



GENDER
OPEN
REPOSITORY

Repository für die Geschlechterforschung

Sprachliche Gewalt und Pathologisierung von Homosexualität in Psychiatrischen Krankenakten der Charité (1951-1966)

Somann, Laura
2017

<https://doi.org/10.25595/1>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Somann, Laura: *Sprachliche Gewalt und Pathologisierung von Homosexualität in Psychiatrischen Krankenakten der Charité (1951-1966)*, in: Bulletin Texte / Zentrum für Transdisziplinäre Geschlechterstudien / Humboldt-Universität zu Berlin (2017) Nr. 43, 146-181. DOI: <https://doi.org/10.25595/1>.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>



www.genderopen.de

Laura Somann

Sprachliche Gewalt und Pathologisierung von Homosexualität in Psychiatrischen Krankenakten der Charité (1951-1966)¹

1. Einleitung

„Wenn die innere Wahrheit der Geschlechtsidentität eine Fabrikation/Einbildung ist und die wahre Geschlechtsidentität sich als auf der Oberfläche der Körper instituierte und eingeschriebene Phantasie erweist, können die Geschlechtsidentitäten scheinbar weder wahr noch falsch sein“ (Butler 1991: 201).

Judith Butlers Zitat aus *Das Unbehagen der Geschlechter* verweist darauf, dass die Zuschreibungen einer Geschlechtsidentität konstruiert und damit (sprachlich) in den Körper eingeschrieben sind. Da diese Konstruktionen nicht naturgegeben, sondern gesellschaftlich entstanden sind, können sie auch nicht mit den Attributen ‚wahr‘ oder ‚nicht wahr‘ betitelt werden. Das lässt sich auch auf die Konstruktion von Sexualitäten übertragen. Indem Heterosexualität als Norm hergestellt wird und es sich also nicht um eine ‚naturegebene‘ Form der Sexualität handelt, können weder diese noch andere Sexualitäten als wahr bzw. ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ bezeichnet werden.

In zahlreichen Medien werden Sexualitäten als das „privateste aller Themen“ (vgl. Klostermaier 2014) diskutiert. Mit dieser öffentlichen Debatte um ein angeblich privates Thema wird Sexualität zum politischen Dis-

¹ Dieser Text ist im Rahmen des Projektseminars der Gender Studies „Archive queeren“ unter der Leitung von Dr. Ulrike Klöppel entstanden. Ich danke herzlich für die Mithilfe und das Feedback.

kurs, wie auch Michel Foucault in seiner Theorie zum sexuellen Imperativ feststellt:

„Foucaults Gedanke, daß die körperlichen Lüste historisch veränderlichen gesellschaftlichen Konstruktionen unterworfen sind, hat großen Einfluss ausgeübt. Vor allem gilt dies für seine Behauptung, daß die Lüste des Körpers nicht in unbeweglichem Gegensatz zu einer kontrollierenden, repressiven Macht stehen, sondern daß sie von Machtdispositiven produziert werden, die sie zu einem bestimmten Zweck benützen“ (Williams 1995: 25).

Die politische Wirkmacht von Sexualität spiegelt sich in Gesetzesregelungen und gerichtlichen Verboten. So stand z. B. Homosexualität bis 1994 in Deutschland (BRD) unter Strafe. Immer wieder wurde Homosexualität als Krankheit konstruiert, die ‚geheilt‘ werden müsse, was unter anderem mit vielen medizinischen Experimenten und ‚wissenschaftlichen Erklärungsversuchen‘ verbunden war. Dies galt auch für die DDR. Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche Menschen mit der ‚Diagnose‘ Homosexualität in psychiatrischen Einrichtungen – beispielsweise in der Ost-Berliner Charité – stationär aufgenommen. Inwieweit das medizinische System und die Ärzt_innen mit ihrer angeblich objektiven Sichtweise auf menschliche Körper und Psychen, mit ihrem „fast gottähnlichen Status“ (Dundas Todd 1984: 164) zur Kriminalisierung und Pathologisierung von Homosexualität beigetragen haben, stellt das zentrale Erkenntnisinteresse dieses Beitrags dar.

Als Analysematerial dienen sieben Akten, eingesehen im Historischen Krankenblattarchiv der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité (HPAC). In den ausgewählten Akten spielt die ‚Diagnose‘ Homosexualität eine entscheidende Rolle für die weitere ‚Behandlung‘. Die Akten stammen aus den Jahren 1951, 1954, 1959, 1960, 1961 und 1966². Somit

2 Die Jahreszahl der jeweiligen Akte lässt sich der Quellenangabe entnehmen. Beispielsweise stammt die Akte HPAC 854/59 F aus dem Jahr 1959.

sind alle Akten vor der ‚Lockerung‘ des Verbotes homosexueller Handlungen entstanden: 1968 wurden in der DDR gleichgeschlechtliche Handlungen zwischen Erwachsenen (ab 18 Jahren) mit einer Reform des § 151 entkriminalisiert (Körzendörfer/Schenk 1990: 82). Folglich besteht ein Zusammenhang zwischen einer juristischen Verfolgung von Homosexualität und dem angeblichen psychologischen ‚Behandlungsbedarf‘. Drei der Befragten³ verorteten sich männlich* bzw. werden als männlich* verortet und vier als weiblich*.⁴

Da Akten hauptsächlich aus sprachlichem Material bestehen, soll in meiner Ausarbeitung die Sprach-Analyse im Vordergrund stehen. Dabei stehen drei Fragestellungen im Mittelpunkt meiner Untersuchung: Anhand Judith Butlers Sprechakt- und *hate speech*-Theorie soll im Folgenden erstens untersucht werden, inwieweit Homosexualität in den Charité-Akten sprachlich als Krankheit konstruiert wird. Zweitens will ich untersuchen, inwieweit dadurch die Position der ‚Patient_innen‘ hergestellt wird. Drittens soll gefragt werden, welche Zuschreibungen vorgenommen und welche Machtkonstellationen sprachlich konstituiert werden.

³ Da Homosexualität keine Krankheit ist und ich gewaltvolle Zuschreibungen nicht reproduzieren will, benutze ich das Wort ‚Patient_in‘ nicht. Lediglich in direkten Zitaten wird der Begriff in dieser Arbeit zu finden sein. Ich werde stattdessen von ‚Befragten‘ sprechen, da dies die Position ist, die sie im Gespräch mit den Ärzt_innen einnehmen. Die Bezeichnung soll jedoch keine Negierung der schmerzvollen Erfahrungen der ‚Befragten‘ darstellen bzw. die (Selbst-)Position(ierung) und das Verhalten der Ärzt_innen und Protokollant_innen beschönigen. Vielmehr wähle ich diese Bezeichnung in Ermangelung eines passenderen Begriffs.

⁴ Ich bin mir darüber bewusst, dass es sich bei den Zuschreibungen männlich* und weiblich* um konstruierte Kategorisierungen handelt. Ich benutze diese nur, weil sie für die Analyse wesentlich sein werden – etwa, wenn es um die Beschreibung geschlechtlich konnotierter Kleidung geht. Um dies aufzuzeigen, verwende ich auch das Sternchen in Textpassagen, die sich mit der Konstruktion dieser Kategorien befassen. An anderen Stellen, an denen die Geschlechtsidentität nicht im primären Vordergrund steht (soweit dies überhaupt möglich ist), verzichte ich aus pragmatischen Gründen auf den Stern.

Die Geschichte von Krankenakten beginnt in deutschen Krankenhäusern gegen Ende des 19. Jahrhunderts, indem alle über eine ‚kranke‘ Person gesammelten Schriftstücke in einer Pappmappe aufbewahrt wurden. „Krankenakten haben, betrachtet über einen längeren Zeitraum, sich von einem vorwiegend administrativen Instrument hin zu einem medizinischen Aufschreibesystem entwickelt“ (Ledebur 2011: 104). Insgesamt bestehen Akten meist aus ärztlichen Berichten, Gesprächsprotokollen, Tabellen über Medikamentenvergaben, Briefen der ‚Patient_innen‘ etc., die meist in chronologischer Reihenfolge abgeheftet werden. Sophie Ledebur schreibt: „Ab 1890 sind zwei Erzählarten, nämlich zum einen die Stimme des analysierenden Arztes und zum anderen das ‚Protokoll‘ der Beobachtung, durchgehend deutlich sichtbar voneinander unterschieden“ (ebd.: 110f.). Leider lässt sich in den mir vorliegenden Akten nicht immer exakt zuordnen, welche Person welche Notiz bzw. welchen Text verfasst hat. Ich habe mich deswegen entschieden, dies in meiner Analyse nicht zu trennen und insgesamt vom Klinikpersonal der Psychiatrie als einer Gruppe von Akten-Schreibenden zu sprechen. Ich beziehe mich hiermit auf Sophie Ledeburs Aussage, Krankenakten seien „Zeugen der wissenschaftlichen Auffassung ihrer Zeit, sie spiegeln das jeweilige medizinische System und seine organisatorischen und epistemologischen Grundlagen“ (ebd.: 107f.). Nicht-‚klinische‘ Schriftstücke wie beispielsweise private Briefe habe ich aus der Analyse ausgeklammert, da die Sprache des medizinischen Personals in den Akten im Vordergrund stehen soll.

Nach einer kurzen Darstellung von Butlers Sprechakt-Theorie (mit Bezügen auf John Langshaw Austin und Louis Althusser) sollen die Akten zunächst auf ihr Schriftbild, ihre Schreibweise und Grammatik hin überprüft werden: Welcher Modus wird für die Darstellung welcher Position verwendet? Welche Worte werden wann gewählt? Welche Satzzeichen werden wann wie verwendet? Wie und in welchem Verhältnis stehen di-

rekte und indirekte Rede? Wie werden die Akten visuell strukturiert, an welchen Stellen gibt es handschriftliche Ergänzungen?

Anschließend untersuche ich, mit welcher Intention⁵ die grammatischen und rhetorischen Mittel verwendet werden. Daraus möchte ich dann Schlussfolgerungen über die Konstituierung der einzelnen, in den Akten dargestellten Positionen ziehen und dies mit Butlers Erkenntnissen über sprachliches Handeln in Verbindung bringen.

Indem ich Zitate aus den Akten als Analysegrundlage verwende, reproduziere ich deren gewaltvolle Sprache und Intention und es besteht die Gefahr der Re-Produktion und erneuten Festschreibung von kritisierten Positionen. Die anschließenden Analysen dieser Zitate sollen jedoch dieser Wiederholung der Gewalt entgegenwirken und sie dekonstruieren.

2. Sprechakte, Anrufung und gewaltvolle Sprache

Judith Butler stellt in ihrem Buch *Haß spricht* in der Tradition von John Langshaw Austin und Louis Althusser fest, dass die Konstitution eines Subjektes erst durch und in Sprache möglich wird.

„Angesprochen zu werden bedeutet [...] jene Bezeichnung zu erhalten, durch die die Anerkennung der Existenz möglich wird. Kraft dieser grundlegenden Abhängigkeit von der Anrede des anderen gelangt das Subjekt zur ‚Existenz‘. Das Subjekt ‚existiert‘ [...] dadurch, daß es im grundlegenden Sinne *anerkenntbar* ist. [Hervorh. i. O.]“ (Butler 2006: 15)

Indem ein Individuum sprachlich benannt wird, erlangt es den Status eines Subjektes und wird so selbst zur sprachlichen Interaktion ermäch-

5 ‚Intention‘ muss hierbei nicht bewusst sein: Es kann sich auch um den unbewussten Wunsch handeln, etwas so oder anders darzustellen. Möglicherweise lassen sich hierdurch auch Rückschlüsse auf die Sozialisation der schreibenden Person und den Zeitgeist ziehen.

tigt. Austin stellt in seiner Theorie der Sprechakte eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Formen der Äußerung fest: Er trennt zwischen der Behauptung und den sogenannten „performativen Sprechakten“.⁶ Letztere benennen nicht nur eine Handlung, sondern führen diese durch das Aussprechen selbst aus:

„Die explizit performativen Äußerungen der Sprechakttheorie sind dabei in zweierlei Hinsicht selbstreferentiell: *erstens* liefert das performative Verb eine Selbstbeschreibung dessen, was es tun wird; *zweitens* ist der Akt des Äußerns dieses performativen Verbs bereits selbst Teil der Handlung, welche durch das performative Verb beschrieben wird. [Hervorh. i. O.]“
(Wirth 2002: 11)

Ein Beispiel hierfür ist die Hochzeitszeremonie: Indem die trauende Person die Worte „Hiermit erkläre ich Sie zu Mann und Frau!“ ausspricht, vollzieht sie zugleich eine Handlung, die direkten Einfluss auf das Leben des Ehepaars hat. Butler verknüpft diese Theorie mit dem Konzept der Interpellation (Anrufung) nach Althusser. Dieses stellt die subjektkonstituierende Funktion einer sprachlichen Adressierung dar: Indem eine Person angerufen (angesprochen, angeschrien, gefragt etc.) wird, wird ihre Position innerhalb der Gesprächssituation und – globaler betrachtet – innerhalb einer gesellschaftlichen Hierarchie hergestellt (vgl. Butler 2006: 44f., 56f.). Bereits die Art der Anrede (freundlich, aggressiv, unsicher etc.) positioniert die Gesprächspartner_innen; viele andere Faktoren wie Inhalte und Körpersprache kommen hinzu.

Austins und Althussters Theorien beschäftigen sich auch mit dem gewaltvollen Potential von Sprache und mit Sprechakten, auf die Butler besonders eingeht. Sie stellt fest, dass jede Benennung eine gewaltvolle Tat ist,

6 Er unterscheidet diese außerdem in lokutionäre, illokutionäre und perlokutionäre Akte. Lokutionäre Akte bezeichnen das, was jemand sagt, illokutionäre Akte das, was jemand damit tut, dass er_sie etwas sagt und perlokutionäre Akte erläutern, ob eine weitere Person von der Äußerung der ersten betroffen wird (vgl. Austin 2007: 8f.).

da mensch „durch dieses Sprechen ‚auf seinen [sic!] Platz verwiesen‘ werden [kann], der aber möglicherweise gar keiner ist“ (ebd.: 13). Dieses Auf-einen-Platz-verwiesen-Sein geht mit einer Unterordnung einher, die stets gewaltvoll ist. Die gewaltvolle Komponente liegt hier in der eigenen Ohnmacht, die durch die Abhängigkeit von interagierenden Personen entsteht. Butler beschreibt den Prozess der sprachlichen Unterordnung an den Beispielen der Drohung, der (sprachlichen) Verletzung und *hate speech*. Diese drei (ineinander verzahnten) Arten von Sprechakten stellen stets eine Verknüpfung von Sprache und Tat dar, sie sind selbst Handlungen: Hate speech „beschreibt keine Verletzung und ruft auch keine Verletzung hervor; vielmehr ist *hate speech* in der Äußerung selbst die Ausführung der Verletzung, wobei ‚Verletzung‘ als gesellschaftliche Unterordnung verstanden wird“ [Hervorh. i. O.] (ebd.: 36). Verstärkt wird die potentielle sprachliche Verletzbarkeit durch die Zitathaftigkeit der Sprache und deren ständige Wiederholung. Butler verweist auf die Geschichte von Sprache: „Somit ist die ‚Existenz‘ des Subjektes in eine Sprache ‚verwickelt‘, die dem Subjekt vorausgeht und es übersteigt, eine Sprache, deren Geschichtlichkeit eine Vergangenheit und Zukunft umfaßt, die diejenigen des sprechenden Subjektes übersteigen“ (ebd.: 51). Das Trauma der gewaltvollen Benennung wird durch jede Anrufung aufs Neue wiederholt. Somit ist Sprache immer gewaltvoll, wie auch Steffen Kitty Herrmann und Hans Kuch feststellen: Gewalt ist nicht etwas, „was wir mit Worten tun, sondern etwas, das in der Struktur der Sprache, in den Worten selbst liegt“ (Herrmann/Kuch 2007: 15). Dies soll jedoch die anrufende Person keineswegs von Schuld freisprechen, denn auch für die Zitation ist das sprechende Subjekt selbst verantwortlich. Butler fordert: „Die Verantwortlichkeit des Sprechers [sic!] besteht nicht darin, die Sprache ex nihilo neu zu erfinden, sondern darin, mit der Erbschaft ihres Gebrauchs, die das jeweilige Sprechen einschränkt und ermöglicht, umzugehen“ (Butler 2006: 50).

„Das Subjekt wird als solches innerhalb eines durch die Zitathaftigkeit verletzenden Sprechaktes konstituiert, auch wenn es in einer marginalisierten Position hergestellt wird. Dabei muss es keine Kenntnis von der Art der Konstitution seiner_ihrer selbst besitzen, denn „wir müssen nicht unbedingt erkennen oder bemerken, wie wir konstituiert werden, damit die Konstitution wirksam wird“ (ebd.: 55).

Diese Positionen bilden die theoretische Basis für meine Analyse. Butler schreibt zwar weitestgehend über mündliche Sprechakte, aber ich gehe davon aus, dass ihre Überlegungen auch auf schriftliche Sprache übertragbar sind: Gerade in Krankenakten geht es um Subjekte und deren Verfasstheit, die jedoch nicht durch diese selbst, sondern durch beobachtende Personen notiert werden, ohne dass erstere Kenntnis vom Wortlaut der Notate haben.

3. Analyse der Sprache und Grammatik der Akten

Die im Folgenden dargestellten Zitate aus den Akten machen deutlich, dass sprachliche Mittel gezielt eingesetzt werden, um ein bestimmtes Bild bzw. einen bestimmten Eindruck von den Befragten, von Homosexualität, von den Gesprächssituationen und den Ärzt_innen bzw. der Klinik zu erwecken. Welche Sprache wie eingesetzt wurde, um welchen Eindruck zu erzeugen, soll in diesem Kapitel analysiert werden.

Die ‚Besonderheiten‘ der Sprache in den Krankenakten lassen sich in drei Kategorien teilen, die ich im Folgenden näher beleuchten werde. Im ersten Schritt werde ich mir die grammatische Struktur und Zeichensetzung innerhalb der Sätze, besonders in Bezug auf die Wiedergabe direkter und indirekter Rede, anschauen. In einem zweiten Schritt betrachte ich die semantische Ebene. Als Drittes untersuche ich die visuellen Hervorhebungen und Verstärkungen in den Akten und im Schriftbild. Dabei beginne ich damit, die auffälligen Passagen in additiver Manier zu zitieren.

Im zweiten Schritt folgt direkt anschließend jeweils die Analyse dieser Textstellen.

3.1 Grammatik und Interpunktion – Auffälligkeiten in der direkten und indirekten Rede

3.1.1 Zeichensetzung in der direkten Rede

Wenn eine Unterredung in den Akten in direkter Rede notiert wird, ist diese häufig mit einer aktenübergreifenden ähnlichen Zeichensetzung versehen. In mehreren Fällen werden die Fragen der Ärzt_innen in Klammern dargestellt, während die Aussagen der Befragten in Anführungszeichen notiert sind.

>(Haben Sie keine Freude, wenn Sie angeguckt werden?) „Ja, ich muss ja sagen.“<⁷

>(Auch mal mit Männern eingelassen?) „Ja, einmal zu Versuchszwecken.“<⁸

>(Keinen Versuch gemacht, ein normales Empfinden zu bekommen?) „Ich möchte erst mit mir ins Reine kommen.“<⁹

Im zweiten und dritten Beispiel ist die verkürzte Form der Frage auffällig.

Insgesamt übersteigt die Anzahl der von den Befragten geäußerten direkten Aussagen die der Ärzt_innen bei Weitem. Vermutlich liegt dies an der Funktion der Akte, in der es um die Darstellung des ‚Falles‘ der befragten Person gehen soll.

7 HPAC 854/59 F. Um die Zitation (visuell) möglichst genau zu machen und von Zitaten aus Sekundärliteratur abzugrenzen, werden Zitate aus den Akten in >...< dargestellt.

8 HPAC 430/61 F.

9 Ebd.

Die Zeichensetzung in den Akten hat die Funktion, unterschiedliche Positionen zu markieren, „das Setzen der Anführungszeichen diene als Anleitung der Lektüre und Interpretation. Auf diese Weise erzeugte die Wiedergabe der direkten Rede eine Analogie zum Protokoll, welches vorgibt notiert zu haben was ‚wirklich‘ war“ (Ledebur 2011: 107). Die Tatsache jedoch, dass lediglich die Aussagen der Befragten in Anführungszeichen stehen, impliziert eine Wertung, welche Aussagen derart wiedergegeben werden müssen, dass sie die ‚Wirklichkeit‘ spiegeln und welche nicht. Während die Sätze der Befragten syntaktisch als Zitate markiert werden, bleiben die Positionen der Ärzt_innen unmarkiert bzw. werden in Klammern gesetzt. Laut Duden kann man mit Klammern Zusätze und Nachträge deutlich vom übrigen Text abgrenzen (vgl. Duden online). Rein syntaktisch gesehen, handelt es sich bei den in Klammern formulierten Fragen und Aussagen der Ärzt_innen um Zusätze, also um für das Verständnis nicht notwendige, aber dennoch als gewinnbringend erachtete Informationen. Die Verkürzung der Fragen bestätigt diese Annahme: Das, was Ärzt_innen fragen, muss nicht in voller Länge und als Zitat dargestellt werden, da es ihrer Meinung nach in den Akten nicht um sie geht. Diese Sichtweise wird und wurde bereits vielerorts kritisiert. Unter anderem von Brigitta Bernet, die fragt: „Ist es die Geschichte der Kranken – die *patient's view* –, die in einer Krankenakte zum Ausdruck kommt? Oder ist es nicht vielmehr die Sicht der Ärztinnen und Ärzte – die *doctor's view* –, von der die Akten Zeugnis ablegen?“ [Hervorh. i. O.] (Bernet 2009: 65).

3.1.2 Zeichensetzung in der indirekten Rede

Auch in der indirekten Rede und Äußerungen über die Befragten (wie im ersten Zitat) fällt auf, dass Anmerkungen und Fragen der Ärzt_innen häufig in Klammern dargestellt werden.

>Die Pat. trägt sog. Schihosen von weitem Schnitt (die ohne jede Betonung der weibl. Linien gehalten sind) [...] Die Haare sind lockig nach oben friesiert [sic!], der Nacken frei (Annäherung an eine männliche Frisur)<¹⁰

>Auf die Frage, ob die Freundin durch ihr äußeres [sic!] Eindruck machen wolle, bestrebt sei, eitel zu sein, gibt sie nur an, sie kleide sich so gut als sie könne. (Und doch hat Pat. ein Armband, das aus einer unendlich langen Holzperlenkette besteht, und um den Unterarm in seiner ganzen Länge geschlungen ist. Die Pat. nickt bestätigend, wenn die Freundin gefragt wurde, ob sie eitel sei.)<¹¹

>(Wie dazu gekommen?)<¹²

>Woher diese von der Anwesenheit der Freundin Kenntnis gehabt habe, sei ihr unerklärlich (offenbar hat die Mutter in ihrer Naivität den beiden Mädchen hier als Werkzeug gedient).<¹³

Auch hier möchte ich auf die verkürzte Form der ärztlichen Frage im dritten Zitat hinweisen. In den anderen drei Beispielen handelt es sich in dem eingeklammerten Zusatz wohl um eine nicht laut geäußerte Bemerkung, die eher an die Leser_innen der Akte bzw. als Notiz an die Ärzt_innen selbst gerichtet zu sein scheint. Sie beinhalten Beobachtungen und Gedanken, die sich nicht unmarkiert im Fließtext unterbringen ließen.

Die in 3.1.1 nach Bernet zitierte Frage, ob also die Sichtweise der Befragten oder des Klinikpersonals als „wahre Inhalte“ gewertet werden, stellt sich auch im Hinblick auf die eingeklammerten Zusätze in der indirekten Rede, wenn beispielsweise die >Schihosen< und die Frisur von V. I. in die Kategorien männlich* und weiblich* eingeordnet werden. Die Zusätze

10 HPAC 854/59 F.

11 HPAC 108/60 F.

12 HPAC 430/61 M.

13 HPAC X. N./66 F.

stellen eindeutig keine Beschreibung dar. An dieser Stelle in der Akte soll das Äußere von V. I. beschrieben werden. Die Wertung ihres Aussehens gehört nicht dazu, muss aber scheinbar unbedingt Erwähnung finden. „Der anfänglich gefasste diagnostische Begriff wird [...] oft zur Richtschnur der weiteren Beobachtung“, schreibt Ledebur (2011: 105). Diese Annahme scheint auch hier zuzutreffen, denn in selbiger Akte finden sich Zeugnisse, die darauf hindeuten, dass die Chromosomen der Befragten auf ihre ‚Geschlechtszugehörigkeit‘ untersucht wurden. Die Untersuchung ergab jedoch keine Auffälligkeiten. Um die biologische Analyse dennoch zu ‚rechtfertigen‘, könnten die Zusätze über den männlichen* Kleidungsstil der Befragten ergänzt worden sein. Ergänzend hierzu will ich Senta Trömel-Plötz zitieren: „Sex ist definiert als weibliche Anziehungskraft“ (Trömel-Plötz 1984: 53). Diese wird vorausgesetzt und soll durch ein weibliches* Ausstaffieren deutlich gemacht werden. Frauen*, die davon abweichen, werden von den Ärzt_innen als nicht ‚normal‘ und ‚krank‘ kategorisiert.

In dem Beispiel, in dem es um die ‚Eitelkeit‘ einer Befragten und ihrer Freundin geht, erscheint der eingeklammerte Zusatz wie eine Korrektur der Aussage der Befragten. Die Tatsache, dass sie eine Holzperlenkette um den Arm trägt, scheint aus Sicht des Arztes eindeutig dafür zu sprechen, dass sie eitel sei, weswegen er ihre Antwort, dies nicht zu sein, anzweifelt. Deutlich wird dies durch die einleitenden Worte >Und doch<¹⁴, welche (etwa ersetzbar durch ‚dennoch‘) syntaktisch einen Widerspruch einleiten (können).

Ähnlich verhält es sich mit dem Zusatz, in dem die Mutter einer Befragten für naiv erklärt wird. Zusätzlich werden hier die ärztliche Überheb-

14 HPAC 108/60 F.

lichkeit und der Glaube, dass die Mutter sich nicht willentlich den ärztlichen Anordnungen widersetzt haben könnte, sichtbar.

Somit macht die Zeichensetzung deutlich, welche Positionen als für die Narration der Akte entscheidend erachtet werden und welche irrelevant scheinen. Dennoch nehmen gerade diese als weglassbar markierten Aussagen eine wertende Position ein, welche die Sichtweise auf die Befragten (mit-)konstituieren.

3.1.3 *Modus der indirekten Rede*

In der indirekten Rede wird die Unterscheidung der Sprechenden auch im Modus in den Notizen deutlich. Während das, was die Ärzt_innen sagen und fragen, häufig im Indikativ steht, werden die Aussagen der Befragten im Konjunktiv, oft sogar im Konjunktiv II, wiedergegeben.

> Er hätte damals schon gewusst, was das auf sich gehabt hätte.<¹⁵

> Er habe nur einmal Kopfschmerzen und das sei immer.<¹⁶

>Sie habe sich oft eine Freundin gewünscht und hätte sich darunter eine Kameradin vorgestellt, mit der sie ihre Sorgen teilen, gemeinsamen Sport und die Freizeit gestalten konnte. Für die Buben in der Klasse hätten alle Mädchen kein Interesse gehabt.<¹⁷

>Er hält es für völlig gleichgültig, wenn sie für längere Zeit mit dem Studium aussetzen muß oder wenn sie vielleicht gar nicht mehr zum Studium kommt, ihm ist nur daran gelegen, daß sie wieder ein völlig normal reagierender Mensch wird.<¹⁸ [Aussage des Vaters der Befragten]

15 HPAC 726/51 M.

16 HPAC 281/54 M.

17 HPAC 108/60 F.

18 Ebd.

>Herr Prof. Leonhard sagt, daß Pat. ein Mensch ist, auf den man sich nicht verlassen kann. Sie hat sich nicht an unsere Abmachungen gehalten.<¹⁹

>Herr Professor Leonhard sagt nochmals, daß die Pat. nicht hält, was sie verspricht.<²⁰

Eine Ausnahme hiervon stellt das folgende Beispiel, eine Aussage eines Befragten zu seiner Vorgeschichte, dar:

>1935 zum ersten Mal zu 1 Jahr 9 Monaten Gefängnis [verurteilt], wurde aber schon nach 7 Monaten wegen guter Führung entlassen.<²¹

Insgesamt fällt auf, dass der Konjunktiv I in den Darstellungen der Aussagen der Befragten der vorherrschende Modus ist. Dennoch wird partiell zum Indikativ oder Konjunktiv II gewechselt. An einigen Stellen sind diese Wechsel sehr auffällig, beispielsweise wenn C. C. im dritten Zitat über ihren Wunsch nach einer Freundin spricht. Der Satz beginnt im Konjunktiv I, solange es um den Wunsch generell geht. Als sie dann sagt, dass sie sich diese Freundin als Kameradin wünsche, wechselt der Modus in den Konjunktiv II. Der Konjunktiv II wird dann auch für die Aussage verwendet, dass keines der Mädchen sich für Jungen interessiert habe.²² Beim ersten Teil der Aussage handelt es sich um eine Wiedergabe der direkten Aussage in der indirekten Rede. Dies wird üblicherweise im Konjunktiv I getan. Der Wechsel zum Konjunktiv II macht deutlich, dass die protokollierenden bzw. ärztlichen Gesprächspartner_innen C. C.s Aussage anzweifeln und sich davon distanzieren. Ob dieser Moduswechsel bewusst oder unbewusst erfolgt, ist an dieser Stelle irrelevant, denn der Eindruck auf die Lesenden bleibt derselbe.

19 Ebd.

20 Ebd.

21 HPAC 726/51 M.

22 Vgl. HPAC 108/60 F.

Im Indikativ werden besonders die Aussagen von als Autoritätsinstanz verstandenen Personen verfasst. Dies sind unter anderem der Vater einer Befragten, der medizinische Leiter der Nervenlinik Karl Leonhard und die Justiz der DDR bzw. Aussagen, die durch die Justizunterlagen nachprüfbar sind. Besonders in den Aussagen der ersten beiden Personen finden sich verletzende Worte und Vorwürfe gegenüber einer Befragten. Während der Vater über ihren Kopf hinweg über ihre bevorstehende akademische (Nicht-)Laufbahn entscheidet und sie mit dem Attribut ‚unnormal‘ titulierte, bezeichnet Leonhard sie als unzuverlässig und wortbrecherisch (was im allgemeinen Verständnis negativ bewertete Eigenschaften sind). Dies wiederholt er mehrmals. Dass gerade diese Aussagen im Indikativ wiedergegeben werden, macht deutlich, dass die Befragten durch die Sprachverwendung diskriminiert werden. Sie können weder darum wissen, noch diese Situation beeinflussen und werden damit marginalisiert. Zugleich nehmen der Arzt und der Vater eine machtvoll Position ein, die für eine gewaltvolle Behandlung der Befragten verantwortlich ist. Während die Befragten keine direkte Stimme erhalten, werden die Machtinstanzen im Indikativ wiedergegeben und können ungebremst gewaltvoll sein, ohne sprachlich markiert zu werden. Die Befragten werden so in eine protokollarische Ohnmacht geschrieben.

3.1.4 Verhältnis direkte und indirekte Rede

Insgesamt findet sich im Vergleich zur indirekten recht wenig direkte Rede in den Akten. So werden auch die meisten Unterhaltungen bzw. Befragungen zwischen Ärzt_innen und Befragten in der indirekten Rede wiedergegeben. Diese Passagen sind jedoch teilweise mit direkten Zitaten gespickt, die die Befragten geäußert haben, wie z.B. hier deutlich wird:

>Habe heute Geburtstag. „Was machen Sieh [sic!] heute?“<²³

>Als Jugendliche habe sie immer gern Arzt werden wollen. „Acho [sic!], ich muss ja Ärztin sagen.“ (Patientin lächelt verlegen)< [Hervorh. i. O.]²⁴

Die Frage im ersten Zitat stellt der Befragte dem Arzt, scheinbar als Einladung zu einer Geburtstagsfeier. Die Tatsache, dass sie hier als direkte Rede wiedergegeben wird, hebt sie stark hervor. Vermutlich soll damit der in der Akte mehrfach betonte Eindruck einer distanzlosen Art des Befragten unterstrichen werden. Ähnlich verhält es sich mit dem zweiten Zitat. Hier wird die Aussage hervorgehoben, die sich mit einer geschlechtlichen Identifikation beschäftigt. Sie scheint für die Diagnose, dass es sich bei der Befragten um einen >„Knäbin“-Typ<²⁵ handle, wichtig.

Im Verhältnis zwischen direkter und indirekter Rede spiegelt sich die Definitionsmacht jener Personen wider, die die Akteneinträge verfasst haben. Die Entscheidung, welche Aussage wie und ob überhaupt wiedergegeben wird, obliegt ihnen allein. Zudem sind die Gesprächssituationen nicht unvoreingenommen. Oft werden die Gesprächsverläufe durch die Fragen der Ärzt_innen strukturiert (vgl. Dundas Todd 1984: 168), die dann teilweise gar nicht, teilweise als weglassbare Zusätze in den Akten notiert werden. Zudem „wirken etwa Schreibszenen auf die Äußerungen der Patienten zurück und reizen Phänomene an, die wiederum aufgezeichnet werden.“²⁶

23 HPAC 281/54 M.

24 HPAC 854/59 F.

25 Ebd.

26 Cfp Wahnsinn und Methode: Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie: <http://historypsychiatry.com/2012/04/02/cfp-wahnsinn-und-methode-notieren-ordnen-schreiben-in-der-psychiatrie/> [zuletzt abgerufen am 12.03.2014].

Diese Faktoren werden jedoch syntaktisch sowie inhaltlich an keiner Stelle in den Akten reflektiert.

3.2 Wortwahl, Inhaltsauswahl und Auslassungen

Akten „verkörpern und vollziehen einen Selektions- und Abfilterungsprozess.“ (Bernet 2009: 86). Nach Ledebur sind „Auslassung und Weglassung als Schreibakt anzusehen“²⁷ (Ledebur 2011: 113). Diese auslassende Funktion der Akten zeigt sich sowohl inhaltlich als auch in der Wortwahl.

Auf der Ebene des Inhalts fällt auf, dass bestimmte Details je nach ‚Fall‘ mehr als andere untersucht werden. Beispielsweise wird in einigen Akten auf die ‚männlich* konnotierte‘ Kleidung der Frauen* geachtet,²⁸ während das Äußere der Befragten in anderen Akten überhaupt keine Rolle spielt. Auch in der Darstellung der Familiengeschichte sind Lücken deutlich erkennbar; so werden etwa die Väter der Befragten auf die eigene berufliche Laufbahn angesprochen, wohingegen die Mütter lediglich in Bezug auf die eigene Krankheitsgeschichte untersucht werden.²⁹ Unter dem Begriff >biologische Geschichte< wird in einer Akte lediglich über sexuelle Handlungen der Befragten gesprochen, statt beispielsweise über das Einsetzen ihrer Periode etc.³⁰ Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Hier soll jedoch die Sprachanalyse im Zentrum stehen und im Folgenden insbesondere die Wortwahl. Diese ist wie die Auslassungen Ausdruck von Normierungsprozessen und Machtverhältnissen. Indem die

27 Natürlich trifft dies ebenso auf diese Arbeit und mein Schreiben zu. Indem ich die Zitate den Akten entnehme, reiße ich sie aus dem größeren Zusammenhang. Das Ergebnis ist ebenso von Auslassungen durchzogen wie die Akten selbst.

28 Vgl. HPAC 854/59 F, HPAC 430/61 F und HPAC X. N./66 F.

29 Vgl. HPAC 854/59 F.

30 Vgl. ebd.

aktenschreibenden Instanzen über die Macht des Wortes verfügen, produzieren sie eine klare, gewaltvolle Hierarchie.

3.2.1 *Pejorative Begriffe*

Pejorative Begriffe und sprachliche Abwertungen werden unter anderem benutzt, wenn die Charakterzüge bzw. Verhaltensweisen der Befragten beschrieben werden.

>Bei den Visiten ist er freundlich, stets aufgeschlossen, fast übertrieben hilfsbereit, **aalglatt**, fast unterwürfig.< [Hervorh. L. S.]³¹

>Im Vordergrund des psychiatrischen Befundes steht eine hysterische Unverschämtheit, Distanzlosigkeit, Haltlosigkeit, ein auffallender Mangel an ehrlicher Einsicht und Kritik gegenüber [sic!] sich selbst; ethisches Erkennen und Handeln ist nur schwach entwickelt, die Intelligenz ist dürftig, in praktischer Hinsicht aber ausreichend.<³²

In anderen Beispielen kommen pejorative Worte in Darstellungen der Äußerungen der Befragten vor, teilweise in Bezug auf die eigene Homosexualität. Hierbei ist nicht deutlich, ob sich die Befragten tatsächlich in der abgebildeten Art und Weise geäußert haben oder es sich um Zuschreibungen durch die notierende Person handelt.

> Zu einem perversen Verkehr sei es aber nicht gekommen.<³³

>Aber von Zeit zu Zeit wäre in ihm das Verlagen wieder wach geworden, von dieser Verkehrtheit loszukommen.<³⁴

31 HPAC 726/51 M.

32 HPAC 281/54 M.

33 HPAC 726/51 M.

34 HPAC 726/51 M.

Hier wird abermals die Definitionsmacht der Ärzt_innen sichtbar. Die negativ konnotierte Wortwahl bzw. die Beschimpfungen, die die Ärzt_innen benutzen, um die Befragten zu beschreiben, bestätigen die Hierarchie. „Arzt und Patientin – sind keine gleichwertigen Partner“ und „[e]s wird allgemein angenommen, daß Ärzte besser als wir Bescheid wissen und im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten handeln“, stellt Sue Fisher fest (Fisher 1984: 158). Damit genießen die Ärzt_innen im allgemeinen Verständnis eine Deutungshoheit und Narrenfreiheit, verknüpft mit dem Vertrauen, dass sie genau wüssten, was ‚das Beste‘ sei. Die Ärzt_innen in den Akten festigen ihre machtvolle Position (bewusst oder unbewusst), indem sie ihre Gegenüber (sprachlich) herabsetzen und in die Position der Unwissenden einschreiben. So können sie ihre Homophobie versprachlichen, ohne mit strafenden Konsequenzen rechnen zu müssen. Die Zitate der Befragten, in denen sie sich selbst gegenüber homophobe Äußerungen tätigen, machen auch deren internalisierte Homophobie deutlich.³⁵ Augusto Boal fasst dieses Phänomen unter dem Terminus „Cop in the Head“ (Boal 1990: 35ff.), welcher die Akzeptanz von gesellschaftlicher Ausgrenzungen, Unterdrückungsmechanismen und Stereotypisierungen innerhalb der ausgegrenzten Gruppe selbst bezeichnet. Somit kann es möglich sein, dass sich die klinische Norm von Homosexualität als ‚Krankheit‘ in den Aussagen der Befragten findet.

3.2.2 *Euphemismen*

In den Akten finden sich wiederholt Momente, in denen ein plötzlicher Meinungswechsel der Befragten dargestellt wird. Dieser steht häufig im Zusammenhang mit einer Gesprächssituation, die bedrängend gewesen

35 Obwohl sich hier freilich die Frage stellt, ob sie sich wörtlich ebenso ausgedrückt haben oder die Worte im Schreibprozess ergänzt wurden.

sein muss. Inwiefern die Befragten in den Gesprächssituationen bedrängt wurden, wird in den Akten – wie auch das übrige Handeln des Klinikpersonals – nicht eigens dokumentiert. Die Struktur der Akten und die teilweise sehr plötzliche ‚Einsicht‘ der Befragten weisen allerdings darauf hin, dass die Befragten unter Druck gesetzt wurden. Anhand anderer Gesprächsstrukturen wird deutlich, dass die Ärzt_innen teilweise sehr normativ, bedrängend agiert haben, was Rückschlüsse auf die hier analysierten Redesituationen zulässt.

Die Bedrängnis wird eher am Rande erwähnt, wobei die aktenschreibende Person beschönigende Vokabeln verwendet.

>Sie ist lebhaft, gesprächig, spricht sich – nachdem die erste Hemmung gelöst [sic!] – über ihre Homosexualität aus.<³⁶

>Sie gibt zu, gelegentlich onaniert zu haben.<³⁷

>Auf die Vorhaltung<³⁸

>ist sie nach eingehender Aussprache ruhiger geworden<³⁹

Die im ersten Beispiel erwähnten ‚Hemmungen‘ werden durch unzählige Fragen durch die ärztliche Instanz ‚gebrochen‘ und das Sprechen über die eigene Sexualität erscheint in diesem Frage-Antwort-Spiel keineswegs so freimütig, wie es von der aktenschreibenden Person dargestellt wird. Und auch C. C., aus deren Akte die anderen drei Beispiele stammen, wird wiederholt von verschiedenen Ärzt_innen bedroht und bedrängt, sodass sie etwas „zugibt“ und „ruhiger“ bzw. ruhig gestellt wird.

36 HPAC 854/59 F.

37 HPAC 108/60F

38 Ebd.

39 Ebd.

Die Euphemismen zeugen wie auch schon die pejorativen Begriffe von der Deutungshoheit der Ärzt_innen und Protokollant_innen. Sie geben die Situationen aus ihrer Sichtweise wieder bzw. formulieren sie derart, dass keine strafrechtlichen Konsequenzen für unzulässige Befragungstechniken folgen können, sollte die Akte jemals von einer ‚externen‘ Person gelesen werden. Zudem erscheinen die Aussagen der Befragten eher als ‚Behandlungserfolge‘, wenn nicht geschildert wird, unter welchem psychischen Druck sie gemacht wurden. Indem die gewaltvollen Umstände sprachlich aus den Akten ausgeklammert werden, rechtfertigen Ärzt_innen ihre Behandlungsmethoden und sichern so ihre Weiterarbeit ab. Sprachlich wird versucht, das Bild des zurückhaltenden klinischen Personals aufrechtzuerhalten. Indem die Einwirkung von ärztlicher Seite als lapidar dargestellt wird, erscheinen wieder die Befragten im Vordergrund der Texte.

3.2.3 Normativierende Worte

In der Formulierung der Diagnosen und Akteneinträgen finden sich zahlreiche Worte, die einen normativen Charakter haben, aber nicht näher erläutert oder reflektiert werden.

>eigenartig<: >**Eigenartig** ist nur, dass ihr Gesicht bei allen ihren Worten etwas Starres behält.< [Hervorh. L. S.]⁴⁰

>normal<: >(Keinen Versuch gemacht, ein **normales** Empfinden zu bekommen?)< [Hervorh. L. S.]⁴¹

>typisch<: >Nach Abschluß der Pubertät hätte sie ein **typisch** subdepressives Temperament und eine introvertierte und übernachhaltige Wesensart gezeigt.< und >Es handelt sich um eine anlagenbedingte Homosexua-

⁴⁰ HPAC 854/59 F.

⁴¹ HPAC 430/61 F.

lität bei **typisch** viriler Sexualkonstitution.< und >Beim Onanieren habe sie sich immer Frauen, jedoch nicht in **typisch** erotischen Situationen, vorgestellt.< [Hervorh. L. S.]⁴²

In allen drei Beispielen werden die normativierenden Worte nicht von den Befragten verwendet, sondern von den Ärzt_innen bzw. Protokollierenden. Lediglich das Wort ‚typisch‘ im letzten Beispielsatz könnte auch von der Befragten geäußert worden sein.

Indem diese Begriffe verwendet werden, ohne dass genauer erläutert wird, was genau „normal“, „typisch“ oder „eigenartig“ ist, wird der normative Charakter der in den Akten verwendeten Sprache deutlich. Von den schreibenden Personen wird vorausgesetzt, dass es eine feststehende, möglicherweise auch naturgegebene Norm von ‚richtigem‘ (geschlechtlichem) Verhalten, Kleidungsstil und Sexualeben gebe, die allgemein und jedem Menschen bekannt sein müsste. An dieser Stelle möchte ich auf Michel Foucaults *Überwachen und Strafen* verweisen: „[S]o bestand die Strategie nicht darin, eine Repression ihres Begehrens durchzusetzen, sondern ihre [die der Häftlinge] Körper zu zwingen, das prohibitive Gesetz als ihr Wesen, ihren Stil und ihre Notwendigkeit zu bezeichnen“ (Foucault, zit. nach Butler 1991: 189). Indem die Befragten als nicht normal dargestellt und psychisch bedrängt werden, sich stets einer Norm unterzuordnen, wird diese in ihren Leib eingeschrieben, so dass sie bei jedem Verstoß gegen die Norm mit Konsequenzen rechnen werden.

⁴² HPAC X. N./66 F.

3.2.4 Anzweifelnde Worte

Wenn Aussagen von Befragten wiedergegeben werden, benutzen die Ärzt_innen bzw. Protokollant_innen Worte, die ihren Zweifel am Wahrheitsgehalt der Äußerung deutlich machen.

>angeblich<: >Pat. berichtet gestern abend [sic!], dass sie am Tage ihrer Freundin, die **angeblich** auf Herrn O. A. Fotopulos wartete, in der Klinik begegnet zu sein.< und >Ihre Freundin gab ihr einen Brief, den sie mir abgibt und den sie **angeblich** noch nicht gelesen hat.< [Hervorh. i. O.]⁴³ und >Er hatte vor 2 Wochen einen Jungen kennengelernt, den er **angeblich** geistig sehr geschätzt habe.< [Hervorh. L. S.]⁴⁴

>Er **glaubt**, in der prüden Erziehung, die er genossen hat, einen Grund für das Onanieren gefunden zu haben.< [Hervorh. L. S.]⁴⁵

>Einmal habe sie einen Mann gekannt – 50 Jahre alt, Maler –, der sich ihretwegen als Mädchen zurechtmachte, nur – **wie sie meint** – um sie dadurch anzusprechen, weil er von ihrer Veranlagung gewußt habe.< [Hervorh. L. S.]⁴⁶

Besonders das letzte Beispiel verweist explizit auf die Befragte und deren subjektive Meinung. Für den Inhalt oder Satzbau wäre der (hier markierte) Einschub nicht nötig.

Das Hinzufügen der anzweifelnden Worte zu Berichten der Befragten in der indirekten Rede lässt ähnliche Rückschlüsse zu, wie sie bereits aufgrund des Modus in Kapitel 3.1.3 gezogen wurden: Indem die Aussagen der Befragten sprachlich als unglaubwürdig dargestellt werden, wird gleichzeitig die Norm der ärztlichen Unantastbarkeit gefestigt. Die Ärzt_innen bestimmen über den Wahrheitsgehalt der Schilderung einer

43 Beides HPAC 108/60 F.

44 HPAC 430/61 M.

45 Ebd.

46 HPAC 430/61 F.

Situation, in der sie nicht anwesend waren und positionieren sich so als universelle Wahrheitsträger_innen. Außerdem wird die subjektive Meinung und Position der Befragten explizit markiert, während die Ärzt_innen sich hinter dem Konstrukt der Objektivität verstecken können.

3.3 Visuelle Auffälligkeiten – Handschriftliche Änderungen

Im Zuge des Verfassens der Akten scheinen diese im Behandlungsprozess wiederholt gelesen worden zu sein. Dies wird unter anderem an den handschriftlichen Änderungen am Schreibmaschinentext deutlich. Möglich ist, dass eine unbekannte dritte Person oder die explorierenden Ärzt_innen nachträglich an den Akten gearbeitet haben. Es ist davon auszugehen, dass sie nicht während, sondern erst nach der Protokollsituation ergänzt wurden. Auf einem in einer Schreibmaschine eingespannten Blatt zu schreiben, gestaltet sich sehr schwierig. Zwischen dem Schreiben und Lesen (mit handschriftlicher Notation) muss also ein zeitlicher Abstand liegen, in dem sich die Wahrnehmung, die Erinnerung und die Gedanken der handschriftlich notierenden Person bereits verändert haben können, sodass die zusätzlichen Notizen nicht mehr der unmittelbaren Gesprächssituation entspringen können. An dieser Stelle stellt sich allerdings die Frage, inwieweit dies einen Unterschied macht. Bildet doch bereits das unmittelbare Protokollieren des Gesprächs nicht die ‚Wirklichkeit‘ ab. Dennoch ist es interessant, die handschriftlichen Veränderungen zu betrachten. An einigen Zusätzen wird deutlich, dass der_die Notierende einen bestimmten Zweck verfolgte, wegen dem er_sie ‚Informationen‘ ergänzte.

3.3.1 Nachträgliche Markierungen und Unterstreichungen

Einige Krankenakten werden nachträglich für wissenschaftliche Arbeiten benutzt. Sophie Ledebur geht davon aus, dass Markierungen mit rotem oder blauem Fettstift auf das Schreiben einer Krankengeschichte aus einer Akte hindeuten (vgl. Ledebur 2011: 113). In den mir vorliegenden Akten finden sich solche sowie graue und schwarze Unterstreichungen. Außerdem sind bestimmte Absätze durch vertikale Striche am Rand der Seite markiert. Es ist also möglich, dass sie für ‚wissenschaftliche‘ Zwecke benutzt worden sind. Egal ob direkt von den behandelnden Ärzt_innen oder nachträglich von Schreibenden der Krankengeschichte markiert, bleibt die Tatsache, dass jemand bestimmte Partien innerhalb der Akten als relevanter als andere angesehen und dies durch Unterstreichungen hervorgehoben hat.

>Er könne überhaupt sagen, dass von den 180 Jungen, die er gehabt habe, nur einer darunter gewesen sei, der auch pervers geworden wäre. Danach müsse er sagen, dass, wenn nicht eine bestimmte Veranlagung im Menschen sei, diese nicht zur Homosexualität kämen, sondern bei bestimmtem Reifegrad den Weg zur Frau fänden.<⁴⁷

>Habe heute

Geburtstag. „Was machen Sieh [sic!] heute?“ „Machen ist unanständig, außerdem glaube ich, dass ich einen ganz guten Eindruck auf Sie mache“<⁴⁸

>„Herr Professor, ich möchte das so ausdrücken, ich möchte nicht gesehen werden.“< und >„Ich möchte mich nicht mit Puder und Schminke zu recht machen.“<⁴⁹

>Schambehaarung spärlich, von angedeutet virilem Typ<⁵⁰

47 HPAC 726/51 M.

48 HPAC 281/54 M.

49 Beides HPAC 854/59 F.

>sehr ehrgeizig< und >sehr gewissenhaft und genau< und >sie sei äußerst gewissenhaft<⁵¹

>Sie wollte nun wieder versuchen, sich zu ändern<⁵²

>In ihrer Kleidung gern Hosen getragen und die sportliche Note bevorzugt.<⁵³

Bei den dargestellten Zitaten handelt sich um besonders prägnante Beispiele, zum einen, weil sie teilweise visuell hervorstechen (z. B. als einzige Markierung auf der ganzen Seite), teilweise aufgrund des unterstrichenen Inhaltes. In den Akten lassen sich noch zahlreiche weitere Beispiele finden, die den hier abgebildeten ähnlich sind.

Auffällig ist die Verteilung der Unterstreichungen. Beispielsweise ist eine Befragte morphiumabhängig. Während diese Sucht schriftlich dargestellt wird, fehlen jegliche Unterstreichungen; geht es um ihre Homosexualität, färbt sich beinahe jede Zeile blau.⁵⁴

In den handschriftlichen Markierungen lässt sich eine Dopplung des ohnehin schon normativen Selektionsprozesses in den Akten feststellen. Während das Aufschreiben an sich stets selektiv und von Auslassungen geprägt ist, wird dieser Effekt durch das nachträgliche Hervorheben bestimmter Partien potenziert. Die Auswahl wird abermals selektiert, indem bestimmte Textstellen unterstrichen werden und andere nicht. Teilweise findet sogar eine Verdreifachung der Selektion statt, indem ein oder mehrere Worte innerhalb einer markierten Partie nochmals visuell hervorgehoben werden. Dies ist in dem ersten zitierten Beispiel aus der Akte

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Alle HPAC 108/60 F.

⁵² Ebd.

⁵³ HPAC 430/61 F.

⁵⁴ Vgl. HPAC 854/59 F.

von 1951 der Fall. Der komplette Absatz ist an der Seite angestrichen und zudem sind die Worte >180 Jungen<⁵⁵ unterstrichen. Insgesamt stellen viele Unterstreichungen eine Betonung des ‚normabweichenden‘ Aussehens und Verhaltens der Befragten dar. In den Dialogen wird deutlich, dass die Ärzt_innen klare Vorstellungen von ‚normaler‘ Weiblichkeit* und Männlichkeit* voraussetzen, welche sie durch die Betonung der abweichenden Äußerungen der Befragten herstellen. Indem beispielsweise eine Abneigung gegen einen bestimmten Kleidungsstil stets als ‚abnormal‘ gekennzeichnet wird, festigt sich gleichzeitig eine Norm, die festsetzt, dass dieser Kleidungsstil gemocht und getragen werden muss, um als ‚normal‘ zu gelten. Butler schreibt, dass das Ich das Andere konstruiert, um sich selbst abgrenzen und als abgeschlossener Körper und somit begrenzte Person wahrnehmen zu können. Mit dieser Abgrenzung geht die Konstruktion einer innerlichen Geschlechtsidentität und einer heterosexuellen Matrix einher. Abweichungen von dieser Heteronorm stellen somit eine Gefährdung der Mauern von Identitäten dar:

Wenn die Desorganisation und Zersetzung eines Feldes der Körper die regulierende Fiktion der heterosexuellen Kohärenz stört, verliert das Ausdrucksmodell seine Beschreibungskraft: Das regulierende Ideal entlarvt sich als Norm und Fiktion, die sich selbst als Entwicklungsgesetz verkleidet und das sexuelle Feld, das sie angeblich nur beschreibt, in Wirklichkeit reguliert (Butler 1991: 199f.).

Um dieser Entlarvung und damit auch der Verunsicherung der eigenen Identität vorzubeugen, stellen die Ärzt_innen die Heteronormativität immer wieder im Überarbeitungsprozess her, wiederholen die Konstituierung der Norm.

55 HPAC 726/51 M.

Zusätzlich zur normerhaltenden Funktion der Markierungen scheinen besonders die Partien markiert, die zur vorher gefassten Diagnose passen. Beispielsweise wird folgende Diagnose gestellt: >Homosexualität bei körperlichem Intersex-Typ<,⁵⁶ obgleich eine Untersuchung feststellt: >Damit ist die Patientin eindeutig chromosomal weiblich.<⁵⁷ In derselben Akte finden sich jedoch zahlreiche Unterstreichungen in Bezug auf ihre nicht weiblich* konnotierte Kleidung, auf die Tatsache, dass sie sich nicht schminke, und auf ihre Körperbehaarung. Diese Markierungen sollen (vermutlich) eine Diagnose stützen und begründen, die ‚biologisch‘ nicht haltbar ist und von Kolleg_innen sogar als lächerlich abgetan wird: >Nach meiner Kenntnis der Literatur ist bei der Untersuchung von homosexuellen Patienten [sic!] auf ihr chromosomales Geschlecht bisher niemals ein auffälliger Befund erhoben worden<,⁵⁸ schreibt der_die Laborant_in, bei dem_r die chromosomale Untersuchung in Auftrag gegeben wurde.

3.3.2 Handschriftliche Ergänzungen

Zusätzlich zu den Hervorhebungen lassen sich handschriftliche Ergänzungen (hier deutlich gemacht durch die Kursivierung) in einigen Akten finden:

>Sie habe sich derart angestrengt, dem Mädchen entgegenzukommen, dass die anderen in der Klasse über sie gelacht hätten und eine andere Mitschülerin, die es gut mit ihr meinte, ihr geraten hätte, ihr auffälliges Benehmen zu ändern. Sie sei dann sehr traurig gewesen u. *habe ge-*

⁵⁶ HPAC 854/59 F.

⁵⁷ Ebd.

⁵⁸ Ebd.

wünscht, ein Junge zu sein, weil es dann leichter gewesen wäre, die Freundschaft des Mädchens zu gewinnen.<⁵⁹

>Da die eine von beiden selten anwesend war, (führte ein ausschweifendes Leben) hätte sie sich allmählich mit der anderen angefreundet.<⁶⁰

>Seitdem hätten sie alle ihre Sorgen geteilt und hätten ihre Freizeit und auch die anstrengende Dienstzeit zusammen verbracht, hatten gemeinsame Interessen.<⁶¹

>Pat. bittet darum, gegen Abend noch einen Spaziergang i. Garten machen zu dürfen. Es wird ihr erlaubt, sie verläßt aber dabei die Klinik u. hinterläßt ein Schreiben, worin sie mitteilt, daß sie noch am gleichen Abend nach Hause fahren will. – Am nächsten Morgen ruft die Mutter aus [...] an, teilt mir, Pat. habe angegeben, sie käme nach Hause. Entlassung.< [Hervorh. i. O.]⁶²

>Sexuelle A: s. Exploration durch Prof. K. Leonhard.< [Hervorh. i. O.]⁶³

Wie auch die Unterstreichungen erwecken die handschriftlichen Ergänzungen den Eindruck, dass sie notiert wurden, um eine Diagnose zu stützen; sie haben auf Aktenebene den Zweck einer inhaltlichen Ergänzung, einer unerlässlichen Information, die der Vollständigkeit halber hinzugefügt werden musste. In von mir analysierten Beispielen in Kapitel 3.1.2, 3.1.4 und 3.3.1 wird zudem deutlich, dass im Zusammenhang mit Homosexualität wiederholt auch Inter- und Transsexualitäten untersucht wurden. Dies wird besonders am ersten Beispiel deutlich: Es enthält einen handschriftlichen Zusatz, dass die Befragte sich gewünscht habe, ein Junge* zu sein. Eine ähnliche Äußerung wird an keiner anderen Stelle in

59 HPAC 108/60 F.

60 Ebd.

61 Ebd.

62 Ebd. Hierzu eine kurze Erläuterung: Da die Befragte sich mehr oder weniger ‚freiwillig‘ in Behandlung begeben hatte und nicht aufgrund eines Straftatbestandes in der Klinik weilte, stand es ihr frei, sich selbst zu entlassen.

63 HPAC 430/61 F.

der Akte notiert, aber an dieser Stelle scheint eine Person der Klinik sie für relevant gehalten zu haben. Die Tatsache, dass sie nicht direkt mit abgetippt wurde, lässt vermuten, dass sie möglicherweise gar nicht so geäußert wurde, sondern nur im Kopf der handschriftlich ergänzenden Person bestand.

Einige der handschriftlichen Ergänzungen erscheinen für die Akte als völlig irrelevant, beispielsweise die Notiz über den Lebensstil der Mitbewohnerin einer Befragten, mit der es sonst keinerlei Berührungspunkte gab.

Den Absatz über die Eigenentlassung von C. C. hat eine Person vermutlich aus pragmatischen Gründen per Hand auf das untere Ende der Seite geschrieben. Da das ‚Objekt‘ der medizinischen Analyse sich gegen den ausdrücklichen Wunsch der Ärzt_innen selbst entlassen hatte, war es wohl nicht mehr der Mühe wert, das Blatt in eine Schreibmaschine einzuspannen bzw. eine neue Seite anzufangen.

3.3.3 Handschriftliche Streichungen

Ergänzend zu grammatischen Korrekturen finden sich in (mindestens) einer Akte handschriftliche Streichungen von Worten bzw. Wortteilen, die inhaltliche Änderungen an den Texten vornehmen.

>In der Folgezeit sei Pat. dabei der aktivere Teil gewesen.<⁶⁴

>vorläufige Diagnose: Sexualneurose sex. Fehlentwicklg. bei cyklothymen (hypomanischer) Persönlichkeit mit anankast. Zügen<⁶⁵

64 HPAC 108/60 F.

65 HPAC 108/60 F. Die rote Unterstreichung wurde handschriftlich hinzugefügt.

>Ihre Freundin gab ihr einen Brief, den sie mir *abgibt* und den sie angeblich noch nicht gelesen hat.<⁶⁶

Diese handschriftlichen Streichungen erfüllen verschiedene Funktionen: Das Löschen des Komparativ-Suffixes „-re“ in >aktiverer<⁶⁷ bringt eine entscheidende Änderung mit sich. Die Äußerung steht im Zusammenhang mit der Beziehung der Befragten zu ihrer Freundin und der jeweiligen Aktivität der beiden. Indem die Befragte vom >aktiveren< zum >aktiven Teil< der Beziehung gemacht wird, wird der Freundin jegliche Aktivität abgesprochen. Aktivität scheint durch den hier explorierenden Arzt Leonhard als männliche* Eigenschaft bewertet zu werden. Somit passt er den Grad der Aktivität der Befragten schriftsprachlich seinen weiteren Beobachtungen an, um diese zu rechtfertigen: >zeigte die Pat. in ihrer Wesensart angedeutete männliche Wesenszüge<.⁶⁸

Das zweite Beispiel zeigt die seltene Änderung der vorläufigen Diagnose. Interessant ist hier das Wort ‚vorläufig‘. Anstatt ein neues Formular mit dem Titel ‚Diagnose‘ auszufüllen, wird die vorläufige, also (der Wortbedeutung nach) nicht endgültige Diagnose geändert.

Die handschriftliche Änderung vom personalen >mir< zum sächlichen >*abgibt*<⁶⁹ im dritten Zitat stellt eine bewusste Tilgung der ‚subjektiven‘ Position der Ärzt_innen dar. „Die Rolle des explorierenden Arztes stellt in den vor der Jahrhundertwende verfassten Krankenakten zumeist eine Leerstelle dar, da in den archivierten Aufzeichnungen die Interaktion der Gesprächssituation nicht dokumentiert wurde“ (Ledebur 2011: 106).

66 Ebd.

67 HPAC 108/60 F.

68 Ebd.

69 Ebd.

Dass diese Regel auch nach der Jahrhundertwende eingehalten wurde, bezeugt die eben erläuterte Änderung.

4. Fazit – sprachliche Gewalt in Krankenakten?

Zusammenfassend erfüllen die dargestellten und analysierten sprachlichen Mechanismen folgende Funktionen: Aussagen werden angezweifelt bzw. als zweifelhaft dargestellt, Aussagen werden korrigiert und ‚richtig‘ gestellt, den Befragten werden bestimmte Worte ‚in den Mund‘ gelegt, Normen werden hergestellt, Diagnosen ‚gerechtfertigt‘ und die Befragten werden abgewertet sowie sprachlich gedemütigt.

Somit wird an den Akten deutlich: Wer die Macht über die Sprache hat, hat auch die Macht, andere dar- und somit als marginalisierte Subjekte herzustellen. Die Befragten kommen lediglich in der direkten und indirekten Rede zu Wort, die sie jedoch nicht selbst notiert und autorisiert haben. Mit Bezug auf Butler lässt sich deutlich erkennen, dass auch Schriftsprache (hier in psychiatrischen Krankenakten) als Anrufung fungieren kann, da sie Subjekte konstituiert. Zudem handelt es sich in den analysierten Texten eindeutig um *hate speech*, da sie überaus homophobe Äußerungen beinhalten und gewaltvolle Mechanismen darstellen.

Durch die in den Akten dargestellten sprachlichen Aktionen werden Positionen erschaffen, die die jeweiligen Personen einnehmen. Eindeutig besetzen die Aktersteller_innen und Ärzt_innen hierbei die hierarchisch höheren Posten, während die Befragten sprachlich untergeordnet positioniert werden. Mit dieser Hierarchisierung geht ein Aufteilen der Machtverhältnisse einher. Die sprachlich höher gestellten Ärzt_innen besetzen das Feld der Deutungs-, Definitions- und Bewertungshoheit, während die Befragten dieser Hoheit untergeordnet werden bzw. sich dieser fügen müssen. So gelingt es den Ärzt_innen, die Befragten als

‚Patient_in‘ zu konstituieren. Diese wiederum erhalten hierdurch ihren Subjektstatus, auch wenn dieser ihnen Gewalt antut.

Die Selbstdarstellung und normative Haltung der Ärzt_innen impliziert ein Selbstverständnis, das dem von Dundas Todd benannten „fast gottähnlichen Status“ (Dundas Todd 1984: 164) nahekommt. Sie glauben, alle relevanten Informationen über die Befragten zu besitzen, sodass sie diese sogar korrigieren, wenn sie vermuten, eine falsche Information erhalten zu haben. Zudem stellen sie sich als ‚objektive‘ und berichtende Instanz dar, während die Aussagen der Befragten als ‚subjektive Geschichte‘ formuliert werden. So wird sprachlich eine Erzählung erschaffen, die von Homosexualität als ‚Krankheit‘ handelt und die die Befragten in ihrer Rolle als ‚Kranke‘ festschreibt.

Mit dem Schreiben der mir vorliegenden ‚Krankenakten‘ trugen die Ärzt_innen eindeutig zu einer Pathologisierung und Kriminalisierung von Homosexualität bei. Sie instrumentalisieren die als privat und subjektiv gekennzeichneten Berichte der Befragten, um den angeblich objektiven, öffentlichen Diskurs um die ‚richtige‘ Sexualität zu unterfüttern. Gleichzeitig versuchen die Ärzt_innen permanent, ihre eigene Position im Diskurs zu legitimieren, indem sie Homosexualität pathologisieren. Denn welche Arbeit hätten sie noch zu tun, wenn sie keine ‚Patient_innen‘ mehr zu ‚behandeln‘ hätten. Interessanterweise ist diese abwertende Haltung unabhängig von dem Erscheinungsjahr der Akte. Kurz vor einer Reform des § 151 bleibt die Sprache unverändert gewaltvoll, eher steigert sich die Brutalität mit den Jahren noch. Dies scheint vor allem auch mit dem Leiter der Nervenklinik der Charité Prof. Karl Leonhard zusammenzuhängen, der eine sehr polarisierende Einstellung zu Sexualitäten deut-

lich macht. Er leitete die Klinik von 1957 bis 1970.⁷⁰ Die Akten ab 1959, in denen er als „behandelnder“ Arzt auftritt, zeigen einen besonders bedrängenden Umgang mit den Befragten. Insgesamt lassen die Akten sich also als eindeutige Zeugnisse der künstlichen Konstruktion einer Grenze zwischen öffentlich und privat bezeichnen, die sich selbst ständig überschreitet: Während die Befragten als private Personen konstruiert werden, dienen die Geschichten, aus denen sie in den Akten entstehen, einem öffentlichen Diskurs. Dieser Übertragungsprozess wird als objektive, medizinische Behandlung konstruiert, der aber unter dem Mantel dieser Konstruktion überaus gewaltvoll und subjektiv ist. Meine Arbeit soll dazu beitragen, diesen normativen Mantel zu lüften und Anstoß zur Entlarvung dieser und ähnlicher Geschichten geben.

Primärquellen

Historischen Krankenblattarchiv der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité, im Folgenden (HPAC):

HPAC 726/51 M.

HPAC 281/54 M.

HPAC 854/59 F.

HPAC 108/60 F.

HPAC 430/61 F.

HPAC 430/61 M.

HPAC X. N./66 F.

70 Vgl. Charité: Neuanfang und Spezialisierung (1949 – heute): https://neurologie.charite.de/klinik/geschichte/neuanfang_und_spezialisierung_1945_heute/ [17.07.2016].

Literatur

- Austin, John L. (2007): Zur Theorie der Sprechakte. (How to do things with words.), Stuttgart.
- Bernet, Brigitta (2009): »Eintragen und Ausfüllen«. Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: Sibylle Brändli-Blumenbach, Barbara Lüthi und Gregor Spuhler (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Historische Fallrekonstruktionen zu Medizin, Psychiatrie und Psychologie, Frankfurt a.M., 62-91.
- Boal, Augusto: The Cop in the Head. Three Hypotheses. In: The Drama Review. 34. Jg.(1990), H.3, 35-42.
- Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt a.M.
- Butler, Judith (2006): Haß spricht. Zur Politik des Performativen, Frankfurt a.M.
- CfP Wahnsinn und Methode: Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie. Online: <http://historypsychiatry.com/2012/04/02/cfp-wahnsinn-und-methode-notieren-ordnen-schreiben-in-der-psychiatrie/> [12.03.2014].
- Charité: Neuanfang und Spezialisierung (1949 – heute). Online: https://neurologie.charite.de/klinik/geschichte/neuanfang_und_spezialisierung_1945_heute/ [17.07.2016].
- Duden online: <http://www.duden.de/sprachwissen/rechtschreibregeln/klammern> [14.03.2014].
- Dundas Todd, Alexandra (1984): ‚Die Patientin hat nichts zu sagen.‘: Kommunikation zwischen Frauenärzten und Patientinnen. In: Senta Trömel-Plötz (Hg.), Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen, Frankfurt a.M., 163-183.
- Fisher, Sue (1984): Was Ärzte sagen – was Patientinnen sagen: die Mikropolitik des Entscheidungsprozesses im medizinischen Gespräch. In: Senta Trömel-Plötz (Hg.), Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen, Frankfurt a.M., 143-162.
- Herrmann, Steffen Kitty/Kuch, Hermann (2007): Verletzende Worte. Eine Einleitung. In: Steffen Kitty Herrmann, Sybille Krämer und Hans Kuch (Hg.), Verletzende Worte. Die Grammatik sprachlicher Missachtung, Berlin, 7-30.
- Klostermair, Sarah: Privat ist privat. In: eigentümlich frei. 30.6.2014. Online: <http://ef-magazin.de/2014/06/30/5475-sexualitaet-privat-ist-privat> [31.05.2015].
- Körzendörfer, Marinka/Schenk, Christina (1990): Zu einigen Problemen lesbischer Frauen in der DDR – Ursachen und Konsequenzen. In: Günter Grau (Hg.), Lesben und Schwule – Was nun? Frühjahr 1989 bis Frühjahr 1990. Chronik – Dokumente – Analysen – Interviews, Berlin, 78-84.
- Ledebur, Sophie: Schreiben und beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte. 34. Jg. (2011), 102-124.

- Trömel-Plötz, Senta (1984): Gewalt durch Sprache. In: Senta Trömel-Plötz (Hg.): Gewalt durch Sprache. Die Vergewaltigung von Frauen in Gesprächen, Frankfurt a.M., 50-67.
- Williams, Linda (1995): *Hard Core. Macht, Lust und die Tradition des pornographischen Films*, Basel/Frankfurt am Main.
- Wirth, Uwe (2002): Der Performanzbegriff im Spannungsfeld von Illokution, Iteration und Indexikalität. In: Uwe Wirth (Hg.), *Performanz. Zwischen Sprachphilosophie und Kulturwissenschaften*, Frankfurt a.M., 9-60.