MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Invisible Passengers
Die Entwicklung des Begriffs Krankheit anhand der Untersuchungen von Migrant*innen auf Ellis Island zwischen 1880 und 1920

verfasst von | submitted by
Magdalena Misch BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 805
Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Globalgeschichte und Global Studies
Betreut von | Supervisor:	Assoz. Prof. Mag. Dr. Annemarie Steidl Privatdoz.

Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich für die engagierte Betreuung meiner Masterthesis bei Prof. Mag. Dr. Annemarie Steidl. Sie hat mich nicht nur während des gesamten Prozesses mit vielen nützlichen Tipps und Hinweisen unterstützt, sondern sie war auch unendlich geduldig mit mir.

Ein herzliches Dankeschön richte ich auch an Petra und Stana, die die Korrektur meiner Rohfassung als Freundschaftsdienst übernommen haben. Euer Feedback war für mich sehr wertvoll.

Mein Dank gilt zudem meiner Familie und dabei insbesondere meinen Eltern und meinem Partner Andreas, ohne die dieses Studium aus vielerlei Gründen nicht möglich gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Forschungsstand 13

1.2 Theorie 15

1.3 Quellen 17

1.4 Methodik 18

2 Sammlung von Arbeitsdefinitionen (Theorie) 20

2.1 Migration 21

2.2 Gesundheit 26

2.3 Krankheit 28

2.3.1 Psychische Störungen 31

3 Ellis Island: Die erste föderale Migrationsstation der USA 34

3.1 Entstehungsgeschichte 34

3.2 *Castle Garden* – Der Vorläufer von Ellis Island 36

3.3 Die erste föderale Migrationsstation und ihre Vorbildfunktion 37

4 Die Machtverhältnisse der Akteur*innen auf und um Ellis Island 41

4.1 Das *Bureau of Immigration* 41

4.2 Das *United States Public Health Service* 43

4.3 Die parallele Entwicklung der Migrationsstation 45

5 Formaler Vergleich der Handbücher des *United States Public Health Service* 52

6 Physische Krankheiten in den Handbüchern des *United States Public Health Service* 59

6.1 Die *poor physique* 60

6.2 Trachom und *favus* 63

7 Psychische Störungen in den Handbüchern des *United States Public Health Service* 72

7.1 Das Handbuch von 1903 74

7.1.1 Das öffentliche Bewusstsein für psychische Störungen und die Änderung des Migrationsgesetzes 79

7.2 Das Handbuch von 1910 85

7.2.1 Entwicklung von Intelligenztests auf Ellis Island 92
7.3 Das Handbuch von 1917 97
8 Ausdrücke von Eigensinn der Migrant*innen in den Handbüchern des USPHS..... 107
8.1 Von *Agency* über *Repertoire* zu Eigensinn 108
8.2 Eigensinn nach Alf Lüdtke..... 110
8.3 Ausdrücke von Eigensinn im Zusammenhang mit Krankheit 111
8.4 Andere Ausdrücke von Eigensinn..... 115
8.5 Erlaubnis Eigensinn auszudrücken..... 116
9 Schluss..... 119
10 Bibliografie..... 123
10.1 Primärquellen 123
10.2 Sekundärliteratur 123
10.3 Internetseiten 126
10.4 Abbildungsverzeichnis 129
Abstract 131

1 Einleitung

Als Bachelorstudentin der Komparatistik hatte ich kaum Berührungspunkte mit der historischen Forschung zur Migration. Mein Begriffsverständnis basierte auf privater Erfahrung. Um 2015 eine humanitäre Krise abzuwenden, wurden die Grenzen der Europäischen Union geöffnet.[1] Damals war ich als Telefonistin für die Grundversorgung der Stadt Wien tätig. Die Grundversorgung ist dafür zuständig, dass hilfs- und schutzbedürftige Menschen, die in Österreich um Asyl ansuchen, die notwendige Unterstützung erhalten, um Grundbedürfnisse ihres täglichen Lebens decken zu können. Die Bearbeitung von Anliegen im Zusammenhang mit Asylanträgen dauerte oft Wochen und Monate. In dieser Zeit konnte ich Anrufer*innen nur mit der Aussicht auf einen Rückruf vertrösten. Gleichzeitig wies man uns Mitarbeiter*innen an, jede/-en Hilfesuchende/-en und jede/-en Hilfeanbietende/-en an private Organisationen, wie die Caritas, weiterzuleiten. Die Handhabung von Migrations- und Asylangelegenheiten in Österreich während Krisenzeiten geriet unter Kritik.[2] Medial betont wurden hier die Missstände bei der Magistratsabteilung 35 (Einwanderung und Staatsbürgerschaft).[3] Zu oft verlässt man sich auf private Organisationen, während die staatlichen Institutionen stetig überlastet sind.[4] Durch diese Überlastung kommt es immer wieder zu Fehlentscheidungen. Diese betreffen oft die illegale Abschiebung von Jugendlichen und Kindern.[5] Aus eigener Erfahrung war Migration für mich ein schwer definierbares Konzept, gekennzeichnet durch Chaos.

Auch mein Wechsel zum Masterstudium Globalgeschichte war durch die Covid-19-Pandemie chaotisch. Während ich nun Studienkolleg*innen aus der ganzen Welt hatte, konnte ich die

[1] Christian Vogler, „Zerreißprobe für Europa“, *orf.at*, 04.09.2020, https://orf.at/stories/3179453/ (27.02.2023).
[2] Irene Brickner, „Karner präsentiert Schlepperbericht am Weltflüchtlingstag“, *Der Standard*, 20.06.2022, https://www.derstandard.at/story/2000136720550/karner-praesentiert-schlepperbericht-am-weltfluechtlingstag (27.02.2023).
[3] red, „MA 35: Erneute Kritik an Missständen“, *orf.at*, 16.01.2023 https://wien.orf.at/stories/3190552/ (27.02.2023).
[4] Irene Brickner, „Privaten Flüchtlingshelfern geht der Atem aus“, *Der Standard*, 30.04.2017, https://www.derstandard.at/story/2000056740256/den-privaten-fluechtlingshelfern-geht-der-atem-aus (27.02.2023). Hans Rauscher, „Dysfunktional: Schuldzuweisungen statt Lösungen bei Unterbringung von Asylwerbern“, *Der Standard*, 11.11.2022, https://www.derstandard.at/story/2000140762185/dysfunktional (27.02.2023).
[5] Elisa Tomaselli, „Schülerin klagt Republik Österreich wegen illegaler Abschiebung“, *Der Standard*, 18.05.2022, https://www.derstandard.at/story/2000135855467/schuelerin-verklagt-republik-oesterreich-wegen-illegaler-abschiebung (27.02.2023). Oona Kroisleitner, Elisa Tomaselli, Stefanie Rachbauer, „ Der Fall Tina und seine Folgen“, *Der Standard*, 17.08.2022, https://www.derstandard.at/story/2000138337554/der-fall-tina-und-seine-folgen (27.02.2023). Irene Brickner, „Abschiebung von siebenjährigem Buben nach Georgien gestoppt“, *Der Standard*, 11.11.2022, https://www.derstandard.at/story/2000140764248/abschiebung-von-integriertem-siebenjaehrigen-buben-nach-georgien-gestoppt (27.02.2023).

Mehrheit von ihnen nur über Bildschirm kennenlernen. Zu Beginn der Pandemie verstand man das Virus kaum. Zu den wenigen Schutzmöglichkeiten zählte die historische Maßnahme der Quarantäne. Man sollte möglichst Abstand zu seinen Mitmenschen halten. Migration und Mobilität wurden hochgradig beschränkt. Auch Krankheit bedeutete deshalb für mich zunächst Chaos.

Aufgrund meiner persönlichen Erfahrung hat mich zu Beginn meines Masterstudiums Tobias Brinkmanns Artikel „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin" besonders interessiert und im weiteren Studienverlauf begleitet.[6] Weder Migration noch neue Krankheiten hatten Chaos zur Folge. Der Artikel zeigt, dass Staaten durchaus strikt durchorganisiert und effizient mit der Abwicklung von Angelegenheiten rund um ankommende Migrant*innen umgingen. In dem Artikel beschreibt Brinkmann den Einfluss der beiden deutschen Dampfschifffahrtsgesellschaften Hamburg-Amerikanische Paketfahrt-Aktien-Gesellschaft (HAPAG) und der in Bremen beheimateten Lloyd als nicht-staatliche Akteure auf die Transmigration aus dem europäischen Osten durch Preußen in die Vereinigten Staaten von Amerika.

Unter Transmigrant*innen oder Durchwander*innen versteht Brinkmann all jene Personen, die ein Staat als Migrant*innen erfasste, in dem sie aber nur einen frei- oder unfreiwilligen Zwischenstopp auf dem Weg zum Zielland einlegten. Transmigrant*innen sind Migrant*innen, die auf dem Weg sind.[7] Die USA als eines der ersten Länder, die die Migration beschränkten, schürten auch in anderen Ländern wie Preußen Angst vor unkontrollierter (Trans-)Migration. Dort wurde vor allem der Verbleib der in den Vereinigten Staaten abgewiesenen Migrant*innen als problematisch wahrgenommen. Um die Jahrhundertwende stieg die Anzahl der Migrant*innen aus dem Osten aus unterschiedlichen Gründen erheblich an. Der wichtigste Grund war allerdings der hohe Bedarf an (Hilfs-) Arbeitskraft in den Vereinigten Staaten. Dort schritt die Industrialisierung so schnell voran, dass dieser Zeitraum in der Literatur als *industrial era* bezeichnet wird.[8] Migrant*innen aus dem europäischen Osten mit dem Ziel USA begannen ihre Schiffsreise mehrheitlich aus deutschen Häfen. Während Preußen die Ein- und Durchreise in das Land ab Mitte der 1880er

[6] Tobias Brinkmann, „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin: The Transatlantic Mass Migration and the Privatization of Prussia's Eastern Border Inspection, 1886–1914" in *Central European History* 43, no. 1 (März 2010).
[7] Tobias Brinkmann, „Points of Passage: Reexamining Jewish Migrations from Eastern Europe after 1880" in *Points of Passage: Jewish Transmigrants from Eastern Europe in Scandinavia, Germany, and Britain 1880–1914*, ed. Tobias Brinkmann (New York: Berghahn Books, 2013), 2–3.
[8] Alison Bateman-House, Amy Fairchild, "Medical Examination of Immigrants at Ellis Island" in *The Virtual Mentor* 10, no. 4. (April 2008), 235.

Jahre erschwerten waren die beiden Schifffahrtsunternehmen aber daran interessiert Geschäfte mit dieser damals neuen Gruppe von Passagier*innen zu machen. Über die folgenden zehn Jahre waren HAPAG und Lloyd darum bemüht ihre wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen, indem sie die Kontrolle der Transmigrant*innen nach US-amerikanischem Standard in Preußen umsetzten.

Die Voruntersuchung der Migrant*innen war kostenintensiv. Dass die amerikanischen Gesetze im Deutschen Reich durch die beiden Unternehmen umgesetzt wurden, stand in Zusammenhang mit dem Ausbruch der Cholera 1892 in Hamburg. Als Folge schlossen die USA im September 1892 ihre Grenzen für einige Monate komplett, dadurch waren tausende Migrant*innen in Europa gestrandet. Obwohl ein veraltetes Abwassersystem in Hamburg für die Verbreitung der Cholera verantwortlich war, gab man dafür vor allem russischen Juden und Jüdinnen die Schuld. Deshalb waren Hamburg und Preußen auch 1893 noch gegen die Öffnung der Grenze zum Russischen Reich. Um überhaupt arbeiten zu können, nahmen HAPAG und Lloyd die Kosten der Untersuchung von Migrant*innen an den deutschen Grenzen im Osten, an Bahnhöfen, wie jenem von Ruhleben bei Berlin, und den Häfen auf sich. An diesen Stationen wurden Menschen von Angestellten der Schifffahrtslinien vorselektiert, bevor sie ihre Schiffsreise in die USA überhaupt antreten konnten.[9]

Das ist nur ein oberflächlicher Abriss des Artikels. Für mich war er aber auf zweierlei Weise wichtig: Weder bedeutete Migration noch Krankheit Chaos. Was genau die beiden Begriffe bedeuten, hat mich mein ganzes Masterstudium über begleitet. Und durch diesen Artikel wurde ich auf die Insel Ellis Island und ihre Funktion als Migrationsstation der USA aufmerksam.

Brinkmann verweist in seinem Artikel darauf, dass HAPAG und Lloyd nicht nur auf die Migrationsgesetze der USA im rechtlichen Sinne eingingen. An den gängigen Grenzübergängen entlang der preußischen Ostgrenze richteten sie außerdem Kontrollstationen ein, wo auch die medizinischen Untersuchungen, ähnlich wie sie in den USA stattfanden, durchgeführt wurden.[10] Dadurch ergibt sich die Frage, warum und wie eine aufwendige Kontrolle von Millionen von Menschen in Ellis Island notwendig war. Eine Vorselektion fand schließlich bereits in den europäischen Staaten durch die Schifffahrtsgesellschaften statt.

[9] Brinkmann, „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin“, 49–59.
[10] Brinkmann, „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin“, 56–65.

Die Migrationsbeschränkungen in den USA wurden am Ende des 19. Jahrhunderts damit begründet, dass die Verbreitung von Krankheiten eingedämmt werden sollte. Im Zentrum der aufkommenden Gesetze zur Einschränkung der Migration standen allerdings nativistische Gründe.[11] Beim Versuch Nativismus zu definieren, kommt man nicht um John Highams „Strangers in the Land" herum.[12] Obwohl die erste Auflage bereits 1955 erschien, ist es immer noch ein Standardwerk und wurde gleich in mehreren Texten, die ich für diese Arbeit herangezogen habe, zitiert.[13] Darin widmet Higham das gesamte erste Kapitel dem Versuch eine passende Definition für das US-amerikanische Phänomen des Nativismus zu finden. Während der Nativismus seinen Ursprung weitaus früher hatte, wurde der Begriff von seinen Kritiker*innen in den 1840er Jahren geprägt und hatte seinen größten Einfluss erst später. Die Prägung des Begriffs entwickelte sich mit dem Aufkommen von ausländerfeindlichen Parteien in New York ab 1835 hin zur Entstehung der „Know-Nothing"-Bewegung der 1850er.[14] Die „Know-Nothings" wollten das Prinzip der Nationalität schützen und rechtfertigen. Anhand dieser ideologischen Kernaussage leitet Higham seine allgemeine Definition ab: „Nativism, therefore, should be defined as intense opposition to an internal minority on the ground of its foreign (i.e., „un-American") connections."[15] Auf dieser allgemeinen Definition aufbauend, leitet er drei Traditionen des Nativismus in der US-amerikanischen Geschichte ab: Anti-Katholizismus, die Angst vor politisch radikalen Personen aus dem Ausland und rassistischen Nativismus. Wenn ich in dieser Thesis von Nativismus schreibe, ist immer der rassistische Nativismus gemeint. Dass sich dieser Rassismus auch gegen Italiener*innen oder Juden und Jüdinnen richten konnte, begründet Higham durch den rassistischen Nationalismus. Dieser entstand aus politischer und literarischer Spekulation heraus, nicht aus wissenschaftlichen Ansätzen, was ihn vage machte. *Race* wurde deshalb von Nationalist*innen und Nativist*innen synonym zu den einer Nation zugeschriebenen Charaktereigenschaften verwendet.[16]

[11] Raymond L. Cohn, „Nativism and the End of the Mass Migration of the 1840s and 1850s" in *The Journal of Economic History 60*, no. 2 (Juni 2000), 381.
[12] John Higham, *Strangers in the Land: Patterns of American Nativism, 1860–1925* (New Jersey: Rutgers University Press, 1994).
[13] Barbara Lüthi, *Invading Bodies: Medizin und Immigration in den USA 1880–1920* (Frankfurt/Main: Campus Verlag, 2009), 65. Vincent J. Cannato, *American Passage: The History of Ellis Island* (New York: Harper Collins, 2009), 9. Roger Daniels, *Guarding the Golden Door: American Immigration Policy and Immigrants since 1882* (New York: Hill and Wang, 2004), 7.
[14] Higham, *Strangers in the Land*, 3–4.
[15] Higham, *Strangers in the Land*, 4.
[16] Higham, *Strangers in the Land*, 11.

Die Nativist*innen definierten nach dem rassistischen Nativismus im Untersuchungszeitraum ein neues Feindbild: Die sogenannten *new migrants*. Mit diesem Begriff wurden Menschen aus dem Süden Italiens, aus der Habsburgermonarchie und dem Russischen Reich, Katholik*innen, Orthodoxe und Menschen jüdischer Religion beschrieben. Diese strebten nach Meinung der Nativist*innen keinen dauerhaften Aufenthalt im Land an, sondern wollten nur von den besseren Arbeitsbedingungen profitieren. Dadurch waren sie politisch leicht bestechlich. Insgesamt war das öffentliche Klima in den USA gegen die Zuwanderung der sogenannten *new migrants* eingestellt. Ein unverhältnismäßiger Anstieg des Anteils von Migrant*innen an der Gesamtbevölkerung in dieser Periode kann dabei aber nicht nachgewiesen werden.[17]

Obwohl die Bedeutung der Industrialisierung im Zusammenhang mit transatlantischer Migration nicht überbewertet werden darf, schließlich waren Europäer*innen bereits lange davor hochgradig mobil innerhalb von Regionen und Ländern und auch über ihre Grenzen hinaus, muss sie dennoch erwähnt werden. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts stieg die Anzahl von Menschen, die internationale Wanderungen über größere Strecken zurücklegten. Aufgrund von Industrialisierung und Urbanisierung stieg der Bedarf an befristeten Arbeitsstellen für *unskilled laborers.* Dieser hohe Bedarf an Arbeitskraft war das Hauptmotiv der Migrant*innen, um sich auf den Weg in die USA zu machen. Die technologischen Erneuerungen der Industrialisierung brachten dabei nicht nur Möglichkeiten wie das Dampfschiff hervor, das die Reise bequemer und kürzer machte. Zusammen mit steigender Lesekompetenz ermöglichten sie auch den Aufbau von besseren Informationsnetzwerken.[18] Auf ihrem Weg in die USA mussten viele der Migrant*innen einen Ort passieren: Ellis Island.

Ellis Island ist eine kleine Insel im Hafen von New York. Sie war ab 1892 Standort einer Migrationsstation, auf der ankommende Migrant*innen unter anderem auf verschiedenste Krankheiten untersucht wurden. Neben Ellis Island waren auch Governors Island und Bedloe's Island im Gespräch die erste föderale Migrationsstation zu beheimaten. Gegen Ellis Island sprach zunächst, historisch nicht unbegründet, die kleine Fläche. Bei der Inbetriebnahme der Migrationsstation 1892 hatte die Insel eine Größe von vier Hektar, und sie wuchs bis zu ihrer Schließung im Jahr 1954 auf rund elf Hektar an. Bei der Errichtung der Gebäude auf der Insel wurde die Anzahl der erwarteten Migrant*innen erheblich unterschätzt.

[17] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 4–5, 30–31, 8. In den Jahren von 1870 bis 1920 macht der prozentuale Anteil von Migrant*innen in den USA nie weniger als 13,2 Prozent oder mehr als 14,7 Prozent aus.
[18] Annemarie Steidl, *On Many Routes: Internal, European, and Transatlantic Migration in the Late Habsburg Empire* (West Lafayette: Purdue University Press, 2021), 12, 101–102.

Anstatt den Einrichtungsstandort zu verschieben, wurden aber nicht nur die Gebäude, sondern auch die Insel selbst stetig erweitert.[19] Neben der Vorselektion der Migrant*innen an den europäischen Grenzen und in den europäischen Häfen war die Errichtung der Migrationsstation auf einer Insel eine zweite Form der *remote control*. Nur wer auf der Insel zugelassen wurde, durfte in die USA einreisen. Dies galt allerdings nur für die ärmeren Passagier*innen, die im Zwischendeck reisten. Insgesamt wanderten zwischen 1880 und 1920 ungefähr 24 Millionen Menschen in die USA. 16 Millionen Menschen erreichten das Land über Ellis Island in der Gesamtzeit des Bestehens der Station, davon allein zwölf Millionen Menschen zwischen 1892 und 1914. Einen Höhepunkt stellte das Jahr 1907 mit knapp 1,3 Millionen ankommenden Migrant*innen dar.[20]

Zu Höchstzeiten betraten teilweise über 5.000 Menschen pro Tag die USA via Ellis Island. Effizientes Arbeiten war zur Bewerkstelligung dieser Aufgabe unerlässlich. Von den zwölf Millionen Menschen, welche die USA über Ellis Island zwischen 1892 und 1914 erreichten, wurden ca. 250.000 Personen abgewiesen. Obwohl das eine hohe Zahl an Einzelschicksalen ist, machen sie nur circa zwei Prozent der Migrant*innen insgesamt aus. Warum wurde ein so großer Aufwand betrieben, um diese Menschen auf Erkrankungen zu untersuchen?[21]

Um zu erläutern, wie die Kontrolle von Migrant*innen auf Ellis Island ablief, beschäftigte ich mich im Rahmen eines Seminars mit Anson Rabinbachs Historiografie „The Human Motor – Energy, Fatigue and the Origin of Modernity“, in der das Aufkommen des Effizienzgedankens in der Wissenschaft und seine Wirkung auf den Staat, seine Institutionen und die Wirtschaft untersucht werden. [22] Im Zusammenhang mit Rabinbachs Theorien bearbeitete ich die Quelle „The Book of Instruction for the Medical Inspection of Immigrants“.[23] Dieses Handbuch wurde allen medizinischen Mitarbeiter*innen der Migrationsstationen in den USA ausgehändigt, um effizientes Arbeiten entsprechend den rechtlich gültigen Richtlinien zu garantieren. Neben der Klassifizierung von Krankheiten nach dem Gesetz finden sich darin auch Erläuterungen zu den Krankheiten, Angaben zur

[19] Tracy Stakley, *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 1, 27–28.
[20] Robert Bober, Georges Perec, *Geschichten von Ellis Island oder wie man Amerikaner macht*, trans. Eugen Helmlé (Berlin: Klaus Wagenbach, 1997) 20–27.
[21] Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*, 17.
[22] Anson Rabinbach, *The Human Motor – Energy, Fatigue, and the Origin of Modernity* (New York: Basic Books, 1990) 217–219. Exemplarisch wird hier auf Untersuchungen zur Effizienzsteigerung im Zusammenhang mit der Einführung des Achtstundentages verwiesen.
[23] Walter Wyman, *Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants* (Washington: Government Printing Office, 1903).

Untersuchung der Migrant*innen und der Diagnose von Krankheiten und ein Auszug der gültigen Gesetzesvorlage. Das Handbuch in der Version von 1903 bildet zusammen mit dem überarbeiteten Handbuch von 1910 und dem Handbuch von 1917 mit dem geänderten Titel „Regulations Governing the Medical Inspection of Aliens" meinen Quellenkorpus.[24]

Im Zentrum meiner Forschung steht die Entwicklung des Krankheitsbegriffs anhand dieser Handbücher. In den Büchern identifiziere ich drei Faktoren, die dafür relevant sind: Grundannahme ist, dass die Einreise zur Eindämmung der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten beschränkt wurde. Innerhalb des gewählten Forschungszeitraums entwickelt sich das medizinische Verständnis von Krankheit aufgrund neuer Erkenntnisse stetig weiter. Mit Hilfe der Handbücher soll dabei zunächst der Fortschritt im Bereich der Medizin untersucht werden. Im Laufe der Entwicklung von Erkenntnis kann es in der Medizin zu Widersprüchen kommen. Ellis Island ist dabei ein Ort, an dem medizinischer Widerspruch kulminiert. Hier stand die arbeitsintensive Überprüfung von Bakterienkulturen der effizienten Untersuchung von Migrant*innen in der *line* gegenüber.[25] Mit der Entwicklung der Keimtheorie anhand des Tuberkulosebazillus – einem Erreger, dem auch auf Ellis Island viel Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde – durch Louis Pasteur und Robert Koch, fand in den 1880er Jahren eine epistemologische Wende vom Miasma hin zur Bakteriologie statt, die auch auf mein Forschungsfeld maßgeblichen Einfluss hat.

Die miasmatische Theorie brachte Krankheitsausbrüche mit lokalen Umwelteinflüssen in Zusammenhang, unter anderem kontaminiertes Wasser oder faulende organische Materie. Augenscheinlich rückten dadurch zunächst soziale Faktoren in den Hintergrund. Die Bakteriologie ist hingegen eine der grundlegenden Revolutionen der Medizingeschichte. Dadurch konnte festgestellt werden, dass bestimmte Mikroorganismen spezifische Krankheiten verursachten. Das *United States Public Health Service* (USPHS) nahm eine Vorreiterposition in der Aneignung dieser neuen Lehre innerhalb der USA ein. Die Präventivmedizin wurde zu einem zentralen Instrument, um die Bevölkerung zu schützen. Eine Untersuchung von Migrant*innen, bevor sie ins Land einreisen konnten, wurde damit gerechtfertigt, dass Menschen Krankheitserreger in sich tragen konnten, ohne Symptome zu zeigen. Obwohl laufend neue Antitoxine und Impfstoffe entwickelt wurden, konnten praktische therapeutische Maßnahmen nicht mit der neuen Theorie Schritt halten. Außerdem

[24] Walter Wyman, *Book of Instructions for the Medical Inspection of Aliens* (Washington: Government Printing Office,1910). Rupert Blue, *Regulations Governing the Medical Inspection of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1917).
[25] Lüthi, *Invading Bodies*, 151–154.

gab es bereits bestehende Vorstellungen von Krankheiten, die durch kulturelle und soziale Vorurteile belastet waren. Diese wurden weiterhin reproduziert und fanden besonders gegenüber Migrant*innen Anwendung. Ihnen half es nicht, dass man Bakterien als Kriminelle und die Bekämpfung von Krankheiten mit Kriegsrhetorik propagierte. Diese Rhetorik wurde auch auf die Migrant*innen angewandt.[26]

Das 18. Jahrhundert markiert gleichzeitig den Beginn der Klassifikation der Menschheit. Materielle Elemente wurden mit ästhetischen Werten und geistigen und psychischen Merkmalen verknüpft. Eine daraus resultierende Methodik war die Kranioskopie (Schädelindexmessung). Ein mathematischer Zugang sollte deren Ergebnisse zu einer objektiven Theorie menschlicher Differenz führen. Als Ausgangspunkt nahm sich die Kranioskopie allerdings die: „[…] unhinterfragbare Überlegenheit der *europäischen Rasse* gegenüber den nicht Europäerinnen, nicht Europäern und Minderheiten innerhalb der eigenen Gesellschaften (Schwarzamerikanerinnen und Schwarzamerikaner, *Native Indians*, Juden und Jüdinnen).“[27] Dass der Schädel der sichtbare Teil eines fremden Körpers ist, fand im Zusammenhang mit den *new migrants* um die Jahrhundertwende nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Populärkultur großes Interesse. Barbara Lüthi nennt mit Maurice Fishberg und Franz Boas – zwei jüdische Wissenschaftler, die klar belegen können, dass es aufgrund von Schädelvermessungen weder eine *reine Rasse* geben kann noch dass eine angebliche *Rasse* mehr Einfluss auf die Schädelform hat als äußere Einflussfaktoren.[28] Beide arbeiteten mit Migrant*innen als Proband*innen für ihre Forschung. Fishberg bestätigte mit seiner Forschung, dass die Statur maßgeblich von Umwelt und wirtschaftlichen und sozialen Faktoren abhing, während die Form des Schädels von Vererbung und Rasse bedingt war. In seiner Studie widerlegte er auch, dass Jüdinnen und Juden eine spezielle Nasenform hätten. Dem Konzept einer *reinen (jüdischen) Rasse* stand er generell kritisch gegenüber. Faktoren wie Migration, Krieg und Eroberung bis zurück in biblische Zeiten begründeten seine Haltung.

Franz Boas wurde von der *Dillingham Commission* mit einer Studie über die Schädelform und die körperliche Gestalt von süd- und osteuropäischen Migrant*innen und ihren Kindern beauftragt. Die Kommission war für die Einführung der Tests zur Lesefähigkeit von

[26] Lüthi, *Invading Bodies.* 129–132.
[27] Lüthi, *Invading Bodies.* 226.
[28] Der Begriff *Rasse* wurde zwar innerhalb des Untersuchungszeitraums verwendet, ist heute aber keinesfalls mehr gebräuchlich. Um meinen eigenen Anforderungen an Arbeitsbegriffe nachzukommen, setze ich ihn in kursiv. Dadurch wird seine Fremdartigkeit hervorgehoben.

Migrant*innen ab 1917 verantwortlich. Im Zusammenhang mit der Einführung des Tests ist die *United States Immigration Commission*, auch bekannt als *Dillingham Commission*, wichtig. [29] Autorisiert wurde die Kommission bereits im *Immigration Act* von 1907 und führte zwischen 1907 und 1910 die erste große US-Studie zur Migration durch. Ihre Ergebnisse standen ab 1911 in Form von 41 Bänden zur Verfügung.[30] Für die Kommission, mit ihrer nativistischen Grundhaltung, waren Boas Ergebnisse wenig hilfreich. Sie wählten Süd- und Osteuropäer*innen als Proband*innen aus, da sich diese ihrer Meinung nach optisch am meisten von Amerikaner*innen unterschieden. Boas Forschung zeigte allerdings, dass sich die Physiologie der Migrant*innen bereits in erster Generation sehr stark in Richtung des amerikanischen Idealbildes veränderte. Die Anpassungsfähigkeit von Migrant*innen war viel höher als erwartet und drückte sich über Gewicht, Körpergröße und langfristig auch über die Schädelform aus.[31]

Während diese Form der Klassifikation rassistisch war, spielten Klassifikationen doch eine wichtige Rolle für das Verständnis von Krankheiten, besonders im Zusammenhang mit Migrationsbeschränkungen. Ihr Zweck war es zu rationalisieren, zu vermitteln und das Verhältnis von Individuen und Institutionen in einer bürokratischen Gesellschaft zu legitimieren. Die neue Theorie der Bakteriologie half Krankheit besser zu verstehen, da Mikroorganismen aber unsichtbar sind, machte sie die Identifikation von Krankheit nicht einfacher. Weder das medizinische Instrumentarium noch das Personal stand zur Verfügung um alle Migrant*innen auf Krankheitserreger zu testen. Im Gegenteil, die Ressourcen waren so begrenzt, dass nicht einmal das persönliche Gespräch ermöglicht werden konnte. Hier tritt der große Widerspruch zu Tage: Um eine Diagnose über eine Krankheit zu stellen, standen den Ärzt*innen auf Ellis Island bei der Erstuntersuchung in der *line* nur ihre eigenen Augen zur Verfügung. Im neuen Wissen darüber, dass Krankheitserreger für das menschliche Auge unsichtbar waren, musste auf Ellis Island eine Norm des gesunden Körpers definiert werden.[32] Diese diente als Vergleichsbasis, um Defekte durch Beobachtung herauszufiltern.

Während die Erkenntnisse der Medizin aus der Zeit den ersten Einflussfaktor darstellen, ist der Krankheitsbegriff auch durch äußere politische Faktoren beeinflusst worden. Vordergründig war zwar die Kontrolle von infektiösen Krankheiten, aber praktisch

[29] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 31, 45–46.
[30] The Immigration Commission, *Brief Statement of the Conclusions and Recommendations of the Immigration Commsission, with Views of the Minority* (Washington: Government Printing Office, 1910).
[31] Lüthi, *Invading Bodies*, 225–230.
[32] Lüthi, *Invading Bodies*, 170, 175–176.

konzentrierte man sich auf den Ausschluss von chronischen Erkrankungen. Diese wurden anhand der *likely to become a public charge*-Klausel klassifiziert und erkrankte Migrant*innen so von der Einreise ausgeschlossen.[33] In den USA des Industriezeitalters wurden mehr Arbeitskräfte gebraucht als je zuvor. Man war auf Migrant*innen angewiesen. Allerdings wollte man von ihnen profitieren. Sobald die Gefahr bestand, dass Migrant*innen für Therapie oder Pflege Kosten für den Staat verursachen könnten, war man an ihnen nicht interessiert. Durch die Untersuchung in der *line* wollte man deshalb nicht nur zeigen, dass das geschulte Auge der Ärzt*innen scheinbar jede Krankheit erkennen konnte.[34] Es ging auch darum Personen auszuschließen, die auch für die anderen Migrant*innen als offensichtlich krank identifizierbar waren. Jede Person sollte erkennen, dass nur jungen und agilen Arbeitskräften die Einreise erlaubt war. Das sollten durch die Informationsnetzwerke von Migrant*innen auch die Kontakte in den Herkunftsländern erfahren.

Nur die Hälfte der zwei Prozent aller abgewiesenen Personen wurden aufgrund von Erkrankungen an der Einreise in die USA gehindert. Betroffen waren davon zwischen 1891 und 1930 ungefähr 80.000 Menschen. Die Mehrheit davon wies Krankheitsbilder auf, die sie davon abhielten, Hilfsarbeit auszuüben.[35] Die Identifikation von psychischen Störungen war weitaus schwieriger. Sie soll in dieser Arbeit einen Schwerpunkt bekommen.

Bei jemandem eine psychische Störung durch Ansehen der Person zu erkennen, scheint unmöglich. Da ein enges Familienmitglied von einer psychischen Störung betroffen ist, hat mich dieser Vorgang besonders beschäftigt. Meist konnte man nur vermuten, ob ein Defekt vorlag und erst in der Zweituntersuchung genauer feststellen, ob Migrant*innen überhaupt erkrankt waren. Auch was als psychischer Defekt eingeschätzt wurde und warum kann nur bedingt nachvollzogen werden. Das ist zusätzlich im Kontext der Zeit zu verstehen. Margot Canaday geht darauf ein, dass Homosexualität in den USA im Vergleich zu Europa besonders lange als moralische Verfehlung kriminalisiert wurde. Auch auf Ellis Island wurden Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung von der Einreise in das Land ausgeschlossen. Allerdings war Homosexualität nicht als Ausschlusskriterium in den Handbüchern für Ärzt*innen verankert. Die betroffenen Personen sind unter der Kategorie Degeneration gemeinsam mit allen Menschen, die Geschlechtsumkehrungen oder

[33] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7. Blue, *Regulations*, 24.
[34] Lüthi, *Invading Bodies*, 151–154.
[35] Bateman-House, Fairchild, „Medical Examination of Immigrants at Ellis Island“, 235–237.

anatomische Defekte vorwiesen, genauso wie Menschen, die Sodomie praktizierten, klassifiziert worden.[36]

Am Beispiel der Homosexualität ist zu erkennen, dass die Erforschung vom Verständnis psychischer Störungen nicht einfach ist. Allerdings spielt die psychische Untersuchung von Migrant*innen auf Ellis Island eine außerordentliche Rolle, da dort eigene Forschung zu dem Thema betrieben wurde. Hier spezialisierten sich Forscher wie Howard Knox auf die Entwicklung von (non-verbalen) Intelligenztests. Bild- und Puzzletests waren einfach durch Gestik zu vermitteln. Gleichzeitig standen auf Ellis Island eine unendliche Anzahl von Proband*innen zur Verfügung, um einen detaillierten Normbereich zu errechnen. Wer aus diesem Bereich herausfiel, konnte im nächsten Schritt als mental defekt klassifiziert und ausgewiesen werden.[37] Obwohl die Erforschung psychischer Störungen vorangetrieben wurde, war deren Identifizierung aufgrund des dritten Einflussfaktors nicht einfach. Den Migrant*innen musste aufgrund der außergewöhnlichen Umstände bei der Untersuchung in der *line* in einem gewissen Ausmaß zugesprochen werden aus der Norm zu fallen.[38] Auf den Einfluss der Migrant*innen auf den Krankheitsbegriff gehe ich im Abschnitt zur Theorie und Methodik jeweils exemplarisch ein.

Anhand dieser Beobachtungen leite ich nun folgende Forschungsfrage ab:

Welchen Einfluss haben Medizin, Politik und die Migrant*innen selbst auf die Entwicklung des Krankheitsbegriffes für die Ärzt*innen auf Ellis Island, die neu ankommende Menschen aus Europa zwischen 1880 und 1920 untersuchten?

Der zeitliche Rahmen meiner Forschung ist bedingt durch zwei Einwanderungsgesetze. Der *Chinese Exclusion Act* von 1882 geht dem ersten föderalen Migrationsgesetz nur um einige Monate voraus. Dieses Gesetz ist klar rassistisch nativistisch konnotiert und tritt in Zusammenhang mit dem Vorurteil auf, dass Chines*innen den Amerikaner*innen Arbeitsplätze wegnehmen würden. Eine Aussage, die nicht stimmt. Der rassistisch-nativistische Ton in der Debatte zur Erlassung des Gesetzes nimmt aber im Laufe der Forschungsperiode deutlich zu. Am Ende des Forschungszeitraums steht der *Emergency*

[36] Margot Canaday, *The Straight State: Sexuality and Citizenship in twentieth-century America* (Princeton: Princeton University Press, 2009), 22.
[37] John T.E. Richardson, *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island* (New York: Columbia University Press, 2011), 97–102.
[38] Lüthi, *Invading Bodies*, 151–154.

Quota Act von 1921. Hier werden erstmals Personenkontingente für die Migration aus einzelnen Staaten festgelegt.[39]

Die örtliche Begrenzung auf Ellis Island erfolgt aus drei Gründen. Durch den Fokus auf die Migration aus Europa nach Ellis Island kann das Ausmaß des Rassismus, den innerhalb der Gesetze vor allem Asiat*innen erfuhren, in dieser Periode eingegrenzt werden. [40] Die Inklusion von rassistischen Praktiken im Zusammenhang mit Migration in die USA über die Westküste würde das Themenfeld zu stark erweitern und das Ausmaß einer Masterarbeit übersteigen. Eine andere Perspektive entsteht auch, wenn man die Migration auf dem Landweg aus Kanada oder Mexico inkludiert. Menschen, die auf dem Landweg migrieren, konnten sich aufgrund der Länge der Nord- und Südgrenze einfacher Kontrollen entziehen. Um diese Umgehung von medizinischen Kontrollen zu verhindern, hatten die Vereinigten Staaten im Untersuchungszeitraum verschiedene Maßnahmen festgelegt. Auch hier vergrößert die Inklusion allerdings das Ausmaß der Arbeit zu weit. Ellis Island ist zuletzt nicht nur aufgrund seiner Größe passend für die Bearbeitung meiner Masterarbeit. Als erste implementierte föderale Migrationsstation bekam die Insel entsprechend viel öffentliche Aufmerksamkeit und ist auch heute noch als Denkmal der amerikanischen Geschichte für eine breite Öffentlichkeit von Interesse. Deshalb steht für den Untersuchungszeitraum ein großer Pool an (digitalen) Quellen und Forschungsliteratur zur Verfügung.

Meine Fragestellung erarbeite ich entlang zweier theoretischer Säulen. Da ich die Veränderung eines Begriffs untersuche, erscheint es unerlässlich, auch die Arbeitsbegriffe zu definieren. Dazu untersuche ich zu Beginn zentrale, sich wiederholende Begrifflichkeiten und gehe dann entlang der drei Faktoren im konkreten Fall auf spezifische Begriffe ein. Die zweite Säule bildet Alf Lüdtkes Konzept vom Eigensinn.[41] Unter Einbeziehung dieses theoretischen Konzepts erschließen sich nicht nur die individuellen Beweggründe der Migrant*innen, sondern auch deren Wirkung auf die Handbücher kann besser kontextualisiert werden.

Methodisch erfolgt die Erarbeitung der Forschungsfrage durch den formalen und inhaltlichen Vergleich der Handbücher. Entlang von jedem der drei Einflussfaktoren können Aussagen

[39] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 16–19, 48–52.
[40] Alan M. Kraut, „"Proper Precautions": Searching for Illness on Ellis Island" in *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"* (New York: BasicBooks, 1994), 56, 64–65. Alan Kraut schildert die Erlebnisse von asiatischen Migrant*innen im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen auf der Migrationsstation auf Angel Island an der Westküste dazu.
[41] Alf Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn", in *Alltagskultur, Subjektivität und Geschichte: zur Theorie und Praxis von Alltagsgeschichte*, ed. Berliner Geschichteswerkstatt (Münster: Westfälisches Dampfboot, 1994).

über die äußere Änderung der Textform getroffen werden. Zusammen mit der exemplarischen Untersuchung von erfassten Krankheitsbildern ist es dann möglich, die jeweilige Veränderung des Krankheitsbegriffs entlang der Faktoren festzustellen. Zur Konkretisierung ist unter dem Punkt Methodik jeweils ein Beispiel pro Faktor angeführt.

Durch die Methode des Vergleichs und die Inklusion des theoretischen Konzepts vom Eigensinn untersuche ich, wie sich das Verständnis des Krankheitsbegriffs auf Ellis Island zwischen 1880 und 1920 verändert. Die selbst gewählten Einflussfaktoren erläutern auch den Titel meiner Arbeit. Mit *invisible passengers* sind nicht nur die unsichtbaren Krankheitserreger selbst, sondern auch die unterschwellig mitschwingenden Bedeutungen im Zusammenhang mit dem Begriff Krankheit gemeint. Abschließend werden die drei Ergebnisse zu einem Begriff zusammengeführt und in die Begriffsgeschichte eingeordnet.

1.1 Forschungsstand

Die Geschichte der transatlantischen Migration in die USA ist ein gut aufgearbeitetes Forschungsfeld. Dementsprechend stand mir eine große Auswahl an Literatur zur Verfügung, um meine Forschungsfrage zu bearbeiten. Die drei wichtigsten Werke möchte ich unter diesem Punkt hervorheben.

Um den rechtlichen Rahmen der Migration in die USA und die Geschichte der Insel Ellis Island zu rekonstruieren war Vincent Cannatos „American Passage: The History of Ellis Island“ sehr wichtig.[42] Darin verknüpft Cannato jeweils die Geschichte der Insel mit den Entwicklungen hin zur Erlassung und Umsetzung der US-amerikanischen Migrationsgesetze. Er bestimmt jeweils wichtige temporäre Grenzen, die die Geschichte der Migration nachhaltig veränderten. Im Fokus auf die Insel lernen Leser*innen die jeweilige regionale politische Geschichte des Bundestaats New York kennen. Neben dem Vorgänger von Ellis Island, Castle Garden, wird auch die Entwicklung der Migrationsstation auf der Insel rekapituliert. Demgegenüber steht immer die nationalstaatliche Entwicklung der Migrationsgesetze. Durch Cannatos Fokus auf Bürokratie und Recht konnte ich einige wichtige Akteur*innen identifizieren.

Barbara Lüthi beschäftigt sich in „Invading Bodies: Medizin und Immigration in den USA 1880–1920“ eingehend mit den Untersuchungsvorgängen auf Ellis Island.[43] Sie stellte die

[42] Cannato, *American Passage*.
[43] Lüthi, *Invading Bodies.*

wichtigsten Informationen zur Verfügung, die nötig waren, um die medizinische Forschung und die Entwicklung des Begriffs Krankheit nachzuvollziehen. Mit Hilfe der Theorien von Michel Foucault stellt sie bei ihrer Forschung den Körper ins Zentrum. Dabei erforscht sie nicht nur die Körper der untersuchten Menschen, sondern auch der untersuchenden Ärzt*innen des *United States Public Health Service*. Neben einem Fokus auf die Erfahrungen von Juden und Jüdinnen bei der Migration in die USA und den damit verbundenen Vorurteilen, widmet sie sich eingehend den pathologischen Körpern. In diesem Kapitel bearbeitet sie zwei Krankheitsbilder, die ich auch in meiner Arbeit hervorhebe: die *poor physique* und das Trachom.[44] Um den Untersuchungsvorgang in der *line* nachvollziehbar zu machen, arbeitet sie außerdem mit Fotografien, die mir geholfen haben, mir dieses zentrale Thema meiner Arbeit bildlich vorzustellen.[45] Außerdem verweist sie auf das „Book of Instructions".[46] Zu diesem Zeitpunkt konnte ich mit Allan Krauts „Silent Travelers: Germs, Genes, and the „Immigrant Menace"" nur eine weitere Arbeit finden, die auf die Handbücher verweist.[47] Warum diese beiden Autor*innen das *U.S. Public Health Service* oder das *U.S. Treasury Department* als Autor der Handbücher anführen, während ich Walter Wyman und Rupert Blue als Autoren identifiziere, geht aus dem Kapitel fünf zum formalen Vergleich der Handbücher hervor.[48]

Zuletzt verweise ich im Forschungsstand noch auf John T.E. Richardsons „Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island".[49] Richardson widmet sich nicht nur der Biografie des USPHS-Arztes Andrew Knox, der auf Ellis Island tätig war, er beschreibt außerdem die Geschichte der Intelligenztestung. Für meinen Forschungsansatz ist hier relevant, dass er auf die Kontroverse rund um die Feststellung von psychischen Störungen eingeht. Außerdem zeigt er die Forschungsergebnisse der Ärzt*innen auf Ellis Island und wie sie durch die Entwicklung von eigenen Tests Einfluss auf die weitere psychologische Forschung nahmen. Schließlich widmet er sich auch der Frage, ob Intelligenz überhaupt messbar ist.

[44] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7–8, 12. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16–18. Blue, *Regulation*s, 38–39.
[45] Lüthi, *Invading Bodies*, 157, 166–167.
[46] Lüthi, *Invading Bodies*, 96.
[47] Kraut, *Silent Travelers*, 273–276.
[48] Lüthi, *Invading Bodies*, 370–371. Kraut, *Silent Travelers*, 294.
[49] Richardson, *Howard Andrew Knox.*

1.2 Theorie

Theoretisch steht meine Arbeit auf zwei Säulen. Der Begriff Krankheit und seine Veränderung im Laufe des Forschungszeitraumes stehen im Zentrum. Dieser Fokus verlangt zunächst einen sensiblen Umgang mit den verwendeten Begrifflichkeiten. Nur wenn ich sorgsam mit meinen Arbeitsbegriffen umgehe, kann ich am Ende treffende Aussagen über den Krankheitsbegriff tätigen. Während entlang der gewählten Einflussfaktoren immer wieder auf spezifische Termini eingegangen wird, sind einige Ausdrücke vorwegzunehmen. Thematisch wiederkehrende Begriffe aus den Quellen, wie Krankheit, Gesundheit und physische Störung, werden kontextualisiert. Während ich begriffsgeschichtlich arbeite, ist mein Zugang zum Forschungsfeld aus der Migrationsgeschichte entstanden. In den Quellen wird zumeist der Begriff *aliens*, Ausländer*innen, verwendet, während ich mit der Bezeichnung Migrant*innen arbeite.[50] Auch diese Entscheidung muss ich erläutern.

Im Zusammenhang mit Begrifflichkeiten muss dazu auch das Konzept vom Eigensinn nach Alf Lüdtke erörtert werden.[51] Es dient mir als zweite theoretische Säule. Während im Untersuchungszeitraum Migrant*innen sowohl für die politischen Behörden als auch für die Ärzt*innen als Objekte auftreten, ist ein Ziel dieser Arbeit die *agency* der Migrant*innen hervorzuheben.

Eigensinn ist dabei allerdings nicht mit Handlungsfähigkeit gleichzusetzen. Lüdtke entwickelte dieses sozialhistorische Konzept in den 1980er-Jahren. Seither findet es durch seine alltagshistorischen Wurzeln in einer Vielzahl von Untersuchungsfeldern Anwendung, wobei man von der Mehrdeutigkeit der Begriffsgeschichte des Eigensinns profitiert:

> Es ist kein Zufall, sondern entspricht dem methodologischen Selbstverständnis von Alltagshistorikern, dass […] in der Forschungsliteratur keine Begriffsdefinition im herkömmlichen Sinne zu finden ist. Seine „Entdeckung“ durch Alf Lüdtke knüpfte vielmehr gezielt an die im überlieferten Sprachgebrauch früherer Jahrhunderte auffindbaren Mehrdeutigkeiten an, […][52]

Die Mehrdeutigkeit des Konzepts erlaubt eine Umwandlung, die die Anwendung außerhalb der Fabrik und an den Migrationsstationen ermöglicht. Dazu übernehme ich drei Argumente des Konzepts vom Eigensinn. Die ich im letzten Kapitel zum Eigensinn detailliert erläutere.

---

[50] Steidl, *On Many Routes*, 11.
[51] Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn“.
[52] Thomas Lindenberger, „Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand“ in *Docupedia-Zeitgeschichte: Begriffe, Methoden und Debatten der zeithistorischen Forschung*, ed. Christine Bartlitz et.al., 02.09.2014, http://dx.doi.org/10.14765/zzf.dok.2.595.v1 (27.02.2023).

Der Ursprung des Eigensinns liegt in der selbsterlegten Aufgabe des Bildungsbürgertums im 18. Jahrhundert, die Menschen zu erziehen und zu disziplinieren. Durch Disziplinierung ist eine erste Nähe zu den Untersuchungen auf Ellis Island zu erkennen.[53] Widerstand gegen diese Erziehung galt als eigensinnig, war allerdings nicht kollektiv, sondern individuell.[54] Das Fehlen einer Zielrichtung und der Fokus auf das Individuum im Konzept des Eigensinns ist als erstes für den Zugang zu den Quellen relevant.

In den Handbüchern finden Migrant*innen vor allem durch Techniken zur Verschleierung von Krankheitssymptomen Erwähnung. Dabei handelt es sich auch um die Verschleierung von ansteckenden Krankheiten, wie *favus*/Kopfgrind, eine nicht tödliche, aber ansteckende Erkrankung.[55] Es handelt sich beim Eigensinn deshalb nicht nur um eine positive Form des Widerstands nach oben. „Eigensinn beschränkt sich gerade nicht auf menschenfreundliche oder gar widerständige Bedürfnisse und Praktiken der Vielen. Die Aufmerksamkeit gilt ebenso ihren menschenverachtenden Zügen, ihren bestialischen Verhaltensweisen.“[56] Der Wunsch in die Vereinigten Staaten einzureisen war größer als die Sorge andere mit einer bekannten Krankheit zu infizieren.

Eigensinn ist nicht gleichzusetzen mit Widerstand. Die Grenzen zum organisierten und lösungsorientierten Widerstand sind allerdings fließend. „Eigensinn konnte Teil solcher kollektiven Anstrengungen [Lohnverhandlungen] sein, zugleich und vor allen Dingen drückte er die Bedürfnisse aus. Er artikulierte Sehnsüchte und Wünsche, von Gruppen wie Individuen ebenso wie deren Ängste.“[57] Auch bei den Migrant*innen lässt sich ein Ausdruck von Eigensinn erkennen, wenn sie aus Angst vor der Abweisung Krankheitssymptome verschleierten. Ähnlich wie bei der Differenzierung von Eigensinn und Widerstand konnten sie allerdings nicht sicher sein, dass diese Verschleierung eine zukünftige Einreise garantierte. Die Verweise in den Handbüchern zeigen, dass Praktiken der Vertuschung bekannt waren und besonders beachtet wurden.

Eigensinn wird oft nonverbal ausgedrückt. Anhand von sogenannten Körperattacken, Neckereien unter den gleichrangigen Fabriksarbeiter*innen, die sie vom Arbeiten abhielten, erläutert Lüdtke Momente der Distanz: „Körperattacken schufen oder zeigten, zumindest für

[53] Lüthi, *Invading Bodies*, 96–97.
[54] Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn“,150.
[55] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8–9.
[56] Alf Lüdtke, *Eigen-Sinn: Fabrikalltag, Arbeitererfahrungen und Politik vom Kaiserreich bis in den Faschismus* (Hamburg: Ergebnisse Verlag, 1993), 410.
[57] Lüdtke, *Eigen-Sinn*, 142.

Momente, Distanz in zweierlei Richtung: gegenüber Hierarchien innerhalb der Klasse; sie sicherten aber auch Zeit und Raum, in denen die Vorgesetzten – überhaupt alle Zumutungen oder Anforderungen von außen oder von oben auf Distanz gebracht wurden."[58] Durch den Bezug des Eigensinns auf Körperhaltungen lässt sich eine Brücke zu Migrant*innen schlagen, die durch das Vertuschen von Symptomen bei der Untersuchung in der *line* nonverbal Eigensinn ausdrückten.[59] Wo immer sich in den Handbüchern Formen des Eigensinns anhand der drei Merkmale identifizieren lassen, werden sie konkret hervorgehoben.

1.3 Quellen

Die von mir gewählten Quellen setzt sich aus drei medizinischen Handbüchern zusammen. Diese stehen digitalisiert zur Verfügung. Im Abschnitt Methodik wird bereits konkret auf die Handbücher Bezug genommen. Aus drei Gründen gehe ich hier aber vorab auf die Quellen ein.

Zuerst muss bereits eine Feststellung in Bezug auf den sensiblen Umgang mit Arbeitsbegriffen getätigt werden. Die Ärzt*innen arbeiten untereinander mit medizinischen Fachbegriffen, werden aber darauf hingewiesen, dass sie in der Kommunikation mit anderen politischen und verwaltungstechnischen Institutionen alltagsgebräuchliche Begriffe für Erkrankungen verwenden müssen.[60] Ich nenne daher in meiner Arbeit zuerst den englischen Fachausdruck, gefolgt vom deutschen Fachausdruck (falls dieser nicht ident ist) und der deutschen alltäglichen Bezeichnung, um möglichst transparent mit diesen Begriffen umzugehen.

Außerdem können bereits an diesem Punkt die Grenzen der Quellen eingeschätzt werden. Hier ein Beispiel: Die infektiöse Krankheit *trachoma*/Trachom/chronische Bindehautentzündung ist laut der *World Health Organization* die weltweit häufigste Ursache für Erblindung.[61] Jedes Handbuch räumt dem Trachom im Verhältnis zur gesamten Seitenanzahl des Buches und im Vergleich zu anderen genannten Krankheiten viel Platz ein.[62] In den Publikationen von 1910 und 1917 wird zusätzlich auf die Dienstanweisungen in „Trachoma, Its Character and Effects" von 1907 verwiesen, die noch deutlicher auf die

[58] Lüdtke, *Eigen-Sinn*, 377.
[59] Lüthi, *Invading Bodies*, 150–154.
[60] Blue, *Regulations*, 49.
[61] „Trachoma", Factsheets, World Health Organization, last modified 07.03.2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trachoma (12.12.2022).
[62] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7 – 8. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16–17. Blue, *Regulations*, 38–39.

Erkrankung eingehen.[63] Dadurch ist festzustellen, dass sich das Verständnis der Krankheit *trachoma* im Untersuchungszeitraum vertieft hat, allerdings ist es nicht einmal für den gewählten Forschungsraum durch den Vergleich der Handbücher vollständig, da den Ärzt*innen eine weitere Quelle an die Hand gegeben wird, um die Krankheit zu erkennen.

Eine letzte Beobachtung kann anhand der Einführung des *literacy tests* erläutert werden. Die Debatte um die Einführung eines Tests zur Überprüfung der Lesefähigkeit begann bereits 1891. Im Gesetz verankert wurde sie allerdings erst im Migrationsgesetz von 1917. Dadurch wird zum ersten Mal eine generell für alle Migrant*innen gültige Beschränkung eingeführt. Der Test selbst konnte die nativistische Annahme, dass Migrant*innen einen geringeren Bildungstand als Amerikaner*innen aufweisen, nicht bestätigen. Im Zusammenhang mit der Einführung des Tests ist die *United States Immigration Commission*, auch bekannt als *Dillingham Commission*, wichtig.[64] Autorisiert wurde die Kommission bereits im *Immigration Act* von 1907 und führte zwischen 1907 und 1910 die erste große US-Studie zur Migration durch. Ihre Ergebnisse standen ab 1911 in Form von 41 Bänden zur Verfügung.[65] Hier ergibt sich eine Überschneidung zweier definierter Einflussfaktoren. Wenn das Verstehen der Intelligenz als Teil der Forschung zu psychischen Störungen verstanden wird, kollidiert hier die Untersuchung von nativistisch-politischem Einfluss mit medizinischem Einfluss auf den Krankheitsbegriff.

1.4 Methodik

Nach dem theoretischen Kapitel der Arbeit folgt eine kurze Präsentation von Ellis Island und den wichtigsten Akteur*innen, bevor ich mit der Quellenarbeit und dem Vergleich beginne. Methodisch vergleiche ich die drei Handbücher entlang der von mir festgelegten Einflussfaktoren. Der Einfluss von Medizin und Politik wird dabei auch anhand formaler Kriterien der Texte untersucht. Hier soll nun zur besseren Verständlichkeit je ein Beispiel umrissen werden.

In allen drei Handbüchern werden unter *Class A* Krankheiten aufgelistet, die laut Gesetzesvorlage explizit die Migration in die USA verbieten. Im Handbuch von 1903 wird

[63] Taliaferro Clark, Joseph W. Schereschewsky, *Trachoma, Its Character and Effects* (Washington: Government Printing Office, 1907).
[64] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 31, 45–46.
[65] The Immigration Commission, *Brief Statement of the Conclusions and Recommendations of the Immigration Commsission, with Views of the Minority* (Washington: Government Printing Office, 1910).

nur zwischen *insane persons*/verrückte Personen und *idiots*/Idiot*innen unterschieden.[66] Im „Book of Instructions“ von 1910 werden diese Kategorien erweitert um *imbeciles*/Schwachsinnige, *feeble-minded persons*/geistesschwache Personen und *epileptics*/Epileptiker*innen.[67] 1917 schließlich kommt es zu einer erneuten Erweiterung durch *persons of constitutional psychopathic inferiority*/Personen mit konstitutioneller psychopathischer Inferiorität, *persons with chronic alcoholism*/Personen mit chronischem Alkoholismus und *persons certified as mentally defective*/Personen, die als mental defekt zertifiziert wurden.[68] Rein unter Betrachtung dieser formellen Ebene, ohne Inklusion der detaillierten Beschreibungen von Krankheitsbildern und Hinweisen auf Diagnostik abseits der im Gesetzestext verankerten Kategorien, lässt sich hier bereits oberflächlich eine Entwicklung hin zu einem differenzierteren Verständnis von psychischer Störung erkennen.

Eine allgemeine zunehmende Politisierung kann auch durch die sich steigernde Verrechtlichung der Migration nachgewiesen werden. Im Handbuch von 1903 findet sich ein Gesetzesauszug, basierend auf dem *Immigration Act* von 1891, im Anhang. Dieser Auszug umfasst circa drei Seiten und ist mit inhaltlichen Randüberschriften ausgestattet, worauf die jeweiligen Paragrafen der Gesetzesvorlage folgen.[69] Auch im Handbuch von 1910 wird ein Auszug im Umfang von circa drei Seiten aus dem *Immigration Act* von 1907 angeführt. Allerdings ist dieser an den Anfang des Handbuchs gesetzt und listet nicht einzelnen Paragrafen, sondern ganze Abschnitte des Gesetzestexts auf.[70] Auf Nebenüberschriften wird verzichtet und es folgt nicht eine Beschreibung der Krankheitsbilder, worauf sich das Buch von 1903 konzentriert, sondern eine Auflistung der Pflichten von *medical officers*. Das Handbuch von 1917 versetzt den Auszug aus dem *Immigration Ac*t von 1917 wieder in den Anhang des Textes. Auch hier werden nicht nur Paragrafen, sondern Gesetzesabschnitte in einem Ausmaß von zehn Seiten abgedruckt.[71] Dadurch nimmt der Gesetzestext im letzten Handbuch mehr als das Dreifache an Raum ein. Obwohl der Rechtstext wieder ans Ende des Handbuchs versetzt wird, kann auf andere Weise eine Steigerung der Verrechtlichung erkannt werden. Kapitel 1 und 2 des Buchs weisen bei den einleitenden Aufzählungspunkten einen Quellenverweis in eckigen Klammern zum Migrationsgesetz nach.[72]

[66] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 9–10.
[67] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–8.
[68] Blue, *Regulations*, 24–25.
[69] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 14–16.
[70] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 3–5.
[71] Blue, *Regulations*, 65–75.
[72] Blue, *Regulations*, 5–6, 10–12.

Diese beiden Beispiele sollen nicht nur die Art des formalen Vergleichs exemplarisch wiedergeben, sondern auch ein erstes Abbild der Quellen sein. Im nächsten Kapitel zu den physischen Krankheiten untersuche ich dann anhand des inhaltlichen Vergleichs, wie sich der Krankheitsbegriff entwickelt hat. Im Folgenden und längsten Kapitel konzentriere ich mich auf die psychischen Störungen, die im Zentrum meiner Forschung stehen.

Im letzten Kapitel fokussiere ich mich auf die Handlungsfähigkeit der Migrant*innen, um sie nicht als Objekte, sondern als Subjekte zu erfassen. Die *agency* erarbeite ich über den *repertoire* Begriff, um schließlich an das Konzept vom Eigensinn anzuknüpfen.[73] Der Einfluss von Migrant*innen auf den Krankheitsbegriff soll durch Fälle von Eigensinn untersucht werden. Ein erstes Beispiel von Eigensinn wurde bereits mit der Erkrankung *favus*/Kopfgrind im theoretischen Abschnitt genannt. Diese Form der Schuppenflechte tritt am Kopf auf und führt langfristig zum dauerhaften Haarausfall. In allen drei Handbüchern findet sich dazu folgendes Zitat: „As it is possible during the time occupied by the ocean voyage to remove temporarily, by skill manipulation, all positive clinical evidence of this disease and to make the microscopical diagnosis extremely difficult, care should be taken not to permit these specially prepared cases in which the disease is still active to pass the examination.“[74] Die Manipulation ist dabei ein Ausdruck von Eigensinn, der auf das Verständnis dieser Krankheit dauerhafte Auswirkung hat, indem besonders sorgsam nicht nur nach der Krankheit selbst, sondern auch ihren Vertuschungsmerkmalen Ausschau gehalten werden muss.

Abschließend ist festzustellen, dass die Beantwortung der Forschungsfrage: „Wie verändert sich das Verständnis von Krankheit und krank sein in der Migration von Europa in die USA via Ellis Island zwischen 1880 und 1920 und wer beeinflusst diese Veränderung?“ mit Hilfe der gewählten Quellen jedenfalls beantwortet werden kann. Zum Schluss fasse ich meine Erkenntnisse zusammen, um sie in die Begriffsgeschichte einzuordnen.

2 Sammlung von Arbeitsdefinitionen (Theorie)

Ziel der vorliegenden Thesis ist es, den Einfluss der Untersuchungen von Menschen auf den Krankheitsbegriff des Forschungszeitraums von 1880 bis 1920 anhand dreier Handbücher des *United States Public Health Service* (USPHS) festzustellen. Da es sich hierbei um eine begriffsgeschichtliche Arbeit handelt, ist es unerlässlich, die zentralen Ausdrücke des Themas

[73] Lewis H. Siegelbaum, Leslie Page Moch, *Broad Is My Native Land: Repertoires and Regimes of Migration in Russia's Twentieth Century* (Ithaca: Cornell University Press, 2014).
[74] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8–9. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 13. Blue, *Regulations*, 33.

in der Zeit und ihrer aktuellen Verwendung einzuordnen. Es folgt deshalb als theoretische Grundlage der Thesis die Erläuterung der Begriffe Migration, Gesundheit und Krankheit. Im Fokus steht auch die Handlungsfähigkeit der Migrant*innen, welche in den einzelnen Arbeitsdefinitionen hervorgehoben wird.

2.1 Migration

Laut Dirk Hoerder und Jan und Leo Lucassen lassen Menschen verschiedene Vorstellungen in die Definition von Migration einfließen, die den Begriff im Rahmen des Nationalstaates verknüpfen: „Migranten scheinen von einem Land in ein anderes zu wandern und dabei aufgrund ihrer sichtbar gelebten andersartigen sozialen und kulturellen Charakteristika die Aufmerksamkeit der Mehrheitsgesellschaft auf sich zu ziehen.“[75] Dieser gesellschaftlichen Interpretation von Migration als einmaliges Phänomen der Grenzüberschreitung stehen eine Vielzahl an neuen Konzepten und Ansätzen gegenüber, die die internationale Migrationsforschung seit den 1980er Jahren entwickelte und entwickelt. Die wichtigste Entwicklung in diesem Zusammenhang ist, dass nun auch temporärere Migration und die Rückkehr ins Herkunftsland im Migrationsbegriff und in der -forschung mitberücksichtigt sind.[76]

Jessica Richter, Annemarie Steidl und Anne Unterwurzacher fangen diese Änderungen im Editorial der Ausgabe der „Österreichischen Zeitschrift für Geschichtswissenschaften“ mit dem Titel „Migrationswege – Ways to Migrate“ treffend ein:

> Migrationen sind vielfältige und mehrdimensionale soziale Phänomene und Grundlage menschlicher Gesellschaften, wie Leslie Page Moch und Dirk Hoerder am Ende des 20. Jahrhunderts geschrieben haben. Colin Pooley sieht Menschen als „naturally restless creatures“; aber angesichts der Unterschiedlichkeit ihrer Wanderungen – und der relativen Sesshaftigkeit anderer Menschen über kürzere oder längere Zeiträume – ist „Migration“ schwer auf den Begriff zu bringen.[77]

Es macht durch die Erweiterung des Migrationsbegriffs ab den 1980er Jahren deshalb durchaus Sinn, den Begriff in jeder Arbeit zum Thema Migration schlüssig zu definieren. Hier sind kurz zwei Beispiele angeführt.

---

[75] Dirk Hoerder, Jan Lucassen, Leo Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung“ in: *Enzyklopädie Migration in Europa*, ed.: Klaus J. Bade, et.al. (Paderborn: Ferdinand Schönigh GmbH & Co KG, 2007), 28.
[76] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung“, 28.
[77] Jessica Richter, Annemarie Steidl, Anne Unterwurzacher, „editorial: auf neuen wegen, in jede richtung“ in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften (OeZG) 31/1, ed. Jessica Richter, Anne Unterwurzacher (Innsbruck: StudienVerlag, 2020), 7.

Einen spezifischen Migrationsbegriff verwendet Tobias Brinkmann. Sein Artikel war impulsgebend für die vorliegende Arbeit.[78] Seinen Forschungsschwerpunkt setzt Brinkmann auf den Weg, den Migrant*innen zurücklegten. Er arbeitet deshalb mit dem Begriff Transmigrant*innen.[79] Der Duden übersetzt das aus dem Lateinischen stammende Präfix trans- mit hindurch, quer durch, (hin-)über oder jenseits. Ausdruck findet es sowohl auf der lokalen und temporalen Ebene als auch im übertragenen Sinn. Durch die Inklusion der Vorsilbe kann Brinkmann die Definition von Zeit in Form von Dauer umgehen. Außerdem erhält der Raum in Form von nicht-festgelegtem Ort einen untergeordneten Stellenwert gegenüber dem Prozess der Bewegung.

Indem sie die historische Entwicklung des Begriffs Migration aufschlüsselt, geht Annemarie Steidl auf die Problematik der Festlegung von Raum und Zeit im Zusammenhang mit Migration in „On Many Routes" explizit ein.[80] Diese inkludiert sie, als sie die Schwierigkeit der Abgrenzung des Begriffs Migration vom Begriff Mobilität diskutiert. Der Migrationsbegriff wurde eingeführt, um ein soziales Phänomen des 19. Jahrhunderts zu beschreiben, das im Zusammenhang mit Imperien und sich entwickelnden Nationalstaaten auftrat. Vor allem die Dokumentation der Bewegung aus dieser Zeit zwang Migration in die starren Kategorien von Emigrant*innen oder Immigrant*innen und band sie dauerhaft an die Grenzüberschreitung. Auch hier herrschte die Annahme vor, dass Migration eine Bewegung auf Dauer war. Demgegenüber steht, dass sich Menschen schon lange vor der Einführung von Nationalstaaten oder Verwaltungsapparaten im Raum bewegten. Eine zwingende Bindung an den Grenzbegriff ist dabei genauso wenig sinnvoll wie an die Dauer der Übersiedlung des Lebensraumes.[81] Aus der Begriffsdiskussion von Mobilität und Migration leitet Steidl folgende Definition ab:

> In this book, I define migration in the widest sense, including all changes of residence, irrespective of distance moved or durations of any given stay. A broad definition of migration is one that includes all permanent or semipermanent changes of residence with no restriction on distances moved. It can describe short-term and permanent changes of residence, as well as frequently recurrent patterns of seasonal, circular, or permanent mobility, such as vagrants or traveling people. The term migration will be applied to international and administrative border crossings, as well as to short-distance and transoceanic movements.[82]

[78] Brinkmann, „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin".
[79] Vgl. Brinkmann, „Points of Passage", 2–3. Tobias Brinkmann, "From Oświęcim to Ellis Island: Jewish and Other Transmigrants and the Evolution of Border Controls Along Germany's Eastern Border, 1885–1914" in *Between the Old and the New World: Studies in the History of Overseas Migration*, ed. Agnieszka Małek, Dorota Praszałowicz (Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH -Verlag der Wissenschaften, 2012), 110.
[80] Steidl, *On Many Routes.*
[81] Steidl, *On Many Routes,* 10.
[82] Steidl, *On Many Routes,* 11.

Anhand der ersten beiden Definitionsversuche und der beiden konkreten Beispiele wird deutlich, dass man in der Geschichtswissenschaft grundsätzlich mit einem breiten Migrationsbegriff arbeitet, den man auf die jeweilige Forschungsfrage passend zuschneidet. Hier möchte ich mich weiter an „Terminologien und Konzepte der Migrationsforschung" orientieren. In diesem Vorwort werden Ansätze und Terminologien entwickelt, um historisch den Prozess der Migration zu erforschen. Dazu stellen Hoerder, Lucassen und Lucassen Formen und Klassifikationen sowie Regime und Systeme vor. Mein Ziel ist, diese Kategorien vorzustellen, um parallel mein Forschungsthema zu integrieren und abschließend einen themenspezifischen Migrationsbegriff abzuleiten.

Bei den Formen der Migration muss zunächst eine Trennung von Migration und Mobilität erfolgen. Die Autoren betonen hier wieder, dass Migration nicht an die Überschreitung von Landesgrenzen gebunden ist. Eingebunden ist jedoch der Prozess der Wanderungsentscheidung und die Abgrenzung von der Kurzzeitmobilität, wie tägliches und wöchentliches Pendeln oder die Kurzstreckenmobilität; hier ist als Beispiel der Umzug innerhalb einer Gemeinde angeführt. Zu den Formen der Migration ist eine übersichtliche Tabelle in das Vorwort inkludiert. In dieser Typologie der Migration wird nach Motiv, Distanz, Richtung, Dauer des Aufenthalts, sozioökonomischem Raum und wirtschaftlichem Sektor gefragt. Anhand des gewählten Forschungsthemas bezieht sich mein Migrationsbegriff mehrheitlich auf wirtschaftlich motivierte Migrant*innen.[83] Während der Industrialisierung gab es einen immensen Bedarf an Arbeitskraft in den USA, auch für sogenannte *low-skilled workers*, die zum Beispiel in Minen arbeiteten.[84] Da ich mich auf europäische Migrant*innen konzentriere, mussten sie unter dem Punkt Distanz eine sogenannte größere Entfernung überwinden, um ihr (vorübergehendes) Ziel zu erreichen und um zurückzukehren. Die Richtung der Migration kann ich nicht aus Sicht der Migrant*innen, sondern nur aus der Perspektive der gewählten Quellen bestimmen. Da sich die Migrationsbehörden und die Ärzt*innen des USPHS für alle ankommenden Migrant*innen interessierten und keinen Unterschied machten, ob jemand zum wiederholten Mal einreiste, steht die Hinwanderung im Zentrum der Untersuchung. Die Dauer des Aufenthalts ist nebensächlich. Auch der sozioökonomische Raum ist durch die Forschungsfrage ausgeklammert. Durch die Tabelle werden Formen und Klassifikationen von Migration vermischt. Eindeutig hervor geht dabei, dass in meinem Fall internationale Migrant*innen im Fokus stehen. Einige Aspekte der modernen Migrationsforschung kann ich

[83] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung", 36–37.
[84] Steidl, *On Many Routes*, 101.

durch die Untersuchung der Ankunft nicht berücksichtigten, durch dieses Beispiel finden sie aber genügend Raum, um trotzdem ein breiteres Verständnis von Migration wiederzugeben.

Die Diskussion über Migrationsregime im Vorwort der Enzyklopädie beschränkt sich auf die Regime in Europa ab der frühen Neuzeit. Hier möchte ich mich im Zusammenhang mit meiner Arbeit auf die Erklärung des Regimebegriffs konzentrieren. Ausgangspunkt ist, dass Migrationsprozesse nur bis zu einem gewissen Grad einer Eigendynamik unterliegen. Der Regime-Ansatz zeigt die Grenzen der Autonomie von Migration auf und differenziert die spezifischen Formen von Migration der unterschiedlichen Regime.[85] Anhand der zeitlichen Aufteilung fällt mein Untersuchungszeitraum in das Ende des Abschnitts „Von indirekter zu direkter Herrschaft: Nationalstaat und Migrationsregime im 19. Jahrhundert" und den Beginn von „Das Migrationsregime des liberalen Wohlfahrtsstaates im 20. Jahrhundert".[86] Der Fall der USA lässt sich hier kaum einordnen. Betonen möchte ich, dass der Untersuchungszeitraum in das Zeitalter des *Progressivism* fällt, in dem Vincent Cannato eine Erstarkung des Nationalstaats durch eine intensivere Regulierungsfunktion nachweist.[87]

Hoerder, Lucassen und Lucassen beschäftigen sich anschließend mit Wanderungssystemen: „Wanderungssysteme zeichnen sich aus durch empirisch verifizierbare Abwanderungen vieler Individuen aus einer nach geographischen und wirtschaftlichen Kriterien definierten Region, die über einen längeren Zeitraum hinweg in einen durch steten Informationsfluß bekannten Zielraum führen."[88] In diesem Fall findet sich das in der Thesis bearbeitete Wanderungssystem sogar teilweise wieder, in den drei Hauptbewegungen des 19. Jahrhunderts, zu denen „die vornehmlich proletarische Massenauswanderung von Nordwesteuropa nach Nordamerika" zählt.[89] Hier muss ich allerdings differenzieren.

Im langen 19. Jahrhundert gab es zwei große Migrationsgruppen, die aus Europa in die USA migrierten. Die *old migrants* erreichten dabei Amerika zwischen 1820 und den 1850ern und kamen vorrangig aus Nordwesteuropa. Die *new migrants* kamen aus Ost- und Südeuropa.[90] Wichtig ist hier hervorzuheben, dass es sich bei all jenen um neue Migrant*innen handelte, die zwischen 1880 und dem 1. Weltkrieg in den USA ankamen. Diese zeitliche Abgrenzung führt zu einer Überschneidung mit dem festgelegten Forschungszeitraum meiner Arbeit von

[85] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung", 39–40.
[86] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung", 42–45.
[87] Cannato, *American Passage*, 12.
[88] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung", 45.
[89] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung", 46.
[90] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 3031.

1880 bis 1920. Während ich einen breiten Zugang zum Migrationsbegriff anwende, können zeitliche und örtliche Kontextualisierungen unter anderem durch die Verwendung abgrenzender Begriffe, wie *new migrants,* vorgenommen werden.[91]

Ein letzter Aspekt muss noch aufgrund der Beobachtungen von Richter, Steidl und Unterwurzacher inkludiert werden. Migrant*innen treten in der Forschung nicht mehr als Objekte auf. Die Abschnittsüberschrift „Regulierung, Aushandlung, Eigensinn" greift zufälligerweise das Konzept vom Eigensinn bei Migrant*innen auf, wobei ich mich dabei auf die Anwendung der Theorie von Alf Lüdtke konzentriere.[92] Die Autorinnen betonen:

> Die Wirksamkeit rechtlich-administrativer Regulierungen wurde dabei häufig überschätzt und die Strategien, Taktiken und Alltagskämpfe (potentieller) Migrant*innen ignoriert. Aktuelle Ansätze versuchen verstärkt, die Perspektiven einer Vielzahl von Akteur*innen in die Theoriebildung aufzunehmen und das Wechselspiel zwischen Mobilitätspraktiken und Regulierungsversuchen nachzuzeichnen.[93]

Im letzten Kapitel zum Eigensinn versuche ich mich in diese Tradition einzugliedern, indem ich das wirkmächtige Auftreten von Migrant*innen in den Handbüchern untersuche.

Bisher lässt sich also folgende Arbeitsdefinition für Migration ableiten: Migration ist die Bewegung von Menschen, die diesen Prozess individuell beeinflussen können, durch Raum und Zeit. Im konkreten Fall bewegen sich europäische Migrant*innen, historisch definiert als *new migrants*, von Europa über den Atlantik in die USA.

Es stellt sich nun abschließend die Frage, ob diese Definition auf die Thesis angewendet werden kann. Schließlich lässt sich aus der Erläuterung von Migration ableiten, dass es sich bei den Migrant*innen innerhalb des Untersuchungszeitraumes um international Migrierende aus Ost- und Südeuropa auf dem Weg in die USA handelte. Um dieser Frage nachzugehen, inkludiere ich in einem letzten Schritt die verwendeten Quellen. Da es sich dabei um medizinische Handbücher handelt, wird der Begriff Migration per se nicht diskutiert. Interessanterweise verwendet aber nur das erste Handbuch aus dem Jahr 1903 im Titel „Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants" einmalig den Begriff Immigrant*innen.[94] Neben der Bezeichnung Passagier*innen kommt oft der Begriff *aliens* für Ausländer*innen zum Einsatz. Die Handbücher von 1910 und 1917 halten fest, dass die Ärzt*innen nur Personen untersuchen durften, die unter das gültige Migrationsgesetz fielen.

[91] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 30–31.
[92] Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn", 150.
[93] Richter, Steidl, Unterwurzacher, „editorial: auf neuen wegen, in jede richtung", 19.
[94] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 1.

Ausgenommen waren deshalb alle Personen, die rechtlich gesehen Amerikaner*innen waren. Diese Feststellung war Aufgabe der Migrationsbeamt*innen, die entsprechende Zertifikate ausstellten.[95] Dabei spielte es keine Rolle, ob die Migrant*innen zum ersten oder wiederholten Mal ins Land einreisen wollten. Im Laufe des Untersuchungszeitraums veränderte sich die Gesetzeslage auch dahingehend, dass Migrant*innen, die bereits mehrere Jahre in den USA verbracht hatten, nach einer Überprüfung aus medizinischen Gründen des Landes verwiesen werden konnten.[96] Zeit und Raum spielten deshalb für die Organe der USA und vorrangig den Ärzt*innen auf den Migrationsstationen eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund stand die Überprüfung von Menschen in Bewegung, die keine Amerikaner*innen waren.

2.2 Gesundheit

Warum muss in einer Arbeit, die sich mit der Entwicklung des Krankheitsbegriffs beschäftigt, Gesundheit definiert werden? Diese Frage ist leicht beantwortet. Weder gab es noch gibt es in der Medizin eine allgemein gültige Definition von Krankheit.[97] Diese Stellungnahme diskutiere ich im folgenden Abschnitt im Detail. Eine kurze Erörterung des Gesundheitsbegriffs ist also notwendig. Die *World Health Organisation* (WHO) nimmt Abstand davon ‚Erkrankung' zu definieren. Stattdessen ist folgender Gesundheitsbegriff in ihrer Verfassung verankert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."[98] Diese Definition hat seit 1948 bis heute Gültigkeit. Daraus lässt sich schließen, dass das Verständnis von Gesundheit breiter aufgestellt ist als jenes von Krankheit. Das Gegenteil von Krankheit ist also Gesundheit, während das Gegenteil von Gesundheit nicht Krankheit ist.

Auch der Brockhaus übernimmt die Definition der WHO. Eine endgültige Definition für die Wissenschaft zu finden, sei allerdings schwierig, da sich der Begriff an individuellen Maßstäben orientiert. Durch die Formulierung individuell lässt sich hier das Konzept vom Eigensinn einbinden. Während die USA eine migrierende Person aufgrund der Rechtslage als krank identifizierte, konnte sich die Person selbst als gesund wahrnehmen. Dies erklärt auch,

[95] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 22. Blue, *Regulations*, 22.
[96] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 30. Blue, *Regulations*, 12.
[97] Volker Hess, Rainer Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive" in: *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015), 9.
[98] World Health Organization, *Basic Documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*, (Geneva: World Health Organization, 2020), 1.

warum einige Krankheitsmerkmale vertuscht wurden, um trotz gegenteiliger Rechtslage ins Land einreisen zu können.[99]

Die Encyclopedia Britannica bringt zwei weitere Aspekte in die Begriffsdefinition mit ein. Hier muss der Gesundheitszustand andauernd sein, und das Ergebnis ist, dass der Lebensalltag gemeistert werden kann. Es wird aber auch Bezug darauf genommen, dass es sich um eine von vielen Definitionsmöglichkeiten handelt und einige Beispiele werden angeführt. Auch wenn Gesundheit als das Gegenteil von Krankheit verstanden wird, muss es sich dabei um einen dauerhaften Zustand handeln. Im Gegensatz zur Migration ist also für Gesundheit die Dauer ein wichtiger Faktor. Außerdem wird hier die Umwelt berücksichtigt. Ein nicht unwesentlicher Faktor, da erst zu Beginn des Forschungszeitraums die miasmatische Theorie von der Bakteriologie abgelöst wurde. Bis dahin dachte man, dass nur äußere Umwelteinflüsse ausschlaggebend für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung waren, während man heute davon ausgeht, dass ein gesunder Mensch in seiner Umwelt zurechtkommen muss.[100]

Meine Definition sollte also wie folgt lauten: Gesundheit ist ein andauernder Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens von Individuen in ihrem Umfeld und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Wer gilt aber im Zusammenhang mit der Migration in die USA als gesund? „In the context of industrial-era America, immigrants who would wear out prematurely, requiring care and maintenance rather than supplying manpower, would not make ‚good' citizens."[101] Nach Bateman-House und Fairchild war eines der wichtigsten Kriterien der Immigrationsbehörden der USA, dass Migrant*innen durch Einbringung ihrer Arbeitskraft einen ökonomischen Vorteil erbrachten und nicht im Umkehrschluss zur (finanziellen) Belastung wurden. Auch Roger Daniels nimmt explizit Bezug darauf, dass es mit Hilfe der „*likely to become a public charge*" (LPC)-Klausel Ziel war, möglichst viele Menschen vor der Einreise in das Land abzuhalten, die nicht selbst ihren eigenen Lebensunterhalt bestreiten konnten. Er geht sogar noch einen Schritt weiter und stellt die Behauptung auf, die Klausel führte dazu, dass auch gesunde Menschen aufgrund ihrer Armut von der Einreise ausgeschlossen wurden.[102]

[99] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8–9. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 13–14. Blue, *Regulations,* 33–34.
[100] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs", 9.
[101] Bateman-House, „Fairchild, Medical Examination of Immigrants at Ellis Island", 235.
[102] Daniels, *Guarding the Golden Door,* 28.

Während die bereits erarbeitete Definition von Gesundheit also heute Gültigkeit hat, muss sie für die historische Benutzung im Kontext der Forschungsfrage noch um einen Aspekt erweitert werden: Gesundheit ist ein dauerhafter Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens von Individuen in ihrem Umfeld, die dadurch ihren eigenen Lebensunterhalt bestreiten können, und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Aufbauend auf diesem allgemeinen Verständnis von Gesundheit, das den wichtigsten Aspekt für die Erarbeitung der Forschungsfrage inkludiert, kann nun der Krankheitsbegriff untersucht werden.

2.3 Krankheit

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff ist bereits erwähnt, dass es keinen allgemeinen Krankheitsbegriff gibt. Das ist nur zum Teil richtig. Es gibt innerhalb der Medizin keinen allgemeingültigen Krankheitsbegriff. Welche anderen Faktoren darauf Auswirkung haben und wie ich trotzdem eine sinnvolle Arbeitsdefinition ableiten konnte, ist Inhalt dieses Kapitels.

Die Untersuchung von Krankheiten durch die Wissenschaft der Medizin ist die Pathologie. Zu ihr zählen die Gründe für das Auftreten einer Erkrankung, das Verständnis für die Entwicklung, die strukturellen Veränderungen im Verlauf der Krankheiten und die funktionellen Konsequenzen dieser Veränderungen. Nur unter Berücksichtigung dieser Kategorien kann laut Britannica online eine Behandlung vorgenommen werden. Durch die Pathologie ist die Möglichkeit einer allgemeinen Begriffsdefinition bereits eingeschränkt, da diese das Vorliegen einer Erkrankung immer mit organischen Schäden in Zusammenhang bringt.[103]

Es ist an dieser Stelle deshalb erneut sinnvoll, einen interdisziplinären Zugang zur Begriffsdefinition zu wählen, in dem medizinische und psychiatrische Betrachtungsweisen angewandt sind. Ein wahrer Glücksgriff ist dabei eine Ausgabe der deutschen Zeitschrift „Der Nervenarzt“ aus dem Jahr 2015, die die Problematik der Begriffsdefinition von Krankheit und der Inklusion von psychischen Krankheiten oder Störungen thematisiert.[104] Die Autoren Volker Hess und Rainer Herrn stellen in ihrer historischen Betrachtung zur Funktion des Krankheitsbegriffs fest, dass die Pathologie, als Instrument der Wissenschaft Medizin, nicht

[103] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs“, 9.
[104] Volker Arolt, et. al., *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015).

alleine in der Lage ist, einen Krankheitsbegriff zu definieren.[105] Dieser muss unter Einbezug des Psychischen, der sozialen Umwelt und der subjektiven Verarbeitung begriffen werden. Einzelkrankheiten können mit Hilfe der naturalistischen Krankheitstheorie bestimmt werden. Diese Methodik wird seit dem 18. Jahrhundert angewandt. Sie erkennt die Krankheit, heute spricht man bei dieser Methodik von Störung, als natürliches Objekt, das durch sein typisches Erscheinungsbild und den regelhaften Verlauf beschrieben, verglichen und kategorisiert werden kann.

Um einen allgemeinen Krankheitsbegriff zu erarbeiten, müssen allerdings zwei Ebenen inkludiert werden. Die subjektive Verarbeitung meint dabei das Empfinden des Betroffenen, während die soziale Umwelt am konkreten Beispiel mit der Sozialversicherung oder der Rechtsprechung umschrieben ist. Um diese drei Aspekte, Ärzt*innen, Patient*innen und Gesellschaft, in Einklang zu bringen und einen Krankheitsbegriff abzuleiten, überarbeiten die Autoren das Rothschuhsche Schema der triadischen Relation.[106] *Aegritudo* ist das Kranksein in der Erfahrung des Kranken, *Nosos* meint die Erkrankung als ärztlichen Handlungsauftrag, unter *Pathos*, abgeleitet von der Pathologie, versteht man die Krankheit als epistemisches Objekt, *Insalubritas* ist die Krankheit als Gegenstand öffentlicher Maßnahmen und zuletzt *Infirmitas* bezeichnet die Krankheit als Gegenstand sozialer Unterstützung. Innerhalb dieses Spannungsfeldes, deren Zwischenschritte im Folgenden grafisch dargestellt werden, muss das Verständnis von Krankheit angeordnet sein. Die Funktionen von Krankheit dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden, um Missbrauch zu vermeiden.[107] Diese Gliederung lässt sich ideal auf die Forschungsfrage anwenden.

Die Ärzte des *United States Public Health Service* (USPHS) hatten die Aufgabe Krankheiten zu erkennen (=*Pathos*). Als Gegenstand öffentlicher Maßnahmen (=*Insalubritas*) war es ihre Aufgabe, möglichst alle Migrant*innen von der Einreise in die USA abzuhalten, die aufgrund eines rechtlich definierten Krankheitszustandes zum Gegenstand sozialer Unterstützung (=*Infirmitas*) werden konnten. Zuletzt kann der Eigensinn in dieser Konstellation erhalten bleiben, wenn das Kranksein in der Erfahrung des Kranken (=*Aegritudo*) berücksichtigt wird. Missbrauch liegt zum Beispiel dann vor, wenn ein *Pathos* integriert wird, dessen Ziel nicht

[105] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs“, 9.
[106] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs“, 12. Die Autoren beziehen sich hier auf das Schema von Karl Eduard Rothschuh, *Prinzipien der Medizin. Ein Wegweiser durch die Medizin* (München: Urban und Schwarzenberg, 1965).
[107] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs“ 10–12.

die Heilung einer erkrankten Person ist, sondern die Abwendung einer möglichen *Infirmitas* bei einer nicht-kranken Person.

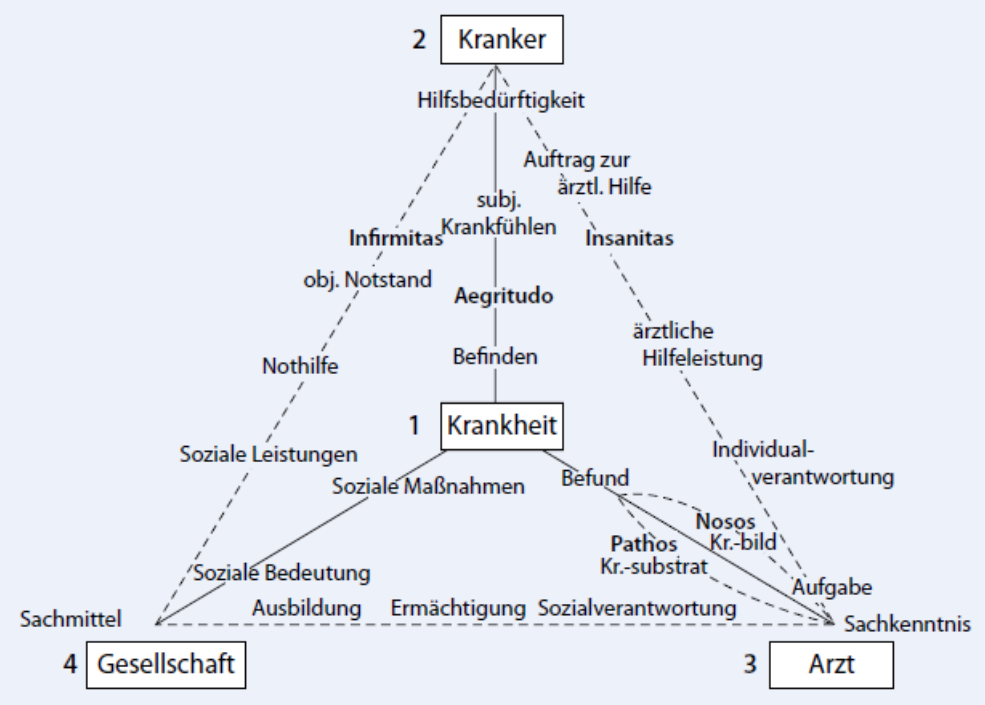


Abbildung 1: Die relationale Bestimmung von Krankheit, in: Volker Hess, Rainer Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive“, *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015), 12.

Anhand dieser triadischen Darstellung kommen Hess und Herrn zu dem Schluss, dass Krankheit immer eine normative Setzung ist.

> Die Bewertung einer Abweichung, Regelwidrigkeit und Abnormität als krankhaft ist eine Entscheidung und somit eine normative Setzung. Solche Setzungen werden über die Wahl des mathematischen Verfahrens (Durchschnittsberechnung, Standardabweichung, etc.) oder als konventionelle Übereinkunft getroffen. Denn was normal heißt, ist nicht notwendigerweise gesund, und was abnorm, ist nicht zwangsläufig pathologisch – sowohl in individueller wie kollektiver Hinsicht.[108]

Krankheit ist also die normative Setzung des Begriffs, beeinflusst von Ärzt*innen, erkrankten Personen und Gesellschaft sowie ihrer Vertreter*innen. Diese normative Setzung vom Krankheitsbegriff verändert sich im Laufe der Zeit. Deshalb muss ein aktuelles Verständnis von Krankheit dem historischen Verständnis des Begriffs im Rahmen der Forschungsfrage gegenübergestellt werden. Einige allgemeine Beobachtungen finden sich dazu bei Barbara Lüthi. Sie stellt fest, dass die Assoziation von Krankheiten mit Migrant*innen eine prominente Stellung im öffentlichen Diskurs und der kollektiven Erinnerung der USA im 19.

[108] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs“, 14.

und 20. Jahrhundert einnimmt. Für epidemische Krankheitsausbrüche erklärt man unterschiedliche Nationengruppen von Migrant*innen als schuldig. Im Zusammenhang mit Krankheiten und ihren Geschichten verweist Lüthi darauf, dass sie vielfach auch als ökonomisches Problem und als biologische Bedrohung definiert wurden. Speziell für Ellis Island bringt sie an dieser Stelle auch eine wichtige Beobachtung unter.

> Auf Ellis Island und in den Reihen des USPHS wird zudem erkennbar, dass Krankheiten auch Debatten über die Gesellschaft und Gesellschaftspolitik mitbestimmen; Hier werden das Normale und das Gesunde definiert, und die zunehmende Klassifikation unterschiedlicher Krankheiten verweist in den Augen der medizinischen Behörden – gerade auch in Bezug zur Immigration – auf einen pathogenen Gesellschaftszustand.[109]

Die Wahrnehmung und das Empfinden der erkrankten Personen bzw. Migrant*innen findet in Lüthis Beobachtung keinen Raum, dafür ist aber das Verhältnis von Krankheit, Ärzt*innen und Gesellschaft nachweisbar. Ziel dieser Arbeit ist es die Krankheitsdefinition nach dem triadischen Schema inklusive der Abbildungen von der Wahrnehmung der erkrankten Personen unter den Migrant*innen anzuwenden, um eine Entwicklung herauszuarbeiten.

Um diesen Krankheitsbegriff anzuwenden, also abzuleiten welche genormte Setzung im Untersuchungszeitraum Gültigkeit hat, muss allerdings eine weitere Debatte mit aufgenommen werden. Spricht man von psychischen Erkrankungen oder von psychischen Störungen?

2.3.1 Psychische Störungen

Während sich die Medizin davor drückt, einen allgemeinen Krankheitsbegriff zu definieren und sich auf einzelne Krankheiten konzentriert, hat die Psychiatrie genau mit diesem Fehlen große Probleme. Die Disziplin der Psychiatrie sucht sich dabei Hilfe bei der anthropologischen Theologie. In der Ausgabe des Nervenarztes vom Juni 2015 wird der Begriff ‚Funktion' von Thomas Schramme wie folgt definiert: „Funktionen [sind] solche Effekte, die zur Aufrechterhaltung des Organismus bzw. seinem selbständigen Überleben beitragen."[110] Erkrankungen sind im Umkehrschluss durch eine Beeinträchtigung wesentlicher Funktionen definiert, das heißt für das Überleben des Individuums relevante Organe. An einem Beispiel erklärt: Die biologisch determinierte Unfähigkeit die Zunge zu rollen ist kein Symptom einer Erkrankung, nicht schlucken zu können allerdings schon. Ein

[109] Lüthi, *Invading Bodies*, 23.
[110] Thomas Schramme, „Psychische Krankheit als Störung wesentlicher Funktionen" in: *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015), 16.

Kind mit einem Sprachfehler bekommt durch die Logopädie Hilfe, um diesen zu korrigieren, medizinisch gesehen ist es aber nicht krank.

In seinem Artikel „Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens“ greift Andreas Heinz diese Definition auf, um herauszuarbeiten, warum es im Falle von psychischen Krankheitsbildern besser ist von Störungen zu sprechen.[111] Ihm zufolge steht bei der Definition eines Krankheitsbegriffs im Vordergrund die erkrankte Person zu schützen. Keinesfalls sollte man Verhaltensweisen pathologisieren, die sozial missbilligt werden. Die Pathologisierung von Verhaltensweisen, die sozial missbilligt werden, muss verhindert werden. Ob ein Missbrauch im Zusammenhang mit der Migration in den Vereinigten Staaten stattgefunden hat, wird im entsprechenden Kapitel zu psychischen Störungen in den Handbüchern diskutiert. Während die Medizin Erkrankung durch eingeschränkte oder gestörte Organfunktionen feststellen kann, arbeitet die Psychiatrie mit komplexen psychischen Funktionen. Exemplarisch angeführt sind die Wachheit, die Orientierung, die affektive Schwingungsfähigkeit und die Zurechenbarkeit eigener Intentionen. Um diese komplexen Funktionsstörungen berücksichtigen zu können, bedient sich Heinz an angloamerikanischen Begriffsoptionen, die dreiteilig sind.[112]

Was durch die Medizin als Krankheitsaspekt erkannt wird, ist mit *disease* – Krankheit bezeichnet. Um erkrankte Personen allerdings als solche zu bezeichnen, muss auch ein Schaden für die Betroffenen entstehen. Sie müssen sich krank fühlen, was mit *illness* bezeichnet wird. Falls sie sich nicht krank fühlen, sollten Patient*innen als krank gelten, wenn es zu einer Beeinträchtigung der für die soziale Teilhabe relevanten alltäglichen Fähigkeiten kommt. Dazu zählen unter anderem die Nahrungsaufnahme oder die persönliche Hygiene. Man spricht dann von *sickness*. Anhand dieser zwei verschärfenden Kriterien lässt sich erkennen, ob Patient*innen an einer Erkrankung im eigentlichen Sinn leiden. Darüber hinaus gibt es unzählige Leidenszustände, die nicht die Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten zur Folge haben, aber trotzdem objektiviert und klassifiziert werden können. In diesem Fall ist nach Heinz von einer Störung zu sprechen.[113] In der Untersuchung der Handbücher habe ich deshalb besonders darauf geachtet, ob es sich nach heutigem Verständnis um eine Krankheit oder eine Störung handelt.

[111] Andreas Heinz, „Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens“, *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015), 36–41.
[112] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 40.
[113] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 36–38.

Da ich in dieser Arbeit einen Fokus auf psychische Störungen lege, müssen diese also auch in die Definition des Krankheitsbegriffs inkludiert werden. Dieser ist wie folgt zu verstehen:

Krankheit und psychische Störung sind die normative Setzung der Begriffe, beeinflusst von Ärzt*innen, erkrankten Personen und Gesellschaft sowie ihrer Vertreter*innen.

Innerhalb der Handbücher wird diese Unterscheidung nicht vorgenommen, was auf einen abschließenden Punkt hinweist. Geschichtswissenschaftler*innen müssen sich mit Haltungen, Werten und auch Sprache auseinandersetzen, die sich seit der Untersuchungsperiode verändert hat. Dazu fügen die Wissenschaftler*innen ihren Arbeiten entsprechende Stellungnahmen hinzu. Gängig ist das vor allem im Zusammenhang mit rassistischen Ausdrücken.[114] Bei mentalen Störungen ist eine solche Stellungnahme auch notwendig. Schließlich war ‚Idiot' zwischen 1880 und 1920 eine Bezeichnung für eine psychische Störung, während man den Begriff heute im alltäglichen Gebrauch als Schimpfwort verwendet.

John T.E. Richardson entscheidet sich bei seiner Arbeit rund um den Wissenschaftler Howard Knox dazu historische Begriffe zu reproduzieren. Er argumentiert, dass es anachronistisch und ahistorisch wäre, den historischen Akteur*innen heutige Einstellungen in den Mund zu legen. Nach ihm ist davon auszugehen, dass die heute verwendeten Begriffe in Zukunft auch als abwertend verstanden werden könnten.[115] Während ich keinen Einfluss auf zukünftige Haltungen in Bezug auf psychische Störungen habe, möchte ich aber Richardsons Einstellung widersprechen. Sprache ist Ausdruck von Lebensrealität und Krankheitsbegriffe manifestieren sich durch normative Setzung. Auch deswegen habe ich mich dazu entschieden die untersuchten Krankheiten und Störungen bei Erstnennung nach dem Schema historische Bezeichnung/kontemporäre Bezeichnung in englischer Sprache/kontemporäre Bezeichnung in deutscher Sprache anzugeben, um bei wiederholter Aufzählung mit der zeitgemäßen Krankheitsbezeichnung arbeiten zu können. So ist es mir möglich eine zwar historisch korrekte, aber abwertende Sprache in einem möglichst geringen Ausmaß zu reproduzieren.

[114] Vgl. C. Richard King, „Author's Note on Language" in *Redskins: Insult and Brand* (Lincoln: University of Nebraska Press, 2016), xii. In seiner Stellungnahme verweist er darauf, dass er das R-Wort nur im Titel wiedergibt, weil es sich dabei um ein rassistisches Schimpfwort handelt.
[115] Richardson, „*Howard Andrew Knox*", xxix.

3 Ellis Island: Die erste föderale Migrationsstation der USA

Während Ellis Island in Europa eher unbekannt ist, hat beinahe jedes amerikanische Schulkind schon davon gehört. Das zeigt die Vielzahl an Unterrichtsmaterialien und Arbeitsaufträgen, die mir bei meiner Recherche begegnet sind.[116] In der langen Geschichte der Insel ist sie in ihrer Funktion als Migrationsstation der USA im kollektiven Gedächtnis des Landes verankert. Ziel dieses Kapitels ist es, den Ort meiner Forschungsfrage vorzustellen. Nach einem kurzen Überblick über die Entstehungsgeschichte und der Verortung der Insel erläutere ich, warum Ellis Island einen besonderen Stellenwert in der Migrationsgeschichte der Vereinigten Staaten einnimmt und wie es dazu kam.

3.1 Entstehungsgeschichte

Ellis Island liegt im oberen New York Harbor, nur einige hundert Meter vor der Küste von New Jersey. Der New York Harbor entstand durch die Gletscherschmelze vor 12 bis 15.000 Jahren.[117] Dadurch formte sich eine Inselgruppe im Hudson River, nämlich New York City. Sie hat eine Küste von 600 Meilen. Von den vier Hauptinseln ist nur die Bronx Teil des Festlands. Die Stadt besteht neben Manhattan, Staten Island und Long Island aus vierzig weiteren Inseln. Dabei war Ellis Island nicht die einzige Insel mit einer sozial-regulierenden Funktion. So befand sich auf Hart Island der Armenfriedhof. Blackwell Island, heute Roosevelt Island, war einst Standort einer psychiatrischen Anstalt für Gefängnisinsassen und ein Stadtkrankenhaus. Bis heute befindet sich auf Rikers Island das Stadtgefängnis von New York City. Auf North Brother Island verbrachte „Typhoid Mary“ Mallon fast dreißig Jahre im Krankenhaus für ansteckende Krankheiten.[118] Als gesunde Trägerin von Typhus ist sie Beispiel dafür, wie das medizinische Verständnis von Krankheit vom öffentlichen Verständnis abwich. Obwohl Mary Mallon nach drei Jahren auf der Insel versprach, nicht mehr ihrer Tätigkeit als Köchin nachzugehen, brach sie dieses und war deshalb nicht nur einmal 1907, sondern auch ein zweites Mal 1915 für einen tödlichen Typhusausbruch in New York verantwortlich. Sie konnte nicht verstehen, dass sie Menschen mit einer Krankheit ansteckte, obwohl sie selbst nicht krank war. In einer Broschüre des *New York City*

[116] Vgl. Tamara L. Britton, *Ellis Island: Symbols, Landmarks, and Monuments* (Edina: Abdo Consulting Group Inc., 2004). „Educational Resources“, The Statue of Liberty, Ellis Island Foundation, https://www.statueofliberty.org/discover/educational-resources/ (05.11.2023). National Park Service, „Curriculum Materials“, https://www.nps.gov/elis/learn/education/classrooms/curriculummaterials.htm (05.11.2023).
[117] Cannato, *American Passage*, 24. Stakley, *Cultural Landscape Report*, 13.
[118] Cannato, *American Passage*, 24.

Department of Health and Mental Hygiene wird sie deshalb als „[…] the most notorious infectious disease carrier of the century“ bezeichnet.[119]

Bevor man auf Ellis Island die erste föderale Migrationsstation mit Vorbildwirkung für das ganze Land errichtete, hatte die Insel eine Reihe verschiedener Namen. Die Insel hatte eine Größe von circa viertausend Quadratmetern und bestand aus Sand und Schlamm.[120] Es gibt keine Hinweise darauf, dass die indigene Bevölkerung Ellis Island dauerhaft bewohnte. Allerdings ist davon auszugehen, dass sie zeitweise als Standort für Jagd und Fischerei diente. Mit steigendem Wasserspiegel wurde es schwerer frisches Wasser auf Ellis Island zu bekommen und die Insel dürfte nur mehr für die saisonale Austernernte von Interesse gewesen sein.[121] 1630 erwarben niederländische Kolonialisten die Insel und nannten sie Little Oyster Island. Der New York Harbor und der untere Hudson River umfassten einst ein Austernbett von 350 Quadratmeilen. Aus der Ernte dieses Gebietes wurde die Hälfte der Welt mit Austern versorgt. Während sie als Delikatessen gehandelt wurden, dienten sie in der Gegend als billige und nahrhafte Ergänzung der Ernährung von Arbeiter*innen.

Zwischenzeitlich wurde die Insel auch Dyre Island oder Bucking Island genannt. Ihren heutigen Namen hat sie von ihrem Besitzer Samuel Ellis. Wann genau er die Insel erwarb, kann nicht nachvollzogen werden. Jedenfalls wollte er die Insel unter dem Namen Ellis Island 1785 verkaufen. Bis zu seinem Tod 1794 blieb sie in seinem Besitz. Allerdings gab es damals bereits Kontroversen um die Insel. Obwohl sie in privatem Besitz war, erteilte die Stadt New York im Zuge der Spannungen mit dem britischen Königreich dem Bundestaat New York das Recht, diese und weitere Inseln zur Errichtung von Verteidigungsanlagen zu nutzen. Nachdem es nie zu einem Seeangriff kam, wurde die Insel in ein Munitionslager umgewandelt. Erst 1808 ging sie offiziell in föderales Eigentum über.[122]

Im Volksmund nannte man Ellis Island vorübergehend Gibbet Island – Galgeninsel. Während zu Beginn des 19. Jahrhunderts öffentliche Exekutionen in New York City von der Stadtregierung eingeschränkt und dann verboten wurden, war Piraterie eine föderale Angelegenheit. Bis 1839 wurden auf Ellis Island Pirat*innen gehängt. Nicht unwichtig ist hierbei, dass von den Köpfen der erhängten Pirat*innen vor ihrer Autopsie Abdrücke genommen wurden. Diese wurden von Phrenolog*innen untersucht. Sie gingen davon aus,

[119] Michael R. Bloomberg, Thomas R. Frieden, *Protecting Public Health in New York City: 200 Years of Leadership* (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005), 24.
[120] Cannato, *American Passage,* 24.
[121] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 14.
[122] Cannato, *American Passage,* 24–28.

dass durch die Vermessung von Größe und Form des Schädels der Charakter und die mentale Kapazität einer Person ablesbar wurden.[123] Barbara Lüthi widmet in „Invading Bodies“ unter „Schädelvermessungen und die Frage der *Rassenreinheit* bei den Juden“ ein ganzes Kapitel der Phrenologie und ihrer Anwendung im Zusammenhang mit der amerikanischen Migrationsgeschichte.[124] Während wir die Phrenologie heute als Pseudowissenschaft verstehen, war sie im Untersuchungszeitraum und bis ins 20. Jahrhundert eine anerkannte wissenschaftliche Disziplin.

Bis auf Ellis Island die erste föderale Migrationsstation entstand, sollten noch einige Jahre vergehen. Kontrolliert wurde die Migration in die USA und speziell im New York Harbor bereits viel früher. Die beigefügte Landkarte zeigt die Position von Ellis Island im New York Harbor. Die Darstellung entspricht dabei dem Stand von 2002.

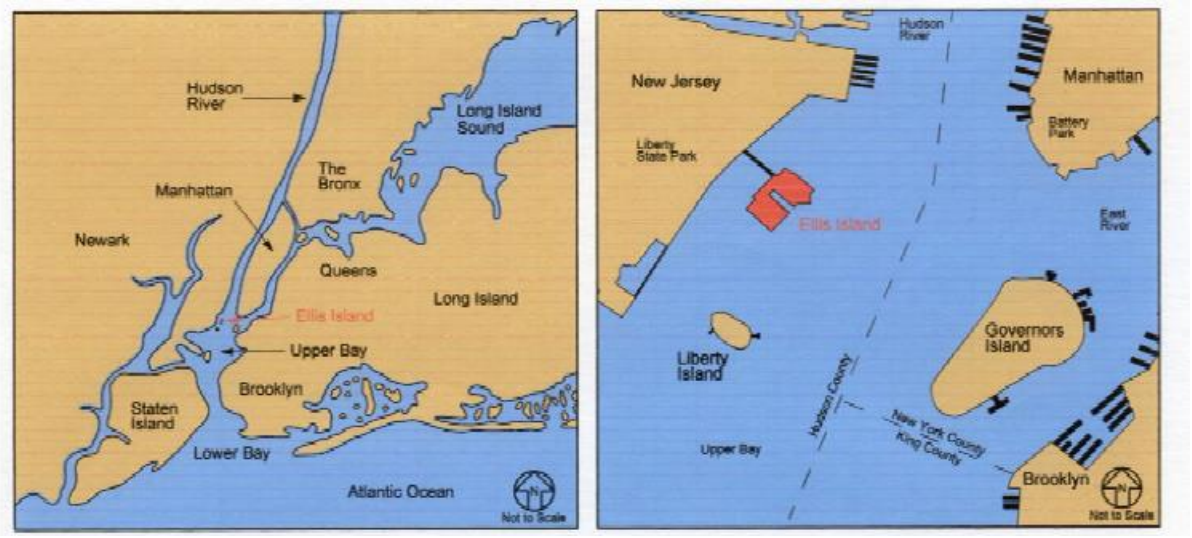


Abbildung 2*:* Kontemporäre Lokalisation von Ellis Island, in: Tracy Stakley, *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 11.

3.2 *Castle Garden* – Der Vorläufer von Ellis Island

New York empfing die Mehrheit aller Migrant*innen, die in die USA einreisen wollten. Zwischen 1845 und 1854 kamen fast drei Millionen Migrant*innen in den USA an, die Mehrheit davon in New York. Die Population von Manhattan stieg dadurch um 65 Prozent. Von den über 600.000 Bewohner*innen waren mehr als die Hälfte Migrant*innen und ein Viertel davon Ir*innen. Eine erste Migrationsstation wurde bereits 1855 eröffnet – Castle Garden. Allerdings war das Ziel nicht, die Migrant*innen zu kontrollieren, sondern sie vor

[123] Cannato, *American Passage*, 20–23.
[124] Lüthi, *Invading Bodies*, 220–247.

den sogenannten *immigrant runners* zu beschützen.[125] Diese hatten eigene Geschäftsmodelle ausgearbeitet, indem sie die Naivität und Unwissenheit der neuankommenden *greenhorns* ausnutzten und ihnen für alle Dienstleistung zu viel berechneten.[126] Teilweise wurden die Migrant*innen auch bestohlen.

Gemeinsam mit dem Staat New York gründeten die *Irish Immigrant Society* und ihr deutsches Äquivalent 1847 das *Board of Commissioners of Emigration*, welches neben je einem Vertreter der beiden Vereine aus den Bürgermeistern von New York und Brooklyn und sechs weiteren, vom Gouverneur von New York bestimmten, Personen bestand.[127] Sie suchten nach einem zentralen Ort, an dem sie die ankommenden Migrant*innen vor Ausbeutung bewahren konnten und entschieden sich schließlich im April 1855 für Castle Garden. An der Südspitze Manhattans am heutigen Battery Park wurde die Festung 1811 als Verteidigungsanlage errichtet und war nur durch eine Fußgängerbrücke mit dem Festland verbunden. Zwischen 1855 und der Schließung der Station 1890 migrierten hier über acht Millionen Menschen in die USA. Mit einer vom Komitee erhobenen Steuer von 1 US-Dollar pro Person konnte auf Ward's Island das *Emigrant Hospital and Refuge* gebaut werden, in dem 1854 2.500 Personen betreut wurden.[128] Bei der Eröffnung gab es eine Vielzahl an Protesten, bereits hier wurde Krankheit mit den Migrant*innen verknüpft. Diese Verknüpfung galt allerdings nur als Vorwand, denn der Protest war von den *immigrant runners* organisiert worden, die durch die Eröffnung von Castle Garden eine lukrative Einkommensquelle verloren.[129]

3.3 Die erste föderale Migrationsstation und ihre Vorbildfunktion

Zwei Entwicklungen spielen für die Eröffnung der Migrationsstation auf Ellis Island eine wichtige Rolle. Hier stand die steigende nativistische Haltung der Bevölkerung der Etablierung der Regulierungsfunktion des föderalen Staates gegenüber. Cannato macht deutlich, dass der Nativismus, also die negative Haltung gegenüber einer internen Minderheit aufgrund ihrer Verbindungen ins Ausland, in der Migrationsgeschichte der USA zum Ende des 19. Jahrhunderts überbetont wird.[130] Ich verweise erneut auf John Highams Ausführungen zum rassistischen Nativismus und ihrem Zusammenhang mit der „Know-Nothing"-Partei.[131]

[125] Cannato, *American Passage*, 33.
[126] Cannato, *American Passage*, 33–35.
[127] Cannato, *American Passage*, 35.
[128] Cannato, *American Passage*, 31, 54, 35.
[129] Cannato, *American Passage*, 30–31.
[130] Cannato, *American Passage*, 9.
[131] Higham, *Strangers in the Land*, 4, 11.

Trotzdem gibt er einige Faktoren an, die zu dessen Anstieg führten und zieht die Medien der Zeit zur Verantwortung. Neben einem gesteigerten Verständnis von medizinischen Konzepten, wie der Genetik, führte die Industrialisierung zu einem enormen Bevölkerungsanstieg und steigender Urbanisierung. Negative Folgen wurden den Migrant*innen vorgeworfen. Auch die Wirtschaftskrise Ende des Jahrhunderts wirkte sich negativ aus. Obwohl in diesem Jahrzehnt die Migration in die USA erstmals abnahm – circa eine Million Menschen weniger als in den 1880ern reisten ein –, war es das Jahrzehnt, in dem sich die negative Haltung gegenüber den *new migrants* festigte. Zu dieser Zeit erfolgte ein Umschwung bei den Herkunftsstaaten der Migrant*innen. Die Unterscheidung zwischen *old* und *new migrants* erlaubte es, die scheinbar negativen Folgen der Industrialisierung auf bestimmte Nationalitäten abzuwälzen.[132]

Parallel dazu wird diese Ära auch als Progressivismus bezeichnet. Dieser zeichnet sich unter anderem durch eine steigende Regulierungsfunktion des Staates aus. Cannato argumentiert hier, dass Immigration das erste Projekt des föderalen Staates war, um diese Funktion auszuüben:

> Ellis Island represents the dawning of a new age: the rise of the United States as a modern-nation state. After the Civil-War, it would become an industrial powerhouse, achieve a unified nation from coast to coast, and expand its sphere of influence into Asia, the Caribbean, and Latin America. To manage this economic, military, and political behemoth, a new federal government had to be created almost from scratch. Immigration control should be placed in the context of the rise of this modern state.[133]

Ziel des Progressivismus war der Ausbau der staatlichen Regierung, um private Geschäfte im Sinne des öffentlichen Interesses zu regulieren. Das Interesse der Bevölkerung an Migration erzeugte einen inneren Zwiespalt. Obwohl eine zunehmend negative Haltung gegenüber Migrant*innen zu erkennen ist, definierte man sich doch auch über die eigene Migrationsgeschichte. Migration sollte also nicht gänzlich verboten werden, aber nur diejenigen, die am besten zur amerikanischen Gesellschaft beitragen konnten, sollten einreisen dürfen.

Obwohl einzelne Bundesstaaten, wie Massachusetts und New York, Gesetze erließen, um Migrant*innen abzuweisen, wurden diese nur lasch angewandt. Migration war zwar föderale Angelegenheit, in der Praxis war sie allerdings Aufgabe der einzelnen Bundesstaaten. Zum Ende des 19. Jahrhunderts erließ der Kongress eine Reihe von Gesetzen, die die Handhabung

[132] Cannato, *American Passage,* 38–42, 91–92.
[133] Cannato, *American Passage,* 12.

der Migrationsangelegenheiten offiziell zur föderalen Aufgabe machte. Das erste föderale Migrationsgesetz wurde 1875 erlassen und schloss Prostituierte, Kriminelle und Menschen aus China von der Einreise aus. Während sich der Staat das Recht herausnahm Migrant*innen abzuweisen, war die Durchführung in New York weiterhin Aufgabe des *Board of Commissioners* in Castle Garden.[134] Da das Verfassungsgericht früher im selben Jahr entschied, dass die Erhebung einer Steuer für Migrant*innen auf Bundesstaatenebene nicht konstitutionell war, sah man sich dort zunehmend mit finanziellen Problemen konfrontiert. Parallel zum *Chinese Exclusion Act*, der fast allen chinesischen Menschen die Einreise in die USA untersagte, wurde 1882 ein Immigrationsgesetz erlassen.[135] Durch die Vergabe an das *Treasury Department* war Migration dadurch dezidiert Angelegenheit des Staates. Zusätzlich wurde eine Steuer von 50 Cent pro Migrant*in im Gesetz verankert und die ausschließenden Kategorien erweitert.[136] Das *Alien Contract Labor Law* von 1885 enthielt ein Verbot für Firmen oder Einzelpersonen, Arbeitskräfte unter Aussicht auf einen Arbeitsvertrag mit Hilfe von vorab bezahlten Tickets in die USA zu bringen.[137] Während Castle Garden zunehmend unter Kritik geriet, der Vorwurf lautete Monopolisierung der ansässigen Geschäftstätigkeit und Missbrauch von Migrant*innen, führten die Berichte zweier deshalb eingerichteter Kommissionen zur Schließung der Anlage 1890.

Als die Migrationsstation auf Ellis Island am 1. Jänner 1892 öffnete, war nicht nur 1891 ein weiteres Migrationsgesetz erlassen worden, sondern auch die Errichtung der Station nicht ohne Kritik vonstattengegangen. Der *Secretary of the Treasury,* William Windom, hatte die Schließung von Castle Garden veranlasst.[138] Er und seine Berater, William P. Hepburn und Joel B. Erhart, kamen schnell zu dem Schluss, einen Neustart der Migrationsangelegenheiten auf einer Insel zu wagen. Das vorübergehende Komitee hatte drei Inseln in Betracht gezogen. Governors Island war schon in staatlichem Besitz, allerdings wurde es bereits von der Armee genutzt, die nicht bereit war, die Insel zu teilen. Die Empörung, eine Migrationsstation auf Bedloe's Island, heute Liberty Island, zu errichten, findet sich sowohl bei Stakley als auch bei Cannato wieder.[139] Die Heimat der Freiheitsstatue sollte nicht gleichzeitig der Ort sein, an dem man Migrant*innen die Freiheit nahm, in das Land einzureisen. Außerdem wollte man sich den schönen Ausblick nicht verderben lassen. Windom beugte sich sowohl der

[134] Cannato, *American Passage,* 35, 42.
[135] Cannato, *American Passage,* 43.
[136] Cannato, *American Passage,* 43.
[137] Cannato, *American Passage,* 43.
[138] Cannato, *American Passage,* 49.
[139] Cannato, *American Passage*, 50. Stakley, *Cultural Landscape Report*, 28.

öffentlichen als auch der militärischen Meinung und entschied sich für Ellis Island, obwohl er die Insel für zu klein hielt und sie so tief lag, dass sie bei Flut kaum über Wasser blieb.[140] Während Windoms Meinung bei Stakley negatives Licht auf Ellis Island wirft, betont Cannato die Vorzüge der Insel.[141] Ellis Island war bereits in föderalem Besitz und während man einerseits die ankommenden Migrant*innen vor den *runners* beschützen konnte, lag die Insel doch so nahe am Festland, dass es via Fähre nicht weit nach Manhattan oder zu den Bahnanbindungen in New Jersey war.[142] Die Planung des Baus begann bereits im April 1890. Die vom Kongress veranschlagte Summe von 75.000 US-Dollar musste bereits im August verdoppelt werden. Die Deponierung von Material zur Erweiterung der Größe der Insel und die Bildung von Hafenbecken für Fähranlegestellen verursachte hohe Kosten.

Noch während des Baus wurde 1891 ein weiteres Migrationsgesetz verabschiedet. Neben der nächsten Erweiterung der Kategorien von Menschen, die abgewiesen wurden, zog dieses Gesetz die Schifffahrtsgesellschaften in die Verantwortung. Dadurch wurde eine zweite Kontrollinstanz eingeführt. Die Unternehmen würden Migrant*innen aus wirtschaftlichem Interesse vorselektieren, um nicht die Kosten für ihre Rückfahrt zu tragen. Ein wichtiger Punkt war auch, dass dieses Gesetz die komplette judikative Macht an die Migrationsbeamt*innen übertrug. Migrant*innen konnten ihr Abweisungsurteil nicht vor einem US-amerikanischen Gericht anfechten. Alle Berufungen mussten über die Exekutive laufen, deren oberste Vertretung der *Secretary of the Treasury* war.[143]

Durch die Eröffnung der Migrationsstation auf Ellis Island ist der regulierende Eingriff des föderalen Staates in die Migrationspolitik besiegelt worden. Nicht nur war Ellis Island die größte Migrationsstation des Landes, sie diente auch als Vorbild für weitere Stationen und als Beispiel dafür, dass der US-amerikanische Staat ganz im Sinne des Progressivismus im Stande war, regulierend einzugreifen, um öffentliche Interessen zu vertreten. Wie genau sich die Migrationsstation im Untersuchungszeitraum entwickelt hat und wer für die Umsetzung der Menge an neuen Gesetzen zuständig war, ist Teil des nächsten Abschnittes dieser Arbeit.

[140] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 29–30.
[141] Cannato, *American Passage,* 50.
[142] Cannato, *American Passage,* 50.
[143] Cannato, *American Passage,* 52–53.

4 Die Machtverhältnisse der Akteur*innen auf und um Ellis Island

Zwei wichtige Institutionen treten auf und um Ellis Island auf, um die föderalen Migrationsgesetze anzuwenden. Als exekutive Vertretung des Staates war das *Bureau of Immigration* diversen Veränderungen unterworfen, die Ausdruck der politischen Debatten um Migration im Untersuchungszeitraum waren.[144] Das *United States Public Health Service* hatte die Aufgabe inne, medizinische Untersuchungen vorzunehmen.[145] Ziel war es nicht kranke Personen zu heilen, sondern all jene Migrant*innen zu identifizieren, die aufgrund der Rechtslage nicht ins Land einreisen durften. Um diese Aufgabe zu erfüllen, standen den Ärzt*innen Handbücher zur Verfügung, die ich im Rahmen meiner Thesis miteinander vergleiche. Bei Erlass eines neuen Migrationsgesetzes wurden die Handbücher aktualisiert. Obwohl die endgültige Entscheidung über das Verfahren im Falle einer erkrankten Person immer beim *Bureau* lag, war dieses auf die Ärzt*innen angewiesen. Die Handbücher wurden deshalb immer vom zuständigen *Surgeon General* erarbeitet und vom *Secretary* abgesegnet.[146] Die Machtverhältnisse zwischen den beiden Institutionen spiegeln sich auch in den Handbüchern wider und sind Teil des konkreten Vergleichs. In diesem Abschnitt ist die Entwicklung beider Institutionen nachgezeichnet. In einem letzten Schritt ist dargestellt, wie sich diese Entwicklung gemeinsam mit den steigenden Migrationszahlen und dem öffentlichen Interesse auf die baulichen Maßnahmen der Migrationsstation auswirkte.

4.1 Das *Bureau of Immigration*

Mit dem Migrationsgesetz von 1891 ging die Regelung von Migrationsangelegenheiten in die Verantwortung des *Treasury Departments* über, das bereits im Juli desselben Jahres die Abteilung *Bureau of Immigration* gründete und dem der *Superintendent of Immigration* in Washington vorstand.[147] Bis 1894 eröffnete das Bureau 24 Migrationsstationen an den Häfen und Landesgrenzen der USA.[148] Innerhalb der Abteilung gab es eine klare Verantwortungsstruktur. Obwohl Migrant*innen keine Möglichkeit hatten, ein Abweisungsurteil vor US-amerikanischen Gerichten anzufechten, benötigte es vier Instanzen, um ein solches Urteil zu fällen. Zunächst entschied ein *Immigration Inspector*, dass Migrant*innen nicht einreisen durften. Diese Entscheidung musste in Folge vom zuständigen

[144] Darell Hevenor Smith, Henry Guy Herring, *Bureau of Immigration: Its History, Activities & Organization* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1924), 7.
[145] Lüthi, *Invading Bodies*, 107.
[146] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 3. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 2. Blue, *Regulations*, 3.
[147] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 7.
[148] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 7.

Commissioner of Immigration an der betroffenen Migrationsstation bestätigt werden und ging dann weiter nach Washington, wo eine Bestätigung durch den *Superintendent of Immigration* und den *Secretary of the Treasury* erfolgen musste.[149] Die Position des *Superintendent of Immigration* wurde im Jahr 1895 umbenannt in *Commissioner-General of Immigration*. Derselbe Gesetzestext machte es zur Aufgabe des *Commissioner-Generals* die Durchführung des *Alien Contract Labor Laws* zu garantieren.[150]

Die Bevölkerung der USA war nie dafür, Migration komplett zu verbieten, allerdings gab es immer Stimmen, die sich für eine stärkere Einschränkung der Migration einsetzten. Diese Stimmen hatten auch eine politische Vertretung. Der erste *Commissioner of Immigration* auf Ellis Island, Colonel John B. Weber, hatte sein Amt von 1890 bis 1893 inne. Aufgrund einer vom US-Kongress beauftragten Reise durch Europa hatte er eine positive Einstellung zur Migration, vor allem gegenüber verarmten russischen Juden und Jüdinnen. Da Armut nach dem Migrationsgesetz von 1891 ein Abweisungsgrund war, machte er sich schnell politische Feinde, zu denen Senator William Chandler und der damalige *Superintendent of Immigration* Herman Stump zählten. Beide sprachen sich für eine stärkere Einschränkung der Migration aus. Obwohl das Gesetz von 1891 genau diese Einschränkung vorsah, wurden unter Weber im selben Jahr nur 0,2 Prozent aller Migrant*innen abgewiesen. Schlimmer noch, Webers Assistent James O'Briene teilte die Auffassung einer strengen Migrationspolitik. In Webers Abwesenheit war O'Briene Hauptverantwortlicher und musterte großzügig Migrant*innen aus. So sah er zum Beispiel vor, dass alle Personen, die keine zehn US-Dollar bei sich hatten, automatisch als Arme ausgeschlossen werden konnten. Sobald Weber nach Ellis Island zurückkehrte, hob er allerdings alle Urteile dieser Art auf und verstärkte die Wahrnehmung, dass er als Fürsprecher der Migrant*innen tätig war. John B. Webers Verhalten führte dazu, dass auf Chandlers anraten 1893 ein Gesetzeszusatz beschlossen wurde, der zur Gründung des *Board of Special Inquiry* (BSI) führte.[151]

Dieses Komitee existierte seither an jeder Migrationsstation der USA und setzte sich aus drei bis vier Migrationsbeamt*innen zusammen. Sobald in einem Fall unklar war, ob Migrant*innen einreisen durften oder nicht, entschied das BSI darüber. Chandler ging davon aus, dass drei Personen ein strengeres Urteil fällen würden als eine. In den ersten zehn Betriebsmonaten des Komitees auf Ellis Island wurden über 7.000 Fälle angehört und mehr

[149] Cannato, *American Passage,* 82.
[150] Smith, Herring, *Bureau of Immigration,* 9.
[151] Cannato, *American Passage,* 80–82.

als 1.500 Migrant*innen abgewiesen. Da in der Zwischenzeit ein neuer US-Präsident, William Howard Taft, gewählt worden war, hatte auch John B. Weber seine Position auf Ellis Island verloren. Während des Untersuchungszeitraums gab es sieben verschiedene *Commissioners* auf Ellis Island, von denen besonders William Williams hervorsticht, da er zwei Perioden lang die Migrationsstation leitete.[152]

Das *Bureau of Immigration* entwickelte sich während des Untersuchungszeitraums erheblich. Während die entsprechenden Positionen von Beginn an immer auf Empfehlung des US-Präsidenten besetzt wurden, kam es auch zu strukturellen Veränderungen. Bis 1903 blieb das *Bureau* Teil des *Treasury Department* und wurde dann an das *Department of Commerce and Labor* übertragen.[153] Diese Entscheidung beruhte darauf, dass die internationale Zuwanderung vermehrt Einfluss auf die wirtschaftliche Entwicklung des Landes nahm und keine reine Finanzangelegenheit war. Ab 1906 wurden Migration und Einbürgerung unter einem Schirm im *Bureau of Immigration and Naturalization* abgehandelt.[154] Mit der Gründung des eigenständigen *Department of Labor* 1913 wurde das *Bureau of Immigration* in diese Abteilung integriert.[155] Mit dem Migrationsgesetz von 1917 und der Einführung von Reisepässen und Visa verlor es jedoch zunehmend an Bedeutung. Nicht nur wurde von da an die Lesefähigkeit der Migrant*innen überprüft, sondern auch *barred zones*, Ausschlussgebiete, wurden bestimmt.[156] Die Migrationsgesetze entwickelten sich nach Darell Hevenor Smith und Henry Guy Herrings Auffassung aus dem Jahr 1924 weg von Quantität hin zu Qualität.[157] Man könnte meinen eine Publikation aus dem Jahr 1924 wäre veraltet, allerdings sind sie die einzigen, die die gezielte Verminderung der Migrationszahlen mit so wirtschaftlicher Sprache ausdrückten.

4.2 Das *United States Public Health Service*

Ganz egal welchem *Department* das *Bureau* unterstellt war, um die Migrationsgesetze im Zusammenhang mit Krankheiten umzusetzen, waren die Mitarbeiter*innen auf die Diagnosen des *United States Public Health Service* (USPHS) angewiesen.[158] Die Verantwortung der Untersuchung von Migrant*innen wurde mit dem Migrationsgesetz von 1891 an den *Marine*

[152] Cannato, *American Passage*, 88, 193.
[153] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 10.
[154] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 12.
[155] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 14.
[156] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 15.
[157] Smith, Herring, *Bureau of Immigration*, 15.
[158] Lüthi, *Invading Bodies*, 107.

Hospital Service übertragen.[159] Gegründet 1798, sollte es durch die Abgabe einer Gebühr allen Mitgliedern der Handelsmarine eine gesundheitliche Versorgung garantieren. Durch eine Umstrukturierung im Jahr 1870 wurde John Woodworth der erste *Surgeon General* des Services.[160] Als Bürgerkriegsveteran organisierte er die Institution entlang von militärischen Graden als Titel und führte auch das Tragen von Uniformen ein. Eine Entwicklung, die auch im Untersuchungszeitraum Anwendung fand. Neben Woodworths Reformen dehnte sich auch der Aufgabenbereich des Services in den folgenden Jahrzehnten aus. So war die Einhaltung der gültigen Quarantäneordnung in das Tätigkeitsfeld des *Marine Hospital Service* übergegangen.[161] 1902 erfolgte die Umbenennung in *Public Health and Marine Hospital Service*.[162] Die Institution war bundesweit zuständig für Gesundheitsfragen. Ein Gesetzeserlass von 1912 führte schließlich zur letzten Namensänderung im Untersuchungszeitraum. Darin verankert war, dass die Aufgabe des *United States Public Health Service* (USPHS) darin lag, Krankheit und ihre Verbreitung zu studieren.[163] Krankheiten wurden dadurch zu den offiziellen ‚militärischen' Feinden des USPHS.

Über die Jahrzehnte hinweg hatte das USPHS vier Hauptaufgaben: Gesundheitsfürsorge und -schutz, biomedizinische Forschung, die im *Laboratory of Hygiene* in Washington D.C. durchgeführt wurde, Krankheitskontrolle und Hygieneerziehung.[164] Die Untersuchung von Migrant*innen fiel dabei unter den Punkt Krankheitskontrolle. Sie wurde auf den Migrationsstationen durchgeführt. Der *General Surgeon* war dafür zuständig, die in dieser Arbeit verglichenen Handbücher zu verfassen.[165] Im Untersuchungszeitraum handelt es sich dabei um Walter Wyman und Rupert Blue. Die korrekte Anwendung der Handbücher auf Ellis Island unterlag zwischen 1901 und 1913 dem *Chief Medical Officer* George W. Stoner.[166] Obwohl Millionen von Menschen via Ellis Island in die USA einreisten, gab es nur eine kleine Anzahl von Ärzt*innen des USPHS in der Migrationsstation; 1892 arbeiteten dort sechs Ärzt*innen im Vergleich zu 25 im Jahr 1915.[167] Um diese Menschenmenge zu bewältigen und den Ansprüchen des Gesetzes gerecht zu werden, standen den Ärzt*innen eine Vielzahl von medizinischen Assistent*innen zur Verfügung. Zusätzlich setzten sie sich stetig

[159] Cannato, *American Passage,* 89.
[160] Lüthi, *Invading Bodies,* 107.
[161] Lüthi, *Invading Bodies,* 108.
[162] Lüthi, *Invading Bodies,* 108.
[163] Lüthi, *Invading Bodies,* 110.
[164] Lüthi, *Invading Bodies,* 108–109.
[165] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 3. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 2. Blue, *Regulations,* 3.
[166] Lüthi, *Invading Bodies,* 98.
[167] Cannato, *American Passage,* 89.

dafür ein, die baulichen Anforderungen der Migrationsstation an den medizinischen Wissensstand der Zeit anzupassen.

In ihrer Eigenwahrnehmung sahen sich die *medical officers* des USPHS als Hüter der Nation.[168] Sie sahen ihre Aufgabe darin, die USA vor Krankheit, Ignoranz und Degeneration zu schützen, die sich für sie in einem Feind manifestierte – der Immigration. Sie schufen eine neue Form des Patriotismus, in dem sie nicht nur eine polizeiähnliche oder militärische Aufgabe hatten. Zusätzlich arbeiteten sie wie Detektiv*innen an der Untersuchung von Migrant*innen, um Krankheiten zu entdecken. In ihrem Selbstverständnis war niemand besser geeignet festzustellen, welche Migrant*innen wünschenswert waren. Dieses Bild vermittelten sie auch an die Öffentlichkeit. In der alltäglichen Praxis sah das Ganze etwas anders aus. Die *medical officers* mussten zwar die Krankheiten erkennen, die Entscheidung, Migrant*innen aufgrund dessen von der Einreise auszuschließen, lag aber immer beim *Bureau of Immigration*.[169] Dieses Spannungsverhältnis der Kräfte findet auch Ausdruck in den verglichenen Handbüchern und ist im Vergleich herausgearbeitet.

4.3 Die parallele Entwicklung der Migrationsstation

Die Geschichte von Ellis Island ist eine Geschichte des Wachstums. Einerseits wuchs das öffentliche Interesse an Migration, das Verständnis von Medizin und die Anzahl der Migrationsgesetze, andererseits wuchs auch die Insel, um die Handhabung der stetig steigenden Zahl von Migrant*innen zu garantieren. Durch Ablagerung wurde die Fläche der Insel ständig erweitert. Abbildung 3 zeigt die naturbelassene Form der Insel mit einer Fläche von circa 4.000 Quadratmetern. Zwischen 1830 und 1935 erfolgte eine Vielzahl an Landerweiterungen und die Insel wuchs auf eine Größe von über elf Hektar an.[170] Für die erste Migrationsstation wurden nur fünf der Gebäude des Militärs renoviert, zusätzlich wurden sieben weitere Bauten hinzugefügt. Während die Station bereits 1892 eröffnete, waren die Bautätigkeiten erst zu Beginn des Jahres 1897 abgeschlossen. Die Insel war auf eine Größe von fünf Hektar erweitert worden.[171] Baumaterial war hauptsächlich Kiefernholz aus Georgia. Chandler und seine Anhänger kritisierten die Station dafür, dass sie so hohe Kosten verursacht hatte und nun einer Baracke glich. Diese Kritik war nicht unbegründet, am 15. Juni 1897 brach ein Feuer aus, das die Migrationsstation komplett zerstörte. Obwohl keine Person

[168] Lüthi, *Invading Bodies,* 113–114.
[169] Hevenor, Smith, *Bureau of Immigration,* 7.
[170] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 1.
[171] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 32.

dabei zu Schaden kam, fielen doch die Migrationsakten von Castle Garden den Flammen zum Opfer – ein immenser Verlust für die Geschichtswissenschaft.[172] Der damalige *Commissioner of Immigration* Joseph H. Senner zeigte sich erleichtert. Er hatte schon länger mit einer solchen Katastrophe gerechnet und war froh, dass keine Personen verletzt worden waren.[173] Abbildung 4 zeigt die erste Migrationsstation auf Ellis Island. Die zwölf Hauptgebäude und ihre Anordnung sind klar ersichtlich, außerdem ist mit der gestrichelten Linie die ursprüngliche Fläche der Insel vor dem Umbau zur Migrationsstation erkenntlich.

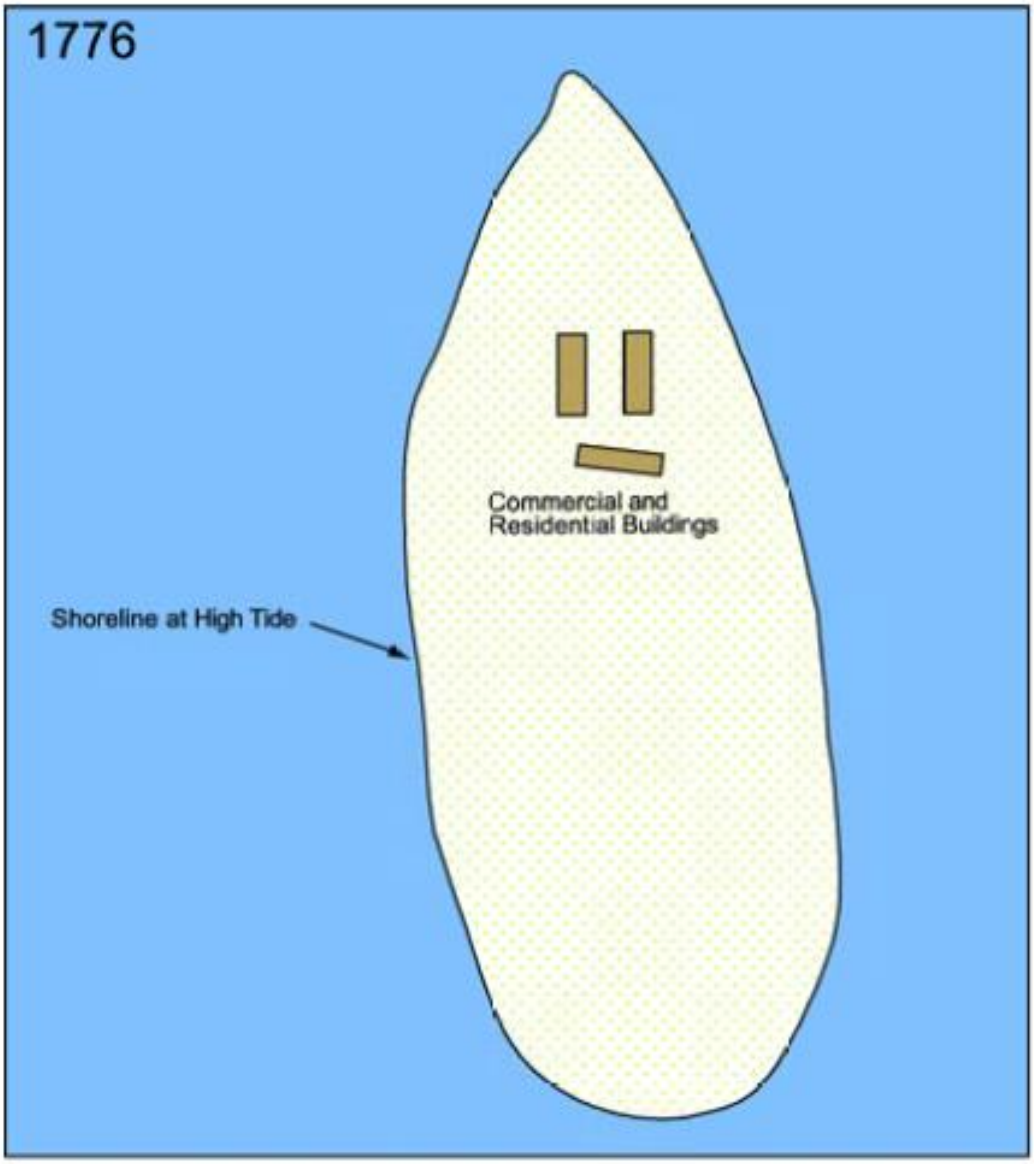


Abbildung 3: Ellis Island 1776, in: Tracy Stakley, *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 23.

[172] Cannato, *American Passage*, 78, 107.
[173] Stakley, *Cultural Landscape Report*, 30.

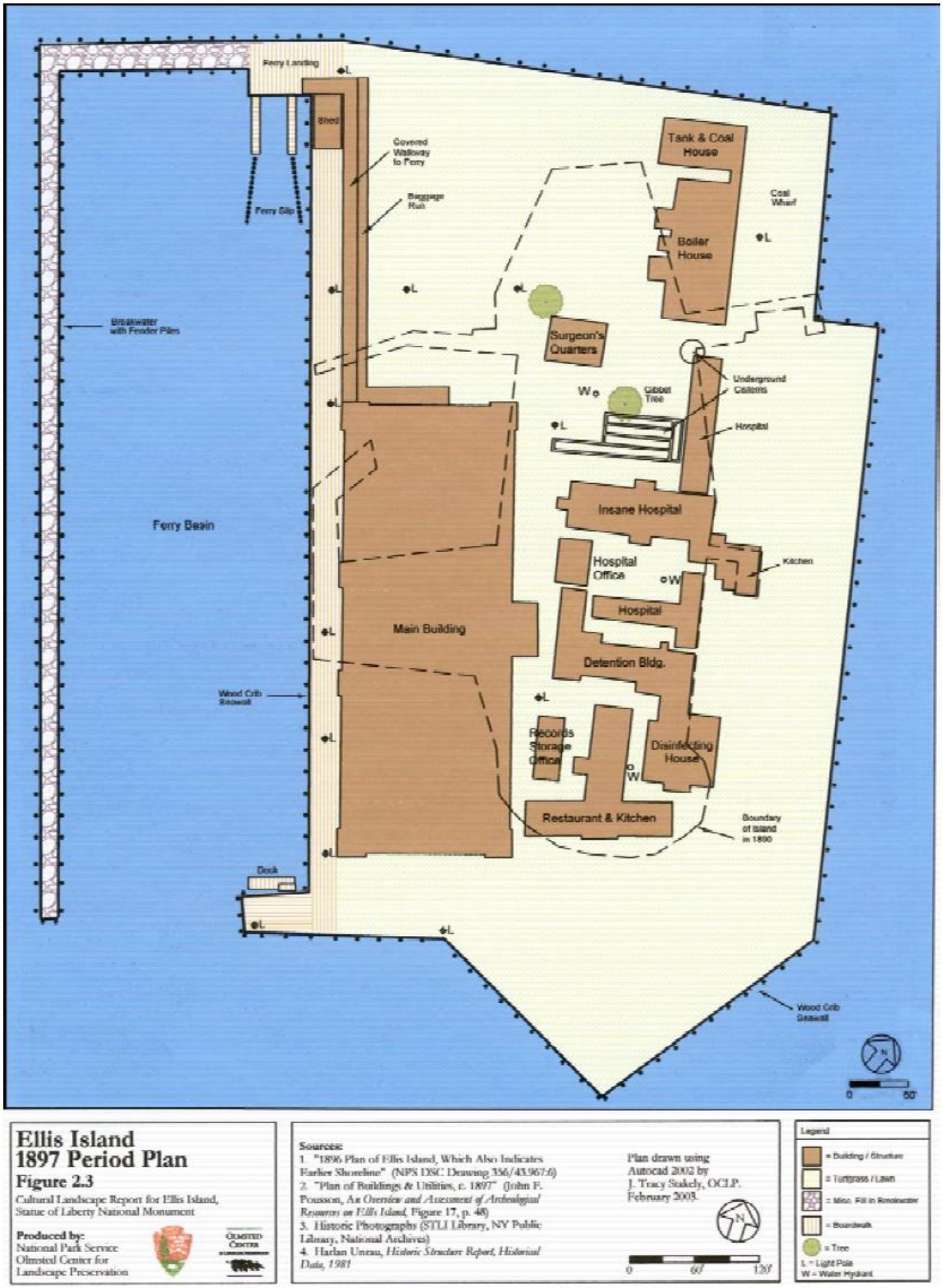


Abbildung 4: Ellis Island 1897, in: Tracy Stakley, *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 35.

Das Jahrzehnt von 1897 bis 1907 war die einflussreichste Zeit der Insel. Um die steigenden Migrationszahlen zu bewältigen, wurde die Insel um zwei weitere Inseln erweitert. Neben acht Ziegelbauten gab es einige kleinere Holzbauten für unterstützende Tätigkeiten. Die steigende Zahl an ankommenden Migrant*innen führte auch dazu, dass die Gebäude schneller abnutzten. *Commissioner of Immigration* William Williams erkannte die Wichtigkeit der Außenwirkung von Ellis Island und setzte sich für stetige Renovierungsarbeiten ein.[174] 1907 hatte die Insel eine Größe von über acht Hektar. Die Arbeit auf Ellis Island konnte bereits 1900 circa zweieinhalb Jahre nach dem Brand wiederaufgenommen werden. Die Übersiedelung von der vorübergehenden Unterkunft im *Barge Office* erfolgte ohne große Eröffnungszeremonie. Auf der neu angelegten zweiten Insel wurde das Gebäude des Hauptkrankenhauses errichtet. Nachdem es 1901 fertiggestellt wurde, musste es bereits 1905 erweitert werden. Die Erweiterung wurde 1907 abgeschlossen. Die Anzahl der verfügbaren Betten konnte so von 125 auf 250 angehoben werden. Unter *Commissioner* Williams erfolgte außerdem die Begrünung der Insel. Während seiner Amtszeit glich die Insel einer gut gepflegten Parkanlage, und das obwohl die Mehrheit der Migrant*innen dort nur einige Stunden verbrachten und die Landschaft nicht genießen konnten. Am Bau der dritten Insel und der Errichtung des Krankenhauses für ansteckende Krankheiten zeigt sich schließlich der Einfluss des USPHS. *Surgeon* George W. Stoner machte sich ab 1902 dafür stark.[175] Mit dem Auslaufen des bisherigen Vertrags mit den Krankenhäusern von New York City im selben Jahr machte sich auch *Commissioner* Williams für dieses Anliegen stark. Während der Bau von Insel drei bereits 1903 vom US-Kongress bewilligt und finanziert wurde, begannen die entsprechenden Arbeiten erst 1905 und wurden 1906 abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Insel eine Fläche von achteinhalb Hektar.[176] Abbildung 5 zeigt bereits alle drei Inseln. Das Quarantäne-Krankenhaus wurde 1911 fertiggestellt. Es ist auf Abbildung 6 eingezeichnet. Die vielen kleineren Gebäude machten eine Isolierung nach unterschiedlichen Krankheiten möglich. Zusätzlich ist die nächste Erweiterung des regulären Krankenhauses darauf eingezeichnet. Dieser Zubau hatte dieselbe Größe wie das originale Hauptgebäude und obwohl es einige Debatten über Funktionalität und Design gab, wurde die Konstruktion bereits 1909 fertiggestellt.[177]

[174] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 37.
[175] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 37, 40, 44, 48–51.
[176] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 51.
[177] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 62–65.

Zwischen 1892 und 1920 wuchs die Migrationsstation auf Ellis Island ständig an, um die Abwicklung von Millionen von Migrant*innen zu ermöglichen. 1907, im stärksten Jahr der Zuwanderung, kamen über eine Million Menschen auf Ellis Island an.[178] Auf den ersten Blick scheint es, als ob besonders viel Raum für die Medizin eingeräumt wurde. Aussagen über das Verständnis von Krankheit in der Zeit können hier nur bedingt getroffen werden. Von Interesse ist allerdings die Errichtung von Insel drei und die darauf stationierte Einrichtung für Personen mit ansteckenden Krankheiten. Hier wurde sogar *Surgeon* General Walter Wyman, Leiter des USPHS, in die Planung miteinbezogen. So war zum Beispiel der Abstand zu Insel zwei ein Diskussionspunkt.[179] Die Aufteilung von Patient*innen nach Krankheit lässt darauf schließen, dass Kreuzkontamination bekannt war und vermieden werden musste. Genauere Aussagen über die Entwicklung des Krankheitsbegriffs lassen sich jedenfalls aus dem nächsten Kapitel ableiten, in dem ich die Handbücher des USPHS miteinander vergleiche.

[178] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 5.
[179] Stakley, *Cultural Landscape Report,* 49.

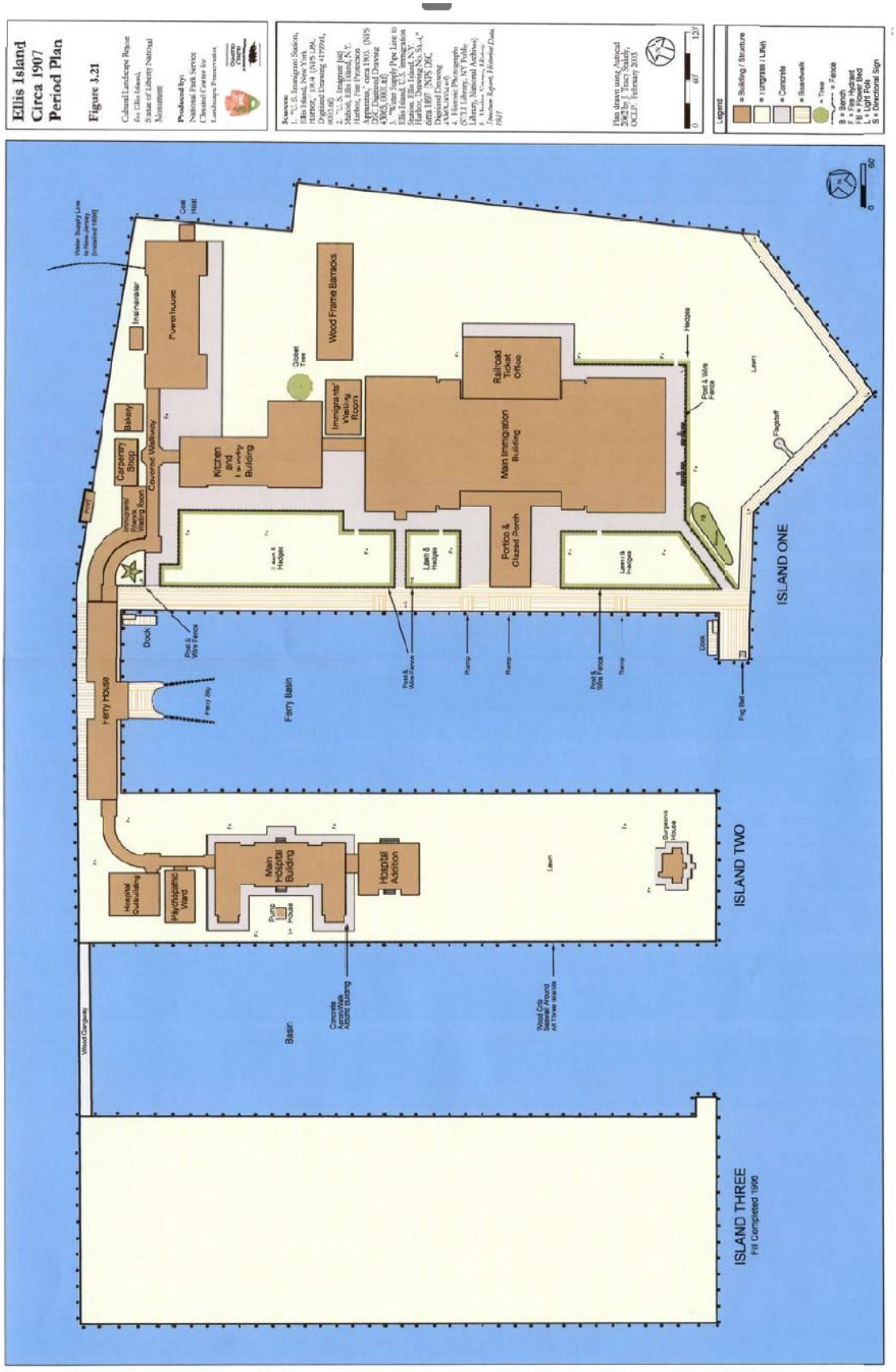


Abbildung 5: Ellis Island ca. 1907, in: Tracy Stakley, *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 55.

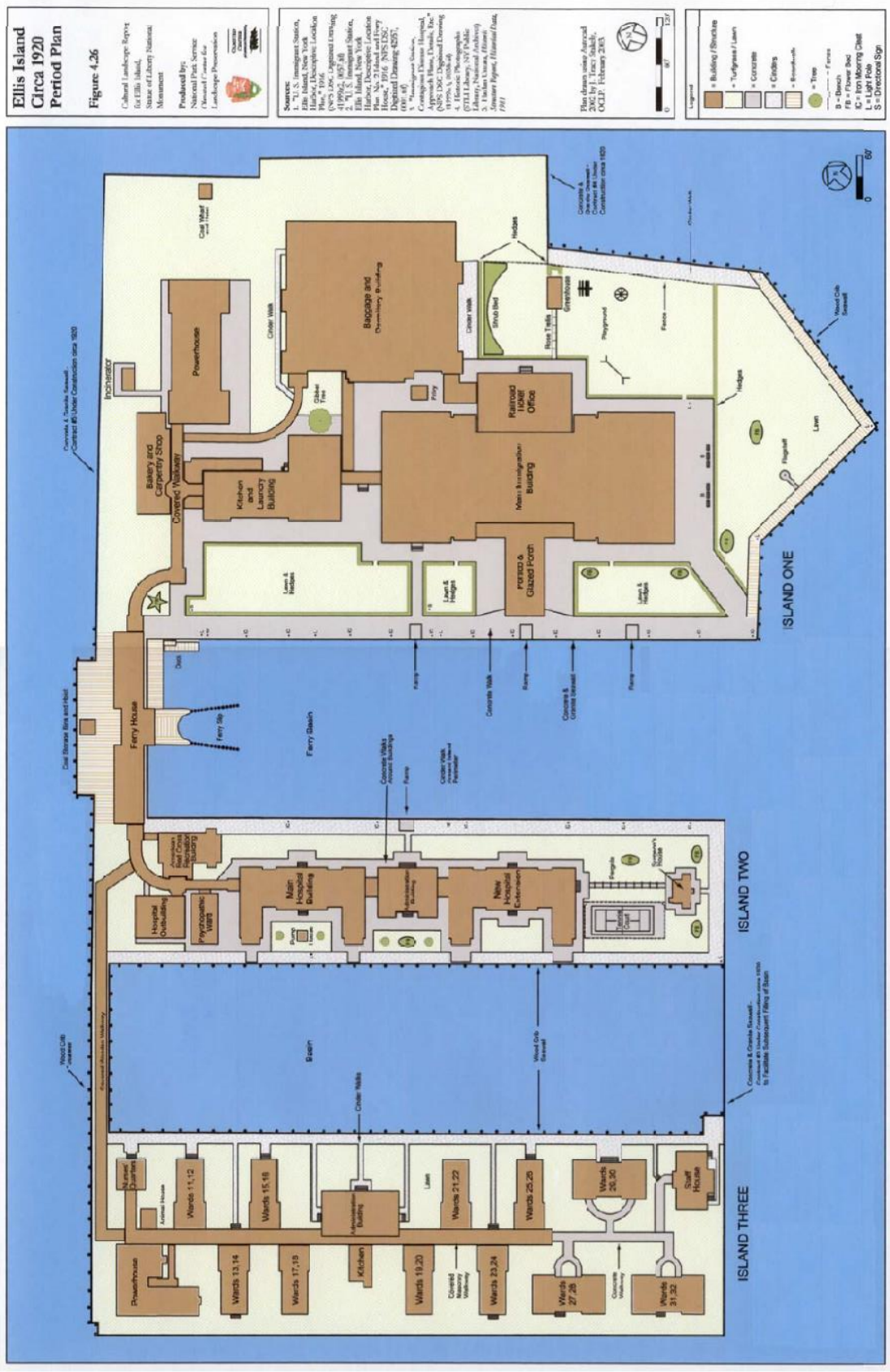


Abbildung 6: Ellis Island ca. 1920, in: Tracy Stakle,. *Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument* (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 73.

5 Formaler Vergleich der Handbücher des *United States Public Health Service*

Durch den formalen Vergleich der drei Handbücher ist es möglich einige Beobachtungen abzuleiten, die für den inhaltlichen Vergleich relevant sind. Auf den ersten Blick scheinen die Handbücher sehr ähnlich, obwohl sie sich bereits durch ihre Titel unterschieden: „Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants“[180], „Book of Instructions for the Medical Inspection of Aliens“[181] und “Regulations Governing the Medical Inspection of Aliens“.[182] In Bezug auf die Entwicklung von Begriffen ist hier zunächst interessant, dass man von der Bezeichnung *immigrant* überging zu *alien*. Barbara Lüthi bringt diese Entwicklung in Zusammenhang mit John Highams Beobachtungen zu Vorbehalten gegenüber Migrant*innen. Die Furcht vor politisch radikalen Personen während der Revolution in den 1790er Jahren und später vor Katholik*innen, vor allem Ir*innen, während der ersten großen Einwanderung bis in die 1850er Jahre, hatten die Notwendigkeit der Migration nie in Frage gestellt. Die Änderung der Terminologie sieht sie folgendermaßen begründet: „Der terminologische Wandel von der Sammelkategorie *immigrant* hin zu *alien* fällt zusammen mit einem ideellen beziehungsweise diskursiven Wandel – vor allem mit der Entwicklung hin zu einer biologisierten und homogenisierten Konstitution der *new immigrants*.“[183]

Die Autorenschaft der Handbücher leite ich aufgrund eines Zusatzes auf der jeweiligen Titelseite der Handbücher ab: „Prepared by Direction of the Surgeon-General.“[184] In der darauffolgenden „Order of Promulgation“ ist dieser *Surgeon-General* namentlich genannt. Im Fall des Handbuchs von 1903 und 1910 handelt es sich dabei um Walter Wyman, 1917 um Rupert Blue.[185] Wie einer Sammlung von Biografien amerikanischer Mediziner*innen aus dem Jahr 1920 zu entnehmen ist, ist Walter Wyman 1848 in St. Louis, Missouri geboren.[186] Er trat dem *Marine Hospital Service* bereits 1876 als *Assistant Surgeon* bei. Nach der Beförderung zum *Surgeon* wurde er 1891 zum *Surgeon-General* ernannt. Dieses Amt hatte er zwanzig Jahre lang, bis zu seinem überraschenden Tod 1911, inne. Besondere Verdienste

[180] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 1.
[181] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 1.
[182] Blue, *Regulations*, 1.
[183] Lüthi, *Invading Bodies*, 65.
[184] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 1. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 1. Blue, *Regulations*, 1.
[185] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 3. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 2. Blue, *Regulations*, 3.
[186] Howard A. Kelly, Walter L. Burrage, „Wyman, Walter“ in *American Medical Biographies* (Baltimore: The Norman Remington Company, 1920), 1275.

leistete er in dieser Zeit nicht nur im Zusammenhang mit der Untersuchung von Migrant*innen, sondern auch in der Reformation der Quarantänevorschriften.[187]

Wichtiger war es jedoch Krankheiten einzudämmen, bevor eine Quarantäne verhängt werden musste. In zwei solcher Fälle hatte Wyman in San Francisco mit Rupert Blue zusammengearbeitet. Informationen über ihn zu finden war weitaus schwieriger. Biografien ehemaliger Mitarbeiter*innen des heutigen *U.S. Department of Health and Human Services* sind über deren Website einzusehen.[188] Die von Rupert Blue steht allerdings nur in einem veralteten und deshalb archivierten Design der Seite aus dem Jahr 2007 zur Verfügung. Daraus geht hervor, dass Blue 1868 in Marion, South Carolina geboren wurde. Nach einem neunmonatigen Praktikum 1892 trat er dem *Marine Hospital Service* 1893 offiziell als *Assistant Surgeon* bei und untersuchte zunächst Migrant*innen in einer Einwanderungsstation. Wyman zog ihn persönlich zu Rate, um den Ausbruch der Beulenpest in San Francisco in zwei Fällen einzudämmen. Zum zweiten Mal half er nach dem großen Erdbeben in San Francisco von 1906, um Cholera-Fälle zu beschränken. Die Beförderung zum *Surgeon* erfolgte erst 1909 und war auch durch seine Forschung zu sogenannten tropischen Krankheiten, wie dem Gelbfieber, begründet. Schließlich hatte er den Posten des *Surgeon-General* von 1912 bis 1920 inne. Seine Amtsperiode war gekennzeichnet durch einen Wechsel weg vom Schutz der Grenzen und Quarantänemaßnahmen hin zu Erforschung und Betrachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung.[189]

Beim formalen Vergleich der Handbücher stellt sich heraus, dass es mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten gibt. Zunächst wurden Krankheiten und Störungen immer nach der Gesetzeszuweisung gruppiert. Unter *Class A* wurde in jedem Buch definiert, welche Krankheiten und Störungen aufgrund der Gesetzesvorlage die Abweisung von Migrant*innen an den Grenzen zur Folge hatten.[190] In der *Class B* wurden über den Untersuchungszeitraum hinweg immer mehr Krankheiten und Störungen gesammelt, die darauf hindeuteten, dass eine betroffene Person *likely to become a public charge* war.[191] In jedem Handbuch findet sich

[187] Kelly, Burrage, „Wyman, Walter“, 1275–1276.
[188] „Previous Surgeons General“, History, United States Department of Health and Human Services, zuletzt geändert 11. März 2022, https://www.hhs.gov/surgeongeneral/about/previous-surgeon-generals/index.html (25.1.2024).
[189] „Rupert Blue“, Previous Surgeons General, United States Department of Health and Human Services, zuletzt geändert 4. Jänner, 2004, archiviert: 1. Dezember 2017, http://wayback.archive-it.org/3929/20171201191737/https://www.surgeongeneral.gov/about/previous/bioblue.html (31.1.2024).
[190] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 3. Blue, *Regulations*, 5.
[191] Wyman. *Book of Instructions* (1903), 10–13. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 18–20. Blue, *Regulations*, 42–46.

auch ein Verweis darauf, dass unter *Class B* nur die gängigsten Krankheiten und Störungen aufgelistet wurden und die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit hatte.[192] Alle Ärzt*innen an Migrationsstationen der USA hatten die individuelle Freiheit, jede Art der Erkrankung in *Class B* zu zertifizieren, solange sie ausreichend begründen konnten, warum Migrant*innen aufgrund einer Erkrankung ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten konnten. Eine weitere Gemeinsamkeit war die Zitation von Fachliteratur bei der Definition von psychischen Störungen.[193] Während in allen Handbüchern zunächst ein kurzer Auszug der gesetzlich verankerten Krankheiten und Störungen des aktuell gültigen Migrationsgesetzes zu finden war, enden hier bereits die Gemeinsamkeiten, denn das Handbuch von 1910 beschränkt sich nicht auf die Zitation eines Gesetzesparagrafen, sondern verwendet die ersten drei Seiten dafür relevante Gesetzespassagen wiederzugeben.[194]

Das Handbuch von 1903 umfasst nur 17 bedruckte Seiten. Es sind 19 Krankheiten und Störungen aufgelistet, wobei die physischen Krankheiten zuerst geschildert wurden.[195] Mit 31 hat sich die Anzahl der bedruckten Seiten des Handbuchs von 1910 im Vergleich zu jenem von 1903 fast verdoppelt. Bei den beschriebenen Krankheiten stieg die Zahl auf 36.[196] Mit 75 Seiten ist das Handbuch von 1917 das umfangreichste der drei Bücher. Da insgesamt nur 44 Krankheitsbilder geschildert werden, stellt sich die Frage, warum das Handbuch so viel umfangreicher war als seine Vorgänger.[197] Dabei ist der neuhinzugefügte Index nicht berücksichtigt.[198] Im Vergleich zum Handbuch von 1903 hat sich das Ausmaß an Vorgaben zur Erkennung und Zertifizierung von Krankheiten und psychischen Störungen bei Migrant*innen mehr als vervierfacht. Die äußere Form knüpft kaum noch an die erste Version an. Im neuen Handbuch waren sowohl die Kapitel als auch die Inhalte besser strukturiert und nummeriert. Das Handbuch ähnelte so mehr der Gesetzesvorlage als einem medizinischen Nachschlagewerk. Ein umfangreicherer Gesetzesauszug ist im Anhang des Handbuchs abgedruckt.[199]

An dieser Stelle hebe ich einen der drei Aspekte hervor, die ich im formalen Vergleich der Unterschiede berücksichtigen möchte: Das Verhältnis von politischem Interesse und

[192] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 11. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 18. Blue, *Regulations*, 43.
[193] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8. Blue, *Regulations*, 26.
[194] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 3–5.
[195] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 1–17.
[196] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 1–31.
[197] Blue, *Regulations*, 1–75.
[198] Blue, *Regulations*, 77–91.
[199] Blue, *Regulations*, 65–75.

medizinischer Forschung in den Handbüchern. In der Gegenüberstellung von Wymans Version des Handbuchs von 1903 und Blues Version von 1917 ist eindeutig zu erkennen, dass das Interesse der politischen Vertreter*innen an der Abwicklung von Migrant*innen-Untersuchungen anstieg. Während die Ärzt*innen 1903 noch sehr frei in der Untersuchung und Diagnose waren, sind sie 1917 in ein engmaschiges bürokratisches Netz eingebunden. Der Stellenwert einer korrekten und unbestreitbaren Dokumentation ist gestiegen und bei beinahe jeder Krankheit oder Störung gibt es explizite Anweisungen zur korrekten Zertifizierung. Der praktische Rahmen, in dem die Ärzt*innen tätig waren, wurde formal erheblich verengt.

Ein weiterer Aspekt, den ich hier betonen möchte, ergibt sich durch meine Herangehensweise an die Ausarbeitung der gestellten Forschungsfrage. Ursprünglich interessierte mich, ob die Handbücher Aufschluss darüber geben, dass *new migrants* durch die Diagnose von Krankheiten und psychischen Störungen durch die amerikanischen Behörden aktiv von der Einreise in das Land abgehalten wurden. Diese Frage lässt sich nicht anhand des alleinigen Vergleichs der Handbücher beantworten, was sich am formalen Vergleich anschaulich ableiten lässt. So finden sich nur im Handbuch von 1903 Beispiele von Krankheiten, die explizit bei Personen spezifischer Nationalitäten auftraten. Bei der Beschreibung des Trachoms findet sich folgendes Zitat: „It should be remembered that large numbers of cases of trachoma are found among Syrians, Greeks, Armenians, Russians, and Finns, […]“[200] In den weiteren Handbüchern geht man dazu über Räume und Regionen zu definieren, in denen Krankheiten endemisch sind. Neben einzelnen Staaten sind auch Kontinente aufgeführt. Bei Migrant*innen, die aus solchen Gebieten anreisten, musste auf die spezifischen Krankheitsmerkmale geachtet werden.[201] Aus dieser Änderung lässt sich ein tieferes Verständnis für die Bakteriologie seit der ersten Publikation 1903 ableiten. Krankheiten waren zwar mit spezifischen Regionen verknüpft, aber nicht mehr allein Staatsbürger*innen, sondern auch Personen, die die Räume nur durchreisten, galten als mögliche Träger*innen von Erregern.

Die *new migrants* wurden oft als arm und mittellos wahrgenommen. Einen Zusammenhang zwischen Armut, mangelnder Hygiene und daraus resultierender Erkrankungen leiteten um die Jahrhundertwende nicht mehr nur Mediziner*innen ab, sondern dieses Stigma wurde auch in den populären Medien über Artikel oder Karikaturen in die Bevölkerung getragen. Eine

[200] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7–8.
[201] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 15. Blue, *Regulations*, 36.

Beschreibung einer solchen Karikatur findet sich bei Cannato.[202] Aber auch hier lässt sich aus den Handbüchern nicht ableiten, dass die, als arm wahrgenommenen, *new migrants* in der Untersuchung benachteiligt wurden. Bei dem Rückschluss von mangelnder Hygiene zum häufigen Auftreten von Hautkrankheiten ist festzustellen, dass die Anzahl der angeführten Erkrankungen in den Handbüchern sogar abnimmt. Den sechzehn Krankheiten im Jahr 1910 stehen 1917 nur mehr elf Hauterkrankungen gegenüber.[203] Eine Verfolgung meiner Frage, ob *new migrants* bei der Einreise durch die Diagnose von Krankheiten und psychischen Störungen aktiv ausgegrenzt wurden, erwies sich also sehr schnell als sinnlos.

Der letzte Aspekt des formalen Vergleichs, den ich hier hervorheben möchte, ist die Entwicklung der psychischen Störungen. Diese haben im Laufe der Erarbeitung meiner Thesis nach und nach einen hervorgehobenen Stellenwert erhalten und sind deshalb auch im formalen Vergleich der Unterschiede innerhalb der Handbücher berücksichtigt. Anhand der Änderungen der äußeren Form der Handbücher lässt sich feststellen, dass die Diagnose von psychischen Störungen zwischen 1880 und 1920 einen höheren Stellenwert einnahm. Im Handbuch von 1903 wurden nur zwei psychische Störungen explizit unter *Subdivision* III und IV aufgelistet. Man beschränkte sich auf deren Definition. Bei der Diagnose wurden die Ärzt*innen nur darauf hingewiesen, wie diese auszusehen hatte, um auch rechtlich gültig zu sein. Mit *debility*/leichte intellektuelle Beeinträchtigung ist das Handbuch von 1903 das einzige, in dem eine psychische Störung in *Class B* aufgelistet wurde. Dafür wurde bei den Vorgaben zur Durchführung der Untersuchungen nicht darauf Bezug genommen, wie psychische Störungen in der *line* erkannt werden sollten.[204]

Das Verständnis von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Migration hatte sich auf formaler Ebene zwischen 1903 und 1910 weiterentwickelt. Nun sind unter *Class A* bereits sieben verschiedene psychische Störungen angegeben. Diese sind nach dem Kapitel zum Gesetzesauszug, den Pflichten der Ärzt*innen und dem rechtlichen Verhältnis von Ärzt*innen und Migrationsbeamt*innen zunächst definiert. Sie wurden nun vor den physischen Krankheiten im Gesetz angegeben und in dieser Reihenfolge auch im Handbuch aufgelistet. An erster Stelle standen die intellektuellen Beeinträchtigungen.[205] Die Angabe der Definition von physischen Krankheiten nach dem Migrationsgesetz von 1907 unterbrach die detaillierte

[202] Cannato, *American Passage*, 5–6.
[203] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 13–16, 19. Blue, *Regulations*, 33–38, 4446.
[204] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 9–10, 12, 6–7.
[205] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–11.

Diskussion der psychischen Störungen. Hier wurden zunächst die verschiedenen Grade der intellektuellen Beeinträchtigung diskutiert.

Einzigartig für alle Handbücher zur Untersuchung von Migrant*innen ist, dass 1910 eine tabellarische Darstellung der erkennbaren Symptome abgedruckt wurde.[206] Die Summe der Symptome wurde zur Ableitung des Schweregrades der Beeinträchtigung konsultiert. Jede psychische Störung erhält danach ihren eigenen Abschnitt mit Hinweisen zur Diagnose, in der Länge variieren diese Abschnitte. Zwei der neu hinzugefügten Vorgaben des Gesetzes wurden unter *insane persons*/Menschen mit psychischen Störungen zusammengefasst.[207] Weder in *Class B* noch in der neu eingeführten *Class C* zur Zertifizierung von schwangeren Frauen sind Krankheitsbilder angeführt, die aus historischer Perspektive oder nach heutigem Verständnis als psychische Störungen gelten würden.[208] Im Gegensatz zum Handbuch von 1903 wird der psychischen Störung bei Migrant*innen mehr Raum zugestanden. Diese Beobachtung wird dadurch verstärkt, dass für die Feststellung von Nervenkrankheiten und psychischen Störungen in der *line* vierzehn häufige Anzeichen angegeben wurden.[209]

Die im Gesetz verankerten und deshalb unter *Class A* aufgelisteten psychischen Störungen steigen 1917 im Vergleich vom Handbuch aus dem Jahr 1910 mit sieben auf acht Diagnosen nur geringfügig an. Im ersten Kapitel unter *General* wird zunächst nur jene Gesetzespassage zitiert, die die Krankheiten und psychischen Störungen anführt, welche die zwingende Ausweisung von betroffenen Migrant*innen zur Folge hatte.[210]

Bei der Untersuchung in der *line* findet sich im Vergleich zum Jahr 1910 nicht nur eine Liste von Anzeichen für psychische Störungen, sondern eine Separierung von einzelnen Störungen und welche Anzeichen explizit auf sie hindeuteten.[211] Die Klassifizierung umfasst das gesamte Kapitel vier.[212] Wieder werden in der *Class A* die psychischen Störungen vor den physischen Krankheiten und die intellektuellen Beeinträchtigungen vor allen anderen Störungen angegeben. Allerdings wurde hier keine Trennung vorgenommen. Die Definition und die Diagnose sind gemeinsam angegeben und alle Störungen sind separat beschrieben. Eine Zusammenfassung wie im Handbuch von 1910 entfiel. Besonders hervorzuheben ist der Verweis auf ein erst 1918 veröffentlichtes zusätzliches Handbuch zur Diagnose von

[206] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 10.
[207] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 12.
[208] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 18–21.
[209] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 25.
[210] Blue, *Regulations,* 5.
[211] Blue, *Regulations,* 20.
[212] Blue, *Regulations,* 24–47.

psychischen Störungen, das „Mental Manual“.[213] Es ist hier die Rede vom „Manual of the Mental Examination of Aliens“.[214]

Durch den formalen Vergleich lässt sich erkennen, dass die Diagnose von Krankheiten bei Migrant*innen im Untersuchungszeitraum wichtiger wurde. Die Anzahl der ausdifferenzierten Diagnosen, die auch im jeweiligen Gesetz verankert wurden, ist ein erstes Anzeichen dafür, dass sich das medizinische Verständnis von psychischen Störungen weiterentwickelte. Diese Entwicklung war durch das steigende öffentliche Interesse motiviert. Als deren Vertreter*innen nahmen die Politiker*innen gemeinsam mit den Mediziner*innen explizit Einfluss auf die normative Setzung des Begriffs psychische Störung.

Durch die Reihung der Erkrankungen geht außerdem hervor, dass zunächst physische, vor allem ansteckende, Krankheiten relevant waren. Ab 1910 sind sie bereits hinter den psychischen Störungen angereiht.[215] Bei den Störungen wiederum lag mit einem eigenen Abschnitt zur Begriffsunterscheidung ab 1910 besonderes Augenmerk auf intellektuellen Beeinträchtigungen.[216] Die Grenzen eines formalen Vergleichs zeigt wiederum das Handbuch von 1917 auf.[217] Hier erhielten psychische Störungen im Verhältnis zur gesamten Seitenzahl nur wenig Platz. Durch den Verweis auf ein zusätzliches Handbuch, speziell für die Diagnose von psychischen Störungen, zeigt sich, dass der Stellenwert der Diagnose von psychischen Störungen bei Migrant*innen von 1910 bis 1917 wieder gestiegen ist. Eine Entwicklung, die verloren geht, wenn man den Vergleich auf die formale Ebene begrenzt.

Ziel des formalen Vergleichs war es zunächst, die verwendeten Quellen zu präsentieren. Während ich zeigen konnte, dass die Gemeinsamkeiten geringer ausfielen als vermutet, wurde gleichzeitig klar, dass es verschiedene Grenzen zu beachten gibt. Nicht nur die Quellen geben begrenzt Aufschluss über das gewählte Forschungsthema, sondern auch die Forschungsfrage konnte durch die Wahl der Quellen begrenzt werden. Relevante Entwicklungen für den weiteren Text sind: Die Erkenntnis, dass im Untersuchungszeitraum das politische und öffentliche Interesse an der Untersuchung von Migrant*innen steigt. 1903 liegt innerhalb des Handbuchs ein Fokus auf der Vermittlung von medizinisch relevanten Informationen. 1917 allerdings sind diese in den Hintergrund getreten. Im Vordergrund stehen nun die

[213] Blue, *Regulations*, 27.
[214] Rupert Blue, *Manual of the Mental Examination of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1918).
[215] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5–6. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–8. Blue, *Regulations*, 24–25.
[216] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 9–10.
[217] Blue, *Regulations*, 25–31.

verpflichtend einzuhaltenden Verwaltungsaufgaben. Außerdem ist der Anstieg der Relevanz von psychischen Störungen bei Migrant*innen nachgewiesen. Diese Folgerung auf formaler Ebene bildet eine sichere Basis für den inhaltlichen Vergleich der Störungen, die in dieser Arbeit im Vordergrund stehen. Bevor ich dazu komme, untersuche ich zunächst exemplarisch einige physische Krankheiten, um die Abgrenzung zu den Störungen nachvollziehbarer zu machen.

6 Physische Krankheiten in den Handbüchern des *United States Public Health Service*

Ziel dieser Thesis ist es nachzuweisen, wie Medizin, Politik und die Migrant*innen das Verständnis des Krankheitsbegriffs zwischen 1880 und 1920 verändert haben. Roger Daniels stellt im Zusammenhang mit der *likely to become a public charge*-Klausel folgende Behauptung auf: „Originally intended to keep out persons physically and mentally unable to take care of themselves, it eventually barred the able-bodied poor. “[218] Diese These lässt sich anhand der Handbücher zwar nicht belegen, allerdings bildet sie den Ausgangspunkt für den exemplarischen, inhaltlichen Vergleich von Krankheiten innerhalb des Kapitels.

Ich gehe von der These aus, dass zu Beginn des Untersuchungszeitraums noch ein klarer Fokus darauf lag, vor allem Personen mit ansteckenden Krankheiten von der Einreise in die USA abzuhalten. Der Vergleich der Handbücher lässt aber darauf schließen, dass dieses Interesse in den Hintergrund rückte. In Reaktion auf die rassistischen Vorurteile innerhalb der US-amerikanischen Bevölkerung wurde es wichtiger, jene Migrant*innen abzuweisen, die nach eugenischem Verständnis langfristig durch ihre Erkrankungen zu sozialen Problemen für den Staat führen würden. Der medizinische Einfluss darauf wird im nächsten Kapitel zu den psychischen Störungen und der eigens dafür auf Ellis Island getätigten Forschung hervorgehoben. In diesem Kapitel untersuche ich den Einfluss der Medizin auf das Verständnis von Krankheiten, möchte aber auch den Einfluss der Politik gezielt hervorheben.

Um den politischen Einfluss zu belegen, ziehe ich zunächst Barbara Lüthis Schlussfolgerung zu der Diagnose der *poor physique*/mangelhafter Körperbau heran und vergleiche sie mit den entsprechenden Einträgen in den Handbüchern.[219] Dadurch ist es möglich, die tieferliegenden Ängste vor den Folgen von Vererbung nachvollziehbar zu machen. Anschließend stelle ich

[218] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 28.
[219] Lüthi, *Invading Bodies*, 261–295.

die beiden Kategorien der *dangerous contagious disease* und *loathsome contagious disease* zur Debatte, indem ich die beiden Krankheiten Trachom und *favus* und deren jeweilige Einträge in den Handbüchern miteinander vergleiche.[220]

6.1 Die *poor physique*

Am Ende des 19. Jahrhunderts bestand kaum noch Zweifel daran, dass jene Nationalitäten, die zu den *new migrants* zählten, sich körperlich am meisten von Amerikaner*innen unterschieden und deshalb eine Gefahr für die Nation darstellten.[221] Diese körperliche Andersartigkeit wurde auch mit charakterlicher Verschlechterung verknüpft. Während diese Elemente der Bedrohung zwar nicht neu waren, wurden sie aber erstmals wirkmächtig, was sich an der Änderung der Migrationspolitik in nur kurzer Zeit erkennen lässt. „Im Zeitalter des *Progressivism* spielte die Propagierung eines Programms der positiven Eugenik durch Erziehung und Staatsinterventionen gerade auch bei Immigrationsfragen eine wichtige Rolle."[222] Laut Lüthi führte diese Propagierung zu einer verstärkten Aufmerksamkeit für kranke und defekte Körper. Ausdruck findet diese Annahme in der Diagnose der *poor physique*, die weitreichende Konsequenzen hatte.[223] In einer begriffsgeschichtlichen Arbeit ist es an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass gerade die ungenaue Definition dieses Krankheitsbildes gleichzeitig zu Vor- und Nachteilen führte. Im Handbuch von 1903 ist die *poor physique* folgendermaßen beschrieben:

> Under this head should be placed cases in which it is evident from their physical condition that they will be unable to earn a living at manual labor. Cases of so-called "chicken breast," especially those having some of the physical signs of pulmonary tuberculosis, but in which the tubercle bacillus can not be found in the sputum, should be certifies under this head.[224]

Als Beispiel ist in dieser Beschreibung angeführt, dass es sich um Fälle von nicht-pulminatorischer Tuberkulose handelte. Es gab also keinen Bazillus, der bewies, dass eine Krankheit vorlag. Gerade im Zeitalter der Bakteriologie stellte dieses Fehlen ein erhebliches Problem dar. Was verstand man nun genau unter der Diagnose des mangelhaften Körperbaus? Öffentliches Bewusstsein für die dahinterliegende Problematik der Diagnose schuf der USPHS-Arzt Allan McLaughlin. Er identifizierte drei Faktoren, die durch die *poor physique* zum Problem für das Gesundheitswesen werden würden:

---

[220] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 14–15. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 19–22. Blue, *Regulations*, 37–42.
[221] Lüthi, *Invading Bodies*, 261.
[222] Lüthi, *Invading Bodies*, 261.
[223] Lüthi, *Invading Bodies*, 262.
[224] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 12.

Den Körperbau der Neuankommenden im Vergleich zu früheren Migrant*innen, ihr Ankunftsziel, bei dem er davon ausging, dass sie in überfüllten und unhygienischen Mietskasernen leben würden, was ein Gesundheitsrisiko darstellte, und die Existenz von übertragbaren Krankheiten unter den Ankommenden.[225] Während übertragbare Krankheiten erkannt und die spätere Wohnsituation von den Ärzt*innen an den Migrationsstationen nicht überprüft werden konnte, beobachtet Lüthi eine Veränderung beim ersten Punkt der Aufzählung. Der Begriff *poor physique* wurde nach und nach abgelöst von Bezeichnungen wie *lack of physical development* und *poor muscular development*. Eine Entwicklungsstörung konnte zwar diagnostiziert werden, hatte aber nicht automatisch eine Abweisung an der Grenze zur Folge. Öffentliches Bewusstsein dafür schuf ein weiterer Arzt, Thomas Darlington. Er stellte fest, dass im Jahr 1906 5.747 Migrant*innen mit *poor physique* diagnostiziert, allerdings nur 1.117 abgewiesen wurden. In derselben Publikation rückte er auch die (Ehe-)Frauen in ein negatives Licht. Familiennachzug war erlaubt, hatte aber zur Folge, dass sehr viele Migrant*innen, Betonung auf Migrantinnen, nicht untersucht wurden. Gerade sie würden dazu beitragen, dass sich Krankheiten nicht auf eine Generation beschränkten, sondern sich in ihren Nachkommen reproduzierten und der Bevölkerung somit nachhaltig schadeten.[226]

Die Äußerungen von McLaughlin und Darlington beeinflussten die öffentliche Meinung und in Folge die politischen Vertreter*innen. Gleichzeitig führte die Unschärfe der Diagnose zu einer Abänderung. Das zeigt sich am Handbuch von 1910 und 1917. Die Diagnose der *poor physique* wird abgelöst durch eine Kombination jener Begriffe, die laut Lüthi in der Praxis ohnehin bereits bevorzugt wurden: „States of permanently defective nutrition and of marked defective skeletal and muscular development.“[227] Obwohl auch diese Bezeichnung noch sehr allgemein war, darf man nicht vergessen, dass die Diagnose immer noch in der *Class B* stattfand, in der die Ärzt*innen bis 1917 bei guter Argumentation jede Art der Erkrankung diagnostizieren konnten. Da laut dieser neuen Diagnose die körperliche Entwicklung durch Mangelernährung eingeschränkt war, ist Roger Daniels Theorie von der Abweisung der körperlich gesunden, aber armen Migrant*innen zumindest teilweise nachvollziehbar.[228]

Die Medizin nahm also Einfluss auf diesen spezifischen Krankheitsbegriff, indem sie die Diagnose nachvollziehbar und trennungsschärfer formulierte. Weitreichender ist aber der

[225] Lüthi, *Invading Bodies*, 262–263.
[226] Lüthi, *Invading Bodies*, 263–264.
[227] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 19. Blue, *Regulations*, 43.
[228] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 28.

Einfluss der Politik. Sie arbeitete gegen die Angst vor Vererbung von Krankheiten bei Migrant*innen an, indem man ab 1910 auch nachkommende Familienmitglieder untersuchte. Das genaue Vorgehen, dem die Ärzt*innen in diesen Fällen zu folgen hatten, ist in den Handbüchern dokumentiert. In beiden Fällen verweise ich hier einerseits auf den abgedruckten Auszug des Gesetzestextes und die jeweilige an die Ärzt*innen gerichtete Anordnung.[229] Oft hatte diese Änderung die Ausweisung ganzer Familien zur Folge. Zusätzlich ist dem Handbuch von 1910 zu entnehmen, dass nach dem Migrationsgesetz von 1907 nun auch Migrant*innen zu jedem späteren Zeitpunkt des Landes verwiesen werden durften, wenn sie zu sogenannten *public charges* wurden. Auch die Zertifizierung in solchen Fällen war Aufgabe der Ärzt*innen an den Migrationsstationen.[230] Ein Beispiel für eine solche nachträgliche Ausweisung ist bei Cannato in „American Passage" festgehalten.[231] Nach ungefähr drei Jahren konnte die finnische Familie Tyni in den USA nicht Fuß fassen. Bereits seit eineinhalb Jahren wurde sie von einem finnischen Hilfsverein finanziert. Der Vater, Johann Tyni, war in Folge von Arbeitslosigkeit depressiv geworden. Seine Frau konnte sich nicht allein um die vier Kinder kümmern, und da der Hilfsverein nicht weiter für die Familie aufkommen wollte, brachte man sie 1912 nach Ellis Island. Beim Vater wurde eine psychische Störung diagnostiziert und die Familie wurde ausgewiesen, und das obwohl zwei der Kinder in den USA geboren waren.[232]

An dieser Stelle ist zu betonen, dass die amerikanischen Behörden anscheinend ab 1910 dem Vorwurf des Klassizismus entgehen wollten. Mittlerweile mussten sich auch Passagier*innen der ersten und zweiten Klasse Untersuchungen unterziehen. Als zusätzliche Informationsquelle stand den Mediziner*innen das Schiffsmanifest und die Aussage des/der jeweiligen Schiffsarztes/-ärztin zur Verfügung. Obwohl es diese Aufzeichnungen schon früher gab, werden die Mediziner*innen erst ab dem Handbuch von 1910 darauf verwiesen, sie auch für die Diagnostik heranzuziehen. Für die Ärzt*innen an der Migrationsstation galt es alle Personen zu untersuchen, die ihnen die Migrationsbeamt*innen zur Untersuchung vorstellten. In beiden Handbüchern findet sich aber ein Verweis darauf, dass die Mediziner*innen im Falle eines Fehlers bei den Beamt*innen um Überprüfung bitten durften. Ein solcher Fehler war laut den Handbüchern zum Beispiel, wenn die

[229] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 5, 30. Blue, *Regulations*, 61, 73.
[230] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 30. Blue, *Regulations*, 62.
[231] Cannato, *American Passage*, 1–2.
[232] Cannato, *American Passage*, 1–2.

Kabinenpassagier*innen untersucht werden sollten.[233] Auch im Falle der nachreisenden Angehörigen gab es laut der Handbücher Schlupflöcher für Menschen mit finanziellen Mitteln. Wenn sie für die Behandlungskosten und Pflege beim Vorliegen einer nicht ansteckenden Krankheit aufkommen konnten, wurde die betroffene Person nicht abgewiesen. Die Abwicklung solcher Angelegenheiten war nicht Aufgabe der Ärzt*innen, ist aber in den abgedruckten Gesetzespassagen angegeben.[234]

Während die ungenau definierte physische Krankheit *poor physique* ab 1903 nicht mehr in den Handbüchern zu finden ist, blieb eine abgewandelte Diagnose bestehen. Die Debatte um die Begrifflichkeit hatte allerdings weitreichende Konsequenzen für das Nachreisen von Familienangehörigen. Hier wurden wohlhabende gegenüber armen Migrant*innen soweit bevorzugt, dass sich dafür auch ein Beweis in den Handbüchern finden ließ.

6.2 Trachom und *favus*

Ich entschied mich aus zwei Gründen dazu, die Krankheiten *trachoma*/Trachom/chronische Bindehautentzündung und *favus*/Kopfgrind und ihre Bearbeitung in den Handbüchern zu vergleichen. Einerseits sind diese beiden Diagnosen in der vorhandenen geschichtswissenschaftlichen Literatur thematisiert, vor allem das Trachom, andererseits ist es durch sie möglich, die Änderung des Krankheitsbegriffes schlüssig aufzuarbeiten.[235] Für diese Ausarbeitung schildere ich zunächst, worum es sich bei den beiden Erkrankungen handelt und wie sie sich äußern. Anschließend folgt der Vergleich der Einträge in den Handbüchern. Besonderes Augenmerk lege ich dabei auf die Einordnung der Krankheiten in den jeweiligen Handbüchern.

Die infektiöse Krankheit *trachoma*/Trachom/chronische Bindehautentzündung ist laut der *World Health Organization (WHO)* auch heute noch die weltweit häufigste Ursache für Erblindung.[236] Um Aussagen wie diese tätigen zu können, gibt die WHO die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* heraus.[237] 2019 wurde die 11. überarbeitete Version von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und

[233] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 21–22. Blue, *Regulations*, 14.
[234] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 5. Blue, *Regulations*, 72.
[235] Vgl. Lüthi, *Invading Bodies*, 296–348. Cannato, *American Passage*, 3, 150, 158, 173, 178, 206. Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*, 12–13.
[236] „Trachoma“, Factsheets, World Health Organization, last modified 07.03.2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trachoma (12.12.2022).
[237] „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)“, Classifications, World Health Organization, https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases (02.02.2024).

seit dem 1. Jänner 2022 ist sie in Kraft. Während die ICD bereits seit dem 19. Jahrhundert existiert, ist sie seit 1948 Teil der Klassifikationen der WHO und heute das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. In Form einer Website ist es eine moderne Version eines medizinischen Handbuchs. Mit Hilfe des ICD-11 können Daten zu Sterbe- und Erkrankungsraten systematisch erfasst, analysiert, interpretiert und verglichen werden. Gleichzeitig übernimmt die Klassifikation eine wichtige Rolle in der Vereinheitlichung des medizinischen Sprachgebrauchs: „[Anm. The ICD] ensures semantic interoperability and reusability of recorded data for the different use cases beyond mere health statistics, including decision support, resource allocation, reimbursement, guidelines and more.“[238] Während das Klassifikationssystem dabei hilft globale Einigkeit über medizinische Terminologien zu schaffen, bietet die Gestaltung der Website unterschiedliche Möglichkeiten, um die Anwendung in der medizinischen Dokumentation einfach technisch umzusetzen. Wichtig für diese Arbeit ist allerdings, dass die ICD-11 einen kurzen Überblick über die jeweilig aktuell gültige Bezeichnung und das Krankheitsbild liefert.

Unter Anwendung des ICD-11 Browsers findet sich unter der Diagnose Trachom zunächst eine Codierung, gefolgt von der Beschreibung. Es handelt sich hierbei um eine bakterielle Infektion. Dabei sind die Innenseiten der Augenlider aufgeraut und entzündet, was zu einer Gefäßneubildung der Hornhaut und Vernarbung der Bindehaut führen kann. Übertragen werden die Bakterien durch direkten oder indirekten Kontakt mit den Augen oder der Nase einer infizierten Person. Durch Langzeitschäden kann es zu Erblindung oder Sehschwäche kommen.[239] Bei *favus/Kopfgrind* wiederum ist das Suchergebnis anders zu interpretieren. Der Browser schlägt hier eine Übereinstimmung mit der Krankheitsbezeichnung *other specified dermatophytosis* vor.[240] Daran ist abzulesen, dass es sich um einen veralteten Krankheitsbegriff handelt. Eine Beschreibung liegt in diesem Fall nicht vor, da es sich um eine Unterkategorie handelt. Unter Berücksichtigung des Vorwissens aus den Handbüchern ist die Zuordnung allerdings korrekt. Die allgemeine Beschreibung der *Dermatophytosis* im ICD-11 lautet wie folgt:

---

[238] „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)“, Classifications, World Health Organization, https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases (02.02.2024).
[239] World Health Organization, „Trachoma*“, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#372424530 (18.01.2024).
[240] World Health Organization, „Other specified dermatophytosis*“, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1802307036%2Fother%20%26%202138894892 (18.01.2024).

> Dermatophytosis (tinea, ringworm) is a superficial infection of the skin, hair or nails by dermatophyte fungi of the genera Trichophyton, Epidermophyton or Microsporum. These fungi normally invade only the outer keratinous layer of the epidermis (stratum corneum), the hair shaft and the nail. They count amongst the commonest infections in man. Some species (e.g. Trichophyton rubrum) are essentially anthropophilic and infect only man whereas others are zoophilic (e.g. Trichophyton verrucosum) but may cause human infection from contact with infected animals.[241]

Diese Pilzinfektion betrifft im Allgemeinen nur Haut, Haare und Nägel. Auch die Spezifizierung auf die Kopfhaut, auf der *favus*/Kopfgrind auftritt, aus dem ICD-11 kann abgegrenzt werden. Durch die hier angegebenen zusätzlichen Bezeichnungen *tinea* und *scalp ringworm* lässt sich ein Zusammenhang mit den Handbüchern von 1910 und 1917 ableiten.[242] Hier wird jeweils die Erkrankung *ringworm of the scalp* angeführt.[243]

Das Trachom ist 1903 die erste Krankheit, die im Handbuch beschrieben wird. Generell folgen die Handbücher einem ähnlichen Aufbau. Zunächst werden unter *Class A* jene Krankheiten angegeben, die nach dem Gesetz zur Ausweisung von diagnostizierten Migrant*innen führen mussten.[244] In der *Class B* werden Beispiele für Krankheiten aufgelistet, die zu einem Zertifikat als *likely to become a public charge* führten.[245] In der ab 1910 neuen *Class C* dürfen alle weiteren Krankheiten diagnostiziert werden, konkret angeführt ist als Beispiel allerdings immer nur das Vorliegen einer Schwangerschaft.[246] Ab 1910 findet sich hier im Text auch immer häufiger ein Verweis darauf, dass möglichst versucht werden soll, eine Diagnose in der *Class A* zu stellen.[247] Wenn eine Erkrankung aus dieser Kategorie vorlag, war eine Abweisung immer garantiert. Diese steigende Anzahl an Verweisen auf das Gesetz interpretiere ich als parallel steigenden Einfluss der Politik auf das Verständnis des Krankheitsbegriffes. Durch den bürokratischen Aufwand bei der Untersuchung von Migrant*innen festigte sich die Regulierungsfunktion des Nationalstaates. Dass diese Festigung ein Ziel im Untersuchungszeitraum war, findet sich unter anderem bei Vincent Cannato wieder.[248]

---

[241] World Health Organization, „Dermatophytosis*"*, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1802307036 (18.01.2024).
[242] World Health Organization, „Dermatophytosis of the scalp*"*, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1380450203 (18.01.2024).
[243] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 14. Blue, *Regulations*, 35.
[244] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7–10. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–9. Blue, *Regulations*, 24–42.
[245] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10–13. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 18–20. Blue, *Regulations*, 42–46.
[246] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 20–21. Blue, *Regulations*, 46–47.
[247] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 19–20. Blue, *Regulations*, 44–46.
[248] Cannato, *American Passage*, 12.

1903 wird auf knapp eineinhalb Seiten das Trachom und der Umgang damit beschrieben. Im Verhältnis zur Gesamtanzahl von 17 Seiten bekommt es ein großes Maß an Aufmerksamkeit. Bevor das Krankheitsbild beschrieben wird, findet sich hier eine interessante Stellungnahme: „The object is not only to prevent the introduction into this country of a communicable disease, but also to keep out a class of persons from whom so large a proportion of the inmates of institutions for the blind and recipients of public dispensary charity are recruited."[249] Auch diese, als *dangerous contagious disease* eingestufte, Erkrankung muss vor allem deshalb diagnostiziert werden, weil Betroffene in vielen Fällen auf die Unterstützung der Wohlfahrt angewiesen waren.[250]

Anschließend wird beschrieben, was unter Trachom verstanden worden ist und welche Symptome darauf hindeuten. Hier überschneidet sich die Aufzeichnung zu großen Teilen mit der aktuell gültigen Beschreibung der WHO, insgesamt sind bei der historischen Beschreibung aber mehr mögliche Symptome angegeben als bei der kontemporären. Ein Grund dafür ist auch, dass die Ärzt*innen an den Migrationsstationen nur durch ein paar Blicke eine erste Selektion in der *line* vornahmen.[251] Da das Trachom zur Erblindung führen kann, musste diese Untersuchung besonders gewissenhaft durchgeführt werden. Allerdings wird bei allen drei Beschreibungen zusätzlich mit demselben Wortlaut darauf verwiesen, dass das Trachom nicht mit einer einfachen Bindehautentzündung verwechselt werden durfte.[252] Als sicherer Hinweis auf das Vorliegen der Erkrankung galt die Granulierung der Bindehaut. Falls die Bindehaut nur entzündet war oder das Auge eine dicke Flüssigkeit absonderte, sollten die betroffenen Migrant*innen für einige Tage unter Beobachtung gestellt werden. Ab 1910 findet sich hier der Zusatz „in einer hygienischen Umgebung".[253] Erst nach mindestens zwei Wochen durfte die Diagnose festgelegt werden, auch wenn die Migrant*innen zunächst gut auf die Behandlung ansprachen, konnte sich die Krankheit später zeigen.[254]

Um das Trachom zu erkennen, änderte sich die Herangehensweise in jedem Handbuch ein wenig. 1903 ist im Handbuch darauf verwiesen, dass nur Personen mit geröteten oder entzündlichen Augen auf Trachom untersucht werden mussten. Hier wird auch das einzige Mal darauf verwiesen, dass die Erkrankung bei bestimmten Nationalitäten häufiger Auftritt. Besonders bei Finn*innen sah man wenig Chance auf Heilung. Auch wenn die Nationalitäten

[249] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7.
[250] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5.
[251] Lüthi, *Invading Bodies*, 150–154.
[252] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16. Blue, *Regulations*, 38.
[253] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16. Blue, *Regulations*, 38.
[254] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16. Blue, *Regulations*, 38.

ab 1910 nicht mehr in den Handbüchern angegeben wurden, war man sich mit einer Schlussfolgerung zum Trachom in allen Handbüchern einig: „Caution should also be exercised in making definite prognosis, even in the most favorable cases, because treatment is generally very disappointing.“[255] Die Behandlung des Trachoms war so schwierig und langwierig, dass sich hier eine vorsichtige Umschreibung für Unheilbarkeit herauslesen lässt.

Dass man das Trachom nicht nur für unheilbar, sondern auch für besonders gefährlich hielt, zeigt sich an einer zitierten Publikation im Handbuch von 1910. Hier und auch im Jahr 1917 wurde darauf verwiesen, dass genauere Informationen zur erstmaligen Entdeckung und zweifelsfreien Diagnose eines Trachoms in „Trachoma, It's Character and Effects“ nachzulesen waren.[256] Auf weiteren 34 Seiten widmen sich die Ärzte des USPHS, Taliaferro Clark und Joseph W. Schereschewsky, der Erkrankung und ihrer Feststellung. Außerdem änderte sich im Untersuchungszeitraum die Technik zur Untersuchung aufgrund des medizinischen Fortschritts erheblich. Warum galt aber gerade dieser Krankheit so große Sorge und Aufmerksamkeit? Nach Lüthi war sie wichtig für die Konstruktion einer Verknüpfung von Fremdem und Erkrankung.[257] Ein Anstieg von Trachom-Erkrankungen wurde in den USA bereits vor Erlass des ersten Migrationsgesetzes 1897 bemerkt. Da es als erste Erkrankung überhaupt in einem Gesetzestext als Abweisungsgrund festgehalten wurde, förderte das Trachom die Assoziation von Krankheit und Immigration. Für die USA bedeutete ein Anstieg dieser gefährlichen ansteckenden Krankheit nicht nur eine Gefahr für die Gesundheit der Öffentlichkeit, sondern auch ein ökonomisches Problem, wie die oben zitierte erste Stellungnahme aus dem Handbuch von 1903 klarmacht.[258] Gleichzeitig fiel die Anzahl an diagnostizierten Fällen durchwegs gering aus. Laut der Annahme von Lüthi kam das Trachom zwischen 1897 und 1925 bei ca. 1.500 Personen vor, was weniger als ein Prozent aller ankommenden Migrant*innen ausmachte. Auch ein Anstieg von diagnostizierten Fällen zwischen 1908 und 1911 stand immer proportional zur Zunahme der Immigration.[259]

Während 1903 nur auffällige Personen auf das Trachom untersucht wurden, war die Untersuchung auf diese Erkrankung ab 1910 für alle Migrant*innen verpflichtend. Über deren Durchführung findet man genauere Informationen im Kapitel *Conduct of Medical Examination*.[260] 1903 ist die Beschreibung der Durchführung der Untersuchung in den

[255] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 17. Blue, *Regulations*, 39.
[256] Clark, Schereschwesky, *Trachoma*.
[257] Lüthi, *Invading Bodies*, 298.
[258] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 7.
[259] Lüthi, *Invading Bodies*, 297–299.
[260] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 21. Blue, *Regulations*, 13.

Fließtext eingebunden. Lichtverhältnisse, Migrant*innen mussten auf ihrem Weg abbiegen, um alle Seite der zu untersuchenden Personen zu sehen, sind hier angeführt. Es wurde empfohlen, die eintreffenden Migrant*innen von den Füßen an zu beobachten und während sie herantraten bis hinauf zum Kopf auf verschiedene Körperregionen zu achten, um erste Symptome für verschiedene Krankheiten zu identifizieren.[261] Durch das Beifügen eines eigenen Kapitels zum Vorgang bei der Untersuchung fällt die Schilderung 1910 um einiges detaillierter aus. Für die Augen gibt es hier eine aufschlussreiche Erklärung. Um ein Trachom festzustellen, muss das obere Augenlid so weit umgeklappt werden, dass der *Cul-de-sac* sichtbar wird. Laut der Beschreibung dürfte es sich hier um die Stelle handeln, an der die Haut des Augenlides am höchsten Punkt in der Augenhöhle auf die Bindehaut trifft. Auch Ärzt*innen mit geschultem Auge mussten diese, für die Patient*innen schmerzhafte, Umstülpung durchführen, da man allein durch die Granulierung des *Cul-de-sac* eindeutig von einem Trachom sprechen konnte. Während im Handbuch von 1903 zu vermuten ist, dass die Ärzt*innen diesen Vorgang mit ihren Händen durchführten, wird 1910 auf das Verwenden von einem abgerundeten Holzstäbchen verwiesen und 1917 sollten die Ärzt*innen den Vorgang mit einer Häkelnadel, *glove buttoner*, durchführen.

Am Beispiel der Durchführung von Untersuchungen lässt sich auch der medizinische Fortschritt ableiten. Während die Bakteriologie die Medizin nachhaltig veränderte, dauerte es noch einige Zeit, bis man auch verstand, wie Bakterien übertragen wurden. Erst ab 1910 werden die Ärzt*innen darauf verwiesen, Abstand zu halten, wenn eine Person offensichtlich unter einer ansteckenden Krankheit litt. Wird eine solche, wie im Falle des Trachoms, bei der Untersuchung erkannt, müssen die verwendeten Instrumente und die Hände entsprechend desinfiziert werden.[262] So wie im Verweis darauf, dass Personen mit Verdacht auf Trachom in einem hygienischen Umfeld beobachtet werden mussten, geht auch hier erst ab 1910 der Zusammenhang von Hygiene und Übertragung von Erregern hervor.[263]

Grundsätzlich werden im Kapitel zur Durchführung der medizinischen Untersuchung nur wenige, aber dafür wichtige Erkrankungen explizit genannt. Neben dem Trachom zählt dazu auch *favus*/Kopfgrind. Der medizinische Fortschritt in der Diagnostik lässt sich im Vergleich deutlich nachzeichnen. Bereits 1903 weiß man schon, welcher Pilz für die Krankheit verantwortlich ist: „Attention is called to the resemblance between the *Achorion schonleinii*

[261] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 6.
[262] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 24–25. Blue, *Regulations*, 19.
[263] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 16. Blue, *Regulations*, 38.

and certain other fungi, especially the *Trichophyton tonisurans* and the *Microsporon fur-fur*.“[264] Die Spezifizierung der Pilzart findet sich auch in den beiden anderen Handbüchern wieder.[265] Bei *favus*/Kopfgrind musste nicht nur ein klinischer, sondern auch ein mikroskopischer Nachweis der Existenz der Erkrankung erfolgen. Da betroffene Migrant*innen die auffälligen Symptome verschleiern konnten, wird in jedem Handbuch auch ein Beobachtungszeitraum von ein bis drei Wochen festgelegt, um die Diagnose zu bestätigen. Die Ärzt*innen wurden bereits 1903 darauf verwiesen, dass auch die Fingernägel von der Erkrankung betroffen waren. Erst 1910 ist allerdings klar, dass auch von den Fingernägeln und der restlichen Haut Proben für die mikroskopische Diagnose von *favus* entnommen werden konnten. Während 1903 nur vorgegeben ist, dass die mikroskopische Diagnose erfolgen muss, wird 1910 bereits genau beschrieben, wie am besten eine Probe entnommen werden sollte, um sie in einem Objektträger oder einem Kulturröhrchen aufzubewahren.[266] Der Fortschritt in der Entnahme von Proben und der Untersuchung von Bakterienkulturen ist schließlich 1917 anhand von folgendem Beispiel klar erkennbar:

> The diagnosis of this condition should always be made with the microscope. Material for examination is best obtained by carefully lifting the cup and selecting the softer material immediately beneath, or else by the examination of the roots of hairs that are easily removed. Parings from suspected nails are also to be used. This material should be subjected first to the action of a strong alkali (30 per cent sodium or potassium hydroxide) until it is well softened and can be pressed between cover slips. In the case of nails this may require an hour or so.[267]

Die Erstellung von mikroskopischen Diagnosen wurde über den Untersuchungszeitraum immer weiter normiert, sodass 1917 sehr klare Anweisungen zur Durchführung im Handbuch abgedruckt wurden. Um eine eindeutige Diagnose zu erhalten, wurde ein detaillierter Arbeitsablauf festgelegt. Aber auch der Einfluss der Politik auf den Krankheitsbegriff lässt sich am Beispiel des Kopfgrinds nachweisen. Sowohl 1910 als auch 1917 folgt auf die Beschreibung der mikroskopischen Diagnose eine wichtige Anordnung zur Einschätzung der Genesung mit Verweis auf die Gesetzesvorlage. 1910 wird den Ärzt*innen vorgeschrieben, dass sie erst nachdem die Behandlung vier Wochen ausgesetzt wurde und die Krankheit nicht zurückkehrte, von Heilung sprechen durften. 1917 wurden sie zusätzlich darauf verwiesen, dass dasselbe Vorgehen auch bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen, wie es scheint eine neue Behandlungsmethode, anzuwenden war. Sie wurden also in den Handbüchern ständig darin erinnert, dass ihre medizinische Kompetenz nicht über dem Gesetz stand. Dieses

[264] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8.
[265] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 14. Blue, *Regulations*, 33.
[266] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 14.
[267] Blue, *Regulations*, 34.

wiederum war von der Politik, als Vertretung der Bürger*innen, erlassen worden. Auch wenn der medizinische Fortschritt eine frühere Feststellung der Heilung von der Krankheit erlaubte, waren die Ärzt*innen an das Gesetz gebunden.

Am Ende möchte ich noch die Kategorisierung der Krankheit *favus* vergleichen, um über die Begriffsanordnung eine Aussage über die Wertigkeit von Krankheiten in den Handbüchern zu tätigen. Auch der Kopfgrind wurde immer in der *Class A* zertifiziert. 1903 gehört er zunächst zu den vier *loathsome diseases*, die nach den beiden *dangerous contagious diseases* und vor den beiden psychischen Störungen aufgelistet wurden.[268] *Loathsome* kann dabei mit ekelhaft oder abscheulich übersetzt werden. 1910 bekommt die Überkategorie die Bezeichnung *loathsome contagious disease*, in die nun neun Krankheiten fallen. Hier wird der Begriff *loathsome* beschrieben: „A loathsome disease is a disease which excites abhorrence in others by reason of the knowledge of its existence.“[269] Zusätzlich ist erklärt, dass der Begriffszusatz *contagious*/ansteckend nach der Gesetzesvorlage gleichzusetzen ist mit *communicable*/übertragbar. Eine, wie ich finde, schwerwiegende Entscheidung, räumt doch übertragbar nur die Möglichkeit einer Ansteckung ein, während ansteckend eine definitive Ansteckung vermittelt. *Dangerous contagious diseases* zeichneten sich nach dem Handbuch von 1910 dadurch aus, dass die Krankheiten chronisch waren, den Funktionsausfall eines Sinnes zur Folge hatten oder zum Tod führen konnten.[270] Im Handbuch von 1910 sind zuerst fünf psychische Störungen ohne Kategorisierung aufgelistet, darauf folgt die Krankheit Tuberkulose, die neun *loathsome contagious diseases* und erst zuletzt die fünf *dangerous contagious disesases*.[271]

Im letzten Handbuch von 1917 schließlich werden wieder acht einzelne psychische Störungen angegeben, gefolgt von der Tuberkulose, zehn *loathsome contagious diseases* und wiederum zuletzt fünf *dangerous contagious disesases*.[272] An der letzten Kategorie lassen sich die Grenzen des formalen Vergleichs aufzeigen. Die letzte der fünf gefährlichen ansteckenden Krankheiten ist definiert mit: „Other diseases caused by animal parasites, such as leishmaniasis, trypanosomiasis, paragonomiasis, clonorchiasis, etc.“[273] Ähnlich wie bei der Tuberkulose oder den Geschlechtskrankheiten wurden hier immer mehrerer Krankheiten unter einem Überbegriff zusammengefasst, was das Ergebnis eines formalen Vergleichs verfälscht.

[268] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5–6.
[269] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8.
[270] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 9.
[271] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–9.
[272] Blue, *Regulations*, 7–9.
[273] Blue, *Regulations*, 41.

Im Handbuch von 1917 wird wiederum ein ganzer Absatz der Begriffsdiskussion von *contagious* und *communicable* und der Notwendigkeit der Klassifizierung von Krankheiten gewidmet.[274] Wieder sollen die beiden Begriffe als Synonyme verstanden werden. Die Aufteilung in *loathsome* und *dangerous* ist als unbegründet bezeichnet.[275] Begründet wurde diese Aussage damit, dass nicht immer alle Formen einer Erkrankung eindeutig einer Kategorie zugewiesen werden konnten. Die Unterteilung musste nach dem Gesetz allerdings trotzdem erfolgen und wurde ähnlich wie im Handbuch von 1910 beschrieben. Einzig die Ansteckungsgefahr bei gefährlichen ansteckenden Krankheiten wurde hier gesondert betont.

Ich stellte in diesem Kapitel drei Krankheiten vor und verglich sie, um die Entwicklung des Krankheitsbegriffs nachzuzeichnen. Anhand der *poor physique* konnte ich zeigen, dass ungenaue Terminologien die Ärzt*innen auf Ellis Island und anderen Migrationsstationen vor große Herausforderungen stellten.[276] Erst durch eine Überarbeitung dieser Diagnose konnten konkretere Aussagen über den Gesundheitszustand von Migrant*innen getroffen und willkürliche Diagnosen vermieden werden. Gleichzeitig handelte es sich hierbei um ein Krankheitsbild, an dem sich der Einfluss der Politik auf die Semantik eindeutig ablesen lässt. Aufgrund der Angst vor vererbbaren Krankheiten durch ein breiteres Verständnis von Eugenik konnten die Migrationsgesetze angepasst und der augenscheinliche Zusammenhang von Krankheiten mit Migrant*innen verstärkt werden. Direkten Einfluss hatte das auf nachreisende Familienmitglieder.

Durch die Gegenüberstellung von Trachom und *favus* schließlich wollte ich zunächst den medizinischen Fortschritt in der Methodik hervorheben.[277] Bei den Krankheiten lässt sich ein verbessertes Verständnis für die Übertragbarkeit von Krankheiten und die Diagnose mit Hilfe von Mikroskopen, sprich die Arbeit durch das Labor, nachweisen. Gleichzeitig leite ich aus dem Vergleich der Anordnung in der *Class A* eine generelle Beobachtung zur Haltung gegenüber Krankheiten ab.[278] Während zuerst Krankheiten im Vordergrund standen, die als gefährlich deklariert wurden, wurde über den Untersuchungszeitraum hinweg Krankheit an Visualität und Ästhetik geknüpft. Die Gesetzeslage unterstützte, dass Migrant*innen, speziell die *new migrants*, als offensichtlich andersartig wahrgenommen wurden, während sie

[274] Blue, *Regulations*, 31–32.
[275] Blue, *Regulations*, 32.
[276] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 12.
[277] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8–9. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 13–14. Blue, *Regulations*, 33–35.
[278] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5–6. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 7–8. Blue, *Regulations*, 24–25.

gleichzeitig bei der Bevölkerung die Verknüpfung von Migrant*innen, Armut, mangelnder Hygiene und Krankheit förderte.[279] Abschließend ist zu betonen, dass die psychischen Störungen eine immer größere Gewichtung in den Handbüchern erhielten. Der Frage, worauf diese Entwicklung beruhte, widme ich mich im folgenden Kapitel.

7 Psychische Störungen in den Handbüchern des *United States Public Health Service*

In Kapitel 2 habe ich folgende Arbeitsdefinition aufgestellt: Krankheit und psychische Störung sind die normative Setzung der Begriffe, beeinflusst von Arzt, erkrankter Person und Gesellschaft sowie ihrer Vertreter. Um diese Definition von psychischen Störungen anzuwenden, muss man nach Andreas Heinz die Unterscheidung von Krankheitsbezeichnungen aus dem Englischen, *disease/illness/sickness,* beachten.[280] *Disease* ist das Verständnis von Krankheit in der Medizin. Daneben stellt *illness* die Perspektive der erkrankten Person dar oder es ist mit *sickness* eine Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten vorhanden, die die soziale Teilhabe einer betroffenen Person erschwert. Dazu zählen die Hygiene oder die Nahrungsaufnahme.[281] Unter dem Aspekt *sickness* ist so das gesellschaftliche Verständnis von Erkrankung in den Begriff eingewoben. Die Perspektive der erkrankten Person, besonders ihre Gefühlslage, ist in den Handbüchern des *United States Public Health Service* (USPHS) nicht vorzufinden.[282] Hier kann ich nur das Abbild des Ausdrucks vom gefühlten Kranksein heranziehen. Wie sich eine Krankheit für die betroffenen Patient*innen anfühlt, ist für die Ärzt*innen des USPHS per se nicht relevant. Allerdings traten gerade im Zusammenhang mit psychischen Störungen bestimmte Eigenschaften und Gefühle häufig auf. Ein Beispiel für das Abbild des Ausdrucks vom gefühlten Kranksein ist demnach die Tabelle aus dem Handbuch von 1910.[283] Eine Häufung von in der Tabelle erfassten Eigenschaften sollte Aufschluss über den psychischen Gesundheitszustand von Migrant*innen geben. Auch die Gesellschaft selbst hatte nur indirekt Einfluss auf die Gestaltung der Handbücher. Die Politiker*innen waren dafür verantwortlich, die Bedenken der Gesellschaft im Zusammenhang mit Krankheit und Migration zu erkennen. Sie ließen ihre Erkenntnis in die Gestaltung der Migrationsgesetze miteinfließen. Im Vergleich der

[279] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 31.
[280] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 40.
[281] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 40.
[282] Wyman, *Book of Instructions* (1903). Wyman, *Book of Instructions* (1910). Blue, *Regulations.*
[283] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 10.

Handbücher ist nun untersucht, wie sich das Verständnis von psychischen Störungen verändert hat.

Um diese Entwicklung zu erkennen, waren zwei Materialien von großer Bedeutung: Der Psychrembel und das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders".[284] Der Psychrembel ist eine Online-Datenbank für medizinisches und pharmazeutisches Fachwissen, die von Fachautor*innen befüllt und geprüft wird, und heute Teil des Verlags Walter de Gruyter ist.[285] Sie hat sich aus dem klinischen Wörterbuch des Berliner Arztes Willibald Psychrembel heraus entwickelt, der das Buch 1931 das erste Mal publizierte.[286] Die Plattform war hilfreich, um herauszufinden, welche historischen Bezeichnungen für psychische Störungen auch heute noch angewandt werden, wie Störungen heute richtig bezeichnet werden und welche historischen Störungen nach heutigem Verständnis keine Diagnose mehr rechtfertigen.

Heute arbeitet medizinisches Fachpersonal bei der Diagnose von psychischen Störungen auch mit einem Handbuch. Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", kurz DSM-5, wird von der *American Psychiatric Association* (APA) herausgegeben.[287] Für diese Thesis habe ich aus zwei Gründen die deutsche Übersetzung herangezogen. Zunächst konnte ich so prüfen, ob ich die Begriffe der englischen Handbücher des USPHS richtig übersetzt habe. Wichtiger ist aber, dass das deutsche DSM-5 im Gegensatz zur englischen Version ein Glossar von Fachbegriffen enthält. Da dazu auch häufige Symptome zählen, konnte ich damit bestimmte Diagnosen besser nachvollziehen. Die erste Vorläuferversion des Handbuchs wurde von der APA bereits 1844 veröffentlicht und diente als statistische Klassifikation hospitalisierter Patient*innen mit psychischen Störungen. Die Klassifizierung wurde Teil der US-amerikanischen Volkszählung und sollte die Kommunikation über einzelne Patient*innengruppen in den Krankenhäusern verbessern.[288] In dieser Funktion stand sie auch den Ärzt*innen auf Ellis Island zur Verfügung. Gleichzeitig spielte die APA, damals noch *American Medico-Psychological Association*, und ihre jährliche Versammlung im

[284] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. ed., text rev.), https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787 (2022).
[285] „Impressum", Psychrembel, Walter de Gruyter GmbH, https://www.pschyrembel.de/Inhibition/webpages---impressum/doc/ (16.10.2023).
[286] „Über den Psychrembel", Psychrembel, Walter de Gruyter, https://www.pschyrembel.de/Inhibition/webpages---ueber-den-pschyrembel/doc/ (16.10.2023).
[287] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. ed., text rev.), https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787 (2022).
[288] American Psychiatric Association, *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*, ed. Peter Falkai, Hans-Ulrich Wittchen (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2018), 7.

Untersuchungszeitraum eine wichtige Rolle, um die auf Ellis Island neu entwickelten Tests in der Gemeinschaft der Psychiater*innen zu verbreiten.[289]

Nach heutigem Verständnis wird psychische Störung nun aber wie folgt definiert:

> Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde.[290]

Diese Definition greift nach Heinz die Dreigliederung durch die englische Sprache auf. Durch die Störung von Prozessen ist der Krankheitsaspekt im Sinne von *disease* inkludiert. Der explizite Verweis auf das Leid der Patient*innen inkludiert *illness* und da auch soziale Aktivitäten eingeschränkt sind, ist das Verständnis von *sickness* eingewoben.[291] Des Weiteren wird erklärt, wann es sich nicht um psychische Störungen handelt. Der Hinweis auf kulturelle Normen ist dabei ein Aspekt, der auch die Forscher*innen auf Ellis Island in der Entwicklung eigener Tests motivierte.[292] Zuletzt ist in dieser heute allgemein gütigen Definition integriert, dass psychische Störungen nicht instrumentalisiert werden dürfen, um gesellschaftlich unliebsame Verhaltensweisen zu stigmatisieren. Diesen Punkt untersuche ich im inhaltlichen Vergleich dezidiert.

Es folgt der inhaltliche Vergleich der Handbücher. Hier überprüfe ich die in den Handbüchern angeführten einzelnen Störungsbilder auf die drei definierten Einflussfaktoren und weise auf Veränderungen hin.

7.1 Das Handbuch von 1903

Auf formaler Ebene wird bereits deutlich, dass sich die Untersuchung von Migrant*innen auf psychische Störungen im Untersuchungszeitraum weiterentwickelt hat. Das hat auch mit medizinischem Fortschritt und öffentlichem Interesse am Thema zu tun. Zunächst stellt sich

[289] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 145, 160, 168.
[290] APA, *DSM-5*, 26.
[291] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 40.
[292] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 97.

aber die Frage, was unverändert geblieben ist und im Rahmen der Diagnose von psychischen Störungen sowohl 1903 als auch 1910 und 1917 Gültigkeit hatte. Hier lässt sich nur eine einzige Anweisung herausarbeiten, die in allen drei Handbüchern angeführt wurde. Die Zertifizierung einer psychischen Störung der *Class A* musste immer von zwei Ärzt*innen durchgeführt werden.[293] Eine Frage, der ich in dieser Arbeit nachgehe, ist, ob die Definition der psychischen Störungen so angelegt war, dass Menschen, die sozial abweichende Verhaltensweisen zeigten, als krank definiert und von der Einreise ausgeschlossen werden konnten. In die Anweisung der dualen Zertifizierung von psychischen Störungen ist hier eine Kontrollinstanz eingewoben, mit der Ärzt*innen nicht wahllos Personen von der Einreise in die USA ausschließen konnten. Außerdem zeigt die doppelte Überprüfung einer psychischen Diagnose ein Verständnis für die schwerwiegenden Konsequenzen, die damit einhergingen. Im Handbuch von 1903 gab es nun zwei Diagnosen für psychische Störungen, die unter der *Class A* zertifiziert werden mussten: *insane persons*/Menschen mit psychischen Störungen und *idiots*/Menschen mit extremer intellektueller Beeinträchtigung.

Insanity kann mit Wahnsinn oder veraltet mit ‚Geisteskrankheit' übersetzt werden. Es ist ein Sammelbegriff für psychische Störungen im Allgemeinen. Im historischen Gebrauch wurde damit oft Schizophrenie beschrieben.[294] 1903 wird psychische Störung folgendermaßen definiert: „[…] Insanity is a deranged and abnormal condition of the mental faculties, accompanied by delusions or hallucinations or illusions, or manifesting itself in homicidal or suicidal tendencies or persistent mental depression, or inability to distinguish between right and wrong."[295] In dieser kurzen Definition ist das Wort *or* sechs Mal untergebracht. Es ist ein Hinweis darauf, dass eine Menge von Inhalten in einer Definition zusammengefasst wurden.

Zunächst deuten einige Punkte der Beschreibung darauf hin, dass hier Schizophrenie umschrieben wurde. Halluzinationen sind in der heutigen Diagnostik vor allem als Symptom von schizophrenen Störungen verortet und Illusionen treten meistens im Zusammenhang mit psychotischen Störungen auf, wozu auch die Schizophrenie zählt.[296] Während Halluzinationen zur Gänze eingebildet sind, handelt es sich bei Illusionen um die Fehlinterpretation eines real vorhandenen Stimulus.[297] Bei der Schizophrenie und den ihr verwandten Ausprägungsformen treten suizidale Gedanken oft als Symptom auf. Allerdings sind suizidale Gedanken nicht

[293] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 12. Blue, *Regulations*, 28.
[294] Psychrembel Redaktion, „Geisteskrankheit", Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/Geisteskrankheit/P0037/doc/ (16.10.2023).
[295] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8.
[296] APA, *DSM-5*, 118, 381, 140, 147.
[297] APA, *DSM-5*, 1125.

allein auf schizophrene Störungen beschränkt, sie sind Symptom einer Vielzahl von psychischen Störungen. Auch die übrige Definition lässt darauf schließen, dass man mit *insane persons* 1903 nicht ausschließlich Schizophrenie bestimmen wollte, sondern eine Vielzahl von psychischen Störungen unter einem Überbegriff zusammengefasst hatte.

Zunächst ist festzustellen, dass mit *deranged*/gestört ein Begriff untergebracht ist, der nahe an die heutige Bezeichnung psychische Störung herankommt. Mit der weiteren Beschreibung durch das Wort ‚abnormal' wird aber das Abweichen von einem Normzustand integriert. *Delusions*/Wahnvorstellungen beschreiben ein häufiges Symptom von psychischen Störungen. Im DSM-5 ist der allgemeinere Begriff ‚Wahn' verwendet. Bei der aktuellen Definition wahnhafter Störung sind sieben verschiedene Arten aufgelistet.[298] Mordgedanken sind im DSM-5 nur als Symptom von antisozialen Störungen und der sexuell sadistischen Störung angegeben und kommen somit selten vor.[299] Die Depression ist heute als eigenständige psychische Störung bekannt, gilt aber wie damals auch als Symptom diverser psychischer Störungen. Bei Kindern kann sie auch im Zusammenhang mit intellektuellen Beeinträchtigungen auftreten. Als vielseitiges Symptom psychischer Störung erschwert sie also eine eindeutige Diagnose. Nach heutigem Verständnis sind in der historischen Definition von psychischer Störung im Jahr 1903 eine Vielzahl von verschiedenen Störungsbildern wiederzufinden. Das deutet darauf hin, dass die Ärzt*innen in der Diagnostik frei waren und man ihnen großes Vertrauen schenkte. Neben der Notwendigkeit ein Zertifikat von zwei Mediziner*innen erstellen zu lassen, gibt es nur in einem Nebensatz einen Hinweis auf eine Einschränkung der Definition.

Die Freiheit der Ärzt*innen in der Diagnose von psychischen Störungen wurde durch den rechtlichen Rahmen der Zertifizierung begrenzt. Nicht jede psychische Störung konnte als *Class A* zertifiziert werden. Sowohl *alcoholism*/Alkoholkonsumstörung/Alkoholismus oder Epilepsie, die heute als neurologische Erkrankung und nicht mehr als psychische Störung eingestuft wird, als auch *hysteria* sind als psychische Störungen erkannt worden.[300] Hysterie ist eine veraltete Bezeichnung für dissoziative Störungen, also Störungen des Ich-Bewusstseins. Sie wird heute nicht mehr verwendet, da sie einen abwertenden Klang hat, durch ihren Wortursprung aber auch mit Frauen verbunden ist.[301] Diese drei psychischen

[298] APA, *DSM-5*, 122.
[299] APA, *DSM-5*, 905, 958.
[300] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10.
[301] Jürgen Margraf, „Hysterie", Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/hysterie/K0AGJ/doc/ (16.10.2023).

Störungen durften aufgrund ihrer weniger schweren Symptomatik nicht in der *Class A* erfasst werden, sondern verlangten ein Zertifikat unter *likely to become a public charge* in *Class B.*

Die Alkoholkonsumstörung wurde aufgrund des Symptoms Delirium tremens bzw. Alkoholdelir als psychische Störung eingestuft:

> Ein Entzugsdelir kann, wie jeglicher agitierter Verwirrtheitszustand, unabhängig von der Ursache, zusätzlich zu Störungen des Bewusstseins und Denkens auch visuelle, taktile oder (selten) akustische Halluzinationen (Delirium tremens) hervorrufen. Wenn sich ein Alkoholentzugsdelir entwickelt, ist es wahrscheinlich, dass ein klinisch bedeutsamer medizinischer Krankheitsfaktor vorliegt.[302]

Das Auftreten von Halluzinationen bei Delirium tremens ist hier ein Hinweis darauf, warum die Alkoholkonsumstörung als psychische Störung erfasst wurde. Nicht der Alkoholkonsum selbst, sondern ein Symptom des Entzuges rechtfertigten die Diagnose einer psychischen Störung.

Obwohl sich diese Formulierung nicht durch alle drei Handbücher zieht, ist es doch eindeutig, dass Menschen, die ihren Unterhalt aufgrund einer Erkrankung nicht selbst bestreiten konnten, in *Class B* zertifiziert wurden, um sie von der Einreise in die USA auszuschließen. In allen drei Handbüchern finden sich hier Hinweise darauf, dass die angegeben Krankheiten in dieser Klasse nur die häufigsten waren und nicht vollständig sein konnten.[303] Allerdings ist nur im Handbuch von 1903 eine psychische Störung in der Auflistung. Senilität und Debilität wurden unter einem Punkt angegeben.[304] Senilität ist die Einschränkung von Funktionen aufgrund von hohem Alter. Obwohl diese nach heutigem Verständnis durch Gedächtnisstörungen auch die Psyche betrifft, hat die Störung einen organischen Ursprung und ist deshalb eine physische Krankheit.[305] Im Handbuch von 1910 und 1917 konzentriert man sich vollkommen auf den Krankheitsaspekt der sogenannten Altersschwäche, in dem vor allem der körperliche Abbau in der Diagnose berücksichtigt wird.[306] *Debility* hingegen ist eine veraltete Bezeichnung für eine leichte intellektuelle Beeinträchtigung.[307] Hieraus geht hervor, dass 1903 bereits bekannt war, dass intellektuelle Beeinträchtigungen in verschiedenen Schweregraden auftreten konnten. Einen größeren Fokus und damit eine Abwandlung in der

---

[302] APA, *DSM-5*, 689.
[303] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 11. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 18. Blue, *Regulations*, 43.
[304] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 12.
[305] Anne-Grit Bialojan, „Altersschwäche“, Psychrembel, zuletzt geändert August 2018, https://www.pschyrembel.de/Altersschw%C3%A4che/K024J (16.10.2023).
[306] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 19. Blue, *Regulations*, 44.
[307] Agata Maksymczak-Tretter, „Debilität“, Psychrembel, zuletzt geändert November 2022, https://www.pschyrembel.de/Debilit%C3%A4t/A06GJ/doc/ (16.10.2023).

Diagnose erhielten diese Beeinträchtigungen erst mit steigendem öffentlichem Interesse. Mehr dazu im Abschnitt zum öffentlichen Bewusstsein für psychische Störungen.

Mit der Formulierung *idiots*/extreme intellektuelle Beeinträchtigung wurde zunächst auf die schwerste Form einer psychischen Störung der Intelligenz als Diagnose in das Handbuch von 1903 aufgenommen. Das DSM-5 definiert intellektuelle Beeinträchtigung wie folgt: „Eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) ist eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst.“[308] Durch die angegebenen Kriterien zur Diagnose und die Einteilung in verschiedene Schweregrade identifiziere ich diesen Begriff als zeitgemäße Formulierung der historischen Bezeichnung.

Im Handbuch von 1903 beschränkt man sich bei den Angaben zu dieser Beeinträchtigung lediglich auf die Zitierung zweier Definitionen:

> An idiot is a person exhibiting such a degree of mental defect, either inherited or developed during the early period of life, as incapacities the individual for self-maintenance or ability to properly care for himself or his interests.
> Idiocy is a defect of mind which is either congenital or due to causes operating during the first few years of life, before there has been a development of the mental faculties, and may exist in different degrees.[309]

Sowohl in der kontemporären als auch in den beiden historischen Definitionen geht man darauf ein, dass es sich bei extremer intellektueller Beeinträchtigung um eine Störung handelt, die entweder angeboren war oder im frühkindlichen Alter auftrat. Während man hier nicht feststellen kann, inwieweit die betroffenen Personen unter ihrem Zustand litten, ist ihre soziale Teilhabe stark beschränkt. Mit der alleinigen Angabe des Nachnamens kann das erste Zitat nicht eindeutig einem Werk und Autoren zugeordnet werden. Umso interessanter ist allerdings das zweite Zitat, das auf die Arbeit des britischen Rechtswissenschaftlers Henry Maudsley aus dem Jahr 1874 verweist. Er unterscheidet bereits zwischen *idiots*/Personen mit extremer intellektueller Beeinträchtigung und *imbeciles*/Personen mit mittlerer bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung. Man entschied sich 1903 also noch bewusst dafür, nur die schwersten Formen von psychischen Störungen bei Migrant*innen als Grund zur Abweisung an der Grenze im Gesetz zu verankern. Auf derselben Seite von Maudsleys „Responsibility in Mental Disease“ findet sich auch eine Unterscheidung von psychischen Störungen, die bei der

[308] APA, *DSM-5*, 43.
[309] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10, nach Richardson (kann nicht identifziert werden) und Henry Maudsley, *Responsibility in Mental Disease*, (London: Henry S. King & Co., 1874).

Untersuchung von Migrant*innen und in der Formulierung des Handbuchs von 1903 übernommen wurde.[310] Psychische Störungen drückten sich entweder durch das Fehlen beziehungsweise die Einschränkung des Verstands (*idiots*) oder durch eine Störung des Verstandes (*insane persons*) aus. 1903 wird psychische Störung, im Zusammenhang mit der Untersuchung von Migrant*innen, zusammenfassend folgendermaßen verstanden:

Psychische Störung ist eine schwere Beeinträchtigung oder Störung des Verstandes einer betroffenen Person. Diese wurde durch den Kongress als Vertreter der Öffentlichkeit im Gesetz als solche verankert, von den Mediziner*innen außerhalb von Migrationsstationen als Krankheit erkannt und von den Ärzt*innen auf Ellis Island als solche diagnostiziert.

In der Beschreibung von psychischen Störungen findet sich im Handbuch von 1903 ein Zugeständnis an Migrant*innen, dass die neuartige Situation in der Migrationsstation zu außerordentlichen Emotionen führen konnte, wodurch ein Abbild vom Empfinden der betroffenen Personen in die Beschreibung inkludiert ist.[311] Hier müssen die Ärzt*innen auf das Empfinden der Migrant*innen eingehen, um ihre Gefühle aufgrund der neuen Situation nicht fälschlicherweise in die Diagnose einer psychischen Störung fließen zu lassen. Die grobe Zweiteilung von Einschränkung und Störung des Verstandes lässt sich in allen drei Handbüchern erkennen. Besonders die Beeinträchtigung des Verstands wurde verstärkt zum Thema in öffentlichen Debatten, was auch die Gesetzgebung von 1907 und damit das Handbuch von 1910 beeinflusste. Wie es zu dieser Entwicklung kam, ist im folgenden Abschnitt dargestellt.

7.1.1 Das öffentliche Bewusstsein für psychische Störungen und die Änderung des Migrationsgesetzes

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts und der Publikation des ersten Handbuchs im Jahr 1910 interessierten sich die Ärzt*innen auf Ellis Island vor allem für psychiatrische *illnesses*, also psychische Störungen, die durch das Leiden der betroffenen Personen Ausdruck fanden.[312] Danach hatten zwei Faktoren Einfluss auf die differenziertere Diagnose psychischer Störungen bei US-Migrant*innen. Zunächst das Konzept der Eugenik, welches zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt war. Die Eugenik hatte in der

[310] Maudsley, *Responsibility in Mental Disease*, 66.
[311] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10.
[312] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 42.

Folge und als zweiten Faktor auch Auswirkung auf das wissenschaftliche Verständnis von *race* in der Zeit.

Der Begriff Eugenik, griechisch *eugenes* für ‚wohlgeboren', wurde vom englischen Anthropologen Francis Galton in den 1880ern geprägt. Eugenik ist Galton zufolge die Anwendung von Techniken, um menschliche Begabung durch Vererbung zu verstärken. Während es bereits frühere Annahmen über die Erblichkeit von Intelligenz gab, war Galton der erste, der diese in den 1860ern als wissenschaftliche Hypothese formulierte. Als Cousin von Charles Darwin ließ sich Galton durch dessen Arbeit inspirieren und profitierte gleichzeitig von seiner Berühmtheit, die Galtons Erkenntnisse an eine große Leserschaft verbreitete.

Außerdem wurde Ende des Jahrhunderts die Forschung von Georg Mendel zur Vererbung bei Pflanzen aus dem Jahr 1865 wiederentdeckt. Der Biologe Charles Benedict Davenport postulierte, dass die Vererbung von psychischen Störungen Mendels Prinzipien folgte.[313] Diese Ereignisse beeinflussten die Wissenschaft auf, nach heutigem Verständnis, rassistische Weise in Form der biologisch-positivistischen wissenschaftlichen Rassenlehre, die ihren Ursprung schon im 18. Jahrhundert hatte. Ihr Ziel war eine möglichst feingliedrige Klassifikation und Gliederung von Menschen. Barbara Lüthi fasst die Idee dieser Lehre wie folgt zusammen:

> Zu den grundlegenden Annahmen der wissenschaftlichen Rassenlehre gehören erstens, dass unterschiedliche Menschengruppen an physischen und behavioristischen Variationen gemessen werden können, zweitens, dass äußerliche physische Merkmale ein Zeichen für innere intellektuelle, moralische und weitere Qualitäten darstellten und schließlich, dass diese Qualitäten vererbar [sic] sind und die beigemessenen Unterschiede zwischen den Menschen nicht – auch nicht durch Umweltfaktoren – veränderbar, überbrückbar oder transzendierbar sind.[314]

An diesem Verständnis von *race* lässt sich ablesen, dass nicht nur positive Eigenschaften, wie Begabung, vererbt wurden und unveränderbar waren. Die rassistische Lehre konnte durch die Eugenik auf die Unterscheidung von Menschengruppen angewandt werden, die sich optisch ähnlich sahen, in dem ihnen zumeist negative Eigenschaften zugeschrieben wurden. Diese Definition von *race* und der Einfluss der Eugenik waren öffentlicher Konsens und beeinflussten die Ärzt*innen auf Ellis Island. Menschen, die *likely to become a public charge* waren, also wahrscheinlich eine öffentliche Belastung werden würden, durften nicht in die USA einreisen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit einer psychischen Störung sich

[313] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 42–45.
[314] Lüthi, *Invading Bodies*, 63–64.

zu einer solchen öffentlichen Belastung entwickelten, war sehr hoch. Das Argument in der öffentlichen Debatte war, dass sie diese psychischen Störungen an ihre Kinder vererben würden, die dadurch eine zusätzliche Belastung darstellten.

Die Verbreitung dieses Wissens in der US-amerikanischen Bevölkerung führte zu steigender Aufregung. Das Immigrationsgesetz von 1891 sah nach dem Auszug im Handbuch von 1903 nur den Ausschluss von *idiots and insane persons*/Menschen, die an einer psychischen Störung oder einer extremen intellektuellen Beeinträchtigung litten, vor.[315] Dabei handelte es sich um die am stärksten ausgeprägten Formen von psychischen Störungen. Zusätzlich mussten diese Personen erst in der Untersuchung in der *line* erkannt werden. Eine Methode, die zur Erkennung von psychischen Störungen auch bei Mitgliedern des USPHS kritisch hinterfragt wurde. In der Folge verabschiedete der US-Kongress 1907 ein neues Immigrationsgesetz.[316] Darin wurde eine differenziertere Beschreibung von psychischen Störungen aufgelistet. Neben *idiocy*/schwere intellektuelle Beeinträchtigung als stärkstem Ausdruck psychischer Störung und der *imbecility*/mittlere bis schwere intellektuelle Beeinträchtigung sollten unter *feeble-minded*/leichte intellektuelle Beeinträchtigung nun auch die schwächsten Formen von psychischen Störungen erkannt werden, um die Vererbung dieser Erkrankungen gänzlich einzuschränken.[317]

Die Diagnose und Ermittlung von heute als intellektuelle Beeinträchtigung verstandene Störungen stand nun an erster Stelle. Um die unterschiedlichen Grade der Beeinträchtigung zu diagnostizieren, schlug man zunächst die Anwendung einer Kategorisierung durch Intelligenztestungen, die in Frankreich entwickelt wurde, vor. Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts Gesetze zur allgemeinen Bildung in Frankreich erlassen wurden, stand man auch vor der Frage, bis zu welchem Punkt Kinder mit intellektuellen Beeinträchtigungen am Regelunterricht teilnehmen konnten. Dafür entwickelten Alfred Binet und Théodore Simon bis 1905 eine Reihe von 30 Tests zur Identifizierung von intellektuellen Beeinträchtigungen.[318] Als Vertreter der Individualpsychologie gingen sie davon aus, dass Unterschiede in weiterentwickelten mentalen Funktionen, wie der Erinnerung, dem Verständnis oder der Vorstellung, auf dieselbe Weise gemessen werden konnten wie einfache sensorische Prozesse. Indem die Testergebnisse von Kindern mit einer psychischen Störung

[315] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 5.
[316] Department of Commerce and Labor, Bureau of Immigration and Naturalization, *Immigration Laws and Regulations July 1, 1907* (Washington: Government Printing Office, 1907), 11.
[317] APA, *DSM-5*, 43–45.
[318] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 52.

mit den Resultaten von Kindern ohne Beeinträchtigung verglichen wurden, konnte ihre Leistung in die Klassen von *idiocy*/extreme intellektuelle Beeinträchtigung, *imbecility*/mittlere bis schwere intellektuelle Beeinträchtigung und *feeble-minded*/leichte intellektuelle Beeinträchtigung eingeteilt werden. Beide Wissenschaftler wurden dabei aber nicht müde darauf zu verweisen, dass es sich bei ihrer Testreihe nicht um eine Maßeinheit von Intelligenz handelte, sondern um ein Kategorisierungssystem.

Die Tests sahen Aufgaben vom Folgen eines Objekts mit den Augen über das Wiederholen vorgetragener Ziffernfolgen bis zum Vergleich abstrakter Konzepte vor. Im Jahr 1908 veröffentlichten Binet und Simon eine überarbeitete Version ihres Systems. Die neue Skala orientierte sich am Alter der Kinder. Verschiedene Tests wurden dem jeweiligen Alter zugeordnet, in dem sie die meisten Kinder erfolgreich durchführen konnten. So wurde das Erinnerungsvermögen getestet, in dem sich die Kinder Zahlenfolgen merken mussten. Kinder im Alter von zwei Jahren mussten dreistellige Zahlenreihen wiederholen können, im Alter von drei Jahren vierstellige Reihen und so weiter. Die Kinder machten dann Tests für verschiedene Altersstufen, beginnend bei ihrem realen Alter. Das Intelligenzniveau war dementsprechend jenes ausgetestete mentale Alter, in dem ein Kind die Tests bestand. Je nach Erfolg fiel das geistige Alter höher oder niedriger als das chronologische aus. Durch die Gegenüberstellung mit dem chronologischen Alter gab das mentale Alter Auskunft darüber, ob eine intellektuelle Beeinträchtigung vorlag. Die Klassifizierung basierte auf den Testresultaten von Kindern im Alter von drei bis dreizehn Jahren, wurde aber auf erwachsene Personen angewandt. Binet und Simon wollten sie für die Rekrutierung von Soldaten anwenden, dazu kam es aber nie.

Die Diagnose des Grades der intellektuellen Beeinträchtigung an den Migrationsstationen der USA erfolgte entlang des Kategorisierungssystems von Binet und Simon. Eine extreme intellektuelle Beeinträchtigung drückte sich dadurch aus, dass die Person nicht mit ihren Mitmenschen kommunizieren konnte. Die Testergebnisse entsprachen höchstens dem Niveau eines zweijährigen Kindes. Eine mittlere bis schwere Beeinträchtigung lag vor, wenn die Testresultate den Leistungen eines drei- bis achtjährigen Kindes entsprachen. Zur Abgrenzung von leichter intellektueller Beeinträchtigung wurde festgelegt, dass betroffene Personen weder lesen noch das Gelesene verstehen konnten und nicht die Kapazitäten besaßen, um Diktiertes

zu schreiben oder spontan auf verständliche Weise zu schreiben. Für analphabetische Personen war eine gesonderte Reihe von verbalen Tests vorgesehen.[319]

Nach heutigem Verständnis kann Normalität nicht definiert werden, schreibt Andreas Heinz dazu doch: „Alle Ansätze, Krankheit als ‚unnormales' Verhalten zu klassifizieren, müssen scheitern."[320] Das heißt aber nicht, dass man es nie versucht hat. Obwohl auch Binet und Simon Normalität für variabel in Bezug auf die Umstände wahrnahmen, präsentierten sie folgende Definition, um eine Abgrenzung zur leichten intellektuellen Beeinträchtigung zu ermöglichen: „[…] an individual is normal if he behaves in life without needing other people's supervision, if he succeeds in a job that is sufficiently remunerated to meet his personal needs, and lastly if his intelligence does not lower his status below that of his parents."[321] Diese Definition knüpft an das Verständnis vom 19. Jahrhundert als Jahrhundert der Arbeit an.[322] Außerdem entspricht es der Wunschvorstellung der US-amerikanischen Politik und Gesellschaft, möglichst jene Leute aus dem Land fernzuhalten, die den Fortschritt der Industrialisierung durch ihre Arbeitsleistung nicht voranbringen konnten. Binet vertrat die These, dass Intelligenz durch Erziehung verändert werden konnte. Er stellte sich somit nicht nur klar gegen das Konzept der Eugenik, sondern auch gegen die wissenschaftliche Rassenlehre. Intelligenz konnte durch Training, das er mentale Orthopädie nannte, verbessert werden.[323]

Während es auch außerhalb von Frankreich Forschung zur Intelligenz gab, fand die Skala von Binet und Simon in den USA großen Zuspruch. Allerdings blieb der Aspekt der Eugenik erhalten. Intelligenz wurde als eine fixe Charakteristik verstanden. Dafür sind die beiden Wissenschaftler verantwortlich, die die Skala in den USA einführten: Henry Goddard und Lewis Madison Terman.[324] Ähnlich wie in Frankreich hatten auch die USA Probleme damit, Kinder mit intellektuellen Beeinträchtigungen in das öffentliche Bildungswesen zu integrieren. Goddard erarbeitete an der *New Jersey Training School* in Vineland ein wissenschaftliches Konzept für deren erfolgreiches Programm in der Erziehung von Kindern mit psychischen Störungen.[325] In diesem Zuge übersetzte er als erster US-Amerikaner die Skala von Binet und Simon aus dem Jahr 1905 ins Englische. Als Vertreter der Eugenik, die

[319] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 51–55.
[320] Heinz, „Krankheit vs. Störung", 36.
[321] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 55.
[322] Rabinbach, *The Human Motor,* 289–290.
[323] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 55–58.
[324] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 61, 64.
[325] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 61.

er durch Davenport kennenlernte, ließ er seine Ansichten über die Erblichkeit von Intelligenz in die Übersetzung einfließen. Das mentale Alter verstand er als festgelegt und unveränderbar. Er interessierte sich für die Skala, weil sie das Problem löste, Menschen mit einer psychischen Störung präzise, objektiv und zuverlässig zu identifizieren.

Ein Problem war auch, dass sich die Begrifflichkeiten innerhalb der Medizin verschoben. *Feeble-minded* wurde in der psychiatrischen Forschung zunehmend als Überbegriff für intellektuelle Beeinträchtigung verwendet. Goddard schlug im Rahmen einer Kommission vor, mittlere bis schwere intellektuelle Beeinträchtigungen mit dem Begriff *moron*/Schwachkopf zu beschreiben.[326] Dabei führte er auch seine Übersetzung in die wissenschaftliche Gemeinschaft ein. Während diese die neuen Begrifflichkeiten annahm, wurde in der Untersuchung von Migrant*innen bis zum Ende des Untersuchungszeitraums weiterhin die Bezeichnung *feeble-minded* angewandt. Ein Anzeichen dafür, dass die Medizin keineswegs allein entscheiden konnte, was als und wie Krankheiten bezeichnet wurden. 1912 schlug Goddard ob des Erfolgs der Skala vor, diese auch auf Ellis Island anzuwenden.

Neben Goddard war Lewis Madison Terman für die Einführung der Binet und Simon Skala verantwortlich. Gemeinsam mit seinem Forschungsteam der Stanford University wandelte der Spezialist für das Erlernen des Lesens die Skala so ab, dass sie genauer auf US-amerikanische Kinder zugeschnitten war. Die *Standford-Binet-Scale* wurde 1915 veröffentlicht. Bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges klassifizierte man die Mehrheit aller Kinder mit einer Lernschwäche in den USA anhand dieser Skala.[327] Seine Arbeit trug maßgeblich dazu bei, dass Intelligenztestung einer breiten Masse bekannt wurde. Allerdings vertrat auch er wie Goddard die Meinung, dass Intelligenz nach eugenischem Charakter Teil der Vererbung war.

Die amerikanische Öffentlichkeit lernte zum Jahrhundertwechsel das Konzept der Eugenik kennen und erhielt ein zunehmend besseres Verständnis von psychischer Störung. Am Beispiel der Begriffsänderung von *feeble-minded* zu *moron* wird deutlich, dass nicht alle medizinischen Entwicklungen öffentlich zugänglich waren. Gleichzeitig führte ein höheres Bewusstsein auch zu größerer Angst in der Bevölkerung, die 1907 den Erlass eines neuen Migrationsgesetzes durch den Kongress zur Folge hatte. Als Reaktion darauf wurde 1910 ein neues Handbuch zur Untersuchung von Migrant*innen für die Ärzt*innen an den Migrationsstationen veröffentlicht.

[326] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 62–63.
[327] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 66–68.

7.2 Das Handbuch von 1910

Obwohl sich der öffentliche Diskurs über Eugenik und psychische Störung vorrangig auf intellektuelle Beeinträchtigung konzentrierte, veränderte sich die Beschreibung von allen psychischen Störungen 1910. So bezog man sich bei der Definition von *insanity*, die heute mit psychischer Störung übersetzt wird, auf Autoren:

> Insanity has been defined as ‚a manifestation in language or conduct of disease or defect of the brain' (Church and Peterson). It may be regarded as a more or less permanently diseased or disordered condition of the mentality, functional or organic, and characterized by perversion, inhibition, or by impaired or disordered function of the sensory or of the intellective faculties, or by impaired or disordered volition. See instructions for certification under this heading, page 30.[328]

Diese Definition ist in derselben Formulierung im Handbuch von 1917 abgedruckt.[329] Es handelt sich hier um ein Zitat aus „Nervous and Mental Diseases" von Archibald Church und Frederick Peterson.[330] Für die Beschreibung von psychischen Störungen war der Psychiater Peterson verantwortlich. Er stellte beim Versuch einer Definition fest, dass eine eindeutige Beschreibung kaum möglich, in der Psychiatrie aber nicht nötig war. Diese wurde nur bei Aussagen im Zeugenstand benötigt.[331] Hier entstand eine Verbindung von psychischer Störung und Kriminalität. Das Zitat ist ergänzt um Erklärungen, die für die Diagnose an den Migrationsstationen relevant waren. Im Gegensatz zu 1903 gibt es mit ‚mehr oder weniger permanent' einen Hinweis auf die Dauer der Störung. Aus der Beschreibung geht hervor, dass man 1910 nicht zwischen organischen Krankheiten und psychischen Störungen unterschied. Anstatt von einzelnen Symptomen, wie im Jahr 1903, sind 1910 unterschiedliche Störungsfaktoren aufgelistet, die unter dieser Beschreibung klassifiziert werden mussten: Perversion, Inhibition sowie Störungen in der Sinneswahrnehmung und eingeschränkter oder gestörter Wille.

Perversion ist dabei ein Begriff, den ich als ersten Hinweis darauf identifiziere, dass sozial abweichende Verhaltensweisen im Untersuchungszeitraum als Krankheiten oder Störungen definiert wurden. Heute spricht man von Paraphilie, sie bezeichnet sexuelle Fantasien, die von der Norm abweichen.[332] Im Untersuchungszeitraum zählte dazu auch die Homosexualität.

---

[328] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8.
[329] Blue, *Regulations*, 26.
[330] Archibald Church, Frederick Peterson, „*Nervous and Mental Diseases*", (Philadelphia: W.B. Saunders & Company, 1903).
[331] Church, Peterson, „*Nervous and Mental Diseases*", 643–644.
[332] Birgit Völkel, „Paraphilie", Psychrembel, zuletzt geändert November, 2022, https://www.pschyrembel.de/Paraphilie/K0QLM/doc/ (16.10.2023).

Nach der Entkriminalisierung von Homosexualität wurde sie im 20. Jahrhundert als behandelbare Krankheit kategorisiert.[333] Inhibition kann mit Hemmung beschrieben werden und gilt als Beeinträchtigung von normalen Funktionen.[334] Durch den Verweis auf Normalität steckt auch hier ein Potenzial sozial missbilligende Verhaltensweisen zu kategorisieren. Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Illusionen werden 1910 unter Störungen in der Sinneswahrnehmung zusammengefasst. Störung der Willenskraft ist eine Formulierung für die Schwierigkeit, gut und schlecht voneinander zu unterscheiden.

Die Definition von 1910 zeigt eine Entwicklung der Begrifflichkeiten. Symptome konnten unter neuen Sammelbegriffen zusammengefasst werden. Dadurch wirkt die Definition geordneter und offener. Während sich die Begriffe für psychische Störungen in den Handbüchern entwickelten, wurden die Ärzt*innen in der Diagnostik eingeengt. Durch das größere öffentliche Interesse an der Abweisung von Migrant*innen mit psychischen Störungen wirkte die Politik durch die Rechtsgrundlage und ihre Vertreter*innen im *Board of Special Inquiry* und den Migrationsbehörden gezielt auf die Diagnose ein. Im Buch von 1910 findet sich dazu folgender Absatz:

> On the other hand, the recognition of insane states among arriving aliens depends, not only upon the prompt seizure of a clue of any kind which may lead up to the detection of a psychosis, but also upon the just estimation of that degree of mental abnormality by reason of which the alien concerned may properly be adjudged demonstrably insane within the meaning of the immigration law.[335]

Hier ist die kritische Haltung gegenüber der Untersuchung in der *line* zu erkennen. Betont ist die Verantwortung der Ärzt*innen psychische Störungen bei Migrant*innen zu entdecken und eine rechtlich-gültige Diagnose zu stellen. So mussten ab 1910 alle Personen mit Anzeichen auf Nervenkrankheiten, die sich durch ungewöhnliche Bewegung oder Sprache äußerten, immer auf psychische Störungen untersucht werden. Außerdem wurde der überfordernden Situation auf Ellis Island mehr Beachtung geschenkt als 1903. Diese konnte das Verhalten der Migrant*innen beeinflussen und die Ärzt*innen durften die emotionale Reaktion auf das unbekannte Umfeld nicht als psychische Störung fehlinterpretieren. Die Formulierung fordert dazu auf den Migrant*innen möglichst empathisch entgegenzutreten.[336] Während die Begrifflichkeiten im Handbuch von 1910 geordneter waren, waren die Ärzt*innen durch den

[333] Götz Kockott, „Homosexualität“, Psychrembel, zuletzt geändert Oktober 2022, https://www.pschyrembel.de/Homosexualit%C3%A4t/K0A1J/doc/ (16.10.2023).
[334] Psychrembel Redaktion, „Inhibition“, Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/Inhibition/K0AT5 (16.10.2023).
[335] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 11.
[336] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 11–12.

Einfluss der Öffentlichkeit in Form ihrer politischen Vertretung und durch die Patient*innen selbst in der Diagnose beschränkt. Andererseits wurden sie aber auch zur strikteren Diagnose von psychischen Störungen angeleitet.

Das öffentliche Bewusstsein für das Konzept der Eugenik führte zu großer Angst in der Bevölkerung vor vererbbaren psychischen Störungen. So mussten ab 1910 auch Personen identifiziert werden, die bereits früher unter psychischen Störungen litten.

Auf Basis des Migrationsgesetzes von 1907 wurden dem Handbuch von 1910 zwei neue Formulierungen hinzugefügt: „persons who have been insane within five years" und „persons who have had two or more attacks of insanity at any time previous".[337] Die *medical officers* waren deshalb dazu angehalten alle nötigen Anstrengungen aufzubringen, um solche Personen zu identifizieren und Beweise für das Vorliegen einer psychischen Störung zu sammeln. Obwohl diese früheren Störungen im Gesetz verankert waren, konnten sie nicht zertifiziert werden. Die Ärzt*innen wurden im Handbuch angewiesen, möglichst nach aktuellen Symptomen zu suchen oder eine andere vorliegende Krankheit oder Störung zu zertifizieren. Zumindest musste man bei entsprechenden Hinweisen auf psychische Störungen aus der Krankengeschichte einen unbürokratischen Bericht an das *Board of Special Inquiry* übermitteln.[338] Die Ärzt*innen wurden durch die öffentliche Unruhe angehalten, auch dort psychische Störungen zu sehen, wo auf den ersten Blick keine zu erwarten waren.

Der Alkoholismus musste weiterhin durch das im Zusammenhang mit dem Entzug auftretende Symptom Delirium tremens als *insane persons*/psychische Störung zertifiziert werden. Allerdings verstand man mittlerweile, dass dieses Symptom nur im Zusammenhang mit regelmäßigem Alkoholkonsum auftrat. Im Gegensatz dazu konnte alkoholkranke Erregung auch in Folge eines einzigen vorgehenden Exzesses auftreten. In diesem Fall war von einer Zertifizierung als psychische Störung Abstand zu halten und die Diagnose akuter Alkoholismus in *Class B* zu stellen. Für die Zertifizierung als psychische Störung mussten deshalb auch Beweise für den früheren regelmäßigen Alkoholkonsum erbracht werden.[339]

Aus heutiger Perspektive ist die Diagnose von Epilepsie als psychische Störung interessant, weil sie mittlerweile als neurologische Krankheit gilt.[340] 1903 darf Epilepsie nicht als psychische Störung diagnostiziert werden, sondern verlangt nach einer Zertifizierung als

[337] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 3.
[338] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 12–13.
[339] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 12.
[340] APA, *DSM-5*, 55.

likely to become a public charge.[341] Auf die Krankheit selbst wird neben dieser Nennung nicht näher eingegangen. 1910 ist Epilepsie als psychische Störung im Gesetz verankert. Die Diagnose durfte nur dann erfolgen, wenn Migrant*innen einen Anfall vor den *medical officers* hatten. Wenn keine Feststellung der Krankheit durch Beobachtung möglich war, mussten alle Anzeichen und Stellungnahmen, die auf Epilepsie hindeuteten, an die Migrationsbeamt*innen kommuniziert werden. Im Unterabschnitt zur Diagnose ist darauf verwiesen, was nicht als Epilepsie gilt: *hysteria*/dissoziative Störungen des Ich-Bewusstseins und Eklampsie.[342] Eklampsie ist eine schwere Schwangerschaftserkrankung, die mit Krampfanfällen einhergeht.[343] 1903 und 1910 wird Epilepsie weder eindeutig definiert noch wird erläutert, warum es sich dabei um eine psychische Störung handelte. Der Zusammenhang mit Krampfanfällen scheint in diesem Zeitraum als Allgemeinwissen zu gelten und wird nicht explizit genannt.

Auch aufgrund der öffentlichen Kritik finden sich 1910 und 1917 sehr wohl Anweisungen zur Feststellung von psychischen Störungen bei der Erstuntersuchung. 1910 sind die häufigsten Hinweise auf Nervenkrankheiten und psychische Störungen angegeben. Man verweist hier auf dreizehn unterschiedliche Verhaltensweisen im Ausdruck und der Bewegung von Migrant*innen, die eine zweite Untersuchung mit Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung rechtfertigten.[344]

In der Bevölkerung stieg mit dem Wissen um das Konzept der Eugenik vor allem die Angst vor vererbten intellektuellen Beeinträchtigungen. Durch die Erweiterung um *imbeciles*/mittlere bis schwere intellektuelle Beeinträchtigung und *feeble-minded persons*/Personen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung sollten alle Personen erkannt und nicht nur die schwersten Fälle abgewiesen werden. Mit dieser Kategorisierung wurde das Migrationsgesetz von 1891 radikal erweitert.[345] Alle drei Beeinträchtigungen wurden im Handbuch von 1910 in der *Class A* zertifiziert und folgendermaßen definiert:

> (1) Idiots. – An idiot is a person presenting a defect of mind which is either congenital or due to causes operating during the first few years of life, precluding the development by education of the mental faculties to any appreciable degree.
> (2) Imbeciles. – An imbecile is a person exhibiting such degree of mental defect, congenital, or acquired in infancy, as to preclude development of mental or moral responsibility.

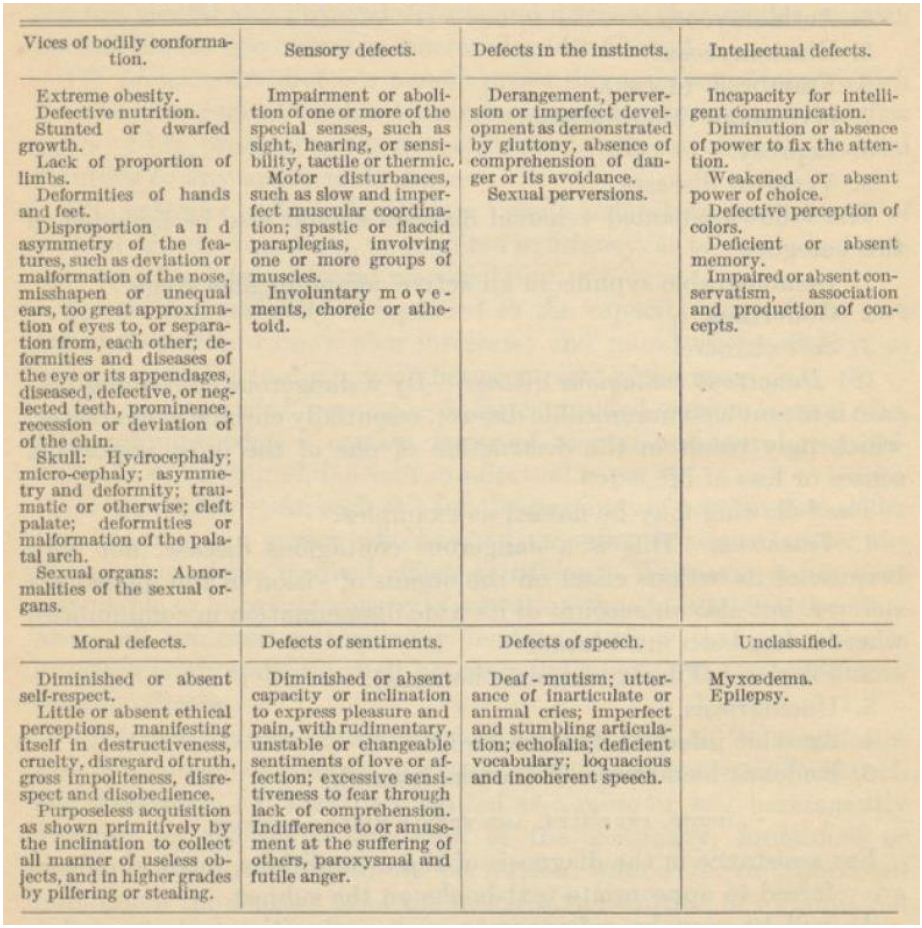
[341] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 10.
[342] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8, 10.
[343] Kay Goerke, „Eklampsie“, Psychrembel, zuletzt geändert November 2022, https://www.pschyrembel.de/Eklampsie/K06LV/doc/ (16.10.2023).
[344] Wyman. *Book of Instructions*, 1910, 25.
[345] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 43–44.

> Mental responsibility is regarded as the capacity properly to care for one's self and one's own interests; and moral responsibility, as normal capacity to distinguish between right and wrong. (3) Feeble-minded persons. – A feeble-minded person is one who, although possessing a certain degree of mental and moral responsibility, is obviously of deficient intellectual capacity.[346]

1910 wurden vorerst nur die Bezeichnungen der Binet-Skala zur Kategorisierung übernommen. Die beiden schwereren Formen der intellektuellen Beeinträchtigung ähneln sich in ihrem Ursprung und wurden durch ihren Ausdruck voneinander abgegrenzt. Beide Formen wiesen darauf hin, dass Entwicklung nicht möglich war. Während Personen mit einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung zwar Verantwortung für sich selbst übernehmen konnten, waren ihren intellektuellen Fähigkeiten doch offensichtlich beschränkt.

In der Diskussion zur Unterscheidung der drei Beschränkungen wird darauf verwiesen, dass sie den Grad der Schwere ausdrückten. Das restliche Kapitel konzentriert sich auf die wirtschaftlichen Interessen im Zusammenhang mit der Diagnose. Bei einer Zertifizierung von extremer, schwerer oder mittlerer intellektueller Beeinträchtigung mussten die zuständigen Transportunternehmen eine Geldstrafe in Höhe von 100,- US-Dollar begleichen. Die Ärzt*innen auf Ellis Island wurden aufgefordert, möglichst nicht eine leichte intellektuelle Beeinträchtigung zu zertifizieren.[347] Um einen schwereren Grad zu diagnostizieren, wurde im Handbuch von 1910 eine Tabelle mit zusätzlichen Symptomen abgedruckt, die diese Diagnose rechtfertigen sollte.

[346] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8.
[347] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 9–10.



Vices of bodily conformation.	Sensory defects.	Defects in the instincts.	Intellectual defects.
Extreme obesity. Defective nutrition. Stunted or dwarfed growth. Lack of proportion of limbs. Deformities of hands and feet. Disproportion and asymmetry of the features, such as deviation or malformation of the nose, misshapen or unequal ears, too great approximation of eyes to, or separation from, each other; deformities and diseases of the eye or its appendages, diseased, defective, or neglected teeth, prominence, recession or deviation of the chin. Skull: Hydrocephaly; micro-cephaly; asymmetry and deformity; traumatic or otherwise; cleft palate; deformities or malformation of the palatal arch. Sexual organs: Abnormalities of the sexual organs.	Impairment or abolition of one or more of the special senses, such as sight, hearing, or sensibility, tactile or thermic. Motor disturbances, such as slow and imperfect muscular coordination; spastic or flaccid paraplegias, involving one or more groups of muscles. Involuntary movements, choreic or athetoid.	Derangement, perversion or imperfect development as demonstrated by gluttony, absence of comprehension of danger or its avoidance. Sexual perversions.	Incapacity for intelligent communication. Diminution or absence of power to fix the attention. Weakened or absent power of choice. Defective perception of colors. Deficient or absent memory. Impaired or absent conservatism, association and production of concepts.
Moral defects.	**Defects of sentiments.**	**Defects of speech.**	**Unclassified.**
Diminished or absent self-respect. Little or absent ethical perceptions, manifesting itself in destructiveness, cruelty, disregard of truth, gross impoliteness, disrespect and disobedience. Purposeless acquisition as shown primitively by the inclination to collect all manner of useless objects, and in higher grades by pilfering or stealing.	Diminished or absent capacity or inclination to express pleasure and pain, with rudimentary, unstable or changeable sentiments of love or affection; excessive sensitiveness to fear through lack of comprehension. Indifference to or amusement at the suffering of others, paroxysmal and futile anger.	Deaf-mutism; utterance of inarticulate or animal cries; imperfect and stumbling articulation; echolalia; deficient vocabulary; loquacious and incoherent speech.	Myxœdema. Epilepsy.

Abbildung 7: Tabelle von Symptomen zur Klassifizierung von intellektueller Beeinträchtigung, in: Walter Wyman, *Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants* (Washington: Government Printing Office, 1910), 10.

Die gruppierten Symptome in dieser Tabelle sind aus heutiger Sicht problematisch. Hier lässt sich eindeutig erkennen, dass psychische Störungen diagnostiziert wurden, um Personen mit sozial-missbilligten Verhaltensweisen von der Einreise in die USA abzuhalten. Zur Veranschaulichung gehe ich auf zwei Punkte ein. Unter Defekte des Instinkts ist sexuelle Perversion als Merkmal angeführt. Margot Canady weist in „The Straight State" darauf hin, dass Homosexualität bis in die 1950er Jahre unter die Kategorie sexuelle Perversion fiel.[348] Ihr Forschungsergebnis ist, dass homosexuelle Menschen mehrheitlich durch die *likely to become a public charge*-Klausel zertifiziert und abgewiesen wurden. Sollten homosexuelle Personen aber zusätzlich Merkmale einer leichten intellektuellen Beeinträchtigung zeigen, bestand auch die Möglichkeit, sie in *Class A* zu zertifizieren.

Auch die Kategorie von Defekten der Moral konnte leicht instrumentalisiert werden. Hier finden sich einige Hinweise auf Verhaltensweisen, die kulturell unterschiedlich interpretiert

[348] Canaday, *The Straight State*, 21–22.

werden konnten. Es war dadurch einfacher, zum Beispiel ganze Nationen, die diese Eigenschaft anders ausdrückten als Amerikaner*innen, als respektlos zu deklarieren. Wenn dazu Anzeichen von intellektueller Beeinträchtigung kamen, konnte diese in einer schwereren Form diagnostiziert werden.

Obwohl die Tabelle eine Vielzahl von Symptomen auflistet, gibt sie keinerlei Aufschluss darüber, wie die Beeinträchtigung erkannt wurde. „Aliens, who in addition to demonstrable mental incapacity, present symptoms referable to two or more of the following tabulated groups, may properly be classified as idiots and imbeciles: […]“[349] Das Auftreten von Symptomen aus zwei der Gruppen rechtfertigte nur die Einstufung als schwere Form von intellektueller Beeinträchtigung und somit die Vetragsverletzung der Transportunternehmen. Im Handbuch von 1910 ist auf den Gesetzesauszug verwiesen, der deklariert, dass die Unternehmen für jede Person mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung ein Bußgeld bezahlen mussten. Durch die Gesetzesänderung im Jahr 1917 mussten Schifffahrtsunternehmen für Personen mit jedem Grad einer intellektuellen Beeinträchtigung, die sie in die USA transportierten, Bußgelder bezahlen.[350]

Auch 1910 wurde psychische Störung im Zusammenhang mit der Untersuchung von Migrant*innen als Beeinträchtigung oder Störung des Verstandes einer betroffenen Person verstanden. Durch den öffentlichen Druck wirkten die Politiker*innen allerdings gerade bei intellektuellen Beeinträchtigungen gezielter auf deren Diagnose ein. So wurde die begriffliche Veränderung von *feeble-minded* zu *moron* aus der Psychiatrie in den Handbüchern nicht berücksichtigt. Außerdem gibt es keine genauen Vorgaben, wie die Diagnose durchgeführt werden sollte, nur Anweisungen so weit wie möglich einen schweren Grad festzustellen. Die medizinische Entwicklung zeigt sich dafür in den übrigen Störungsbildern. Hier wurden Symptomgruppen neu gruppiert und gewisse Störungen, wie die Epilepsie, differenziert, um die Diagnose von psychischen Störungen bei Migrant*innen eindeutiger und dadurch auch einfacher zu machen. Abbildungen vom Leiden der Patient*innen finden sich wiederum nicht, allerdings wird die emotionale Überforderung mit der Untersuchungssituation auf Ellis Island wesentlich empathischer formuliert. Daraus lässt sich ablesen, dass die Gefühlsausdrücke der Migrant*innen nicht unberücksichtigt blieben.

[349] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 10.
[350] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 9. Blue, *Regulations*, 11.

7.2.1 Entwicklung von Intelligenztests auf Ellis Island

Die Untersuchung in der *line* war in öffentliche Kritik geraten. Sie galt nicht als adäquate Methode, um psychische Störungen zu erkennen. Man lud deshalb Spezialist*innen von außerhalb ein, um die Vorgänge zu verbessern. Dazu zählte auch Henry Goddard, Übersetzer der Binet-Skala. Gemeinsam mit seinen Expert*innen von der *Vineland School* konnte er eine größere Zahl an Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ermitteln als die geschulten Ärzt*innen von Ellis Island. Er argumentierte, dass diese zu wenig Expertise in der Identifizierung von psychischen Störungen hatten. Für eine lückenlose Erkennung aller Migrant*innen mit psychischen Störungen würde es Expert*innen auf Ellis Island brauchen. Die Diagnose einer intellektuellen Beeinträchtigung führten Goddard und seine Kolleg*innen im Rahmen der Experimente mit Hilfe der Binet-Skala durch.[351] Die Kritik ging an den *medical officers* nicht spurlos vorüber. Sie versuchten ihre eigenen Ansätze zu verbessern und zeigten Probleme auf, die durch die Anwendung der Binet-Skala nicht berücksichtigt wurden. In diesem Zusammenhang entwickelten sie ihre eigenen Tests.[352]

Aus dem „Mental Manual“ und dem Definitionsversuch von normalen Migrant*innen geht hervor, dass die Ärzt*innen auf Ellis Island die Binet-Skala als Methode zur Klassifizierung von intellektueller Beeinträchtigung ablehnten.[353] Howard Knox und Bernard Glueck, zwei der Ärzte, die auf Ellis Island tätig waren, hatten zwei Probleme bei der Anwendung der Binet-Skala erkannt. Die Skala testete spezifisches kulturelles Wissen. Personen, die einer anderen Kultur angehörten oder eine andere Sprache sprachen, brachten nicht die Voraussetzungen mit, um bei den Tests positiv abzuschneiden. Außerdem kritisierten sie, dass die Vergleichsdaten zur Ermittlung einer intellektuellen Beeinträchtigung auf der Leistung von französischen und amerikanischen Schulkindern basierten. Anhand dieser Daten konnte kaum festgestellt werden, ob Erwachsene aus verschiedensten Staaten fähig waren ihren Lebensunterhalt in den USA zu bestreiten. Sie suchten deshalb nach Aufgaben, die kein spezifisches kulturelles Vorwissen verlangten. Die Tests mussten mit möglichst wenigen Worten erklärt werden können, am besten sollten sie durch Pantomime auf Seiten der untersuchenden und untersuchten Personen anwendbar sein. Dafür benötigte man Performance Tests.[354]

[351] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 73–75.
[352] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 87.
[353] Blue, *Manual of the Mental Examination*, 19.
[354] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 96–97.

Während sie vor 1913 nicht als solche bezeichnet wurden, waren zu diesem Zeitpunkt bereits einige Performance Tests außerhalb von Ellis Island entwickelt worden, die man dort anwenden konnte. Den Begriff Performance Tests wandte Bernard Glueck in einer Publikation von 1913 das erste Mal an.[355] Zwischen 1913 und 1914 wurden auf Ellis Island 17 Tests weiterentwickelt oder erfunden, die zur Bestimmung des Grades der intellektuellen Beeinträchtigung angewandt wurden. *Form boards* waren Holzpuzzles, in die man unterschiedliche geometrische Formen richtig einsetzen musste.[356] Bei schwierigeren Versionen musste eine große Aushöhlung durch die richtige Anordnung von Holzteilen befüllt werden. Diese Variante gab es mit oder ohne aufgedruckte Bilder (vergleiche dazu die Abbildungen 8, 9 und 10 auf der nächsten Seite).

Bei diesen *construction puzzles* bestand die Möglichkeit, sie durch Zufall richtig zu lösen.[357] Der von Knox und seinen Kollegen entwickelte *diamond frame test* und das *geographical puzzle* sollten diese Möglichkeit ausschließen (siehe dazu Abbildung 11 und 12).[358] Außerdem entwickelten sie eigene Tests, um intellektuelle Beeinträchtigungen zu ermitteln. Da der *visual comparison test* ohne die Testvorlage nur schwer zu erklären ist, ist auch er auf der nächsten Seite unter Abbildung 13 abgedruckt.[359] Innerhalb der ersten beiden Gruppen mussten Paare erkannt werden, bei Gruppe drei sollten traurige und glückliche Gesichtsausdrücke gruppiert werden und bei Gruppe vier musste man richtig sortieren, welche Gesichter des Mannes im Mond in dieselbe Richtung blickten. In der letzten Gruppe mussten die unterschiedlichen Abbildungen in den vorigen vier Gruppen wiedergefunden werden. Wie bei allen Performance Tests wurde die Zeit gestoppt, die man zum Durchführen der Aufgaben benötigte. Bis 1914 konnten die Ergebnisse beim *visual comparison test* noch nicht so weit skaliert werden, um sie den verschiedenen Schweregraden zuzuordnen, allerdings war klar, dass eine intellektuelle Beeinträchtigung vorlag, wenn die Testperson die Aufgabe gar nicht verstand.

[355] Bernard Glueck, „The mentally defective immigrant“ in: *New York Medical Journal* 98, no. 14 (Oktober 1913), 764.
[356] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 101–102.
[357] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 103–105.
[358] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 110–111, 113.
[359] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 109–110.

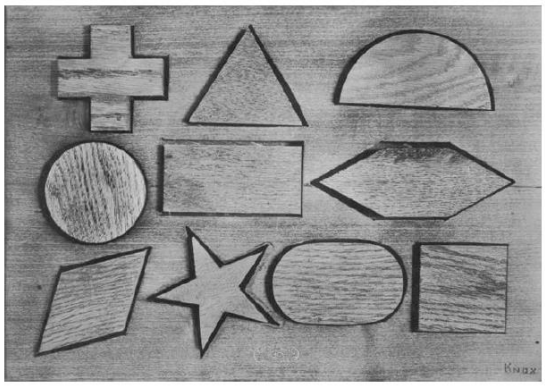


Abbildung 8: Seguin Form Board, in Rupert Blue, *Manual of the Mental Examination of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 15.

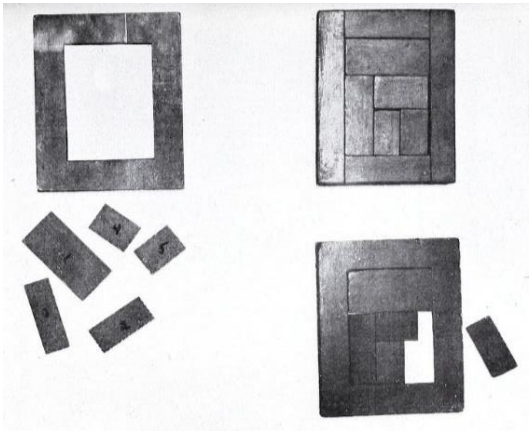


Abbildung 9: Healy Frame (A) - Construction Puzzle, in Rupert Blue, *Manual of the Mental Examination of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 17.

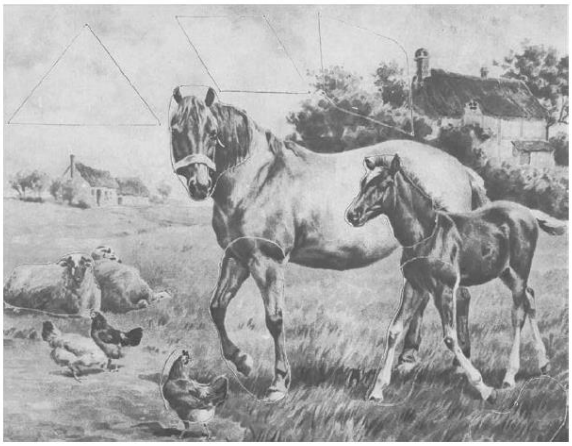


Abbildung 10: The Mare-and-Foal Picture Form Board, in John T.E. Richardson, *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island* (New York: Columbia University Press, 2011), 103.

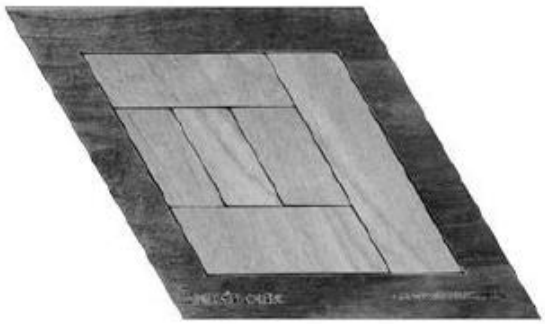


Abbildung 11: Diamond Frame Test, in Rupert Blue, *Manual of the Mental Examination of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 18.

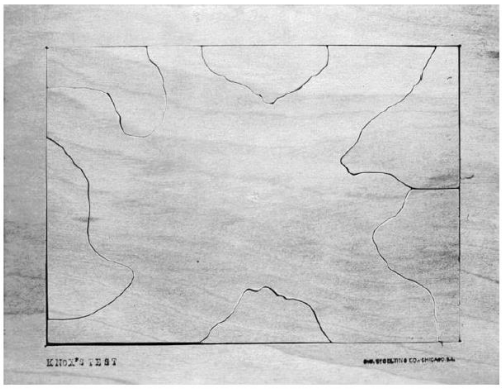


Abbildung 12: Geographical Puzzle, in John T.E. Richardson, *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island* (New York: Columbia University Press, 2011), 113.

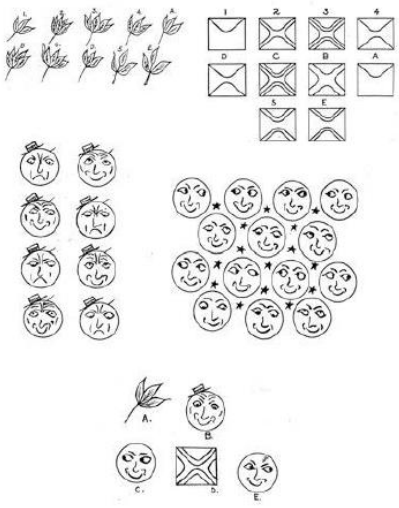


Abbildung 13: Visual Comparison Test, in John T.E. Richardson, *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island* (New York: Columbia University Press, 2011), 109.

Neben der Messung der Zeit wurde außerdem dokumentiert, wie viele Versuche die Testpersonen benötigten, um die Performance Tests durchzuführen.[360] Einige der Tests sind oben kurz beschrieben und abgebildet. Eine Liste aller Tests folgt hier. Interessanterweise handelt es sich nur bei den letzten vier Tests nicht um eine Form von Puzzle:

- *Seguin Form Board*
- *Mare-and-Foal Picture Form Board.*
- *Healy and Fernald's Construction Puzzle (A)*
- *Healy and Fernald's Construction Puzzle (B)*
- *Diamond Frame Test*
- *Geographical Puzzle*
- *Imbecile Test*
- *Moron Test*
- *Casuist Test*
- *Feature Profile Test*
- *Ship Test*
- *Gwyn's Triangle Form Board*
- *Kempf's Diagonal Form Board*
- *Visual Comparison Test*
- *Cube Imitation Test*
- *Construction Blocks Test*
- *Inkblot Imagination Test*[361]

Knox entwickelte zwischen 1913 und 1914 anhand der neuen Tests eine Methodik zur Untersuchung von Migrant*innen, um intellektuelle Beeinträchtigungen zu ermitteln. Sie bestand aus drei Teilen. Der erste Teil war dabei die Untersuchung in der *line*, wobei er darauf hinwies, dass nicht alle betroffenen Personen äußerliche Merkmale einer intellektuellen Beeinträchtigung zeigten. Man sollte den Migrant*innen deshalb ein paar einfache Fragen stellen, etwa wie die Reise war oder sie einfache Additionen durchführen lassen. In der zweiten Untersuchung fand eine genauere Befragung, die auch Elemente der Binet-Skala beinhaltete, statt. So mussten Migrant*innen die Wochentage aufzählen oder Wochentage wiederholen. Zur Befragung zählten auch moralische Fragen wie jene, warum es falsch sei jemanden zu töten.

Zu diesen beiden Schritten zählten noch keine Performance Tests. Diese wurden in einem dritten Schritt, in der „special scale for the measurement of intelligence", durchgeführt.[362] Hier wurde eingeordnet, welche Tests oder Teile eines Tests Kinder in einem gewissen Alter

[360] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 126–127.
[361] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 98–137.
[362] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 128–130.

durchführen können mussten. So musste ein vierjähriges Kind einige Teile in das *Seguin Form Board* einsetzen können. Zusätzlich sollte es die erste Reihe des *Cube Imitation Tests* wiederholen können oder zumindest zwei der vier großen Blöcke berühren. Er bestand aus einem kleinen und vier großen Würfeln. Die großen Würfel standen in gleichen Abständen in einer Reihe nebeneinander. Mit dem kleinen Würfel wurden die großen Würfel in einer bestimmten Reihenfolge angetippt und dieser Vorgang musste von der getesteten Person wiederholt werden. Es gab fünf verschiedene Reihenfolgen, die imitiert werden sollten. Je nachdem, wie viele Reihenfolgen eine getestete Person wiederholen konnte, wurde der Grad der intellektuellen Beeinträchtigung bestimmt. Während die von Howard Knox und seinen Kolleg*innen entwickelten Tests weitgehend in Vergessenheit gerieten, spielen Performance Tests auch heute noch eine wichtige Rolle bei der Testung von Intelligenz.

Im April 1914 veröffentlichte Howard Knox einen nach heutigem Verständnis informellen Bericht zu den von ihm und seinen Kolleg*innen entwickelten Performance Tests. Er enthielt Informationen darüber, wie die Tests durchgeführt werden sollten und wie die Leistung der untersuchten Personen evaluiert werden konnte. Eine wissenschaftliche Standardisierung der Durchführung und Bewertung wurde in den folgenden Jahren von anderen Wissenschaftler*innen vorgenommen.[363]

Die Performance Tests dienen mir als Beweis für den medizinischen Fortschritt in der Diagnose von intellektuellen Beeinträchtigungen, allerdings wurden sie in der Praxis durch den Beginn des Ersten Weltkrieges und die Umsetzung des *literary test* auf Ellis Island kaum angewandt.[364] Trotzdem reicht ihr Wirken fast bis in die Gegenwart. Robert Yerkes und Clarance Stone Yoakum griffen sie in der Entwicklung von Gruppentests für die psychische Überprüfung von US-amerikanischen Soldatenanwärter*innen auf. Die beiden entwickelten Gruppentests, wobei die der Beta-Varianten für Analphabet*innen bestimmt waren. Wer bei der Beta-Testung schlecht abschnitt, wurde in die „Army Performance Scale“ eingeordnet.[365] Dazu wurden auch individuelle Tests von Ellis Island verwendet. Durch die Verwendung von Intelligenztests beim Militär erreichten die Ellis-Island-Tests ein viel größeres Publikum. So inspirierten sie in den nächsten zwanzig Jahren eine Vielzahl an Psycholog*innen unterschiedlicher Spezialisierungen.[366] „By the 1930s performance tests had become widely accepted, not only as essential tools for the assessment of intelligence in people of limited

[363] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 141.
[364] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 184.
[365] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 208–209.
[366] Richardson, *Howard Andrew Knox,* 219.

linguistic capability but also as highly desirable tools to complement the use of verbal tests in the assessment of intelligence in people of normal linguistic capability".[367] Die Ellis-Island-Tests wurden 1939 von der Wechsler-Bellevue-Skala abgelöst.[368] David Wechsler hatte bereits an der Auswertung der Armee-Tests von Yerkes und Yoakum mitgewirkt. Er entwickelte eine Skala, die speziell auf die Testung von Erwachsenen ausgelegt war. Die *Form Boards*, wie man sie auf Ellis Island anwendete, lehnte er zum Beispiel ab, weil sie bei Erwachsenen kaum unterschiedliche Ergebnisse zeigten. Trotzdem übernahm er den *feature profile test*, ein Puzzle, bei dem ein Gesicht rekonstruiert werden musste, in seine Skala. Wechsler entwickelte seine Arbeit stetig weiter.[369] Ab 1955 brachte er sie unter dem Namen „Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)" heraus.[370] Ein Äquivalent speziell für Kinder gab es bereits ab 1949. Nach seinem Tod 1981 wurde die Arbeit an der Skala von einem Forschungsteam fortgesetzt. Die Aussagekraft von Objektfertigung wurde zwar bereits von Wechsler selbst angezweifelt, allerdings blieb der *feature profile test* in einer Unterkategorie bis 2008 Teil des WAIS. Auch der *cube imitation test* wird heute noch in Abwandlungen in einigen Ländern angewandt.[371]

Mittlerweile weiß man, dass auch non-verbale Tests durch Sprache und Kultur vorbelastet sind. Ihr ursprüngliches Ziel erreichten die Ärzt*innen von Ellis Island also nicht. Die Debatte darüber, was genau Performance Tests aussagen können, ist durch eine andere Diskussion vorbelastet. Innerhalb der Erforschung der Intelligenz ist man sich bis heute nicht einig, ob es sich um ein einziges Persönlichkeitsmerkmal handelt oder ob sie sich aus mehreren Funktionen zusammensetzt. Für Vertreter*innen des zweiten Ansatzes geben Performance Tests Auskunft über verschiedene Funktionen, die die Intelligenz bilden. Dazu zählen zum Beispiel die visuelle Verarbeitungsfähigkeit oder die Verarbeitungsgeschwindigkeit.[372]

7.3 Das Handbuch von 1917

In den Handbüchern von 1910 und 1917 gibt es kaum Unterschiede bei der Diagnose von *insane persons*/Menschen mit psychischen Störungen. Zwischen 1903 und 1917 diente *insane persons*/Menschen mit psychischen Störungen als Diagnose für schwerwiegende psychische Erkrankungen, die man nicht näher bestimmen konnte oder wollte. Das erkennt man auch

[367] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 229–230.
[368] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 230.
[369] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 233.
[370] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 234.
[371] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 240.
[372] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 249.

daran, dass 1917 erneut neue psychische Störungen im Gesetz verankert wurden. Außerdem entwickelte sich ab 1910 ein klareres Verständnis für die Abgrenzung von physischen Krankheiten und psychischen Störungen. Auch die Abgrenzung zu physischen Krankheiten wurde 1910 und 1917 eindeutiger verstanden.

> While care must be taken in the case of every alien showing such mental symptoms as retardation, defective orientation, incoherence, abnormal loquacity, or acute delirium, to exclude the presence of acute infectious disorders, aliens the subject of delirium tremens should be certified either as insane or for chronic alcoholism as the history of the case may indicate.[373]

Bei Infektionserkrankungen konnten Symptome von psychischen Störungen auftreten, die nicht als solche diagnostiziert werden durften. Auch 1917 musste eine Unterscheidung von akuter und chronischer Alkoholkonsumstörung erfolgen, allerdings war die chronische Störung nun erstmals explizit im Migrationsgesetz verankert.[374] Sie wurde wie folgt definiert:

> Chronic alcoholism is a diseased condition resulting from the habitual use of alcohol. On the basis of prolonged alcoholic poisoning, various types of psychoses develop (alcoholic deterioration, delirium tremens, acute and chronic hallucinatory types, paranoid states, and Korsakow's psychosis). Aliens afflicted with any of these psychoses should be certified as insane, as has been formerly done. In making chronic alcoholism mandatorily deportable the law intended to cover those abnormal conditions, short of the insanities, caused by prolonged action of the poison.[375]

Anhand der Definition wird klar, dass die Alkoholkonsumstörung nicht nur beim Entzug durch das Delirium tremens Psychosen hervorrufen konnte und deshalb bereits ab 1903 als psychische Störung erkannt wurde. Durch die Aufnahme in den Gesetzestext sollten allerdings auch jene Personen mit Alkoholismus klassifiziert werden können, die nicht-psychische Symptome zeigten. An diesem Beispiel zeigt sich aber eindeutig, dass Krankheit und Störung auch von der betroffenen Person mitbeeinflusst wurden. Der regelmäßige Konsum von großen Mengen an Alkohol, ohne physische oder mentale Folgen, und auch gelegentliche Betrunkenheit bildeten nämlich keine Grundlage für die Zertifizierung einer chronischen Alkoholkonsumstörung. Hier wird auch Bezug darauf genommen, dass chronische Alkoholiker*innen oft nie richtig betrunken waren, da sie über einen langen Zeitraum eine steigende Toleranz für die Droge entwickelten. Auf der Schiffsreise konnten die Betroffenen entweder freier als sonst Alkohol konsumieren oder litten unter dessen Entzug. Die Untersuchung und die Erhebung der Krankengeschichte sollten deshalb so rasch als möglich stattfinden, bevor den Migrant*innen klar wurde, was vor sich ging. Eine Liste

[373] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 12. Blue, *Regulations,* 27.
[374] Blue, *Regulations,* 28.
[375] Blue, *Regulations,* 29.

von mentalen und physischen Symptomen, die bei chronischen Alkoholiker*innen im Entzug auftreten konnten, ist dafür beigefügt.[376]

Eine weitere Erneuerung im Handbuch von 1917 ist der Verweis auf das „Mental Manual".[377] Würde ich es detailliert in den Vergleich miteinbeziehen, könnte ich eine weitere Masterarbeit alleine über die Diagnose von psychischen Störungen bei Migrant*innen verfassen. Durch den Verweis darauf wird aber klar, warum das Handbuch von 1917 nur sehr allgemein auf psychische Störungen eingeht. Zwei Abschnitte aus dem „Mental Manual" sind aber für die Entwicklung des Krankheitsbegriffes relevant.[378] Sie sind hier kurz diskutiert. Zunächst geht daraus hervor, dass der Einfluss des Konzepts der Eugenik auf die Diagnose von psychischen Störungen keineswegs abgenommen hatte:

> Of all the serious problems in the field of public-health activity, that of mental examination of arriving aliens is one of the most important, and the detection of the insane and the mentally defective among arriving aliens and the prevention of their entry has a value that, from the standpoint of national welfare, can hardly be overestimated. Physical disability may give rise to dependency, but with the death of the individual the Nation is relieved of the burden. In the case of the insane or mentally defective there is imposed a burden which tends to perpetuate itself. Each mental defective may become the progenitor of a line of paupers, vagrants, criminals, or insane persons which will terminate only with the extinction of the race. Were the expense to be purely financial it would be deplorable enough, but to the cost in dollars and cents must be added the ever-present moral degeneracy and its pernicious influence upon society.[379]

Hier verweise ich erneut auf Barbara Lüthis Zusammenfassung der wissenschaftlichen Rassenlehre. Unterschiedliche Menschengruppen können ihr zufolge nicht nur durch physische, sondern auch durch Variationen des Verhaltens gemessen werden.[380] Dadurch findet sich im „Mental Manual" nicht nur eine rassistische Art Menschen mit psychischen Störungen zu gruppieren, sondern eine menschenfeindliche Haltung.

Ein weiteres Kapitel aus dem „Mental Manual" ist für die Entwicklung des Krankheitsbegriffs relevant. Die Diagnose von psychischen Störungen basierte bisher darauf, dass Personen von einem angenommenen Normalverhalten abwichen. Nach Heinz sind solche Definitionen des Krankheitsbegriffs zum Scheitern verurteilt.[381] Auch für die Ärzt*innen an den Migrationsstationen ergaben sich dadurch Probleme, diese treten im Kapitel „The Normal

[376] Blue, *Regulations,* 29–30.
[377] Blue, *Regulations,* 27.
[378] Blue, *Manual of the Mental Examination.*
[379] Blue, *Manual of the Mental Examination,* 6.
[380] Lüthi, *Invading Bodies,* 63–64.
[381] Heinz, „Krankheit vs. Störung", 36.

Migrant“ auf.[382] Erstmals wollte man Normalität definieren, am Ende konnte aber nur festgestellt werden, warum das nicht möglich war. Man kam zu dem Schluss, dass nur Erfahrung ein Gespür für das Normale erzeugen konnte. Um eine Definition abzuleiten, wurde eine Studie auf Ellis Island durchgeführt. Die Studienteilnehmer*innen waren Analphabet*innen oder konnten kaum lesen. Sie kamen aus Süd-, Ost- und Südosteuropa, wie die Mehrheit der Migrant*innen im Untersuchungszeitraum. Weil Intelligenztestungen bei Menschen aus Nordwesteuropa meist zu ähnlichen Ergebnissen führen konnten wie bei Amerikaner*innen, musste für sie ein höherer Standard festgelegt werden. Aber auch Menschen aus Süd-, Ost- und Südosteuropa konnten bessere Ergebnisse vorweisen, wenn sie bessere ökonomische Vorbedingungen und Zugang zu öffentlicher Bildung hatten. Deshalb war es möglich, dass Menschen mit einer psychischen Störung aus Nordwesteuropa durch ihre sozialen Voraussetzungen bei den Tests besser abschnitten als psychisch normale Menschen aus Süd- und Südosteuropa, die häufig Analphabet*innen waren. Man lehnte deshalb formelle Intelligenztests ab. Eine zu hohe Anzahl an Skalen, die die Herkunft der Migrant*innen mitberücksichtigte wäre nötig gewesen, um ein aussagekräftiges mentales Alter zu errechnen und zu klassifizieren.[383] Während man also dem Konzept der Eugenik einen hohen Stellewert beimaß, wurde im Versuch Normalität zu definieren doch klar, dass äußere Faktoren Auswirkungen auf die Intelligenz hatten. Gleichzeitig wurde hier der Nativismus reproduziert, in dem man nach dem Herkunftsland verallgemeinerte, dass Menschen aus Süd- und Südosteuropa, und damit Teile der *new migrants,* generelle niedrigere Intelligenzstandards aufwiesen.

In den Handbüchern von 1903 und 1910 gibt es keine eindeutige Definition von Epilepsie, weshalb unklar blieb, warum es sich dabei um eine psychische Störung handelte. Im Handbuch von 1917 wurde diese Lücke gefüllt. Hier ist Epilepsie wie folgt definiert: „An epileptic, for purposes of certification, is a person who has epileptic seizures or equivilants (psychic epilepsy). “[384] Epilepsie zeichnet sich also durch das Vorhandensein von Krampfanfällen aus. Diese sind krampfartige oder zuckende Bewegungen, die unwillkürlich auftreten und einen Bewusstseinsverlust zur Folge haben können, aber nicht müssen.[385] Sie

[382] Blue, *Manual of the Mental Examination,* 18–19.
[383] Blue, *Manual of the Mental Examination.* 18–19.
[384] Blue, *Regulations,* 26.
[385] Catharina Lücke, „Krampfanfall“, Psychrembel, zuletzt geändert August 2018, https://www.pschyrembel.de/Krampfanfall/K019V/doc/ (16.10.2023).

treten bei Epileptiker*innen durch eine Funktionsstörung des Gehirns auf.[386] Die Diagnose durch die Dokumentation eines Anfalls im Rahmen der Untersuchung stellte sich als unrealistisch heraus. Deshalb gab man eine Liste von Charaktereigenschaften an, die auf Epilepsie hindeuteten: „The epileptic is apt to be egocentric, overreligious, morose, irritable, suspicious, hypochondriacal, and to have attacks of ill humor.“[387] Neben diesen Charaktereigenschaften konnten Anzeichen des körperlichen und geistigen Verfalls sowie Verletzungen, die in Folge eines Sturzes auftraten, als Anzeichen für Epilepsie gelten. Epileptische Zuckungen, die bei chronischen Alkoholiker*innen auftraten, sollten als Alkoholkonsumstörung zertifiziert werden.

Zwischen 1903 und 1910 konnten psychische Störungen, die nicht konkret im Gesetz verankert waren, unter der Bezeichnung *insane persons*/Menschen mit einer psychischen Störung in *Class A* oder als *likely to become a public charge* in *Class B* zertifiziert werden. Dies änderte sich 1917, als die Formulierung „persons certified as mentally defective“ dem Gesetz beigefügt wurde.[388] Durch die Ergänzung um diese Phrase konnten nun alle anderen psychischen Störungen, die nicht explizit im Gesetzestext aufgelistet wurden, unter *Class A* zertifiziert werden. Diese Klasse hatte immer die Abweisung an den Migrationsstationen zur Folge. Die Notwendigkeit zu argumentieren, warum eine betroffene Person durch ihre psychische Störung ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten konnte, entfiel dadurch. Wichtig für diese Zertifizierung war dabei die Verwendung der korrekten Begriffe:

> Any ‚border line‘ mental case which might be described as ‚mentally deficient‘ or ‚slow witted‘ or as having ‚mental dullness‘, etc., may therefore be regarded as a class A case provided, when the mental examination so justifies, that ‚mental dullness‘ or other descriptive term used in the medical certificate be supplemented in the medical certificate by the words ‚and is mentally defective‘.[389]

Diese Diagnose durfte allerdings nicht angewandt werden, wenn durch Unwissenheit oder das Fehlen von entsprechenden Möglichkeiten die psychischen Symptome durch eine physische Erkrankung bedingt waren.

Die letzte Addition zum Migrationsgesetz von 1917 war die *constitutional psychopathic inferiority*, übersetzt konstitutionelle psychopathische Unterlegenheit.[390] Hierbei handelt es sich um keine Diagnose von Störungen oder Krankheiten, sondern um die explizite

---

[386] Alexander Dittmann, „Epileptischer Anfall“, Psychrembel, zuletzt geändert Oktober, 2023, https://www.pschyrembel.de/Epileptischer%20Anfall/A0UUK (16.10.2023).
[387] Blue, *Regulations*, 26.
[388] Blue, *Regulations*, 30.
[389] Blue, *Regulations*, 31.
[390] Blue, *Regulations*, 28.

Kategorisierung von Personen, die von der Gesellschaft missbilligte Verhaltensweisen zeigten. Heinz schreibt dazu: „Ein Krankheitsbegriff sollte so gestaltet sein, dass er die von einer Erkrankung betroffenen Menschen schützt, ohne für Pathologisierung sozial missliebiger Verhaltensweisen verwendet werden zu können.“[391] Genau das Gegenteil war hier der Fall. Nicht die betroffenen Personen, sondern die Amerikaner*innen sollten geschützt werden. Nach dem Gesetz sollten folgende Personengruppen unter dieser Kategorie klassifiziert werden: „In this classification are included various unstable individuals on the border line between sanity and insanity, such as moral imbeciles, pathological liars, many of the vagrants and cranks, and persons with abnormal sexual instincts.“[392] Während bereits in den früheren Handbüchern die Möglichkeit bestand, Menschen aufgrund ihres gesellschaftlich abgelehnten Verhaltens zu klassifizieren, wurde sie nun auch schriftlich im Gesetz festgehalten und im Handbuch expliziert. Weder Menschen mit abweichenden Moralvorstellungen noch pathologische Lügner, Landstreicher und Sonderlinge oder Personen mit abnormalen sexuellen Instinkten waren psychisch krank.

Zwischen 1910 und 1917 wehrten sich die Ärzt*innen auf Ellis Island vehement dagegen, intellektuelle Beeinträchtigung nur anhand der Binet-Skala zu diagnostizieren. Diese war spezifisch auf französische und amerikanische Kinder ausgerichtet. Weder kulturelle Unterschiede noch das soziale Umfeld der Migrant*innen konnten durch die Tests der Binet-Skala berücksichtigt werden.[393] Während man also bei der Intelligenztestung Rücksicht auf kulturelle Unterschiede nahm, ermöglichte die Einführung der konstitutionellen psychopathischen Unterlegenheit die Exklusion von jenen Personen, die sich anders als Amerikaner*innen verhielten. Allerdings war dieses Verhalten rein auf die Psyche bezogen. Menschen, die physische Defekte oder Abnormalitäten aufwiesen, durften so nicht klassifiziert werden.

Im Handbuch sind außerdem Symptome und explizite Störungen angegeben, die eine Zertifizierung als konstitutionelle psychopathische Unterlegenheit rechtfertigten: „These people are unstable, show defective judgement, eccentricities of behavior, and defects of character. They are easily unbalanced, are liable to have episodes, often brief, during which they are actually insane. Well defined cases of psychasthenia and hysteria should also be included in this case.“[394] Da weder auf die Symptome noch die Störungen genauer

[391] Heinz, „Krankheit vs. Störung“, 38.
[392] Blue, *Regulations,* 28.
[393] Richardson, *Howard Andrew Kno*x, 93.
[394] Blue, *Regulations,* 29.

eingegangen wurde, habe ich untersucht inwieweit diese überhaupt noch in der heutigen Psychologie angewandt werden. So kann man heute nach dem DSM-5 nicht von einer generellen Instabilität sprechen, Menschen können sich nur instabil fühlen. Das Gefühl von innerer Instabilität ist zum Beispiel ein Symptom der Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter.[395] Ein mangelndes oder eingeschränktes Urteilsvermögen kann heute als Hinweis auf eine bipolare Störung gelten.[396] Um eine solche Diagnose zu stellen, reicht dieses Symptom allerdings nicht aus und die weiteren angegebenen Hinweise auf eine bipolare Störung sind unter chronische psychopathische Unterlegenheit nicht angegeben. Exzentrisches Verhalten ist nach heutigem Verständnis ein möglicher Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung, von der es insgesamt zwölf verschiedene Typen gibt, die in drei Cluster aufgeteilt sind.[397]

Anders als im Handbuch von 1917 wird in der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen aber explizit darauf verwiesen, dass der kulturelle Hintergrund nicht in die Beurteilung miteinfließen darf. Der Abschnitt „Kulturelle Besonderheiten“ ist bei zehn von zwölf Persönlichkeitsstörungen vorzufinden.[398] Bei vier Typen der Persönlichkeitsstörung wird zusätzlich Bezug auf Migration genommen. Vor allem weil berücksichtigt werden muss, dass Migrant*innen einen anderen kulturellen Hintergrund haben, der sich auf den Ausdruck ihrer Persönlichkeit auswirkt.[399] Was genau unter einem defekten Charakter verstanden wurde, kann nicht nachvollzogen werden, jedenfalls handelt es sich dabei heute nicht mehr um ein Symptom psychischer Störungen. Die Annahme ist naheliegend, dass damit Menschen beschrieben wurden, die Charaktereigenschaften aufwiesen, welche sich nicht mit dem Normverhalten von Amerikaner*innen vereinbaren ließen. Diese Norm war natürlich nicht genauer bestimmt, viel eher war ein defekter Charakter Ausdruck der Angst, dass es durch den Anstieg der Migration zum moralischen Verfall der Nation kommen würde.[400] Unausgeglichenheit ist heute ein Symptom, dass beim Alkoholentzug auftritt.[401] Da die Diagnose der Alkoholkonsumstörung möglich war, bleibt die Frage offen, wer sonst als instabil galt.[402] Wenn *insanity* veraltet mit ‚Geisteskrankheit‘ übersetzt wird, handelt es sich

[395] APA, *DSM-5*, 81.
[396] APA, *DSM-5*, 175.
[397] APA, *DSM-5*, 883–884.
[398] APA, *DSM-5*, 887, 892, 896, 901, 907,912, 916–917, 925, 930–931, 935.
[399] APA, *DSM-5*, 887, 892, 896, 925.
[400] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 73.
[401] APA, *DSM-5*, 769.
[402] Blue, *Regulations*, 29–30.

hierbei um einen historischen Begriff, den man heute mit psychischer Störung ersetzt. Gegebenenfalls ist hier auch Schizophrenie gemeint.[403]

Die beiden Störungen Psychasthenie und Hysterie sind veraltete Begriffe. Psychasthenie ist vom Begriff Neurose abgeleitet. Heute spricht man von somatoformer Störung, wenn man funktionelle Krankheiten oder Symptome ohne ersichtliche organische Ursache beschreiben will.[404] Hysterie wurde in diesem Kapitel bereits als veralteter und stigmatisierter Begriff für dissoziative Störungen identifiziert. Die Kategorie der konstitutionellen psychopathischen Unterlegenheit ist sehr offen gestaltet. Während im Laufe des Untersuchungszeitraumes immer konkretere Vorgaben zur spezifischen Diagnose in die Handbücher aufgenommen wurden, wurden in dieser Kategorie Personen mit unterschiedlichen vermeintlichen psychischen Störungen miteinander vermischt. Die angegebenen Symptome lassen viel Spielraum zur Auslegung. Heute finden sie nur auf bedingte oder reflektierte Weise Anwendung in der Psychologie. Die Ärzt*innen hatten somit eine Kategorie zur Verfügung, in der sie einfach ein ordentliches Zertifikat ausstellen konnten, sobald ihnen das Verhalten einer Person aus ihrem persönlichen Verständnis heraus abnormal erschien. Da das Handbuch auf der Gesetzesvorlage basiert, kam es hier eindeutig zu einer Instrumentalisierung des Krankheitsbegriffs durch die USA. Die Forschungsfortschritte bei der Diagnose von intellektuellen Beeinträchtigungen zeigten sich auch im Handbuch von 1917. Hier ist die Klassifizierung wie folgt festgelegt:

> Idiots have been defined as those who are able to do the mental tests up to the level of the normal child of 2 years; imbeciles those able to do the tests performed by a normal child between the ages of 2 and 7 years, and feeble-minded those who equal the mental performance of a child between the ages of 7 and 12. In making the division according to mental age, it should be borne in mind that no one prescribed set of tests can be applied to people of all races and conditions.[405]

Auf den ersten Blick scheint es, als ob die Differenzierung von intellektueller Beeinträchtigung nach der Binet-Skala erfolgen musste. Knox und Glueck sahen es zwar kritisch, intellektuelle Beeinträchtigung nach dem mentalen Alter von Kindern zu klassifizieren, allerdings hatte Knox das mentale Alter für seine Skala auch an Erwachsenen getestet. Die Gliederung nach dem mentalen Alter von Kindern bleib so erhalten. Die in den Handbüchern angeführte Differenzierung konnte deshalb anhand von beiden Skalen

[403] Psychrembel Redaktion, „Geisteskrankheit“, Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/Geisteskrankheit/P0037/doc/ (16.10.2023).
[404] Jennifer Moore, „Neurose“, Psychrembel, zuletzt geändert: November 2022, https://www.pschyrembel.de/Psychasthenie/K0F61/doc/ (16.10.2023).
[405] Blue. *Regulations*, 25–26.

vorgenommen werden. Die kritische Haltung der Wissenschaftler*innen auf Ellis Island gegenüber der Binet-Skala zeigt sich auch explizit durch den Verweis darauf, dass kein fixes Set von Tests für alle Migrant*innen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung angewandt wurde. Zu den Wissenschaftler*innen zählen dabei nicht nur die Ärzt*innen des USPHS, wie Bernard Glueck, die ihre eigenen Methoden entwickelten, sondern auch außenstehende Forscher*innen, wie etwa Henry Goddard, die man dazu einlud festzustellen, auf welchem Weg man die Migrant*innen am besten auf psychische Störungen testen sollte.[406] Detaillierter wird darauf im „Mental Manual" Bezug genommen.[407] Obwohl dieses Zusatzwerk nicht Teil des Vergleichs ist, wird es doch im Handbuch von 1917 als Referenzwerk angeführt. Gerade dieses zusätzliche Handbuch ist dabei 1917 ein Beleg für den Fortschritt in der Erforschung der menschlichen Psyche und der Diagnose ihrer Störungen bei Migrant*innen.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Angaben zu psychischen Störungen im Handbuch von 1910 nur minimal zu denen von 1917. Bei der Definition der einzelnen Beeinträchtigungen kommt es allerdings zu Änderungen.

> (1) Idiots. – An idiot is a person presenting a defect of mind which is either congenital or due to cause operating during the first few years of life which preclude the development by education of the mental faculties to any appreciable degree, and is also characterized by the inability of the person to guard himself against common physical dangers.
> (2) Imbeciles. – An imbecile is a person exhibiting such a degree of mental defect from birth or an early age as to render him incapable of sufficient mental development to enable him to earn his own living, but who has sufficient intelligence to guard himself against common physical danger.
> (3) Feeble-minded Persons. – A feeble-minded person is one who has a mental defect, congenital or acquired in early life and whose common knowledge, retentiveness of memory, reasoning power, learning capacity, and general reaction are severally and distinctly below that exhibited by the average of the same race living under similar environment.[408]

Die Definition von extremer intellektueller Beeinträchtigung unterscheidet sich nur geringfügig von der aus dem Jahr 1910.[409] Neu hinzugefügt wurde, dass betroffene Personen nicht die Kapazitäten hatten, sich vor körperlicher Gewalt zu beschützen. Auch bei der Definition von mittlerer bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung bleibt der Ursprung der Störung bei der Geburt oder im frühkindlichen Alter gleich. Der Aspekt der Moral wurde aber entfernt. Während sich betroffene Personen zwar vor physischen Gefahren selbst schützen konnten, war ihre Entwicklung allerdings eingeschränkt und sie konnten ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten. Die Definition von leichter intellektueller

[406] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 70–75, 85–86, 88–92.
[407] Blue, *Manual of the Mental Examination*, 21–46.
[408] Blue, *Regulations*, 25.
[409] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 8.

Beeinträchtigung unterscheidet sich am meisten von der aus dem Jahr 1910. Hier hatte man mittlerweile erkannt, dass auch diese Störung ihren Ursprung in der Geburt oder dem frühkindlichen Alter hatte. Die Definition gibt die fünf Hauptfaktoren an, die eine intellektuelle Beeinträchtigung ausmachten. Intelligenz setzte sich demnach 1917 aus Allgemeinwissen, Merkfähigkeit, Denkvermögen, Lernfähigkeit und allgemeiner Reaktionsfähigkeit zusammen. Durch die Inklusion von *race* wird zusätzlich deutlich, dass es mittlerweile ein Bewusstsein für kulturelles Wissen und den Einfluss des sozialen Umfelds auf die Entwicklung gab. Parallel dazu blieb der Einfluss des eugenischen Ansatzes, der davon ausging, dass Intelligenz eine vererbte und unveränderliche Eigenschaft war, erhalten (siehe dazu die oben zitierte Passage aus dem „Mental Manual").[410]

Bis 1917 veränderte sich das Verständnis von psychischen Störungen grundlegend. Zwar blieb die Grundannahme erhalten, dass dabei der Verstand entweder eingeschränkt oder gestört war, allerdings wurden die entsprechenden Diagnosen immer weiter ausdifferenziert. Einerseits wurde dazu die Forschung innerhalb der Psychiatrie vorangetrieben, andererseits führte auch ein größeres öffentliches Interesse dazu, dass Politiker*innen die Notwendigkeit erkannten, bereits bekannte Störungen in die Gesetze zu integrieren, um Menschen von der Einreise in die USA abzuhalten. So lässt sich alleine an der Einführung der Diagnose *constitutional psychopathic inferiority* erkennen, dass der Krankheitsbegriff immer weiter instrumentalisiert wurde, um der Angst der Bevölkerung vor moralischem Verfall entgegenzuwirken. Aber auch Abbildungen des Leidens der betroffenen Personen finden sich erst gegen Ende des Untersuchungszeitraumes in den Handbüchern wieder. Im Konkreten verweise ich hier auf die chronische Alkoholkonsumstörung, die erst ab 1917 auch dann zertifiziert werden konnte, wenn betroffene Personen weder physische noch psychische Anzeichen zeigten. Ein klares Zeichen dafür, dass bis dahin nur Personen berücksichtigt wurden, die an ihrer Symptomatik litten. Gemeinsam mit der Epilepsie handelt es sich dabei um die beiden Diagnosen, die am weitesten ausdifferenziert wurden. Zu Beginn der Untersuchungsperiode wurden sie noch als *likely to become a public charge* klassifiziert.[411] 1917 waren beide als spezifische Störungsbilder im Gesetzestext verankert.[412] Einen besonderen Stellenwert nimmt die Entwicklung von intellektuellen Beeinträchtigungen ein. Nur durch das Wirken der Öffentlichkeit wurde die bereits bekannte Forschung zu den unterschiedlichen Graden der Beeinträchtigung in ihrem vollen Ausmaß bei der Untersuchung

[410] Blue, *Manual of the Mental Examination*, 6.
[411] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8.
[412] Blue, *Regulations*, 26, 29–30.

von Migrant*innen angewandt. Die mit der Diagnose beauftragten Forscher*innen auf Ellis Island erkannten dabei als erste das Problem der kulturellen Vorbelastung bei Intelligenztestungen und versuchten es durch Performance Tests zu lösen. Während sie damit scheiterten, inspirierten sie jedoch die Forschungen der folgenden Jahrzehnte und entwickelten Tests, die bis vor kurzem noch Anwendung fanden.

Bei der Untersuchung von Migrant*innen kamen die Tests nur für kurze Zeit zum Einsatz, da ab 1917 alle Personen nachweisen mussten, dass sie auf Englisch oder in ihrer Muttersprache lesen konnten.[413] Die Migration in die USA hatte bereits mit Beginn des Ersten Weltkrieges abgenommen. Die Zertifizierung von psychischen Störungen durch Performance Tests nahm durch die Überprüfung der Lesefähigkeit auch faktisch ab und machte Ellis Island als Forschungsstandort zunehmend irrelevant.[414]

8 Ausdrücke von Eigensinn der Migrant*innen in den Handbüchern des USPHS

In der Definition des Begriffs Migration verwies ich auf eine Beobachtung von Jessica Richter, Annemarie Steidl und Anne Unterwurzacher. Moderne Migrationsforschung macht es sich zum Ziel, Perspektiven möglichst vieler Akteur*innen zu inkludieren und nicht nur die rechtlich-administrative Seite des Wanderungsgeschehens zu betrachten. Dabei zeichnet man das Wechselspiel zwischen Mobilitätspraktiken und staatlichen Regulierungsversuchen nach.[415] Das Ziel dieses letzten Kapitels ist es also, neben Politik und Medizin des Weiteren zu untersuchen, wie Migrant*innen selbst auf den Krankheitsbegriff Einfluss nahmen. Um Ausdrücke von *agency*, Handlungsfähigkeit, zu identifizieren, stelle ich zunächst den *repertoire*-Begriff nach Lewis H. Siegelbaum und Leslie Page Moch dem Begriff des Migrationsregimes gegenüber.[416] Über diesen Vergleich ist die Integration des Konzepts vom Eigensinn nach Alf Lüdtke verständlich. Die Anwendung dieses Konzepts auf die Handbücher, um die Handlungsfähigkeit der Migrant*innen hervorzuheben, steht im Zentrum dieses Kapitels. Neben Ausdrücken von Eigensinn im direkten Zusammenhang mit Krankheit analysiere ich auch allgemeine Ausdrücke von Eigensinn und Situationen, in denen das USPHS Migrant*innen den Ausdruck von Eigensinn erlaubte und berücksichtigte. Ich

[413] Blue, *Regulations*, 6.
[414] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 184.
[415] Richter, Steidl, Unterwurzacher, „editorial: auf neuen wegen, in jede richtung“, 19.
[416] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*.

definiere eingangs, worum es sich beim Begriff Eigensinn handelt und mit welchen Aspekten er identifiziert werden kann. Anschließend gehe ich der Frage nach, wie Eigensinn im Zusammenhang mit Krankheiten in den Handbüchern des *United States Public Health Service* (USPHS) auftritt und ob es dahingehend eine Entwicklung gibt. Außerdem berücksichtige ich, ob Abbildungen von allgemeinen Ausdrücken von Eigensinn Einfluss auf den Krankheitsbegriff haben und wann in den Handbüchern das USPHS den Migrant*innen den Ausdruck von Eigensinn erlaubt und diesen auch berücksichtigt.

8.1 Von *Agency* über *Repertoire* zu Eigensinn

Agency betont die Möglichkeiten, die Menschen mitbrachten, um migrieren zu können. Sie ist unter anderem an technologische Voraussetzungen und Informationsnetzwerke geknüpft. Fragen, wie: Welche finanziellen Mittel stehen zur Verfügung?, Was weiß ich bereits über den Zielort, auch wenn er nur vorübergehend zum Ziel wird?, oder Wie gestaltet sich die Reise? fallen in diese Kategorie. Nach Annemarie Steidl haben die Migrant*innen im Untersuchungszeitraum sehr gute technische Voraussetzungen und ein dichtes Informationsnetzwerk zur Verfügung:

> At the end of the nineteenth century, rising literacy rates supported the spread of information on working and living conditions in destination countries, while travel agencies, labor recruiters, and the growth of social networks prepared many for journeys to, and new lives on, the American continent. In order to migrate, individuals needed financial support and information regarding new employment and housing opportunities. Regular transatlantic schedules of steam ships reduced travel times and provided a reliable conduit for letters, savings, and prepaid tickets that supported the development of a transatlantic information network. By the end of the century, knowledge of the New World and the advantages of migrating overseas had become widespread across Europe.[417]

Die Voraussetzungen für ein hohes Maß an Handlungsfähigkeit sind gegeben. Siegelbaum und Moch unterscheiden zwischen *agency* und *collective agency*. Während *agency* auf die individuellen Möglichkeiten von Migrant*innen verweist, definiert sich *collective agency* durch die aus Handlungsfähigkeiten entstehende Problematik für den Staat.[418] Die Autor*innen analysieren in „Broad Is My Native Land“ die praktizierten Varianten von Migration im politischen Raum Russland während des 20. Jahrhunderts.[419] Dieses Russland war oft überfordert durch die Irregularität, die Migrant*innen in den Prozess der geplanten Umsiedelung der Population mitbrachten.[420] Ausdrücke der russischen Staatsmacht definieren

[417] Steidl, *On Many Routes*, 101–102.
[418] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*, 6.
[419] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*, 2.
[420] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*, 6.

Siegelbaum und Moch als Migrationsregime, ein Begriff, der so auch bei Hoerder, Lucassen und Lucassen vorkommt. Ausgangspunkt ist, dass Migrationsprozesse nur bis zu einem gewissen Grad einer Eigendynamik unterliegen. Der Regime-Ansatz zeigt die Grenzen der Autonomie von Migration auf und differenziert die spezifischen Formen von Migration der unterschiedlichen Regime.[421] Siegelbaum und Moch finden hier eine für ihren Forschungsraum passende Definition: „Each iteration of state power—the Tsarist, Soviet, and post-Soviet—engendered a variety of migration regimes, that is, policies, practices, and infrastructure designed to both foster and limit human movement.“[422] Sie legen dabei Wert darauf, dass der Regime-Begriff die Pläne und Perspektiven des Staates inkludiert und im Versuch der Organisation und Struktur Migrant*innen nach seinem eigenen Verständnis kategorisierte.[423] Diese Folgerung lässt sich auf die USA im Untersuchungszeitraum festlegen. Hier wurde die Gruppe der selbstdefinierten *new migrants* in zwei Kategorien unterteilt: Gesund und krank.[424]

Diesem Verständnis von Migrationsregimen steht der *repertoire*-Begriff gegenüber:

> But we also argue that migration resulted from migrants' repertoires and itineraries. These could coincide with but also be in opposition to migration regimes even when they partook of the technologies (postal system, railroads, telegraph, telephone, and more recently, air travel and the Internet) on which the regimes depended. By repertoires we have in mind migrants' own practices, their relationships and networks of contact that permitted adaptation to particular migration regimes. Marked by geographic origin, confession, gender, kinship, friendship, and professional identity, these are visible, for example, in the peasant practice of sending men to the city and the congruent pattern of families in which husbands and wives lived separately. They also can be seen in rhythms of seasonal mining and harvest migration and the social institution that transcended changes in political regimes of scouts sent out ahead by resettling families.[425]

Repertoire umfasst also alle eigenen Praktiken, Beziehungen und Netzwerke, die Migrant*innen in der Migrationsentscheidung und im Prozess der Migration nutzten. Dieses *repertoire* konnte entweder mit dem existierenden Migrationsregime übereinstimmen oder im Gegensatz zu ihm stehen. Die Handbücher des USPHS bilden Formen von *collective agency* ab. Indem Migrant*innen ihr volles *repertoire* ausschöpften und über Informationsnetzwerke auf wiederkehrende Probleme bei der Untersuchung in Migrationsstationen hingewiesen wurden, drückten sie Handlungsfähigkeit aus. Die Migrationsbeamt*innen und die Ärzt*innen des USPHS konnten deshalb nur Häufungen von Ausdrücken dieser Handlungsfähigkeit

[421] Hoerder, Lucassen, Lucassen, „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung“, 39–40.
[422] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land,* 3.
[423] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land,* 5.
[424] Daniels, *Guarding the Golden Door,* 30.
[425] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land,* 5.

feststellen, also *collective agency*. Während die Migrant*innen sich vorrangig durch das vorhandene *repertoire* gegen das Migrationsregime der USA wendeten, traf diese Entscheidung auch andere Migrant*innen, weshalb es zu Ausdrücken von Eigensinn kam. Dieses Konzept nach Alf Lüdtke beschreibe ich im nächsten Abschnitt.

8.2 Eigensinn nach Alf Lüdtke

Bisher konnte ich keine anderen Arbeiten ausfindig machen, die das historisch-soziologische Konzept von Eigensinn nach Lüdtke in der historischen Migrationsforschung anwenden. Eigensinn ist ein sozialhistorisches Konzept, das von Lüdtke in den 1980er Jahren im Zusammenhang mit Fabriksarbeiter*innen entwickelt wurde.[426] Seine Wurzeln hat es in der Alltagsgeschichte. Es gibt keine eindeutige Definition, und durch seine Mehrdeutigkeit lässt sich das Konzept auf vielfältige Weise anwenden. Ich habe deshalb drei zentrale Aspekte des Eigensinns herausgearbeitet, die es ermöglichen eine Definition abzuleiten und diese Aspekte auf die Handbücher anzuwenden.

„Eigensinn meint individuelles Verhalten. Zugleich aber geht es um Verhaltensweisen, die keine eindeutige Zielrichtung erkennen lassen. Eigensinn als Distanzierung von Allen (und von allem) kann sich gegen Gleichgestellte wie gegen Untergeordnete, aber auch gegen Höhergestellte richten.“[427] Anhand dieser auf die Fabriksarbeiter*innen ausgelegten Textpassage lässt sich ein erster Aspekt und eine wichtige Feststellung zum Eigensinn ableiten. Eigensinn ist kein reiner Widerstand nach oben. Er ist individuell und in manchen Fällen, durch das Fehlen einer Zielrichtung, auch unbewusst. Ich habe deshalb besonders hervorgehoben, wenn individueller Eigensinn zu Schaden für andere Migrant*innen führte und nicht nur den Zweck hatte, die Institutionen der USA zu täuschen.

Zur Erläuterung des zweiten Aspektes hilft folgendes Zitat: „Eigensinn konnte Teil solcher kollektiven Anstrengungen [Lohnverhandlungen] sein, zugleich und vor allen Dingen drückte er die Bedürfnisse aus. Er artikulierte Sehnsüchte und Wünsche von Gruppen wie Individuen ebenso wie deren Ängste.“[428] Eigensinn ist Ausdruck von Bedürfnissen. Das zentrale Bedürfnis war die Einreise in die USA. Um dieses Bedürfnis umzusetzen, wendeten die

[426] Lindenberger, „Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand“ in *Docupedia-Zeitgeschichte: Begriffe, Methoden und Debatten der zeithistorischen Forschung*, ed. Christine Bartlitz et.al., 02.09.2014, http://dx.doi.org/10.14765/zzf.dok.2.595.v1 (27.02.2023).
[427] Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn“, 150.
[428] Lüdtke, *Eigen-Sinn*, 142.

Migrant*innen verschiedene Techniken an, um die Beamt*innen und Ärzt*innen an den US-amerikanischen Grenzen zu täuschen.

Der dritte Aspekt des Eigensinns ist sein zumeist non-verbaler Ausdruck. Diesen charakterisiert Lüdtke entlang von Körperattacken: „Körperattacken schufen oder zeigten, zumindest für Momente, Distanz in zweierlei Richtung: gegenüber Hierarchien innerhalb der Klasse; sie sicherten aber auch Zeit und Raum, in denen die Vorgesetzten – überhaupt alle Zumutungen oder Anforderungen von außen oder von oben auf Distanz gebracht wurden.“[429] Auch Migrant*innen setzten durch Vertuschung von Krankheitsmerkmalen Körperattacken ein, um sich so von den Anforderungen der Immigrationsbehörde zu distanzieren. Da die Vertuschung zunächst der Untersuchung in der *line* standhalten musste, war sie non-verbal. [430]

Für dieses Forschungsvorhaben ist Eigensinn also wie folgt definiert: Eigensinn ist allgemein der (unbewusste) individuelle und non-verbale Ausdruck von Bedürfnissen. Im Falle der Migration in die USA ist er oft Widerstand nach oben, der sich aber auch auf Gleichgestellte negativ auswirken konnte. Die gängigen Ausdrucksformen, die identifiziert wurden, sind Vertuschung und Täuschung.

8.3 Ausdrücke von Eigensinn im Zusammenhang mit Krankheit

Aus der erarbeiteten Begriffsdefinition geht hervor, dass Eigensinn bei der Migration in die USA oft durch Täuschung oder Vertuschung von Krankheitssymptomen Ausdruck fand. In den Handbüchern können deshalb nur jene Versuche der Täuschung aufgelistet werden, die dem USPHS bekannt waren und die in entsprechender Häufigkeit entdeckt wurden. Es handelt sich um Ausdrücke von *collective agency*.[431] Ziel war es jedenfalls, die Untersuchung bei der Einreise zu umgehen. Einige Möglichkeiten dazu sind bei Dorothee Schneider aufgelistet: „But such displays of state power could not contain the chaos of immigrants slipping in without the inspections, improper classification of unrelated children traveling with an assumed ‚mother‘ under one passport, adults masquerading as children of identified travelers, men and women hiding in carriages or trains on the land border, and immigrants simply running away from the inspectors.“[432] Weitere Ausdrücke von Eigensinn finden sich oft in den Erinnerungen von Migrant*innen. Im Falle von Ellis Island steht hier eine große

[429] Lüdtke, *Eigen-Sinn*, 377.
[430] Lüthi, *Invading Bodies*, 150–154.
[431] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*, 6.
[432] Dorothee Schneider, *Crossing Borders: Migration and Citizenship in the Twentieth-Century United States* (ambridge: Harvard University Press, 2011), 77.

Menge an Daten zur Verfügung. Einige Anekdoten sind von Robert Bober und Georges Perec in einer französischen Dokumentation festgehalten, zu der ein begleitendes Buch auch auf Englisch publiziert wurde.[433] Zwei Beispiele, in denen die interviewten Migrant*innen Eigensinn ausdrückten, sind hier kurz zusammengefasst.

Baruch Chasimow erhielt bei der Untersuchung in der *line* ein mit Kreide gemaltes X auf seinen Mantel. Das X war ein Code für Geistesschwäche und sollte den Ärzt*innen zeigen, dass er für eine zweite Untersuchung vorgesehen war.[434] Chasimow beobachtete den Vorgang auch bei anderen Personen, war sich aber nicht sicher, ob es positiv oder negativ war, eine Kreidemarkierung zu erhalten. Er entschied sich dann intuitiv und vor allem individuell dazu, seine beschriftete Jacke abzulegen. So kam es zu einem unbewussten Ausdruck von Eigensinn und er konnte ohne weitere Untersuchung in die USA einreisen.[435]

Nathan Solomon wiederum focht seinen Abweisungsbescheid an. Bei ihm wurde die Krankheit Trachom diagnostiziert, die als ansteckend und sehr gefährlich galt, weil sie zur Erblindung führen konnte. Um nicht in der polnischen Armee dienen zu müssen, hatte er sich noch in Polen selbst mit der Krankheit infiziert. Obwohl er eine polnische ärztliche Bescheinigung vorwies, dass das Trachom mittlerweile geheilt war, war man in Ellis Island nicht davon überzeugt. Deshalb wandte er sich an den jüdischen Hilfsverein *Hebrew Immigrant Aid Society* (HIAS) in New York und mit dessen Hilfe revidierte man das medizinische Urteil. Sein Bedürfnis in die USA einzureisen war so groß, dass er die Kompetenz der Ärzt*innen auf Ellis Island anzweifelte, obwohl er selbst keine medizinische Ausbildung hatte. Zum Zeitpunkt des Interviews konnte er mit Hilfe einer Brille immer noch hervorragend sehen.[436]

Neben Anekdoten wie diesen finden sich auch in den Handbüchern verschiedene Beispiele für den Ausdruck von Eigensinn. Zwei davon treten im konkreten Zusammenhang mit Krankheitsdiagnosen auf. Bei der ersten Krankheit handelt es sich um *favus*. Diese Pilzinfektion führt längerfristig zu dauerhaftem Haarausfall, hat aber sonst keine negativen gesundheitlichen Auswirkungen. Im Untersuchungszeitraum wird sie mit mangelnder Hygiene in Zusammenhang gebracht. Diese Erkrankung ist in allen drei Handbüchern als

[433] Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*.
[434] Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*, 40.
[435] Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*, 105–107.
[436] Bober, Perec, *Geschichten von Ellis Island*, 111–114.

gefährliche ansteckende Krankheit unter *Class A, loathsome (contagious) disease* aufgelistet. Dazu ist folgender Satz angegeben:

> As it is possible during the time occupied by the ocean voyage to remove temporarily, by skillful manipulation, all positive clinical evidence of this disease and to make the microscopical diagnosis extremely difficult, care should be taken not to permit these specially prepared cases in which the disease is still active to pass the examination.[437]

Es geht aus den Handbüchern nicht hervor, ob Betroffene wussten, dass die Krankheit ansteckend war. Jedenfalls wussten sie, dass sie mit der Erkrankung nicht in die USA einreisen durften. Zunächst mussten sie nur bei der Untersuchung in der *line* die Ärzt*innen täuschen. Das ist ein non-verbaler Ausdruck von Eigensinn. Erkrankte Personen schadeten dadurch nicht nur unbewusst der Gesundheit anderer Migrant*innen, sondern diese Vertuschungsmaßnahme war über den Untersuchungszeitraum so präsent, dass man auch all jenen schadete, die andere, sonst vielleicht unerkannte Symptome auf der Kopfhaut zeigten. Der Kopf musste durch die Täuschungsversuche von den Ärzt*innen genauer betrachtet werden. Es handelt sich hierbei also um einen eindeutigen Ausdruck von Eigensinn. Im Zusammenhang mit der Entwicklung des Krankheitsbegriffs kommt es hier zwar zu keiner Änderung, allerdings war dieses Täuschungsmanöver so gängig, dass es bereits vor der ersten Publikation der Handbücher bekannt war. Die Technik wurde so oft angewandt, dass auch bis 1920 angegeben werden musste, bei diesem Krankheitsbild besonders genau auf Vertuschungsversuche achtzugeben. Im Hinblick auf den Krankheitsbegriff zeigt dieses Beispiel jedenfalls eindeutig, dass Erkrankte auf das Verständnis von Krankheit Einfluss hatten. In diesem Fall dadurch, dass sie die Krankheit nicht als solche anerkannten.

Auch bei der zweiten Erkrankung kann ich nur das Abbild vom Ausdruck von Eigensinn, aber keine Entwicklung nachweisen. *Nervous affections* kann allgemein mit Nervenleiden übersetzt werden. Aufgrund der angegebenen Symptome handelt es sich hierbei um Nervenerkrankungen, die die Bewegung von Armen und Beinen einschränken und sich durch unkontrollierte Zuckungen zeigen. Bei dieser Krankheit findet sich sowohl im Jahr 1903 als auch 1910 folgendes Zitat: „At the preliminary inspection the examiner should make it a rule to have all children who are being carried placed on their feet in order to see whether they are able to walk. Many cases of infantile paralysis have been detected in this way. “[438] *Infantile paralysis*/Infantile Zerebralparese ist nach dem Brockhaus umgangssprachlich als

[437] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8–9. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 13. Blue. *Regulations*, 33.
[438] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 12. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 19.

Kinderlähmung oder Polio bekannt.[439] Hierbei handelt es sich um eine besondere Form des Ausdrucks von Eigensinn, da man ein Kind beschützen wollte. Der Ausdruck ist deshalb nicht individuell, durch den Vorgang des Tragens, aber non-verbal. Mit der Bezeichnung *children* anstatt *infants* ist davon auszugehen, dass es sich um Kinder im bereits gehfähigen Alter handelte. Das Tragen wird dadurch zu einer Vertuschungstaktik. Diese ist explizit Ausdruck davon, das Kind vor weiterer Untersuchung zu beschützen und somit eine Form von Eigensinn. In Bezug auf den Krankheitsbegriff ist hier eine Entwicklung zu erkennen, denn im Handbuch von 1917 werden Nervenleiden, wie in den beiden vorhergehenden Versionen, immer noch unter Klasse B angeführt.[440] Allerdings ist der Verweis darauf, dass Kinder im gehfähigen Alter gehen müssen, in das Kapitel *Conduct of Medical Examination* verschoben worden.[441] Auf die Kinderlähmung wird nicht länger explizit verwiesen.

Eine Vermutung, warum es zu dieser Änderung kam, leite ich anhand meiner Schilderung der Diagnose von *poor physique* ab.[442] Wie ich hier im Verweis auf Barbara Lüthi klargemacht habe, hatte die Debatte um diese Diagnose zur Folge, dass die Familiennachwanderung gesetzlich beschränkt wurde.[443] Allerdings gab es hier ein Schlupfloch für all jene, die die finanziellen Mittel hatten für die Pflege ihrer Angehörigen aufzukommen. Die entsprechende Gesetzespassage ist sowohl im Handbuch von 1910 als auch 1917 abgedruckt.[444] Wichtig war dabei, dass der bereits im Land befindliche Migrant einen dauerhaften Aufenthaltstitel hatte. Wenn dann festgestellt wurde, dass die kranke einreisende Person leicht geheilt werden konnte oder nicht ansteckend war und die Kosten für die Behandlung von der verantwortlichen Person getragen wurden, wurde die Einreise gestattet. Dass ein Familienmitglied vorreiste, um später die übrigen Familienangehörigen nachzuholen, war durchaus gängige Praxis. Ein Beispiel dafür findet sich bei Dorothee Schneider. Sie erklärt anhand der griechischen Familie Milos, wie man Tickets für Angehörige im Vorhinein begleichen konnte.[445] Da in den Handbüchern nur Auszüge der Gesetzesvorlage abgedruckt wurden, ist nicht nachvollziehbar, welche finanziellen Mittel vorhanden sein mussten, damit ein Kind mit Zerebralparese einreisen durfte. Ich leite deshalb zwei mögliche

[439] Brockhaus Enzyklopädie Online, „Infantile Zerebralparese“, NE GmbH Brockhaus, https://brockhaus-de.uaccess.univie.ac.at/ecs/enzy/article/infantile-zerebralparese (15.03.2024). Brockhaus Enzyklopädie Online, „Kinderlähmung“, NE GmbH Brockhaus, https://brockhaus-de.uaccess.univie.ac.at/ecs/enzy/article/kinderlähmung (15.03.2024).
[440] Blue, *Regulations*, 44.
[441] Blue, *Regulations*, 18.
[442] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 12.
[443] Lüthi, *Invading Bodies*, 261–265.
[444] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 5. Blue, *Regulations*, 73.
[445] Schneider, *Crossing Border*, 50.

Schlussfolgerungen ab: Durch die Voruntersuchungen in den europäischen Häfen durch die Schifffahrtsunternehmen reisten kaum noch Kinder mit der Diagnose in die USA, falls sie jedoch erkrankt waren, konnten die Eltern die finanziellen Mittel vorweisen, um die Einreise zu gestatten.

In diesem Fall veränderte sich das Verständnis von Krankheit. Der Staat versuchte, möglichst nicht finanziell für die Versorgung von kranken Personen aufkommen zu müssen. Hier ist eine Möglichkeit rechtlich festgehalten, die finanzielle Verantwortung an Angehörige abzugeben. Das Vorhandensein der Krankheit ist damit für die USA nicht mehr relevant gewesen.

8.4 Andere Ausdrücke von Eigensinn

Zu anderen Ausdrücken von Eigensinn zähle ich jene Formen, die zwar nicht in direktem Bezug zu einzelnen Krankheiten stehen, aber das Ziel verfolgten, die Untersuchung oder ihr Ergebnis zu umgehen, um das Bedürfnis der Einreise befriedigen zu können. Die Technik, die dabei der bereits erwähnte Nathan Solomon angewandt hat, ist auch in einem Handbuch als zulässig verankert. Es stand Personen zu, eine Neuuntersuchung zu beantragen. Diese konnte von Einwanderungsbehörden, aber auch von den Migrant*innen selbst veranlasst werden. In diesem Fall mussten auch von den Migrant*innen gestellte Verwandte, Anwält*innen, Ärzt*innen und andere Personen, die im Interesse der betreffenden Person handelten, angehört werden.[446]

Die US-amerikanischen Migrationsgesetze legten streng fest, wer untersucht werden durfte und wer nicht. Prinzipiell waren alle Amerikaner*innen von der Untersuchung ausgenommen und die Ärzt*innen wurden darauf verwiesen, dass sie von den Einwanderungsbehörden nur Migrant*innen zur Untersuchung präsentiert bekamen. Falls sie skeptisch waren, durften sie um Überprüfung durch die Einwanderungsbehörden bitten. Im Falle des Handbuchs von 1917 ist hier aber auch ein klassizistischer Hintergrund zu erkennen:

> […] ; but medical officers are hereby instructed that whenever they deem it advisable they may decline to proceed with the medical examination of any number of persons when a considerable proportion of persons who are not aliens are presumably included, as, for example, the cabin passengers of a ship, until the immigration officers have made a reasonable effort to segregate those who are not aliens and have removed them from the scope of the medical examination.[447]

[446] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 22. Blue, *Regulations*, 14.
[447] Blue, *Regulations*, 14.

Eine ähnliche Formulierung findet sich bereits 1910.[448] Passagiere, die sich die teureren Schiffstickets leisten konnten, wurden oft von der Untersuchung ausgenommen oder auf dem Schiff untersucht, auch wenn sie keine Amerikaner*innen waren. Im Falle des Vorliegens einer Erkrankung konnten Migrant*innen, die über genügend finanzielle Mittel verfügten, über ein solches Kabinenticket die Untersuchung umgehen. Hier ist ein Ausdruck von Eigensinn nachgewiesen. Allen Migrant*innen stand aber das Recht zu, die Untersuchung abzulehnen und um erneute Prüfung durch die Einwanderungsbehörden zu bitten.[449] Interpretiert als Verschleierungstechnik, lässt sich hier ein schwacher Ausdruck von Eigensinn erkennen. Durch eine individuelle Entscheidung, die nicht zielgerichtet war, konnte die Untersuchung kurzfristig aufgeschoben werden.

Ein viel eindeutigerer Ausdruck von Eigensinn findet sich aber kurz darauf sowohl im Handbuch von 1910 als auch 1917 in leicht abgeänderter Form:

> Medical officers are especially cautioned that [oral] claims of citizenship are often, in ignorance, based solely on the fact of previous residence in the United States or the exercise of suffrage therein, and that diseased aliens are constantly seeking to evade the immigration laws through the possession of spurious naturalization certificates, or certificates and passports belonging to other persons.[450]

Diese teils mündlichen Versuche durch die Vorlage von gefälschten Dokumenten, aber auch non-verbalen Versuche die Untersuchung zu umgehen, sind eindeutiger Ausdruck von Eigensinn. Er hat keinen Einfluss auf einzelne Krankheiten, ist aber durchaus als Einfluss auf den Krankheitsbegriff zu verstehen. Hier traten Menschen in Erscheinung, die sich nach dem Verständnis der Behörden selbst als krank wahrnahmen, aber diese Krankheit nicht als Abweisungsgrund akzeptieren wollten. Sie versuchten, diese Untersuchungen durch Dokumentenfälschung und Identitätsmissbrauch zu umgehen.

8.5 Erlaubnis Eigensinn auszudrücken

Am Beispiel von *insane persons*/Menschen mit psychischen Störungen lässt sich erkennen, dass das Verständnis von psychischen Erkrankungen im Untersuchungszeitraum gewachsen ist. In diesem Zusammenhang wird auch berücksichtigt, dass es Situationen gibt, in denen Migrant*innen Eigensinn unbewusst ausdrückten, deshalb aber nicht automatisch krank waren. 1903 hatte man dafür allerdings nur wenig Verständnis. Die Diagnose ist hier sogar in einem rassistischen Ton verfasst: „In the case of immigrants, particularly the ignorant

[448] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 22.
[449] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 22. Blue, *Regulations*, 14–15.
[450] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 22. Blue, *Regulations*, 15.

representatives of emotional races, due allowance should be made for temporary demonstrations of excitement, fear, or grief, and reliance chiefly placed upon absolute assurance of the existence of delusions or persistent refusal to talk or continued abstinence from eating."[451] Unter der Gleichsetzung von Emotionalität und dem Ausdruck von Bedürfnissen, wie sie auch bei Lüdtke verstanden wird, erkannte das USPHS hier an, dass genügend Zeit gegeben werden musste, um sich an die neuen Umstände zu gewöhnen, bevor eine psychische Störung diagnostiziert wurde.

Im Jahr 1910 wird darauf bereits viel detaillierter Bezug genommen:

> In making such examinations, due allowance in favor of the alien must be made by reason of the following circumstances: The alien has been suddenly removed from an environment to which he has been accustomed all his life to one that is abnormal to him from every standpoint. To the mental effect such conditions may be added those of the emotions of fear, excitement, homesickness, and grief, either with reference to members of his immediate family or to his future prospects. Moreover, a mind originally ignorant, in many instances, of any concepts beyond those produced by the most lowly and monotonous life of toil, has had borne in upon it a flood of foreign and complicated associations which can not fail, frequently, to cause a noticeable reaction. The medical examiner must, therefore, be ever alive to such possibilities, and given an alien under observation for mental disease every opportunity to become accustomed to his novel surroundings for such a period as will permit a mentality, not diseased, to regain its equilibrium.[452]

Auch in diesem Fall wurde abwertend über die Migrant*innen gesprochen, allerdings nicht in rassistischer Weise. Wichtig ist aber, dass hier nicht nur die Migrant*innen als Individuen auftreten, sondern dass von den Behörden anerkannt wurde, dass es sich um solche handelte. In den übrigen Abschnitten der Handbücher steht die Erkrankung im Vordergrund, dass diese mit Patient*innen verbunden war, war nebensächlich. Außerdem wird durch die ungenaue Zeitangabe, die man abzuwarten hatte, hier die Möglichkeit eingeräumt, dass die Ärzt*innen selbst Eigensinn ausdrücken konnten. Es handelt sich hier um ein Beispiel, in dem alle drei Akteur*innen – Gesellschaft, Ärzt*innen und Patient*innen – den Krankheitsbegriff an einer einzelnen Erkrankung bestimmten.

Im Handbuch von 1917 wird erneut in gekürzter Form auf die Ausdrücke von Eigensinn bei Patient*innen Bezug genommen. Die Passage aus dem Jahr 1910, in der Ärzt*innen angewiesen wurden, den Migrant*innen genügend Zeit zu geben, um sich an die neue Situation zu gewöhnen, ist im selben Wortlaut abgedruckt. Im Vergleich zu 1910 wird hier aber anders eingeordnet, dass sich Patient*innen in einer ungewohnten Umgebung befanden: „It is obvious, then, that mental states which would be of import with reference to an alien's

[451] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 9–10.
[452] Wyman, *Book of Instructions* (1910), 11.

ordinary environment may be of secondary importance when considered from the standpoint of such unaccustomed surroundings.“[453] Weder Emotionalität noch abwertende Sprache sind im Handbuch von 1917 reproduziert. Daraus lässt sich folgern, dass psychische Störungen so weit besser verstanden wurden, als man den Patient*innen mit mehr Empathie begegnete. Trotzdem wurde den Migrant*innen ein Zeitraum für den Ausdruck von Eigensinn eingeräumt, um sich an die neue Situation zu gewöhnen.

Wie so ein Raum auszusehen hat, ist wiederum im Gesetz festgelegt. Im Abschnitt 16 des Akts von 1917 sind folgende Anforderungen verpflichtend bei der Zertifizierung von Menschen mit psychischen Störungen:

> Facilities for the Detention and Examination of Suspected Mental Defectives – The chief medical officer should make written recommendations to the commissioner of immigration or inspector in charge regarding suitable facilities for the detention and examination of arriving aliens in whom insanity or mental defect may be suspected, wheter such recommendations involve contracts with local insitutions or expenditures by the Government for this purpose, or both. „Suitable facilities“ shall be constructed to include detention quarters where aliens of both sexes abnormal mentally or physically may be kept under observation in decency and comfort, any trained attendants necessary for this purpose, examination rooms in which mental suspects may be examined apaprt from other persons, comptent interpreters and stenographers to insure a verbatim record of examination of aliens suspected of insanity.[454]

Durch diese rechtliche Vorgabe findet sich auch im Jahr 1917 mit psychischen Erkrankungen ein Beispiel für den Einfluss auf den Krankheitsbegriff durch alle drei Akteur*innen, wenn der Staat als Vertreter der Gesellschaft interpretiert wird. Außerdem lässt sich eindeutig eine Entwicklung im Zusammenhang mit dem Krankheitsbegriff erkennen. 1903 wurde noch auf das emotionale Verhalten bestimmter Ethnien verwiesen, 1917 wurde Wert darauf gelegt Personen, die an einer psychischen Störung litten, mit Anstand und Geborgenheit unterzubringen.

Das Konzept von Eigensinn wurde ausgewählt, um Handlungsfähigkeit bei Migrant*innen, die in die USA einreisen wollten und deshalb auf Ellis Island untersucht wurden, zu betonen. Durch die selbst gewählte Definition von Eigensinn traten Migrant*innen vor allem dann als Subjekte auf, wenn sie versuchten das System zu täuschen und Krankheitsmerkmale zu vertuschen. Natürlich finden sich in den Quellen nur Verweise auf solche Techniken, die den Behörden bekannt waren. Die vorliegende Interpretation kann deshalb nicht vollständig sein. Obwohl Ausdrücke von Eigensinn nur in begrenzter Form nachweisbar sind, sind sie trotzdem

[453] Blue, *Regulations*, 27.
[454] Blue, *Regulations*, 29–60.

aussagekräftig. Migrant*innen hatten sehr wohl die Möglichkeit auf die Untersuchung Einfluss zu nehmen. In Fällen, wo sie das wiederholt taten, wurden die entsprechenden Vertuschungspraktiken auch in die Handbücher aufgenommen, die an allen Migrationsstationen der USA von Ärzt*innen verwendet wurden, um Diagnosen nach dem jeweils gültigen Migrationsgesetz abzuleiten. Migrant*innen traten also nicht nur als handlungsfähige Personen auf, sie wurden von den Behörden, zumindest bedingt, auch als solche wahrgenommen.

Gleichzeitig dient dieses Kapitel als Beleg dafür, dass Krankheit eine genormte Setzung von Medizin, Gesellschaft und Patient*innen ist. Es wurden vor allem jene Stellen hervorgehoben, an denen sich die Migrant*innen durchaus einer Erkrankung bewusst waren, allerdings nicht der Meinung waren, dass diese sie von der Einreise in die USA abhalten sollte.

9 Schluss

Die transatlantische Migration ist ein weit erforschtes Gebiet der Geschichtswissenschaft. Viele Wissenslücken wurden bereits geschlossen, aber immer neue Fragen treten auf. Als ich mit der Arbeit an dieser Thesis begann, stellte ich mir oft die Frage, welche relevanten Fragen ich noch stellen und beantworten könnte. Recht bald fiel mir das erste Handbuch „Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants“ von 1903 in die Hände.[455] Während es zwar immer wieder erwähnt wurde, stand es nirgendwo im Fokus der Untersuchungen. Als ich schließlich auf das zweite und dritte Handbuch stieß, war mir als studierte Komparatistin klar, dass ich sie vergleichen wollte.[456] Durch mein Bachelorstudium bringe ich auch eine gewisse Sprachaffinität mit.

Deshalb entschied ich mich dazu, den Krankheitsbegriff bei der medizinischen Untersuchung von Migrant*innen auf Ellis Island zwischen 1880 und 1920 genauer zu untersuchen und festzustellen, ob sich das Begriffsverständnis in dieser Zeit geändert hat. Um einen Arbeitsbegriff von Krankheit zu definieren, wählte ich einen interdisziplinären Ansatz und zog eine Ausgabe der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ heran, insbesondere den Artikel von Volker Hess und Rainer Herrn „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive“.[457] Folgende Definition konnte dadurch aufgestellt werden: Krankheit ist die normative Setzung des Begriffs, beeinflusst von Ärzt*innen, erkrankten

[455] Wyman, *Book of Instructions,* (1903).
[456] Wyman, *Book of Instructions* (1910). Blue, *Regulations.*
[457] Hess, Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive“.

Personen und Gesellschaft sowie ihrer Vertreter*innen. Die Akteur*innen, die ich für den Untersuchungszeitraum identifizierten konnte, sind: Ärzt*innen, die Gesellschaft, vertreten durch Politiker*innen, und die Migrant*innen selbst. Da die Handbücher von den Ärzt*innen des USPHS benutzt wurden, sind sie durch den Krankheitsbegriff im Untersuchungszeitraum beeinflusst worden. Basierend auf dieser Grundannahme stellte ich folgende Forschungsfrage auf:

Welchen Einfluss haben Medizin, Politik und Migrant*innen auf die Entwicklung des Krankheitsbegriffes für die Ärzt*innen auf Ellis Island, die ankommende Migrant*innen aus Europa zwischen 1880 und 1920 untersuchten?

Es zeigt sich durch den Vergleich der Handbücher, dass sich das Verständnis von Krankheit verändert hat. Während man zunächst versuchte die Einschleppung von ansteckenden Krankheiten einzudämmen, verschob sich der Fokus auf chronische Krankheiten, vor allem auf psychische Störungen. Vorurteile – verbreitet von Nativist*innen und befeuert durch das stark verbreitete Konzept der Eugenik – führten zu einer negativen Haltung der Amerikaner*innen gegenüber den *new migrants*.[458] Zu diesen zählten Südosteuropäer*innen, allen voran Italiener*innen und Juden und Jüdinnen. Im Zuge der Verknüpfung von *new migrants* mit negativen Charaktereigenschaften wurden sie als krank wahrgenommen. Ziel war es deshalb nicht mehr nur die ansteckenden Krankheiten an den Grenzen der USA einzudämmen, sondern zu verhindern, dass Leute in das Land einreisten, die *likely to become a public charge* waren.

Die Politiker*innen als Vertreter*innen der Gesellschaft verfolgten dabei ein eigenes Ziel. Vincent Cannato stellt dazu folgende Behauptung auf: Zur Etablierung eines modernen Staates verstärkte die föderale Regierung im Zeitalter des *progressivism* ihre Regulierungsfunktion.[459] Eines ihrer ersten Projekte war dabei die Kontrolle der Migration. Diese Regulierung betraf auch die Ärzt*innen auf Ellis Island. Sie wurden mit immer strikteren bürokratischen Vorgaben konfrontiert. Cannatos Behauptung kann durch den Vergleich der Handbücher bestätigt werden.

Medizinisch befinde ich mich im Untersuchungszeitraum im Übergang der miasmatischen Theorie zur Bakteriologie.[460] Die Handbücher sind ein Beleg dafür, dass Bakterien und wie sie übertragen werden immer besser verstanden wurden. Das Beispiel *favus* zeigt dabei

[458] Daniels, *Guarding the Golden Door*, 30.
[459] Cannato, *American Passage*, 12.
[460] Lüthi, *Invading Bodies*, 129–132.

deutlich, dass die Arbeit im Labor und die genaue Bestimmung von spezifischen Bakterienkulturen einen immer höheren Stellenwert einnahmen.[461] Hier befanden sich die Ärzt*innen des USPHS in einem Zwiespalt. Während ihnen mehr technologische Möglichkeiten zur Verfügung standen als je zuvor, sollten sie gleichzeitig in einem möglichst kurzen Zeitraum, durch ein geschultes Auge, erkrankte Migrant*innen erkennen. Für sie waren die Migrant*innen keine Patient*innen, sondern eine potenzielle Bedrohung für das US-amerikanische Sozialsystem.

Dass die Ärzt*innen, gleich wie die Migrant*innen, in dieser Situation aber nicht Objekte waren, zeigt das Beispiel der psychischen Störungen. Die Erkennung von psychischen Störungen durch die Untersuchung in der *line* stand unter Kritik.[462] Während die Ärzt*innen auf diese Kritik keinen Einfluss hatten, wurden sie im Zusammenhang mit den Folgeuntersuchungen selbst wissenschaftlich tätig. Ausgehend vom Problem der Übersetzung entwickelten sie eigene non-verbale Tests, um die Intelligenz von Migrant*innen festzustellen. Dabei handelte es sich zumeist um verschiedene Arten von Puzzles. Der nachhaltige Einfluss dieser Tests wird deutlich, wenn man beachtet, dass die Psychologie bis vor kurzem noch mit dem *feature profile test* und dem *cube imitation test* gearbeitet hat. [463]

Mit der Betonung der Handlungsfähigkeit ordne ich meine Forschung schließlich in die moderne internationale Migrationsforschung ein. Nach dem Verständnis des *repertoire*-Begriffs nach Siegelbaum und Moch nutzten Migrant*innen ihre Informationsnetzwerke aus, um eine Einreise in die USA zu garantieren.[464] Durch die Inklusion des Konzepts vom Eigensinn nach Alf Lüdtke wird klar, dass *agency* im Kontext der Forschungsfrage nicht allein durch den Widerstand gegen das bestehende Migrationsregime definiert ist.[465] Viel mehr steht das individuelle Bedürfnis die Einreise zu sichern im Zentrum. Abbildungen von Ausdrücken von Eigensinn in den Handbüchern sind gekennzeichnet durch Täuschung und Verschleierung. Diese Täuschungsversuche beeinflussten den Untersuchungsvorgang der Ärzt*innen des USPHS und somit auch den Krankheitsbegriff.

Krankheit entwickelte sich im Forschungszeitraum von der Kontrolle ansteckender Krankheiten hin zum Ausschluss chronisch kranker Migrant*innen. Die normative Satzung des Begriffes war beeinflusst von einer durch Vorurteile verunsicherten amerikanischen

[461] Wyman, *Book of Instructions* (1903), 8. Wyman, *Book of Instructions* (1910), 14. Blue, *Regulations*, 34.
[462] Lüthi, *Invading Bodies*, 151–154.
[463] Richardson, *Howard Andrew Knox*, 234, 240.
[464] Siegelbaum, Moch, *Broad Is My Native Land*.
[465] Lüdtke, „Geschichte und Eigensinn".

Gesellschaft, die von Politiker*innen vertreten war, die die Regulierungsfunktion des Staates steigern wollte. Gleichzeitig war die Bakteriologie eine Revolution in der Medizin. Im Zusammenhang mit der Untersuchung von Migrant*innen sollte das Unsichtbare mit bloßem Auge erkannt werden. Die Bakteriologie stand noch am Anfang. Die Kenntnisse verbreiteten sich nur langsam. Migrant*innen entschieden deshalb selbst, ob sie krank waren oder nicht. Gerade der Sorge, dass sie wegen einer Erkrankung nicht berufstätig sein konnten, stimmten sie oft nicht zu und nutzten deshalb alle Möglichkeiten, um erfolgreich in die USA einzureisen.

Mein Forschungsansatz erhält durch den Vergleich mit aktuellen medizinischen Handbüchern, wie der „*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*“ und dem „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5“, eine interdisziplinäre Ebene.[466] Gleichzeitig konnte so die wissenschaftliche Relevanz der Forschung betont werden, indem ich historische mit kontemporären Krankheitsbegriffen verglich. Die Untersuchung der Entwicklung des Krankheitsbegriffs hat heute eine genauso große Relevanz wie damals. Gerade im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie musste sich die Gesellschaft die Frage stellen, was Krankheit heißt. Ähnlich wie im Untersuchungszeitraum ist hier eine Entwicklung zu erkennen. Weg von der allgemeinen Bedrohung hin zum Schutz einzelner Risikogruppen und der rapiden Entwicklung und Verbreitung eines wirksamen Impfstoffes. Auch hier ist es sinnvoll zu untersuchen, welche Akteur*innen das Verständnis von Krankheit beeinflussten und ob sich der Begriff durch dieses Ereignis nachhaltig verändert hat.

[466] World Health Organization, „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)”, Classifications, https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases (02.02.2024). APA, *DSM-5*.

10 Bibliografie

10.1 Primärquellen

Blue, Rupert. *Manual of the Mental Examination of Aliens*. Washington: Government Printing Office, 1918.

Blue, Rupert. *Regulations Governing the Medical the Medical Inspection of Aliens*. Washington: Government Printing Office, 1917.

Church, Archibald; Peterson, Frederick. *„Nervous and Mental Diseases“.* Philadelphia: W.B. Saunders & Company, 1903.

Clark, Taliaferro; Schereschwesky, Joseph W. *Trachoma: Its Character and Effects*. Washington: Government Printing Office, 1907.

Department of Commerce and Labor, Bureau of Immigration and Naturalization. *Immigration Laws and Regulations July 1, 1907*. Washington: Government Printing Office, 1907.

Maudsley, Henry. *Responsibility in Mental Disease*. London: Henry S. King & Co., 1874.

The Immigration Commission. *Brief Statement of the Conclusions and Recommendations of the Immigration Commsission, with Views of the Minority*. Washington: Government Printing Office, 1910.

Wyman, Walter. *Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants*. Washington: Government Printing Office, 1903

Wyman, Walter. *Book of Instructions for the Medical Inspection of Aliens (Revised January 18, 1910).* Washington: Government Printing Office, 1910

10.2 Sekundärliteratur

American Psychiatric Association. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Editiert von: Peter Falkai, Hans-Ulrich Wittchen. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2018.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5. Edition, text reviewed. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787. 2022.

Arolt, Volker; Bauer, Michael; Domschke, Katharina; Linker, Ralf; Meyding-Lamade, Uta; Schara-Schmidt, Ulrike; Tönges, Lars; Voderholzer, Ulrich. *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015).

Bateman-House, Alison; Fairchild, Amy. „Medical Examination of Immigrants at Ellis Island“ In *The Virtual Mentor* 10, no 4. (April 2008): 235 -241.

Bloomberg, Michael R.; Frieden, Thomas R. *Protecting Public Health in New York City: 200 Years of Leadership*. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005.

Bober, Robert; Perec, Georges. *Geschichten von Ellis Island oder wie man Amerikaner macht.* Übersetzt von: Eugen Helmlé. Berlin: Klaus Wagenbach, 1997.

Brinkmann, Tobias. „From Oświęcim to Ellis Island: Jewish and Other Transmigrants and the Evolution of Border Controls Along Germany's Eastern Border, 1885–1914“ In *Between the Old and the New World: Studies in the History of Overseas Migration*, Editiert von: Agnieszka Małek, Dorota Praszałowicz, 109–124, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH–Verlag der Wissenschaften, 2012.

Brinkmann, Tobias. „Points of Passage: Reexamining Jewish Migrations from Eastern Europe after 1880“ In *Points of Passage: Jewish Transmigrants from Eastern Europe in Scandinavia, Germany, and Britain 1880–1914*. Herausgegeben von: Tobias Brinkmann. New York: Berghahn Books, 2013.

Brinkmann, Tobias. „Why Paul Nathan Attacked Albert Ballin: The Transatlantic Mass Migration and the Privatization of Prussia's Eastern Border Inspection, 1886–1914“ In *Central European History* Vol. 43, Nr. No. 1 (März 2010): 47–83.

Britton, Tamara L. *Ellis Island: Symbols, Landmarks, and Monuments*. Edina: Abdo Consulting Group Inc., 2004.

Canaday, Margot. *The Straight State: Sexuality and Citizenship in twentieth-century America*. Princeton: Princeton University Press, 2009.

Cannato, Vincent J. *American Passage: The History of Ellis Island*. New York: Harper Collins, 2009.

Cohn, Raymond L. „Nativism and the End of the Mass Migration of the 1840s and 1850s“ In *The Journal of Economic History* 60, no. 2 (Juni 2000): 361–383.

Daniels, Roger. *Guarding the Golden Door: American Immigration Policy and Immigrants since 1882*. New York: Hill and Wang, 2004.

Glueck, Bernard. „The mentally defective immigrant“ In *New York Medical Journal* 98, no. 14 (Oktober 1913): 760–766.

Heinz, Andreas. „Krankheit vs. Störung: Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens“ In *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015): 36–41.

Hess, Volker; Herrn, Rainer. „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive“ In *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015): 9–15, Doi: 10.1007/s00115-014-4107-6.

Higham, John. *Strangers in the Land: Patterns of American Nativism, 1860–1925*. New Jersey: Rutgers University Press, 1994.

Hoerder, Dirk; Lucassen, Jan; Lucassen, Leo. „Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung“ In: *Enzyklopädie Migration in Europa*. Herausgegeben von: Klaus J. Bade, et.al. Paderborn: Ferdinand Schönigh GmbH & Co KG, 2007, 28–52.

Kelly, Howard A.; Burrage, Walter L. „Wyman, Walter“ In *American Medical Biographies*. Baltimore: The Norman Remington Company, 1920.

King, C. Richard. „Author‘s Note on Language“ In *Redskins: Insult and Brand*, xii, Lincoln: University of Nebraska Press, 2016.

Kraut, Alan M. *Silent Travelers: Germs, Genes, and the „Immigrant Menace“*. New York: BasicBooks, 1994.

Lindenberger, Thomas. „Eigen-Sinn, Herrschaft und kein Widerstand“ In *Docupedia-Zeitgeschichte: Begriffe, Methoden und Debatten der zeithistorischen Forschung*. Editiert von: Christine Bartlitz et.al., 02.09.2014, http://dx.doi.org/10.14765/zzf.dok.2.595.v1.

Lüdtke, Alf. „Geschichte und Eigensinn“ In *Alltagskultur, Subjektivität und Geschichte: zur Theorie und Praxis von Alltagsgeschichte*. Herausgegeben von: Berliner Geschichtswerkstatt, 139–153, Münster: Westfälisches Dampfboot, 1994.

Lüdtke, Alf. *Eigen-Sinn: Fabrikalltag, Arbeitererfahrungen und Politik vom Kaiserreich bis in den Faschismus*. Hamburg: Ergebnisse Verlag, 1993.

Lüthi, Barbara. *Invading Bodies: Medizin und Immigration in den USA 1880–1920.* Frankfurt/Main: Campus Verlag, 2009.

Rabinbach, Anson. *The Human Motor: Energy, Fatigue and the Origins of Modernity.* New York: Basic Books Inc., 1990.

Richardson, John T.E. *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island*. New York: Columbia University Press, 2011.

Richter, Jessica; Steidl, Annemarie; Unterwurzacher, Anne. „editorial: auf neuen wegen, in jede richtung“ In *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* (OeZG) 31/1. Herausgegeben von: Jessica Richter, Anne Unterwurzacher, Innsbruck: StudienVerlag, 2020. 7–23.

Rothschuh, Karl Eduard. *Prinzipien der Medizin: Ein Wegweiser durch die Medizin*. München: Urban und Schwarzenberg, 1965.

Schneider, Dorothee. *Crossing Borders: Migration and Citizenship in the Twentieth-Century United States.* Massachusetts: Harvard University Press, 2011.

Schramme, Thomas. „Psychische Krankheit als Störung wesentlicher Funktionen“ In *Der Nervenarzt* 86, Nr. 1 (Jänner 2015): 16–21, Doi: 10.1007/s00115-014-4106-7.

Siegelbaum, Lewis H.; Moch, Leslie Page. *Broad Is My Native Land: Repertoires and Regimes of Migration in Russia's Twentieth Century*. Ithaca: Cornell University Press, 2014.

Smith, Darell Hevenor; Henry Guy, *Bureau of Immigration: Its History, Activities & Organization*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1924.

Stakley, Tracy. *Cultural Landscape Report for Ellis Island: Statue of liberty national monument*. Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003.

Steidl, Annemarie. *On Many Routes: Internal, European, and Transatlantic Migration in the Late Habsburg Empire*. West Lafayette: Purdue University Press, 2021.

World Health Organization, *Basic Documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. Geneva: World Health Organization, 2020.

10.3 Internetseiten

Bialojan, Anne-Grit. „Altersschwäche“, Psychrembel, zuletzt geändert: August 2018. https://www.pschyrembel.de/Altersschw%C3%A4che/K024J aufgerufen: 16.10.2023.

Brickner, Irene. „Karner präsentiert Schlepperbericht am Weltflüchtlingstag", Der Standard, 20.06.2022, https://www.derstandard.at/story/2000136720550/karner-praesentiert-schlepperbericht-am-weltfluechtlingstag aufgerufen: 27.02.2023.

Brickner, Irene. „Abschiebung von siebenjährigem Buben nach Georgien gestoppt", Der Standard, 11.11.2022, https://www.derstandard.at/story/2000140764248/abschiebung-von-integriertem-siebenjaehrigen-buben-nach-georgien-gestoppt aufgerufen: 27.02.2023.

Brickner, Irene. „Privaten Flüchtlingshelfern geht der Atem aus", Der Standard, 30.04.2017, https://www.derstandard.at/story/2000056740256/den-privaten-fluechtlingshelfern-geht-der-atem-aus aufgerufen: 27.02.2023.

Brockhaus Enzyklopädie Online. „Infantile Zerebralparese", NE GmbH Brockhaus, https://brockhaus-de.uaccess.univie.ac.at/ecs/enzy/article/infantile-zerebralparese aufgerufen: 15.03.2024.

Brockhaus Enzyklopädie Online. „Kinderlähmung", NE GmbH Brockhaus, https://brockhaus-de.uaccess.univie.ac.at/ecs/enzy/article/kinderlähmung aufgerufen: 15.03.2024.

Dittmann, Alexander. „Epileptischer Anfall", Psychrembel, zuletzt geändert Oktober 2023, https://www.pschyrembel.de/Epileptischer%20Anfall/A0UUK aufgerufen: 16.10.2023.

Goerke, Kay. „Eklampsie", Psychrembel, zuletzt geändert November 2022, https://www.pschyrembel.de/Eklampsie/K06LV/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Kockott, Götz. „Homosexualität", Psychrembel, zuletzt geändert Oktober 2022, https://www.pschyrembel.de/Homosexualit%C3%A4t/K0A1J/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Kroisleitner, Oona; Tomaselli, Elisa; Rachbauer, Stefanie. „Der Fall Tina und seine Folgen", Der Standard, 17.08.2022, https://www.derstandard.at/story/2000138337554/der-fall-tina-und-seine-folgen aufgerufen: 27.02.2023.

Lücke, Catharina. „Krampfanfall", Psychrembel, zuletzt geändert August 2018, https://www.pschyrembel.de/Krampfanfall/K019V/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Maksymczak-Tretter, Agata. „Debilität", Psychrembel, zuletzt geändert November 2022, https://www.pschyrembel.de/Debilit%C3%A4t/A06GJ/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Margraf, Jürgen. „Hysterie", Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/hysterie/K0AGJ/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Moore, Jennifer. „Neurose“, Psychrembel, zuletzt geändert: November, 2022, https://www.pschyrembel.de/Psychasthenie/K0F61/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

National Park Service. „Curriculum Materials“, https://www.nps.gov/elis/learn/education/classrooms/curriculummaterials.htm aufgerufen: 05.11.2023.

Psychrembel Redaktion, „Geisteskrankheit“, Psychrembel, zuletzt geändert April 2016, https://www.pschyrembel.de/Geisteskrankheit/P0037/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Psychrembel Redaktion. „Inhibition“, Psychrembel, zuletzt geändert April 2016 https://www.pschyrembel.de/Inhibition/K0AT5 aufgerufen: 16.10.2023.

Rauscher, Hans. „Dysfunktional: Schuldzuweisungen statt Lösungen bei Unterbringung von Asylwerbern“, Der Standard, 11.11.2022, https://www.derstandard.at/story/2000140762185/dysfunktional aufgerufen: 27.02.2023.

red, „MA 35: Erneute Kritik an Missständen“, orf.at, 16.01.2023, https://wien.orf.at/stories/3190552/ aufgerufen: 27.02.2023.

The Statue of Liberty. „Educational Resources“, Ellis Island Foundation, https://www.statueofliberty.org/discover/educational-resources/ aufgerufen: 05.11.2023.

Tomaselli, Elisa. „Schülerin klagt Republik Österreich wegen illegaler Abschiebung“, Der Standard, 18.05.2022, https://www.derstandard.at/story/2000135855467/schuelerin-verklagt-republik-oesterreich-wegen-illegaler-abschiebung aufgerufen: 27.02.2023.

United States Department of Health and Human Services. „Previous Surgeons General“, History, zuletzt geändert 11. März, 2022, https://www.hhs.gov/surgeongeneral/about/previous-surgeon-generals/index.html aufgerufen: 25.1.2024.

United States Department of Health and Human Services. „Rupert Blue“, Previous Surgeons General, zuletzt geändert 4. Jänner, 2004, archiviert: 1. Dezember 2017, http://wayback.archive-it.org/3929/20171201191737/https://www.surgeongeneral.gov/about/previous/bioblue.html aufgerufen: 31.1.2024.

Völkel, Birgit. „Paraphilie“, Psychrembel, zuletzt geändert November 2022, https://www.pschyrembel.de/Paraphilie/K0QLM/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Vogler, Christian. „Zerreißprobe für Europa“, orf.at, 04.09.2020, https://orf.at/stories/3179453/ aufgerufen: 27.02.2023.

Walter de Gruyter GmbH, „Impressum“, Psychrembel, https://www.pschyrembel.de/Inhibition/webpages---impressum/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

Walter de Gruyter GmbH, „Über den Psychrembel“, Psychrembel, https://www.pschyrembel.de/Inhibition/webpages---ueber-den-pschyrembel/doc/ aufgerufen: 16.10.2023.

World Health Organization, „Dermatophytosis“, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1802307036 aufgerufen: 18.01.2024.

World Health Organization, „Dermatophytosis of the scalp“, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1380450203 aufgerufen: 18.01.2024.

World Health Organization, „Other specified dermatophytosis“, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1802307036%2Fother%20%26%202138894892 aufgerufen: 18.01.2024.

World Health Organization. „Trachoma“, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.), https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#372424530 aufgerufen: 18.01.2024.

World Health Organization. „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)“, Classifications, https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases aufgerufen: 02.02.2024.

World Health Organization. „Trachoma“, Factsheets, last modified 07.03.2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trachoma aufgerufen: 13.12.2022.

10.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die relationale Bestimmung von Krankheit, in: Volker Hess, Rainer Herrn, „Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive“, Der Nervenarzt 86, Nr. 1 (Jänner 2015), 12..... 30

Abbildung 2: Kontemporäre Lokalisation von Ellis Island, in: Tracy Stakley, Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 11. 36

Abbildung 3: Ellis Island 1776, in: Tracy Stakley, Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 23. 46

Abbildung 4: Ellis Island 1897, in: Tracy Stakley, Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 35. 47

Abbildung 5: Ellis Island ca. 1907, in: Tracy Stakley, Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 55..... 50

Abbildung 6: Ellis Island ca. 1920, in: Tracy Stakle,. Cultural Landscape Report for Ellis Island – Statue of Liberty National Monument (Massachusetts: National Park Service Olmsted Center for Landscape Preservation Brookline, 2003), 73..... 51

Abbildung 7: Tabelle von Symptomen zur Klassifizierung von intellektueller Beeinträchtigung, in: Walter Wyman, Book of Instructions for the Medical Inspection of Immigrants (Washington: Government Printing Office, 1910), 10. 90

Abbildung 8: Seguin Form Board, in Rupert Blue, Manual of the Mental Examination of Aliens (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 15. 94

Abbildung 9: Healy Frame (A) - Construction Puzzle, in Rupert Blue, Manual of the Mental Examination of Aliens (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 17. 94

Abbildung 10: The Mare-and-Foal Picture Form Board, in John T.E. Richardson, Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island (New York: Columbia University Press, 2011), 103. 94

Abbildung 11*:* Diamond Frame Test, in Rupert Blue, *Manual of the Mental Examination of Aliens* (Washington: Government Printing Office, 1918), Fig. 18. 94

Abbildung 12: Geographical Puzzle, in John T.E. Richardson, Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island (New York: Columbia University Press, 2011), 113. .. 94

Abbildung 13: Visual Comparison Test, in John T.E. Richardson, *Howard Andrew Knox: Pioneer of Intelligence Testing at Ellis Island* (New York: Columbia University Press, 2011), 109. 94

Abstract

In der vorliegenden Masterthesis untersuche ich, wie sich das Verständnis des Begriffes Krankheit im Zusammenhang mit der massenhaften Migration aus Europa in die USA zwischen 1880 und 1920 verändert hat. Einfluss auf das Begriffsverständnis hatten Migrant*innen, Ärzt*innen und die US-amerikanische Gesellschaft, vertreten durch Politiker*innen. Für meine Untersuchung stehen drei Handbücher des United States Public Health Service zur Verfügung, die ich miteinander vergleiche. Nach der Definition der wichtigsten Arbeitsbegriffe, zeigt sich durch den formalen Vergleich der, zu unterschiedlichen Zeiträumen publizierten, Texte, das Erstarken des föderalen US-amerikanischen Staates im Untersuchungszeitraum. Durch den Vergleich ergibt sich ein inhaltlicher Fokus auf psychische Störungen. In der Einwanderungsstation auf Ellis Island wurde eigene medizinische Forschung betrieben, um festzustellen, ob Migrant*innen psychische Störungen aufwiesen. Einige dieser dort entwickelten oder verwendeten Tests wurden bis vor kurzem oder werden auch heute noch angewandt. In einem letzten Schritt wird die Handlungsfähigkeit der Migrant*innen durch Anwendung von Alf Lüdtkes Konzept vom Eigensinn betont. Am Ende komme ich zu der Schlussfolgerung, dass zunächst die Eindämmung der Übertragung von ansteckenden Krankheiten den Begriff Krankheit in Zusammenhang mit Migration prägte. Um 1920 standen demgegenüber chronische Erkrankungen im Fokus, wenn von Krankheit die Rede war und hier allen voran psychische Störung.

In this master's thesis, I analyze how the understanding of disease evolved in relation to mass migration from Europe to the USA between 1880 and 1920. The concept was influenced by migrants, doctors, and politicians who represented the US-American society. To answer the research question, I compare three United States Public Health Service manuals with each other. After defining the most important terms, the formal comparison highlights the strengthening of the US-American federal state during the investigative period. The focus of the content analysis is on mental disorders. The immigration station on Ellis Island conducted

its own medical research to determine whether migrants had mental disorders. Some of these tests are still used today. In a final step, the study emphasizes the migrants' agency by applying Alf Lüdtke's concept of "Eigensinn". Ultimately, I conclude that the term disease was initially used to contain the introduction of infectious diseases associated with migration. However, by 1920, the focus was on chronic illnesses, particularly mental disorders.