Zeitschrift: Schweizerisches Archiv für Volkskunde = Archives suisses des traditions populaires

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Volkskunde

Band: 118 (2022)

Heft: 1

Artikel: Eugenische Blicke auf den Körper : die Herstellung und Verstetigung eines Blickregimes der Minderwertigkeit

Autor: Ritzmann, Iris / Wolff, Eberhard

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1006082

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

SCHWEIZERISCHES ARCHIV FÜR VOLKSKUNDE / ARCHIVES SUISSES DES TRADITIONS POPULAIRES
118. JAHRGANG (2022), HEFT 1, S. 21–42, DOI10.33057/CHRONOS.1698/21-42

Eugenische Blicke auf den Körper

Die Herstellung und Verstetigung eines Blickregimes der Minderwertigkeit

IRIS RITZMANN, EBERHARD WOLFF

Abstract (Spoilerwarnung!)
Der Beitrag untersucht eine primär medizinhistorische Thematik mit kulturwissenschaftlichen Interpretationsmodellen. Am Beispiel der Patientenfotografie eines Jungen aus dem Jahr 1943, die diesen als «degenerativen Typus» abbilden soll, analysiert der Beitrag die Herstellung und Verstetigung eines sogenannten Blickregimes. Welche Schritte führten dazu, dass Medizinerinnen und Mediziner in unspezifischen Komplexen von Merkmalen etwas «erkannten», das heute kaum nachvollziehbar ist: eine körperliche Minderwertigkeit? Der Prozess beginnt mit der «Sichtbarmachung» mittels eines spezifischen, hierarchischen Blicks vor dem Hintergrund einer gesundheitspolitischen Theorie. Er führt über die Stabilisierung des Blicks durch Fotografien, die Typisierung in Bildersammlungen und eine Blickschulung in Medien der Aus- und Fortbildung bis zu dem Punkt, wo das Blickregime internalisiert ist und sich in der ärztlichen Wahrnehmung performativ verselbständigt. Die Blickpraxis begleitet nicht nur den vorherrschenden Denkstil, sie treibt ihn auch aktiv voran und entfaltet eine grosse Wirkungsmacht. Die Erkenntnisse sollen nicht einfach der Skandalisierung von diskriminierenden Blickregimen dienen, sondern Blickregime als allgegenwärtige Phänomene analysieren, um mit ihren Logiken «informiert» umzugehen.
Keywords: visual anthropology, eugenics, gaze regime, pediatrics, deviance, photographic collections, 20th century, history of medicine, stigmatisation
Visuelle Anthropologie, Eugenik, Blickregime, Kinderheilkunde, Devianz, Fotosammlungen, 20. Jahrhundert, Medizingeschichte, Stigmatisierung

Die linke Fotografie zeigt einen unbekleideten Jungen in einer frontalen Ganzkörperaufnahme vor einer hellen Wand. Ein mindestens anderthalb Meter langer Massstab lehnt an der Wand. Die rechte Fotografie bildet denselben Jungen von der Seite ab (Abb. 1).

Wir möchten Sie als Leserin oder Leser bitten, sich vor dem Weiterlesen einen Augenblick Zeit zu nehmen und die beiden Aufnahmen genau zu betrachten. Was fällt Ihnen auf? Wie wirkt die Darstellung des Jungen auf Sie? Und ganz speziell: Können Sie irgendwelche sichtbaren Zeichen erkennen, die Ihnen als körperliche Besonderheiten vorkommen? Was würden Sie speziell über seine Haare sagen?

Sehen und Erkennen sind aktive Vorgänge und von individuellen und kollektiven Erfahrungen, Normen und Ideen geformt. Die Schwarz-Weiss-Fotografien lassen auf historische Aufnahmen schliessen. Ihnen wird wahrscheinlich die Nacktheit aufgefallen sein, die auf Patientenfotografien hindeutet. Der Massstab und die Kombination von Frontal- und Seitenansicht erinnern an «Verbrecherfotografien».

Eine genauere Bildbetrachtung aus heutiger Perspektive könnte den Blick, den der Junge zur Kamera richtet, als etwas verunsichert und verkrampft beschreiben. Entsprechend erscheint die Körperhaltung eher angespannt, die Arme hängen seitlich am Körper, die Beine stehen symmetrisch. An der Pigmentierung der Haut ist abzulesen, dass der Junge vorwiegend in kurzärmliger und knielanger Kleidung ohne Schuhe und Socken unterwegs gewesen ist. Der unregelmässige Kurzhaarschnitt deutet darauf hin, dass hier kein professioneller Frisör am Werk war. Uns erinnern die aufstehenden Haare an Frisuren der letzten Jahrzehnte. Vermutlich wird weder ein medizinisch geschulter noch ein ungeschulter heutiger Blick am Körper des Jungen pathologische Merkmale erkennen.

Beide Fotos wurden in Vergrösserungen auf einen grauen Karton aufgeklebt und mit einer Signatur versehen (Abb. 2). Auf der Rückseite finden sich handschriftlich notiert der Name und das Alter des Jungen sowie das Aufnahmedatum. Damit erschliesst sich, dass die Fotografie am 15. September 1943 aufgenommen wurde, als der Junge dreizehn Jahre alt war.

Es handelt sich um eine Bildkarte aus einer umfangreichen Bildersammlung des Kinderspitals Zürich, die im Medizinstudium und in der fachärztlichen Weiterbildung zum Einsatz kam.[1] Das Bild des nackten Jungen befand sich also in einem medizinischen Kontext. Unter den beiden Fotografien klebt ein ausgeschnittenes Papier mit einer fehlerhaft maschinengeschriebenen Diagnose, die den abgebildeten Jungen im Fachjargon als «Degenerativer Typus», als «schwer erzihbar» sowie als «Ennuretiker» (Enuretiker bedeutet so viel wie «Einnässer») bezeichnet.

Mit der Bildkarte sollten Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte lernen, dass die äussere Erscheinung dieses Jungen in einem Zusammenhang mit den zugeschriebenen Eigenschaften des Bettnässens und der schweren Erziehbarkeit steht. Darüber hinaus will die Karte als visuelle Vorlage dienen, mit der sich ein «degenerativer Typus» als Form menschlicher «Minderwertigkeit» erkennen lässt. Die unmittelbare visuelle Evidenz dieser Verbindung ist aus heutiger Perspektive – vorsichtig ausgedrückt – schwer nachvollziehbar. Damals jedoch repräsentierte

1 Die umfangreiche Lehrbildersammlung des Kinderspitals Zürich ist vollständig erhalten. Sie wurde unter der Signatur IN 7 ins Archiv für Medizingeschichte der Universität Zürich aufgenommen und 2014 ans Staatsarchiv des Kantons Zürich (StAZH) übergeben, wo sie die Ablieferungsnummer 2014/111 erhielt.

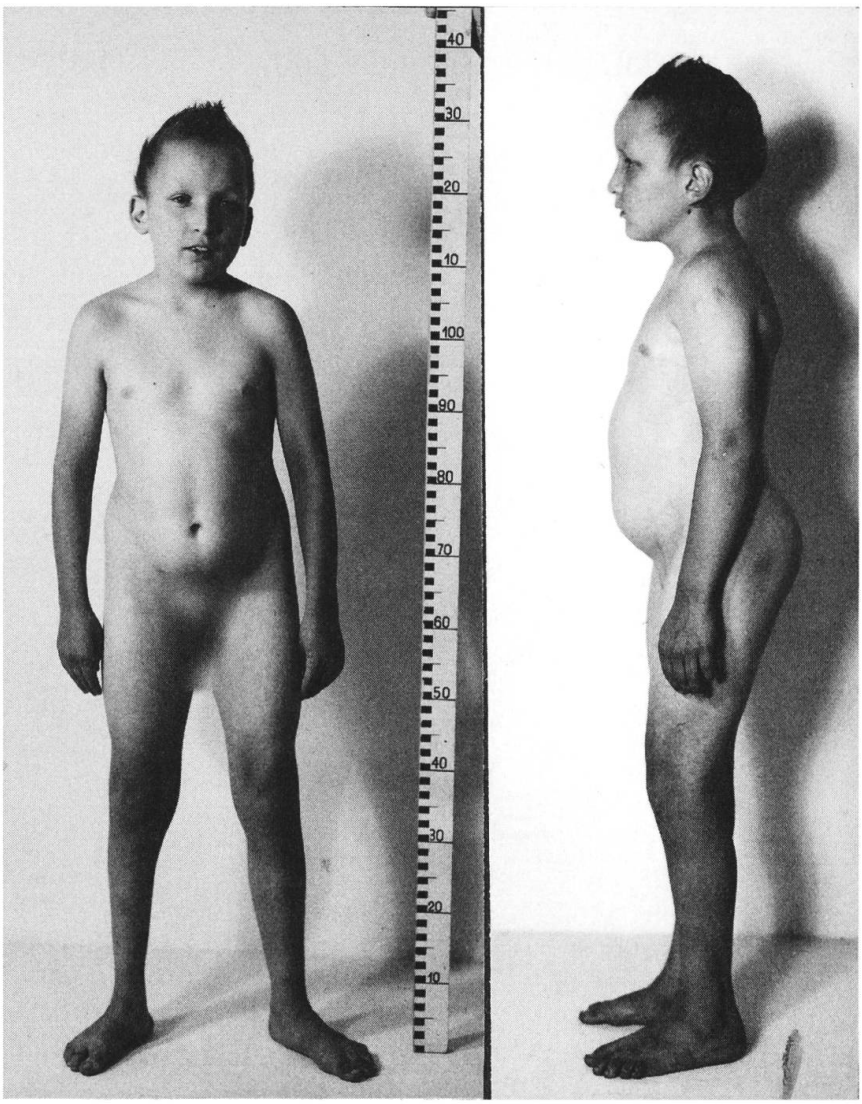

Abb. 1: Fotografien eines nackten Jungen. Freigestellte Fotos einer Bildkarte der Bildersammlung des Kinderspitals Zürich, StAZH, Ablieferung 2014/111. Die im Original sichtbaren Genitalien wurden für die Veröffentlichung unscharf gezeichnet.

diese Deutung eine weitverbreitete Lehrmeinung. Die Fotos besassen also eine Form von Evidenz.

In diesem Beitrag gehen wir der Frage nach, wie eine solche Deutung von «Minderwertigkeit» und ihre Evidenz visuell hergestellt und verfestigt wurde. Wir versuchen, eine primär medizinhistorische Thematik mit kulturwissenschaftlichen Ansätzen und Deutungsmodellen nachvollziehbarer zu machen. Wir analysieren die Konstituierung, die Umsetzung und die Verstetigung eines medizinischen wie auch gesellschaftspolitischen Konzepts mit visuellen Mitteln über die Herstellung eines sogenannten Blickregimes. Dabei wird die Praxis bestimmter Blicke – im Sinne von «Wahrnehmungsmustern» – über Blickführungen und Blickschulungen

Über die Darstellungsform der Fotos in diesem Beitrag

Die beiden Fotografien, die den Untersuchungsgegenstand dieses Beitrags bilden, sind in mehrerer Hinsicht diskriminierend. Dieser Umstand ist uns nicht nur bewusst, er ist auch Thema dieses Beitrags. Diese Bilder nochmals zu veröffentlichen, kann als Wiederholung eines «blossstellenden» Blicks missverstanden werden. Analog zu Susanne Regeners Untersuchung von «Fotografien-wider-Willen»* geht es uns jedoch darum, gewalttätige Blicke sichtbar zu machen, um sie analysieren zu können.

Eine der Grundanforderungen wissenschaftlichen Arbeitens ist, die Quellen offenzulegen, um die Argumentation nachvollziehbar zu machen. «Zeigen» hat nicht umsonst die mehrfache Bedeutung von sichtbar machen, belegen und plausibilisieren. Wenn wir Blickführungen, Blickschulungen und Blickregime analysieren, müssen wir diese nachvollziehbar machen.

Wir haben dieses Dilemma dahingehend zu lösen versucht, dass wir der Abbildung 1 die Spitze der Diskriminierung, die Darstellung kompletter Nacktheit, genommen haben, indem die Genitalien unscharf dargestellt werden. Bei der zweiten Abbildung wird die diskriminierende Wiedergabe durch Unscharfzeichnung der Fotos umgangen. Bei der dritten Abbildung steht bewusst der – hier relevante – Kontext des publizierten Fotos im Mittelpunkt.

Die Wiederveröffentlichung der Fotos findet zudem im Kontext ihrer kritischen Analyse statt. Auch aus diesem Grund verstehen wir unsere Veröffentlichungsform nicht als unstatthafte Wiederholung eines gewalttätigen Blicks.

Uns ist bewusst, dass wir mit unserer Art, die Fotografien darzustellen, selber eine Blickführung und Blickschulung betreiben. Selbst der Blick von Ihnen als Leserin oder Leser dieses wissenschaftlichen Aufsatzes ist weder voraussetzungslos noch unabhängig von unserer Darstellungsart. Genau darauf läuft die Argumentation des Beitrags am Ende hinaus.

* Regener, Susanne: Fotografien-wider-Willen: Psychiatrische Bilder und Vor-Bilder vom Anderen im 20. Jahrhundert. In: Beate Ochsner, Anna Grebe (Hg.): Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur, Bielefeld 2013 (Disability Studies), S. 211–226.

internalisiert, automatisiert und mit einer spezifischen Deutung des «Erkannten» zu einer «Blickordnung» beziehungsweise einem «Blickregime» verbunden, das grosse gesellschaftliche Wirkungsmacht entfalten kann. Nach Michel Foucault ist ein Regime ein «Diskurstyp, eine Wissens- und Wahrheitsordnung, der eine Reihe von Praktiken in den Begriffen des Wahren und Falschen strukturiert und mit dem sich Ein- und Ausschlüsse regulieren lassen». Ein Blickregime ist entsprechend ein Regime, das über visuelle Praktiken eine normierende Ordnung hervorbringt und

Abb. 2: Bildkarton mit bearbeiteten Fotografien, StAZH, Ablieferung 2014/111.

stabilisiert. Gleichzeitig plädiert dieser Beitrag dafür, «Blickregime» nicht nur als Ausdruck tradierter Bildrepertoires zu sehen, sondern auch als eine Diskursordnung, die aktiv und systematisch hergestellt wird.[2]

2 Der in der Literatur ebenfalls gebräuchliche Begriff Blickkonvention wird hier nicht verwendet, weil mit Konvention die Vorstellung einer längeren historischen Tradition assoziiert werden könnte, was hier nicht der Fall ist. Zur Definition von Blickregimen vgl. Thiele, Anja: Un/Sichtbare Weiblichkeit. Blickregime und die Konstitution von Geschlecht im Theater Elfriede Jelineks. Master-Arbeit, Universität Jena. Jena 2014, Kap. 2, zum foucaultschen Regimebegriff vgl. S. 10 f., aufbauend auf Dimitrova, Petja et al.: Regime. Wie Dominanz organisiert und Ausdruck formalisiert wird. Münster 2012. Zum Blickregime auch Silverman, Kaja: Dem Blickregime begegnen. In: Christian Kravagna (Hg.): Privileg Blick. Kritik der visuellen Kultur. Berlin 1997, S. 41–64; Grebe, Anna: Anders sehen. Blickregime von Behinderung in der Fotografie. In: Tanja Thomas et al. (Hg.): Anerkennung und Sichtbarkeit. Perspektiven für eine kritische Medienkulturforschung. Bielefeld 2018, S. 137–151.

Bedrohungskulisse: Die «Degeneration» der Bevölkerung

Für unseren Argumentationsgang bedarf es einer Skizze des damaligen ideengeschichtlichen Hintergrunds. Verschiedene wissenschaftliche Erklärungsmodelle prägten die Medizin des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts nachhaltig, so die Bakteriologie oder die Endokrinologie. In ihrer gesellschaftspolitischen Relevanz aber überragte die Vererbungslehre alle anderen Strömungen und kann daher zumindest für einige Jahrzehnte als eigentliche Leitwissenschaft bezeichnet werden. Als treibende Faktoren wirkten einerseits die Furcht vor einer existenziellen Bedrohung der gesamten Bevölkerung, andererseits die Aussicht auf gesellschaftliche Macht durch rassenhygienisches Expertenwissen.

Die Bedrohungskulisse basierte auf der sozialdarwinistischen These, dass die europäischen «Völker» von einer fortschreitenden Degeneration bedroht seien. Dieser Zerfall der hochzivilisierten Gesellschaften komme nicht nur durch eine Vermischung mit anderen «Rassen» zustande, sondern vor allem durch die ungehinderte Fortpflanzung «minderwertigen» Erbgutes. Die moderne europäische Gesellschaft, so die vorherrschende wissenschaftliche Erklärung, trage selbst die Verantwortung für die Verschlechterung ihres Erbguts, da sie eine «natürliche Auslese» nicht mehr zugelassen habe. «Minderwertige Individuen», die bei «Naturvölkern» schlicht zugrunde gegangen wären, hätten durch Pflege und Behandlung überleben können. Sie würden nun überproportional viele Kinder hervorbringen, wodurch sich das Erbmaterial der gesamten Bevölkerung massiv und in zunehmender Geschwindigkeit verschlechtere. Als Beweis für diese angebliche Verschlechterung diente die statistische Erfassung einer zunehmenden Zahl von «kriminellen» und «geisteskranken» Personen.[3]

Bedrohungsszenarien gelten als effektivstes Mittel zur Umsetzung totalitärer biopolitischer Massnahmen. Hier setzte die als modern verstandene Medizin ein und versprach eine sozial und zugleich national verstandene «Heilung der Gesellschaft», die über die Gesunderhaltung einzelner Individuen gestellt wurde. Dem Degenerationsprozess sollten eugenische Massnahmen entgegenwirken, indem präventiv die Vermehrung angeblich minderwertiger Individuen verhindert würde (sogenannte negative Eugenik), etwa mit Ehezeugnissen und Eheverboten, Sterilisationen und weiteren Massnahmen, die in der Schweiz nicht nur formuliert, sondern auch praktiziert wurden. Damit verknüpfte sich ärztliches Expertentum eng mit politischer Macht und trieb die Umsetzung biologistischer Denk- und Wissensformen voran.[4]

3 Ritter, Hans Jakob: Von den Irrenstatistiken zur «erblichen Belastung» der Bevölkerung. Die Entwicklung der schweizerischen Irrenstatistiken zwischen 1850 und 1914. In: Traverse 10/1 (2003), S. 59–70.

4 Zur Entwicklung eugenischen Gedankenguts in der Schweiz vgl. Dubach, Roswitha: Verhütungspolitik. Sterilisationen im Spannungsfeld von Psychiatrie, Gesellschaft und individuellen Interessen in Zürich (1890–1970). Zürich 2013, S. 68–78; Wecker, Regina et al.: Sexualität und Eugenik. Zur Regulierung des sexuellen und reproduktiven Verhaltens. In: dies. et al. (Hg.): Eugenik und Sexualität, Regulierung reproduktiven Verhaltens in der Schweiz, 1900–1960. Zürich 2013, S. 9–22; Germann, Pascal: Laboratorien der Vererbung. Rassenforschung und Humangenetik in der Schweiz 1900–1970. Göttingen 2016.

Dieses Gedankengebäude, man kann es nach Ludwik Fleck auch als «Denkstil» bezeichnen, beinhaltete eine Pathologisierung körperlicher, psychischer und sozialer Phänomene. Als «minderwertig» galt, wer nicht den Werten und Normen der bürgerlichen Gesellschaft entsprach. Die medizinische Diskurshegemonie führte zur gesundheitlich begründeten Ausgrenzung von benachteiligten sozialen Gruppen oder nicht akzeptierten Lebensformen, zum «Othering» beziehungsweise zur gesellschaftlichen Stigmatisierung.[5]

Der eugenische Denkstil war auch am Zürcher Kinderspital virulent. Der Basler Kinderarzt Emil Feer übernahm 1911 die Leitung dieser 1874 gegründeten Einrichtung und erhielt die erste, noch ausserordentliche Professur für Kinderheilkunde an der Universität Zürich. Feer verstand sich als moderner Arzt. Eugenisches Gedankengut gehörte zum damals etablierten Denksystem, auch an der Universität Zürich. Feer nahm an diesem Diskurs teil. In der Öffentlichkeit vertrat er die Ansicht, zur «Verbesserung und Veredelung der Rasse» müssten die Fürsorgebehörden hart gegen die «Unterschichten» vorgehen. Die «Verhütung der Kinderzeugung durch minderwertige Elemente», so Feer, könne nur durch «einen gesetzlichen Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschliessung» oder durch die Unfruchtbarmachung erreicht werden.[6] Im Bestreben, rassenhygienisch wirksam vorgehen zu können, gewann die Früherkennung «minderwertiger Erbanlagen» an Bedeutung. Die Eugenik erschloss daher speziell für die Kinderheilkunde ein neues Wirkungsfeld. Als Guido Fanconi 1929 die Direktion des Kinderspitals Zürich übernahm, hatte sich das Krankheitsbild der Degeneration längst als Lehrmeinung etablieren können. Unter seiner Ägide entstanden die Fotos des unbekleideten Jungen, die er, wie es bei anderen Patientenbildern der Fall war, höchstwahrscheinlich selber aufgenommen hat.[7]

Wie das Personendossier verrät, war der Junge 1930 zur Welt gekommen und seit dem fünften Lebensjahr immer wieder, auch für längere Zeit, Patient im Kinderspital gewesen.[8] In den ärztlichen Aufzeichnungen stösst man auch auf die

5 Zum «Othering» vgl. Reuter, Julia: Einleitung. Zur Ordnung des Eigenen und des Fremden. In: dies.: Ordnungen des Anderen. Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden. Bielefeld 2002, S. 9–21. Zur Vererbungslehre vgl. Person, Jutta: Der pathographische Blick. Physiognomik, Atavismustheorien und Kulturkritik 1870–1930. Würzburg 2005.

6 Zitiert in Schweizer, Magdalena: Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz zur Zeit des Nationalsozialismus. Bern 2002, S. 224; Ramsauer, Nadja: «Verwahrlost». Kindswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat 1900–1945. Zürich 2000, S. 185. Vgl. zur eugenischen Forschung an der Universität Zürich Schmutz, Hans: Schokolade und Messzirkel – Zur Steuerung rassenhygienischer Forschungsprojekte an der Universität Zürich in den zwanziger und dreissiger Jahren. Die Tätigkeit der Julius Klaus-Stiftung für Vererbungsforschung, Sozialanthropologie und Rassenhygiene. In: Verhandlungen zur Geschichte und Theorie der Biologie 7 (2001), S. 305–317; Germann (Anm. 4), S. 37–64. Eine gute Übersicht über die von der Julius Klaus-Stiftung geförderten Forschungsprojekte bieten die Jahresberichte der Universität Zürich, www.archiv.uzh.ch/de/editionen/jahresberichte.html, 30. 4. 2021.

7 Zur Geschichte des Zürcher Kinderspitals vgl. Wiesmann, Matthias: 150 Jahre Kispi. Das Universitäts-Kinderspital Zürich im Wandel der Zeit. Baden 2018. Zur fotografischen Aktivität Fanconis: Ritzmann, Iris: Weiche Ohren und Affenfurche: Degeneration und Eugenik in Zürcher pädiatrischen Lehrmitteln. In: dies., Wiebke Schweer, Eberhard Wolff (Hg.): Innenansichten einer Ärzteschmiede. Zürich 2008, S. 77–106, hier S. 92.

8 Die historischen Personendossiers des Kinderspitals Zürich wurden im Jahr 2000 dem StAZH übergeben. 2007/08 haben wir den Bestand mit der vorläufigen Bezeichnung Akzession 2000/020

Diagnose «Neuropathie», die damals eine andere medizinische Bedeutung hatte als heute. Als «Neuropathen» wurden in der Regel angeblich erblich vorbelastete, «moralisch tiefstehende» Personen mit Neigung zur Kriminalität bezeichnet. Zürcher Kinderärzte verwendeten noch bis in die 1970er-Jahre die Begriffe «Neuropathie» und «Psychopathie» synonym. Das diffuse Krankheitsbild biologisierte im Kern gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten, definierte Normabweichung als vererbbares Leiden und versah es mit einer medizinischen Etikette.[9]

Das Personendossier vermerkte, dass der Junge drei Monate nach der Geburt zur Tagesbetreuung ins «Lindenbachheim» gekommen sei, da seine Mutter eine Arbeitsstelle angenommen hatte. Der Monatsverdienst der Eltern betrug 450 Franken. Nach einem dreimonatigen Aufenthalt im Kinderspital verbrachte der Junge einen Monat zu Hause, wurde dann aber bereits wieder vom Hausarzt eingewiesen. Dem Zuweisungsschreiben, das im Personendossier enthalten war, lag das Gutachten eines Nervenarztes bei, der vorschlug, den Jungen «mit Hilfe des Schularztamtes und des Jugendamtes» für längere Zeit in einem Heim zu versorgen.

Die dritte Aufnahme im Kinderspital des inzwischen Dreizehnjährigen erfolgte 1943 auf Veranlassung des Kantonalen Kinderhauses Stephansburg, das als kinderpsychiatrische Beobachtungsstation zur Psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt Burghölzli gehörte. Jakob Lutz, Kinderpsychiater und Leiter der Stephansburg, bittet im ärztlichen Begleitschreiben um die körperliche Untersuchung des Jungen. Zusammenfassend berichtet Lutz, dass der Junge nach dem ersten Aufenthalt im Kinderspital noch kurze Zeit zu Hause gewohnt, dann mit dem Schuleintritt begonnen habe, kleinere Geldbeträge zu entwenden, zu lügen und die Schule zu schwänzen. Nach mehrmaligem Weglaufen von zu Hause wurde er in einem Erziehungsheim platziert. Kontakte mit der Vormundschaftsbehörde, der Jugendanwaltschaft und dem Jugendamt folgten, und schliesslich kam der Junge in die Stephansburg zur Beobachtung. Auch dort sei er entwischt, worauf er im Knabenheim Selnau, einem Heim für schwererziehbare, kriminelle beziehungsweise kriminalisierte Jungen, in Arrest kam. Mit diesen Lebensstationen passte die Biografie des Jungen im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung ins Modell einer gesellschaftlichen Bedrohung durch kriminalisierte, «degenerierte Unterschichten».[10]

mehrfach konsultiert, woraus ausführliche, anonymisierte Abschriften und Exzerpte aus über dreissig Personendossiers sowie mehrere Publikationen hervorgingen, unter anderem Ritzmann (Anm. 7), S. 77–108. Ein grösserer Teil des Bestandes wurde vom StAZH «im Jahr 2015/2016 nach einer sorgfältigen, verschiedene Kriterien umfassenden und dokumentierten Nachbeurteilung kassiert (vernichtet)». E-Mail des StAZH vom 5. 5. 2021. Die Signaturen der vernichteten Journale des fotografierten Jungen lauteten: Nr. 5085/1935, Nr. 5658/1936, Nr. 2455/1943. Verweise oder Kopien könnten sich gegebenenfalls in anderen Archivbeständen erhalten haben.

9 Zur Funktion von Krankheitsbegriffen im Rahmen gesellschaftlicher Medikalisierung vgl. die zusammenfassende Darstellung von Nohr, Olaf: Vernunft als Krankheit und Therapie. In: Forum interdisziplinäre Begriffsgeschichte – E-Journal 2 (2013) 1, S. 8–20, hier S. 9–11. Eine Übersicht über die Begriffsgeschichte der Neuropathie leistet Nissen, Gerhardt: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 2005, S. 283–285. Zur «psychopathischen Persönlichkeit» vgl. Germann, Urs: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950. Zürich 2004, S. 264–277. Zur Diagnose «Neuropathie» vgl. Ritzmann (Anm. 7), S. 81–83.

10 Vgl. zur kinderpsychiatrischen Begutachtung in der Stephansburg unter Jakob Lutz Künzle, Lena et al.:

«Merkmale»: Die visuelle Verkörperlichung der medizinischen Bedrohungskulisse

Bei der Klassifizierung des Jungen als «degenerativer Typus» beziehungsweise «Neuropath» spielte Visualität in Form von Sichtbarkeit, Sehen (ebenso im passiven Sinn von «visuell wahrnehmen» wie im aktiven Sinn von «hinschauen» und «erkennen») und Sichtbarmachung eine zentrale Rolle. Die körperlichen «Zeichen» oder «Merkmale» von charakterlichen Besonderheiten und Krankheitsbildern stammten aus der alten Physiognomik und Semiotik und hatten mit der naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin eher an diagnostischer Bedeutung verloren. Im Umfeld der Vererbungslehre, im frühen 20. Jahrhundert auch in der Konstitutionslehre, erlebten sie als Formen von Differenz zu einer angenommenen Normalität einen neuen Aufschwung.[11]

Charles Darwin ging in seinem Werk *The Expression of Emotion in Man and Animals* von einer Evolution der Gefühlsäusserungen aus. Er illustrierte seine These mit Fotografien von Kindern und Psychiatriepatienten in der Annahme, dass in diesen Gesichtern eine natürliche, wenig kontrollierte menschliche Mimik zum Ausdruck komme.[12] Nicht Darwins neue These, sondern seine unkonventionellen Illustrationen erregten grosse Aufmerksamkeit. So bezog sich der Berliner Psychiater Hermann Oppenheim in einem breit wahrgenommenen, 1883 publizierten Vortrag über den *Gesichtsausdruck der Geisteskranken* auf Darwin. Die Gesichtszüge von Psychiatrieinsassen, die bei Darwin unverfälschte menschliche Ausdrucksformen zeigten, mutierten in Oppenheims Interpretation allerdings zum Gegenteil: Er sah erstens in ihrer Mimik den Beweis für die Andersartigkeit von Geisteskranken, die er zweitens mit der Vererbbarkeit von Geisteskrankheiten erklärte.[13]

Ausgehend von diesen beiden Grundannahmen suchte der Psychiater Cesare Lombroso in Frontal- und Profilaufnahmen aus polizeilich angelegten «Verbrecheralben» und Gefängnissen nach sichtbaren körperlichen Merkmalen von psychopathologischer Minderwertigkeit bei Kriminellen. Lombroso schuf ein Ordnungssystem, das Devianz visualisierte und eine wissenschaftliche Basis für Ausgrenzung und Pathologisierung bildete. Seine wissenschaftlichen Ausführungen bereiteten den Boden für die Visualisierung einer gefühlten Bedrohung durch kriminalisierte

Legitimierung behördlicher Praxis? Analyse einer stationären kinderpsychiatrischen Begutachtung in Zürich im Jahr 1944. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 31/3 (2020), S. 124–143; Galle, Sara et al.: Die psychiatrische Begutachtung von Kindern mit «abnormen Reaktionen» in der Zürcher Kinderbeobachtungsstation Brüschhalde 1957 bis 1972. In: Gesnerus 77 (2020), S. 206–243.

11 Schäffner, Wolfgang: Die Zeichen des Unsichtbaren. Der ärztliche Blick und die Semiotik im 18. und frühen 19. Jahrhundert. In: ders.: Das Laokoon-Paradigma. Berlin 2000, S. 480–510.

12 Darwin, Charles: The Expression of Emotion in Man and Animals. London 1872, S. 13 f.

13 Vgl. Oppenheim, Hermann: Beiträge zum Studium des Gesichtsausdruckes. In: Psychiatrie und Neurologie 40 (1884), S. 840–863, hier S. 842 f. Forschungsliteratur dazu: Gilman, Sander L.: Zur Physiognomie des Geisteskranken in Geschichte und Praxis, 1800–1900. In: Sudhoffs Archiv 62 (1978), S. 209–234, hier S. 228; Bömelburg, Helen: Sehen, Wissen, Macht. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie um 1900. In: Bernhard Stumpfhaus (Hg.): Das schöne Bild vom Wahn. Weinsberger Patientenfotografien aus dem frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 2008, S. 23–47, hier S. 24 f.

Bevölkerungsteile und fanden vor allem im deutschsprachigen Ausland schnell Verbreitung.[14]

In den Fussstapfen Lombrosos suchten Psychiater nach Zeichen der Minderwertigkeit, um die drohende Gefahr sichtbar zu machen. Fündig wurden sie vorwiegend bei den Personen, die am meisten Ängste auslösten, den ärmeren Bevölkerungsteilen und sozialen Randgruppen.[15] Über das Konzept der «Merkmale» wurden medizinisch-soziale Deutungsmodelle «verkörperlicht». Der damals in diesem Zusammenhang verwendete Begriff des (degenerativen) «Stigmas» kommt hier in seiner doppelten Bedeutung zum Tragen: einerseits im Sinne eines «Zeichens», andererseits im Sinne einer Ausgrenzung beziehungsweise «Stigmatisierung» im heutigen Wortsinn.

Die «degenerativen Stigmata» hatten im eugenischen Diskurs eine Schlüsselfunktion, da sie angeblich minderwertiges Erbgut an körperlichen Merkmalen sichtbar machten. Zahlreiche Ärzte legten innerhalb weniger Jahrzehnte umfangreiche Sammlungen «degenerativer Stigmata» an, die in der Regel ohne technische Hilfsmittel sichtbar sein sollten. In der Hauptsache handelte es sich um unpräzise Abweichungen von einer nicht klar beschriebenen Norm, die viel Spielraum für die Interpretation zuliessen. Die Liste des Psychiaters Ludwig Scholz umfasste abnorme Körpergrösse, asymmetrische Kopf- und Gesichtsform, fliehende Stirn und tiefen Haaransatz, schiefe Zähne, Auffälligkeiten an den Geschlechtsteilen sowie verschiedenartigste Formen von Ohren, die von ihm als «Haupttummelplatz der Degenerationslehre» apostrophiert wurden. Der Jenaer Kinderarzt und Lehrstuhlinhaber Jussuf Ibrahim, der sich später am nationalsozialistischen Kindermord beteiligte, weitet die Aufzählung in seinem Beitrag zum pädiatrischen Lehrbuch von Emil Feer auf «Kryptorchismus, Strabismus, Fazialisdifferenzen, Linkshändigkeit usw.» aus. Zu den «degenerativen Stigmata» gehörte ein nicht exakt festgelegter Grundstock an körperlichen Zeichen und Zuschreibungen, der von Arzt zu Arzt beliebig ergänzt werden konnte und damit der ärztlichen Deutungsmacht einen beinahe unbegrenzten Spielraum verschaffte.[16]

14 Vgl. Regener, Susanne: Ausgegrenzt. Die optische Inventarisierung des Menschen im Polizeiwesen und in der Psychiatrie. In: Fotogeschichte. Beiträge zur Geschichte und Ästhetik der Fotografie 10/38 (1990), S. 23–38, hier S. 26–30; dies.: Verbrecherbilder. Fotoporträts der Polizei und Physiognomisierung des Kriminellen. In: Ethnologia Europaea 22 (1992), S. 67–85; dies.: Visuelle Gewalt. Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. Bielefeld 2010, S. 66–80; Gibson, Mary: Cesare Lombroso, prison science, and penal policy. In: Paul Knepper, Per Jørgen Ystehede (Hg.): The Cesare Lombroso Handbook. London 2012, S. 30–47, vor allem S. 43; Gadebusch Bondio, Mariacarla: Das Bild vom Bösen. Photographie als Instrument zur Stigmatisierung von Devianz. In: Volker Hess (Hg.): Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren der Medizin als kulturelle Praktik um 1900. Husum 1997, S. 93–118.

15 Zur eugenischen Praxis in der Schweiz vgl. zum Beispiel Gallati, Mischa: Entmündigt. Vormundschaft in der Stadt Bern 1920–1950. Zürich 2015, vor allem die zusammenfassenden, hochaktuellen Ausführungen zu Sozialdisziplinierung und Biopolitik S. 34–38.

16 Scholz, Ludwig: Anomale Kinder. Berlin 1912, S. 48 f., am konkreten Beispiel erläutert S. 87–90; Ibrahim, Jussuf: Krankheiten des Nervensystems. In: Emil Feer (Hg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. 11. Auflage. Jena 1934, S. 417–520, hier S. 505. Zu Ibrahim vgl. Liebe, Sandra: Prof. Dr. med. Jussuf Ibrahim (1877–1953). Leben und Werk. Diss. med. Jena 2006.

«Sichtbarmachung»: Die Herstellung von Sichtbarkeit durch einen spezifischen ärztlichen «Blick»

Gemeinsam ist den meisten Merkmalen, dass sie durch eine Betrachtung des äusseren Erscheinungsbilds ohne weitere technische Hilfsmittel wahrgenommen werden konnten. Sie waren zwar «sichtbar», aber nur in einem engen, optischen Verständnis dieses Begriffs. Als «degenerative Stigmata» beziehungsweise als gesellschaftliche Bedrohung mussten sie «erkannt» und «verstanden» werden, und dafür bedurfte es einer «Sichtbarmachung» in einem weiteren Sinn der «Erkennbarkeit»: der Anwendung eines spezifischen «Blicks». Ludwik Fleck nannte dies 1935 das Wahrnehmen einer «Gestalt» oder «Gestaltsehen», das auf dem kollektiven «Denkstil» aufbaue. So werde zwischen dem Gesehenen und seiner Bedeutung Evidenz hergestellt.[17]

Um «degenerative Stigmata» zu identifizieren, galt es erstens, bei der Betrachtung von Patientinnen und Patienten auf ein mehr oder weniger definiertes Setting von äusserlichen Merkmalen zu achten, zweitens in einem Auswahl- und Interpretationsprozess der Diagnose etwas zuvor «Unsichtbares» der Kategorie «degenerative Stigmata» zuzuordnen und drittens das Erkannte in etwas Ganzem, einem Typus, Habitus oder auch Gesichtsausdruck, zusammenzufassen. Indem die Praxis eines spezifischen Blicks mit einer bestimmten Bedeutung oder «Ordnung» verbunden wurde, entstand genau das, was unter einem «Blickregime» verstanden wird.

Ganz konkret zeigt sich diese Sichtbarmachung in den Aufzeichnungen über den Jungen im Zürcher Kinderspital. Bereits während des ersten Spitaleintritts im Jahr 1935 wird unter «Status praesens» vermerkt, dass der fünfjährige Patient einen «typischen Neuropathengesichtsausdruck» habe, ohne diesen näher zu beschreiben. Beim Spitalaufenthalt von 1943 bildete der aufnehmende Arzt im Personendossier detailliert ab, mit welchem spezifischen Blick er die Besonderheiten der Kopf- und Gesichtsform des Jungen wahrnahm: «Die Stirne ist auffallend rund und gewölbt, die Augen durch die breite Nasenwurzel auseinander gedrängt, mit breiten, dünnbesäten, nach oben gerichteten Augenbrauen, die nur seitlich gewachsen sind und die breite Nasenwurzel ganz unbedeckt lassen. Der Mund ist klein [...]. Die Ohren sind nicht besonders gross, wenig abstehend, haben eine grosse, tiefe innere Muschel.»

Dieser aktive, gesteuerte Blick auf die betrachtete Person brachte im Sinne foucaultscher «Subjektivierung» das Subjekt hervor.[18] Der notierende Arzt wusste genau, worauf er zu achten hatte, welchen «Blick» er auf den Patienten werfen wollte. Einen ähnlichen «Blick» auf das äussere Erscheinungsbild wandten die US-Immigrationsärzte in Ellis Island zwischen 1891 und ungefähr 1920 bei der Untersuchung der Ankömmlinge in Form eines «rapid glance» an, allerdings um rasch und unbemerkt zu handeln.[19] In beiden Fällen war es ein spezifischer, machtvoller

17 Vgl. Fleck, Ludwik: Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Stuttgart 1980 (Basel 1935); Schäffner (Anm. 11), S. 494.

18 Grebe (Anm. 2), S. 138–141.

19 Lüthi, Barbara: Der Blick, die Normalisierung, der Fall: Medizin und Immigration in den USA (1880–

«ärztlicher Blick». Mit ihm erkannten Ärzte nach Foucault für Nichtärzte Unsichtbares, durchschauten ihre Mitmenschen und urteilten über oder unterschieden zwischen «gesund» und «krank», «normal» und «abnorm».[20]

Neben der «Neuropathie» hatten die Ärzte bereits bei der körperlichen Untersuchung des Fünfjährigen ein weiteres körperliches Merkmal «erkannt», die «Missbildung des Haarwuchses»: «Die Haare wachsen alle in umgekehrter Richtung, hinten von unten nach oben, oberhalb der Ohren auch von unten nach oben, ringsum also, um oben in der Mitte einen Freudschen Haartopf [gemeint ist: Freundschen Haarschopf] zu bilden.»[21] Auch acht Jahre später, in der Eintrittsdiagnose von 1943, heisst es: «Pat. fällt sogleich durch seinen von allen Seiten nach oben gerichteten Haarschopf auf, der ihm etwas Clown-ähnliches gibt.»[22] Bei diesem «Neuropathenschopf» oder «Freundschen Haarschopf» handelt es sich um ein Haarbüschel, das sich allen Kämmversuchen zum Trotz immer wieder senkrecht aufrichtet. Diese widerspenstige Haartracht wurde vom Kinderarzt Walther Freund erstmals als Erkennungszeichen nervöser Kleinkinder beschrieben.[23] Vermutlich durch die einfache Sichtbarkeit schon in allerfrühester Kindheit gewann der Neuropathenschopf in den Folgejahren rasch an Popularität und zählte bald zum beliebten diagnostischen Zeichen einer Degeneration.[24]

Gerade das aus heutiger Sicht «absurde» Beispiel der «degenerativen Stigmata», insbesondere der «Haarschöpfe», zeigt die generelle Gemachtheit dieses Blicks in einer Deutlichkeit, die bei anderen Beispielen hinter pragmatischen Erklärungen für Blickweisen verschwindet oder gar von einer subtilen Bewunderung überlagert wird, wie sie Carlo Ginzburg etwa dem Psychiater Sigmund Freud oder der literarischen Kunstfigur Sherlock Holmes entgegenbringt: Ihr detektivisches Einsichtsvermögen erkenne Hinweise auf eine verschlüsselte Wahrheit, vermöge durch «unendlich feine Spuren eine tiefere, sonst nicht erreichbare Realität einzufangen».[25] Das Beispiel unseres Jungen zeigt dagegen, dass diese Blickweisen nicht unbedingt «Realität» einfangen, sondern sie vielmehr konstruieren.

1920). In: Sibylle Brändli, Barbara Lüthi, Gregor Spuhler (Hg.): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts. Frankfurt am Main, New York 2009, S. 182–208, hier S. 187, 192.

20 Regener, Visuelle Gewalt (Anm. 14), S. 20–26; dies., Ausgegrenzt (Anm. 14), S. 33. In ähnlichem Sinn dazu Michel Foucaults Genese des «ärztlichen Blicks», ders.: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main 1988.

21 StAZH, Akzession 2000/020. Das inzwischen kassierte Patientendossier trug die Journalnummer 5085/1935, Eintrag in der Krankengeschichte vom 28. 10. 1935.

22 StAZH, Akzession 2000/020. Das inzwischen kassierte Patientendossier trug die Journalnummer 2455/1943, Eintrag Status praesens, September 1943.

23 Freund, Walther: Über eine klinisch bemerkenswerte Form der Kopfbehaarung beim Säugling. Monatsschrift für Kinderheilkunde 9 (1910), S. 62–64. Zur Biografie von Freund vgl. Seidler, Eduard: Jüdische Kinderärzte 1933–1945, entrechtet – geflohen – ermordet. Basel 2007, S. 213–215. Vgl. zum Freundschen Haarschopf auch Ritzmann (Anm. 7), S. 85–88.

24 In der Bildersammmlung des Kinderspitals Zürich befinden sich immerhin neun Bildkarten mit Haarschöpfen, womit diese Frisur zu den bestdokumentierten Merkmalen zählt. StAZH, Ablieferungsnummer 2014/111.

25 Ginzburg, Carlo: Spurensicherungen. München 1988, S. 87; dazu analog Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main 1967, S. 32.

«Verbildlichung»: Die Stabilisierung der Sichtbarkeit durch Fotografien

Fotos nahmen bei der «Verbildlichung» des ärztlichen Blicks eine zentrale Rolle ein. Erste Porträtfotos von Patientinnen und Patienten stellten Ärzte bereits in den frühen 1850er-Jahren her. In den folgenden Jahrzehnten stieg die Fotografie zum Wahrzeichen der Objektivität und zum Leitmedium der Medizin auf. Mit der Verbreitung der neuen Technik gewann sie auch für Diagnostik, Verlaufsbeurteilung, Dokumentation sowie ganz allgemein in Forschung und Lehre an Bedeutung.[26]

Die Fotografie wurde als Technik wahrgenommen, die Wirklichkeit ungeschönt und tatsächlich abzubilden imstande sei. Analog zu Lombrosos Vorgehen liessen sich psychische Eigenheiten über Fotografien als «wissenschaftliche Tatsachen» darstellen. Heute werden Bilder stattdessen als «elementarer Teil sozialer Kommunikationsprozesse»[27] verstanden. Als Medium vermitteln sie innerhalb bestimmter Gemeinschaften Deutungen, teilen Erfahrungen mit und stellen so Ordnungen her. Ausserdem sind sie fähig, Wirklichkeiten zu schaffen. Diese Eigenheit trifft in ausgeprägtem Mass auf fotografische Bilder zu, die in einem wissenschaftlichen oder medizinischen Umfeld entstehen und gedeutet werden.[28]

Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert bestand der pragmatische Hauptzweck der Patientenfotografie darin, eine für die jeweilige Krankheit als typisch geltende Abweichung eines angenommenen Normalzustands bildlich festzuhalten. Durch die Fotografie verwandelt sich die einzelne Untersuchungssituation zu einer formalisierten, bedeutsam gemachten Szene, der ärztliche Blick wird auf das zu Erblickende fokussiert, es findet eine «Blickführung» statt. Auf den Fotos wird der Junge als Objekt der genauen Beobachtung präsentiert, indem er allein, als zentrales Sujet des Bildes, vor einem neutralen Hintergrund hervorgehoben wird.

Durch die Fotografie konnten der ärztliche Blick und seine Deutung als «Substrat»[29] materialisiert und dokumentiert werden. Das flüchtige Geschehen eines Blicks erlebte eine Konservierung und damit auch eine Verstetigung, im Kontext der diagnostischen Beschreibung zudem eine Festschreibung und Eingrenzung seiner Interpretation. Das Bild machte den spezifischen Blick auf Patientinnen und Patienten jederzeit und über die Reproduzierbarkeit auch an vielen Orten möglich beziehungsweise verfügbar und multiplizierte ihn damit. Die Präsenz der Fotos – in den einzelnen Personendossiers oder in den Bildersammlungen – führte, routinisierte und veralltäglichte diesen Blick auf die Patientenschaft.

26 Vgl. zum Beispiel Pearl, Sharrona: Through a Mediated Mirror: The Photographic Physiognomy of Dr Hugh Welch Diamond. In: History of Photography 33/3 (2009), S. 288–305, hier S. 292; Osten, Philipp: «Lärmender Frohsinn». Fotografien körperbehinderter Kinder, 1900–1920. In: Beate Ochnser, Anna Grebe (Hg.): Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur. Berlin 2013, S. 127–153, hier S. 135 f.; Wolff, Eberhard: «Fotoatelier» im Sanatorium. Die Patientenfotosammlung der Bircher-Benner-Klinik Zürich. In: Irene Ziehe, Ulrich Hägele (Hg.): Fotografien vom Alltag – Fotografieren als Alltag. Münster 2004, S. 271–278.

27 Chakalakkal, Silvy: Die Welt in Bildern – Erfahrung und Evidenz in Friedrich J. Bertuchs «Bilderbuch für Kinder» (1790–1830). Göttingen 2014, S. 27.

28 Paul, Gerhard: Visual History, Version: 3.0. In: Docupedia-Zeitgeschichte, 13. 3. 2014, http://dx.doi.org/10.14765/zzf.dok.2.558.v3, 30. 4. 2021.

29 Kaufmann, Jean-Claude: Frauenkörper – Männerblicke. Soziologie des Oben-ohne. Konstanz 2006, S. 151.

Die Patientenfotos verstetigten so den Blick auf «degenerative Stigmata» und unterstützten den Aufstieg der neuen akademischen Wirklichkeit der Degenerationslehre. Indem das Personendossier immer wieder explizit auf die auf dem Foto dargestellten Merkmale einging, wurden die sprachliche und die bildliche Manifestation des Blicks miteinander verknüpft und verfestigt, die Patientenfotografie verlieh der Diagnose einen objektiven Anschein. Darüber hinaus rechtfertigte sie ärztliche Handlungen wie Therapieformen und – in Abhängigkeit von der Prognose – weiterführende präventive Massnahmen, etwa eine Fremdplatzierung. Dieser sogenannte Milieuwechsel galt als üblicher therapeutisch-fürsorgerischer Eingriff bei Kindern mit «Erbschäden». Die Trennung von den Eltern und Fremdplatzierung in Institutionen oder Pflegefamilien richtete sich gegen das Milieu der Herkunftsfamilie. Fürsorgeamt, Kinderärzte oder Kinderpsychiater und Schulbehörden arbeiteten bei diesen biografisch bedeutsamen Eingriffen in der Regel Hand in Hand. Der ärztliche Blick erhielt damit eine sehr konkrete Wirkungsmacht.[30]

Hierarchisierung: Die Machtverteilung im fotografischen Setting

Blickregime sind oft, wenn auch nicht immer, mit Dominanzverhältnissen gepaart. Die diagnostische Zuordnung von Patientenbildern basiert auf der ärztlichen Deutungshoheit. Die fehlende Macht fotografierter Patientinnen und Patienten, über die Verwendung oder die Interpretation ihres Bildes mitzubestimmen, entspricht ihrer Ohnmacht im fotografischen Setting. Für die Beziehung zwischen fotografierter und fotografierender Person stellt sich generell die Frage «nach dem Grad an Selbst- und Fremdbestimmung bei der fotografischen Darstellung einer Person».[31] Dieses ohnehin hierarchische Verhältnis ist im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung verstärkt, da sich die fotografierte Person nicht eigenständig vor der Kamera inszenieren kann, sondern den Anweisungen des Fotografen beziehungsweise des Arztes zu unterwerfen hat.

Das Machtgefälle zwischen Arzt und Patient kommt bei Nacktaufnahmen besonders deutlich zum Ausdruck. Körperhaltung und Mimik lassen oft Scham erkennen, was das fotografische Setting zu einem Akt der Erniedrigung macht. Die Intimität des Individuums wird dem Wohl der Allgemeinheit geopfert, die Person als fühlendes Wesen verschwindet, sie mutiert zum Träger von Krankheitsmerkmalen. Die bildliche Verstetigung der einmaligen Situation führt zur beliebigen Wiederholung des hierarchischen Blicks. Die gewaltsam entstandene Darstellung lässt sich erst in der Analyse hinterfragen und durchbrechen.[32]

30 Vgl. Ibrahim (Anm. 16), S. 507 f.; Künzle (Anm. 10); Hauss, Gisela; Gabriel, Thomas; Lengwiler, Martin (Hg.): Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz 1940–1990, Zürich 2018.

31 Arani, Miriam Y.: Fotografien als Objekte – die objektimmanenten Spuren ihrer Produktions- und Gebrauchszusammenhänge. In: Irene Ziehe, Ulrich Hägele (Hg.): Fotos – «schön und nützlich zugleich». Das Objekt Fotografie. Berlin 2006, S. 29–44, hier S. 35–37.

32 Vgl. Bömelburg (Anm. 13), S. 44 f.; Regener (Anm. Kasten, S. 24 in diesem Beitrag). Zur Machtfrage vgl. Regener, Visuelle Gewalt (Anm. 14), S. 25; Schäffner (Anm. 11), S. 489–491. Zur Nacktaufnahme vgl. Steinlechner, Gisela: Leibesvisitationen. Patienten-Fotografien aus den frühen 20er Jahren. In:

Die Fotografie des dreizehnjährigen Jungen lässt Unsicherheit und peinliche Verkrampfung erkennen. Er musste sich – wohl auf Anweisung des fotografierenden Arztes – nackt vor der Kamera aufstellen. Im Konkreten weist die Pigmentierung der Knöchel, Füsse und Unterschenkel auf ärmliche Lebensverhältnisse hin und unterstützte damit die Diagnose einer Degeneration. Doch jenseits des uneingeschränkten ärztlichen Blicks auf den entkleideten Körper hat die Nacktheit eine viel weiterreichende Funktion. Die Patientenfotografie, ganz speziell die Nacktfotografie, dokumentiert und zementiert die unhinterfragbare Machtstellung des Arztes, der hinter der Kamera unsichtbar bleibt, die Fotografie aber inszeniert. Letztlich unterstützt dieses ungleiche, hierarchische Setting die Einordnung des Gesehenen in ein pathologisierendes Konzept.

«Typisierung»: Die Normierung des Blicks in der Fotosammlung

Der Karton mit den beiden Nacktfotos und dem Papierstreifen mit den diagnostischen Stichwörtern ist eine von Hunderten ähnlich aufgebauten Sammlungseinheiten in der Bildersammlung des Zürcher Kinderspitals. Mit dem Aufkommen kriminalpsychiatrischer Diagnostik im Gefolge von Lombroso wurden in zahlreichen psychiatrischen Kliniken Bildersammlungen angelegt, denen andere medizinische Institutionen wie das Zürcher Kinderspital folgten. Diese Bildersammlung ging von der kleinen Privatkollektion des ersten Direktors aus. Sie wuchs bis 1950 ständig an, indem die Spitalärzte Kinder mit besonders typischen visuellen Krankheitszeichen zu Forschungs- und Lehrzwecken fotografierten und die Bilder in 23 Kategorien einordneten. Die Karte mit den Fotos des Jungen trägt die systematische Signatur XXI, die auf die Kategorie «Physiognomik» verweist. Auf den Patientenbildern dieser Kategorie sind Kinder mit Gesichtsausdruck oder Körperhaltung zu sehen, die als typisch für ihre Diagnose galten. Zahlreiche der Bildkarten dieser Kategorie tragen die Aufschrift «Degenerationszeichen» oder «degenerative Stigmata».

Die fotografische Sammlung hob die «degenerativen Stigmata» über die einzelne bildliche Darstellung hinaus auf eine neue Stufe. Die meisten Fotosammlungen mit Bildern von Patientinnen und Patienten fokussierten nicht auf individuelle Ausdrucksweisen, sondern suchten nach Übereinstimmungen, um Abnormitäten zu klassifizieren und die einzelnen Aufnahmen bestimmten Pathologien zuzuweisen. Unterschiedliche Merkmale liessen sich über Bilderserien zu «Merkmalskomplexen» zusammenfassen. Mittels Bilderserien konnte ausserdem etwas für die Blickführung Zentrales vermittelt werden: ein «Typus», in diesem Fall der «degenerative Typus». Ein Typus entspricht nicht in jedem Fall einer fest definierten Gruppe von Merkmalen. Die Eigenschaften eines Typus sind in der Regel nicht klar abgrenzbar. Vertreter eines Typus müssen auch nicht in allen Eigenschaften übereinstimmen, sie zeigen eher eine Verdichtung bestimmter Eigenschaften. Der

Fotogeschichte. Beiträge zur Geschichte und Ästhetik der Fotografie 21 (2001), Heft 80, S. 59–68. Vgl. auch unsere Ausführungen im Kasten weiter oben in diesem Beitrag.

Denkstil der Degeneration verwendete zur Beschreibung «degenerativer Stigmata» neben «Typus» noch andere unscharf begrenzte Begriffe wie «Gesichtsausdruck», «Konstitution», «Habitus» oder «Erscheinung». Mit einer ganzen Bilderserie unterschiedlicher Personen mit vergleichbarer sozialer Herkunft und ähnlichen Merkmalen liess sich ein bestimmter «Typus» konstruieren. Die Bilder legitimierten als «Klassifikationsschema» das Konzept, waren für eine präzise Klassifikation aber zu unbestimmt.[33]

Damit erhielten die Fotos eine Evidenz, die sie von sich aus nicht besassen. Ihre Evidenz als visuelle Belege «degenerativer Stigmata» wurde in mehreren Stufen über «Paratexte» hergestellt: Das fotografische Setting machte sie zu «Patientenfotografien». Die aufgeklebten pathologischen Zuordnungen verbanden sie mit dem zugehörigen medizinischen Konzept und verliehen ihnen die entsprechende Bedeutung. Und die Zusammenführung der Bilder in Kategorien legitimierte ihre medizinische Zuordnung.

In der repetitiven Masse und der Fokussierung auf bestimmte Zeichen liegt auf diese Weise eine Normalismusstrategie, die Jürgen Link als «Kontinuierung und Homogenisierung des Heterogenen und Diskontinuierlichen» beschreibt. Analog zu Lombrosos Vorgehen liessen sich psychische Eigenheiten gerade in der fotografischen Serie als «wissenschaftliche Tatsachen» erkennen und ordnen. Serien bündeln ähnliche Blicke auf den Körper beziehungsweise Wahrnehmungen und ihre Deutung. Mit der gezielten «Blickführung» verstetigten sie das «Blickregime».[34]

«Blickschulung»: Die Einübung eines ikonischen Blicks als Grundlage eines Denkstils

Die Bildersammlung des Zürcher Kinderspitals wurde wie andere Sammlungen dieser Art intensiv für die visuelle Vermittlung in der pädiatrischen Aus- und Weiterbildung sowie im Medizinstudium eingesetzt. Die lose «Karteikarten»-Form ermöglicht die ständige Erweiterung der Sammlung sowie die unkomplizierte und häufige Entnahme einzelner Kartons. Die Kartons konnten während einer Vorlesung in ein Episkop geschoben werden, ein Übertragungsgerät, das Bilder auf eine Leinwand projizierte. Die Vortragenden konnten auf einzelne, genau definierte Merkmale hinweisen, sie so für die Lernenden «sichtbar» machen und einem Krankheitsbild zuordnen. Dies war ein Akt des «Zu-sehen-Gebens» mit aller damit verbundenen Macht.[35]

33 Vgl. Schäffner (Anm. 11), S. 491–493; Lüthi (Anm. 19), S. 190, 192, 196.

34 Vgl. zum Normalisierungsdiskurs im thematischen Kontext Ralser, Michaela: Anschlussfähiges Normalisierungswissen. Untersuchungen im mediko-pädagogischen Feld. In: Fabian Kessl, Melanie Plösser (Hg.): Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen. Wiesbaden 2010, S. 135–153, S. 136. Verweis auf Link, Jürgen: Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Wiesbaden 1999, S. 156.

35 Zum Medium Karteikasten vgl. Mechler, Ulrich: Zwischen Morphologie und Biomedizin. Karl Lennerts Karteikasten und die Klassifikation maligner Lymphome 1945–1990. Göttingen 2021. Zur Anwendung visueller Grossbildübertragung in der Lehre vgl. Meyer, Caroline: Der Eidophor. Ein Grossbildprojektions-

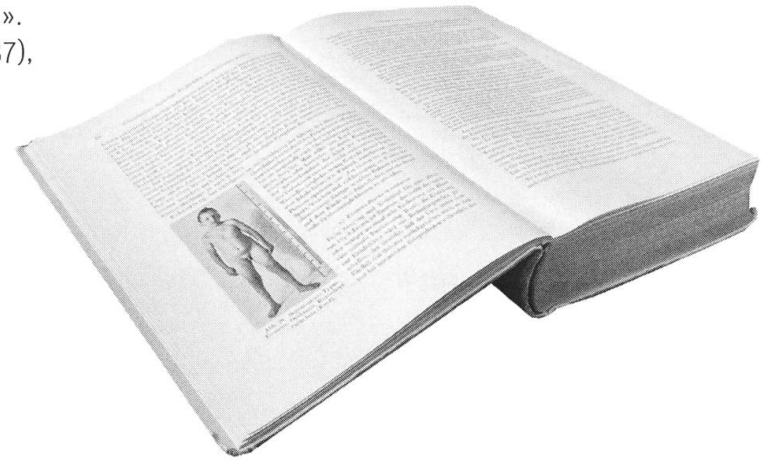

Abb. 3: «Degenerativer Typus». In: Fanconi/Wallgren (Anm. 37), S. 64.

Der repetitive Einsatz der über die Jahre zusammengetragenen typisierten Bildkarten in der Ausbildung reproduzierte den spezifischen fokussierten Blick wieder und wieder und förderte eine entsprechende «Blickschulung» sowohl bei den Studierenden als auch bei den vortragenden Lehrpersonen. Sie bestand in der fortgesetzten bildlichen Vorführung, bei welcher der spezifische «Blick» eingeübt wurde, der nicht nur die einzelnen Merkmale, sondern Merkmalsgruppen und schliesslich den entsprechenden Typus «erkennt». Die Schulung bezweckte, dass die Bilder schliesslich «ikonisch» wurden, indem das Bild und die ihm zugedachte Bedeutung eng verzahnt wurden: Sieht man dies, assoziiert man das.

Ludwik Fleck beschreibt das Phänomen der Blickschulung in seiner Begrifflichkeit als wesentliche Wahrnehmungsform des Denkstils: «Das unmittelbare Gestaltsehen verlangt ein Erfahrensein in dem bestimmten Denkgebiete: Erst nach vielen Erlebnissen, eventuell nach einer Vorbildung erwirbt man die Fähigkeit, Sinn, Gestalt, geschlossene Einheit unmittelbar wahrzunehmen. Freilich verliert man zugleich die Fähigkeit, der Gestalt Widersprechendes zu sehen. Solche Bereitschaft für gerichtetes Wahrnehmen macht aber den Hauptteil des Denkstils aus. Hiermit ist Gestaltsehen ausgesprochene Denkstilangelegenheit.»[36]

Dieses Gestaltsehen als «ikonische Blickschulung» auf der Basis von Bildersammlungen beschränkte sich nicht auf die serielle Vermittlung in der Vorlesung. Patientenfotografien wurden regelmässig in Lehrbüchern publiziert. Damit erreichten sie Generationen von Studierenden und Fachleuten, weit über die örtliche Universität hinaus. Zudem kam ihnen in Lehrbüchern ein erhöhter Wahrheitsanspruch zu. Das in Lehrbüchern vermittelte Wissen konnte über das Bestehen

system zwischen Kino und Fernsehen 1939–1999, Zürich 2009. Zur Sichtbarmachung vgl. Thiele (Anm. 2), S. 16.

36 Fleck (Anm. 17), S. 121, zitiert und kommentiert in Fangerau, Heiner; Martin, Michael: Evidenzen der Bilder. Visualisierungsstrategien in der medizinischen Diagnostik um 1900. Stuttgart 2021, S. 45, 153 f. Vgl. auch Fleck, Ludwik: Schauen, sehen, wissen. In: ders.: Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze, hg. von Lothar Schäfer, Thomas Schnelle. Frankfurt am Main 1983 (1947), S. 147–174, hier S. 155 f.

von Prüfungen entscheiden, war karrierererelevant und wurde deshalb in der Regel intensiv und wiederholt wahrgenommen.

Die Patientenfotografien aus der Lehrbildersammlung des Zürcher Kinderspitals erschienen ebenfalls in pädiatrischen Fachpublikationen, speziell in Lehrbüchern mit Neuauflagen, die sich über mehrere Jahrzehnte erstreckten. Bereits Emil Feer hatte mit seinen reich illustrierten Lehrbüchern grossen Erfolg. In der Nachkriegszeit gab sein Nachfolger Guido Fanconi gemeinsam mit dem schwedischen Pädiater Årvid Wallgren ein *Lehrbuch der Pädiatrie* für Medizinstudierende und ein fachärztliches Publikum heraus, das während zwanzig Jahren das verbreitetste Referenzwerk der deutschsprachigen Pädiatrie blieb, in zahlreiche Sprachen übersetzt wurde und neun Auflagen erlebte. Es verstand sich als modernes Lehrbuch der Kinderheilkunde, basierend auf neuesten Erkenntnissen und verfasst von angesehenen Lehrstuhlinhabern der Nachkriegszeit. Es enthielt ab der ersten Auflage 1950 die eingangs gezeigte Fotografie des dreizehnjährigen Jungen mit der Bildlegende «Degenerativer Typus» und den Symptomen «Enuresis», «Dyskranie» (Schädelverformung), «Haarschopf» und «Cutis laxa» (schlaffe Haut) (Abb. 3).[37]

«Verselbständigung»: Die performative Verstetigung des Blickregimes «Neuropath»

Mit den beschriebenen Schritten wurde erfolgreich ein komplettes Blickregime etabliert. Medizinerinnen und Mediziner konnten nun während der Untersuchung von Kindern in ihrer Allgemein- oder Kinderarztpraxis «von alleine» ein breites, nicht genau definiertes Set an äusseren Merkmalen «erkennen». Diese Merkmale sollten sie «auf Anhieb» in ihrer Gesamtheit als «degenerative Stigmata» beziehungsweise Ausdruck einer «Neuropathie» deuten können, mit etwaigen Abweichungen bürgerlicher Lebensführungsnormen verbinden und Massnahmen wie eine Fremdplatzierung von Kindern erwägen. Die Blickschulung funktionierte als Internalisierung und Automatisierung eines Wahrnehmungs-, Deutungs- und Zuordnungsprozesses. Stabilisiert wurde der eintrainierte Blick über ärztliche Deutungsmacht und deren wissenschaftliche und gesellschaftliche Legitimierung sowie den Objektivitätsanspruch der bildlichen Dokumentation. Der Blick war gleichzeitig Instrument und Effekt. Jede praktische Ausübung bewirkte als fortgeführte Blickschulung eine weitere Verstetigung des Blickregimes. Der Blick selbst war in diesem Sinn «performativ»: Das repetitive Schauen, Erkennen, Zeigen half mit, die angenommene Bedeutung der Bilder herzustellen und «Normalitäten» zu festigen. Die etablierte bildliche Repräsentation wirkte wiederum auf die Wahrnehmung der Wirklichkeit zurück, strukturierte die Wirklichkeit. Mit zunehmender Verstetigung und Stabilisierung entwickelte der Blick eine weitere Eigendynamik: Er musste nicht mehr von aussen über Medien befördert werden. Der Blick

37 Feer, Emil: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Jena 1911; ders.: Diagnostik der Kinderkrankheiten. Berlin 1921; Fanconi, Guido; Wallgren, Årvid (Hg.): Lehrbuch der Pädiatrie. 3. Auflage. Basel 1954 (1950). Alle Werke erlebten zahlreiche Auflagen.

stellte sich von selber ein. Das medizinische Konzept der Degeneration und seine «Verbildlichung» stabilisierten sich gegenseitig.[38]

Dieses Blickregime «Degeneration» verselbständigte sich zusätzlich durch die Unbestimmtheit der degenerativen Merkmale und die relative Beliebigkeit ihrer Zusammenführung zu einem Typus. Entsprechend unklar waren die diagnostischen Methoden, die im Fall der Ärzte von Ellis Island mit Begriffen wie Intuition oder Spürsinn beschrieben wurden. Diese Ausgangslage verschaffte den einzelnen Ärzten einen machtvollen subjektiven Interpretationsspielraum, eine begutachtete Person als deviant zu definieren. Dem «Haarschopf» gesellten sich in der Kategorie «Physiognomik» der Zürcher Bildersammlung weitere Kennzeichen von Händen, Ohren, Haut oder Gesicht, aber auch von Körperhaltungen und Ausdrucksformen als «degenerative Stigmata» hinzu. Darunter auch das lächelnde «Lausbuben-» oder «Schlingelgesicht». Dieses war offensichtlich einer im Alltag verbreiteten, im Grunde ähnlich strukturierten Blick- und Interpretationsroutine entliehen und stabilisierte das eugenische durch ein alltagskulturelles Blickregime.[39]

In einem weiteren Schritt der Verselbständigung konnte sich das Blickregime «Degeneration» sogar von seiner eigentlichen diagnostischen Grundlage, den «degenerativen Stigmata», lösen. Dies zeigt sich etwa an der Krankengeschichte eines siebenjährigen Jungen, der 1939 zur Abklärung einer «Psychopathie mit Enuresis» ins Kinderspital kam und danach in ein Erziehungsheim eingewiesen wurde. Obschon seine Akte beim Austritt anführt: «Der Junge hat während dem ganzen Aufenthalt im Spital nie genässt»[40] und sich der Einweisungsgrund damit nicht bestätigt hatte, gelangte sein fotografisches Porträt als «Schlingelgesicht» in die Bildersammlung mit der diagnostischen Zuordnung «Enuresis», die als Degenerationszeichen galt.[41] Mit dem Einsatz dieser Bildkarte sollte demnach ein psychopathischer Enuretiker «erkannt» werden. Dass das Beispielbild gar keinen Enuretiker darstellte, war für ein verselbständigtes Blickregime sekundär.

Die Aufnahme der Degenerationslehre und ihrer Erkennungsmerkmale in den Lehrkanon der wissenschaftlich orientierten Medizin machte sie unanfechtbar. Sie diente als Grundlage einer ärztlichen und bevölkerungspolitischen Ausgrenzungspraxis, die ihre eigene Dynamik entwickelte und sich durch ein Netzwerk eigener Fachautoritäten, die demselben Denkstil angehörten, erfolgreich behaupten konnte.

38 Silverman (Anm. 2), S. 58; Thiele (Anm. 2), S. 11, 28; Lüthi (Anm. 19), S. 190.

39 Vgl. Lüthi (Anm. 19), S. 190, 196. Das Lausbubengesicht war ein allgemein anerkanntes, aber kaum je spezifiziertes psychopathologisches Kennzeichen, wie sich der beiläufigen Ausführung des Arztes und Philosophen Karl Jaspers entnehmen lässt: «Unter den relativ beständigen Typen gibt es – um nur einiges Wenige zu nennen – das Lausbubengesicht des unerziehbaren Jungen [...].» Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg 1923, S. 183, und gleichlautend in 7. Auflage, 1946, S. 228. Vgl. auch Ritzmann (Anm. 7), S. 90–93.

40 StAZH, Akzession 2000/020. Das inzwischen kassierte Patientendossier trug die Journalnummer 1764/1939, Eintrag in die Krankengeschichte vom 13. 4. 1939.

41 Die Bildkarte des Jungen befindet sich mit weiteren «Enuretikern» und «Lausbuben-» beziehungsweise «Schlingelgesichtern» im StAZH, Ablieferungsnummer 2014/111. Zur Enuresis als Degenerationszeichen vgl. Wieser, Martin: Von «Erziehung statt Strafe» zur «Stählung des Charakters»: Psychotechnik und Erbbiologie in den österreichischen «Bundesanstalten für Erziehungsbedürftige», 1929–1945. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 30/1 (2019), S. 192–215, hier S. 209.

Einmal etabliert, blieben das Blickregime der «degenerativen Stigmata» und das damit verbundene eugenische Gedankengut, das sich gegen ärmere Bevölkerungsteile wandte, noch lange bestehen.

Davon ist das Lehrbuch von Fanconi und Wallgren nicht ausgenommen. Im Beitrag *Gruppenmedizinische Fragen in der Kinderheilkunde*, der unter dem Namen des Stockholmer Pädiaters Curt Gyllenswärd als zweiter Artikel im viel beachteten Lehrbuch publiziert wurde, ist der Denkstil der Degenerationslehre überdeutlich erkennbar. Die wirtschaftlich besser gestellten Bevölkerungsteile, so das Lehrbuch, würden sich weniger fortpflanzen als ärmere, «was sich auf den Gesamtbestand der Erbmasse eines Volkes ungünstig auswirken muss». Die Geburtenbeschränkung aber beruhe «auf Freiwilligkeit und versagt gerade bei den ethisch tief stehenden Bevölkerungsschichten», weshalb die Sterilisation ungeeigneter Eltern durchgeführt werden solle. Trotz mehrfacher gründlicher Überarbeitung unter neuer Autorschaft blieben die eugenischen Forderungen bis in die achte Auflage von 1967 bestehen. Erst 1972, als sich in der Schweiz öffentlich Widerstand gegen die Stigmatisierung von Kindern aus ärmeren Bevölkerungsteilen oder Randgruppen zu regen begann, verschwand die Passage aus der Neuauflage.[42]

Die Illustrationen entsprachen dem Denkstil. Die Fotografie des dreizehnjährigen Jungen wurde bis zur dritten Auflage von 1954 publiziert, ein «Freundscher Haarschopf eines 3 Monate alten neuropathischen Säuglings» und ein weiteres Säuglingsporträt mit «Neuropathengesicht» aus der Lehrbildersammlung hielten sich sogar bis in die letzte Auflage von 1972. Die ärztliche Blickschulung und damit das spezifische Blickregime «Degeneration» hatte inzwischen bereits eine neue Generation von Kinderärztinnen und -ärzten erreicht. So blieben die «degenerativen Stigmata» über Jahrzehnte hinaus in den Köpfen verhaftet und tauchen vereinzelt bis in die Gegenwart in der Fachliteratur auf.[43]

Schauen Sie sich die Fotos des Jungen am Anfang des Artikels nun bitte nochmals an. Hat sich Ihre Wahrnehmung der Fotos durch die Ausführungen und Bilder verändert? Schauen Sie die «Merkmale» des Jungen mit anderen Augen an? Suchen Sie nach «Merkmalen» oder «Auffälligkeiten»? Suchen Sie Zusammenhänge einzelner Merkmale? Auch wenn Sie sicherlich nicht ans System der «degenerativen Stigmata» glauben: Können Sie nun eher nachvollziehen, was damalige Ärztinnen und Ärzte als «Auffälligkeiten» oder «degenerative Stigmata» erkennen sollten? Haben die aufstehenden Haare des Jungen nun eine andere Bedeutung gewonnen?

42 Gyllenswärd, Curt: Gruppenmedizinische Fragen in der Kinderheilkunde. In: Fanconi/Wallgren (Anm. 37), S. 16–24, hier S. 20. Zum Widerstand gegen Stigmatisierung Caprez, Hans: Fahrende Mütter klagen an. In: Der Schweizerische Beobachter, 15. 4. 1972. Vgl. Galle, Sara: Kindswegnahmen. Das «Hilfswerk für die Kinder der Landstrasse» der Stiftung Pro Juventute im Kontext der schweizerischen Jugendfürsorge. Zürich 2016, S. 17.

43 Peters, Uwe Henrik: Lexikon für Psychiatrie, Psychotherapie und Medizinische Psychologie. 6. Auflage. München 2007, wo unter dem Lemma «Degenerative Zeichen» unter anderem «zusammengewachsene Augenbrauen, Anwachsen der Ohrläppchen, abnorm grosse und bewegliche Ohren» aufgeführt werden. Für ein weiteres Beispiel vgl. Rohde, Anke; Marneros, Andreas (Hg.): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart 2007, S. 280, wo unter anderem «physiognomische Auffälligkeiten» und «Ohranomalien» als Stigmata bei Verhaltensanomalien genannt werden.

Ist Ihnen der ausgrenzende, diskriminierende Stil der Bilder bewusster geworden? Dann hat dieser Text, seine Quellen wie auch seine Analyse, einen Einfluss auf Ihren Blick gehabt. Er hat Ihren Blick geschult. In welche Richtung auch immer.

Fazit und Ausblick

Die vorgestellten «degenerativen Stigmata» erscheinen aus heutiger Sicht extrem, evidenzlos oder absurd. Dieser Umstand lässt die Gemachtheit und den Konstruktions- und Verstetigungsprozess von Blickordnungen besonders deutlich hervortreten – während andere Blickweisen noch immer als «normal», «natürlich» oder «realistisch» wahrgenommen werden. Blickregime wurden in den letzten Jahren bevorzugt an Beispielen wie dem diskriminierenden Blick auf Personen mit Behinderung, auf Migrantinnen und Migranten oder an den gegenderten Blicken auf Frauen untersucht. Die kritisierten Blickregime werden dort in der Regel aus etablierten, traditionellen hegemonialen Vorstellungen und «kulturellen Bildrepertoires» abgeleitet. Sie vermitteln damit den Eindruck von vorbestehenden, ja «vorbewussten» Wahrnehmungs- und Visualisierungskonventionen, die aufgedeckt und damit gebrochen werden müssten. Das Beispiel der «degenerativen Stigmata» dagegen zeigt, wie ein neues Blickregime hergestellt wurde. Nicht völlig aus dem Nichts, aber als neue Entität.[44]

In der Forschung werden Blickregime bevorzugt anhand medialer Repräsentationen, vor allem Fotografien, analysiert. Das hier untersuchte Beispiel zeigt, dass Blickregime auch jenseits der Fotografie in nicht medialisierten Sehpraktiken existieren. Was Silverman aus fotoanalytischer Perspektive den «imaginären Sucher» oder die «imaginäre Linse» nennt, die «das Sichtbare für uns organisiert»,[45] kann auch ein Sucher oder eine Linse im Kopf sein.

Unser Beispiel ist schliesslich nur beschränkt geeignet, die Ubiquität und Alltäglichkeit von Blickregimen aufzuzeigen. Diesen Aspekt beleuchten eher Studien wie Jean-Claude Kaufmanns Analyse der vielfältigen «Blickpraktiken» an französischen Oben-ohne-Stränden der 1990er-Jahre mit ihren unausgesprochenen Blickreglementen, der Blicketikette, den Blickcodes und Blicksystemen. Diese praxisorientierte Analyse zeigt zudem, dass Blickordnungen nicht ausschliesslich auf eindimensionalen Dominanzverhältnissen aufbauen, sondern auch vielfältig «ausgehandelt» werden.[46]

Wenige Jahre nach dem letzten Erscheinen eines «Freundschen Haarschopfs» in Fanconis Lehrbuch breitete sich der Punk mit seiner Haarmode in der Populärkultur aus und hinterliess tiefe Spuren in unserer Sicht auf aufstehende Haare.

44 Vgl. zu diskriminierenden Blickregimen Grebe (Anm. 2), S. 143, 146; Bischoff, Christine: Blickregime der Migration. Images und Imaginationen des Fremden in Schweizer Printmedien. Münster, New York 2016; Silverman (Anm. 2), S. 42 f., 58. Zu den kulturellen Bildrepertoires Silverman (Anm. 2), S. 58; Thiele (Anm. 2), S. 14; Dimitrova (Anm. 2), S. 24.

45 Silverman (Anm. 2), S. 43.

46 Kaufmann (Anm. 29), insbesondere S. 138 f., 151–165.

Statt «widerspenstig» waren sie «rebellisch», später auch «eigensinnig», «expressiv» und schliesslich «kreativ». Mit anderen Worten: Ein Blickregime «Punk» mit seinen eigenen visuellen Lesarten von Normalität und Abweichung setzte sich gegen das Blickregime «Degeneration» durch. Aufstehende Haare wurden dabei vom Mainstream anfangs noch als (gelinde) Divergenz und Problem verstanden. Die Wertung veränderte sich dann aber zunehmend in eine positive Abweichung, die sich schliesslich zu einer neuen Normalität, ja zu einem Leitmodell wandelte.

In diesem Sinne soll dieser Beitrag nicht nur ein weiteres Blickregime skandalisieren und dazu aufrufen, es zu brechen. Blickregime sind immer und überall, genauso wie Blickführungen und Blickschulungen. Auch und gerade in diesem Beitrag und der Präsentation seiner Abbildungen. Es ist auch anzunehmen, dass die geisteswissenschaftlichen Forschungen über diese Art von Fotografien im Medizinbereich ein eigenes «Blickregime» kritischer visueller Anthropologie hervorgebracht haben in der Art eines «Aha, Lombroso lässt grüssen».

Wenn wir genauer hinsehen, wann welche Blickregime in welchem Umfeld wie wirken, können wir uns ihrer bewusst werden und «informiert» mit ihnen umgehen. Oder, um zum Abschluss nochmals Susanne Regener zu zitieren: «Gegenwärtige Bild- und Blickkultur sind in meinem Wissenschaftsverständnis notwendiger Teil einer kritischen und selbstreflektierten Analyse – historische Bilddiskursanalyse macht überhaupt erst die Sicht frei auf die Gewalt- und Machtverhältnisse, die sich den psychiatrischen *Fotografien-wider-Willen* offenbaren.»[47]

47 Regener, Visuelle Gewalt (Anm. 14), S. 25.