ärzteschaft ohne größere Schwierigkeiten zwischen ihrer eigenen Praxis und der anderer Heiler differenzieren. Der Verweis auf Wissenschaftlichkeit beeinflusste aber auch die eigene Berufsausübung. In der Debatte um Quacksalberei wurde Kritik daran laut, dass die Ärzteschaft mit einem solchen Verweis Behandlungsmethoden auf naturheilkundlicher Grundlage ablehnte. Allerdings wurde die Naturheilkunst auch von Ärzten in physikalischen Therapien praktiziert, die auf der Anwendung natürlicher Hilfsmittel beruhten und Luft, Licht, Ernährung, Bewegungstherapie und verschiedene Wasserbehandlungen umfassten.²⁴ Diese Behandlungsme-

²⁴ DISQUE: 1902; BERG: 1906, 13.

thoden waren schon lange sowohl von Ärzten als auch von Vertretern der Volksmedizin angewandt worden, aber eine professionalisierte und wissenschaftlich fundierte Krankenpflege erforderte nun eine wissenschaftliche Legitimierung der Praxis.

Das Praktizieren von Naturheilkunst war kein Problem, solange sie als wissenschaftlich fundiert galt. Die wissenschaftliche Bewertung einer Behandlungsmethode ist hier Grundlage für eine Differenzierung. Der Arzt Israel Hedenius wies 1908 darauf hin, dass die praktische Anwendung nicht der Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin entspreche. Die Medizin riskiere deshalb einen Statusverlust. Ausnahme sei die Bakteriologie, die im Hinblick auf Seuchenbekämpfung und Hygiene große Erfolge erzielt habe. Die technische Entwicklung mit einer Menge pharmazeutischer Präparate sah er skeptischer. Eine Perfektionierung der physikalischen Therapie stehe ebenfalls noch aus. Mit dieser Schwäche in der praktischen Anwendung riskiere man, Patienten an Quacksalber zu verlieren.²⁵

Hedenius war der Ansicht, viele ältere therapeutische Methoden blieben unzureichend untersucht, da sich die Forschung auf pharmazeutische Präparate konzentriere. In bestimmten Fällen könne man von therapeutischen Maßnahmen lernen, die nun als Quacksalberei abgestempelt würden. Ein Teil dieser Naturheilverfahren verdienten eine gründlichere und kritische wissenschaftliche Prüfung. Laut Hedenius hatte jedes Land eigene Methoden, von denen im Lauf der Jahre einige als therapeutisch wertvoll legitimiert wurden. Für Schweden galt dies in Bezug auf Mineralwasser oder spezifische Bäder, beispielsweise Moorbäder, alles Naturheilmethoden, die auf eine jahrhundertealte Praxis verweisen konnten. Hedenius hebt auch die schwedische Gymnastik hervor. Einige dieser Methoden harrten allerdings noch ihrer wissenschaftlichen Untersuchung, um ihre physiologische Wirkung festzustellen und Indikationen für ihre Anwendung festzulegen. Hier sei die Empirie gegenüber der Wissenschaft weit vorangeschritten, was auf dem Gebiet der Therapie oft der Fall sei.²⁶

In einem Beruf, dessen Autorität auf wissenschaftlicher Kenntnis beruht, wird eine wissenschaftlich schwer erklärbare Behandlungsmethode schnell marginalisiert. Der Status physikalischer Behandlungsmethoden

25 HEDENIUS: 1908.

26 Ebd.

kann Alfred Philip Levertins Klage 1912 darüber entnommen werden, dass Bäder und Heißluftbehandlungen in der Liste von Untersuchungs- und Behandlungsspezialisierungen ganz unten angesiedelt seien. Die Erklärung für diesen Umstand sah er darin, dass Ärzte diese Spezialisierung gering schätzten. Levertin zufolge gewannen die physikalischen Hilfsmittel bei der Bevölkerung an Boden, was die große Zahl an Badegästen in den Kurorten jedes Jahr bewies. Gleichzeitig war das Interesse der Ärzte gering, und ein Medizinstudent hörte während seiner Ausbildung wenig über die Behandlungsmethode.²⁷

Die oben genannte Diskussion zeigt, dass man zwischen der Behandlung von unterschiedlichen Therapeuten keine deutlichen Grenzen ziehen kann. Der Arzt musste seine Wahl von Behandlungsmethoden jedoch so motivieren, dass sie seine professionelle Identität nicht bedrohte. Diejenigen Therapien, die man wissenschaftlich nicht erklären konnte, verloren damit bei den Machthabern innerhalb des Gesundheitssystems an Status.

Herausforderungen im 20. Jahrhundert

Im 20. Jahrhundert wurde die beschriebene institutionelle Ordnung mit gesellschaftlichen Veränderungen konfrontiert. Mit der Industrialisierung wuchs der Anspruch auf Maßnahmen zur Förderung des Arbeitsvermögens der Bevölkerung. Das gesellschaftsökonomische Motiv für die Krankenbetreuung wurde wichtiger. Ein weiterer wichtiger Faktor war die Herausbildung des Wohlfahrtsstaats mit erweiterten Sicherungssystemen für die Bevölkerung. Das wachsende Sozialversicherungssystem lenkte die Aufmerksamkeit auf eine gesunde und arbeitsfähige Bevölkerung. Diejenigen, die ihr Arbeitsvermögen verloren hatten und den Sozialversicherungen Kosten verursachten, brauchten Rehabilitationsmaßnahmen.

Die immer umfassendere Verantwortung des Staates für das Individuum erstreckte sich auch auf die Pflege. Die Behandlung von Kranken, die sich bisher maßgeblich auf akute Krankheiten bezogen hatte, musste nun auch chronische Krankheiten berücksichtigen. Bei Aufgaben wie der Rehabilitation und der Pflege chronisch Kranker musste die Ärzteschaft auf physikalische Behandlungsmethoden wie medizinische Bäder und Krankengymnastik zurückgreifen. Durch die gestiegenen Anforderungen

²⁷ LEVERTIN: 1912.

an eine gesunde und arbeitsfähige Bevölkerung waren die Ärzte aufgefordert, Ratschläge zur Prävention zu erteilen. Genau in diesen Bereichen vorbeugender Maßnahmen und der Pflege chronisch Kranker stellte der alternativmedizinische Sektor die größte Konkurrenz dar. Der Umbau der Gesellschaft brachte also neue Herausforderungen an die institutionalisierte Medizin mit sich.

Übersetzung aus dem Schwedischen: Lill-Ann Körber

LITERATUR

- ABBOTT, Andrew Delano: *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- BERG, Henrik: *Hygieniska ströftåg. Valda stycken ur hygien och enskild hälsovård. Föreläsningar hållna å K.F.U.M. i Stockholm*. Stockholm: Hälsovännen, 1906.
- BERG, Ole: »The Modernisation of Medical Care in Sweden and Norway«. In: HEIDENHEIMER, Arnold J und Nils ELVANDER (Hg.): *The Shaping of the Swedish Health System*. London: Croom Helm, 1980, 17.
- DISQUE, Ludvig: *Vägen till hälsa. Naturenlig behandling af sjukdomarna Enligt den fysikalisk-dietetiska kurmetoden med vatten, ljus, luft, diet, massage, gymnastik, elektricitet och hypnos*. Köping, 1902.
- Förslag till ny lag om behörighet att utöva läkarkonsten, m. m. Avgivet av Kungl. Medicinalstyrelsen.* (= Statens offentliga utredningar; 1942:22), Stockholm: Socialdepartementet, 1942.
- GUSTAFSSON, Rolf Å.: *Traditionernas ok: den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Solna: Esselte studium, 1987.
- HAGLUND, Patrik: »Två oafvisliga kraf vid utbildandet af mekanoterapeutiska assistenter«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 7 (1910:22), 427–433.
- HEDENIUS, Israel: »Några önskemål angående den interna medicinens utveckling i vårt land«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 5 (1908:51), 945–1957.
- HEDENIUS, Israel: »En brist i vår sjukhusvård«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 6 (1909:55), 87–195.
- HOLMDAHL, Carl: »Synpunkter i sjukgymnastikfrågan«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 7 (1910:49), 953–1965.
- Kungl. Maj:ts d. 13 juli 1887 fastställda ordning för sjukgymnasters och sjukgymnastiska institutets verksamhet.* (= Svensk författningssamling; 1887:55).
- Kungl. Maj:ts instruktion för medicinalstyrelsen den 17. dec. 1914.* (= Svensk författningssamling; 1914:497).
- Kungl. Maj:ts nådiga proposition till riksdagen med förslag till förordning om behörighet att utöva läkarkonsten. Proposition 85.* Bihang till riksdagens protokoll. Stockholm: Riksdagstrycket, 1915.
- LEVERTIN, Alfred Philip: »Fackkunskap är nödvändig för brunns- och badläkare«. In: *Allmänna svenska läkartidningen* 9 (1912:51), 1210–1213.
- PALMBLAD, Eva: *Sanningens gränser: kvacksalveriet, läkarna och samhället: Sverige 1890–1990*. Stockholm: Carlsson, 1997.
- QVARSELL, Roger: *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlsson, 1991.
- ROTHSTEIN, Bo: »Political Institutions. An Overview«. In: GOODIN, Robert E. und Hans-Dieter KLINGEMANN (Hg.): *A New Handbook of Political Science*. Oxford: University Press, 1996.
- TORSTENDAHL, Rolf: »Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning«. In: SELANDER, Staffan (Hg.): *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur, 1989.

SUSANNE KREUTZER

Krankenbeobachtung

Zur Entwertung einer pflegerischen Schlüsselkompetenz in der Bundesrepublik und Schweden nach 1945

»Unsere Schwestern«, erinnert sich die Diakonisse Marie*¹ in einem Interview, wussten bei einem Patienten:

Der schafft es nicht, der stirbt, der sieht schlecht aus, mit dem geht es bergab. Und die Ärzte sagten: »Nein, die Werte sind in Ordnung«. Ja, die Werte sind in Ordnung, aber da ist mehr, irgendwann hört Kraft auf oder Energie oder der Körper reagiert anders. Und das ist der Vorteil, wenn man länger mit Menschen zusammenlebt.²

Diese Kompetenz der Krankenbeobachtung, die Schwester Marie beschreibt, also das genaue Wahrnehmen individueller Veränderungen des Körpers und seines Ausdrucks, wurde seit dem 19. Jahrhundert bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts als Schlüsselkompetenz der Schwestern und Kern pflegerischer Eigenständigkeit angesehen.³ Aufgrund ihres kontinuierlichen Kontaktes mit den Patienten galten die Schwestern im Gegensatz zu den Ärzten als besonders geeignet, den Allgemeinzustand der Kranken einzuschätzen.

Die Krankenbeobachtung erlebte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Zuge einer allgemeinen Verwissenschaftlichung und Rationalisierung der Krankenversorgung einen dramatischen Bedeutungsverlust. Dieser Prozess wird im Folgenden am Beispiel der westdeutschen und schwedischen Pflegegeschichte genauer beleuchtet. Die Darstellung stützt sich auf ein Forschungsprojekt, das am Beispiel eines bundesdeutschen Diakonissenmutterhauses, der Henriettenstiftung in Hannover, die Erosion und Transformation evangelischer Krankenpflege nach 1945 untersucht.⁴ Der Schwerpunkt des Beitrags liegt deshalb auf der bundes-

1 Alle mit Sternchen gekennzeichneten Namen wurden anonymisiert.

2 Interview mit Schwester Marie Seifert am 5.4.2005.

3 Im anglo-amerikanischen Raum wird der Begriff der Krankenbeobachtung auf Florence Nightingale zurückgeführt, die damit die Notwendigkeit einer soliden Pflegeausbildung begründet hat. Vgl. SANDELOWSKI: 2000, 135. Ob und wie die Schriften von Nightingale die Geschichte der deutschen Krankenpflege beeinflusst haben, müsste eine Rezeptionsgeschichte klären.

4 Der Beitrag basiert auf einem von der VolkswagenStiftung geförderten Forschungsprojekt »Krankenpflege und religiöse Gemeinschaft. Das Beispiel des Diakonissenmutter-

deutschen Entwicklung. Auch wenn die Ausführungen zur schwedischen Geschichte eher skizzenhaften Charakter haben, zeigen sie dennoch eindrucksvoll, dass sich bei der Modernisierung der Krankenversorgung – trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen – in beiden Ländern ähnliche Grundfragen gestellt haben. Bei der Entwertung der Krankenbeobachtungskompetenz wird es sich demnach um eine internationale Entwicklung gehandelt haben, die die Pflege- und Medizingeschichte nach dem Zweiten Weltkrieg auszeichnet.

In der Bundesrepublik dominierten noch Anfang der 1950er Jahre die großen Mutterhausschwesternschaften der Caritas, Inneren Mission und des Deutschen Roten Kreuzes das Berufsfeld Krankenpflege. Sie vertraten ein dezidiert unberufliches Verständnis von Pflege als christlicher ›Liebesdienst‹. Dieses Berufsbild änderte sich in den 1960er Jahren grundlegend. Das tradierte Arbeitsethos entsprach immer weniger den Lebensentwürfen der nachkommenden Frauengenerationen. Unter dem Druck eines gravierenden Pflegenotstands wurde der ehemals zölibatäre christliche ›Liebesdienst‹ am Kranken zu einem modernen Frauenberuf umgestaltet, den auch verheiratete Frauen in Teilzeitarbeit ausüben konnten. Hinzu kam, dass sich mit den Fortschritten in der Medizin die Anforderungen an das Pflegepersonal grundsätzlich änderten. Gefordert war immer weniger eine »Berufung zur Nächstenliebe«⁵ als vielmehr eine theoretisch fundierte Ausbildung.⁶

Diese Transformation von der Berufung zum Beruf kennzeichnete auch die schwedische Pflegegeschichte. Der Umbau des Berufsbildes setzte jedoch bereits in den 1930er Jahren ein und scheint insgesamt weniger konfliktreich als in der Bundesrepublik verlaufen zu sein. Dies dürfte nicht zuletzt auf die stärker säkulare Organisation des schwedischen Gesundheitswesens zurückzuführen sein, das einer Verberuflichung und Professionalisierung der Krankenpflege vergleichsweise offen gegenüber stand. In der Bundesrepublik hingegen waren die Widerstände gegen eine Modernisierung des Berufsbildes deutlich stärker. Denn die ausgeprägte Patientenorientierung christlicher Krankenpflege ließ sich kaum mit den Anforderungen modernen, rationellen, professionellen Handelns verein-

hauses der Henriettenstiftung seit 1944«. Ich danke außerdem der Robert Bosch Stiftung für die finanzielle Förderung.

5 RÜTHER: 1951, 87.

6 Vgl. KREUTZER: 2005; SCHMIDBAUR: 2002, 147–175.

baren. Insofern werden anhand der christlichen Krankenpflege der Bundesrepublik die Ambivalenzen des Modernisierungsprozesses besonders sichtbar.

Der Beitrag gliedert sich in vier Abschnitte. Zunächst wird das tradierte Berufsbild Krankenpflege in der Bundesrepublik skizziert und gefragt, wie das Schwestern-Patienten-Verhältnis in diesem Rahmen gestaltet und die Kompetenz der Krankenbeobachtung erlernt wurde. Der zweite Abschnitt beleuchtet den Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung im Kontext der Reform des Berufsbildes in den 1960er Jahren. Anschließend wird der Blick auf die schwedische Pflegegeschichte gerichtet, um zu zeigen, dass es sich bei der Entwertung der Krankenbeobachtungskompetenz um eine nationenübergreifende Entwicklung handelte. Abschließend geht es um den medizingeschichtlichen Platz dieses Verlustes.

Die Darstellung zur bundesdeutschen Pflegegeschichte basiert zum einen auf Interviews mit den Diakonissen der Henriettenstiftung, zum anderen auf der Bearbeitung des umfangreichen Schwesternarchivs der Stiftung, insbesondere der Personalakten der etwa 900 Schwestern, die nach 1945 dem Mutterhaus angehörten. Diese Personalakten sind oft sehr umfangreich und enthalten ausführliche Briefwechsel der Schwestern mit dem Mutterhaus. Über diese Quellen lassen sich sowohl Alltag und Selbstverständnis der Schwestern als auch ihre Sicht auf die Modernisierung der Krankenversorgung sehr gut verfolgen. Darüber hinaus wurden die Zeitschriften und Publikationen des bundesdeutschen Gesundheitswesens ausgewertet. Die Ausführungen zur schwedischen Geschichte beruhen auf Recherchen im Archiv der schwedischen Krankenschwesternorganisation, *Svensk sjuksköterskeförening* (SSF), sowie der Auswertung ihrer Verbandszeitschrift, *Tidskrift för Sveriges Sjuksköterskor*. Außerdem wurden erste Recherchen im Archiv der Diakonissenanstalt Ersta durchgeführt.

Christlicher ›Liebesdienst‹ und Krankenbeobachtung

Das Mutterhaussystem hat sich in Deutschland im Laufe des 19. Jahrhunderts zur dominierenden Organisationsform in der Pflege entwickelt, die bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts relativ unverändert blieb. Die Mutterhäuser verstanden sich als Lebens-, Dienst- und Glaubensgemeinschaften unverheirateter Frauen, die ihre Arbeit als christlich motivierten ›Liebesdienst‹ und nicht als Erwerbsberuf betrachteten. Die

Schwestern erhielten eine Ausbildung und zeitlich unbegrenzte Versorgung zugesichert, wenn sie sich dafür verpflichteten, ihr Leben ganz in den Dienst der Schwesterngemeinschaft zu stellen. Damit bot das Mutterhaussystem also Frauen eine sichere Lebensperspektive jenseits von Familie und Ehe.⁷ Die Mutterhäuser betrieben eigene soziale Einrichtungen und schlossen außerdem Verträge mit anderen Institutionen über die Bereitstellung von Schwestern ab, so dass der Einfluss des jeweiligen Mutterhauses weit über den unmittelbaren lokalen Raum hinausging. So betrieb die Henriettenstiftung nicht nur zwei eigene große Krankenhäuser in Hannover, sondern versorgte außerdem Krankenanstalten und Gemeindepflegestationen (heute: Sozialstationen) in Niedersachsen und selbst noch in Schleswig-Holstein mit Schwestern.⁸

Die Dominanz der Mutterhäuser bedeutete, dass religiöse Berufungsvorstellungen in der Bundesrepublik bis in die 1960er Jahre hinein eine starke Prägekraft hatten. Als ›gute‹ Schwester galt eine Frau, die ihr Leben ganz auf die Bedürfnisse der Patienten ausrichtete und nicht für Geldlohn arbeitete. Das Arbeitsethos des aufopferungsvollen ›Liebedienstes‹ basierte auf dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit. Indem sich die Schwestern den kranken und bedürftigen Menschen widmeten, zeugten sie von der Liebe Gottes und nahmen am Aufbau seines Reiches teil. »Den Kranken und Gesunden in ihrem Leiden helfen und dienen zu können«, schrieb etwa die angehende Diakonissenschülerin Therese Naumann 1947 an die Probemeisterin⁹ der Henriettenstiftung, bedeute für sie, »zugleich auch unserem Herrn und Heiland Liebe zu erweisen.«¹⁰ So gesehen verstand sich die Krankenpflege nicht in erster Linie als medizinischer Assistenzberuf, sondern in hohem Maße als religiöser Auftrag.

Diese Berufungsvorstellung korrespondierte mit einem spezifischen Pflegekonzept. Eine christliche Krankenpflege, wie sie die konfessionellen Schwesternschaften und Wohlfahrtsverbände vertraten, sollte »nie in

7 Vgl. SCHMIDT: 1998, 192–203. Zu den katholischen Schwesternschaften im 19. Jahrhundert vgl. MEIWES: 2000.

8 Die Henriettenstiftung erreichte 1934 mit 870 Frauen ihren höchsten Mitgliederstand. Im Jahr 2006 lebten nur noch 34 Diakonissen, von denen die meisten zwischen 70 und 90 Jahre alt waren.

9 Die Probemeisterin war die Stellvertreterin der Oberin und für die Begleitung der Diakonissenschülerinnen während ihrer Ausbildung zuständig.

10 Archiv der Henriettenstiftung, S-3-135: Therese Naumann an Schwester Alma Sander am 6.12.1947.

der äußeren Pflege stecken [...] bleiben«,¹¹ sondern neben dem Leib auch die Seele der Kranken berücksichtigen. Jenseits der im engeren Sinne pflegerischen Aufgaben hatten die Schwestern also auch seelsorgerliche Funktionen zu erfüllen und den Patienten religiöse Stärkung anzubieten. Zu den wichtigen Aufgaben einer christlichen Schwester gehörte es deshalb auch, mit den Kranken zu beten und deren Glauben zu stärken. Die Krankenpflege war demnach eines der Felder, auf dem die Kirchen ihren schwindenden gesellschaftlichen Einfluss zu sichern suchten.

Ärzte und Schwestern galten als sich ergänzende Berufsgruppen, die jeweils einen spezifischen und eigenständigen Beitrag zur Heilung der Patienten leisteten. Während die Ärzte als »Sachverwalter des Wissens«¹² an den Krankheitssymptomen, deren Diagnose und Therapie ansetzten, sollten sich die Schwestern dem Patienten in seiner gesamten Persönlichkeit widmen. Gerade die Vermittlung von ›Geborgenheit‹ galt als entscheidender Heilungsfaktor und machte die hohe Bedeutung pflegerischer Arbeit aus.¹³

Der Aufbau eines persönlichen Kontaktes zwischen Schwestern und Patienten setzte ein extrem hohes Maß an Verfügbarkeit der Pflegenden voraus. Die Stetigkeit im Einsatz am Krankenbett galt als unabdingbare Voraussetzung einer ›guten‹ Krankenpflege, da den Patienten ein Wechsel der Betreuungspersonen nicht zugemutet werden könne. Eine 70–80-Stundenwoche gehörte deshalb Anfang der 1950er Jahre zur Normalität in der Pflege. Die Tagschicht arbeitete im geteilten Dienst mit einer mehrstündigen Mittagspause, wenn der Arbeitsanfall im Krankenhaus gering war. Diese Arbeitszeitorganisation setzte voraus, dass die Schwestern in Unterkünften der Krankenhäuser lebten und weitgehend auf ein Leben jenseits der Anstalt verzichteten. Die Stationsschwester wohnte sogar auf der Station. Schwester Ingelore*, die von den 1950er bis 1980er Jahren als Stationsschwester im Mutterhauskrankenhaus der Henriettenstiftung tätig war, erinnert sich:

11 Schwester Clotilde: 1952, 282–283.

12 Vgl. BUSSE-KENN: 1953, 33. Trotzdem waren die Schwestern in der Krankenhaushierarchie den Ärzten unterstellt. So betont Busse-Kenn, die Schwestern sollten sich in wissenschaftlichen Fragen nicht gegen die Ärzte wenden. Aufgrund ihres steten Kontaktes mit den Patienten könnten sie den Ärzten jedoch wichtige Hinweise geben. In den konfessionellen Krankenanstalten gelang es den Ärzten allerdings erst Ende der 1950er Jahre, sich tatsächlich als dominierende Profession durchzusetzen, vgl. SCHMUHL: 2003, 193.

13 Zur Konzeption des tradierten Berufsbildes vgl. KREUTZER: 2005, 17–20.

Als ich auf der Station war, war ich wirklich von morgens bis abends da. [...] Die Patienten waren gewohnt, dass ich jeden Abend noch mal durchging und »Gute Nacht« sagte. Und wenn die dann unsicher waren und fragten: »Was ist denn nun mit mir los?«, konnte man alles noch einmal erklären.¹⁴

Damit verweist sie sehr deutlich auf die familiär gedachte Konstruktion des Stationsalltags. Die Stationschwester als ›Mutter der Station‹ ging abends noch einmal durch alle Zimmer, schaute nach dem Rechten, wünschte eine gute Nacht und erkundete, ob noch jemand Redebedarf hatte. Sie übte also eine wichtige Mittlerfunktion zwischen Patienten und Ärzten aus, indem sie einerseits die Ängste und Nöte ihrer Patienten aufgriff und andererseits das medizinische Fachvokabular der Ärzte in eine verständliche Sprache übersetzte. Es dürften demnach oft die Schwestern gewesen sein, die den Kranken ihr körperliches Leid und die Behandlungsweisen erklärten.

Diesem familiär gedachten Verständnis von Krankenpflege entsprach das Konzept der ›Ganzheitspflege‹, in der die Arbeitsteilung nicht tätigkeits-, sondern patientenorientiert erfolgte. Jede Schwester war für eine bestimmte Anzahl von Patienten zuständig und übernahm deren gesamte pflegerische Versorgung. Die Patienten wurden also während ihres gesamten Krankenhausaufenthaltes meist von ein und derselben Schwester betreut. Die persönliche Rundumbetreuung der Patienten, die nicht zwischen qualifizierten und unqualifizierten, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten unterschied, machte gerade das Konzept der familiär organisierten Pflege als „Liebesdienst“ aus und prägte das berufliche Selbstverständnis der Schwestern. Insbesondere die Grundpflege, also die Sorge um die elementaren Bedürfnisse der Patienten wie Essen, Trinken, Betten und Waschen, galt als der tatsächlich eigenständige pflegerische Aufgabenbereich, in dem die Ärzte keine Gestaltungskompetenzen beanspruchten.¹⁵ Dieses Konzept von Krankenpflege sicherte den Schwestern eine relativ große Unabhängigkeit.

Die stete Betreuungssituation war eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Schwestern die Kompetenz der Krankenbeobachtung erlernten, die Schwester Rosemarie* folgendermaßen erklärt:

¹⁴ Interview Susanne Kreutzer/Christiane Schröder mit Schwester Ingelore Giese am 1.4.2004.

¹⁵ Vgl. KRANER: um 1953.

Sie müssen einfach wach sein, mit dem Herzen und mit den Augen. Sie müssen viel beobachten lernen. Das ist etwas, was man in unserer Zeit, weil wir so viel am Krankenbett waren, sehr, sehr gelernt hat – also das Beobachten von Menschen, von Verhalten, von Beschwerden, da war man einfach sensibilisiert für, dass man das wahrnahm, wo kann ich jetzt im Augenblick körperlich helfen, was kann ich machen.¹⁶

Der Beschreibung von Schwester Rosemarie liegt das tradierte Krankheitsverständnis zugrunde, wie es noch in der Nachkriegszeit vorherrschte und in dem Krankheit etwas Physisches war, dessen Symptome sich in der Gegenwart konkret erfahrbar äußerten. Der Blick galt dem einzelnen Kranken, dessen Verhalten und Beschwerden durch die menschlichen Sinne wahrgenommen werden konnten.¹⁷ Schwester Rosemarie beobachtete mit dem Herzen und mit den Augen und entschied dann aufgrund ihrer Erfahrungen, was im Falle des jeweils spezifischen Patienten zu tun sei.

Doch wie wurde diese Kompetenz der Krankenbeobachtung nun in der Praxis erlernt? Die Krankenpflegeausbildung basierte in den 1950er Jahren noch ganz auf dem Prinzip des Erfahrungswissens. Anders als im Bundesgebiet galt in Niedersachsen bereits Anfang der 1950er Jahre eine dreijährige Ausbildungszeit, die mit lediglich 300 Unterrichtsstunden nach wie vor überwiegend praktisch erfolgen sollte.¹⁸ Die Ausbildung der Diakonissen dauerte deutlich länger, meist fünf oder sechs Jahre, und umfasste neben der Krankenpflegeausbildung auch den diakonischen Unterricht. Die Diakonissenschülerinnen lernten zunächst mehrere Jahre in der praktischen Arbeit auf den Stationen. Dabei übernahmen sie vom ersten Tag an die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Patienten. Die theoretische Ausbildung konzentrierte sich auf einen fünfmonatigen Unterrichtsblock am Ende der Ausbildung. Das heißt, den Schülerinnen standen zunächst kaum standardisierte Wissensbestände zur Verfügung. Schwester Else* beschreibt dieses erfahrungsbasierte Ausbildungsprinzip so:

Man lernt das [die Krankenpflege, SK] halt auch immer an den Wiederholungsfällen, wobei einem da auch sehr deutlich wird, dass die gleiche Krankheit bei jedem wieder anders ist. Oder was mir damals auch so manchmal durch den Kopf ging, ist, es waren ja nun viele Zimmer [...]. Hinter jeder Zimmertür war es völlig anders, obwohl es die gleiche Krankheit war, weil einfach auch der Mensch das Ganze da drin prägt.¹⁹

16 Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

17 Vgl. DUDEN und ZIMMERMANN: 2002, 7.

18 Im Bundesgebiet galt bis 1957 eine eineinhalbjährige Ausbildungszeit mit 200 Unterrichtsstunden, vgl. KREUTZER: 2005, 231–233.

19 Interview mit Schwester Else Kuhn am 23.2.2005.

Die Schülerinnen lernten Krankheiten also zunächst anhand konkreter Patienten und der Beobachtung einer Vielzahl von Einzelfällen kennen. Dabei machten sie schnell die Erfahrung, dass sich Erkrankungen abhängig von der Persönlichkeit der Patienten unterschiedlich entwickeln.

Dieser Lernprozess wurde durch den geringen Spezialisierungsgrad der Stationen zusätzlich unterstützt. So lernten die Schülerinnen die Krankheiten in verschiedenen Stadien kennen, da die Patienten während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf der gleichen Station blieben. Förderlich waren dabei nicht zuletzt die langen Liegezeiten der Kranken. Viele blieben über Wochen und Monate auf der Station.²⁰ Da auch die Schülerinnen oft ein bis eineinhalb Jahre auf einer Station ihre Ausbildung absolvierten, konnten sie die einzelnen Patienten über einen langen Zeitraum begleiten. Schwester Rosemarie erinnert sich:

Sie waren bei den Patienten. Sie haben alles ganz eng mitbekommen vom Einweisen bis zu der Entlassung oder bis zum Tod, den ganzen Vorgang. [...] Das hatte einen ganz großen Vorteil, weil man wirklich wusste, wie kam der Mensch, was wurde getan, wie ging er wieder weg.²¹

Den Schülerinnen wurden Erkrankungen also als Krankheitsverläufe nahe gebracht, die sich abhängig von den Patienten unterschiedlich gestalteten. Die genaue Beobachtung des einzelnen Menschen war demnach fest in das Ausbildungssystem eingeschrieben.²²

Krankenbeobachtung im Umbruch der 1960er Jahre

Die Rahmenbedingungen krankenpflegerischer Tätigkeit veränderten sich in den 1960er Jahren fundamental. Mit dem Ausbau des Krankenhauswesens stieg der Bedarf an Pflegepersonal. Gleichzeitig verlor das christliche Konzept des ›Liebedienstes‹ die Reste seiner Prägekraft, und der Nachwuchs an Diakonissenschülerinnen versiegte. Der Mitgliederstand der Diakonissen-Schwesternschaft der Henriettenstiftung sank zwischen 1955 und 1970 von 560 auf 330 Frauen. Von diesen 330 Frauen war die Hälfte im Ruhestand.²³ Viele Gemeindestationen mussten aufgegeben werden,

²⁰ Die durchschnittliche Verweildauer in den allgemeinen Krankenhäusern der Bundesrepublik lag in den frühen 1950er Jahren bei 25 Tagen. Vgl. SPREE: 1996, 65.

²¹ Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

²² Vgl. auch KREUTZER: 2006.

²³ Archiv der Henriettenstiftung, S-8-8: Rückblick auf das Jahr 1955 und Rückblick auf das Jahr 1970.

da das Mutterhaus nicht mehr genügend Schwestern stellen konnte. Die Henriettenstiftung war deshalb zunehmend auf die Beschäftigung freier Schwestern angewiesen. Wollte sie jedoch freie Schwestern gewinnen, musste sie ihre Arbeitsbedingungen den Lebensentwürfen der jüngeren Frauen anpassen. Das hieß vor allem, Freiraum für ein eigenes Privat- und Familienleben zu schaffen. Dreh- und Angelpunkt war die Gestaltung der Arbeitszeit. Die kommunalen Krankenhäuser verkürzten seit 1956 die Wochenarbeitszeit in der Pflege und stellten außerdem allmählich auf den Schichtdienst um. Dies setzte das Mutterhaus massiv unter Druck. Doch eine Reform der Arbeitszeiten traf den Nerv des herkömmlichen Pflegekonzeptes. So erinnert sich Schwester Marie an eine leidvolle fünfwöchige Vertretungszeit auf einer Station, die bereits im Schichtdienst arbeitete, und berichtet in dem Interview, wie sich ihrer Erfahrung nach der Blick auf die Patienten dadurch veränderte:

Für mich war das dermaßen ungut. Ich kam mittags auf die Station, hörte, was gewesen war, hatte aber keine persönliche Beziehung zu den Abläufen, zu den Patienten. Man hatte die Patienten nicht gesehen, mit denen man arbeiten sollte. Man hat das Gesicht nicht selber gesehen. Eine Gesichtsfarbe bedeutet viel. Wenn man einen Patienten sieht, wenn er einem wie immer ›guten Morgen‹ sagt, dann sieht man: Hat er dieselbe Farbe wie gestern oder ist plötzlich was eingetreten. Alles sagt bei einem Patienten was aus [...]. Ich habe immer gedacht, du kannst nicht die Verantwortung übernehmen für etwas, das du nicht miterlebt hast.²⁴

Für Schwester Marie brach mit dem Schichtdienst also der Kern ihrer Tätigkeit weg: die kontinuierliche Beobachtung der Kranken, die es ermöglichte, auch nur minimale Veränderungen im Befinden der Patienten feststellen zu können. Dies dürfte ein entscheidender Grund gewesen sein, warum die meisten Diakonissen an ihrer tradierten Arbeitszeitorganisation festhielten. Die Durchsetzung des Schichtdienstes gestaltete sich deshalb in der Henriettenstiftung als sehr langwieriger Prozess, der bis etwa 1980 dauerte.²⁵ Die 1970er Jahre waren von einer Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen gekennzeichnet, indem die Diakonissen weiterhin im geteilten Dienst und die freien Schwestern im Schichtdienst arbeiteten.

Die Arbeitszeitreformen sind ein besonders augenfälliger Aspekt, an dem sich die Transformation im Schwestern-Patienten-Verhältnis aufzei-

²⁴ Interview mit Schwester Marie Seifert am 5.4.2005.

²⁵ Archiv der Henriettenstiftung, S-II-2-2: Henriettenstiftung, Krankenhausverwaltung, an Schwester Emmi Niemeyer, 23.10.1980.

gen lässt. Der Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung erfolgte jedoch im Kontext eines gesamten Reformbündels. Dies zeigt erneut der Blick auf die Ausbildung. Das auf Erfahrungswissen basierende Ausbildungssystem wurde in den 1960er Jahren grundlegend umgebaut und mit dem Krankenpflegegesetz von 1965 der Anteil theoretischer Ausbildung nachhaltig erhöht. Dies galt mittlerweile als längst überfälliger Schritt, um in der Pflege mit den Fortschritten in der Medizin Stand halten zu können.²⁶ Die Erhöhung der Stundenzahl sagt jedoch nur relativ wenig darüber aus, wie tief greifend die Ausbildungspraxis umgestaltet wurde und damit auch der Rahmen, in dem vormals die Krankenbeobachtungskompetenz erworben wurde. So erhöhte die Henriettenstiftung nicht nur die Anzahl theoretischer Unterrichtsstunden. Ausschlaggebender war vielmehr, dass ab 1962 der theoretische Unterricht parallel zur praktischen Tätigkeit durchgeführt und zu einem regelmäßigen Bestandteil der Ausbildung wurde.²⁷ Damit verschob sich der Bezugspunkt für die Ausbildung grundlegend: An die Stelle des Lernens am Patienten trat der Erwerb eines theoretischen, standardisierten, von einzelnen Patienten abstrahierten Wissens. In dem Zuge verlor nicht nur die unmittelbare Beobachtung der Kranken an Bedeutung, gleichzeitig tat sich für die Schwesternschülerinnen ein ganz neues Konfliktfeld auf: Wie sollten sie die Widersprüche zwischen dem Allgemeingültigkeitsanspruch theoretisch-wissenschaftlicher Erklärungen und der Besonderheit der einzelnen Patienten balancieren? Was heute als doppelte Handlungslogik der Pflege beschrieben wird, ist damit ein Produkt der Professionalisierungsgeschichte seit den 1960er Jahren.²⁸

Doch wurde nicht nur die Theorie aufgewertet, auch die Fragmentierung der Ausbildung nahm insgesamt rasant zu. So machte die zunehmende Spezialisierung der Abteilungen ein häufigeres Rotieren der Schülerinnen zwischen den Stationen erforderlich, damit diese ein ausreichendes Spektrum pflegerischer Tätigkeitsfelder kennen lernten. Entsprechend verkürzte sich die Verweildauer der Schülerinnen auf den Stationen erheblich. Außerdem wurde zum ersten Mal geregelt, ab welchem Ausbildungssemester die Schwesternschülerinnen welche Aufgaben überhaupt ausführen durften – nämlich dann, wenn sie nach Plan genügend

26 Vgl. KREUTZER: 2005, 253–254.

27 Archiv der Henriettenstiftung, S–8–8: Rückblick auf das Jahr 1962.

28 Vgl. REMMERS: 1999, 369.

Erfahrung nachweisen konnten.²⁹ Es war also nicht mehr möglich, die Schülerinnen vom ersten Tag an für alle Tätigkeiten auf den Stationen einzusetzen. Auf diese Weise wurde gleichzeitig das System der ›Ganzheitspflege‹ ausgehebelt, das schließlich auf dem Einsatz der Schülerinnen als vollwertige Arbeitskräfte basiert hatte. Die Ausbildungsreform bildete demnach einen wesentlichen Hintergrund für die Einführung der Funktionspflege, das heißt einer tätigkeitsorientierten Arbeitsteilung, die in den 1960er Jahren auch die Henriettenstiftung erreichte.³⁰ Dadurch nahm seit den 1960er Jahren die Kontinuität in der Betreuung der Patienten massiv ab, und es wurde sehr viel schwieriger, die Kompetenz der Krankenbeobachtung zu erlernen und eine Sicherheit im Umgang mit den Patienten zu erlangen.

Krankenbeobachtung und die Reform der Krankenpflege in Schweden³¹

Während sich das Berufsbild in der Bundesrepublik in den 1960er Jahren innerhalb kürzester Zeit rasant veränderte, setzte dieser Prozess in Schweden bereits in den 1930er Jahren ein, zog sich aber bis in die 1950er Jahre hin. Dieser Umbau des Berufsbildes kann im Folgenden nicht mit der gleichen Tiefenschärfe dargestellt werden, wie es das Fallbeispiel der Henriettenstiftung erlaubt. Es soll vielmehr gezeigt werden, dass sich bei der Modernisierung des Berufsfeldes in beiden Ländern vergleichbare Grundkonflikte ergaben.

Nicht nur in Deutschland, sondern auch in Schweden spielten christliche Traditionen eine wichtige Rolle bei der Herausbildung der modernen Krankenpflege seit dem 19. Jahrhundert. Die erste Krankenpflegeschule wurde von einer Diakonissenanstalt ins Leben gerufen, neu gegründete Schwesternschaften wie das Sophiahemmet in Stockholm und

29 Interview mit Schwester Rosemarie Kaufmann am 25.1.2005.

30 Der Übergang zur Funktionspflege zeigt sich u. a. an der Abgrenzung eines pflegerischen Tätigkeitsfeldes und der Eröffnung einer Pflegehelferinnenschule, in der Frauen zur Übernahme von Tätigkeiten in der Grundpflege ausgebildet wurden. Archiv der Henriettenstiftung, 4.05: Mitteilung der Henriettenstiftung über die Eröffnung einer Pflegehelferinnenschule am 1.4.1964; Archiv der Henriettenstiftung, S-II-2-2: Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals im Krankenhaus der Henriettenstiftung, November 1965.

31 Ich danke Gunnel Svedberg, die mich bei meinen Recherchen in Stockholm in jeder erdenklichen Weise unterstützte und mit ihrer Sachkenntnis eine unschätzbare Hilfe war.

das Samariterhemmet in Uppsala basierten auf dem Mutterhaussystem, und religiöse Berufungsvorstellungen prägten die Konzeption des Berufsbildes Krankenpflege.³² Wie Andersson betont, gewann jedoch Anfang des 20. Jahrhunderts ein säkularisiertes Berufungsverständnis an Bedeutung, und die Krankenpflege erhielt zunehmend den Charakter eines weltlichen Berufs, der allerdings nach wie vor besondere Anforderungen an die Berufsangehörigen stellte. Dazu zählte in erster Linie die Fähigkeit zur Selbstaufopferung.³³ In Schweden galt deshalb – ebenso wie in Deutschland – die unveränderte Erwartung, dass Krankenschwestern ihr Leben auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten hatten. Die Frauen waren selbstverständlich ledig, sie wohnten in den Unterkünften der Krankenanstalten und waren quasi rund um die Uhr im Dienst.³⁴

Auch der schwedische Krankenschwesternverband SSF, der 1945 insgesamt 94 Prozent der erwerbstätigen Krankenschwestern organisierte, hatte bei seiner Gründung im Jahr 1910 zunächst ein dezidiert unberufliches Konzept von Krankenpflege vertreten. So sprach sich der SSF Anfang der 1920er Jahre entschieden gegen Arbeitszeitverkürzungen in der Pflege aus, da zum einen die Versorgung der Patienten darunter leiden, zum anderen die Krankenpflege ihre Besonderheit verlieren würde, die sie bislang von anderen Erwerbsberufen abhebe. Seine Hauptaufgabe erblickte der SSF nicht in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, sondern im Engagement für eine Verlängerung und theoretische Fundierung der Ausbildung.³⁵

Eine Argumentation, die auf einer Sonderstellung der Schwestern in der Gesellschaft beruhte, verlor in Schweden jedoch bereits in den 1930er Jahren an Überzeugungskraft. Das Bild des weiblichen Pflegepersonals als besondere und unvergleichliche Berufsgruppe dürfte immer weniger in das Konzept des sich entwickelnden schwedischen Wohlfahrtsstaates gepasst haben, das die Gleichheit der Menschen betonte und auf eine Vereinheitlichung der Lebensverhältnisse zielte.³⁶ Wie tief greifend sich das Verständnis von Krankenpflege in den 1930er Jahren veränderte, zeigt die vollständige Umstrukturierung des SSF, der ab 1933 – nach erbitterten

32 Vgl. BOHM: 1972, 153–154; ANDERSSON: 1997; KOIVUNEN BYLUND: 1994, 144.

33 Vgl. ANDERSSON: 1997, 63–70.

34 Vgl. EMANUELSSON: 1990, 62.

35 Vgl. BOHM: 1972, 213; NICKLASSON: 1995, 284–285; EMANUELSSON: 1990, 98.

36 Vgl. KOLBE: 2002, 35–40.

Auseinandersetzungen innerhalb der Organisation – zur Gewerkschaft ausgebaut wurde und sich von nun an für eine arbeits- und tarifrechtliche Ausgestaltung des Tätigkeitsfeldes einsetzte.³⁷ Die Tatsache, dass 1945 der überwiegende Teil der schwedischen Krankenschwestern gewerkschaftlich organisiert war, belegt die hohe Akzeptanz einer verberuflichten Krankenpflege, während noch in der Bundesrepublik der 1950er Jahre die Gewerkschaftsmitgliedschaft einer Krankenschwester als ›unanständig‹ galt.³⁸ Da sich der SSF außerdem von Beginn an für eine Theoretisierung der Ausbildung stark gemacht hatte, waren die Widerstände gegen eine Professionalisierung der Pflege in Schweden erheblich geringer als in Deutschland. Bereits in den 1930er Jahren führten die schwedischen Krankenpflegesschulen eine dreijährige Ausbildung durch.³⁹

Die detaillierten Ausbildungsordnungen, in denen die schwedische Gesundheitsverwaltung Anfang der 1950er Jahre den Aufbau der Krankenpflegeausbildung festschrieb, belegen den vergleichsweise hohen Professionalisierungsgrad. Vorgesehen waren 800 Stunden theoretischer Unterricht, u. a. in Psychologie.⁴⁰ Es gab demnach schon früh die Bestrebung, auch den persönlichen Umgang mit den Patienten zu verwissenschaftlichen.⁴¹ Die theoretische Unterweisung fand im Allgemeinen in Form von drei Unterrichtsblöcken statt, wobei die Schülerinnen zu Beginn der Ausbildung einen zwei- bis dreimonatigen Einführungskurs durchliefen. Anders als die hannoverschen Diakonissen wurden die schwedischen Krankenpflegeschülerinnen also zunächst theoretisch auf ihren Praxiseinsatz vorbereitet.⁴² Dies galt ebenfalls für die christlichen

37 Die kommunalen Arbeitgeber erkannten den SSF 1940 als Tarifpartner an, vgl. BOHM: 1972, 198.

38 Vgl. KREUTZER: 2005, 63.

39 Vgl. HOLMDAHL: 1994, 193.

40 Ersta Arkiv, F 8/II: Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär med föreskrifter och anvisningar rörande undervisningen vid godkända sjuksköterskeskolor. II.II.1952.

41 In der Bundesrepublik schrieb erst die Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1966 eine Einführung in Psychologie, Pädagogik und Soziologie vor. Vgl. »Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwester vom 2.8.1966«. In: *Bundesgesetzblatt* (1966), 462. Teil I, § 1, Absatz 2.

42 Zur allgemeinen Orientierung und Eignungsprüfung durchliefen die angehenden Schülerinnen außerdem vor der eigentlichen Ausbildung eine zwei- bis dreimonatige Probezeit, in der sie praktisch und theoretisch in das Tätigkeitsfeld eingeführt werden sollten. Vgl. »Intressanta siffror«: 1956, 753 und Ersta Arkiv, F 8/II: Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär med föreskrifter och anvisningar rörande undervisningen vid godkända sjuksköterskeskolor, II.II.1952.

Häuser. Zwar betonten auch in Schweden gerade die konfessionellen Einrichtungen die hohe Bedeutung praktischer Ausbildung, da die Erfahrung gezeigt habe, »dass es von großer erzieherischer Bedeutung ist, den Kranken auf eine persönlichere Art zu begegnen«.43 Dennoch waren sie gezwungen, sich in der Ausbildungspraxis den staatlichen Vorgaben anzupassen.

Auch wenn der theoretische Unterricht in Schweden deutlich früher als in der Bundesrepublik ausgebaut wurde, scheint sich die praktische Ausbildung Anfang der 1950er Jahre überraschend ähnlich gestaltet zu haben. Dies zeigt der Blick auf die Diakonissenanstalt Ersta, die eine eigentümliche Mischung aus tradierten und modernen Ausbildungselementen praktizierte.⁴⁴ Die Schülerinnen nahmen zunächst an einem zweimonatigen Einführungsblock teil, der sie auf die Pflegearbeit vorbereiten sollte und in dem vermutlich medizinischer sowie pflegerischer Unterricht, weltlich-moderne Deutungen der Psychologie und tradierte ethisch-diakonische Ausbildungsinhalte relativ unverbunden nebeneinander gestanden haben werden.⁴⁵ Der anschließende praktische Einsatz folgte dann vergleichbaren Prinzipien wie in der Henriettenstiftung. Auch in Ersta stellten die Schülerinnen den Großteil der Arbeitskräfte dar, und sie übernahmen während ihrer Ausbildung die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Patienten, für deren Versorgung sie zuständig waren. Dazu gehörte ebenfalls das Reinigen der Krankenzimmer.⁴⁶

Das praktische Erlernen der Krankenbeobachtungskompetenz durch eine kontinuierliche Begleitung der Patienten wird sich also in den christlichen Häusern Schwedens Anfang der 1950er Jahre ähnlich gestaltet haben wie in der Bundesrepublik. In vielen öffentlichen Krankenhäusern wurden hingegen schon seit den späten 1930er Jahren Pflegehilfskräfte (sjukvårdsbiträden und undersköterskor) beschäftigt, die Tätigkeiten in

43 »att det är av stor fostrande betydelse att få konfronteras med de sjuka på ett mer personligt sätt«. Ersta Arkiv, F 8/19: Bethanienstiftelsens styrelse till kungliga Medicinalstyrelsen, 30.7.1948.

44 Ich danke Gudrun Persson, die mir nicht nur den Zugang zum Archiv der Diakonissenanstalt Ersta ermöglichte, sondern auch Gesprächspartnerinnen vermittelte und einen Einblick in das gegenwärtige Leben einer schwedischen Diakonissenanstalt gewährte.

45 Ersta Arkiv, F 8/10: Årsredogörelse från Ersta Diakonissanstalts sjuksköterskeskola för år 1951.

46 Interview mit Agnes Larsson*, die Anfang der 1950er Jahre ihre Ausbildung als Diakonissenschülerin in Ersta absolvierte, am 4.10.2006.

der Hauswirtschaft und Grundpflege übernahmen.⁴⁷ Damit hatte sich in diesen Häusern bereits eine Aufteilung des ehemals ›ganzheitlichen‹ Arbeitsbereichs durchgesetzt. 1946 stellte die Zeitschrift des SSF fest, viele Krankenschwestern betrachten »einen Teil der Arbeit mit den Patienten als unter ihre Würde«. ⁴⁸ Da aber die Zuständigkeiten der Krankenschwestern und Pflegehilfskräfte nicht klar voneinander abgegrenzt waren, konnte die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsteilung nur vor Ort geregelt werden. Die Frage, in welchem Ausmaß das Hilfspersonal in der Betreuung von Patienten eingesetzt und von dem bisherigen Konzept der ›Ganzheitspflege‹ abgegangen wurde, wird sich damit von Krankenhaus zu Krankenhaus und von Station zu Station unterschieden haben.

Die Debatte um die Arbeitszeitfrage Mitte der 1950er Jahre belegt, dass es sich bei dem Abschied von der ›Ganzheitspflege‹ um einen längerfristigen Prozess handelte. 1946 hatte die schwedische Gesundheitsverwaltung in einer Richtlinie die 48-Stundenwoche in der Pflege gefordert, deren Umsetzung sich jedoch angesichts des herrschenden Personalmangels über mehrere Jahre erstreckte.⁴⁹ In der Praxis waren die Arbeitszeiten in der Pflege noch Ende der 1940er Jahre kaum reguliert. Die Schwestern arbeiteten, bis die Kranken versorgt waren.⁵⁰ Diese am Wohl der Patienten orientierte Arbeitszeitorganisation dürfte nach wie vor einen relativ kontinuierlichen Umgang mit den Kranken gesichert haben.

Nicht zuletzt angesichts der wachsenden Zahl verheirateter Krankenschwestern konnten diese langen Arbeitszeiten aber immer weniger durchgesetzt werden. Galt es noch Ende der 1930er Jahre als selbstverständlich, dass eine Schwester mit der Heirat aus dem Beruf ausschied, lag der Anteil verheirateter Krankenschwestern 1957 bereits bei 35 Prozent.⁵¹ Sollten diese Frauen im Beruf gehalten werden, um den Personalmangel nicht weiter zu verstärken, mussten die Arbeitszeitverkürzungen praxiswirksam werden. Mit der Durchführung der Arbeitszeitreformen wandelte sich das Schwestern-Patientenverhältnis jedoch grundlegend.

47 Vgl. ZETTERSTRÖM LAGERVALL et al.: 1985, 148–150.

48 »en del av arbetet med patienterna som under deras värdighet«. A.K.: 1946, 617.

49 Genau genommen empfahl das Medicinalstyrelse eine Arbeitszeit von 192 Stunden, verteilt auf vier Wochen. Vgl. HÖJER und SÖDERBERGH: 1952, 386.

50 Vgl. SVEDBERG: 2002, 105–106.

51 Vgl. HÖJER: 1957, 749.

Eine Konferenz zum Thema »Der Einfluss der Arbeitszeitverkürzung auf die Patientenpflege«⁵² stellte 1955 fest:

Aus einer verkürzten Arbeitszeit ergibt sich eine erhöhte Fluktuation, die dazu führt, dass der Patient es mit mehr Personen des Pflegepersonals zu tun bekommt. Eine gängige Rationalisierungsmaßnahme besteht darin, die Arbeit in einer Abteilung nach dem System der Funktionspflege zu verteilen – einem System, das ziemlich unbefriedigend sein muss.⁵³

Damit sprach die Konferenz die grundsätzliche Ambivalenz einer Verberuflichung bedürfnisorientierter Tätigkeiten an. Zweifelsohne gewannen Frauen mit den Arbeitszeitverkürzungen neue Handlungsmöglichkeiten, wie die Perspektive auf ein Privatleben und die Chance, Distanz zur Arbeit zu gewinnen. Die Arbeitszeitreformen führten jedoch auch zu einer erheblichen Fluktuation des Pflegepersonals. Außerdem erhöhten sie den Rationalisierungsdruck und forcierten damit die Einführung der Funktionspflege. Statt mit einer Hauptbezugsperson hatten die Patienten es nun mit einer Vielzahl von Pflegekräften zu tun, die jeweils nur noch für bestimmte Tätigkeiten zuständig waren und nach Schichtende die Station verließen. Dies hatte – in Schweden ebenso wie in der Bundesrepublik – nicht nur gravierende Folgen für die Patienten und deren persönliche Betreuung, sondern auch für das Pflegepersonal. Denn für die Beschäftigten in der Pflege stellte und stellt nach wie vor das Bedürfnis, Kontakt mit den Patienten herzustellen und zu helfen, eine wichtige Berufsmotivation dar, die in den modernisierten Krankenanstalten immer weniger Raum erhielt. Es blieb und bleibt bis heute den einzelnen Krankenschwestern überlassen, ihre Berufsvorstellungen mit der neu konzipierten arbeitsteiligen Berufswirklichkeit und den »altmodischen« Erwartungen der betreuten Kranken irgendwie in Einklang zu bringen.

Sowohl in der Bundesrepublik als auch in Schweden wurde diese Verlustgeschichte des Modernisierungsprozesses als Dehumanisierung des Krankenhauswesens diskutiert, das mit der Einführung des »Fließbandprinzips« an Menschlichkeit verloren habe. Dass die Reform der Kran-

52 »Arbetstidsförkortningens inverkan på patientvården«.

53 »Med en förkortad arbetstid följer tätare ombyte av personal, som medför att patienten får att göra med flera av vårdpersonalen. En vanlig rationaliseringsåtgärd är att arbetet på en avdelning fördelas enligt rondsystemet – ett system, som måste vara ganska otillfredsställande.« Vgl. »Patientvården diskuterades«: 1955, 693.

kenpflege auch mit einem Kompetenzverlust an Beobachtungsfähigkeit der Schwestern einherging, blieb in beiden Ländern ausgeblendet.⁵⁴

Verschmerzbar Verluste?

Der Bedeutungsverlust der Krankenbeobachtung erweist sich auf den ersten Blick als kaum intendierte Folge einer umfassenden Krankenpflegereform. Gleichwohl stellt sich die Frage, warum die Krankenhäuser nun mit einem Weniger an Beobachtungskompetenz der Schwestern auskommen sollten, also: Was ist der medizingeschichtliche Platz dieses Entwertungsprozesses? Dieser Frage kann im Folgenden nur thesenartig nachgegangen werden, da die Medizingeschichte der Nachkriegszeit bislang nur ungenügend erforscht ist.

Ohne Frage ist festzuhalten, dass dieser Entwertungsprozess als Teil eines tief greifenden Umbruchs in der Medizingeschichte des 20. Jahrhunderts zu verstehen ist. Schon an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert äußerten sich kritische Stimmen aus der Ärzteschaft, mit der zunehmende Spezialisierung der Medizin gerieten die Kranken als ganze Menschen aus dem Blick.⁵⁵ Auch die ärztliche Perspektive verschob sich also weg vom Patienten, und es setzte sich ein neues Verständnis von Krankheit und Gesundheit durch.⁵⁶

Erstens verlor die Prognostik, wie Nicholas Christakis gezeigt hat, seit dem frühen 20. Jahrhundert an Bedeutung. Die Prognostik ist neben der Diagnose und Therapie das dritte Standbein der Medizin, das sich vor allem mit individuellen Aspekten des Krankseins und der Perspektive des Einzelnen auf Heilung respektive Tod beschäftigt. Bei der Prognosestellung fragte der Arzt noch im 19. Jahrhundert, welche Chancen der einzelne Patient etwa aufgrund seiner Konstitution oder Lebensumstände auf Heilung hatte. Die Prognose orientierte sich damit weniger an den Krankheitssymptomen als vielmehr an den individuellen Bedingungen der Kranken und konnte sich entsprechend bei verschiedenen Patienten trotz gleicher Symptomatik unterschiedlich gestalten. In gewisser Hinsicht,

54 Auch Leininger beschreibt für die USA einen Kompetenzverlust der Schwestern im Zuge der Modernisierung und vor allem der Technisierung der Krankenpflege in den 1950er Jahren. Dabei hat sie allerdings vor allem einen Verlust fürsorglicher Fähigkeiten im Blick. Vgl. LEININGER: 1998, 27–35.

55 Vgl. HUERKAMP: 1985, 182–184.

56 Vgl. DUDEN and ZIMMERMANN: 2002.

argumentiert Christakis, hatten diese Patienten im 19. Jahrhundert also verschiedene Krankheiten. Bei der Prognosestellung dürfte ein kluger Arzt demnach gut beraten gewesen sein, auf die Beobachtungen, die die Schwestern bei der Begleitung der Patienten gesammelt hatten, zurückzugreifen.

Die Prognostik verlor Christakis zufolge im 20. Jahrhundert mit den Fortschritten in der Therapie an Bedeutung. Die richtige Diagnosestellung wurde nun zum Ausgangspunkt medizinischen Denkens und Handelns, von dem aus die Therapie und Prognose lediglich abzuleiten seien. Damit löste sich das Krankheitsverständnis vom Individuum und die Prognostik wurde zu einem quasi überindividuellen standardisierbaren Anhängsel der Diagnose.⁵⁷ Aussagen über zu erwartende Krankheitsverläufe büßten also den Bezug zu den jeweiligen Patienten ein und beruheten mit dem Siegeszug der Statistik immer mehr auf der Basis errechneter Wahrscheinlichkeiten, die sich auf Populationen und nicht den einzelnen kranken Menschen bezogen.⁵⁸ Im Zuge dieser Entwicklung wird die Krankenbeobachtungskompetenz der Schwestern vermutlich immer weniger nachgefragt worden sein.

Diese Abstraktion vom Patienten wurde *zweitens* durch die zunehmende Technisierung verstärkt, die die Medizingeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg charakterisiert.⁵⁹ Erfolgte die Diagnoseerhebung in der Nachkriegszeit noch in der konkreten Arzt-Patienten-Begegnung, in der sich der Arzt auf den einzelnen Kranken und seine Befindlichkeit konzentrierte, gewannen Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren wie Röntgentechnik, Strahlendiagnose und Ultraschall seit den 1960er Jahren rasant an Bedeutung.⁶⁰ An die Stelle des genauen Blicks auf den Patienten trat die Untersuchung der Patientendaten, und die Ärzte lernten, vor allem den erhobenen ›harten‹ Fakten zu trauen. Intuitive Einsichten, praktische Erfahrungen, die der Krankenbeobachtung der Diakonissen zugrunde lagen, dürften somit den Charakter unwissenschaftlicher Behauptungen erhalten haben.⁶¹

57 CHRISTAKIS, 1997. Siehe auch CHRISTAKIS: 1999.

58 Vgl. auch PAUL: 2006, 143–152.

59 Zur Medizingeschichte nach 1945 vgl. HARDY und TANSEY: 2006, 405–533.

60 Vgl. ECKART: 2005, 270–277. Zur Technisierung der Medizin siehe auch: DOMMANN: 2003. Speziell zum Verhältnis von Pflege und Technik siehe: SANDELOWSKI: 2000, 135–175.

61 Vgl. DUDEN und ZIMMERMANN: 2002, 37–39.

Diese Entwertung des Erfahrungswissens wird sich *drittens* durch den Aufstieg der psychosomatischen Medizin, die in den 1970er Jahren erstmals als Fach an den bundesdeutschen Hochschulen institutionalisiert wurde, weiter verstärkt haben.⁶² Eine Geschichte der psychosomatischen Medizin ist bislang nicht geschrieben. Ihr Aufstieg scheint jedoch durchaus ambivalent gewesen zu sein. Denn einerseits dürfte ihre Anerkennung als medizinisches Fach als notwendige Antwort auf die Technisierung und beklagte Dehumanisierung des Krankenversorgungssystems zu verstehen sein.⁶³ Andererseits ging damit eine Entwertung bisher praktisch erworbener, nicht wissenschaftlich fundierter Beobachtungskompetenz, für die die Diakonissen standen, einher. Auf diese Weise forcierte die Etablierung der psychosomatischen Medizin eine Delegitimierung tradierter patientenorientierter Pflege. Außerdem beinhaltete die neue medizinische Disziplin mit ihrer Konzentration auf das therapeutische Gespräch vor allem eine Professionalisierung des Ohres, dem das Auge und der Blick auf Körperlichkeit nachgeordnet waren. Zudem entstand im Zuge dieses Professionalisierungsprozesses eine neue Spezialdisziplin, die in gesonderte Abteilungen und Kliniken ausgegliedert wurde. Eine Integration in den allgemeinen Krankenhausalltag fand damit nicht statt. So beklagten in den 1980er Jahren Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack – zwei führende Protagonisten bei der Etablierung der psychosomatischen Medizin in der Bundesrepublik –, dass Patienten in der Regel nur die Wahl haben, entweder als ›organisch Kranke‹ ärztlich versorgt oder aber als ›psychisch Kranke‹ psychotherapeutisch betreut zu werden. Uexküll und Wesiack forderten stattdessen eine patientenorientierte Medizin, die psychosoziale und somatische Aspekte gleichrangig berücksichtigen sollte. Zu diesem Zweck sollte das gesamte Pflegepersonal konsequent in psychosozialer Hinsicht aus- und weitergebildet werden. Eine Rehabilitation tradierten Erfahrungswissens war damit nicht gemeint.⁶⁴

Viertens wird mit der Durchsetzung der Genetik, der Epidemiologie und des Risiko-Konzeptes in der Medizin seit den 1970er Jahren das tradierte Konzept von Krankenbeobachtung endgültig als antiquiert er-

62 Die Approbationsordnung für Ärzte von 1970 verankerte erstmals die Psychosomatische Medizin als festen Bestandteil in der Ärzteausbildung. Vgl. *Approbationsordnung* [...]: 1975, 8–9, Anlagen 3 und 10.

63 Vgl. SCHMIDBAUR: 2002, 194.

64 Vgl. UEXKÜLL und WESIACK: 1998, 481–487.

schiene sein. Das neue Gebot der Risikosteuerung ist bislang vor allem im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt untersucht worden, da die Reproduktionstechnologien eine Vorreiterrolle bei der Etablierung des neuen Verständnisses von Medizin, Gesundheit und Krankheit hatten. Aus einer nachsorgenden, einen konkreten Krankheitsbefund therapierenden Medizin wurde zunehmend eine Beratungsinstanz zum Aufspüren von Gesundheitsrisiken.⁶⁵ Die Vorstellung von Gesundheit nahm damit den Charakter einer Restgröße an, die den Status des Noch-Nicht-Krankseins erhielt. Diese Neudefinition von Gesundheit und Krankheit entzog dem Konzept von Krankenbeobachtung, wie es die Diakonissen praktizierten, gleichsam vollends den Boden, da Krankheit nicht mehr aus einem konkreten Unwohlsein bestand, sondern sich in Gestalt von Risikofaktoren jeglicher sinnlichen Wahrnehmung entzog.

65 DUDEN: 2004, 507–508.

LITERATUR

- A.K.: »Vårt biträdesystem diskuteras i Danmark«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 13 (1946), 617.
- ANDERSSON, Åsa: »Livsideal och yrkesetik: Om kalltankens betydelse i det kvinnliga vårdarbetets idéhistoria«. In: *Svensk medicinhistorisk tidskrift* 1 (1997), 53–71.
- Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970*. Mit Kommentaren und praktischen Hinweisen von Heinz-Peter Brauer und Thomas Zickgraf. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag, 1975.
- BOHM, Eva: *Okänd, godkänd, legitimerad. Svensk sjuksköterskeförenings första femtio år*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförenings förlag, 1972.
- BUSSE-KENN, Marie-Luise: »Arzt und Schwester im Krankenhaus«. In: *Krankendienst* 26 (1953:2), 29–34.
- CHRISTAKIS, Nicholas A.: »The Ellipsis of Prognosis in Modern Medical Thought«. In: *Social Science and Medicine* 40 (1997:3), 301–315.
- CHRISTAKIS, Nicholas A.: *Death foretold. Prophecy and prognosis in medical care*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
- DOMMANN, Monika: *Durchsicht, Einsicht, Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896–1963*, Zürich: Chronos, 2003.
- DUDEN, Barbara, »Frauen->Körper«. Erfahrung und Diskurs (1970–2004)«. In: BECKER, Ruth und Beate KORTENDIEK (Hg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004, 505–518.
- DUDEN, Barbara und Beate ZIMMERMANN: *Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit/Krankheit/Behinderung als Folge der modernen Medizin*. Gutachten für die Enquete-Kommission »Recht und Ethik der modernen Medizin«. Berlin, 2002, URL: http://webarchiv.bundestag.de/archive/2007/0206/parlament/gremien/kommissionen/archiv14/medi/medi_gut_dud.pdf, Zugriff am 21.12.2009.
- ECKART, Wolfgang U.: *Geschichte der Medizin*. 5. Aufl. Heidelberg: Springer, 2005.
- EMANUELSSON, Agneta: *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851–1939*. Huddinge: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, 1990.
- HARDY, Anne und Elizabeth M. TANSEY: »Medical enterprise and global response, 1945–2000«. In: BYNUM, William F. et al. (Hg.): *The Western Medical Tradition 1800 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, 405–533.
- HÖJER, Gerda und Astrid SÖDERBERGH: »Utlåtande över arbetstidslagstiftning«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 19 (1952), 386–390.
- HÖJER, Gerda: »Arbetstiden förkortas«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 24 (1957), 749–750.
- HOLMDAHL, Barbro: *Sjuksköterskans historia. Från siukwakterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber Utbildning, 1994.
- HUERKAMP, Claudia: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1985.
- »Intressanta siffror«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 23 (1956), 752–754.

- KOIVUNEN BYLUND, Tuulikki: *Frukta icke, allenast tro. Ebba Boström och Samariterhemmet 1882–1902*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1994.
- KOLBE, Wiebke: *Elternschaft im Wohlfahrtsstaat. Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich 1945–2000*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2002.
- KRANER, Elisabeth: *Die Eigenständigkeit des Schwesternberufes*. O. J., um 1953, unpag.
- KREUTZER, Susanne: *Vom ›Liebesdienst‹ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2005.
- KREUTZER, Susanne: »Aus der Praxis lernen? Umbruch in den pflegerischen Ausbildungskonzepten nach 1945«. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 25 (2006), 155–180.
- LEININGER, Madeleine M.: *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998.
- MEIWES, Relinde: *›Arbeiterinnen des Herrn‹. Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 2000.
- NICKLASSON, Stina: *Sophiasystem som blev politiker. Bertha Wellin. Pionjär för moderat politik*. Stockholm: Carlsson, 1995.
- »Patientvården diskuterades«. In: *Tidskrift för Sveriges sjuksköterskor* 22 (1955), 693–695.
- PAUL, Norbert W.: »Diagnose und Prognose«. In: SCHULZ, Stefan et al. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2006, 143–152.
- REMMERS, Hartmut: »Pfliegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens«. In: *Pflege* 12 (1999), 367–376.
- RÜTHER, Bernhard: »Wirksame Berufswerbung«. In: *Krankendienst* 24 (1951:4), 85–87.
- SANDELOWSKI, Margarete: *Devices and Desires. Gender, Technology, and American Nursing*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2000.
- SCHMIDBAUR, Marianne: *Vom Lazaruskreuz zur Pflege aktuell. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000*. Königstein/Taunus: Helmer, 2002.
- SCHMIDT, Jutta: *Beruf Schwester. Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York, Campus Fachbuch, 1998.
- SCHMUHL, Hans-Walter: »Ärzte in konfessionellen Kranken- und Pflegeanstalten 1908–1957«. In: KUHLEMANN, Frank-Michael und Hans-Walter SCHMUHL (Hg.): *Beruf und Religion im 19. und 20. Jahrhundert*. (= Konfession und Gesellschaft; 26), Stuttgart: Kohlhammer, 2003, 176–194.
- Schwester Clotilde, Vinzentinerin: »Stellung und Aufgaben der katholischen Krankenschwester«. In: *Das Krankenhaus* 44 (1952:10), 282–283.
- SPREE, Reinhard: »Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert: ›Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse‹«. In: LABISCH, Alfons und Reinhard SPREE (Hg.): *›Einem jeden Kranken im Hospitale sein eigenes Bett‹. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus, 1996, 51–88.
- SVEDBERG, Gunnel: *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Stockholm: Repro Print, 2002.
- UEXKÜLL, Thure von und Wolfgang WESIACK: *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München et al.: Urban & Schwarzenberg, 1998.
- ZETTERSTRÖM LAGERVALL, Gerd et al.: *Systemskap i förändring. En bok utgiven till SSFs 75-årsjubileum 1985*. Stockholm: Selbstverlag 1985.

CHRISTINA JANSSON

Gebärende Männer und Muttergöttinnen:
Natur, Technik und Wissenskritik
in der Entbindungsdebatte der 70er Jahre

Visionen des Kampfes von Frauen für eine bessere und gerechtere Lebenswelt um das mythenumwobene Jahr ›1968‹ herum handelten u. a. vom Körper. Ihn betreffende Fragen waren von zentraler Bedeutung für die Frauenbewegungen der 1970er Jahre, die für eine Aufhebung des gesellschaftlichen Schweigens über den weiblichen Körper und seine Funktionen eintraten.¹ Frauen sollten selbst über ihren Körper bestimmen – er war politisch. Abtreibung, Menstruation, Schwangerschaft und Geburt standen im Zentrum dieses Vorhabens. Die Politisierung der Gleichberechtigung in den 1960er und 1970er Jahren ist mit einer ›unblutigen Revolution‹ verglichen worden, aber ein Teil des ›Frauenkampfes‹ bezog sich sowohl auf Blut als auch auf körperliche Schmerzen.²

Der vorliegende Text untersucht aus einer Wissensperspektive die Erzählungen und Handlungsweisen von Frauen im Zusammenhang mit der Frage der Geburt am Beispiel von Beiträgen in den Zeitschriften der schwedischen Frauenbewegungen.³ Der Fokus liegt darauf festzustellen, wie Natur und Technik als Symbole, Begriffe und Praktiken im Kampf um eine veränderte Entbindungsprozedur mobilisiert und benutzt – und wie sie so mit Inhalt gefüllt wurden. Die Spannung zwischen Technik und Natur war ein wichtiger Aspekt – sowohl innerhalb der wissenschaftlich-medizinischen als auch in der gesellschaftlichen Diskussion. Ich glaube, dass das Handeln der Frauen einen tiefer liegenden kritischen Aspekt offenbart, der bei reduktionistischer Gegenüberstellung dieser Topoi unsichtbar zu werden droht.

1 Zum Schweigen über Schwangerschaft und Geburt vgl. HIRDMANN: 1995; MARANDER-EKLUND: 2000, 13–14.

2 FLORIN und NILSSON: 2000.

3 Die Analyse basiert auf einer Durchsicht der Jahrgänge 1965–1985 der Zeitschriften *Hertha* (*Fredrika Bremerförbundet*), *Morgonbris* (*Sveriges Socialdemokratiska kvinnoförbundet*), *Vi mänskor* (*Svenska kvinnors vänsterförbund*), *Kvinnobulletinen* (*Grupp 8*), *Rödhättan* (*Arbetets kvinnor*) und *Kvinnotidningen Q* (unabhängig, aber von Frauen gegründet, die mit *Arbetets kvinnor* in Verbindung standen). Es gibt bisher keine umfangreicheren Studien über die neuen Frauenbewegungen im Schweden der 70er Jahre. Die dänische *Rødstrømpe*-Bewegung untersucht DAHLERUP: 1998.

Durch eine Fokussierung auf Wissen und Wissensproduktion werde ich die Entbindungsdebatte aus einer Perspektive betrachten, die sich möglicherweise der Gegensatzbildung zwischen Technik und Natur entziehen kann, die offenbar immer wieder in medizinischen Diskursen zur Entbindung, im Agieren der Frauenbewegung und in einem Großteil der Forschung zur Veränderung der medizinischen Betreuung der Niederkunft im 20. Jahrhundert aktualisiert wird. Ich glaube, dass die brennenden Fragen in der Geburtendebatte um Wissen und Macht kreisten. Was ist Wissen? Wer kann aus welcher Position Anspruch auf Wissen erheben? Wie soll das Objekt des Wissens betrachtet werden? Das sind Fragen, die seitens der Frauenbewegung selten gestellt wurden, aber in der vorliegenden Analyse herausgehoben werden sollen.

Wer kann Zeuge sein?

Die Wissenschaftshistorikerin Donna Haraway hat zur Diskussion um Fragen von Wissen und Geschlecht eine Figur eingeführt, die sie »modest witness« nennt.⁴ Den Begriff entlehnt sie aus Steven Shapins und Simon Schaffers Buch *Leviathan and the Air-Pump*, das die Entstehung eines solchen bescheidenen Zeugen im England des 17. Jahrhunderts behandelt, indem es analysiert, wie Robert Boyle in seinen Experimenten zum Vakuum die Grundlage für jedweden wissenschaftlichen Erkenntnisanspruch in den modernen Gesellschaften etablierte – die Objektivität. Solche Objektivität sollte wie folgt gewährleistet werden:

a *material technology* embedded in the construction and operation of the air-pump; a *literary technology* by means of which the phenomena produced by the pump were made known to those who were not direct witnesses; and a *social technology* that incorporated the conventions experimental philosophers should use in dealing with each other and considering knowledge-claims.⁵

Mittels dieser Technologien konnten Fakten als gegeben etabliert werden. Der Forscher konnte so begründen, es sei die Luftpumpe, die spreche, nicht er selbst. Die Aufgabe des Naturwissenschaftlers bestand lediglich in seiner Funktion als unsichtbares, Maß haltendes, bescheidenes Sprachrohr der Natur, der Objekte, Apparate, Maschinen, als deren Repräsentant. Auf diese Weise wurden das Politische und das Technische effektiv

4 HARAWAY: 1997, 23–39.

5 SHAPIN und SCHAFFER: 1985, 25.

unterschieden. Um Fakten auf glaubwürdige Weise festzustellen, bedurfte es einer öffentlichen und kollektiven Bezeugung. Die Frage war, wer Zeuge sein konnte. Haraway argumentiert, im Zuge der zentralen Refigurationen von Wissen und Praktiken, die für die modernen Wissenschaften grundlegend waren, sei gerade das Geschlecht (Gender) neu verhandelt worden. Die Übereinkünfte darüber, welche Eigenschaften der bescheidenen Zeuge besitzen sollte, schlossen Frauen nicht bloß aus, sondern produzierten darüber hinaus eine weibliche Identität, die als unvereinbar mit der wissenschaftlichen Objektivität begriffen wurde. Die Bescheidenheit und Tugend von Frauen erschien als körperliche, während die neu etablierten wissenschaftlichen (Männlichkeits-)Ideale als auf der Tugend der Seele und des Intellekts gründend angesehen wurden. Der bescheidene Zeuge berichtete von der Welt, nicht von sich selbst. Frauen besaßen also nicht die Eigenschaften des Zeugen, denn sie waren von ihrer Körperlichkeit befleckt. Dieses Muster prägt bis heute unsere Wissensformen.

This is a crucial epistemological move in the grounding of several centuries of race, sex and class discourses as objective scientific reports. [...] The kind of visibility – of the body – that women retained glides into being perceived as ›subjective‹, that is, reporting only on the self, biased, opaque, not objective.⁶

Für Ärzte implizierte dieses epistemologische Manöver – die Einnahme einer körperlosen Position – besondere Schwierigkeiten. Die Ideenhistorikerin Karin Johannisson beschreibt, wie der ärztliche Blick im 19. Jahrhundert – möglicherweise besonders bei der Untersuchung des Unterleibs – zwischen Objektivität und Erotik balancierte. Techniken, den weiblichen Körper zu untersuchen, während er zum Teil bedeckt war, gewährleisteten die Professionalität, Objektivität und Wissenschaftlichkeit des Arztes und produzierten den Körper als Untersuchungsobjekt. Der Körper des Arztes wurde durch den weißen Kittel und durch Gummihandschuhe, beides von Gynäkologen eingeführt, abgeschirmt. Diese Attribute signalisierten Reinheit, Körperlosigkeit, Modernität und Rationalität, aber auch Abstand, Abschirmung und Objektivität – Voraussetzungen also der Etablierung der Praktiken moderner Ärzte.⁷

6 HARAWAY: 1997, 32.

7 JOHANNISSON: 2004, 91–100, 105–III, 148–168.

Schwangere Gebärmütter und primitive wilde Frauen – Subjekt und Objekt im umkämpften Entbindungszimmer

Im Schweden der 70er Jahre waren Praktiken und Technologien der Entbindung hochgradig politisiert. Debatte und Kritik nahmen zu, während die medizinischen Wissenschaften weiterhin großen Einfluss hatten. Gewissermaßen im Kreißaal kämpften neue und alte, tatsächliche und vorgestellte, umstrittene und naturalisierte Subjekte und Objekte um Raum und Aufmerksamkeit. Demonstrierende Frauen forderten das Recht auf ihren eigenen Körper und ein schmerzfreies Gebären ein.⁸ Frauen bekamen Kinder unter Zuhilfenahme von Hypnose oder verlangten eine natürliche Entbindung.⁹ Die Medizin visualisierte und produzierte Objekte wie »den schwangeren Uterus«¹⁰ oder den Fötus als kommunikationsfähigen kleinen Patienten.¹¹ Theorien um die Mutter-Kind-Bindung, die auf Studien unter anderem an Kühen und Ziegen aufbauten, kursierten zeitgleich damit, dass Väter Zugang zum Kreißaal erhielten.¹² Andere Anwesende waren Vertreter der meist als Experten angesehenen Personengruppe: Hebammen, Geburtshelfer, Anästhesisten oder Kinderärzte. Und auch der Kreißaal selbst mit seinen Funktionen und seiner technischen Ausrüstung spielte eine Rolle in der Produktion von Bedeutung rund um die Niederkunft. So genannte »CTG-Apparate« maßen die Hirnaktivität des Fötus und die Kontraktionen der Gebärmutter und zeigten die Resultate mittels eines Schreibgeräts neben dem Bett oder auf Monitoren im Hebammenzimmer, wo die Hebammen die Geburt überwachen konnten,

8 *Hertha* 1973:2 zu Demonstrationen mit »aggressiven Forderungen nach schmerzfreier Niederkunft« (»aggressiva krav på smärtfri förlossning«) sowie *Kvinnobulletinen* 1975:2 und 1980:3–4; *Sydsvenska Dagbladet* 19.10.1970 mit der Überschrift »Mütter, demonstriert!« (»Demonstrera mammor!«).

9 »Hypnos vid förlossning«. In: *Jordemodern* 1974:5, 231–238. *Kvinnobulletinen* 1974:3 zur natürlichen Niederkunft.

10 *Läkartidningen* 1972:26, 3145.

11 *Läkartidningen* 1977:29–30, 2562–2563. Der Verfasser sprach davon, dass das Kind nicht länger seinen Arztbesuch aufschieben wolle.

12 »Familiens födelse« in *Läkartidningen* 1975:15, 1545–1548, und »Kontakten mellan mor och barn på förlossningsavdelningen« in: *Jordemodern* 1974:3, 125–126, waren zwei der vielen Artikel, die sich auf die Arbeiten von M.H. Klaus zur Mutter-Kind-Bindung bezogen. Klaus stützte sich u. a. auf Studien zu Säugetierjungen, die direkt nach der Geburt vom Muttertier getrennt wurden, und behauptete, dass eine solche Trennung ein über Jahre hinweg verändertes Verhalten bewirke.

ohne selbst bei den gebärenden Müttern zu sein.¹³ Es gab aber auch Sendungen in entgegengesetzter Richtung, etwa wenn das Andante aus Mozarts 21. Klavierkonzert oder ›Cocktail-Musik‹ über Lautsprecher in Räume übertragen wurde, in denen Frauen, die Autosuggestion oder Hypnose trainiert hatten, diese Musik hörten. Der Effekt waren ruhigere und leichter führbare Patientinnen. Für »ausländische Patientinnen« gab es Abspielgeräte mit suggestiven Botschaften auf Englisch, Deutsch, Französisch, Finnisch, Spanisch, Japanisch, Italienisch und Rumänisch, deren »beruhigende ›Heimattöne‹« sehr geschätzt waren.¹⁴ Technologie war aber auch Teil der Organisation der natürlichen Entbindung. Michel Odent, ein französischer Lehrer und Befürworter der natürlichen Entbindung, inspirierte schwedische Mütter zu einer veränderten Form der Geburtenbetreuung. Als er in den 70er Jahren ein Bassin in der ›salle sauvage‹ in Pithiviers installieren ließ, setzte dieses Becken ein soziotechnisches System voraus und war gleichzeitig Teil dieses Systems.¹⁵ Der Name ›das wilde/primitive Zimmer‹ war aber auch anders konnotiert. Das französische Wort ›sauvage‹ weckt Assoziationen wie wild, primitiv, ungebildet, schwer zu handhaben, menschenfeindlich, und die weibliche Form des Substantivs ›sauvagesse‹ bedeutet wilde, aber auch ungebildete Frau.

Der schwedische Reichstag stellte 1971 nach einer längeren Debatte das Recht von Frauen auf schmerzlindernde Medikamentierung bei der Entbindung fest, aber die Diskussion in Parlament, Massenmedien und der Frauenbewegung riss nicht ab. In der Praxis vollzogen sich Veränderungen nämlich nur langsam. Die Zahl der Frauen, die Schmerzmittel in Form von Epidural- und Paracervikanalästhesie bekamen, stieg in der ersten Hälfte der 70er Jahre von etwa einem auf durchschnittlich gut fünf Prozent. 1980 bekamen durchschnittlich zehn Prozent Epidural- und acht Prozent Paracervikanalästhesie. Die Schwankungen waren jedoch recht groß, in einigen Krankenhäusern kamen überhaupt keine Schmerzmittel zur Anwendung, während in den ›größzügigsten‹ Einrichtungen 22 % der Betroffenen Epidural- und 30 % Paracervikanalästhesie erhielten.¹⁶ Das

¹³ Vgl. z. B. *Läkartidningen* 1969:25, 2589–2596; 1977:29–30, 2573–2574.

¹⁴ *Jordemodern* 1965:9, 406–407; *Jordemodern* 1974:5, 231–238.

¹⁵ KAISER: 1994; ODENT: 1985. Schwedische Hebammen besuchten Odents Krankenhaus, vgl. z. B. den Bericht in *Jordemodern* 1981:2, 62–65.

¹⁶ Riksdagstrycket. Socialutskottet (SoU) 1980/81:II, 14 und Riksdagstrycket. Socialutskottet (SoU) 1981/82:35, II. Bei einer Blockade wird ein lokales Betäubungsmittel injiziert, welches verhindert, dass die Schmerzimpulse das Gehirn erreichen.

Jahrzehnt brachte unterdessen auch den Durchbruch einer stärker technologisch orientierten und auf aktive Steuerung des Geburtsverlaufs abzielenden Betreuung. Man begann, Hormone zur Stimulation von Kontraktionen der Gebärmutter – also der Wehen – anzuwenden, und Mitte der 80er Jahre war die elektronische Kontrolle der Hirnaktivität des Kindes und der Wehen mit CTG-Apparaten eine Routinemethode.¹⁷ Frauen kritisierten im Laufe der 70er Jahre zunehmend die immer stärker technisierte und durch Ärzte gesteuerte Geburtshilfe. Sie forderten eine ›natürlichere‹ Entbindung und betonten die aktive Rolle der Frauen.

Mit dieser kleinen Reise durch die Debatten, Technologien und Praktiken der 70er Jahre wollte ich die Aufmerksamkeit darauf lenken, wie Medizin, Technik, Wissenschaft, Natur, Geschlecht, Mythologie und Politik im Kampf um den gebärenden Körper verschmolzen.¹⁸ Die Grenzen zwischen Technologie und Natur waren selten eindeutig, sondern wurden permanent verhandelt und (re-)konstruiert. Ich glaube, dass es wichtig ist, das Agieren von Frauen unter anderem an eine Reihe von medizinischen Diskursen zu koppeln, die den gebärenden Körper auf unterschiedliche Weise produzierten: etwa als schwangere Gebärmütter, als primitive Wilde, als Kurven auf dem Papier oder als ruhige und leicht führbare Patientinnen.

Ich nehme eine kritische Haltung gegenüber der Betrachtung von Natur und Technik als nicht zu hinterfragende und geschlechtlich konnotierte Gegensätze ein, was meiner Meinung nach die Forschung und Debatte um Fragen des Gebärens geprägt hat. Der Fokus lag meist auf den Bestrebungen der Ärzteschaft und des Staates hin zur Institutionalisierung, Medikalisierung und Technologisierung. Zeitweilig ist eine deutliche Trennlinie zwischen Frauen – als vermeintlichen Repräsentanten von Natur und Natürlichkeit – und Männern, Technologie und Medikalisierung gezogen worden. Frauen, Hebammen und Gebärende sind oft als Opfer des Macht- und Kontrollanspruchs einer männlichen Ärzteschaft dargestellt worden. Kategorien wie ›Natur‹/›natürlich‹ und ›Technik‹ sind in der Regel nicht problematisiert, sondern als entgegengesetzt begriffen worden, wobei erstere als gut, letztere als schlecht für Frauen be-

¹⁷ SUNDSTRÖM: 1996; SUNDSTRÖM-FEIGENBERG: 1987, 165–224.

¹⁸ HARAWAY: 1997, 67–69 benutzt die Metapher ›Implosion‹, um das Knäuel von aufeinander bezogenen Erscheinungen aufzuzeigen und zu analysieren, welches alle interessanten Erscheinungen und Geschöpfe innerhalb der Technowissenschaften kennzeichnet.

urteilt wurde.¹⁹ Die Forschung hat wichtige Einsichten in den politisch alles andere als gender-neutralen Medikalisierungsvorgang und damit verbundene Prozesse bereitgestellt. Aber sie riskiert dabei auch, bestimmte Auffassungen von Frauen als passiven Opfern zu verfestigen. In letzter Zeit sind solche Vorstellungen problematisiert und die aktive Rolle der Wöchnerinnen, ihre aktive Wahl von Ort und Art der Geburt hervorgehoben worden. Forscher haben betont, dass Frauen im Zuge der medizinischen und technischen Entwicklungen in der Betreuung gleichermaßen Handlungsspielräume gewonnen wie verloren haben, und dass sie darüber hinaus selbst an den Veränderungen beteiligt waren. Gelegentlich sind die Bedürfnisse und Interessen von Ärzten und bestimmten Frauengruppen kongruent. Maria Wisselgren hat die Rolle von Frauen bei der Institutionalisierung auf lokaler Ebene analysiert, und Signild Vallgård hat die Interessen und Aktivitäten werdender Mütter in diesem Zusammenhang aufgezeigt.²⁰

Die neuere Forschung untersucht einen gegenüber der einseitigen Erzählung von gegenderter, schlechter Technik und guter Natur wesentlich komplexeren historischen Prozess. Am Beispiel der Beiträge in Zeitschriften der Frauenbewegungen und der Berichte und Tätigkeiten von Frauen bezüglich von Fragen des Gebärens werde ich hier aus einer wissensanalytischen Perspektive diskutieren, wie Natur und Technik im Ringen um eine veränderte Entbindungsfürsorge als Symbole, Begriffe und Praktiken mobilisiert, verwendet und distribuiert wurden, und wie sie so teils neue Inhalte annahmen. In meiner Analyse bediene ich mich eines von Donna Haraway definierten Verständnisses von Figurationen als gleichermaßen rhetorischen und räumlichen, sprachlichen wie materiellen Versuchen, Bedeutung zu verändern und zu verschieben. Bildhafte Sprache und Metaphern sind in Wechselwirkung mit Artefakten, Technik und Raum von Bedeutung für die Produktion der Wahrheit, des der Anschauung nach Richtigen. Figuren ermöglichen (neue) Verbindungen zwischen Ereignis-

19 Vor allem ist dies ein hervorstechender Zug in der amerikanischen Forschung und Debatte der 70er Jahre, was sich sehr deutlich an Arbeiten wie EHRENREICH und ENGLISH: 1973 sowie 1979 ersehen lässt. Auch in der neueren europäischen Forschung kehrt dieses Thema immer wieder, vgl. z. B. DUDEN: 1993; OAKLEY: 1984; MARTIN: 2001; ÖBERG: 1996. Für eine Analyse der fehlenden Problematisierung von Kategorien wie ›Körper‹ und ›Natur‹ in der feministischen Forschung vgl. HARAWAY: 1991, 132–148.

20 Vgl. z. B. ROSENBECK: 1995, 13–25; SCHOTT: 1995 sowie ROSENBECK und SCHOTT: 1995. Für einen Forschungsüberblick über die englischsprachige Forschung vgl. WISSELGREN: 2005, 13–15; VALLGÅRDA: 1996 und KOHLER RIESSMAN: 1985.

sen und Personen, sie können unerwartete Kombinationen, neue Bilder mit alternativen Effekten hervorrufen.

Figuration is about resetting the stage for possible pasts and futures. Figuration is the mode of theory when the more ›normal‹ rhetorics of systematic critical analysis seem only to repeat and sustain our entrapment in the stories of established disorders.²¹

Figuration kann eine feministische Technik darstellen zur Eröffnung neuer Möglichkeiten, neuer Positionen und anderer Sichtweisen, neuer Arten, sich selbst und die Welt zu denken. Aber Figuration ist auch eine Praktik, die die technischen Wissenschaften mit ihren schlagkräftigen materiellen und semiotischen Figuren/Objekten wie dem Gen, dem Fötus, dem Ökosystem und der Wasserstoffbombe durchzieht; Figuren voller Erlösungshoffnung und gleichzeitiger Furcht vor einem unabwendbaren Untergang. Haraway stülpt diese technowissenschaftlichen Figuren um, setzt sie in neue Zusammenhänge und schafft so neue Erzählungen. Damit will sie technowissenschaftliche Praktiken weder übernehmen noch verschieben, sie will vielmehr kritisch untersuchen, wo und wie Menschen Räume im materiellen und semiotischen System der Technowissenschaften einnehmen/zugewiesen bekommen, und Fragen zur Rolle von Verantwortung, Schuld, Freude, Arbeit und Spiel innerhalb dieses Systems stellen.²²

Die Schmerzlinderungsfrage wird als Frage der Frauenbewegung etabliert – eigene Erfahrungen und gemeinsame Forderungen

Die Forderung nach einer schmerzfreien Entbindung tauchte erstmalig gegen Ende der 60er Jahre in den Zeitschriften auf. 1968 wurden unter der Signatur M.B.T (wahrscheinlich Maj Britt Theorin, die sich später als Parlamentarierin in der Frage engagieren sollte) in einem Artikel in *Morgonbris* schmerzfreie Geburten und die Ausbildung von Hebammen in der Paracervikaltechnik gefordert. Der Artikel richtete sich an »die reaktionären Herren«, die über die Möglichkeiten von Frauen zur Schmerzlinderung bestimmten, und das Gebären als einen »*natürlichen* Prozess«

21 HARAWAY: 2004, 47.

22 HARAWAY: 1997, 8–12; HARAWAY: 2004, 47–48, 326; ASDAL: 1998, 36–38, 73. Zu schwedischen Beispielen für das Untergangs- und Erlösungsthema in den Naturwissenschaften vgl. MARTIN: 2002. ANSHELM: 1996 zeigt die deutlich christlichen Referenzen im Atomkraftdiskurs auf.

darstellten, der keiner Milderung bedurfte. Frauen sollten sich nicht mehr dem düsteren natürlichen Schicksal und alten religiösen Vorstellungen unterwerfen, die ihr Leben über Tausende von Jahren reguliert hätten. Die Technik stelle Möglichkeiten bereit, den Geburtsschmerzen zu entgehen, nur müssten sich Frauen politisch dafür einsetzen.²³ Der Artikel unterstrich, dass gerade die Hebammen, ein nahezu völlig von Frauen dominierter Berufszweig, die Technik in die Hand nehmen sollten, und dass dahingehend ausgebildet werden müsse. *Morgonbris* kam mehrmals auf die Forderung einer effektiven Schmerzbekämpfung und der Ausbildung von Hebammen in deren Techniken zurück. In einem Interview von 1976 betonte Theorin, dass vor allem Männer über die Möglichkeiten zur Schmerzlinderung bestimmten. Müssten Männer gebären, wären Entbindungen schon seit langem schmerzfrei. Sie behauptete, es seien einzelne Klinikleiter, die die Macht über die gelehrten und zur Anwendung kommenden Methoden innehätten. Die Möglichkeit zur Minderung von Schmerzen sollten Frage lokaler Interessen und Initiative sein. *Socialstyrelsen (Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen)* wurde beißender Kritik ausgesetzt, weil hier behauptet wurde, Sinneseindrücke, Stimmungslage und Müdigkeitsgrad beeinflussten in hohem Grad den Schmerz bei der Niederkunft. Theorin nahm kein Blatt vor den Mund, wenn sie sagte: »So ein Quatsch! Das würden sie nicht im Traum schreiben, wenn es hier um die Blinddarmoperation eines Mannes ginge.«²⁴ Sie kritisierte auch die so genannte Psychoprophylaxemethode, die in steigendem Maße zur Anwendung kam: Diese gründe

auf einer Menge zweifelhafter Moralregeln. Man sagt, die Niederkunft sei ein natürliches Erlebnis und spricht vom Glück, Mutter zu werden. Dabei ist es wirklich hochgradig individuell, inwieweit es als Glück empfunden wird, Mutter zu werden. Die Psychoprophylaxe baut auf dem Muttermythos auf, eine richtige Mutter und Frau halte die Schmerzen schon aus.²⁵

Als eine der wenigen außerhalb der Ärzteschaft stehenden Teilnehmerinnen der Debatte diskutierte sie darüber hinaus die Frage der Risiken. Frau-

23 *Morgonbris* 1968:4, 17, Hervorhebung im Original.

24 »Vilket skitsnack! Så skulle de aldrig drömma om att skriva om det gällde en blindtarmsoperation på en man.« *Morgonbris* 1976:4, 3-4.

25 »på en massa tvivelaktiga moralregler. Man säger att förlossning är en naturlig upplevelse, och talar om lyckan att bli mor. Det är verkligheten högst individuellt huruvida det är någon lycka att bli mor. Psykoprofylaxen bygger på modersmyten, en riktig mor och kvinna klarar av smärtorna.« Ebd.

en, die sich davon abschrecken ließen, dass die Paracervikalmethode – auch ›Västervik-Methode‹ genannt – vermeintlich Risiken für den Fötus beinhalte, sollten darüber informiert werden, dass es kein gesichertes Wissen gebe, das gegen die Methode spreche. »Alte Werturteile und Verweise auf unbestätigte Forschungsergebnisse dürfen die Stellungnahme der Frauen nicht beeinflussen.«²⁶

Für *Grupp 8* war die Forderung »gleiche Rechte für schmerzfreies Entbinden«²⁷ von hoher Priorität. Sie war einer der Punkte ihres Aktionsprogramms und im Januar 1970 diskutierte man das Recht auf Abtreibung und schmerzfreie Entbindung neben der Teilzeitarbeit als Hauptfrage des Frühjahres. Auch in einem Vorschlag zu einem Studienzirkel tauchte die Schmerzlinderungsfrage als wichtiger Punkt auf.²⁸ Am 5. Mai 1971 arrangierte *Grupp 8* in Stockholm ein ›teach-in‹ mit dem Thema »Kinder gebären – Schrecken oder Glück?«²⁹, um eine Diskussion über das Recht der Frauen auf Schmerzmittel anzustoßen. Unter anderem verbreiteten sie sechstausend Flugblätter in Kinder- und Mütterfürsorgeeinrichtungen. Rund zweihundert Personen nahmen an dem Treffen teil, auf dem sich Repräsentanten von *Socialstyrelsen* und Ärzte kritischen Fragen aussetzen mussten. Einer der Gynäkologen wurde zur Rede gestellt, weil er einer Frau bei der Geburt mit den Worten »Das ist ein natürlicher Schmerz.«³⁰ begegnet war. Die Forderung der Frauen wurde allerdings auch von Ärzten gestützt. Ein Narkosearzt unterstrich, dass Schmerzen durchaus schädlich sein konnten, und dass die Forderung einer Schmerzlinderung wichtig sei. Der Forderungskatalog von *Grupp 8* beinhaltete die Forderung auf schmerzfreie Entbindung, neue Ratschläge und Anweisungen von *Socialstyrelsen*, die Berücksichtigung der »großen weiblichen Meinung«³¹, die dokumentiert worden sei, Zugang zu Narkosepersonal auf jeder Entbindungsstation, Zugang zu psychologischer Betreuung in jeder Mütterberatungsstelle und gleiches Recht diesbezüglich für

26 »[G]amla värderingar och hänvisningar till opreciserade forskningsresultat ska inte få styra kvinnornas ställningstagande.« Ebd. Drei weitere Artikel dieser Ausgabe kritisierten den schlechten Zugang zu Schmerzmitteln.

27 »lika rätt till smärtfri förlossning«. *Vi människor* 1970:2, 13.

28 Protokoll *Grupp 8*, 2/1 1970, Arbetarrörelsens arkiv. Aktionsprogramm in: ebd.

29 »Föda barn – ängest eller glädje?«

30 »Det är en naturlig smärta.« *Vi människor* 1971:3, 8–9.

31 »den stora kvinnliga opinion«. *Dagens Nyheter* 6/5 1971.

alle Frauen, unabhängig von Klassenzugehörigkeit und Wohnort. Die gesamte Liste wurde auf dem Treffen einstimmig angenommen.³²

Vi mänskor berichtete über das von *Grupp 8* arrangierte teach-in, und das Aktionsprogramm von *Svenska Kvinnors Vänsterförbund (Verband der linken schwedischen Frauen)* des Jahres 1974 beinhaltete auch die Geburtenproblematik. Man verlangte mehr Forschung zur schmerzfreien Entbindung, besseren Zugang zu psychologischer Hilfe, Medikamentierung und ein Ende der Schließung von Entbindungsstationen.³³

Die Diskussion um die Bedeutungen und Praktiken der Niederkunft nahm in dieser Zeit stärker als jemals zuvor öffentlichen Raum ein.³⁴ Die Fotografin Monika Englund, dokumentierte in einem Buch zwölf Geburten zwischen 1972 und 1982 von der Ankunft der Frauen bis zur Entbindung. Es ging ihr darum zu zeigen, was während der Geburt geschah, wie mit den Frauen »hantiert«³⁵ wurde und bezog dies auch auf ihre eigenen Erfahrungen:

Noch leben viele Mythen und Tabus das Thema betreffend fort. Ich selbst kam bei meiner ersten Geburt völlig unvorbereitet ins Krankenhaus, weil ich das Gebären als etwas ›Natürliches‹ ansah. Ich musste schmerzhaft erfahren, dass dies ein Missverständnis war.³⁶

Die Psychologin Elisabeth Lagercrantz, die Frauen zu ihren Erlebnissen bei der Entbindung (bei der sie zuvor selbst anwesend war) befragte, nahm eine zentrale Rolle innerhalb der Debatte ein. Die Frauenbewegung, das Parlament und die Presse rekurrten gleichermaßen auf ihre Interviewresultate, in denen sie zeigte, dass viele Frauen trotz zugänglicher Schmerzlinderungstechnik – dies waren vor allem Lachgas und die so genannte ›Endnarkose‹ – kaum auszuhaltende Schmerzen bei der Niederkunft erlebten.³⁷

32 *Vi mänskor* 1971:3, 8–9. Mehre Zeitschriften berichteten vom Treffen am 6.5.1971. *Dagens Nyheter* füllte eine ganze Seite mit fünf Artikeln zum Thema und *Aftonbladet* sowie *Expressen* berichteten ebenfalls.

33 Ebd. Das Aktionsprogramm wurde in *Vi mänskor* 1974:5–6, 39 publiziert.

34 MATTHEWS und WEXLER: 2000. Vgl. HIRDMAN: 1995; MARANDER-EKLUND: 2000, 13–14.

35 »hantera[de]s«.

36 »Än lever många myter och tabun när det gäller det här ämnet. Själv kom jag till sjukhuset fullständigt oförberedd för min första förlossning därför att jag ansåg det som något ›naturligt‹ att föda barn. Jag fick smärtsamt erfara att det var ett missförstånd«. ENGLUND: 1982, 7–9.

37 Z. B. *Vi mänskor* 1971:3, 8; SDS 18/10 1970.

Das Engagement von Frauen für Veränderungen und Zugang zu Schmerzmitteln war nichts völlig Neues, auch wenn sein Umfang in den 70er Jahren ein anderer war als zuvor.³⁸ Die englische Historikerin Hilary Marland hat diskutiert, wie einzelne Frauen und Frauengruppen in den USA Zugang zu neuen obstetrischen Techniken und Methoden forderten. Ein Grund dafür, dass amerikanische Frauen bevorzugt Ärzte und nicht Hebammen zu ihrer Entbindung hinzuzogen, war gerade die Ermöglichung einer Schmerzbehandlung mit Chloroform durch erstere. Das so genannte ›Twilight Sleep Movement‹ in den USA ist ein Beispiel dafür, wie der organisierte Kampf von Frauen für eine schmerzfreie Entbindung und die Möglichkeit zur Geburt im Krankenhaus Anlass für einen Konflikt mit Ärzten gab, die der Meinung waren, zu viele Frauen bedienten sich Methoden der Schmerzlinderung.³⁹

Die Aktivitäten von Frauen bei der Veränderung der medizinischen Entbindungsfürsorge sind dennoch historisch im Allgemeinen verborgen geblieben. Nur selten sind ihre Stimmen vernehmbar und ihre Entscheidungen wahrnehmbar geworden, was für viele Frauen ein Anknüpfen an solche Aktivitäten erschwert hat. Mir ist nur ein Fall begegnet, bei dem an ein historisches Beispiel angeknüpft wird. *Vi mänskor* zitierte die Tänzerin Isidora Duncan, die in ihrer 1929 erschienenen Autobiographie *Mitt liv (Mein Leben)* ihre Entbindung im Jahr 1906 beschrieb. Sie schilderte das Gebären als unerträgliche Tortur und rief aus:

Erzählt mir nichts von Frauenfragen und Wahlrechtsbewegung, bevor nicht die Frauen dieses, wie ich finde, völlig sinnlose Übel abgeschafft und die Geburt wie alle anderen Operationen auch schmerzfrei und erträglich gemacht haben.⁴⁰

Sie war angesichts der Versäumnisse der Wissenschaft verärgert:

Wenn ich daran denke, was ich ertragen musste und was viele andere Frauen dank dem unsagbaren Egoismus und der Verblendung der Wissenschaft aus-

38 MILTON: 2001, 155–156 koppelt das schwache Interesse der werdenden Mütter an Geburten im Krankenhaus in Schweden in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts an die schlechten Möglichkeiten der Schmerzbehandlung.

39 MARLAND: 2000.

40 »Låt mig inte höra talas om någon kvinnosak eller rösträttsrörelse, förrän kvinnorna ha gjort slut på denna, som jag tror, fullkomligt gagnlösa vända och börjat yrka på att förlossningar i likhet med alla operationer skola företagas smärtfritt och uthärdligt.« Zitiert nach *Vi mänskor* 1971:2, 8.

halten müssen, die solche Scheußlichkeiten zulassen, obwohl sie verhindert werden könnten.⁴¹

Der Artikel endete mit den Worten: »Vieles ist seitdem in der Forschung passiert. Dennoch erleben Frauen immer noch Leiden wie die Isadoras.«⁴²

Die Aktivitäten von Frauen, ihre Versuche, ihre Erfahrungen als Kenntnisse, die wahrgenommen werden und zu Veränderungen der Entbindungsfürsorge führen konnten, zu Gehör zu bringen, hatten persönliche und politische Brisanz. Die Erzählungen gingen von der eigenen Erfahrung der Niederkunft aus, aber die Erfahrungen wurden politisiert und zum Ausgangspunkt einer Infragestellung von Wissen bzw. des Verhältnisses zwischen Wissensgegenstand und Wissendem bezüglich der Entbindungsfürsorge. In solchen Stellungnahmen erschien Technik nicht als Bedrohung, sondern es wurde behauptet, der Zugang zu ihr würde Frauen durch Ärzte vorenthalten. Die Ärzte wurden auf die Anklagebank gesetzt, weil sie den Schmerz beim Gebären als etwas Natürliches bezeichneten und weil sie verhinderten, dass Frauen Nutznießerinnen des wissenschaftlichen Fortschritts in der Schmerzbekämpfung wurden.

Die Beschreibung der Ärzteschaft durch die Frauenbewegung stimmt mit dem Bild überein, das die Geschichtswissenschaft gezeichnet hat. Sie argumentiert, schwedische Geburtshelfer hätten die Niederkunft lange als einen natürlichen, physiologischen Prozess betrachtet. Es könne von einem deutlichen Unwillen gegenüber Eingriffen in den Geburtsverlauf zumindest bis in die Zwischenkriegszeit die Rede sein. Eine geduldig abwartende Haltung war bis in die 60er Jahre das Ideal. Ärzte, die Versuche mit Operationen und Eingriffen machten, wurden scharf kritisiert.⁴³

41 »När jag tänker på vad jag fick utstå, och vad många andra kvinnor få utstå tack vare vetenskapens utsägliga egoism och förblindelse, vilka tillåta sådana ohyggligheter, trots att de kunde förhindras.«

42 »Mycket har hänt på forskningens område sedan dess. Detta till trots upplever kvinnorna fortfarande plågor liknande Isadoras.«

43 MILTON: 2001, 73–74, 147–154.

Der gebärende Mann – feministischer Humor als Vergrößerungsglas

Gruppen, die die gegebene Ordnung herausforderten und Veränderungen anstrebten, haben in ihrem Kampf oft Humor benutzt. Die Behauptung, die Situation sei anders, wenn Männer Kinder gebären könnten, taucht immer wieder in der Debatte auf. Ausgehend von zwei Beiträgen möchte ich Figurationen des gebärenden Mannes in der Schmerzlinderungsdebatte beschreiben.⁴⁴

In einem Comic in *Kvinnobulletinen* befinden wir uns mitten in der Nacht in einer sterilen Notaufnahme. An der Wand tickt eine Uhr auf Mitternacht zu, und vor dem dunklen Hintergrund leuchten zwei weiße Medikamentenschränke. Ein Mann liegt, bloß in Unterhosen gekleidet, auf einer harten Trage und sieht schräg nach oben hinter sich einen männlichen Arzt in weißem Kittel mit Spiegel an der Stirn an, während dieser konstatiert:

»Dieser Blinddarm muss raus! Naaa, sollen wir ihn entfernen, bevor er durchbricht? Ich nehme an, Sie kennen die Prophylaxemethode, also rufen wir wohl am besten Ihre Frau, damit Sie jemanden haben, mit dem Sie atmen können, wenn wir ihn rausschneiden.«⁴⁵

Der Mann antwortet bestürzt: »Was! Sie werden mich doch wohl betäuben. Ich habe niemanden zum Atmen, ich bin doch unverheiratet. Au, Ah!«⁴⁶ Auf dem nächsten Bild sieht man den Arzt die Hände vor der Brust kreuzen und mit einer verbitterten und bekümmerten Miene sagen:

Aber mein Lieber, Sie wissen doch, dass wir seit 1. Januar Gleichheit zwischen den Geschlechtern haben, und Frauen bekommen schließlich nur zu Bürozeiten eine Betäubung, wenn sie gebären, also gilt dieselbe Regel nun für alle Operationen. Übrigens ist eine Blinddarmoperation nicht so schmerzhaft wie

44 Meine Deutung des Humors als technowissenschaftlicher Zerrspiegel, der Alternativen aufzeigt, ist inspiriert von Haraways wiederholter Benutzung von Bildern und Figurationen, vgl. z. B. HARAWAY: 1997, 8–12, 173–212. Anne Lidén, feministische Künstlerin der 70er Jahre, beschrieb den Humor als Waffe gegen Machthaber unterschiedlicher Art, als satirisches Spiel mit Widersprüchen, das gleichermaßen Gelächter wie Reflexion auslösen sollte: *Vi mänskor* 1974:2, 20–24.

45 »Den här blindtarmen måste bort! Nååå, ska vi ta den innan det blir en brusten blindtarm? Ni har läst profylaxmetoden förmodar jag, så det är väl bäst att vi kallar på er fru så ni får någon att andas med när vi skär bort den.«

46 »Vaa! Ni söver väl mig människa. Jag har ingen att andas med, jag är ju ogift ju. Aj, oj!«

eine Geburt sein kann. Daran hätten Sie früher denken sollen – es ist keine Kunst, die Prophylaxemethode zu erlernen.⁴⁷

Auf dem dritten und letzten Bild hat der Arzt die Hände in einer Geste des Unverständnisses ausgestreckt angesichts der Tatsache, dass der Mann unverheiratet ist, und sagt:

Keine Frau zum Atmen? Nun ja, wir setzen inzwischen voraus, dass alle Frauen haben, die mithelfen. Die Regierung spart im Moment Geld, wie sie es bei Geburten immer schon gemacht hat, also freuen Sie sich doch über eine Krone Steuern weniger. Außerdem haben schon viele Männer eine Blinddarmoperation ohne Narkose überstanden, warum sollten Sie es nicht auch tun. Sie können auch bis morgen früh warten, aber dann ist der Blinddarm bestimmt durchgebrochen und vielleicht haben wir dann auch wichtigere Dinge zu tun, als Betäubungen zu geben. Also entscheiden Sie sich schnell.⁴⁸

Die Haare des Mannes stehen nun vor Angst zu Berge und er schreit: »Aber das ist doch Wahnsinn. Es kann doch wohl nicht helfen, mit jemandem zu atmen. Hiilfe!!!«⁴⁹

Das Ausgeliefertsein des Mannes auf der kalten, harten Trage, spielt auf die Nacktheit der Frau und die routinemäßige Platzierung ihrer Füße in Fußstützen bei der Entbindung an.⁵⁰ Die liegende Gebärstellung, die vor den 80er Jahren nie in Frage gestellt wurde, war ein Resultat des Eintritts des Arztes ins den Raum der Geburt. Sie ist eine passive, ausgelieferte Position mit ideologischen Implikationen von weiblicher Unterordnung und ärztlicher Superiorität.⁵¹ Die Platzierung auf dem Untersuchungsstuhl

47 »Men snälla ni, ni vet att från 1 januari ska vi ha jämlikhet mellan könen och kvinnor får bara bedövning under kontorstid när de föder barn, så nu gäller samma regler för alla operationer också. Förresten är en blindtarmsoperation inte lika smärtsam som en förlossning kan vara. Det här skulle ni nog ha tänkt på tidigare – att lära sig profylaxmetoden är ingen konst.«

48 »Ingen fru att andas med? Tja, vi förutsätter numera att alla har fruar som ställer upp. Landstinget spar pengar nu, som de alltid gjort när det gäller förlossningar, så gläd er istället åt en krona mindre i skatt. Förresten har massor med män klarat blindtarmar utan bedövning så varför skulle inte ni göra det. Ni kan ju vänta till åtta i morgon bitti, men då är nog blindtarmen sprucken och vi har kanske viktigare saker att göra också än att ge bedövning. Bestäm er nu fort.«

49 »Det här är ju inte klokt. Inte hjälper det väl att andas med någon. Hjääälp!!!« *Kvinnobulletinen* 1975:2, 29.

50 Für eine Beispiel der Verwendung von Fußstützen in der Praxis vgl. HUSS SANDLER: 1981, 33, 35.

51 OAKLEY: 1984, 183. In *Morgonbris* 1975:1, 8–9, berichtet eine schwedische Frau, wie während ihrer Entbindung in einem amerikanischen Krankenhaus ihre Arme und Beine festgebunden worden seien.

des Gynäkologen kann als eine sexualisierte, nahezu pornografische Position gewertet werden.⁵² Auch wenn dies vielleicht eine Überinterpretation der Bildsprache bedeutet, so kann doch die Körperhaltung des Mannes im letzten Bild, mit der zu dieser Zeit verbreiteten Entbindungsstellung – mit den Füßen in Fußstützen – oder mit der Körperhaltung in der gynäkologischen Untersuchung verglichen werden, was noch dadurch unterstrichen wird, dass der Arzt zwischen den gespreizten Beinen des Mannes platziert ist. Die Abbildungen und die Konversation verwandeln den Körper des Mannes in einen gebärenden Frauenkörper – gleichzeitig ist er ein Mann, der durch einen Blinddarmdurchbruch gefährdet ist. Die Situation verweist auf die bildliche wie buchstäbliche Überordnung des stehenden Arztes und die Unterordnung des Patienten. Gleichzeitig entsteht ein interessantes Gleiten ihres Verhältnisses, wenn der Patient die Professionalität, sogar den Verstand des Arztes in Frage stellt und um Hilfe ruft, als sei er Opfer eines Überfallversuchs. Ist ein Arzt, der die Normen für Blinddarmoperationen bricht und prophylaktisches Atmen befürwortet, ein richtiger Arzt? Der Comic in *Kvinnobulletinen* problematisiert Ungleichbehandlungen in den technowissenschaftlichen Praktiken der Schmerzbehandlung, und stellt die Frage, ob dieser Unterschied an Fragen des Geschlechts gebunden ist.

Im Comic erschienen eine Reihe von Anspielungen auf die Geburten-debatte, auf die in diesem Zusammenhang zentralen Praktiken und Artefakte. Der vergrößernde und verdrehende Zerrspiegel des Humors enthüllt Normen und stellt die in der Kranken- und Entbindungsfürsorge etablierten Annahmen über Geschlecht, Körper, Technik und Natur in Frage. Er versucht, alternative Möglichkeiten zu schaffen, den Körper zu begreifen. Ich glaube, dass Darstellungen wie diese und die folgenden nicht bloß als Slapstick, als Scherz auf Kosten der Männer gesehen werden, sondern in einem weiteren Kontext gedeutet werden können. Mittels der Evozierung von Bildern gebärender Männer bezog die Frauenbewegung Stellung gegenüber einer medizinischen Tätigkeit, die den männlichen Körper zu Ausgangspunkt, Forschungsobjekt und Norm machte. In der medizinischen Forschung ist der weibliche Körper einerseits vernachlässigt, andererseits als vermeintlicher biologischer Beweis weiblicher

52 NILSSON: 2003, 203–209 verweist auf die sexuellen und klassenbezogenen Aspekte des Ausgeliefertseins von Frauen im gynäkologischen Untersuchungsstuhl.

Unterlegenheit in den Blick genommen worden.⁵³ Indem der männliche Körper in den Kreißsaal gelegt wurde, konnte die Frauenbewegung an verbreitete Vorstellungen vom ›Normalen‹, also vom männlichen Schmerzempfinden, appellieren. Der leidende Körper selbst wurde so ins Zentrum gerückt. Wenn die Forderung konkret vom Frauenkörper ausging, tendierte die Aufmerksamkeit dazu, sich auf einen medizinischen Risikodiskurs und/oder einen psychologischen Diskurs über die Mutter-Kind-Bindung zu verschieben: Schmerzlinderung könne gut für das Kind sein, das so nicht dem akuten Stress der gebärenden Mutter ausgesetzt sei, und die Frau könne leichter emotionale Bindung zum Kind entwickeln, wenn sie keine Schmerzen empfunden habe. Wenn sie ein positives Bild des Entbindungsvorgangs entwickle, sei auch das künftige Zusammenleben der Lebenspartner nicht gefährdet.⁵⁴

Auch *Fredrika Bremerförbundet* stellte sich hinter die Schmerzlinderungsforderung. Der Verein forderte, der Parlamentsbeschluss von 1971 sollte in einer erhöhten Zahl von Untersuchungen durch *Socialstyrelsen* resultieren, und fragte, ob eine vergleichbar verbreitete Nonchalance möglich wäre, wenn Männer Kinder bekommen könnten. In einem Dialog in *Hertha* von 1978 treffen wir einen weiteren gebärenden Mann im Dienste des feministischen Humors – diesmal bei einem Zahnarzt, der fragt, ob der Mann vor dem Besuch schlecht vorbereitet und nervös sei. Als dieser erfährt, dass er keine Betäubung bekommen soll, wird er unruhig, woraufhin der Zahnarzt vorschlägt, über die Situation zu sprechen, und fragt, ob der Mann eine gutes Verhältnis zu seinem Vater habe. Als der Patient überrascht sagt, dass dem so sei, antwortet der Zahnarzt zufrieden:

Nun, in der Regel ist dann überhaupt keine Narkose nötig. Sie können eine schöne natürliche Zahntfernung bekommen [...] Sie können die ganze Zeit dabei sein [...] Denken Sie daran, dass schon eine Menge Männer so etwas erlebt haben, und atmen Sie kurz und schnell und tief, während ich am Zahn ziehe.⁵⁵

53 Ein Überblick bei HAMMARSTRÖM: 2004. Zum Beispiel baut das Wissen um Herzerkrankungen überwiegend auf Studien an Männern auf, was dazu geführt hat, dass Risikofaktoren bei Frauen (die gelegentlich andere sind als bei Männern) nicht wahrgenommen werden. Frauen haben in der Vergangenheit oft auch weniger aktive und zu dem kostengünstigere Behandlungen bekommen als Männer.

54 Für eine diesbezügliche Diskussion vgl. JANSSON: 2004 – unpubliziertes Paper für eine Konferenz in Gripsholm.

55 »Ja, då behövs som regel ingen bedövning alls. Då kan ni få en fin naturlig tandutdragning. [...] Ni får vara med hela tiden. [...] Tänk på att massor av män har gått igenom det här före er, andas kort och snabbt och djupt medan jag rycker i tanden.«

Der Mann reagiert erschreckt und behauptet nun, er habe im Gegenteil überhaupt kein gutes Verhältnis zu seinem Vater, was die Sachlage allerdings nicht verändert. Stattdessen wird er aufgefordert, schneller zu atmen, um das Gefühl zu entwickeln, er steuere den Verlauf des Eingriffs. Der Dialog endet damit, dass der Patient mit dem Zahn in der Hand auf die Straße wankt. »Er war so mitgenommen von der Behandlung, dass er einen für den Abend geplanten Vortrag absagen musste. Der Vortrag sollte von der natürlichen Geburt handeln.«⁵⁶

Der Dialog in *Hertha* weist viele Parallelen zum Comic in *Kvinnobulletinen* von 1975 auf, allerdings ist hier die Kritik an bestimmten Vorstellungen von natürlicher Entbindung spezifischer. So wurden in diesem Dialog beispielsweise die Atemtechniken, die in der Psychoprophylaxemethode zentral waren, in Frage gestellt. Die Fragen des Zahnarztes bezüglich des Verhältnisses des Patienten zu seinem Vater scheinen auf bestimmte Bemerkungen von Ärzten und Psychologen in dieser Periode anzuspielen. *Läkartidningen* publizierte eine Reihe von Untersuchungen, die behaupteten, dass komplizierte Geburten und starke Schmerzen auf ein ambivalentes Verhältnis zu Schwangerschaft, Kinderkriegen und zur Rolle als Mutter zurückzuführen seien. Die Forscher meinten, dass die Debatte um das Recht auf pharmakologische Schmerzbehandlung eine unglückliche Fokussierung auf den Schmerz aufwies. Stattdessen propagierten sie eine stärker psychologische Gewichtung und untersuchten Faktoren wie Kindheit und Aufwachsen der Frauen, psychische Symptome, sexuelle Verhältnisse, Einstellungen zur gegenwärtigen und möglichen künftigen Schwangerschaften. Das Verhältnis zu Mutter und Vater war einer der Parameter, die mit dem Erlebnis komplizierter Niederkunft in Verbindung gebracht wurden. Einem Artikel galt »die Identifikation und die Akzeptanz der reproduktiven und femininen Rolle« als zentraler Ausgangspunkt.⁵⁷ Die Verfasser konstatierten, dass ein bestimmter Frauentyp – diejenigen, die sich weniger stark mit der eigenen Mutter identifizierten und »maskuline« Eigenschaften präferierten – die größte Zahl von Symptomen nach der Entbindung aufwies. Auch Frauen, die sie als »beherrscht, ›kühl‹ und unabhängig« beschrieben, befanden sich in der

56 »Han var så tagen av utdragningen att han måste inställa ett föredrag han tänkt hålla på kvällen. Föredraget skulle handla om naturliga förlossningar.« *Hertha* 1978:4, 32–33.

57 *Läkartidningen* 1972:26, 3126; 1972:27, 3265–3271. Ähnliche Resümees in *Läkartidningen* 1974:20, 2062, 2067–2071. Beachtenswert ist, dass diese Untersuchungen bereits vor der Feststellung des Rechts auf Abtreibung 1975 vorgenommen worden waren.

Gefahrenzone. Einen ähnlichen Blickwinkel hatte ein Bericht von einem internationalen Kongress für psychosomatische Obstetrik und Gynäkologie. Ein indischer Professor behauptete hier, dass Frauen aus ländlichen Gebieten Indiens im Gegensatz zu »den kultivierten Stadtfrauen« mit westlichem Lebensstil nur sehr wenige »psychosomatische Symptome« wie schwere Geburtsschmerzen aufwiesen.⁵⁸ Der Dialog in *Hertha* nimmt solche Ansprüche auf Expertise auf und verdreht sie, indem das Verhältnis des gebärenden Mannes zu seinem Vater als relevant für seine Empfindung von Angst und Schmerzen in seiner unterlegenen Position betrachtet wird.

Expertenwissen wie dieses stand auch im Fokus einer kritischen Durchsicht von Ratgeberliteratur aus den 70er Jahren: Sie sei »geschrieben von Leuten, die sich dazu berufen fühlen, uns zu erklären, wie wir eigentlich funktionieren und was mit unseren Körpern passiert, wenn wir schwanger sind.«⁵⁹ Die Verfasserin fand, dass die gesellschaftlich »beliebtesten Ideen über Frauen«⁶⁰ in solche Bücher gesteckt würden, dass hier jedoch die soziale Wirklichkeit und die Erfahrungen von Frauen überhaupt keinen Eingang fänden. Sie kritisierte, wie das Verhältnis zwischen Müttern und Töchtern hier zu etwas Körperlichem, Privaten und Psychologischen wurde:

Wenn die Erinnerung an meine Mutter jetzt eine Mischung aus Liebe, Schuldgefühlen und Trauer ist, dann hat das nichts mit meiner körperlichen Schwangerschaft zu tun: Es hängt mit einem Frauenalltag zusammen, der zu unbequem ist, um in Handbücher zu geraten.⁶¹

Ende der 60er und zu Beginn der 70er Jahre begann man, neue technische und medizinische Methoden der Schmerzminderung in bestimmten schwedischen Kliniken anzuwenden. Einzelne Frauen und Frauenorganisationen wurden bald dieser Möglichkeiten gewahr, verlangten Zugang zu solchen Methoden und kritisierten Ärzte, die behaupteten, Geburtsschmerzen seien natürlich. In der Schmerzdiskussion nahmen Wissens-

58 *Läkartidningen* 1978:10, 977–978.

59 »skrivna av folk som känner sig kallade att förklara för oss hur vi egentligen fungerar och vad som händer med våra kroppar och våra upplevelser, när vi väntar barn«.

60 »käraste idéer om kvinnor«.

61 »om minnesbilden av min mor är en blandning av kärlek och skuld känslor och sorg för mig nu, så har det inte med min kroppsliga graviditet att göra: det hänger ihop med en kvinnovardag som är för obekvämt för att hamna i handböckerna.« *Kvinnobulletinen* 1979:I, 12–14.

fragen eine wichtige Rolle ein. Wer konnte und sollte den Schmerz beurteilen, wer konnte sich über seine Natur äußern, wer hatte die Macht und das Wissen, die richtige Schmerzlinderungsmethode zu bestimmen, und wer sollte sie haben? War Schmerz ein Gegenstand der medizinischen Expertise, oder etwas, das Frauen erlebten? In dieser Periode kreisten Fragen um Wissen und Anspruch auf Wissen um die Schmerzlinderungstechnik (als Symbol und Praktik). Bereits wenige Jahre später veränderte sich dies, wie nun dargestellt werden soll.

Unter Hebammen, Hexen, Muttergöttinnen und den Frauen der Welt – auf der Suche nach dem Damals und Dort der natürlichen Niederkunft

»Wir müssen unsere Körper zurückerobern!« lautete 1974 eine Überschrift in *Vi mänskor*.⁶² Dies war einer der ersten Beiträge in den Zeitschriften, der davon sprach, wie Frauen das Wissen um den Körper wiedergewinnen sollten, um die Kontrolle über die Entbindung zu erlangen. Mitte der 70er Jahre begann die Argumentation mehr und mehr von Natur/Natürlichem als etwas Positivem auszugehen und gegen Ende des Jahrzehnts waren Natur und Natürlichkeit zentrale Begriffe der Debatte. Auch wenn die Forderung nach pharmakologischer Schmerzlinderung weiter gestellt wurde, wurde die Technik, die zuvor als Plattform für Veränderungs- und Wissensansprüche genutzt worden war, sehr negativ konnotiert als Instrument männlicher Macht dargestellt. »Die weibliche Kunst der Niederkunft baute auf die Natur – als die Männer die Bühne betraten, kam die Technik.«⁶³ Im Unterschied zur vorhergegangenen Periode habe ich keine Stellungnahmen, Aktionsprogramme oder Verlautbarungen von großen Treffen der Frauenorganisationen gefunden. Manchmal wird nicht recht deutlich, wer hinter Ideen und Aussagen in den Zeitschriften stand. Dass sich jedoch die Stoßrichtung der Beiträge und Debatten änderte, geht klar hervor. Ein interessanter Aspekt dabei ist, dass in dieser Periode Äußerungen von Repräsentanten der Pflegeinstitutionen – Krankenpflegerinnen, Hebammen, Gynäkologen und Forscher – in den Zeitschriften viel Platz eingeräumt wurde, sei es in Form von In-

62 »Vi måste återerövra våra kroppar!« *Vi mänskor* 1974:1, 10.

63 »Den kvinnliga förlossningskonsten byggde på naturen – med männens inträde på scenen kom tekniken.« *Kvinnotidningen* Q 1982:5–6.

terviews oder eigener Beiträge. Viele Artikel befassten sich auch mit Künstlern und Ausstellungen mit auf Körper und Geburt bezogenen Thematiken.

Der Ausdruck »den Körper zurückerobern« signalisierte, dass es nun um die Frage des *Kampfes* um die *Rückgewinnung* des Wissens um den Körper, aber auch um den Körper selbst ging. Es gab einen *Feind* – jemanden oder etwas, das dieses Wissen ans sich gerissen hatte, und eine *Zeit*, in der solches Wissen den Frauen gehört hatte. Ich werde im Folgenden einige Grundzüge des Gedankens der Rückeroberung durch Identifikation und Analyse der in den Zeitschriften auffindbaren Figurationen betrachten. Wie sahen diese aus, auf welche Vorstellungen gründeten sie? Was sagen sie aus über die Bedingungen des Kampfes der Frauen?

Ideen und Erzählungen von und über Hebammen wurden als wichtige Verbindung zur Wiedererlangung von Wissensbeständen alter Zeiten um die Niederkunft als natürlicher Vorgang angesehen. Die praktischen Kenntnisse der Hebamme waren zentral; ihre Fähigkeit, das Fortschreiten der Niederkunft mit den Händen zu erfühlen, die Handgriffe, die, wenn nötig, zur Drehung des Kindes im Mutterleib angewendet wurden, die Fähigkeit zur Beurteilung des Zustands des Fötus mit dem Stethoskop. Sie besaß Kenntnisse zur abwartenden Begleitung des Laufs der Natur. Sie war aber auch wichtig für die Schaffung stärker gleichberechtigter Beziehungen im Kreißsaal. Begriffe wie »Unterlegenheit«, »Übergriff« und sogar »Vergewaltigung« waren wichtige Schlagworte der Artikel, um zu beschreiben, wie die gebärenden Frauen eine technologisch geprägte Entbindung mit ihrem ungleichen, hierarchischen Charakter empfanden.⁶⁴ Die Hebamme stand für ein anderes Machtverhältnis; sie hörte zu, bewachte, fühlte sich ein. Aber auch die Technik hatte ihren Platz; in den Händen der Hebamme konnte sie den Maßgaben der Wöchnerin und der Hebamme gemäß angewendet werden.

Einige Hebammen stachen als zentrale Gestalten hervor – Signe Jansson stand dabei in vorderster Reihe. Seit den 60er Jahren hatte sie eine Reihe von Reisen nach Frankreich unternommen, um Psychoprofylaxe und andere Methoden natürlicher Entbindung zu studieren, und sie war eine enthusiastische Befürworterin der Einführung solcher Methoden in Schweden. Sie war Hebamme in dem Film, den Gudrun Schyman und Lasse Westman über ihre Psychoprofylaxe-Entbindung machten; ein

64 Vgl. z. B. *Hertha* 1984:1, 18.

Film, der von vielen *Landsting* (regionalen Landtagen) erworben und Elterngruppen in Mütterberatungsstellen im ganzen Land gezeigt wurde. In einem Artikel in *Hertha* 1984 bezeichnete sie sich selbst als »Hexe« und befürwortete »mehr Hexen im Kreißaal«. Jansson meinte, »die technische Hebamme [...] verlässt sich auf die Technik und traut sich nicht, die Gefühle der Frauen anzunehmen«. ⁶⁵ Gleichzeitig war sie gegenüber der Technik nicht grundsätzlich negativ eingestellt, sondern meinte, es sei wichtig, dass diese bei Eintreffen ernster Schwierigkeiten zur Verfügung stehen müsse. Die Hausgeburt sei nicht zu empfehlen, stattdessen sollte »jeder Kreißaal [...] wie ein Zuhause wirken«. ⁶⁶ Sie war der Überzeugung, ihre Kollegen, besonders Hebammen, versuchten sie auszuschließen, vor allem wenn sie versuchte, ihre Ideen einer stärker psychologisch orientierten Entbindungsbetreuung zu verbreiten. Ihre Fähigkeit, Schmerzen durch Massage zu behandeln, habe mehr als einen Arzt dazu gebracht, »etwas verachtungsvoll über Magie und Zauberkunst die Nase zu rümpfen«. ⁶⁷ Die Hebamme Beatrice Hogg war eine weitere wichtige Gestalt. Sie war früher bereits in *Grupp 8* aktiv gewesen, hatte aktiv für Schmerzlinderung bei der Entbindung gekämpft, dann aber ihren Standpunkt geändert. Sie war nunmehr der Überzeugung, pharmakologische Schmerzlinderung sei gefährlich. Sie war auch eine der wenigen schwedischen Hebammen, die offen Hausgeburten praktizierte und propagierte. Für sie war die Geburt im eigenen Zuhause Teil des ideologischen Kampfes gegen eine Medizin, die die Entbindung als Krankheit begriff und Frauen zu passiven Empfängern von Expertenwissen machte. Frauen sollten »sich selbst entbinden«. ⁶⁸ Sie wollte »das Wissen zu den Menschen zurückführen, ein Wissen um Dinge, die natürlich sind, die Menschen zu allen Zeiten getan und überstanden haben«. ⁶⁹

65 »tekniska barnmorskan [...] förlitar sig på tekniken och vågar inte ta emot kvinnans känslor«.

66 »varje förlossningssal [...] känns som ett hem«.

67 »att lite föraktfullt fnysa om magi och trollkonst«. *Hertha* 1984:1, 17–18. Jansson gründete eine Forschungsabteilung in Ystad, die viele Frauen aufsuchten, die natürlich entbinden wollten. Vgl. HOGG, JANSSON und STIEGE: 1988; JANSSON: 1979. Vgl. ein Interview mit Schyman und Westman in *Morgonbris* 1981:1, 12–13. Für eine weitere Reportage über Signe Jansson siehe *Rödhättan* 1978, 5:17, 22–32.

68 »forlösa sig själva«.

69 »föra tillbaka kunskaperna till människorna, kunskaper om sådana saker som är naturliga, som människor klarat av och gjort i alla tider«. *Kvinnotidningen Q* 1982:5–6., 18–20. Vgl. auch HOGG, JANSSON und STIEGE: 1988.

Eine andere Figuration mit Parallelen zur Figur der Hexe war die Muttergöttin – eine Gestalt, die die spirituellen Dimensionen der natürlichen Entbindung hervorhob. Die Muttergöttin war ein mythisches und mystisches Symbol, das mit einer ökologischen Orientierung bezüglich Feminismus, Frauenkultur und Geburtsfragen korrelierte. Dies traf vor allem auf Künstlerinnen zu, die ausgehend vom Gedanken eines ursprünglichen, naturverbundenen Matriarchats arbeiteten. Monica Sjöo versah ihr monumentales Gemälde *God Giving Birth* (1968) mit einer nackten Frau, deren Gesicht zur Hälfte weiß und zur Hälfte schwarz war, und die, im Weltraum schwebend, ein Kind gebar. Den Angaben zu Folge entstand das Bild nach einer ›kosmischen Erfahrung‹ bei der Geburt eines ihrer Kinder.⁷⁰ Die Niederkunft war ein wichtiges und wiederkehrendes Element ihrer Gemälde. Für die Ausstellung *Kvinnoliv (Frauenleben)* 1974 in Lund schrieb sie im Katalog:

Ich versuche selbst, ein neues Frauenbild zu schaffen, das auf meiner eigenen und den Erfahrungen anderer beruht – die Frau als Subjekt, schöpferisch, stark, arbeitend, gebärend, kämpfend, aber auch Mystikerin.⁷¹

Die Künstlerin Benedict Bergman schuf in ihrer textilen ›Skulptur‹ *Die Gebärmutter* etwas, was sie als en »eine deutliche feministische Manifestation« bezeichnete. Sie erzählte, wie Menschen Schlange standen, um in das Kunstwerk (also die Gebärmutter) einzutreten und, nachdem sie erst Stiefel und Schuhe ausgezogen hatten, Wassergeräusche, Musik sowie ein Gedicht anhörten, das die Botschaft der Gebärmutter von einer veränderten Welt, einem neuen Menschen und einer neuen Kultur vermittelte. Ihr Werk war 1979 Teil der Ausstellung *modersmyt – moderskap – mänskoskap (Muttermythos – Mutterschaft – Menschsein)*, eine von mehreren Ausstellungen von Künstlerinnen, die die Kunst der 70er Jahre kenn-

⁷⁰ Monica Sjöo wurde 1938 in Schweden geboren, aber zog später nach Großbritannien. Sie wirkte in den 70er Jahren an mehreren großen Ausstellungen mit. Die Angabe über ihr kosmisches Erlebnis bei der Geburt findet sich in der Todesanzeige in *Dagens Nyheter* 31/8 2005. In *Vi mänskor* 1973:4, 22–26 erzählte sie, wie sie nach der Geburt ihres zweiten Kindes versuchte, das Gebären als physisches und spirituelles Erlebnis künstlerisch zu vermitteln.

⁷¹ »Jag försöker själv skapa en ny kvinnobild baserad på egna erfarenheter och andras – kvinnan som subjekt, skapande, stark, arbetande, födande, kämpande, men också mystiker.« *Vi Mänskor* 1974:2, 27. Für weitere Artikel über Sjöo siehe *Kvinnobulletinen* 1983:6, 26; *Kvinnotidningen Q* 1983:1, 17–18.

zeichneten.⁷² Es ist schwer zu sagen, wie wichtig die Rolle der Gebärmutter Symbole und Muttergöttinnen in der Geburtendebatte war, jedenfalls hatten sie als Figurationen von Spiritualität, Schöpfertum und Liebe eine herausragende Stellung in den untersuchten Zeitschriften.

Figurationen nicht-westlicher Frauen, die dem Anschein nach der Natur näher waren und von authentischerer Körperlichkeit, waren dem gesichteten Material nach in den schwedischen Frauenorganisationen nicht besonders wichtig. Im medizinischen Diskurs zur Niederkunft spielte dagegen das unkomplizierte Entbinden der vermeintlich primitiven Frauen eine bedeutend auffälliger Rolle.⁷³ Darstellungen dieser Art knüpften an einen kolonialen Diskurs an, der ›die anderen‹ als natürlicher, in engerem Kontakt mit einem wahren und unzerstörten Frauenkörper beschreibt, der Wissen etwa um die Geburt besitzt.⁷⁴ Wo solche Gedanken in den Zeitschriften auftauchten, wurden sie von Vertretern der Medizin und von *Socialstyrelsen* geäußert. In einem Interview mit Ingrid Tamm Bambade, einer Gynäkologin und Sachverständigen in einem Projekt von *Socialstyrelsen* für Pflegepersonal zu Fragen der Sexualität und des Zusammenlebens in *Morgonbris*, balancierte das Resümee über ›die Einwandererfrau‹ zwischen den Polen Natürlichkeit und Sterblichkeit, zwischen Gleichheit und Differenz. Während die Ärztin einerseits unterstrich, dass es eigentlich keine Unterschiede zwischen Frauen aus verschiedenen Ländern gäbe, dass die Probleme von Frauen überall auf der Welt dieselben seien, standen andererseits doch die Differenzen im Fokus der Interviewfragen und –antworten. Auf die Frage, ob Migrantinnen mehr Angst zeigten oder die Geburt im Krankenhaus fürchteten, antwortete sie:

Meiner Erfahrung nach haben es viele Einwandererfrauen besser als die schwedischen Frauen. Die Türkinnen etwa sind sich ihrer Frauenrolle und ihres Gruppenzusammenhalts so sicher.

Für türkische Dorffrauen ist das Gebären psychologisch gesehen ganz natürlich. Schwangerschaft und Niederkunft bedeuten keine gewaltsame Umstellung – was es für schwedische Frauen bedeuten kann. Es ist in ihrer Kultur so selbstverständlich, Kinder, auch mehrere zu bekommen. Das heißt, bisher ist

72 *Kvinnobulletinen* 1980:1, 24–25; Vgl. auch NYSTRÖM et al.: 2005.

73 Vgl. z. B. READ: 1954, 17, 23 für solche Überlegungen.

74 Die Kritik an einem Feminismus, der um das Weltbild der westeuropäischen Frau kreist – und unter anderem farbige Frauen als ›die anderen‹ darstellt – und an einem essentialistischen Kulturbegriff, ist innerhalb der postkolonialen Theorieschule inzwischen umfassend. Vgl. etwa HOOKS: 1990; NARAYAN: 2000.

es so. Das Muster ändert sich auch für sie, wenn sie feststellen, wie schwer es ist, sowohl zu arbeiten als auch mehrere Kinder zu haben.

Der Glaube ans Schicksal spielt in ihrer Religion auch eine große Rolle. Sie empfinden es als selbstverständlich, dass sie den Schmerz bei der Geburt als etwas durchstehen müssen, das das Schicksal ihnen auferlegt. Sie haben im Allgemeinen fast größere Angst vor zu viel Narkose und komplizierten Methoden, z. B. der Rückenbetäubung.

Sie sind es gewohnt, zu Hause zu gebären [...] Sie fahren äußerst ungern ins Krankenhaus. Wenn es Ärzte und Hebammen in Dauerbereitschaft für Hausgeburten gäbe, würden sie diese wohl vorziehen. Ich hatte z. B. eine Frau als Patientin, die bisher neun Kinder hockend zu Hause geboren hatte. Sie wurde für die Niederkunft ins Krankenhaus gebracht und war sehr verängstigt und schockiert, was zu einer Infektion beitrug.⁷⁵

Im Text gleitet die Kategorie ›Einwandererfrau‹ offensichtlich ungebremst zuerst zu ›türkischen Frauen‹ über, dann zu ›türkischen Dorffrauen‹, um am Ende bei einer einzelnen Frau zu landen, die neun Kinder »hockend zu Hause« bekommen habe. Für diese Frauen sei die Entbindung »ganz natürlich«, da die Psychologie und die ›Frauenrolle‹ mit den kulturellen und religiösen Mustern übereinstimmten. Wenn dieses Muster in einer Gesellschaft durchbrochen werde, die (wie Schweden) von den Frauen erwarte, dass sie arbeiteten und Kinder bekämen, würden die lebensweltlichen Orientierungen solcher Frauen bedroht. Tamm Bambade präsentiert »die Einwandererfrau« als jemanden, die ganz selbstverständlich viele Kinder gebiert, in deren Vorstellungswelt der Schmerz der Entbindung etwas Schicksalhafteres ist, die sich vor dem Krankenhaus und den modernen ›komplizierten‹ Methoden fürchtet und grundsätzlich die Ge-

75 »Min erfarenhet är att en del invandrarkvinnor kan ha det bättre än de svenska kvinnorna. De turkiska kvinnorna t.ex. är så trygga i sin kvinnoroll och gruppsamhållning.

För turkiska bykvinnor är barnafödande helt naturligt, psykologiskt sett. Att vänta och att få barn innebär inte en våldsamt omställning – så som det kan göra för svenska kvinnor. Det är så självklart för kvinnor i deras kultur att föda barn och att föda flera barn.

Det vill säga än så länge. Mönstret ändras också för dem, när de upptäcker hur svårt det är här att både kunna arbeta och ha flera barn. Tron på ödet spelar också en stor roll i deras religion. De tar för självklart, att smärtan vid förlossning är något de måste gå igenom, om ödet bestämt detta för dem. De är i allmänhet nästan mer rädda för att få alltför mycket smärtlindring med komplicerade metoder, t. ex. som ryggbedövning.

De är vana att föda hemma. [...] De tycker hemskt illa om att åka in på sjukhus. Om det fanns läkare och barnmorskor med permanent beredskap för hemmaförlossningar, skulle de nog föredra dem. Jag hade t. ex. bland mina patienter en kvinna som fött sina nio tidigare barn sittande på huk hemma. Hon togs in på sjukhus vid sin förlossning och blev så skrämmd och chockad att det bidrog till att hon fick en infektion.« *Morgonbris* 1981:2, 9.

burt im eigenen Zuhause vorzieht. Diese Frauen werden »den schwedischen Frauen« gegenübergestellt, wobei unklar und im Gleiten begriffen ist, welche der Kategorien als mit Vorteilen versehen betrachtet wird. Die Handlungsspielräume von Frauen in der Gesellschaft erscheinen darüber hinaus als durch eigene, innere Faktoren und den Grad ihrer Übereinstimmung mit der Gesamtgesellschaft determiniert.

Die Ethnologin Tove Ingebjørg Fjell hat diesbezüglich aufgezeigt, wie in der norwegischen Geburtenfürsorge angenommen worden ist, Frauen mit Migrationshintergrund stünden einer natürlichen Art der Entbindung näher. Solche Frauen wurden durch die Praktiken dieser Institutionen an ihre ›Kultur‹ gebunden und es wurde davon ausgegangen, dass sie daran interessiert seien, wie ihre ›Vorfahrinnen‹ zu gebären. Mittels solcher Praktiken – die ihren Ursprung oft in Versuchen der Kommunikation und des Erreichens von Frauen mit Migrationshintergrund haben – wurde der Kulturbegriff generalisiert, und Frauen wurden zu Repräsentantinnen des ›(primitiven) Anderen‹ gemacht.⁷⁶

Kerstin Uvnäs-Moberg, Dozentin und Forscherin am *Karolinska Institutet* in Stockholm, die seit den 80er Jahren in vielerlei Kontexten eine klar biologistische Sicht auf Frauen zum Ausdruck gebracht hat, wurde 1986 in *Morgonbris* interviewt. Als Physiologin hatte sie sich einige Jahre zuvor für Reaktionen von Frauen bei Schwangerschaft und Geburt interessiert. Sie war über den geringer gewordenen Einfluss von Frauen in einem Gebiet, das diese ehemals selbst verantwortet hätten, besorgt. »Die Männer, Ärzte und Experten beherrschen die Niederkunft in einem Umfang, dass Frauen die Kontrolle und [...] das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, eine Geburt durchzustehen, verlieren.«⁷⁷ Der Artikel ist interessant, weil er zeigt, dass in den Zeitschriften zu dieser Zeit naturwissenschaftliche, rein biologische Argumentationen vorkommen und unwidersprochen bleiben konnten. Es war offenbar schwierig, ›natürliche Entbindung‹ ohne solche Untertöne zu diskutieren. Uvnäs-Moberg sprach von einer »Anti-Weiblichkeitskampagne«, die »die ursprünglichen, biologischen Eigenschaften der Frau«⁷⁸ negiere. Sie fragte sich, warum Frau-

76 FJELL: 1998b, vor allem Kapitel 6.

77 »Männerna, läkarna och experterna bemystrar barnafödandet så till den grad att kvinnorna tappar kontrollerna och [...] tilliten till sin förmåga att själva klara en förlossning.« *Morgonbris* 1986:8, 6–7.

78 »antikvinnlighetskampanj«; »de ursprungliga, biologiska egenskaperna hos kvinnan«. Ebd.

en Veränderungen mitgetragen hatten, die »so völlig unserer eigenen Tradition, unserem Wissen und unseren Instinkten zuwiderlaufe«,⁷⁹ und stellte die Anwendung der Epiduralanästhesie in Frage, da diese die körpereigene Produktion des die Wehen stimulierenden Hormons Oxytocin dämpfte, eines Hormons, das »ein Mutterverhalten weckte«⁸⁰. Oxytocin künstlich zuzuführen war keine Lösung, da dieses der Annahme nach nicht auf dieselbe Weise »Mutterverhalten« förderte wie das natürliche Oxytocin. Ärzte sollten mit »Hormonpräparaten bei gebärenden Frauen restriktiv«⁸¹ sein. Sie argumentierte auch, dass Schmerzen eine Bedeutung für das Verhältnis der Frauen zu ihren Kindern haben könne. »Die Biologie ist zu klug, die Entbindung bloß zu einer Schmerzerfahrung zu machen.«⁸² Die Entbindung sei eine Erfahrung, auf die Frauen stolz sein können, was wiederum ihr Verhältnis zum Kind beeinflussen könne.

Der Aufsatz »Kultur kring födelsen« (»Kultur rund um die Geburt«) von Charlotte Silfverstolpe und Signe Jansson wandte sich ab von Berichten über schwedische Frauen vergangener Zeiten und ihren ständigen und meist unerwünschten, auszehrenden Schwangerschaften und komplizierten Geburten und zeichnete hingegen ein Bild von der Geburt im eigenen Heim als ein von weiblicher Gemeinschaft geprägtes Ereignis.⁸³ Ihre These lief darauf hinaus, dass die Institutionalisierung der Entbindung eine Inbesitznahme der Macht durch die Ärzte implizierte, dass die Frau zum Objekt der Behandlung und mit ihren Schmerzen allein gelassen würde. Die Schmerzlinderungsdebatte der 70er Jahre hätte nicht die Handlungsspielräume für gebärende Frauen verändert, stattdessen seien Überwachungsapparaturen eingeführt worden, die »die Frau im Kindbett festnagelten«⁸⁴. Nach dieser Einleitung befassen sie sich mit einer Entbindungsstation in Kinshasa in Zaire. Dieser Ort wird Ausgangspunkt einer Diskussion um ›die Afrikanerin‹ und die afrikanische Kultur. Ein Gestank von Schweiß, Kinderurin und mitgebrachtem Essen schlage einem in der bis zum Bersten gefüllten Station entgegen, aber auch eine fröhliche Stimmung. Die Frauen, die bereits oft Kinder verloren hätten,

79 »så totalt strider mot vår egen tradition, kunskap och instinkt«. Ebd.

80 »väckte ett modersbeteende«. Ebd.

81 »restriktiva med hormonpreparat till födande kvinnor«. Ebd.

82 »Biologin är för klok för att enbart göra förlossningen till en smärtupplevelse.« Ebd.

83 SILFVERSTOLPE und JANSSON: 1981, 41, 42, 45, 47 (alle folgenden Zitate).

84 »naglade fast kvinnan i förlossningssängen«.

litten unter einer Unzahl von Komplikationen – schlechten Blutwerten, Blutverlust und Malaria. Nach der Untersuchung schicke man die Frauen in ein Milieu nach Hause, in dem sie schreckliche sanitäre Verhältnisse und die sofortige Wiederaufnahme der normalen Tätigkeiten wie Wassertragen erwarteten.

Eine gebärende Frau hockt am Boden und wiegt sich hin und her. Die Natur befindet sich in direkter Umgebung – an den Wänden sitzen kleine Geckos und draußen in der mild-warmen und dunklen Nacht erklingt der Gesang der Zikaden.

Sie gibt sich völlig der Arbeit des Gebärens hin. Sie stöhnt und schlägt sich auf die Stirn, nicht aus Furcht oder Panik, sondern wegen der Anstrengung. Sie zeigt keine Hemmungen in Bezug auf ihren Körper oder ihr Benehmen und setzt keine Ehre darein, ihr Kind still zu gebären [...]. Für die Afrikanerin ist das Kinderkriegen etwas völlig Natürliches und Selbstverständliches. Ihre Lebensaufgabe ist es ja, der Welt Kinder zu schenken, erst als Mutter wird sie als vollwertige Frau anerkannt.⁸⁵

Wir besuchen auch eine Neugeborenenabteilung, in der der physische Kontakt zwischen Mutter und Kind ›natürlich und selbstverständlich‹ ist. Geregelte Zeiten des Säugens gibt es in ›dieser Frauenkultur‹ nicht. Die Schilderung der ›afrikanischen Frau‹ dient als Gegenbild zu Frauen in Schweden, die zwar nicht mehr um ihr Leben fürchten müssen, die sich

aber passiv hätten machen lassen und vom Mann, dem Arzt, verlangten, dass er sie betäube, damit sie nicht erleben müssen, was für sie ein erniedrigendes weibliches Leiden sei: die Niederkunft.⁸⁶

Nun jedoch seien »wir westlichen Frauen auf dem Weg, unsere Frauenkultur rund um das Gebären wiederzufinden und weiterzuentwickeln.«⁸⁷

Die Frauenbewegungen waren zu dieser Zeit stark vom Gedanken der internationalen Schwesterlichkeit geprägt. Viele Artikel in den durchgesehenen Zeitschriften beschrieben Frauen in anderen Ländern in verschie-

85 »Hon ger sig totalt hän i förlossningsarbetet. Hon stönar och slår sig för pannan, inte av ängest eller panik, utan därför att det känns jobbigt. Hon visar inga hämningar för sin kropp eller sitt beteende och sätter ingen ära i att föda sitt barn under tystnad [...]. För afrikanskan är barnafödandet något helt naturligt och självklart. Hennes livsuppgift är ju att föda barn till världen, först då hon har blivit mor räknas hon som en fullvärdig kvinna.«

86 »låt sig passiveras och krävt att mannen, läkaren, skulle bedöva henne för att hon slippa uppleva vad som för henne var ett förnedrande kvinnligt lidande: förlossningen.«

87 »vi västerländska kvinnor på väg att återfinna och vidare utveckla vår kvinnokultur kring födandet.«

denen Zusammenhängen, und drückten Solidarität und Zusammengehörigkeitsgefühl mit Frauen der ganzen Welt aus. In Artikeln zur Geburt offenbarte sich dieses Zusammengehörigkeitsgefühl gelegentlich unterschwellig, ich habe aber außer dem oben analysierten lediglich einen Artikel gefunden, der explizit das Stereotyp der primitiven Frau nutzt, wobei hier zumindest unklar bleibt, ob die Verfasserin eine professionelle Beziehung zur Medizin hat. In *Morgonbris* berichtete eine Frau, wie sie ihr erstes Kind in Tansania bekam. Während der Schwangerschaft hatte sie sich an Familie und Freunde in Schweden gewandt und eine Reihe von Büchern über die Geburt bekommen. Das Buch, das ihr am meisten geholfen habe, sei Pierre Vellays *Schmerzlose Geburt (Att föda utan smärta)* gewesen, das eingehend den Vorgang und die Anatomie des Gebärens beschreibt und Atmungstechniken gegen den Schmerz empfiehlt. Sie las das Buch mehrmals, aber berücksichtigte die Übungen kaum.

So kam der Moment und alles war perfekt und stimmungsvoll und fantastisch. Das Fenster im Kreißsaal war offen, es war Abend und draußen ganz dunkel. Die Frösche quakten und der Indische Ozean rauschte im Hintergrund. Es begann zu regnen – der erste Regen des Jahres – und das Gesicht der Hebamme erhellte sich, und sie sagte, dass ein Kind, das Regen bringt, Glück bringe. Sie dirigierte ruhig und sanft. Lehrte mich, mich nach einer Wehe nicht einfach nach hinten fallen zu lassen, sondern mich langsam zurückzulehnen, »denn sonst rutscht das Kind wieder zurück und wir verlieren einige Millimeter«. Sie hatte nichts über schmerzfreies Gebären gelesen, aber sie wusste dennoch, wann ich auf die eine oder andere Weise atmen sollte, und dass ich halb aufrecht sitzen sollte, war selbstverständlich. Die Methoden, die jetzt als ›Neuheiten‹ und wissenschaftliche Durchbrüche präsentiert werden, sind einfach nichts weiter als uraltes Frauenwissen, das in Vergessenheit geraten ist und von klugen Ärzten wiederentdeckt wurde.⁸⁸

Die namenlose Hebamme wird Repräsentantin eines intuitiven Wissens, nah an der Natur, der Nacht, dem Meer – starken weiblichen Symbolen. Sie erscheint als positives, primitives Vorbild für schwedische Frauen, die

88 »Så blev det dags och allting var så perfekt och stämmingsfullt och fantastiskt. Fönstret i förlossningsrummet var öppet, det var på kvällen och alldeles mörkt ute. Grodorna kvackade och Indiska Oceanen brusade i bakgrunden. Det började regna – årets första regn – och barmorskan sken upp och sade att ett barn som bringar regn, bringar lycka. Hon dirigerade jobbet lugnt och mjukt. Lärde mig att inte falla handlöst bakåt efter en krystning utan lägga mig långsamt, »annars åker barnet tillbaka igen och vi förlorar några millimeter«. Hon hade inte läst om smärtfri förlossning, men hon visste ändå när jag skulle andas på det ena eller andra sättet och att jag skulle halvsitta var självklart. De metoder som nu presenteras som ›nyheter‹ och vetenskapliga genombrott, är helt enkelt inget annat än urgammal kvinnokunskap som fallit i glömska och som återupptäckts av kloka läkare.« *Morgonbris* 1975:1, 8–9.

wichtige Kenntnisse verloren hätten. Der Kontrast zur lesenden, westlichen, weißen Frau, die ihr Wissen der Ratgeberliteratur entnimmt, ist groß.

Der Schlachtruf der Frauenbewegung »Wir müssen unsere Körper zurückerobern!« war gegen männliche Ärzte gerichtet, die – so hieß es – mit Hilfe der Medizin und der Technik die Macht der Frauen über Schwangerschaft und Entbindung erobert und die Frauen hilflos und von Expertenwissen abhängig gemacht hätten. Die Frauenbewegung suchte nach Auswegen und Alternativen durch die Rückkehr zur Natur, einer Natur, die Form und Kraft aus den untersuchten Figurationen gewann. Die Rede vom Weiblichen als etwas Ursprünglichem, Instinktivem und Universellem wurde genährt durch das historisierende Narrativ vom Kinderkriegen in der bäuerlichen Gesellschaft, oder in einer mythischen matriarchalen Vergangenheit, in Ausnahmefällen auch durch Stereotype von der primitiven Frau. Dies waren »erfundene« Erzählungen vom Natürlichen, Guten und Ursprünglichen, von der Gemeinschaft unter Frauen.⁸⁹ In der Auseinandersetzung um die natürliche Entbindung versuchten sie, spirituelle Dimensionen einzuführen und anzuwenden. Die Hebamme erhielt eine wichtige Rolle in diesem Projekt der Rückkehr zur Natur; ihr konnte allerdings auch die Technik anvertraut und dieser eine weibliche Dimension gegeben werden. Die Ärzte fungierten – oft mit dem Epitheton »männlich« versehen – als Gegenbild und Symbol der Bedrohtheit dieser Natur.

Technikfeindlichkeit?

Die Frauenorganisationen und die Stimmen in den Zeitschriften kritisierten gelegentlich nachdrücklich die Auffassung, dass pharmakologische Schmerzlinderung und andere, mehr psychologisch ausgerichtete Methoden wie die Psychoprophylaxe einander unversöhnlich gegenüberstünden. Kritik richtete sich vor allem gegen die Willkürlichkeit im Angebot der Methoden. Die Mehrzahl der Frauen hatte keine Wahl zwischen den Optionen, da diese von Ort und Zeit der Entbindung abhingen. Im selben Atemzug wurden Forderungen nach kostenlosen Prophylaxekursen in den Mütterberatungsstellen sowie dem Zugang zu pharmakologischer Schmerzlinderung rund um die Uhr gestellt. Die Methoden, so hieß es, ließen sich ausgezeichnet kombinieren.⁹⁰ Es scheint, als sei die positi-

89 OYEWÜMÍ: 1997 diskutiert die Verwendung einer »erfundene« traditionellen Vergangenheit in der Geschichtsschreibung.

90 Z. B. *Kvinnobulletinen* 1979:1, 10–12; *Vi mänskor* 1976:5–6, 51.

ve Bewertung der natürlichen Entbindung gegen Ende des Zeitraums selbst unter jenen auf Kritik gestoßen, die eigentlich keinen Gegensatz zwischen den Methoden sahen:

Wir haben eine eigenartige Diskussion über Psychoprophylaxe kontra pharmakologische Schmerzlinderung bekommen. Man bekommt fast den Eindruck, es sei ein Zeichen von Misserfolg, bei der Niederkunft solche Schmerzen zu haben, dass man pharmakologische Betäubung benötigt. Ohne Schmerzen zu gebären wird so zum Leistungsausweis, zum Beweis, dass man eine richtige Frau ist. Ja, auf eine verborgene Weise scheint es einen sogar zur besseren Mutter zu machen⁹¹.

In *Kvinnobulletinen* äußerte 1985 eine Frau ihre Sorge, dass die Frauenbewegung im Begriff sei, eine generell technikfeindliche Haltung anzunehmen. Sie war auch den Stimmen gegenüber kritisch, die behaupteten, Technik sei Teil einer männlichen Verschwörung.

Es ist nur gut, wenn wir dir Technik *für* uns arbeiten lassen. Ich war z. B. dankbar, dass Jacobs Herzschlag während der Geburt kontrolliert wurde, so dass sie ihn das letzte Stück mit der Saugglocke herausholen konnten, als die Herztöne schwächer wurden. Und ich würde wirklich nicht ohne Schmerzmittel gebären wollen – haben nicht unsere Mütter gerade dafür gekämpft? [...] Es wäre gefährlich, wenn wir in der Frauenbewegung konsequent technikfeindlich würden. [...] Ich kann mir nur schwer vorstellen, dass das Ganze ein männliches Komplott ist, das uns unsere Mutterschaft wegnehmen will.⁹²

91 »Vi har fått en ganska underlig diskussion om psykoprofylax kontra farmakologisk smärtlindring. Man får nästan för sig att det är ett misslyckande att ha så ont under förlossningen att man behöver farmakologisk smärtlindring. Att föda utan smärtlindring blir en prestation, ett bevis för att man är en riktig kvinna. Ja, på något dunkelt sätt skulle det t. o. m. göra en till bättre mor.« *Kvinnobulletinen* 1979:1, 12.

92 »Det är bara bra om vi kan använda tekniken *för* oss. Jag var t. ex. tacksam att de hade koll på Jacobs hjärtljud under förlossningen så de kunde ta honom med sugklocka den sista biten då hjärtljuden började avta. Och jag skulle verkligen inte vilja föda utan smärtlindring – är det inte det våra anmödrar har kämpat för? [...] Det är farligt om vi i kvinnorörelsen ska bli konsekvent teknikfientliga. [...] Jag har svårt att tänka mig att alltihop ska vara en manlig komplott för att ta ifrån oss vårt moderskap.« *Kvinnobulletinen* 1985:6, 21.

Die Vorläufer der Natürlichkeit

In Erzählungen über die Entbindung gab es eine fast obligatorische Tendenz, über die Methoden der Hebamme zu referieren. Die bekannten Methodiken der natürlichen Entbindung waren von Beginn an von männlichen Ärzten erarbeitet worden. In Schweden nahmen sowohl Ärzte als auch Hebammen diese Ideen auf, auch wenn sie überwiegend von Letzteren praktiziert wurden. Ich sehe es als wichtig an, die Versuche der Frauenbewegung, gegen eine zunehmend technologischere medizinische Betreuung der Entbindung zu intervenieren, auch an diese Vorläufer des Natürlichen zu koppeln.

Der englische Allgemeinmediziner Grantley Dick Read prägte 1933 mit seinem Buch *Natural Childbirth* den Ausdruck »natürliche Entbindung«.⁹³ Dieser Begriff fungierte allerdings als Sammelbegriff für einen Satz von Ideen, die sich teils stark unterschieden und gelegentlich widersprachen. Ich denke, dass diese Ideen und Praktiken als ein medizinischer Diskurs betrachtet werden müssen, der neben anderen Diskursen die Redeweisen über die Entbindung und die Praxisformen der Entbindung begrenzte und ermöglichte. Die natürliche Entbindung war kein Gegenstand, der außerhalb der Medizin, der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse stand. Sie war, wie die medizinische Technik, in eine Vielzahl von Vorstellungen eingebettet. Hier können sie in einem historischen Rückblick lediglich angedeutet werden.

Im England der Zwischenkriegszeit gab es Reaktionen gegen die Tendenz eines zunehmend medizinischen und technischen Zugriffs auf die Geburt. Nicht zuletzt Ärzte formulierten solche Kritik, suchten nach einer ganzheitlicheren Sicht auf Mütterfürsorge und Geburt und strebten nach Integration physischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Aspekte. Die britische Medizinhistorikerin Ornella Moscucci unterstreicht, dass die Bewegung für eine natürliche Entbindung auch mit der Unruhe verbunden war, die die sozialen, ökonomischen und politischen Veränderungen des 20. Jahrhunderts mit sich führte und die sich unter anderem auf die Größe und Qualität der Bevölkerung sowie den Eintritt der Frauen in den Arbeitsmarkt richtete. Ihre Befürworter glaubten, dass die Urbanisierung, Industrialisierung und Massenkultur der Moderne das gute, natürliche Leben bedrohe. Der Zivilisationsprozess erhöhe die An-

93 READ: 1933.

fälligkeit der Frauen, schade ihrem Körper, gefährde die natürliche Befähigung der Frauen, Kinder zu bekommen, und mache die Geburt zu einer langwierigen, qualvollen Prozedur. Die primitive Frau dagegen gebäre leicht, schnell und sicher. Diese Unruhe galt besonders den höheren Schichten; die Arbeiterfrau wurde oft der primitiven Frau gleichgestellt.⁹⁴

Reads erstem Buch folgten weitere, und seine Ideen beeinflussten die schwedische Geburtenbetreuung von den 50er Jahren an. Ausgehend von Beobachtungen von vermeintlich ›primitiven‹ Frauen unterstrich er, dass der Schmerz bei der Geburt ›unnatürlich‹⁹⁵ sei. Die Frauen der westlichen Welt sollten durch Ausbildung Informationen über die Physiologie und Anatomie des Entbindungsvorgangs bekommen und durch Entspannungsübungen die kulturell erlernten Ängste, die zu Verspannungen und damit zu Schmerzen führten, ablegen. Read war in hohem Grade von einem viktorianischen Ideal geprägt und betrachtete Mutterschaft sowie die Verantwortung für das Heim als zentrale und natürliche Bestandteile des Lebens einer Frau. Frauen waren für ihn durch ihre körperlichen und biologischen Funktionen dominiert und prädestiniert. Der natürliche Geburtsvorgang, den er in seinen Büchern befürwortete, integrierte, dem Epitheton zum Trotz, auffällig häufig die Anwendung pharmakologischer Mittel, etwa von morphinähnlichen Präparaten und Lachgas.⁹⁶

In den 70er Jahren schwand das Interesse für die Methoden Reads und die so genannte Prophylaxemethode, auch als ›Lamaze-Methode‹ bezeichnet, kam in Mode. Die Methode basierte auf Theorien Ivan Pavlovs über bedingte Reflexe und wurde als Schmerzlinderung mittels Worten diskutiert. Der französische Arzt Ferdinand Lamaze erarbeitete ein System von Atmungstypen für verschiedene Stadien der Entbindung. Er betrachtete seine Methode als Optimierung der Natur und unterstrich deutlich, dass Frauen diese hart einüben müssten. Die Entbindung sei mit einer Theatervorstellung oder einem sportlichen Wettkampf vergleichbar – der Gebärvorgang sei ein aktiver Prozess; Frauen könnten die Wehen und den Körper kontrollieren lernen. Die Frau sollte die Hauptrolle im Drama der Geburt bekommen. In Schweden wurde die Methode durch

94 MOSCUCCI: 2003.

95 READ: 1954.

96 Ebd. Der schwedische Arzt Gunnar af Geijerstam, der später als Experte in *Societalstyrelsen* wirkte, schrieb das Vorwort. In *Normalinstruktioner för den förebyggande mödravården* war die von Reads Ratgebern beeinflusste Müttergymnastik etwas Neues.

Pierre Vellays Buch *Schmerzlose Geburt* und die Arbeiten Signe Janssons bekannt.⁹⁷ Feministische Forscherinnen haben zuletzt hervorgehoben, dass die Methode folgsame Wöchnerinnen produzierte, die sich selbst kontrollierten und ihre Unterwerfung durch die Unterordnung unter ein vorgefertigtes Atmungsschema zum Ausdruck brachten, das im Übrigen oft durch die Hebamme, den begleitenden Mann oder das Hilfspersonal gesteuert wurde. Die spirituelle Dimension, die Read betont hatte, wurde so durch eine mechanische Kontrolle ersetzt.

Der französische Arzt Michel Odent betrachtete die Psychoprophylaxe ebenfalls als allzu mechanisch und rationell. Die Entbindung sei kein Wettbewerb, sondern etwas Existenzielles und Instinktives. Anstatt zu trainieren, sollten Frauen vergessen, was sie gelernt hatten und ihre Instinkte wecken. Das Instinktive sei universell, allen Frauen gemein. Odent sah es als wichtig an, dass die Frau aus eigener Kraft gebar: Das Krankenhauspersonal sollte ihr die Steuerung überlassen. Der Moment der Geburt und die ersten Stunden nach der Geburt seien zentral für die Zukunft des Kindes und könnten seine künftige Krankheitsanfälligkeit, Selbständigkeit und Sexualität beeinflussen. Dem Schmerz könne man nicht ausweichen, man solle ihn nicht wegbehandeln, er sei Teil der Entbindung, und es sei wichtig, dass die werdende Mutter ihm bewusst entgegenetrete, statt sich ihm zu entziehen.⁹⁸

Die in den Zeitschriften der Frauenbewegung aufgefundenen Figurationen von Körper, Technik und Natur tauchen teilweise auch in der innermedizinischen Diskussion und Praxis auf. Die Kritik der Frauenorganisationen an der Praxis der Entbindungsmedizin war gezwungen, eine medizinische Sprache zu benutzen. Gelegentlich fällt auf, wie stark die Figurationen der natürlichen Entbindung in den Zeitschriften mit dem medizinischen Natürlichkeitsdiskurs zusammenfielen. Was vereinte, war viel: das Streben, den Geburtsvorgang ganzheitlich zu betrachten, wie auch eine ganze Reihe spiritueller, existenzieller und psychologischer Aspekte, Vorstellungen über das Primitive als das Wahre und Unzerstörte, die Bedeutung von Vorbereitungen, die Sicht auf die Frau als die aktive Person, der Gedanke, dass die Geburt etwas Zentrales und Entscheidendes im Leben von Frauen und für das Kind und sein künftiges Lebens

97 VELLAY: 1961. Auch für dieses Buch schrieb Gunnar af Geijerstam das Vorwort.

98 ODENT: 1985. FJELL: 1998a diskutiert Unterschiede zwischen den wichtigsten Befürwortern der natürlichen Geburt.

ein kritischer Moment ist, sowie die Fokussierung auf die Bedeutung der Schmerzen in positiver oder negativer Hinsicht. Auffällig ist auch, wie selten die Auffassungen der involvierten Ärzte über Frauen, Mutterschaft und Gesellschaft einer kritischen Betrachtung unterzogen wurden. Gleichzeitig bezogen Figurationen wie die der Hexe, der Muttergöttin und der Frauen der Welt ihre Kraft aus anderen Diskursen, etwa dem Primitivismus. Es war nicht die Absicht, an dieser Stelle solche Diskussionen und ihre internen Verbindungen zu analysieren, sie stellen jedoch eine interessante Spur für weitere Analysen dar.

Der bescheidene Zeuge im Rampenlicht – neue Zeugen und neue Formen der Bezeugung

In der Geburtendebatte der 70er Jahre initiierten Feministinnen, Wissenschaftler, Ärzte, Hebammen, staatliche Behörden und Parlamentarier Ideen, Kritik, Hoffnungen und Wunschvorstellungen unterschiedlicher Art. Die Analyse verdeutlicht, dass Feministinnen, Ärzte und andere Diskussionsteilnehmer nicht in klar voneinander getrennte Lager eingeordnet werden können, besonders hinsichtlich ihrer Haltung gegenüber Technik und Natur. Die Positionen kreuzten sich, nahmen vielfach die Form komplexer Muster an und veränderten sich innerhalb kurzer Zeit relativ schnell. Die Zuordnungen waren nicht konstant, sondern Gegenstand von Auseinandersetzung und Verhandlung. Technik und Natur waren Teil einer dem historischen Wandel unterworfenen Relation und nicht klar dichotom gelagert. In diesem Beitrag wurde der Versuch unternommen, diese Komplexität aufzuzeigen, aber auch hervorzuheben, dass und wie die Frauenorganisationen *sowohl* Technik *als auch* Natur als Symbole und Begriffe in Bezug auf ihren Anspruch auf verschiedene Wissensformen nutzten. Die Forderung einer veränderten Entbindungsfürsorge kann als eine Form der Infragestellung und Bedrohung einer Auffassung von Wissen betrachtet werden, die den (männlichen) Arzt als den einzig denkbaren Zeugen, das allein befähigte Sprachrohr der Enthüllung der Fakten von Natur und Technik ansah – auch wenn dieses Agieren die Gefahr der Wiederholung und Stabilisierung des medizinischen Diskurses implizierte. Mit ihrem Projekt stellten sie die unerschweligen Grenzziehungen zwischen Wissensträger und Wissensobjekt, zwischen Objektivität und Subjektivität in Frage. Dieser hinterfragende und destabilisierende Aspekt offenbarte sich sowohl in der Schmerzlin-

derungsdebatte als auch in der Forderung nach einer natürlicheren Entbindung. Ärzte gerieten in den Blickpunkt einer Debatte, die um ihre Weigerung, Frauen Zugang zu Schmerzmitteln zu gewähren, sowie um ihre Auffassung von der Geburt als etwas Natürliches und Gesundes kreiste. Gleichzeitig wurden sie dafür kritisiert, dass sie die Entbindung mittels technischer und medizinischer Intervention medikalisierten.

Mittels der Analyse der Wissenskritik innerhalb dieser dem Anschein nach entgegengesetzten Projekte lässt sich aufzeigen, wie sie zum Teil ineinander fielen. Adele Clark und Theresa Montini argumentieren, eine Rahmung, die Auseinandersetzungen begrenze, Debatten auf eine Stellungnahme für oder gegen etwas reduziere, könne als Zeichen einer hegemonialen Strategie begriffen werden.⁹⁹ Davon ausgehend ist es interessant zu sehen, wie schwer es den Frauenorganisationen zu sprechen fiel, ohne den Gegensatz zwischen Natur und Technik als ein Entweder-Oder zu wiederholen, und inwieweit sie nicht aus einer rein wissenschaftlichen Position argumentieren konnten. Welches Interesse bestand daran, eine Sicht auf das Verhältnis von Natur und Technik als entgegengesetzte, einander widersprechende Entitäten aufrecht zu erhalten? Was intendierte die Grenzziehung, weshalb war sie so wichtig? Ich glaube, dass sie vor allem von den professionellen Repräsentanten der Medizin angewendet werden konnte. Für die schwedischen Hebammen war die Grenze wichtig, um ihre symbolische (und teils praktische) Rolle als Helferinnen und Beschützerinnen der natürlichen Entbindung zu etablieren. Für die Ärzte konnte die Grenzziehung dazu dienen, der Diskussion um die Machtverteilung in der medizinischen Geburtenbetreuung und beunruhigenden wissenschaftlichen Konfrontationen auszuweichen.¹⁰⁰

Trotz aller Schwierigkeiten wurde der bescheidene Zeuge in Form des Arztes/Mannes auf einer öffentlichen und politischen Bühne ins Rampenlicht gezerrt. Hierüber wurde eine weitere Grenzziehung, die für den Anspruch der Wissenschaft auf primären Zugang zu Wissen konstitutiv war, in Frage gestellt, nämlich jene zwischen Medizin und Politik. War die Bezeugung durch den Arzt hinsichtlich der normalen Geburt, des Körpers der Frau und seiner Schmerzen wirklich so bescheiden, also un-

99 CLARK und MONTINI: 1993.

100 Hier ist nicht der Ort, die Reaktionen der Ärzte auf die Kritik zu beleuchten. Ich glaube allerdings, dass die Forderung nach Natürlichkeit weitaus weniger Widerstand als jene nach Zugang zu pharmakologischer Schmerzlinderung weckte, war Letzteres doch ein Gebiet, auf dem die Ärzte Deutungshoheit beanspruchten.

politisch? War hier von objektiven Fakten zu sprechen? Viele Frauen, die an der Debatte teilnahmen, verneinten dies und bezeichneten Ärzte und *Socialstyrelsen* als ›reaktionäre Herren‹, die von Mythen und Tabus beeinflusst seien. Wissenschaftliche Expertise wurde einer Prüfung unterzogen, als etwa *Grupp 8* Vertreter von Ärzteschaft und *Socialstyrelsen* auf das Podium des Stadtmuseums setzten und Frauen ihnen kritische Fragen stellten, die von ihrer eigenen Erfahrung bei der Entbindung ausgingen. Im Reichstag nahmen Parlamentarierinnen Stellung zur Rolle der Attitüde von Ärzten in der Entbindungsfürsorge, gelegentlich explizit unter Bezugnahme auf ihre eigenen Erlebnisse. Auf diesen politischen Foren diskutierte man die Verwendung verschiedener medizinischer Methoden der Schmerzlinderung, der Vorbereitung der Entbindung und beschloss das Recht der Frauen auf Schmerzbehandlung.¹⁰¹

Ein erneuter Besuch beim Zahnarzt kann aufzeigen, dass auch der bescheidene Zeuge mit einer ausgesprochen unangenehmen Körperlichkeit versehen werden konnte. Denn wer war eigentlich der gebärende Mann im Dialog in *Hertha*? Er musste seinen Vortrag über die natürliche Entbindung am Abend des Zahnarztbesuchs einstellen. Er war also Experte, vielleicht sogar Arzt. Aber im beschriebenen Dialog wird es ihm unmöglich gemacht, die Position des passiven Zeugen aufrechtzuerhalten. Seine Körperlichkeit, seine Verwirrung und Verängstigung werden deutlich, wenn er selbst zum Objekt des Wissens wird.

Die deutsche Historikerin Barbara Duden hat darüber geforscht, wie die moderne medizinische Wissenschaft das Visuelle gegenüber anderen Wahrnehmungsweisen wie dem Tastsinn, dem Geschmacks- und dem Geruchssinn privilegiert, und wie dies Frauen dazu verleitet, ihren eigenen Körper durch den enthüllenden Blick der Wissenschaft zu betrachten.¹⁰² Die Wissensform, die die Hebamme repräsentiert, basiert demgegenüber auf der Betonung anderer Sinne. Das Fühlen ihrer Hände, ihre praktischen Handgriffe, ihr Lauschen können als Versuche betrachtet werden, dem Visuellen als bevorzugter Form der Wissensproduktion entgegenzutreten. Etwas zu bezeugen bedeutet, seinen Sehsinn zu benutzen, objektiv zu sein, den Gegenstand durch eine Linse und mit Abstand zu betrachten. Die Hebamme war dagegen eine Figur, die für eine Vision körperlicher Anwesenheit, für Nähe und gleichgestellte Zusammenarbeit

¹⁰¹ JANSSON: 2004.

¹⁰² DUDEN: 1993, 16.

stand. In ihren Händen war die Technik nicht länger Bedrohung. Die vielen, oft sehr verschiedenen Erzählungen und Bilder von der Geburt, die Frauen schufen und vermittelten, gingen oft von der eigenen körperlichen Erfahrung der Niederkunft aus – eine Erfahrung, die auch von den verbreiteten, oft widersprüchlichen medizinischen (und gesellschaftlichen) Diskursen geprägt war. Die wiederholte Rede vom eigenen Körper und den eigenen körperlichen Erfahrungen in der Frauenbewegung diente als Begründung eines Anspruchs auf Wissen und stand in starkem Kontrast zu einem Wissensideal, das auf der Körperlosigkeit des Arztes als Voraussetzung wahren Wissens gründete. Dies ist als Kritik an der Verortung des Wissens der Ärzte zu verstehen, als Problematisierung ihrer Macht und als Möglichkeit, Wahrheiten aus einer unsichtbaren und unkörperlichen Situation heraus auszusprechen.¹⁰³ Erfahrung bildete den Ausgangspunkt einer öffentlichen und politischen Stellungnahme, die breiter und weiterreichend geführt wurde als die Debatte Natur kontra Technik und die darum kreiste, was gültiges Wissen über das Gebären war, wer glaubwürdiger Zeuge war und damit Anspruch auf Wissen stellen konnte und wie die Glaubwürdigkeit von Zeugen festzustellen wäre. Das Wissen um den Körper und der Körper selbst waren Gegenstand dieser Diskussion. Ich denke, dass der brennendste Aspekt in der analysierten Kritik von der herrschenden wissenschaftlichen Auffassung vom Wissen handelte – nicht von Technik oder Natur.

Übersetzung aus dem Schwedischen: David Kuchenbuch

¹⁰³ Haraway insistiert in »Situated Knowledges« darauf, dass alles Wissen als verkörperlicht und spezifisch situiert begriffen werden müsse. Objektives Wissen sei also immer partiell und situativ, das mit Wissen ausgestattete Subjekt nehme immer eine bestimmte Beobachtungsperspektive ein. HARAWAY: 1991, 183–201.

LITERATUR

- ANSHELM, Jonas: »Bland trollkarlar och demoner. Om kärnkraftsdiskursen i Sverige under 1950-talet«. In: *VEST – tidskrift för vetenskapsstudier* 9 (1996:1), 5–36.
- ASDAL, Kristin: *Betatt av viten, bruksanvisningar till Donna Haraway*. Oslo: Spartacus, 1998.
- BAKSHI, Ann-Sofi: *Tilltro och misstanke. Genteknik och fosterdiagnostik i det offentliga samtalet*. (= Linköping Studies in Arts and Science; 207), Linköping: Tema, 2000.
- CLARK, Adele und Theresa MONTINI: »The many faces of RU 486: Tales of situated knowledges and technological contestations«. In: *Science, Technology & Human Values* 18 (1993:1), 42–78.
- DAHLERUP, Drude: *Rødstrømperne. Den danske Rødstrømpebevægelses udvikling, nytænkning og gennemslag 1970–1985*. København: Gyldendal, 1998.
- DUDEN, Barbara: *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- EHRENREICH, Barbara und Deirdre ENGLISH: *Complaints and Disorder: The Sexual Politics of Sickness*. New York: Feminist Press, 1973.
- EHRENREICH, Barbara und Deirdre ENGLISH: *For Her Own Good: 150 Years of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor, 1979.
- ENGLUND, Monika: *En födelse*. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1982.
- FJELL, Tove Ingebjørg: »Introduksjon«. In: FJELL, Tove Ingebjørg (Hg.): *Naturlighetens positioner. Nordiska forskare om fødsel och föräldraskap*. Åbo: Nordiskt nätverk för folkloristik, 1998a, 9–18.
- FJELL, Tove Ingebjørg: *Fødselsens gjenfødelse. Fra teknologi til natur på fødarenan*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1998b.
- FLORIN, Christina und Bengt NILSSON: »Något som liknar en oblodig revolution ...« *Jämställdhetens politisering under 1960- och 70-talen*. Umeå: Umeå universitet, 2000.
- HAMMARSTRÖM, Anne: *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenhet om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Stockholm: Högskoleverket, 2004.
- HARAWAY, Donna: *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books, 1991.
- HARAWAY, Donna: *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan@_Meets_OncoMouce™: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997.
- HARAWAY, Donna: *The Haraway Reader*. New York: Routledge, 2004.
- HIRDMAN, Yvonne: *Påminnelser: Om kvinnors liv i Sverige*. Stockholm: Carlsson, 1995.
- HOGG, Beatrice, Signe JANSSON und Kerstin STIEGE: *Att föda på kvinnans villkor. Erfarenheter från Ystad BB*. Stockholm: Prisma, 1988.
- HOOBS, Bell: *Yearning: Race, gender and culture politics*. Boston: South End Press, 1990.
- HUSS SANDLER, Eva und Maria BARKMAN: *Ett barn skall födas: En bilderbok om graviditet och förlossning*. Stockholm: Liber, 1981.
- JANSSON, Christina: »Fighting and Gendering Pain – the Debate in the Swedish Parliament on the Alleviation of Pain«. Unpubliziertes Manuskript, 2004.

- JANSSON, Signe: *Vad är psykoprofylax?* Stockholm: Sveriges kyrkliga studieförbund, 1979.
- JOHANNISSON, Karin: *Tecknen: Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts, 2004.
- KAISER, Arne: *I fädrens spår: Den svenska infrastrukturens historiska utveckling och framtida utmaningar*. Stockholm: Carlsson, 1994.
- KOHLER RIESSMAN, Catherine: »Women and Medicalization: A New Perspective«. In: *Social Policy* 14 (1983:1), 3–18.
- KYLHAMMAR, Martin: »Att utforska moderniteten. En idéhistorisk grammatik«. In: *Tvärnsnitt* (2002:1), URL: <http://www.tvarnsnitt.vr.se/huvudmeny/arkiv/2002/tvarnsnittnr12002/attutforskamodernitetenenidehistoriskgrammatik.4.6703f9bd10e07db4ff8000478.html>, Zugriff am 5.1.2010.
- MARANDER-EKLUND, Lena: *Berättelser om barnafödande: Form, innehåll och betydelse i kvinnors muntliga skildringar av födsel*. Åbo: Åbo Akademi, 2000.
- MARLAND, Hilary: »Childbirth and Maternity«. In: COOTER, Roger und John PICKSTONE (Hg.): *Medicine in the Twentieth Century*. Amsterdam: Harwood Academic, 2000, 559–574.
- MARTIN, Emily: *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press, 2001.
- MATTHEWS, Sandra und Laura WEXLER: *Pregnant Pictures*. New York: Routledge, 2000.
- MILTON, Lena: *Folkhemmets barnmorskor. Den svenska barnmorskekårens professionalisering under mellan och efterkrigstiden*. (= Studia Historica Upsaliensia; 196), Uppsala: Uppsala universitet, 2001.
- Modersmyt, moderskap, mänskenskap*. Utställningskatalog. Göteborg: Konsthallen, 1979.
- MOSCUCCI, Ornella: »Holistic Obstetrics: The Origin of »Natural Childbirth« in Britain«. In: *Postgraduate Medical Journal* March (2003), 168–173.
- NARAYAN, Uma: »Essence of Culture and a Sense of History. A Feminist Critique of Cultural Essentialism«. In: HARDING, Sandra und Uma NARAYAN (Hg.): *Decentering the Center. Philosophy for a Multicultural, postcolonial and Feminist World*. Bloomington: Indiana University Press, 2000, 80–100.
- NILSSON, Ulrika: *Kampen om kvinnan: Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860–1925*. (= Skrifter. Institutionen för idé- och lärdomshistoria; 31), Uppsala: Uppsala universitet, 2003.
- Normalinstruktionen för den förebyggande mödravården*. (= Medicinalförfattning (MF) 1955:121), Stockholm: Medicinalstyrelsen, 1955.
- NYSTRÖM, Anna et al. (Hg.): *Konstfeminism – strategier och effekter i Sverige från 1970-talet till i dag*. Stockholm: Atlas, 2005.
- OAKLEY, Ann: *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell, 1984.
- ÖBERG, Lisa: *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920*. Stockholm, Ordfront: 1996.
- ODENT, Michel: *Tillbaka till naturlig förlossning*. Stockholm: Bonnier, 1985.
- OYEWŪMÍ, Oyèrónké: *The Invention of Women. Making an African Sense of Western Discourses*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997.
- READ, Grantley Dick: *Natural Childbirth*. London: William Heinemann Medical Books, 1933.

- READ, Grantley Dick: *Att föda utan fruktan*. Stockholm: Natur och Kultur, 1954.
- ROSENBECK, Bente: »Pro et Contra«. In: ROSENBECK, Bente und Robin May SCHOTT (Hg.): *Forplantning, køn og teknologi*. København: Museum Tusculanum, 1995, 13–25.
- SCHOTT, Robin May: »Moderskap og forplantningsteknologi. Feministisk debat«. In: ROSENBECK, Bente und Robin May SCHOTT (Hg.): *Forplantning, køn og teknologi*. København: Museum Tusculanum, 1995, 26–40.
- SHAPIN, Steven und Simon SCHAFFER: *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle and the Experimental Life*. Princeton: Princeton University Press, 1985.
- SILFVERSTOLPE, Charlotte und Signe JANSSON: »Kultur kring födelsen«. In: Asta EKENVALL et al. (Hg.): *Kvinnokultur. En bok av tjugofyra kvinnor om kvinnors kultur*. Göteborg: Centrum för vetenskapliga studier av människans villkor, Göteborgs universitet, 1981, 39–52.
- SUNDSTRÖM, Kajsa: »Reproduktiv hälsa i individuellt och globalt perspektiv«. In: ÖSTLIN, Piroška (Hg.): *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1996, 77–108.
- SUNDSTRÖM-FEIGENBERG, Kajsa: *När livet var som bäst. Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn*. Lund: Studentlitteratur, 1987.
- VALLGÅRDA, Signild: »Hospitalization of Deliveries: The Change of Place of Birth in Denmark and Sweden from the Late Nineteenth Century to 1970«. In: *Medical History* 40 (1996:2), 173–196.
- VELLAY, Pierre: *Att föda barn utan smärta. Med åtta lektioner för blivande mödrar*. Stockholm: Bonnier, 1961.
- WISSELGREN, Maria J: *Att föda barn – från privat till offentlig angelägenhet. Förlossningsvårdens institutionalisering i Sundsvall 1900–1930*. Umeå: Institutionen för historiska studier, Umeå universitet, 2005.
- The World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count*. Genf: World Health Organisation, 2005.

TAGESZEITUNGEN UND ZEITSCHRIFTEN

<i>Aftonbladet</i>	<i>Jordemodern</i>	<i>Morgonbris</i>
<i>Dagens Nyheter</i>	<i>Kvinnobulletinen</i>	<i>Rödhättan</i>
<i>Expressen</i>	<i>Kvinnotidningen Q</i>	<i>Sydsvenska Dagbladet</i>
<i>Hertha</i>	<i>Läkartidningen</i>	<i>Vi människor</i>

MAGDALENA BENGTTSSON LEVIN/
KRISTINA ENGWALL/KATHARINA WOELLERT
Differenzierungsprozesse im Zusammenhang
mit Kinderlosigkeit in Deutschland und Schweden
im 20. Jahrhundert

Ungewollte Kinderlosigkeit wurde und wird von den Betroffenen oft als Tragödie wahrgenommen. Das galt lange Zeit insbesondere für Frauen, da die Mutterschaft eng verbunden war mit deren gesellschaftlichem Status. So war die Familiengründung im 20. Jahrhundert für die meisten ein selbstverständliches und erstrebenswertes Ziel. Kinderlos zu bleiben war für viele daher unvorstellbar. Doch manche Menschen unterlagen anderen gesellschaftlichen Wertsetzungen; auch heute ist die Vorstellung vorherrschend, dass Menschen mit Behinderungen möglichst kein Kind bekommen sollen.¹ Und eine weitere aktuelle Debatte thematisiert die Frage, inwieweit Homosexuelle zur Kindererziehung geeignet sind und ob diese in den Genuss der Reproduktionsmedizin gelangen sollten, um ihnen auf diesem Wege eine biologische Elternschaft zu ermöglichen. Im deutschen Kontext wird zudem mitunter die Frage diskutiert, ob Aidskranke ein Anrecht auf reproduktionsmedizinische Unterstützung haben sollten oder ob ihnen dieses zum Schutze des Kindes vor eventuellen Gefahren während der Schwangerschaft und vor allem während der Geburt zu verwehren sei.²

Kinderlosigkeit kann das Ergebnis einer freien Entscheidung sein oder aber die Folge einer körperlichen Dysfunktion; die Grenze zwischen freiwillig und unfreiwillig ist jedoch fließend. Es handelt sich vielmehr um einen Differenzierungsprozess, in dessen Verlauf diese Grenze vor allem von den Betroffenen selbst definiert wird: Habe ich mich zu meiner Kinderlosigkeit aus freien Stücken entschieden, wurde mir diese aufgezwungen, haben medizinische Probleme eine Schwangerschaft verhindert oder hat sich dieser Zustand einfach so ergeben?

Kinderlosigkeit steht somit in einem Spannungsverhältnis, das sich mit ›nicht wollen – nicht können – nicht dürfen‹ umschreiben lässt. Es kann Teil eines autonomen Beschlusses sein, keine Kinder bekommen zu wol-

1 ARESCHOUGH: 2005.

2 Vgl. MAIER: 2000, 81.

len, das Resultat einer körperlichen Fehlfunktion oder aber das Ergebnis eines politischen Prozesses bzw. einer sozialen Wertsetzung. Kinderlosigkeit – und auch deren Ursachen – kann und muss also aus verschiedenen Perspektiven heraus diskutiert werden. In diesem Beitrag wollen wir die Differenzierungsprozesse in Bezug auf Kinderlosigkeit und insbesondere in Bezug auf die Unterscheidung zwischen freiwillig und unfreiwillig diskutieren. Uns interessieren vor allem die allmählichen Werteverstärkungen im Zusammenhang mit der Beurteilung von Kinderlosigkeit und den politischen Konstellationen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Beurteilung von Kinderlosigkeit haben. Zudem werden wir die Frage diskutieren, inwieweit sich Wertungen, Normen, Diskurse und Praktiken im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit im Laufe der Zeit verändert haben.

Besonders interessant ist dabei der Vergleich zwischen Deutschland und Schweden. Beide Staaten fallen heute unter die Kategorie Wohlfahrtsstaat, weisen aber – beispielsweise in familienpolitischen Fragen – dennoch große Unterschiede auf. Schweden ist ein Beispiel für das ›individuelle Modell‹, demzufolge die familienpolitischen Rahmenbedingungen an der individuellen Lebensplanung ausgerichtet sind. Im Gegensatz dazu dominierte in Deutschland lange das ›male breadwinner‹-Modell, d. h., die familienpolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland orientierten und orientieren sich zum Teil noch immer in hohem Maße am Konzept des männlichen Familienversorgers.³ Hierbei handelt es sich um eine schematische Beschreibung der Situation in Deutschland und in Schweden, die, wie die Historikerin Wiebke Kolbe hervorhebt, die historische Dimension nur unzureichend auffängt.⁴ Dennoch weist diese Gegenüberstellung auf einen wichtigen Unterschied hin. So spricht man in der deutschen Familienpolitik heute mitunter vom »schwedischen Modell«:⁵ Das so genannte ›Elterngeld‹, welches 2007 in Deutschland eingeführt wurde, soll nunmehr beiden Elternteilen die Möglichkeit geben, ihre Kinder länger zu Hause zu betreuen. Durch den finanziellen Ausgleich erfährt der Beitrag der Frauen zum Familieneinkommen eine Wertschätzung; gleichzeitig wird den Vätern ein Anreiz geboten, ebenfalls in Elternzeit zu gehen. Das neue ›Elterngeld‹ in Deutschland entspricht in Grundzügen somit der schwedischen Regelung (›pappdagarna‹).

3 KOLBE: 2002, 29–31.

4 Ebd., 31.

5 KÜHN: 2005.

These und Diskussionsverlauf

In diesem Artikel diskutieren wir die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit, indem wir von den verschiedenen Faktoren ausgehen, die unserer Meinung nach auf die Deutung dieses Begriffes Einfluss haben. Wir diskutieren die Normen und Wertsetzungen im Zusammenhang mit Familiengründung, Geschlechterrollen, Behinderung sowie sexueller Orientierung und analysieren zudem die Auswirkungen körperlicher Dysfunktionen, die Bedeutung der medizinischen Technik und die Perspektiven, die sich daraus ergeben, dass das Leben durch den medizin-technischen Fortschritt auch in reproduktiver Hinsicht (scheinbar) planbar wird, sowie die durch Gesetze, Praxis und normative Wertsetzungen gesellschaftlich erzwungene Kinderlosigkeit.

Dazu konzentrieren wir uns auf den Zeitraum von 1900 bis heute, doch ist der Aufsatz nicht als ein chronologisch einheitlicher Text zu verstehen. Wir haben vielmehr einen Zeitraum ausgewählt, in dem der Wandel der Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit gut darstellbar ist. Es soll nur in dem Maße auf chronologische Zusammenhänge eingegangen werden, wie es die Darstellung von Veränderungen und Kontinuität erfordert.

Die in diesem Aufsatz genannten empirischen Beispiele sind den verschiedenen Forschungsprojekten der beteiligten Autorinnen entnommen. Magdalena Bengtsson-Levin arbeitet an einem Projekt, das auf Interviews mit älteren Menschen aus einer größeren schwedischen Stadt aufbaut. Kristina Engwall arbeitet an einer Studie über freiwillige Kinderlosigkeit und hat in diesem Zusammenhang schwedische Frauen interviewt. Katharina Woellert arbeitet zu diskursiven Veränderungen im Zusammenhang mit Sexualität und Fortpflanzung im Vergleich zwischen Deutschland und Schweden. Die in diesem Aufsatz genannten Beispiele entstammen also einer ganzen Reihe sehr verschiedener Quellen und stellen daher mehr eine Illustration denn eine systematische Quellenarbeit dar.

Der Einfluss des medizinischen Fortschritts auf die Wahrnehmung der Kinderlosigkeit

Kinderlosigkeit wird oftmals mit Unfreiwilligkeit verbunden. Um die Wende zum 20. Jahrhundert stellten die körperlichen Ursachen einer Kinderlosigkeit ein weitaus größeres Problem dar, als es heutzutage der Fall ist. Das medizinische Wissen über die Ursachen von Sterilität und Infertilität war deutlich geringer und auch die damaligen Therapiemöglichkeiten sind mit den heutigen in keiner Weise vergleichbar. Der medizinische Fortschritt hat einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten einer Kinderwunschbehandlung.

Lange Zeit galt die unfreiwillige Kinderlosigkeit als ein primär weibliches Problem; die Diskussion möglicher Behandlungsstrategien fokussierte daher oftmals vorrangig auf die Frau. Das hatte verschiedene Ursachen: Nach der traditionellen Geschlechtsrollenverteilung war die Frau für die Kindererziehung und für den Haushalt verantwortlich. Familienplanung gehörte ebenfalls zu diesem Aufgabenkreis – das galt für Verhütungsfragen ebenso wie für ausbleibenden Kindersegen. Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts zeigte die Wissenschaft allmählich größeres Interesse an der männlichen Fertilität. Zwar wurde diese auch schon vorher unter Fachmedizinerinnen vereinzelt diskutiert, aber viele Männer entzogen sich der Behandlung.⁶ Mittlerweile gilt die männliche Fertilität im gleichen Maße wie die weibliche als Ansatzpunkt für eine Kinderwunschbehandlung.⁷

Mitunter lässt sich den Diskussionen ein feiner Unterschied zwischen der körperlichen und der psychosozialen Seite der unfreiwilligen Kinderlosigkeit entnehmen. Erstere fällt unter den Begriff Sterilität und gilt der Definition nach als ein pathologischer Zustand. Demgegenüber werden oftmals die sozialen und psychologischen Folgen des Nicht-Kinderkriegen-Könnens abgegrenzt. Dieser Unterschied könnte als akademische Haarspalterei gedeutet werden, wäre er nicht heutzutage in vielen europäischen Ländern politisch von Bedeutung.⁸ Dahinter steht die Frage, ob der Umstand, keine Kinder bekommen zu können, als medizinisches Problem oder aber als ein nicht erfüllbarer, individueller Wunsch zu deuten sei. Welche dieser beiden Sichtweisen in der politischen Debatte do-

6 Vgl. beispielsweise WINTER: 1921.

7 LUNDIN: 1999.

8 VAN BALEN und INHORN: 2002, II.

miniert, hat einen großen Einfluss darauf, welche finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden. Wenn sich in der Politik die Auffassung durchsetzt, dass es sich hierbei um ein vorrangig medizinisches Problem handelt, können öffentliche Mittel zu dessen Behandlung verwendet werden. Gelten Kinder jedoch als ein Bestandteil des persönlichen Lebensstils, ist es in weitaus größerem Umfang möglich, die Kosten der Kinderwunschbehandlung den kinderlosen Paaren selbst zu übertragen. In Schweden liegt es in der Verantwortung eines jeden *Landtings* darüber zu entscheiden, wie viele Fruchtbarkeitsbehandlungen finanziert werden.⁹ In Deutschland bezahlen die Krankenkassen die Hälfte der ersten drei Behandlungszyklen.¹⁰

Aber die medizinische Technik ist nicht für alle gleichermaßen zugänglich. Früher war die Ehe in der Regel Voraussetzung dafür, zu einer Kinderwunschbehandlung zugelassen zu werden. Im heutigen Schweden ist die Ehe dagegen keine unabdingbare Voraussetzung mehr; gefordert wird allerdings eine feste Partnerschaft. In Deutschland ist die Ehe nach wie vor Voraussetzung, um finanzielle Unterstützung bei der Kinderwunschbehandlung zu erhalten. In beiden Ländern steht die heterosexuelle Partnerschaft im Fokus. In Schweden haben lesbische Paare seit 2005 das Recht auf eine Spermien spende.¹¹ Für Deutschland gilt das nicht. Die Leihmutterchaft ist in beiden Ländern verboten, die In-Vitro-Fertilisation (IVF) darf keine Eizellspende einschließen und die Verwendung von Fremdsperma ist nur unter bestimmten Voraussetzungen gestattet.¹² Diese Übersicht zeigt, dass Sterilität – ein Zustand, der früher als etwas Definitives und Unabänderliches betrachtet wurde – heute in manchen Fällen behandelt werden kann. Zudem existieren technische Möglichkeiten, auch ohne festen Partner ein Kind zu bekommen. So betrachtet sind die Grenzen des Zustandes ›unfreiwillig kinderlos‹ durchlässiger geworden. Die neue Medizintechnik trug somit dazu bei, dass die traditionelle Kernfamilie bestehend aus Vater, Mutter und Kindern durchlässiger wurde.

9 ADRIAN: 2006.

10 »Richtlinien des Bundesausschusses [...]«: 2006, 922.

11 In Deutschland erhalten nur heterosexuelle Ehepaare Zugang zu fertilitätsmedizinischer Behandlung. Unverheiratete werden auf Antrag ebenfalls zugelassen, müssen die Kosten in der Regel aber selbst tragen. Vgl. »Künstliche Befruchtung«, § 27a im *Sozialgesetzbuch* (SGB).

12 Vgl. »(Muster-)Richtlinien [...]«: 2006, A 1392–A 1403; *Lag om ändring i lagen (1988: 711) om befruktning utanför kroppen*. Svensk författningssamling 2005:445.

Mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF) wurde auch eine weitere Technik möglich, die Präimplantivdiagnostik (PID). Darunter fallen jene Techniken, die ein Urteil über den genetischen und somatischen Zustand des Embryos vor dessen Transfer in den Körper der Frau ermöglichen. Auf diese Weise erhalten jene Paare, bei denen zumindest einer der Partner Träger einer schweren Erbkrankheit ist (z. B. Chorea Huntington), die Möglichkeit sicherzustellen, dass die eigenen Kinder nicht dasselbe Schicksal werden teilen müssen.¹³ Das wirft die Frage auf, ob eine solche PID nicht einen selektiven und eugenischen Effekt hat. Andererseits können sich Frauen, die mittels IVF schwanger wurden, wie alle anderen Schwangeren auch für eine Pränataldiagnostik (PND) entscheiden – bei einem auffälligen Befund verbunden mit der Möglichkeit, eine Abtreibung vornehmen zu lassen. Das ließe sich durch eine PID, also eine ähnliche Diagnostik zu einem deutlich früheren Zeitpunkt, vermeiden¹⁴ – ein Argument, das aus ethischer Perspektive für die PID spricht. Des Weiteren gibt es heutzutage Paare, die fertilitätsmedizinische Techniken in Anspruch nehmen, ohne dass eine direkte medizinische Indikation dafür vorläge, um auf diesem Wege das Risiko der Weitergabe einer Erbkrankheit zu umgehen. Manche Paare lassen – zu diesem Zweck oder aber, um die Chancen einer Schwangerschaft zu erhöhen – die IVF-Behandlung im Ausland vornehmen.¹⁵

Die moderne Fertilitätsmedizin berührt somit Fragen des Nicht-Könnens, aber in Hinblick auf etwaige Erbkrankheiten auch des Nicht-Wollens und eventuell des Nicht-Dürfens. Eine ähnliche Verbindung existierte auch in den 1930er Jahren, als Gynäkologen sowohl zur Sterilität als auch zur Sterilisierung forschten. Letzteres galt gleichermaßen als Verhütungsmaßnahme (temporäre Sterilisierung) wie auch als Mittel zur Realisierung eugenischer Ziele.¹⁶

¹³ In Schweden darf die PID nur in Fällen schwerer genetischer Erkrankungen, für die es heutzutage keine Behandlung oder Linderung gibt, angewendet werden. Vgl. *Lag om genetisk integritet m.m.* Svensk författningssamling 2006:351. In Deutschland ist die Anwendung der PID nach wie vor umstritten. Entscheidend ist das *Embryonenschutzgesetz* vom 13.12.1990. Derzeit kommt die PID offiziell nicht zur Anwendung, doch von vielen Seiten wird die Forderung erhoben, das Embryonenschutzgesetz in dieser Hinsicht zu überarbeiten. Eine Ausnahme bildet die so genannte Polkörperdiagnostik, die nicht im Embryonenschutz geregelt ist und die von einigen Zentren seit 2006 angewendet wird. Vgl. »(Muster-)Richtlinien [...]«: 2006, A 1392–A 1403.

¹⁴ *Genetische Diagnostik* [...]: 2003.

¹⁵ KRASKE und LUDWIG: 2005.

¹⁶ Vgl. beispielsweise HISGEN: 1938; VAN DEN VELDE: 1929.

Neue medizinische Techniken bedingen neue Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit. Unter welchen Voraussetzungen definiert man sich selbst als kinderlos, und gilt Kinderlosigkeit als freiwillig oder als unfreiwillig? Diese Frage stellt sich insbesondere angesichts einer mit fortgeschrittenem Alter – statistisch – abnehmenden Fruchtbarkeit. Das Drängen der ›biologischen Uhr‹ betrifft vor allem Frauen und das gilt gleichermaßen für deren ›natürliche‹ und deren reproduktivmedizinisch unterstützte Fruchtbarkeit. Wie ist der Unterschied zwischen Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit vor diesem Hintergrund zu definieren? Ein weiterer Aspekt besteht darin, ab wann Betroffene sich zum Kreis der ungewollt Kinderlosen zählen. Eine schwedische Studie, in deren Rahmen Paare interviewt wurden, zeigt, dass Männer und Frauen diese Frage oft unterschiedlich beantworten – auch dann, wenn sie zum gleichen Zeitpunkt über den medizinischen Sachverhalt in Kenntnis gesetzt wurden.¹⁷

Fertilität und Sterilität werden auch im Zusammenhang mit der Forschung zur freiwilligen Kinderlosigkeit diskutiert, weil viele Studien zu diesem Thema darauf hindeuten, dass reproduktives Vermögen und der Wille, keine Kinder bekommen zu wollen, gleichermaßen grundlegende Voraussetzung für eine freiwillige Kinderlosigkeit sind.¹⁸ Ein Problem einer solchen Definition besteht darin, dass viele kinderlose Frauen und Männer gar nicht wissen, inwieweit sie fruchtbar sind oder nicht. Eher wissen vor allem jene Paare, die sich dazu entschließen, ihren Kinderwunsch zu realisieren, wie es um ihr reproduktives Vermögen bestellt ist.

Der Gedanke, dass freiwillig Kinderlose auch fertil sein müssen, um als solche bezeichnet werden zu können, geht von einer biologistischen bzw. medikalisierenden Sichtweise aus. Diese Perspektive findet ihre Entsprechung in der Definition der unfreiwilligen Kinderlosigkeit. Darunter fallen jene, die einerseits aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, Kinder zu bekommen, andererseits aber einen starken Kinderwunsch verspüren. Freiwillig kinderlos zu sein basiert dagegen nicht notwendigerweise auf diesem Gegensatz, d. h. zwar fruchtbar zu sein, aber keine Kinder haben zu wollen.

Die Frage nach dem Grad der Freiwilligkeit ausgehend von medizinischen Aspekten wird in mehreren mit heutigen schwedischen Frauen geführten Interviews aufgeworfen. In einem Fall gab die betreffende Frau

¹⁷ WIRTBERG: 1992, 42–44; SPIEWAK: 2002.

¹⁸ HOUSEKNECHT: 1999.

erst auf die Frage nach der Verhütung an, dass sie nur schwer schwanger werden könne. Nachdem sie in ihrem vierten Lebensjahrzehnt gynäkologische Beschwerden hatte, nahm ihr reproduktives Vermögen zusehend ab. Im Grunde hätte sie seitdem keine Verhütungsmittel mehr anwenden müssen.¹⁹ Auch eine andere Frau gab in einem der Interviews an, dass sie an einer Krankheit gelitten habe, deren Behandlung durchaus dazu geführt habe könne, dass sie nur schwer schwanger werden könne. Sie vermute, dass aus ihrer Umgebung viele davon ausgingen, dass sie aufgrund der Risiken im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung keine Kinder bekommen wolle, sie sei aber der Meinung, dass das keinen Einfluss auf ihren Kinderwunsch gehabt habe. Ihr Beschluss habe vielmehr andere Gründe.²⁰

Es zeigt sich also, dass die medizinische Forschung zur Fertilität und die neuen medizinischen Techniken starke Veränderungen bei der sozialen Deutung von Kinderlosigkeit bewirkten. Dadurch wurden für unfreiwillig Kinderlose neue Möglichkeiten geschaffen, leibliche Kinder zu bekommen, während freiwillig Kinderlosen der Weg geebnet wurde, auch weiterhin kinderlos zu bleiben. Die Grenze zwischen beiden wird also durch die Selbstwahrnehmung der Betroffenen und durch die soziale Umgebung gezogen.

Das Recht, über die Familienplanung zu bestimmen

Eine aktive Familienplanung und auch der Entschluss, keine Kinder haben zu wollen, setzen die Selbstbestimmung über seinen eigenen Körper voraus. Vielfach sind das Wissen um den Zugang zu und die Anwendung von Verhütungsmitteln, aber auch die Möglichkeit einer Abtreibung, Voraussetzung, um den Wunsch nach freiwilliger Kinderlosigkeit zu realisieren. Vor diesem Hintergrund stellte Rosemary Gilliespie fest, allein der Umstand, dass eine Frau Kinder habe, sei nicht zwangsläufig ein Zeichen dafür, dass sie tatsächlich habe Mutter werden wollen.²¹

In Schweden waren zwischen 1910 und 1938 und in Deutschland seit 1900 die Werbung für und der Verkauf von Verhütungsmitteln verboten.²²

19 Interview Nr. 6, Kristina Engwall.

20 Interview Nr. 8, Kristina Engwall.

21 GILLIESPIE: 2000.

22 Durch § 184 RStGB (die so genannte ›Lex Heinze‹) wurde in Deutschland unter anderem die Werbung für ›Gegenstände, die zum unzüchtigen Gebrauch bestimmt

Dennoch gab es beispielsweise in Deutschland versteckte Reklame für solche Produkte, in der diese verschleiern als ›hygienische Bedarfsartikel‹ bezeichnet wurden.²³ Dass Verhütungsmittel bereits vor 1900 und auch während des Verbotes angewendet wurden, ist hinreichend belegt.²⁴ Aber für viele waren Verhütungsmittel und eine ärztliche Beratung zu teuer, das galt insbesondere für die Frauen der Arbeiterklasse.²⁵ Unwissen sowie der Mangel an Verhütungsmitteln bereiteten vor allem wirtschaftlich schwach gestellten Frauen und Paaren große Probleme, die in Deutschland als ›Konzeptionsangst‹ oder ›Sexualnot‹ bezeichnet wurden.²⁶ Aus Interviews mit schwedischen Frauen, die Anfang der 1920er Jahre geboren wurden, geht zudem hervor, dass viele heirateten, da sie schwanger wurden. Der Mangel an Möglichkeiten zur Geburtenkontrolle war in vielen Fällen ausschlaggebend für die Wahl des Ehepartners und den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes.²⁷

Die Unwissenheit zu sexuellen Fragen war groß und das Reden über Sexualität und Fortpflanzung für viele schambesetzt.²⁸ Das erklärt, weshalb der schwedische *Riksförbund för sexuell upplysning* (RFSU)²⁹ und die deutschen Sexualberatungsstellen so großen Erfolg hatten.³⁰ Ein Vergleich beider Länder zeigt, dass das Bewusstsein für den Bedarf an Sexualaufklärung vor allem im Deutschland der 1920er Jahre entwickelt wurde, die Sexualaufklärung selbst aber in Schweden in wesentlich breiterem Umfang realisiert wurde. Bereits in den 1940er Jahren wurde in den schwedischen Schulen der Aufklärungsunterricht offiziell eingeführt.³¹

Auch die Pille, die 1961 in der BRD, 1964 in Schweden und 1965 in der DDR eingeführt wurde, hatte eine immense Bedeutung für das Recht der

sind‹, verboten – eine Umschreibung, die lange Jahre als auch für Verhütungsmittel zutreffend gedeutet wurde. Zudem galten Verhütungsmittel oft als unmoralisch und nach 1933 auch als gesellschaftspolitisch problematisch. 1941 erging ein schärferes Verbot bestimmter Verhütungsmittel. SAUERTEIG: 1999, 290; BERGMANN: 1992, 30–33; HERZOG: 2005, 32, 331–332.

23 MÜLLER-LANDGRAF: 1996, 110.

24 ELGÁN: 1994.

25 *Vorwärts – und nicht vergessen*: 1982, 148.

26 HAGEMANN: 1989, 252.

27 SUNDSTRÖM-FEIGENBERG: 1989, 174–175.

28 HAGEMANN: 1989, 251.

29 Reichsverband für sexuelle Aufklärung.

30 LENNERHED: 2002; LEVIN: 1997; VON SODEN: 1988; FISCHER: 1992.

31 WOELLERT: 2005.

Frauen, selbst über ihre Fruchtbarkeit zu bestimmen.³² Zuvor mussten Frauen oftmals darauf vertrauen, dass der Mann ein Kondom verwendete oder aber den Koitus Interruptus zuverlässig ausführte. Die so genannte ›freie Abtreibung‹, in Schweden 1975 eingeführt, hatte ebenfalls großen Einfluss auf die Planbarkeit von Schwangerschaften für Frauen und Paare. In Deutschland existiert juristisch gesehen kein Recht auf Abtreibung. Es bestehen allerdings einige Ausnahmeregelungen, denen zufolge eine Abtreibung weder für Schwangere noch für den abtreibenden Arzt strafbar ist. Dazu gehört seit 1995 auch die so genannte ›Beratungsklausel‹, nach der eine Abtreibung dann als straflos gilt, wenn der Abbruch innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen stattfindet und die Betroffene sich zuvor durch eine unabhängige Stelle hat beraten lassen. Über diesen Zeitpunkt hinaus ist eine Abtreibung straffrei aber auch dann möglich, wenn die Schwangerschaft eine ernsthafte Gefahr für die physische oder psychische Gesundheit der Schwangeren darstellt.³³ In der Praxis bedeutet das, dass nahezu jede Frau, die sich zu einer Abtreibung entschließt, diese auch durchführen kann.

Das Recht auf Abtreibung war für viele freiwillig kinderlose Frauen lange Zeit von hoher Bedeutung. Einige der Frauen, die in den schwedischen Studien interviewt wurden, entschieden sich für eine Abtreibung, um auch weiterhin kinderlos bleiben zu können. Eine der Interviewpartnerinnen reflektierte ihre Abtreibungsentscheidung vor dem Hintergrund, dass Abtreibungen häufig als psychisches Trauma für die betroffenen Frauen dargestellt werden. Für sie war diese Entscheidung dagegen offenbar eine Erleichterung, die sie daher auch nie bereute.³⁴

³² SIEG: 1996; SCHWARZ: 1996.

³³ Vgl. § 218a StGB. Der neue § 218a ist ein Ergebnis des deutsch-deutschen Wiedervereinigungsprozesses. Er stellt einen Kompromiss zwischen dem freien Abtreibungsrecht in der DDR und dem weitestgehenden Abtreibungsverbot der BRD dar.

³⁴ Interview Nr. 3, Kristina Engwall.

Nicht-Dürfen – das Recht auf Fortpflanzung wird dem kollektiven Wohl untergeordnet

Kinderlosigkeit wird oft mit medizinischen Begriffen diskutiert, die das individuelle reproduktive Vermögen in den Mittelpunkt stellen. Dabei geht darum, ob die Betroffenen Kinder bekommen können oder nicht. Es ist aber eine weitere Perspektive denkbar: Inwieweit war und ist Kinderlosigkeit das Resultat formeller oder informeller Machtstrukturen, die dazu führten, dass manchen Menschen das Recht auf Reproduktion verweigert wurde. Vor allem in den 1920er, 1930er und 1940er Jahren, aber auch zuvor und ebenso heute wurde bzw. wird manchen das Recht auf Nachkommen abgesprochen. Das gilt unabhängig von den politischen Verhältnissen sowohl für Deutschland als auch für Schweden.

In Schweden hatten zwei Gesetze direkte Bedeutung für die staatlich verordnete Kinderlosigkeit: das Sterilisierungsgesetz von 1934 und das Abtreibungsgesetz von 1938.³⁵ In Deutschland existierten mehrere relevante Gesetze: das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ von 1933 mit einer Ergänzung 1935, die die Abtreibung bei eugenischer Indikation gestattete, sowie das ›Blutschutzgesetz‹ und das ›Ehegesundheitsgesetz‹, beide von 1935.³⁶ Alle Gesetze hatten eine eugenische Intention, d. h. die Absicht, die ›Qualität‹ der geborenen Kinder zu verbessern und Eltern, die dieses nicht gewährleisten konnten, von der Fortpflanzung auszuschließen. In Schweden kam das Sterilisierungsgesetz vor allem gegenüber Frauen zur Anwendung – ebenso wie in vielen weiteren Ländern, in denen die eugenische Sterilisierung praktiziert wurde. Der Frauenanteil unter den Sterilisierten betrug in Schweden 95 %.³⁷ In Deutschland waren Frauen und Männer von der Sterilisierungsgesetzgebung dagegen gleichermaßen betroffen.³⁸

35 *Lag om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet*. Svensk författningssamling 1934:171; *Lag om avbrytande av havandeskap*. Svensk författningssamling 1938:318.

36 »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933« und dessen Zusätze: »Änderungsgesetz vom 26. Juni 1935« (RGBl. I, 773); »Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre vom 15. September 1935« (›Blutschutzgesetz‹, Bestandteil der ›Nürnberger Gesetze‹; RGBl, 1146); »Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18. Oktober 1935« (›Ehegesundheitsgesetz‹; RGBl I, 1246); *Richtlinien* [...]: 1936, 9–13. Vgl. auch BOCK: 1986, 94–103.

37 TYDÉN: 2002, 59.

38 Vor 1933 wurden auch in Deutschland größtenteils Frauen sterilisiert. BOCK: 1986, 372–374.

Auch wenn sich die Sterilisierungsgesetze in beiden Ländern im Großen und Ganzen glichen, so bestand doch ein großer Unterschied in der Anzahl der Opfer.³⁹ In Deutschland fielen der Sterilisierungspraxis in der Zeit zwischen 1933 und 1945 mindestens 400.000 Menschen zum Opfer.⁴⁰ In Schweden wurden zwischen 1935 und 1975 ca. 63.000 Menschen sterilisiert.⁴¹ In beiden Ländern fanden die Sterilisierungen unter Zwang statt; in Deutschland war die Zulässigkeit physischer Zwangsmaßnahmen gesetzlich geregelt, die schwedische Gesetzgebung schloss diese dagegen aus.⁴² Darüber hinaus kamen in beiden Ländern weitere Formen von Zwang zur Anwendung. Beispielsweise bedeutete die ungleiche Wahl zwischen zwei Optionen, deren einziger Ausweg in der ›Einwilligung‹ in eine Sterilisierung bestand, de facto eine Zwangssituation. Das galt zum Beispiel, wenn die Entlassung aus einer Anstalt oder die Erteilung einer Ehegenehmigung mit der Bedingung einer vorherigen Sterilisation verbunden wurde.⁴³ In der Praxis hatte das für viele Betroffene eine erzwungene Kinderlosigkeit zur Folge.

Bei der Durchsicht von Patientenakten verschiedener schwedischer Nervenheilanstalten der 1930er Jahre fanden sich eine Reihe von Beispielen, die zeigen, wie Frauen durch eine Sterilisierung zur Kinderlosigkeit gezwungen wurden. Offenbar galt für viele Patientinnen, dass eine Anstaltsentlassung nur dann in Frage käme, wenn sie sich zuvor sterilisieren ließen. Ein Arzt schrieb 1932 in eine Patientenakte:

Ihre Fügsamkeit und Sanftmütigkeit gebieten geradezu den Versuch einer Pflege in einem geeigneten Privatheim oder einem Arbeitsheim. Solange die Möglichkeit zur Befruchtung besteht, dürfte die Entlassung nicht zu verantworten sein. Nach einer Sterilisation könnte sie möglicherweise versuchsweise entlassen werden; sollte der Versuch misslingen, so wären die Konsequenzen weniger schwerwiegend.⁴⁴

39 Mattias Tydén weist in seiner Abhandlung auf die grundsätzliche Problematik hin, die Opferziffern verschiedener Kontexte bzw. Länder miteinander zu vergleichen, da die Registrierung jeweils sehr unterschiedlich erfolgte. TYDÉN: 2002, 372–374.

40 BOCK: 1986, 8.

41 TYDÉN: 2002, 41.

42 BOCK: 1986, 256–258.

43 TYDÉN: 2002, 188–232; BOCK: 1986, 258–278.

44 »Hennes foglighet och fromsinthet inbjuda ju till ett försök med vård i lämpligt privat hem eller å arbetshem. Så länge möjlighet till konception förefinnes, torde utskrivning ej vara försvarlig. Efter en sterilisation kunde hon möjligen utskrivas å försök;

Aus dem Zitat geht auch hervor, dass das Wohl der Gesellschaft im Zweifelsfall schwerer wog als der Wille des Einzelnen. Kinderlosigkeit wird in den Patientenakten nie aus der Perspektive der Patientinnen diskutiert. Dagegen gibt es Beispiele von sterilisierten Frauen, die nach ihrer Entlassung nach Möglichkeiten suchten, ihre Fertilität wieder zu erlangen. Solche Schicksale zeigen einerseits, dass viele Frauen nicht unbedingt richtig verstanden, was die sterilisierende Operation bedeutete, und andererseits, dass deren Kinderlosigkeit nicht freiwillig war und vielmehr viele Opfer in der Folgezeit versuchten, ihre Fruchtbarkeit zurück zu erlangen.⁴⁵ Viele Betroffene vermieden es, die Ursachen ihrer Kinderlosigkeit preiszugeben, da Kinderlosigkeit in Folge einer Sterilisierung stigmatisierend war und möglicherweise noch immer ist.⁴⁶

In Deutschland wurde das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ erst 1974 annulliert, wenngleich es seit 1945 nicht mehr angewendet worden war. Doch ist das Gesetz noch immer nicht formell für ungültig erklärt.⁴⁷ Auch wenn es sich dabei streng genommen um einen rein formaljuristischen Unterschied handelt, so gibt dieser Umstand doch einen Einblick in die Situation der Sterilisierungsoffer. Diese kämpften nach wie vor darum, als Opfergruppe offiziell anerkannt zu werden. Erst in den 1980er Jahren erhielten sie eine geringe Entschädigungszahlung. Der Bund der ›Euthanasie‹-Geschädigten und Zwangssterilisierten e. V. setzt sich noch heute für die Rechte der Betroffenen ein.⁴⁸

Das schwedische und das deutsche Abtreibungsgesetz sowie der Zusatz zum ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ konnten in ihrer Anwendung zur aufgezwungenen Kinderlosigkeit führen, aber auch zu dem, was man als unfreiwillige Elternschaft bezeichnen könnte. Einem Abtreibungswunsch wurde auf unterschiedliche Art begegnet. Die ersten beiden Alternativen sind offensichtlich: Entweder wurde die Abtreibung abgelehnt oder aber dem Antrag wurde stattgegeben. Aber es waren auch andere Varianten denkbar. Einigen Frauen wurde zwar eine Abtreibung

konsekvenserna av ett misslyckande vore då av mindre betydelse.« Uppsala landsarkiv, Västra Marks Sjukhus, Patientjournal 253/31.

45 ENGWALL: 2000, 191–192.

46 MAIWALD und MISCHLER: 1999, 217, 222–224.

47 Das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ wurde 1945 nicht als nationalsozialistisch eingestuft und daher auch nicht wie andere ›nationalsozialistische Gesetze‹ für ungültig erklärt. Vgl. ETZEL: 1992, 201.

48 *Erbgesundheitsgeschichte. Dokumentation mit Zeitzeugenberichten*: 1997.

verwehrt, doch wurden die Betroffenen direkt nach der Geburt sterilisiert. Anderen wurde die Abtreibung mit der Auflage gestattet, sich zugleich auch sterilisieren zu lassen.⁴⁹ Die Abtreibung war in diesem Kontext kein Mittel der individuellen Familienplanung; vielmehr bot das Abtreibungsgesetz Möglichkeiten, kollektive Forderungen dem individuellen Körper aufzuzwingen. Freiwillige Anträge auf Abtreibung, aber auch auf Sterilisierung, wurden abgewiesen, wenn die begutachteten Stellen davon ausgingen, dass die betreffende Frau diese als Verhütungsmittel einsetzte.⁵⁰ Im Zusammenhang mit der Abtreibung lassen sich auch Klassenunterschiede beobachten – jene, die über die nötigen Finanzmittel verfügten und in der Lage waren, für die eigenen Bedürfnisse einzutreten, hatten eine größere Chance eine Abtreibung bewilligt zu bekommen. Die Chance auf eine fachgerecht durchgeführte Abtreibung vergrößerte sich ebenfalls durch die finanziellen Möglichkeiten und persönliche Kontakte.⁵¹

Die Sterilisierungs- und Abtreibungsgesetze trugen zur Begrenzung des Rechtes auf Elternschaft und zur Kontrolle der Reproduktion bei. Darüber hinaus existierten andere Wege, eine Kinderlosigkeit zu erzwingen. Für die in geschlossenen Einrichtungen untergebrachten so genannten ›Schwachsinnigen‹ und ›Geisteskranken‹ bedeuteten Unterbringung und Pflege an sich schon eine Einschränkung ihrer reproduktiven Möglichkeiten. Sämtliche Anstalten waren entweder eingeschlechtlich, oder aber es existierten getrennte Männer- und Frauenabteilungen, wodurch sexuelle Kontakte zwischen den Insassen unterbunden werden sollten.⁵² Auch hinter der Ehegesetzgebung, die beispielsweise ›Schwachsinnige‹ und ›Geisteskranke‹ mit einem Heiratsverbot belegte, stand das klare Ziel zu verhindern, dass aus solchen Verbindungen Kinder hervorgingen.⁵³

An den Umständen der erzwungenen Kinderlosigkeit lassen sich deutlich geschlechtsspezifische Machtverhältnisse ablesen, aber auch Machtkonstellationen, die auf dem sozialen oder ökonomischen Status der Be-

49 PALMBLAD: 2000a; TYDÉN: 2002, 234–241; BOCK: 1986, 159.

50 Ebd., 275–277; RUNCIS: 1998.

51 PALMBLAD: 2000b, 66–72; LENNERHED: 2006.

52 Natürlich konnte es geschehen, dass eine Patientin durch einen sexuellen Übergriff durch das männliche Pflegepersonal schwanger wurde. Darauf wurde hinsichtlich einer späteren Zeitperiode im amerikanischen Kontext hingewiesen. Ebenfalls wurde diskutiert, ob die Sterilisierungen der Patientinnen dazu beitrugen, dieses Problem zu verschleiern. Vgl. FINE und ASHLEY: 1988.

53 ENGWALL: 2000, 172–180.

troffenen basierten. Die Forschung zur Sterilisierung in Schweden zeigt deutlich, dass überwiegend Frauen sterilisiert wurden. Dahinter stand die gesellschaftlich den Frauen zugewiesene Verantwortung für die Kindererziehung. Und auch die Kategorien ›schwachsinnig‹ und ›geisteskranke‹ basieren nicht auf einer objektiven Wahrheit, sondern waren Konstruktionen, die durch die Dichotomie normal/unnormal und zudem durch die Zugehörigkeit der Betroffenen zu einer bestimmten sozialen Schicht geprägt waren. Das zeigt sich daran, dass die Diagnose ›schwachsinnig‹ überwiegend Personen mit einem bestimmten sozialen Hintergrund betraf. Frauen und Männer aus der Mittel- und Oberschicht wurden vergleichsweise selten behördlich kontrolliert. Sie waren zudem in der Lage, spezielle Hilfen zu bezahlen, was dazu führte, dass dieser Personenkreis seltener in jene Institutionen und Anstalten gelangte, in denen die Gefahr einer Sterilisierung besonders groß war.⁵⁴ In dieser Hinsicht war auch die erzwungene Kinderlosigkeit in gewissem Umfang vom jeweiligen sozialen Hintergrund abhängig.

In den 1920er, 1930er und 1940er Jahren war der Bereich des Privaten im Vergleich zu heute vergleichsweise klein. Das Wohl der Gemeinschaft hatte Priorität vor den Bedürfnissen des Einzelnen. Vor diesem Hintergrund gab es auch Raum für die Kontrolle und für Integritätsverletzungen des Lebens der Menschen, die heute nicht akzeptabel sind. Kinder zu bekommen war nicht nur eine private Frage, sondern betraf die gesamte Nation. Vor diesem Hintergrund konnten Ärzte, Sozialbetreuer, Kuratoren und Vertreter anderer Berufsgruppen eingreifen und über den Kopf des Individuums hinweg über die Fertilität des Einzelnen entscheiden.⁵⁵

Aber viele diskutierten ihre eigene Eignung zur Fortpflanzung und die ihres Partners auch ohne derartigen staatlichen Zwang. Das zeigt sich zum Beispiel in Leserbriefen aus der schwedischen bürgerlichen Familienzeitschrift *Idun*. Eine Frau bat die Leserinnen um Rat bezüglich der eugenischen Qualitäten ihres Verlobten:

Der Mann, der selbst gut und in jeder Hinsicht achtenswert ist, gehört einer Familie an, deren einziger gesunder Spross er ist. Alle seine Verwandten sind reine Proletariertypen und ausgesprochen widerlich. Einen Fall angeborener Blindheit gibt es auch in der Familie. Zudem fehlt es allen Sippenmitgliedern an Willen und Vermögen, sich zu benehmen, und sie sind demzufolge äußerst

54 ARESCHOUG: 2003.

55 JOHANNISSON: 1997, 227.

arm. Ich selbst gehöre einer angesehenen Beamtenfamilie an und habe beste Erbfaktoren. Wie soll ich mich verhalten? – *Grüblerin*⁵⁶

Zwei Frauen antworteten auf diese Anfrage:

Rassenhygienische Fragen sind kompliziert und meiner Meinung nach auch gefährlich, denn wenn man sich zu sehr in sie vertieft, bekommt man Beklemmungen. [...] Ihr Zukünftiger ist ja selbst gesund und ein Ehrenmann, und wenn seine Eltern ›Proletarier‹ sind, heißt das ja noch lange nicht, dass sie minderwertig sind. [...] Aber ich weiß, wenn ich an Ihrer Stelle wäre und den Mann liebte, dann würde ich ihn heiraten und mich dem Schicksal ergeben. Vielleicht würde ich keine Kinder zur Welt bringen, bevor ich nicht ausführlich mit einem Arzt gesprochen und seinen oder ihren Rat eingeholt hätte [...] – *Eine Anteilnehmende*⁵⁷

Wenn Sie den geringsten Zweifel haben und seine Sippe erblich belastet ist, dann heiraten Sie ihn um Himmels Willen nicht. Es ist verantwortungslos, unter solchen Umständen Kinder in die Welt zu setzen – man hat ja nicht das Recht⁵⁸, unglückliche und kranke Menschen zu erzeugen. – *Eine Erfahrene*⁵⁹

Auch heute noch Aufforderung zur Kinderlosigkeit

Die Gesetze, die eine unfreiwillige Kinderlosigkeit erzwingen, wurden in Deutschland nach 1945 sukzessive abgeschafft; in Schweden hatte das Sterilisierungsgesetz bis in die 1970er Jahren hinein Bestand. Aber auch für die gegenwärtige Situation stellt sich die Frage, ob es nicht andere For-

56 »Mannen som själv är god och i allo aktningvärd, tillhör en släkt inom vilken han själv är det enda friska skottet. Alla hans närmaste äro rena proletärtyper och ytterligt motbjudande. Ett fall av medfödd blindhet finnes inom släkten. Samtliga släktingar sakna både vilja och förmåga att sköta sig och äro följaktligen ytterlig fattiga. Själv tillhör jag en ansedd ämbetsmannasläkt och har bästa arvsfaktorer. Hur skall jag handla? – *Grubblande*«. In: *Idun* 40 (1927:6), 135.

57 »Rashygieniska frågor äro komplicerade och även farliga, skulle vilja säga, ty börjar man röra allför mycket i dem, blir man alldeles mörkrädd. [...] Er tilltänkta är ju själv frisk och en hedersman och om hans föräldrar varit ›proletärer‹, så betyder väl icke det att de varit mindervärdiga. [...] men jag vet att om jag vore i Ert ställe och tyckte om mannen, så gifte jag mig med honom och överlämnade mig åt ödet. Kanske att jag icke satte några barn till världen, förrän jag ingående talat med en läkare och tagit hans eller hennes råd. [...] – *En deltagande*«. In: *Idun* 40 (1927:8), 186.

58 Interessant ist hier der implizite doppelte Wortsinn: moralisches und juristisches Recht.

59 »Om Ni har den minsta tvekan och hans släkt är ärfligt belastad, gift Er då för all del inte. Det är ansvarslost att under sådana omständigheter sätta barn till världen – man har ju icke rätt att ge upphov till olyckliga och sjuka människor. – *En erfaren*«. In: *Idun* 40 (1927:8), 186.

men der unfreiwilligen Kinderlosigkeit gibt, da manche Menschen nach wie vor als weniger geeignete Eltern gelten.

Mehrere Interviewstudien deuten darauf hin, dass viele Frauen mit körperlichen Behinderungen mit Zweifeln bezüglich ihrer Fähigkeit sowohl zu einem erfüllten Sexualleben als auch zur Elternschaft konfrontiert sind. Den Frauen begegnen diese Haltungen sowohl im Familien- und Freundeskreis wie auch im Rahmen der medizinischen Betreuung durch Ärzte und Gynäkologen.⁶⁰ Natürlich kann niemand diese Frauen daran hindern, Kinder zu bekommen, aber der Mangel an Ermunterung und Hilfe kann eine große Rolle spielen, da diese Frauen in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, um den Alltag als Mutter bewältigen zu können.

Heute gibt es kein schwedisches oder deutsches Gesetz, das eine Zwangssterilisierung oder die zwangsweise Verabreichung von Verhütungsmitteln an Menschen mit Entwicklungsstörungen zulässt. Dennoch bilden diese eine Gruppe, die sich weit weniger häufig zur Familiengründung entschließt als andere.⁶¹ Die Forschung hat gezeigt, dass viele Angehörige und Betreuer von Menschen mit Entwicklungsstörungen befürchten, dass diese schwanger werden bzw. ein Kind zeugen könnten, was dazu führt, dass Menschen mit Entwicklungsstörungen oftmals in besonderem Maße dazu ermuntert werden, Verhütungsmittel anzuwenden.⁶² Zudem erhalten sie häufig eine negative Schilderung der anstrengenden und fordernden Seite des Elternseins.⁶³ Häufig trägt das dazu bei, dass bei den Betroffenen das Bewusstsein für die eigene Behinderung mit dem Ziel gestärkt wird, sie davon zu überzeugen, dass sie als Eltern nicht geeignet seien.⁶⁴

Unter welchen Voraussetzungen Menschen mit Entwicklungsstörungen Eltern werden sollten, ist eine komplexe Frage. Die Historikerin Judith Areschoug setzt sich damit auseinander, wie das Recht auf Eltern-

60 Vgl. beispielsweise MALMBERG: 1996; HELMIUS: 1999.

61 In Deutschland dürfen Menschen nur dann sterilisiert werden, wenn diese a) es selbst wünschen oder wenn b) im Falle ihrer Nichteinwilligungsfähigkeit ein Stellvertreter in ihrem Sinne um den Eingriff bittet, unter der Annahme, dass eine Schwangerschaft für die Betroffenen ein schwerwiegendes gesundheitliches Risiko darstellen würde. Vgl. §§ 1905, 1899 BGB.

62 LÖFGREN-MÄRTENSON: 2003.

63 BARRON: 2004.

64 ARESCHOUG: 2005, 163–164; BARGFREDE, BLANKEN und PIXA-KETTNER: 1996.

schaft gegen das Recht der Kinder auf gute Eltern aufgewogen werden müsse. Doch eine Durchsicht öffentlicher Dokumente, die sich mit entwicklungsgestörten Menschen befassen, zeigt, dass das Recht dieser Menschen auf Elternschaft nur sehr restriktiv diskutiert wird – obwohl die Gesetze zur Regelung der Kinderlosigkeit längst abgeschafft worden sind.⁶⁵

Ein anderes Bild vermittelt dagegen eine Studie der Soziologin Karin Barron. Demnach wollen manche Frauen mit Entwicklungsstörungen heute keine Kinder haben. Dabei handelt es sich um eine freiwillige Kinderlosigkeit, wobei sich die Hintergründe deutlich von denen anderer freiwillig kinderloser Frauen unterscheiden. Eine wichtige Ursache dafür, dass Frauen mit Entwicklungsstörungen keine Kinder haben wollen, besteht darin, dass diese Frauen Angst haben, die mühsam erreichte Selbständigkeit zu verlieren. Sie wissen, dass ein Kind dazu führen würde, dass sie im Vergleich zu vorher auf deutlich mehr Hilfe angewiesen wären und dass die eigenen Eltern und andere Helfer einen größeren Raum in ihrem Alltag einnehmen würden. Das Risiko, einen Teil der Selbständigkeit einzubüßen, beeinflusst maßgeblich ihre Entscheidung, auf Kinder zu verzichten.⁶⁶

Die Beispiele oben zeigen, dass die Sicht auf Kinderlosigkeit unterschiedlich ist, und zwar in Abhängigkeit davon, von welchen gesellschaftlichen Gruppen wir sprechen. Von Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, insbesondere mit Entwicklungsstörungen, wird auch heute noch erwartet, dass sie kinderlos bleiben, und sie werden in dieser Haltung bestärkt.

Freiwillige Kinderlosigkeit

Aber auch die bewusste Entscheidung für die Kinderlosigkeit scheint in der so genannten ›westlichen Welt‹ mittlerweile weit verbreitet zu sein. Es erscheint plausibel, dass ein ›Entscheidung‹ für oder gegen eigene Kinder von der Haltung gegenüber Kindern und Elternschaft beeinflusst werden, aber auch von den Kosten, die ein Kind verursacht.⁶⁷ Freiwillige Kinderlosigkeit muss nicht zwangsläufig als Reaktion auf die höheren Anforderungen an Eltern, sondern eher als Akzeptanz dieser Verhältnisse

65 ARESCHOUG: 2005.

66 BARRON: 2005.

67 MCALLISTER und CLARKE: 2000.

gedeutet werden.⁶⁸ Wie wissen auch, dass die gestiegene Kinderlosigkeit insgesamt gesehen ein Resultat des immer höheren Alters von Erstgebärenden ist. Die Folge sind Fertilitätsprobleme und eine möglicherweise dadurch bedingte unfreiwillige Kinderlosigkeit. Dies führt aber auch dazu, dass die Frage nach eigenen Kindern nicht gestellt wird und die freiwillige Kinderlosigkeit zunimmt.⁶⁹

Freiwillige Kinderlosigkeit ist keine neue Erscheinung – auch früher wählten Frauen und Männer diesen Weg, aber das Ausmaß an Wahlfreiheit kann diskutiert werden. Statistisch gesehen verblieb ein Fünftel der um 1900 geborenen Frauen unverheiratet.⁷⁰ Viele von ihnen waren zudem kinderlos, was dem damaligen Moralempfinden, demzufolge Kinder ausschließlich innerhalb der Ehe gezeugt werden durften, entsprach. Der Zeitraum mit dem größten Anteil unverheirateter Frauen fiel damit zusammen, dass viele Mittelklassefrauen sich vermehrt bildeten und beruflich engagierten. Vielfach war es aber nur unverheirateten und kinderlosen Frauen gestattet, einen Beruf auszuüben. Bis 1938 konnte einer Frau, die in Diensten des schwedischen Staates stand, im Falle einer Eheschließung oder einer Schwangerschaft gekündigt werden.⁷¹ In Deutschland existierte eine ähnliche Verordnung, die erst im Jahre 1957 für ungültig erklärt wurde.⁷² Viele um 1900 geborene Frauen konnten Berufstätigkeit und Ehe bzw. Mutterschaft daher nicht miteinander verbinden. Ist es angesichts dieser Voraussetzungen dennoch richtig, von freiwilliger Kinderlosigkeit zu sprechen?

Im Rahmen der Forschung zur freiwilligen Kinderlosigkeit wird üblicherweise zwischen ›Aufschiebern‹ (›postponers‹) und ›frühen Aussprechern‹ (›early articulators‹) unterschieden.⁷³ Erstere entschließen sich bereits frühzeitig, niemals Kinder bekommen zu wollen, während letztere die Entscheidung für oder gegen Kinder so lange vor sich herschieben, bis sie – und das betrifft vor allem Frauen – physiologisch nicht mehr dazu in der Lage sind. Die Kritik an diesen Begriffen zielt darauf ab, dass sie alle Varianten verschiedener Motive für oder gegen Kinder ausblenden. Aus

68 MARSHALL: 1993.

69 MCALLISTER und CLARKE: 2000, 193–194.

70 ÅMARK: 2002.

71 NEUNSINGER: 2001.

72 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 10.5.1957 – I AZR 249/57.

73 Vgl. beispielsweise HOUSEKNECHT: 1999, 370; CARL: 2002.

einer von Carolyn Morell durchgeführten Interviewstudie geht hervor, dass viele kinderlose Frauen nicht der Meinung sind, in dieser Frage eine bewusste Entscheidung getroffen zu haben, sondern dass ihre Kinderlosigkeit das Resultat der von ihnen präferierten Lebensweise sei.⁷⁴ Die Informantinnen beschrieben ihre Kinderlosigkeit als Ergebnis oder als Prozess einer ganzen Reihe persönlicher und sozialer Lebensumstände.⁷⁵

Alleinstehenden Frauen, die sich für die Kinderlosigkeit entscheiden, wird oftmals mit Skepsis begegnet. Oft wird hinterfragt, inwieweit ihre Entscheidung tatsächlich auf Freiwilligkeit beruhe. Zwei heute als Singles lebende schwedische Frauen berichten, dass in ihrer Umgebung häufig die Vermutung geäußert wird, ihre Kinderlosigkeit rühre ausschließlich daher, dass sie gegenwärtig keinen Partner haben. Aber die Frauen selbst erzählen, dass sie zuvor in Beziehungen gelebt haben, in denen die Kinderfrage durchaus diskutiert wurde. Und beide berichten, dass sie während der Zeit ihrer Beziehungen der Kinderlosigkeit deutlich zweifelnder gegenüberstanden, als sie es heute tun, aber dass sie mit der Zeit von der Richtigkeit ihrer Entschlüsse immer mehr überzeugt waren.⁷⁶ Zum Zeitpunkt der Interviews, als sich beide Frauen ihrem 40. Geburtstag nähern, sind sie fest davon überzeugt, keine Kinder haben zu wollen.

Nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch von Freunden und sogar durch Mitarbeiter im Gesundheitswesen wird die freiwillige Kinderlosigkeit immer wieder in Frage gestellt. Ärzte und Hebammen gehen häufig davon aus, dass alle Frauen Kinder haben möchten und sprechen die bei fortschreitendem Alter zunehmenden Schwierigkeiten, schwanger zu werden, an, ohne sich vorab darüber zu informieren, ob sich die betreffende Frau überhaupt Kinder wünscht. Eine negative Einstellung von Ärzten und Pflegepersonal gegenüber der freiwilligen Kinderlosigkeit hat sich auch in anderen Studien gezeigt, aber diese bezogen sich hauptsächlich auf die Situation in den USA und berücksichtigten vor allem Vertreter von ›pro-life‹.⁷⁷

Die meisten Studien zur freiwilligen Kinderlosigkeit beziehen sich auf Frauen. Die wenigen Interviewstudien zum Kinderwunschverhalten von Männern, die vor allem aus den USA stammen, deuten darauf hin, dass

74 MORELL: 1994, 49–50.

75 Ebd., 49.

76 Interviews Nr. 1 und 3, Kristina Engwall.

77 VEEVERS: 1974.

Männer in ihrem Kinderwunsch stark von der Entscheidung ihrer Partnerinnen beeinflusst werden. Sie begründen ihre Kinderlosigkeit damit, dass ihre Freizeitaktivitäten viel Zeit in Anspruch nehmen und dass sie nicht dazu bereit seien, diese Zeit aufzugeben.⁷⁸ Die Betonung eines aktiven Freizeitlebens ist unter freiwillig kinderlosen Frauen nicht im selben Maße ein Argument.

Die Bedeutung von Geschlecht, Funktionsstörungen, sexueller Präferenz und sozialem Stand

Die Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche von Männern und Frauen in Bezug auf die eigene Familienplanung unterscheiden sich deutlich. Eine Ursache besteht darin, dass Kinder lange Zeit eine wichtige Funktion bei der Ausbildung der weiblichen Identität hatten, die männlichen Identitätsbilder gründeten dagegen weit mehr in der jeweiligen Berufstätigkeit. Vater zu werden war lange Zeit gleich bedeutend mit der Aufgabe, fortan Familienernährer zu sein. Wie der Soziologe Ulrich Beck betont, bedeutet Familienplanung auch heute noch vielfach, dass die Frau ihre berufliche Karriere unterbricht, um sich um die Kinder zu kümmern, wohingegen Männer häufig deutlich länger arbeiten, um die gewachsene Familie zu unterhalten.⁷⁹ Vor allem Frauen sind mit dem Konflikt konfrontiert, zwischen Beruf und Familie wählen zu müssen. Kinderlose Frauen riskieren, als unreif, selbstsüchtig und karriereorientiert abgestempelt zu werden, wohingegen mit kinderlosen Männern solche Vorstellungen in aller Regel nicht verbunden werden.⁸⁰

Aber nicht nur die Vorstellungen von kinderlosen Männern und Frauen weisen große Unterschiede auf. Es bestehen auch große statistische Differenzen zwischen beiden Gruppen. In Schweden unterscheiden sich kinderlose Männer und Frauen darin, dass erstere in der Regel ein geringeres Bildungsniveau aufweisen und in ländlichen Gebieten wohnen; letztere haben dagegen eine lange Ausbildung und leben vor allem in den Großstädten.⁸¹ Inwieweit das freiwillig und unfreiwillig Kinderlose betrifft, geht aus der Statistik nicht hervor. Auch in Deutschland existie-

78 LUNNEBORG: 1999.

79 BECK: 2000, 107.

80 GILLESPIE: 2000, 225, 228.

81 *Hur många barn får jag när jag blir stor?*: 2002, 31–39.

ren Unterschiede im Bildungsniveau der betroffenen Männer und Frauen: Dort gibt es mehr kinderlose Männer als Frauen und erstere haben in der Regel eine schlechtere Stellung auf dem Arbeitsmarkt als letztere.⁸²

Die Statistik zeigt also Unterschiede im Bildungsniveau kinderloser Männer und Frauen auf. Aus mehreren Studien geht auch hervor, dass es große Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen sozialen Zugehörigkeit gibt. Demnach bleiben vor allem Frauen aus der sozialen oberen Mittelklasse und Oberklasse kinderlos. Carolyn Morell widerspricht allerdings Darstellungen, wonach es sich bei freiwilliger Kinderlosigkeit um ein reines Oberklassenphänomen handle und zeigt stattdessen, dass viele ihrer amerikanischen Interviewpartnerinnen einen sozialen Aufstieg erzielten, für den ihre Kinderlosigkeit eine wichtige Voraussetzung war.⁸³

In Schweden bestehen andere Voraussetzungen, um Berufsleben und Elternschaft in Einklang zu bringen. Es gab einen starken politischen Willen, um deren Kombination sowohl Männern als auch Frauen zu ermöglichen.⁸⁴ In den mit schwedischen Frauen geführten Interviews gibt keine an, dass ihre Kinderlosigkeit ihrer beruflichen Karriere geschuldet sei. Nur eine Frau, die nach eigenen Angaben einer traditionellen schwedischen Arbeiterfamilie entstammt, gab an, dass sie bewusst von dem Geschlechterrollenideal ihrer Eltern und ihrer sozialen Umgebung Abstand genommen habe. Darin weiche sie aber deutlich von den Normen ab, nach denen ihre Jugendfreunde ihr Leben gestaltet hätten.⁸⁵ Die unterschiedlichen Hintergründe kinderloser Männer und Frauen deuten darauf hin, dass verschiedene Faktoren – Geschlechtszugehörigkeit, sozialer Hintergrund und Bildungsniveau – als komplexes System auf die Entscheidung für oder gegen eine Familiengründung einwirken.⁸⁶

Die Vorstellungen über Kinderlosigkeit unterscheiden sich auch in Hinblick auf die Persönlichkeitsstruktur und den familiären Hintergrund der potenziellen Eltern. Noch im 20. Jahrhundert galt die Ehe lange Zeit als die selbstverständliche Lebensform für erwachsene Menschen. Vielfach wurde auch vorausgesetzt, dass in einer Ehe zwangsläufig auch Kin-

82 SCHMITT und WINKELMANN: 2005.

83 MORELL: 1994.

84 Vgl. NEUMANN: 2002.

85 Interview Nr. 3, Kristina Engwall.

86 Vgl. SKREDE: 2005.

der geboren würden – erst dann handele es sich um eine Familie.⁸⁷ Obwohl die gesellschaftlichen Normen um die Kernfamilie sehr stark waren, wissen wir, dass viele ihr Leben auch in anderen Familienkonstellationen lebten.

Heute ist die Akzeptanz für andere Familienformen größer als vor einigen Jahrzehnten: Lebensgemeinschaften – auch ohne formalen Eheschwur – sind üblich, alleinerziehend zu sein gilt nicht länger als stigmatisierend, homosexuelle Paare können sich als Lebensgemeinschaft eintragen lassen und immer mehr entscheiden sich für ein Leben als Single.⁸⁸ Aber noch immer gibt es gesellschaftliche Wertsetzungen und Normen darüber, inwieweit diese verschiedenen Familienkonstellationen für Kinder geeignet sind. Mit anderen Worten gibt es auch heute durchaus noch Vorstellungen darüber, wer sich aufgrund seiner privaten Lebensumstände zur Elternschaft eignet und wer besser davon absehen sollte. Ein Beispiel sind homosexuelle Paare, denen auch in der Rechtsprechung ein eigener Status zukommt. Heute sieht das schwedische ebenso wie das deutsche Recht für gleichgeschlechtliche Paare die Möglichkeit vor, sich als Lebensgemeinschaft offiziell registrieren zu lassen – verbunden mit einer Reihe von eheähnlichen Rechten und Pflichten. In Schweden können homosexuelle Paare eine Adoption beantragen, was in Deutschland nicht möglich ist. Homosexuelle können sich dort nicht als Paar um eine Adoption bewerben; nur einer von beiden kann den Antrag stellen – mit geringen Aussichten auf Erfolg, angesichts der großen Menge heterosexueller Paare, die um eines der wenigen zu adoptierenden Kinder konkurrieren.⁸⁹

Wie Kinderlosigkeit aufgefasst wird, unterliegt demnach den Vorstellungen darüber, wie eine ›richtige‹ Familie auszusehen hat und welche Familienformen ein geeignetes Erziehungsumfeld darstellen. Zudem ha-

87 FJELL: 2005, 59

88 ENGWALL: 2005; SÖDERLIND: 2002.

89 Laut schwedischem Recht werden Homosexuelle grundsätzlich als Adoptiveltern anerkannt. Im Falle einer Auslandsadoption muss allerdings auch das Herkunftsland der Auswahl der Adoptiveltern in Bezug auf deren sexuelle Orientierung zustimmen. In Deutschland gilt folgender Grundsatz: »Wer nicht verheiratet ist, kann ein Kind nur alleine annehmen.« Vgl. § 174I, Abs. 2 BGB. Das hat auch Auswirkungen auf die Vorgaben bezüglich der Adoption eines leiblichen Kindes eines Teils einer homosexuellen Partnerschaft durch den neuen (homosexuellen) Lebenspartner: Dieser darf das Kind nur dann adoptieren, wenn das Paar als ›Lebenspartnerschaft‹ registriert ist. Vgl. § 9, Abs. 7 LPartG.

ben die durch die Rechtslage vorgegebenen normativen Rahmenbedingungen einen wichtigen Einfluss auf die soziale Deutung von Kinderlosigkeit. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts entstand eine wachsende Anzahl unterschiedlicher Familienformen, aber je mehr es wurden, desto mehr Diskussionen entspannen sich um die Frage, wie Kinderlosigkeit zu deuten sei – als tragisch, selbstverständlich, positiv oder negativ.

Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit

In diesem Aufsatz haben wir gezeigt, wie vielfältig die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit waren und noch immer sind. Die Auseinandersetzung mit der Kinderlosigkeit handelt nicht nur vom ›Können‹, sondern auch vom ›Wollen‹ und vom ›Dürfen‹. Bei der Gewichtung spielen der rechtliche Kontext sowie gesellschaftliche Normen und Wertsetzungen ebenso eine Rolle wie die körperlichen Voraussetzungen und medizinischen Möglichkeiten – wobei letztere in einem engen Zusammenhang zur Gesetzgebung und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stehen. Wer erhält Zugang zu einer neuen Behandlungsmethode? Wer gerät unter den Verdacht, für eine Elternschaft weniger geeignet zu sein? Wer hat und wer nimmt sich das Recht, darüber zu urteilen, ob Kinderlosigkeit Resultat einer freiwilligen Entscheidung ist oder nicht?

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts lässt sich eine Medikalisierung der Kinderlosigkeit beobachten. Über den Grad der individuellen Fertilität entscheidet heute nicht allein das Schicksal. Im selben Maße, in dem die Kinderlosigkeit medikalisiert wurde, entstanden auch neue medizinische Erkenntnisse und Techniken, die jenen zugute kommen, die keine Kinder bekommen wollen. Obwohl heutzutage sowohl jenen, die keine Kinder bekommen wollen, als auch solchen, die sich bisher vergeblich Kinder wünschten, mit medizinischen Mitteln geholfen werden kann, bedeutet das nicht, dass dieses Thema an Komplexität und Schwierigkeit verloren hätte. Der Zugang zu fertilitätsmedizinischen Behandlungen ist begrenzt – u. a. durch Gesetze. Durch diese wurden lange Zeit heterosexuelle, verheiratete Paare gegenüber anderen Partnerschaftsformen begünstigt – in Deutschland gilt das im Wesentlichen nach wie vor. Die Normen und Wertsetzungen beeinflussen das, was im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit als normal bzw. anormal gilt.

Die Unterschiede in der diesbezüglichen Gesetzgebung der beiden Länder lassen sich durch die verschiedenen Entstehungszeiten erklären. In Deutschland existierte im Vergleich zu Schweden bereits sehr früh eine Sozialgesetzgebung. Das führte in Schweden dazu, dass die Gesetzgebung mehr auf individuelle Rechte als auf die der Familie ausgerichtet war.⁹⁰ Im Zusammenhang mit der Kinderlosigkeit scheinen jedoch heute die Unterschiede in der Gesetzgebung nur geringe Auswirkungen auf die gelebte Praxis zu haben.

Die Auseinandersetzungen mit dem Thema Kinderlosigkeit zeigen auch, dass die Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit das Ergebnis individueller und gesellschaftlicher Ausgangsbedingungen sind. Hier treffen individuelle Wünsche auf gesellschaftliche Normen und Wertsetzungen. Vielfach wird Kinderlosigkeit als Frage des ›Könnens‹ diskutiert – fokussiert wird dabei auf die körperlichen Voraussetzungen, ein Kind zeugen bzw. empfangen zu können. Aber das ist eine allzu einseitige Betrachtungsweise, die die Kinderlosigkeit auf ein Fertilitätsproblem reduziert und dabei leicht andere Hintergründe aus den Augen verliert. Wir sind der Auffassung, dass Geschlechterrollen, soziale Klassenzugehörigkeit, sexuelle Präferenzen ebenso wie körperliche und geistige Behinderung ebenfalls einen großen Einfluss auf die soziale Deutung von Kinderlosigkeit haben.

Frühere Forschungsarbeiten versuchten, die Differenzierungsproblematik im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit handhabbar zu machen, indem der Komplex als Kontinuum beschrieben wurde, dessen eines Ende die freiwillige und dessen anderes die unfreiwillige Kinderlosigkeit ausmachte. Auch wenn ein solches Modell eine Diskussion über den Grad der Freiwilligkeit ermöglicht, so ist es doch nicht in der Lage, das komplexe Zusammenspiel zwischen individuellen Wünschen und Fertilitätsvoraussetzungen einerseits, äußeren Einflüssen in Form von Rechtsprechung, medizinischer Entwicklung, medizinischer Praxis und Familienpolitik andererseits abzubilden. Inwieweit Kinderlosigkeit als freiwillig oder unfreiwillig, positiv oder negativ definiert wird, ist eine sehr individuelle Frage, die in erster Linie von den Betroffenen selbst beantwortet werden sollte.

In diesem Zusammenhang sollte man im Blick behalten, dass auch der Begriff Elternschaft keine absolute bzw. eindeutige Definition besitzt.

90 OHLANDER: 2005.

Die Juristin Anna Singer ist der Ansicht, dass diese Frage aus verschiedenen Perspektiven diskutiert werden sollte. Dazu gehören biologische, aber auch juristische und soziale Verwandtschaftsbeziehungen.⁹¹ Ein weiteres Beispiel sind Kinder, die im Rahmen einer Fertilitätsbehandlung entstanden sind. Im Extremfall kann ein solches Kind fünf ›Eltern‹ haben: die Eispenderin, den Samenspender, die Leihmutter und das Paar, bei dem das Kind aufwachsen wird.

Die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit zeigen, dass viele verschiedene Faktoren zusammenwirken, sowohl bei der Definition von Kinderlosigkeit als auch bei deren gesellschaftlicher Bewertung einwirken. In historischer Perspektive wird zudem deutlich, dass Normen und Wertsetzungen Wandlungsprozessen unterliegen: Kinderlosigkeit und deren Bedeutung sind nicht einfach zu definieren – dafür ist die Wirklichkeit allzu komplex.

91 SINGER: 2002; WEGENER: 2005.

LITERATUR

- ADRIAN, Stine: *Nye skabelsesberetninger om æg, sæd og embryoner. Et etnografisk studie af skabelser på sædbanker og fertilitetsklinikker.* (= Linköping studies in arts and science; 370), Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för tema, Tema genus: 2006.
- ÅMARK, Klas: »Familj, försörjning och livslopp under 1900-talet«. In: BERGMAN, Helena und Peter JOHANSSON (Hg.): *Familjeangelägenheter. Modern historisk forskning om välfärdsstat, genus och politik.* Eslöv: Symposion, 2002, 236–278.
- ARESCHOUG, Judith: »Den som icke kan tillgodogöra sig folkskolans undervisning. Sinnslöskolan och dess elever 1900–1950«. In: BÖRJESSON, Mats und Eva PALM-BLAD (Hg.): *Problembarnets århundrade.* Lund: Studentlitteratur, 2003, 93–140.
- ARESCHOUGH, Judith: »Parenthood an intellectual disability. Discourses on birth control and parents with intellectual disabilities 1967–2003«. In: *Scandinavian journal of disability research* 7 (2005;3-4), 155–175.
- BARGFREDE, Stefanie, Ingrid BLANKEN und PIXA-KETTNER, Ursula: »Dann waren sie sauer auf mich, daß ich ein Kind haben wollte.« *Eine Untersuchung zur Situation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD.* (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; 75), Baden-Baden: Nomos, 1996.
- BARRON, Karin: »Vem är jag? Utvecklingsstörda kvinnor (re)konstruerar sin identitet«. In: BARRON, Karin (Hg.): *Genus och funktionshinder.* Lund: Studentlitteratur, 2004, 123–154.
- BECK, Ulrich: *Risksamhället. På väg mot en annan modernitet.* Göteborg: Daidalos, 2000.
- BERGMANN, Anna: *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle.* Hamburg: Rasch und Röhring, 1992.
- BOCK, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986.
- CARL, Christine: *Gewollt kinderlose Frauen und Männer. Psychologische Einflussfaktoren und Verlaufstypologien des generativen Verhaltens.* Frankfurt am Main: VAS, 2002.
- ELGÁN, Elisabeth: *Genus och politik. En jämförelse mellan svensk och fransk abort- och preventivmedelspolitik från sekelskiftet till andra världskriget.* (= Studia historica Upsaliensia; 176), Uppsala: Uppsala universitet, 1994.
- ENGWALL, Kristina: »Asociala och imbecilla«. Kvinnorna på Västra Mark 1931–1967. Örebro: Universitetsbiblioteket, 2000.
- ENGWALL, Kristina: *Drömmen om den rätta. Från singel till förälder.* (= Framtidsstudier; 14), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2005.
- Erbgesundheitsgeschichte. Dokumentation mit Zeitzeugenberichten.* Detmold: Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten e. V., 1997.
- ETZEL, Matthias: *Die Aufhebung von nationalsozialistischen Gesetzen durch den Alliierten Kontrollrat (1945–1948).* (= Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts; 7), Tübingen: Mohr, 1992.
- FINE, Michelle und Adrienne ASCH: *Women with disabilities. Essays in psychology, culture and politics.* Philadelphia: Temple University Press, 1988.
- FISCHER, Doris: »Hamburger Ehe- und Sexualberatungsstellen in der Weimarer Republik«. In: GLENSK, Evelyn (Hg.): *Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Für-*

- sorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus. Hamburg: Ergebnisse, 1992, 140–161.
- FJELL, Tove Ingebjörg: »Childfree women – desirable or deplorable? On having and not having children and other people's views of these more or less random choices«. In: *Ethnologia Scandinavica* 35 (2005), 55–67.
- Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme*. Berlin: Nationaler Ethikrat, 2003.
- GILLIESPIE, Rosemary: »When no means no. Disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness«. In: *Women's Studies International Forum* 23 (2000:2), 223–234.
- HAGEMANN, Karen: *Frauenalltag und Männerpolitik. Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik*. Hamburg: Universität Hamburg, 1989.
- HELMIUS, Gisela: »Handikapp och kön. Arbete och sexualitet i kvinnors vardag«. In: TIDEMAN, Magnus (Hg.): *Handikapp. Synsätt, principer, perspektiv*. Stockholm: Johansson & Skyttmo, 1999, 139–170.
- HERZOG, Dagmar: *Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts*. München: Siedler, 2005.
- HISGEN, H.: »Sterilitäts- und Sterilisierungsfragen«. In: *Zentralblatt für Gynäkologie* 62 (1938:20), 1089–1092.
- HOUSEKNECHT, Sharon, K.: »Voluntary childlessness«. In: SUSSMAN, Marvin, Suzanne STEINMETZ und Gary PETERSON (Hg.): *Handbook of marriage and the family*. New York, London: Plenum Press, 1999.
- Hur många barn får jag när jag blir stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv*. (= Demografiska rapporter; 2002:5), Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2002.
- JOHANNISSON, Karin: »Politisk anatomi«. In: *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Pan Norstedts, 1997, 219–257.
- KOLBE, Wiebke: *Elternschaft im Wohlfahrtsstaat. Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich 1945–2000*. (= Geschichte und Geschlechter; 38), Frankfurt am Main: Campus, 2002.
- KRASKE, Marion und Udo LUDWIG: »Die Babygrenze«. In: *Der Spiegel* 59 (2005:46), 108–118.
- KÜHN, Konstanze: *Elterngeld und Elternzeit (föräldraförsäkring och föräldraledighet). Ein Erfahrungsbericht aus Schweden*. Basel: Prognos AG, 2005.
- »Künstliche Befruchtung«. In: *Sozialgesetzbuch (SGB) V. Gesetzliche Krankenversicherung* (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988), URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27a.html, Zugriff am 7.12.2009.
- LENNERHED, Lena: *Sex i folkhemmet. RFSUs tidiga historia*. Uppsala: Gidlunds, 2002.
- LENNERHED, Lena: *Women, quacks and a doctor or two. Abortion in Sweden in the early twentieth century*. Unveröffentl. Konferenzbeitrag, 2006.
- LEVIN, Hjärdis: *Kvinnorna på barrikaden. Sexualpolitik och sociala frågor 1923–36*. Smedjebacken: Smegraf, 1997.
- LÖFGREN-MÄRTENSON, Lotta: »Får jag lov?« *Om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, 2003.
- LUNDIN, Susanne: *Könsbilder – familjeskap och reproduktionsteknologi. Familj och kön. Etnologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1999.

- LUNNEBORG, Patricia: *The chosen lives of childfree men*. Westport: Bergin & Garvey, 1999.
- MAIER, Barbara: *Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele*. Berlin et al.: Springer, 2000.
- MAIWALD, Stefan und Gerd MISCHLER: *Sexualität unter dem Hakenkreuz. Manipulation und Vernichtung der Intimsphäre im NS-Staat*. Hamburg, Wien: Europa, 1999.
- MALMBERG, Denise: »Höga klackar och rullstol – En könsteoretisk studie av kvinnor med livslångt funktionshinder«. In: *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 17 (1996:3–4), 19–29.
- MCALLISTER, F. und L. CLARKE: »Voluntary childlessness. Trends and implication«. In: BENTLEY, Gillian R. und Nicholas C. G. MASCIE-TAYLOR (Hg.): *Infertility in the modern world. Present and future prospects*. (= Biosocial society series; 12), Cambridge: Cambridge University Press, 2000, 189–237.
- MORELL, Carolyn: *Unwomanly conduct. The challenges of international childlessness*. New York et al.: Routledge, 1994.
- MÜLLER-LANDGRAF, Ingrid: »Von der Verhütung mit Granat- und Gallapfel zur hormonalen Kontrazeption«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin: Rowohlt, 1996, 101–112.
- »(Muster-)Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006«. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, (2006:20), A 1392–A 1403.
- NEUMANN, Katrin: *Freiwillige Kinderlosigkeit. Eine vergleichende Studie der Länder Deutschland und Schweden*. Magisterarbeit. Leipzig: Universität Leipzig, Institut für Soziologie, 2002.
- NEUNINGER, Silke: *Die Arbeit der Frauen – die Krise der Männer. Die Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen in Deutschland und Schweden 1919–1939*. (= Studia historica Upsaliensia; 198), Uppsala: Uppsala Universitet, 2001.
- OHLANDER, Ann-Sofie: *Tidens makt. Historiska förklaringar till skillnader mellan den svenska och tyska välfärdsstatens genuskonstruktion*. Unveröffentl. Konferenzbeitrag, 2005.
- PALMBLAD, Eva: »Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen«. In: BROBERG, Gunnar (Hg.): *Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige*. (= Ugglan; 12), Lund: Lunds universitet, Avdelningen för idé- och lärdomshistoria, 2000a, 47–92.
- PALMBLAD, Eva: *Den disciplinerade reproduktionen. Abort- och steriliseringspolitikens dolda dagordning*. Stockholm: Carlsson, 2000b.
- »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (›Richtlinien über die künstliche Befruchtung‹) vom 15. November 2005«. In: *Bundesanzeiger* 31 (2006), 922.
- Richtlinien für die Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen*. Hg. durch die Reichsärztekammer: München: J.F. Lehmann, 1936.
- RUNCIS, Maija: *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront, 1998.
- SAUERTEIG, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; 12), Stuttgart: Steiner, 1999.
- SCHMITT, Christian und Ulrike WINKELMANN: »Wer bleibt kinderlos? Was sozialstrukturelle Daten über Kinderlosigkeit bei Frauen und Männern verraten«. In: *Feministische Studien* 23 (2005:1), 9–23.

- SCHWARZ, Gislinde: »Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück. Kontrazeptiva in der DDR«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin: Rowohlt, 1996, 149–163.
- SIEG, Sabine: »Anovlar« – die erste europäische Pille. Zur Geschichte eines Medikaments«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin, 1996, 131–144.
- SINGER, Anna: »Framtidens föräldraskap«. In: SÖDERLIND, Ingrid (Hg.): *Uppväxt, familjeformer och barns bästa. Om familjeliv som offentlig angelägenhet och vardaglig praktik*. (= Framtidsstudier; 2), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2002, 157–168.
- SKREDE, Kari: »Foreldreskap i förändring – färre menn blir fedre«. In: *Tidsskrift for kjønnsforskning* 29 (2005:2), 4–22.
- SÖDERLIND, Ingrid (Hg.): *Uppväxt, familjeformer och barns bästa. Om familjeliv som offentlig angelägenhet och vardaglig praktik*. (= Framtidsstudier; 2), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2002.
- SPIEWAK, Martin: *Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin*. Frankfurt am Main: Eichborn, 2002.
- SUNDSTRÖM-FEIGENBERG, Kajsa: *När livet var som bäst. Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn*. Lund: Studentlitteratur, 1987.
- VAN BALEN, Frank und Maria C. INHORN: »Introduction: Interpreting infertility. A view from the social sciences«. In: INHORN, Marcia C. und Frank VAN BALEN (Hg.) *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2002, 3–32.
- VAN DEN VELDE, Theodor Henrik: *Die Fruchtbarkeit in der Ehe und ihre wunschgemäße Beeinflussung*. Horw-Luzern: Montana, 1929.
- VEEVERS, Jean E.: »Voluntary childlessness and social policy. An alternative view«. In: *The Family Coordinator* 23 (1974:3), 397–406.
- VON SODEN, Kristine: *Die Sexualberatungsstellen in der Weimarer Republik 1919–1933* (= Stätten der Geschichte Berlins; 18), Berlin: Edition Hentrich, 1988.
- Vorwärts – und nicht vergessen. Arbeiterkultur in Hamburg um 1930. Materialien zur Geschichte der Weimarer Republik*. Hg. von der Projektgruppe Arbeiterkultur Hamburg. Berlin: Frölich & Kaufmann, 1982.
- WEGENER, Angela: »Regenbogenfamilien. Lesbische und schwule Elternschaft zwischen Heteronormativität und Anerkennung als Familienform«. In: *Feministische Studien* 23 (2005:1), 53–67.
- WINTER, G.: »Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität«. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 26 (1921), 733–734.
- WIRTBERG, Ingegerd: *His and her childlessness*. Dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet, 1992.
- WOELLERT, Katharina: »Sittlich rein und erbggesund«. Die Einführung des Aufklärungsunterrichtes an schwedischen Schulen«. In: *NORDEUROPAforum* 15 (2005:2), 25–42.

Autorinnen und Autoren

MAGDALENA BENGTTSSON LEVIN promovierte 1996 an der Universität Linköping über Säuglings- und Kindersterblichkeit in Schweden im 19. Jahrhundert. Danach unterrichtete und forschte sie an mehreren Universitäten, darunter den Universitäten Linköping und Örebro.

KERSTIN BORNHOLDT hat in Kiel, an der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin Skandinavistik studiert und beendet zurzeit eine wissenschaftsgeschichtliche Dissertation zum Sport in der Zwischenkriegszeit am Historischen Institut der Universität Oslo. Weitere Forschungsinteressen sind Körper- und Bewegungsgeschichte sowie Methoden und Theorien der Kulturwissenschaften.

KRISTINA ENGWALL hat an der Universität Örebro in Geschichte promoviert und ist Forscherin am Institut für Zukunftsstudien in Stockholm. Sie arbeitet an einem Projekt über freiwillige Kinderlosigkeit in Schweden. Frühere Forschungsarbeiten beschäftigten sich mit der Geschichte Behinderter, mit Kindern, Bürgerschaft sowie mit Bedingungen von Elternschaft.

CONSTANZE GESTRICH arbeitet als freie Lektorin und Kulturveranstalterin. Im *KULTURHUS BERLIN e.V. Zentrum für nordeuropäische Kultur und Wissenschaft* ist sie für den Projektbereich Film und Literatur zuständig. Von 2004 bis 2007 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt *Literatur der Alterität – Alterität der Literatur* am Nordeuropa-Institut der Humboldt-Universität zu Berlin und hat dort 2007 über *Die Faszination des Fremden im frühen dänischen Kino* promoviert.

CHRISTINA JANSSON promovierte 2008 in Geschichte an der Universität Lund und am Institut für Zeitgeschichte an der Hochschule Södertörn. In ihrer Dissertation *Machtvolle Begegnungen in medizinischen Räumen: Debatten, Wissen und Praktiken im Kontext von Entbindungen in Schweden 1960–1985* untersucht sie, welche unterschiedlichen Wissensformen und medizinischen Praktiken in Bezug auf Geburten von Seiten der Frauenbewegung, dem Parlament, dem Sozialministerium sowie von Ärzten und Hebammen zum Tragen kommen.

HENRIK KARLSSON promoviert in Geschichte an der Universität Örebro. Seine Forschungsinteressen umfassen die Geschichte der Pflege, Medizin und Professionalisierung. Er arbeitet an einer Dissertation über die Pflege chronisch Kranker in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und fokus-

siert dabei besonders die Entwicklung beteiligter Institutionen und die Rolle der Ärzteschaft.

LILL-ANN KÖRBER ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Neuere skandinavische Literaturen am Nordeuropa-Institut der Humboldt-Universität zu Berlin. Ihre Dissertation trägt den Titel *Badende Männer. Nacktheit, Begehren und Künstlerschaft in skandinavischer Malerei und Fotografie 1900–1920*.

SUSANNE KREUTZER ist Historikerin und Pflegewissenschaftlerin und arbeitet am Fachbereich Humanwissenschaften/Pflegewissenschaft der Universität Osnabrück. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Pflegegeschichte, Biographieforschung/Oral History, Alltagsgeschichte und Geschlechtergeschichte. 2005 erschien beim Campus-Verlag ihre Dissertation *Vom »Liebesdienst« zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*.

DAVID KUCHENBUCH ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Er forscht zur Geschichte der europäischen, insbesondere der skandinavischen Moderne und zur Wissenschaftsgeschichte.

MARIE ÖHMAN promovierte 2007 in Soziologie und arbeitet als Dozentin an der an die Universität Örebro angegliederten Gesundheitsakademie. Ihre Forschung ist von Michel Foucault inspiriert. Sie interessiert sich dafür, wie sich Macht und Gouvernementalität in der Unterrichtspraxis an Schulen äußern, sowie für Körper, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung.

STEFANIE VON SCHNURBEIN ist Professorin für Neuere skandinavische Literaturen am Nordeuropa-Institut der Humboldt-Universität zu Berlin. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen skandinavische Literaturen des 19. und 20. Jahrhunderts, Neuheidentum, Ideologie- und Mentalitätsgeschichte, Geschlechterforschung, Queer-Theorie und Intersektionalität. Sie arbeitet unter anderem an einem Buch über *Ökonomien des Hungers*.

KATHARINA WOELLERT ist Medizinethikerin, promovierte Kulturhistorikerin, mehrjährige Mitarbeiterin am Hamburger Institut für Geschichte und Ethik der Medizin sowie Mitglied im Ethik-Koncil am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Ihre Dissertation *Sexualitäts- und Reproduktionsdiskurse in Deutschland und Schweden (1918–1950)* wurde 2008 in Hamburg veröffentlicht.