



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der zerbrochene Mann in medizinischer Obhut“
Maskulinitäten im Spezialdiskurs der Medizin 1910–1928

verfasst von / submitted by

Andreas Enderlin, BA

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

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 803

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Geschichte

Betreut von / Supervisor:

o.Univ.-Prof. Dr. Peter Becker

Danksagung

Ich bedanke mich auf das Herzlichste bei meinem Betreuer Prof. Peter Becker. In der Zeit der gemeinsamen Arbeit konnte ich etliche wissenschaftliche Fertigkeiten von unschätzbarem Wert erlernen und vertiefen. Seine prägnanten Fragen und Anregungen führen einen stets an die Grenze des eigenen Wissenshorizonts, nur um diesen schließlich zu erweitern.

Mein besonderer Dank gilt meiner Freundin für das Korrekturlesen und die allzeitige Unterstützung. All die vielen Gespräche und kritischen Kommentare über Konzept, Inhalte und Interpretation der Arbeit waren von größtem Wert und ohne sie wäre die vorliegende Arbeit heute nicht dieselbe. Sie lauschte etliche Male geduldig der Geschichte des „tapferen Deserteurs“, sodass sie diesen mittlerweile nur allzu gut kennt.

Schlussendlich möchte ich noch Worte des Dankes an all die lieben Kolleginnen und Kollegen richten, die während des Entstehungsprozesses der Arbeit als Gesprächspartner zur Verfügung standen und fruchtbare Kritik geäußert haben.

Inhalt

Einleitung.....	1
Methode.....	4
Männlichkeit(en) und Kriegsbeschädigte.....	7
1. Kapitel: Männlichkeit und Mediziner	15
1.1. Hegemoniale Männlichkeit	15
1.2. Der Mediziner als Mann – Analyse der Nachrufe.....	18
2. Kapitel: Männlichkeit im medizinischen Spezialdiskurs nach dem Ersten Weltkrieg	30
2.1. Arbeit und Erwerb	30
2.2. Sexualität und Ehe	32
2.3. Wehrfähigkeit.....	40
2.4. Fallbeispiele	43
Der tapfere Deserteur	43
Der feige Offizier	46
3. Kapitel: Die Kriegsbeschädigten und ihre Krise der Männlichkeit	49
3.1. Die Leiden der Kriegsbeschädigten	49
3.2. Die Normalisierung der Kriegsbeschädigten	51
Wiederherstellung des „ganzen Mannes“	55
4. Kapitel: Das Scheitern der Normalisierung und die Folgen.....	65
4.1. Psychasthenie – Wettkampf gegen die Neurasthenie?	67
4.2. Psychasthenie und Kriegsbeschädigte	70
4.3. Psychasthenie – ein Erklärungsversuch der zerbrochenen Männlichkeit?	75
Conclusio	78
 Bibliographie.....	 81
Anhang	93

Einleitung

"Sie waren blind oder lahm. Sie hinkten. Sie hatten ein zerschossenes Rückgrat. Sie erwarteten eine Amputation oder waren bereits amputiert. Weit hinter ihnen lag der Krieg. [...] Ihr Friede mit dem Feind war besiegelt. Sie rüsteten schon zu einem neuen Krieg; gegen die Schmerzen; gegen die Prothesen; gegen die lahmen Gliedmaßen; gegen die krummen Rücken; gegen die Nächte ohne Schlaf; und gegen die Gesunden."¹

Wann ist ein Mann ein Mann? Diese Frage stellt nicht nur der deutsche Musiker Herbert Grönemeyer in seinem populären Song „Männer“. Stetig sind wir Attributionen von Geschlechtlichkeit ausgesetzt, die in ihrer Wirkung unser alltägliches Handeln beeinflussen. Typisch „männlich“ wird dabei meist nicht hinterfragt, sondern als natürlich gegebene, historische Konstante verstanden. „Ein Mann ist ein Mann, weil er ein Mann ist.“, könnte die Antwort lauten, obwohl sie keinerlei Aussagekraft enthält. Kehrt man die Frage um und erkundigt sich nach dem „Nicht-Männlichen“, so treten rasch schärfere Konturen hervor. Der effeminierte Homosexuelle, der Softie, der Nerd – Beispiele für Männlichkeiten, deren Anspruch auf Maskulinität noch heute zu Diskussionen führt.

Doch Männlichkeit ist keine historische Konstante. Sie zieht sich nicht als roter Faden durch die Geschichte und schon gar nicht durch die Schichten der Gesellschaft. Zudem lässt sich keineswegs von einer singulären Männlichkeit sprechen. Zwar etablierten sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Idealbilder des Mannes, diese aber existier(t)en nur im Kontext weiterer, praktizierter Männlichkeiten. Der Blick auf eine solche normative Männlichkeit (Idealbild) im Verhältnis zu normalen Männlichkeiten (praktiziert) scheint nicht zuletzt insofern vielversprechend, da ein direkter Gegenwartsbezug zu heutiger Vorstellung von „echten Männern“ besteht.

Somit gelangen wir zur eingangs zitierten Textstelle aus Joseph Roths „Die Rebellion“ zurück. Die 1924 erstmals erschienene Erzählung spielt im Wien des Jahres 1919 und folgt dem Invaliden Andreas Pum auf seinem Weg vom Kriegsspital zurück ins zivile Leben der Nachkriegsgesellschaft. Damit nimmt die Handlung ihren Lauf nicht nur in einer Zeit, die maßgeblich mit der Veränderung vorangegangener Geschlechterrollen verbunden ist, sondern fokussierte eine Gruppe von Männern, deren Männlichkeit im Krieg regelrecht zerstört wurde: die Kriegsbeschädigten. Roth erfasst in seiner Erzählung die Erfahrungen der Nachkriegszeit und verweist im obigen Zitat auf den Krieg der Invaliden gegen die Gesunden.

¹ Joseph Roth, Die Rebellion (Köln 2005) 1.

In anderen Worten: Der Kampf der „zerbrochenen Männer“ gegen die „ganzen Männer“. Davon ausgehend lautet die leitende Fragestellung dieser Arbeit: Welche Männlichkeitsbilder finden sich in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg in Österreich?

Nun eröffnet sich die Herausforderung, wie sich der Gegenstand historischer Maskulinitätskonzepte erforschen lässt. Zahlreiche Zugänge, beispielsweise über Darstellungen in zeitgenössischer Literatur, ermöglichen unterschiedliche Herangehensweisen. Für die vorliegende Arbeit wurde der Bereich der Medizin als Forschungsfeld gewählt. Die Besonderheit liegt dabei in der vordergründigen (jedoch nicht vollständigen) Abwesenheit von positiven Zuschreibungen von Männlichkeit. Ursache hat dies in der Arbeitsweise der Medizin, denn ihr Objekt ist nicht der Gesunde, sondern der Kranke, der Deviante. In vier Kapiteln werden im Folgenden das Feld der Medizin nach normalen und devianten Männlichkeiten erforscht, sowie die Behandlung und der Umgang mit letzteren untersucht.

Zu Beginn steht die Auseinandersetzung mit der Vorstellung einer „hegemonialen Männlichkeit“. Zweck soll es dabei sein zu diskutieren, inwiefern die Annahme eines singulären, vorherrschenden Männlichkeitskonzeptes, das die Medizin im Top-Down Prozess prägt, sinnvoll ist. Anschließend erfolgt die Analyse der Hauptakteure in der Medizin: den Ärzten. Wie wurden diese in ihrem Wesen als Männer, aber auch Mediziner und Wissenschaftler, beschrieben und mit welchen Zuschreibungen von Maskulinität wurde gearbeitet?

Darauf folgt im zweiten Kapitel die Hauptuntersuchung der ausgewählten Quellen auf Männlichkeitsbilder beziehungsweise Vorstellungen devianter Männlichkeit(en). Mittels wissenssoziologischer Diskursanalyse werden drei Bereiche beleuchtet, in denen Männlichkeit(en) eine bedeutende Rolle spielen. Dabei handelt es sich um die Felder „Arbeit und Erwerb“, „Sexualität und Ehe“ sowie „Wehrfähigkeit“, die sich wie ein roter Faden durch den Männlichkeitsdiskurs ziehen. Zwei Fallbeispiele von einem „tapferen Deserteur“ und einem „feigen Offizier“ verdeutlichen schließlich nicht nur die Ergebnisse, sondern zeigen außerdem, wie Männlichkeitszuschreibungen als Argumentationsstrategie in medizinischen Gutachten eingesetzt wurden.

Im dritten Kapitel richtet sich der Fokus auf die bereits angesprochene Gruppe der Kriegsbeschädigten. Die unterschiedlichen Verletzungen führten zu Defiziten, deren Behandlung eine der Hauptaufgaben der Medizin nach 1918 darstellte. Besonders anhand der Therapiemethoden, die im Zuge der Arbeit schlussendlich nur mehr als „Normalisierungsbestrebungen“ seitens der Medizin bezeichnet werden können, wird der

Umgang mit den männlichen Devianzen deutlich. Das Kapitel erlaubt Einblicke in das Zerwürfnis zwischen dem normativen Mann und der Normalität von über 100 000 Kriegsbeschädigten, sowie den damit einhergehenden Herausforderungen für die Medizin der Zeit.

Abschließend wird ein Thema ins Licht gerückt, das bisher wenig Aufmerksamkeit bekam und auch von den zeitgenössischen Mediziner*innen mäßig diskutiert wurde: die Spätfolgen der Kriegsbeschädigungen. Im Zentrum der Untersuchung stehen hier Defizite, die als Folge von traumatischen Kriegserfahrungen, psychisch sowie physisch, auftraten. Das überraschende Ergebnis war dabei die Entdeckung der Verwendung einer nosologischen Kategorie, die seit jeher im Schatten der Neurasthenie stand: die Psychasthenie. Dieser unscharfe Begriff bezeichnet ab der Mitte der 1920er Jahre Patienten, die in erster Linie über eine defizitäre Männlichkeit verfügten, welche sich ab diesem Zeitpunkt besonders im sozialen Umfeld niederschlug. Der Psychiatrie fiel damit die Aufgabe der Behandlung der „Unmännlichkeit(en)“ zu.

Anstatt lediglich zu Fragen, wie viel Männlichkeit nach dem Ersten Weltkrieg in den zerstörten Körpern der Heimkehrer übrig geblieben war, begibt sich diese Arbeit darüber hinaus auf die Suche nach den vielfältigen Männlichkeit(en), die sich im Nachhall des Großkonfliktes im erschütterten Geschlechterraum bewegten.

Methoden

Der medizinische Spezialdiskurs wird in Folge anhand der wissenssoziologischen Diskursanalyse von Reinhard Keller untersucht.² Dabei wird der Prozess analysiert, der auf die erfolgreiche Etablierung einer kollektiv-verbindlichen Wissensordnung zielt.³ Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Vermittlung von Inhalten allgemein über sozial konstruiertes, objektiviertes Wissen geschieht. Daraus resultiert eine hergestellte, symbolische Ordnung. Auf diese Weise werden Klassifikation und Dispositive, etwa Normalitätskonzepte, produziert⁴. Die wissenssoziologische Diskursanalyse untersucht somit die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit, was sich im Falle der vorliegenden Arbeit auf soziale Geschlechteridentitäten und -verhältnisse bezieht. Dem Diskurs kommt dabei die Rolle der bedeutungskonstruierenden Praxis zu. Die Verschriftlichung, in Form von Veröffentlichungen, ist dabei das Diskursprodukt, während der Arzt den Produzenten oder Akteur darstellt. Stabilisierung erfahren die Diskurse über infrastrukturelle Momente und Maßnahmenbündel, beispielsweise Gesetze.⁵ Im Zuge der Arbeit sollen somit die Aussagen des medizinischen Spezialdiskurses, in Abgrenzung zu öffentlichen Diskursen, in ihrem Kontext analysiert werden.⁶ Zu diesem Zweck wurde die Fachzeitschrift „Wiener Medizinische Wochenschrift“⁷ als zentrale Primärquelle ausgewählt. Diese erschien von 1851 bis 1944 als offizielles Organ der Österreichischen Ärzteschaft. Herausgeber für die Ausgaben des untersuchten Zeitraums von 1910 bis 1929 war der Psychiater Arthur Kronfeld. Hauptaugenmerk liegt auf der Diskursproduktion, somit der Frage nach dem Ursprung, raumzeitlichen Situierung, sowie der Entwicklung und Verbreitung des Diskurses. In der Untersuchung der Realisierung von Therapievorhaben lassen sich die Konstitution von Phänomenen im Sinne der Wirklichkeitsschaffung und des Normalitätsdispositiv näher betrachten.⁸

Anhand der Quellen soll die Entwicklung des Männlichkeitsdiskurses und den damit auftretenden Männlichkeiten im Raum der Medizin analysiert werden. Ausgewählt wurden Beiträge, die Maskulinität auf die eine oder andere Weise thematisieren. Da es sich dabei um eine enorme Fülle an Material handelt, war die Feinanalyse ein entscheidender methodischer Schritt zur Einschränkung der Daten. Das ermöglichte eine aufschlussreiche Beantwortung

² Reiner Keller, Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (Opladen 2004).

³ Ebd., 7.

⁴ Ebd., 36f.

⁵ Ebd., 62–65. Grundbegriffe der wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Ebd., 64.

⁶ Darunter fallen Fragen nach den Akteuren, Adressaten, Publikum, sozialen Kontexten, dem Ursprung des Diskurses, wie er (re)produziert, mit welchem Mitteln und Strategien argumentiert wird etc.

⁷ Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien 1851–1944), in Folge mit „WMW“ abgekürzt.

⁸ Keller, Diskursforschung, 66–69.

von Fragen nach den Rahmenbedingungen des Spezialdiskurses und erlaubt eine interpretative Analytik der Inhalte anhand ausgewählter Diskursfelder im Raum von Männlichkeit und Medizin. Es handelt sich dabei um die Bereiche Arbeit und Erwerb, Sexualität und Ehe sowie Wehrfähigkeit. Von besonderem Stellenwert ist der historisch-soziale und kulturelle Kontext, ebenso wie die institutionelle und organisatorische Verankerung.⁹ Schließlich stellen sich Fragen nach den zur Anwendung gebrachten Kategorien sowie Klassifikationen und deren Aufgabe im Rahmen der Diskursproduktion. So sollen mit Hilfe der wissenssoziologischen Diskursanalyse bestehende Männlichkeitskonzepte der Zeit nach 1918 im Feld der Medizin erläutert werden.¹⁰

Da das Produkt des hier untersuchten Diskurses die Etablierung eines Normalitätsdispositives ist und eine Unterscheidung zwischen „normaler“ und „devianter“ Männlichkeit darstellt, erscheint es ratsam, die Betrachtung um eine dazu angemessene Ebene zu erweitern. Der Produktion von Normalität hat sich der Literaturwissenschaftler Jürgen Link ausgiebig angenommen. In seinem Werk „Versuch über den Normalismus“¹¹ diskutiert er ausgiebig die Mechanismen der Normalitätsproduktion. Eine wichtige Aussage seiner Darlegung lautet, dass es sich bei Normalität um ein diskursives Ereignis handelt. Normalismus ist die Summe aller praktischen und diskursiven Prozesse.¹² Das wird von einer Vielzahl an Faktoren mitbestimmt und bringt ein Feld des Normalen, das von Grenzen umgeben wird, hervor. Jenseits dieser Grenzen findet sich alles Deviante, gleichbedeutend mit störenden, nicht tolerierbaren Elementen samt Interventionsbedarf. Normalität bedeutet dabei Inklusion, während deviant eine Exklusion mit sich zieht.¹³ Zu beachten ist, dass bestimmte Kontexte andere Bedeutungen hervorbringen können, beispielsweise gilt die Anwesenheit von Geisteskranken in einer Anstalt als normal.¹⁴ Die Bestimmung von Normalität ist ein ständig, im Wandel befindlicher Prozess. Darin liegt der Unterschied zur Normativität, welche eindeutige Definitionen von zulässig und unzulässig liefert. Bei der Produktion von Normalität findet hingegen ein Zusammenspiel von Elementar- (Alltag), Inter- (z.B.: Literatur) und Spezialdiskursen statt. Für letztere Kategorie sind besonders Medizin und

⁹ Ebd., 81–96.

¹⁰ Ebd., 112.

¹¹ Jürgen Link, *Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird* (Göttingen 2006³).

¹² Jürgen Link, Thomas Loer und Hartmut Neuendorff, Zur Einleitung: „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe. In: Jürgen Link, Thomas Loer und Hartmut Neuendorff (Hg.): „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, Diskursivitäten (Heidelberg 2003) 7–22, hier 11.

¹³ Jürgen Link, Concerning Two Normalistic Strategies: Regulating Inclusion and Exclusion. In: Peter Becker (Hg.), *Normalising Diversity* (HEC Working Papers 2003/5, Florence 2003) 9–22, hier 9–11.

¹⁴ Herbert Willems, „Normalität, Normalisierung, Normalismus“. In: Link, Loer, Neuendorff, „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, 51–83, hier 51f.

Psychiatrie maßgebliche Diskursproduzenten. Normalität, im Gegensatz zur Pathologie, stellt darin eine zentrale Kategorie dar.¹⁵

Historisch unterscheidet Link zwei Modelle von Normalismus: fixistischer Protonormalismus und flexibler Normalismus. Der grundlegende Unterschied besteht im ersten Fall in Behauptungen über Deviantes auf dem Weg der „Wesensschau“ und im zweiten Fall in der Verdattung des Normalen durch Statistik. Grundlage ist die Festlegung eines „Normalfeldes“, dessen Grenzen komprimiert oder expandiert werden können. Devianz entsteht durch das Überschreiten der Grenzen, ob diese durchlässig sind oder nicht, hängt von der angewandten Strategie ab. Im Falle der Medizin sind es die Ärzte, die demnach entweder protonormalistisch oder flexibel agieren. Die allgemeine Wirkungsweise verdeutlicht Link am Beispiel des Alkoholkonsums. Die Prohibition, also die Fixierung und Stabilisierung einer Ordnung, steht für eine protonormalistische Strategie. Starre Strukturen, klare Grenzen und gesellschaftliche Dauerhaftigkeit charakterisieren den Protonormalismus. Hierbei zählen Medizin und Psychiatrie als wichtigste Spezialdiskurse für die Erarbeitung und Verbreitung der Kategorien „normal“ und „deviant“. Über die institutionelle Vermittlung kommt es zur Normalisierung und Pathologisierung durch Grenzziehung. Auf diesem Weg erfolgt die Herstellung von Ordnungsmustern. Foucault verbindet diesen Prozess mit ausdrücklichem Zwang und spricht von Normalisierungsstrategien.¹⁶ Flexibel-normalistische Strategien verhalten sich hingegen dynamischer und weisen keine starre Grenzziehung vor. Entscheidend ist der Zugang zu Normalität über Statistiken. Den Durchbruch erfuhr der flexible Normalismus mit der Veröffentlichung des Kinsey-Reports Ende der 1940er, der bei über einem Drittel der Probanden homosexuelle Erfahrungen nachwies. Eine strikte Pathologisierung von Homosexualität, wie sie in protonormalistischen Systemen mitunter stattfand, war damit kaum mehr möglich.¹⁷ Michaela Ralser verortet in ihren Forschungen zu Normalität und Psychiatrie, im Zuge welcher sie neben Selbstdarstellungen und Briefen etliche Patientenakten der Innsbrucker psychiatrischen Klinik untersuchte, eine Verschiebung des Normalitätsdispositives um 1900. In dieser Zeit eröffneten sich neue Handlungsräume, das Feld des Normalen wurde breiter. Nach Link wäre dies eine flexible Schwelle. Dieser wurde in Österreich jedoch durch den Ersten Weltkrieg und die krisenbehaftete Nachkriegszeit Einhalt geboten.¹⁸ Der austrofaschistische Ständestaat ab 1934 und schließlich

¹⁵ Keller, Diskursforschung, 21–26 und 49–51. Und Willems, Normalität, Normalisierung, Normalismus, 54–56

¹⁶ Karl-Siegbert Rehberg, „Normalitätsfiktion als institutioneller Mechanismus“. In: Link, Loer, Neuendorff, „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, 163–181, hier 164–170.

¹⁷ Link, Concerning Two Normalistic Strategies, 16–21.

¹⁸ Michaela Ralser, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheiten um 1900 (München 2010) 266f.

der Anschluss an das nationalsozialistische Deutschland 1938 bilden Paradebeispiele von starren protonormalistischen Systemen. Wie es sich in der Zeit davor, in den 1920er Jahren verhielt, ist Gegenstand dieser Forschung.

Jürgen Links Normalismustheorie erlaubt einen systematischen Zugang zum Begriff der Normalität. Es handelt sich dabei um ein Ordnungsmuster, das auf Inklusion und Exklusion beruht. Erzeugt wird dieses durch das Zusammenspiel mehrerer Diskurse, die vorliegende Arbeit widmet sich dem Spezialdiskurs der Medizin. Diese produziert die Felder des Normalen und des Pathologischen sowie die dazwischenliegende Grenze. Die Untersuchung des medizinischen Spezialdiskurses eignet sich somit hervorragend, um zeitgenössische Normalitätskonzepte zu ergründen.

Männlichkeit(en) und Kriegsbeschädigte

Der Erste Weltkrieg gilt insbesondere in Hinblick auf die Geschlechterrollen als ein Katalysator, der das traditionelle Patriarchat ins Wanken bringen sollte, nicht zuletzt durch die Öffnung des Wahlrechts. Dementsprechend ausführlich fallen die Publikationen dazu aus.¹⁹ Für den Raum des heutigen Österreichs hat sich Gabriella Hauch umfassend mit den Veränderungen der Geschlechterverhältnisse auseinandergesetzt.²⁰ Schon in den Kriegsjahren kam es zu einer deutlichen Veränderung: Die wehrfähigen Männer zogen in den Krieg, damit ging die Aufgabe der Erhaltung an die „zurückgelassenen“ Frauen über. Auf diesem Wege eröffneten sich neue Handlungsspielräume, die der weiblichen Bevölkerung nach Kriegsende nur unter schwierigen Umständen wieder abzuerkennen waren.²¹ Die berufstätigen Frauen hatten sich zu einem Bestandteil des Arbeitsmarktes entwickelt und schlossen sich darüber hinaus in Form von Frauensektionen zusammen. Verfassungsrechtlich wurde die Gleichberechtigung verankert und die Parteien organisierten sich neu, um nicht zuletzt das neu hervorgegangene Wählerinnenpotential auszunutzen. In Wien beschloss die SDAP schon 1918 die gemeinsame Organisation von Frauen und Männern innerhalb der Partei. Im Jahr darauf zogen Vertreterinnen der österreichischen Sozialdemokraten sowie Christlichsozialen ins Parlament ein.²² Doch wer stand dieser „erstarkten Frau“ gegenüber? Männer, die in militärischen Ordnungsmustern sozialisiert wurden und in eine „verweiblichte Demokratie“

¹⁹ Siehe unter anderem: Johanna *Gehmacher*, Frauen- und Geschlechtergeschichte: Position/Perspektiven (Innsbruck/Wien 2003); Christa *Hämmerle*, Gender and the First World War (Basingstoke 2014); Ute *Gerhard* (Hg.), Feminismus und Demokratie: Europäische Frauenbewegungen der 1920er Jahre (Königstein 2001),

²⁰ Gabriella *Hauch*, Frauen bewegen Politik: Österreich 1948–1938 (Studien zur Frauen- und Geschlechtergeschichte 10, Innsbruck/Wien/Bozen 2009).

²¹ Karen *Offen*, Umstände, Unwägbarkeiten – Feministinnen der zwanziger Jahre zwischen Krieg, Revolution und neuem Wissensstreit. In: *Gerhard*, Feminismus und Demokratie, 210-235.

²² *Hauch*, Frauen bewegen Politik, 130–133; Hannes *Leidinger*, Verena *Moritz*, Die Republik Österreich 1918/2008 (Wien 2008) 157-160.

zurückkehrten?²³ Fragen dieser Art, nämlich nach dem Wesen historischer Männlichkeit(en), finden seit den 1990er Jahren vermehrt Zuwendung. Kern dieser Untersuchungen ist die Wandelbarkeit des Begriffes und Verständnisses von Männlichkeit, insbesondere in Hinblick auf gesellschaftliche Umbrüche und Transformationsprozesse. Raewyn (vormals Robert) Connell setzte mit ihrer Forschung zur Männlichkeitsgeschichte „Der gemachte Mann“²⁴ den Grundstein für ein historisch-soziologisches Männlichkeitsmodell, das schließlich 2005 von Martin Dingsen in seinem Werk über hegemoniale Männlichkeit in einem 3-stufigen Modell realisiert wurde.²⁵ Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die letzte Stufe, der „modernen hegemonialen Männlichkeit“ des 19. Jahrhunderts. Diese bedeutet neben normativer Heterosexualität eine wissenschaftliche, biologische Fundierung sowie eine breite Basis innerhalb der Gesellschaft.²⁶ Das Resultat ist die Verdichtung der Männlichkeitsvorstellungen auf einen singulären Idealtypus.²⁷ Die Betrachtung eines solchen Männlichkeitskonzepts ist jedoch nur ein kleiner Einblick in den historischen Zustand von Maskulinität und blendet den weitaus bedeutenderen Aspekt der praktizierten Männlichkeiten aus. Die bewusste Verwendung des Plurals deckt bereits eine Gefahrenquelle des Forschungsgebietes auf: die Annahme einer einzigen, festgeschriebenen Männlichkeit. In der Tat verhält es sich hierbei weitaus beweglicher, als es ein Konzept von hegemonialer Männlichkeit vermuten lässt. Neben praktizierten „normalen“ Männlichkeiten existier(t)en ebenso mehrere normative Vorstellungen vom „echten“ Mann.²⁸ Im Feld der Masculinity Studies fand deshalb eine umfangreiche Auseinandersetzung mit Connells Ergebnissen statt. Besonders die Orientierung am Zwei-Geschlechtermodell wurde dabei kritisiert.²⁹ Da der Fokus auf der Beziehung zum weiblichen Geschlecht liegt, wird der Bereich des Männlichen simplifiziert und dadurch in seiner Komplexität vernachlässigt. Zudem besteht eine weitere

²³ Stefan Krammer, Marion Löffler, Martin Weidinger, Staat in Unordnung? Geschlechterperspektiven auf Deutschland und Österreich zwischen den Weltkriegen. Eine Einleitung. In: Stefan Krammer, Marion Löffler, Martin Weidinger (Hg.), Staat in Unordnung? Geschlechterperspektiven auf Deutschland und Österreich zwischen den Weltkriegen (Bielefeld 2012) 7–24, hier 9.

²⁴ Robert Connell, Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten (Opladen 1999).

²⁵ Martin Dingsen (Hg.), Männer - Macht - Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute (Frankfurt 2005).

²⁶ Claudia Opitz-Belakhal, „Krise der Männlichkeit“ – ein nützliches Konzept der Geschlechtergeschichte? In: L’Homme 19, 2 (2008) 31–50, hier 32–34.

²⁷ Christa Hämmerle, „Vor vierzig Monaten waren wir Soldaten, vor einem halben Jahr noch Männer ...“. Zum historischen Kontext einer „Krise der Männlichkeit“ in Österreich. In: L’Homme 19, 2 (2008) 51–74, hier 52. Umfassend zur Entwicklung von „Männlichkeit“: Wolfgang Schmale, Geschichte der Männlichkeit in Europa (1450–2000) (Wien 2003).

²⁸ Martina Läubli, Sabrina Sahli, Männlichkeit denken. In: Martina Läubli, Sabrina Sahli (Hg.), Männlichkeit denken. Aktuelle Perspektiven der kulturwissenschaftlichen Masculinity Studies (Bielefeld 2011) 7–16; Stefan Horlacher, Überlegungen zur theoretischen Konzeption männlicher Identität aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. In: Läubli, Sahli, Männlichkeit denken, 19–82, hier 31.

²⁹ Horlacher, Männliche Identität, 49f.

Problematik im Patriarchat, beziehungsweise in der Annahme einer damit verbundenen Homogenität und historischen Konstante.³⁰ Allgemein richten sich die Masculinity Studies gegen eine Universalisierung des Mannes. Männlichkeit, ebenso wie Weiblichkeit, ist sozial und kulturell konstruiert, damit vielfältig und wandelbar. Männer eignen sich im Laufe ihrer Entwicklung Männlichkeit erst an („Zum Mann werden“), die Praxis ist nur teilweise von normativen Männlichkeitsmodellen geprägt. Sie dienen mitunter als Leitbilder, die entsprechende Vorstellungen von Männlichkeit vermitteln. Über Nachahmung, Performanz und Inszenierung dienen sie laut Stefan Horlacher der Prägung männlicher Identität. Als Beispiel für solche Leitbilder nennt er den Soldaten oder Ritter.³¹ Als Resultat dieser Reflexionen nimmt der Zweig der New Men's Studies den Standpunkt ein, Männlichkeit als ein vielfältiges Bündel kultureller Normen zu betrachten und die Bedeutung der Opposition von weiblich-männlich zu hinterfragen. Gleichzeitig geht der Blick auf die Vielfältigkeit der historischen Geschlechterpraxis, also einer männlichen Normalität, nicht verloren.³² Der Bereich der Medizin bietet sich somit insbesondere zur Untersuchung auf Männlichkeiten an, da dort normative Männlichkeitsvorstellungen und normale Männlichkeiten aufeinandertreffen.

Zu Kriegsbeginn bediente man sich bezüglich der Männlichkeitsbilder am Gegensatzpaar von Virilität und Hysterie. Die in den Krieg ziehenden Männer waren romantisierte, heroisierte Krieger, die sich voller Begeisterung in den Kampf begaben. Den gegnerischen Soldaten wurden hingegen weibliche Attribute zugeschrieben. So wurden Franzosen als Hysteriker bezeichnet und die französische Nation auf diesem Wege „verweiblicht“.³³ Der Wiener Psychiater Erwin Stransky, der zu den konservativen Medizinerkreisen zu zählen ist, sprach gar von einem „maskulin gebliebenem Mitteleuropa“ als Bollwerk gegen den „romanischen Feminismus“.³⁴ Von Georg Hofer als „psychiatrische Diffamierungsliteratur“ eingestuft, handelt es sich hierbei um einen Ausdruck eines vorherrschenden Männlichkeitsideals und der

³⁰ David Buchbinder, *Studying Men and Masculinities* (London/New York 2013) 65–71.

³¹ Horlacher, *Männliche Identität*, 26–28, 56.

³² Ebd., 53f.

³³ Hans-Georg Hofer, *Nervenschwäche und Krieg: Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)* (Wien/Köln/Weimar 2004) 229. Zu Männlichkeit und Erster Weltkrieg: Hermann J. W. Kuprian, Oswald Überegger (Hg.), *Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung* (Innsbruck 2006); Christa Hämmerle, *Heimat/Front. Geschlechtergeschichte/n des Ersten Weltkriegs in Österreich-Ungarn* (Wien/Köln/Weimar 2014); Jessica Meyer, *Men of War, Masculinity and the First World War in Britain* (New York 2009); Sonja Levsen, *Elite, Männlichkeit und Krieg. Tübinger und Cambridger Studenten 1900–1929* (Göttingen 2006); Manfred Rauchensteiner, *Der Erste Weltkrieg und das Ende der Habsburgermonarchie 1914–1918* (Wien/Köln/Weimar 2014).

³⁴ Erwin Stransky, *Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde* (Wien 1916) 13. Psychiater und Neurologe. Nach: Erwin Stransky. In: *Historische Kommission, Bayrische Akademie der Wissenschaften, Neue Deutsche Biographie* (In Folge „NDB“).

Inversion dessen: Der zitternde Kriegshysteriker wird dabei zum Gegenpol zum heroischen Soldaten.³⁵ Deutlich wird an der Verwendungsweise des Hysteriebegriffes, dass der Erste Weltkrieg ein bedeutendes Ereignis in der Geschichte der Psychiatrie darstellte.³⁶ Für die Nachkriegszeit schlug sich das vor allem in der „Wiederentdeckung“ der Kriegsneurosen nieder.

Das vorherrschende Idealbild des heterosexuellen Bürgers, Ehemanns und Soldaten geriet mit dem Ersten Weltkrieg auf den Prüfstand. Solche Phasen wurden in der Geschichtswissenschaft unter dem Begriff der Krise der Männlichkeit diskutiert. Es handelt sich dabei um ein analytisches Werkzeug, das die kontextuelle Untersuchung gesellschaftlicher, kultureller und politischer Veränderungen erlaubt. Die Krise ist dabei der Moment zwischen vorhergehender und darauffolgender Ordnung. Zur Überwindung stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Entweder die Wiederherstellung der alten oder die Etablierung einer neuen Ordnung. Die Entwicklung der Männlichkeitsmodelle ist somit ein Indikator für gesamtgesellschaftliche Prozesse. Neue Systeme, beispielsweise in Form von politischen Strukturen oder veränderten Arbeitsmärkten, können auf diesem Wege neue Geschlechterrollen bedeuten. Gleichzeitig können alte Vorstellungen von Männlichkeit neue Systeme bestätigen.³⁷ Der Erste Weltkrieg führte zu einer Destabilisierung der vorhergegangenen Ordnung, die von patriarchaler Dominanz geprägt war. Es war jedoch nicht lediglich der sich ausweitende Handlungsspielraum der weiblichen Bevölkerung, der diese Entwicklung vorantrieb. Das bis dato vorherrschende, hegemoniale Männlichkeitsideal war durch die Gräueltaten des Ersten Weltkriegs, die den Soldaten im Kampf widerfuhren, zutiefst erschüttert worden. Folgt man den Darstellungen des ehemaligen k. u. k. Artillerieoffiziers Fritz Weber, so finden sich in der Schlussphase des Krieges nur noch „biologische“ Männer, denn der Krieg hatte ihnen die Männlichkeit geraubt.³⁸ Diese Aussage ist gewiss kritisch entgegenzunehmen, nimmt sie zum einen an, dass die Gesamtheit aller Männer diesem Zustand verfallen war und setzt sie zum anderen eine etablierte, singuläre Männlichkeit voraus, die geraubt wurde. Die Heimkehrer kamen jedoch zweifelsohne in ein wirtschaftliches, politisches und soziales Krisengebiet zurück. Inflation, innenpolitische und

³⁵ Hofer, Nervenschwäche und Krieg, 230.

³⁶ Zur Geschichte der Psychiatrie: Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980 (Göttingen 2010); Michel Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1973); Marietta Meier, Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870 - 1970 (Zürich 2007); Heinz Schott, Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen (München 2006).

³⁷ Opitz-Belakhal, „Krise der Männlichkeit“, 36.

³⁸ Zitiert nach: Hämmerle, „Krise der Männlichkeit“ in Österreich, 52.

gesellschaftliche Spannungen sorgten für enorme Instabilität.³⁹ Der Zusammenbruch der vorhergegangenen männlichen Ordnung spiegelte sich bald in der Politik wider. Besonders der geschlechterpolitische Kern der Arbeitsmarktregulierung, in Form von Entlassungen und Arbeitslosenunterstützung zu Gunsten der männlichen Bevölkerung, belegt diesen Zustand und ist zugleich ein Beispiel für den Versuch, diese Krise zu überwinden. Weitere Schritte, wie das Angestelltenabbaugesetz 1922, sowie der öffentliche Diskurs von der angeblichen Arbeitsunwilligkeit der Frauen, führten zur partiell erfolgreichen Verdrängung der weiblichen Bevölkerung aus der Erwerbswelt in zumindest schlechter bezahlte Berufsfelder.⁴⁰ Die Notwendigkeit eines Bundes für Männerrechte, der 1926 ins Leben gerufen wurde, verweist abermals auf die anhaltende Krise, in der sich die Männer der Zeit befanden, ebenso auf die Angst vor einem möglichen Machtverlust.⁴¹ Es scheint, als sollte die Festigung bestehender Männlichkeitsbilder im Sinne einer protonormalistischen Strategie eine Stabilisierung herbeiführen. Wolfgang Schmale sieht in den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts kein neues (normatives) Männlichkeitsmodell, das sich durchsetzen konnte, lediglich Modifizierungen und Radikalisierungen.⁴² Zur Vorsicht bei der Verwendung des Krisenbegriffs in Bezug auf Männlichkeit rät Jürgen Martschukat, denn die Annahme einer solchen Krise impliziert ein kohärentes Männlichkeitssystem, das so nicht existiert(e). Die Krise der Männlichkeit eignet sich hingegen als Begriff, der auf Momente der Verschiebung hinweist und so den performativen Charakter von Geschlecht nicht ausblendet.⁴³

Die Heimkehrer waren nun keineswegs glorreiche Helden. Aus dem Krieg kamen erschöpfte und verwundete Männer zurück, deren Männlichkeit empfindlich beschädigt worden war. Der Krieg endete als Niederlage, die Heimat begegnete den Soldaten nicht jubelnd, sondern geradezu feindselig. Pazifismus und Offiziershass fanden sich unter der zurückgebliebenen Bevölkerung, die mittlerweile Bewohner einer Republik war. Die Monarchie, für welche die Soldaten zuvor gekämpft hatten, war Vergangenheit und Anstoß für Offiziersbeleidigungen.⁴⁴

Daneben kehrte noch eine weitere Gruppe von Männern aus dem Krieg zurück: Etwa 100 000

³⁹ *Hämmerle*, *Heimat/Front*, 187.

⁴⁰ *Ebd.*, 189f.

⁴¹ *Ebd.*, 190f.

⁴² *Schmale*, *Geschichte der Männlichkeit*, 231f.

⁴³ Jürgen Martschukat, *Geschichte der Männlichkeiten* (Frankfurt am Main 2008) 53, 64–69. Hingegen argumentieren C. E. Forth und S. Robinson, dass sich Männlichkeit als modernes Phänomen stetig in der Krise befindet, zumindest seit 1968. Zitiert nach: *Buchbinder*, *Studying Men and Masculinities* 18–20.

⁴⁴ *Hämmerle*, *Heimat/Front*, 193.

Kriegsinvaliden⁴⁵ bei einer Einwohnerzahl von 6,5 Millionen. 1922 erreichte ihre Zahl etwa 143000.⁴⁶ Über die daraus resultierenden Herausforderungen an die Kriegsbeschädigtenfürsorge des österreichischen Staates haben unter anderem Edith Leisch-Prost, Ke-chin Hsia, Verena Pawlowsky und Andreas Wendelin einschlägige Studien hervorgebracht.⁴⁷ Nichtsdestotrotz stellt die österreichische Kriegsoferversorgung immer noch ein Forschungsdesiderat dar.⁴⁸ Als bedeutendste Maßnahme zu Gunsten der Invaliden erscheint das Invalidenentschädigungsgesetz von 1919. Der Staat übernahm damit die Verantwortung der Kriegsbeschädigtenfürsorge, nicht zuletzt in Anbetracht der wirtschaftlichen Notwendigkeit der „Wiederherstellung der Invaliden“⁴⁹. Es sollte keine direkte Kompensation für die im Krieg erfahrenen Wunden geleistet werden, vielmehr richtete sich das Invalidenentschädigungsgesetz an die wirtschaftlichen Folgeerscheinungen dieser Verletzungen und somit an den in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkten Bürger hinter dem Soldaten.⁵⁰ Das Gesetz sah die gesundheitliche Versorgung aller vor, deren Gesundheit durch das Kriegsgeschehen in Mitleidenschaft gezogen wurde. Dies betraf somit nicht nur „klassische“ Invaliden, die beispielsweise durch den Verlust von Extremitäten eingeschränkt waren, sondern schloss auch psychisch verletzte Heimkehrer mit ein, wie etwa Kriegsneurotiker. Den psychisch Verwundeten, dazu zählten unter anderem die Kriegszitterer, kam jedoch kein hoher Stellenwert in der Gesellschaft zu. Ein verlorener Arm zählte im Gegensatz zu Kriegsneurosen in der Wertigkeit des Kriegseinsatzes als „ruhmreicher“. Psychische Kriegsbeschädigte standen stets in einem Spannungsverhältnis zu Simulanten.⁵¹

⁴⁵ Kriegsbeschädigter, Kriegsgeschädigter und Kriegsinvaliden werden synonymhaft verwendet. Die Begriffe bezeichnen all diejenigen, die durch die Kriegsgeschehnisse physische oder psychische Verletzungen davongetragen haben. Zur Diskussion über Kategorisierung und Klassifikation siehe: Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Die Kriegsoferversorgung des Ersten Weltkriegs in Österreich. Definition und Kategorisierung. In: Carlos Watzka, Florian Schwanninger (Hg.), *Virus: Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, Bd. 11. Schwerpunkt: Behinderung(en) (Wien 2012) 103–113; Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Wunden des Staates. Kriegsoferversorgung und Sozialstaat in Österreich 1914–1938 (Wien/Köln/Weimar 2015) 37–51.

⁴⁶ Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 482.

⁴⁷ Eine Auswahl: Edith Leisch-Prost, Verena Pawlowsky, Kriegsinvaliden und ihre Versorgung in Österreich nach dem Ersten Weltkrieg. In: Kuprian, Überegger, *Der Erste Weltkrieg im Alpenraum*, 367–380; Ke-Chin Hsia, War, welfare, and social citizenship: the politics of war victim welfare in Austria 1914–1925 (Chicago 2013); Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Government Care of War Widows and Disabled Veterans after World War I. In: Günter Bischof, Fritz Plasser (Hg.), *From Empire to Republic: Post-World War I Austria* (Contemporary Austrian Studies 19, New Orleans/Innsbruck 2010) 171–191; Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Der Krieg und seine Opfer. Kriegsbeschädigte in Wien. In: Alfred Pfoser, Andreas Weigl (Hg.), *Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg* (Wien 2013) 310–317; Verena Pawlowsky, Harald Wendelin, Die normative Konstruktion des Opfers. Die Versorgung der Invaliden des Ersten Weltkriegs. In: Laurence Cole, Christa Hämmerle, Martin Scheutz (Hg.), *Glanz – Gewalt – Gehorsam. Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918)* (Beiträge zur Historischen Friedensforschung 18, Essen 2011) 359–383.

⁴⁸ Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 29.

⁴⁹ Leisch-Prost, Pawlowsky, Kriegsinvaliden und ihre Versorgung, 368.

⁵⁰ Pawlowsky, Wendelin, Government Care, 174.

⁵¹ Leisch-Prost, Pawlowsky, Kriegsinvaliden und ihre Versorgung, 369.

Die vordergründige Aufgabe der Kriegsbeschädigtenfürsorge war die Reintegration der Invaliden. Zentrales Anliegen war die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, was im Vergleich zu vorhergehenden ähnlichen Gesetzen, wie dem Militärversorgungsgesetz, eine Neuerung war.⁵² Invalidenschulen sollten den Wiedereintritt der Kriegsbeschädigten in die Erwerbstätigkeit fördern, in Wien findet sich solch eine Einrichtung bereits 1915: das Wiener Reservespital, die bedeutendste medizinische Einrichtung für Kriegsbeschädigte Österreichs beziehungsweise der Monarchie. Bezeichnenden Einfluss hatte dessen Leiter, der Orthopäde Hans Spitzky.⁵³ Das Programm zur Reintegration der Invaliden sah vier Schritte vor: Erste Heilung, Nachbehandlung, Invalidenschulung (samt Berufsberatung) und Arbeitsvermittlung.⁵⁴ Diese Säule der Kriegsopferversorgung wird als „soziale Kriegsbeschädigtenfürsorge“ bezeichnet. Hauptaufgabe war die medizinische Behandlung der Kriegsbeschädigten, mit dem Ziel der Wiederherstellung der funktionalen Erwerbsfähigkeit.⁵⁵ Als Instrument zur Realisierung dieses Vorhabens wurden Prothesen zu Hoffnungsträgern. Sie sollten die verlorenen Gliedmaßen ersetzen und so avancierte Österreich in dieser Zeit zum Marktführer in der Prothesenherstellung. Eine kostenlose Bereitstellung dieser oder anderer orthopädischer Hilfsmittel war jedoch nicht vorgesehen.⁵⁶ Auf administrativer Ebene war das Invalidenentschädigungsgesetz kein durchschlagender Erfolg.⁵⁷ Etliche Novellierungen in den 1920er Jahren führten zu keiner Verbesserung der Lage der Kriegsversehrten.⁵⁸ Sie wurden stetig zu einem Symbol des verlorenen Krieges und einer zerstörten Männlichkeit, schließlich empfand man sie als „lästige Fürsorgeempfänger“.⁵⁹ Das Vorhaben der Wiederherstellung und Reintegration der Kriegsbeschädigten wurde allmählich aufgegeben, da es sich als zu schwierig oder unmöglich herausstellte.⁶⁰

Normative Vorstellungen von Männlichkeit im Sinne hegemonialer Konzepte durften nur schwerlich mit den Kriegsbeschädigten in Einklang zu bringen gewesen sein. Den vormalig als Helden betrachteten Soldaten wurde nunmehr Mitleid anstelle von Bewunderung

⁵² Ebd., 371.; Louis *Obrowsky*, Historische Betrachtung der sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zum Ende der Ersten Republik (Frankfurt am Main 2005) 99–109.

⁵³ Zu Hans Spitzkys Errungenschaften während des Ersten Weltkriegs im Bereich der orthopädischen Kriegsbeschädigtenfürsorge: *Obrowsky*, sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien, 103–106.

⁵⁴ *Pawlowsky, Wendelin*, Krieg und seine Opfer, 312f.

⁵⁵ *Pawlowsky, Wendelin*, Normative Konstruktion, 373.

⁵⁶ Ebd. 370–372.

⁵⁷ 15 Novellierungen und zwischenzeitlicher Widerstand der Kriegsbeschädigtenverbände belegen dies. *Leisch-Prost, Pawlowsky*, Kriegsinvalide und ihre Versorgung, 377–379.

⁵⁸ Ebd. 377f.

⁵⁹ Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Opfer und Akteure. Organisation der Kriegsbeschädigten und Kriegerwitwen in der Ersten Republik. In: Ingrid *Böhler*, Eva *Pfanzelter*, Thomas *Spielbüchler*, Rolf *Steininger* (Hg.): 7. Österreichischer Zeitgeschichtetag 2008. 1968 – Vorgeschichten – Folgen. Bestandsaufnahme der österreichischen Zeitgeschichte (Innsbruck/Wien/Bozen 2010) 801–807, hier 803.

⁶⁰ *Pawlowsky, Wendelin*, Krieg und seine Opfer, 316.

entgegengebracht.⁶¹ Dennoch erscheint das Argument einleuchtend, dass eine zahlenmäßig so große Gruppe nicht einfach pathologisiert und „weggesperrt“ werden konnte. Es stellt sich somit die Frage, wie auf medizinischer Ebene versucht wurde, mit den „entmännlichten“ Kriegsbeschädigten umzugehen und welche Räume von Normalität und alternativer Männlichkeit sich eröffneten.⁶² Die eben dargestellte Forschungslage soll im Folgenden durch die Untersuchung des medizinischen Spezialdiskurses ergänzt werden und so ausführlichere Einblicke in die Entwicklung der Kriegsbeschädigtenfürsorge sowie den damit verbundenen Konzeptionen von Männlichkeiten nach dem Ersten Weltkrieg ermöglichen.

⁶¹ Pawlowsky, *Wendelin*, Wunden des Staates, 23.

⁶² Eine weitere Problematik bestand darin, dass die Abhängigkeit von staatlich medizinischer Versorgung und Behandlung zu einer weiteren „Entmännlichung“ führte, nach Ebd., 23.

1. Kapitel: Männlichkeit und Mediziner

1.1. Hegemoniale Männlichkeit

Die ausgehende Frage, die die nächsten zwei Kapitel leiten soll, ist: Was war „Männlichkeit“⁶³ nach 1918? Da es dabei in nicht unbedeutendem Maße um die Feststellung von Kontinuitäten und Brüchen geht, muss zunächst eine Auseinandersetzung mit den Vorstellungen des Männlichen vor dem Ersten Weltkrieg erfolgen.

Das bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs vorherrschende, normative Konzept von Männlichkeit hatte seinen Ursprung in der Zeit der Aufklärung. In den Jahrzehnten nach der Französischen Revolution festigte sich eine bestimmte Vorstellung von idealer Männlichkeit, welche sich mitunter in Rechtstexten wie dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch 1811 in Österreich festigen sollte. Ab diesem Zeitpunkt kann man nach Connell von einem hegemonialen Männlichkeitskonzept sprechen. Zwar stand es in einer engen Verbindung zur bürgerlichen Gesellschaft und stellte in erster Linie die Idealform des bürgerlichen Mannes dar, es wirkte jedoch auf sämtliche soziale Schichten. Die Bezeichnung „hegemonial“ trifft außerdem zu, da alternative Männlichkeiten stets der Gefahr der Stigmatisierung ausgesetzt waren. Nicht jeder übernahm die vorherrschende Männlichkeitsvorstellung, doch jeder stand in Relation dazu, wurde also an ihr gemessen. Auf diese Weise wirkt das hegemoniale Männlichkeitskonzept diskursiv, es strukturiert die Art und Weise wie Handlungsspielräume, männliche sowie weibliche, ausgehandelt werden.⁶⁴ David Buchbinder bezeichnet dies als „conferring masculinity“. Angelehnt an Foucault betrachtet er Männer gleichzeitig als panoptische Subjekte sowie Objekte. So existiert stets ein Mann, der Männlichkeit ausübt (performing male), während andere ihn dabei beobachten und beurteilen (observing male). Gelingt es nicht, als männlich durchzugehen, so reichen die Folgen von Zensur über gemeinschaftlichen Ausschluss bis hin zum Tod. Buchbinder sieht darin „patrolling and controlling functions of patriarchy“.⁶⁵

Das Männlichkeitsbild der Französischen Revolution wurde durch das Bild eines „heterosexuellen Herkules“ verkörpert. Darin fielen gewünschte Eigenschaften zusammen, wie etwa Stärke und Potenz. Mit dem Sinnbild des griechischen Heros wird gleichzeitig das ideale Körperbild, nämlich das der antiken griechischen Plastik, etabliert. Diesem gegenüber

⁶³ In der Folge wird unterschieden zwischen „idealer“ Männlichkeit(en) (Normative, Leitbilder) und „normaler“ Männlichkeit(en) (Geschlechterpraxis). Beide stehen in einer Wechselbeziehung zueinander, die unterschiedliche Formen annehmen kann. Maskulinität(en) wird synonym zu Männlichkeit(en) verwendet.

⁶⁴ *Schmale*, Geschichte der Männlichkeit, 152f. Erst im 20. Jahrhundert lösen sich diese alternativen Männlichkeiten aus der Dominanz des hegemonialen Männlichkeitskonzepts. Schmale bezeichnet dies als „postmodernen Polymorphismus“. Ebd., 228f.

⁶⁵ *Buchbinder*, Studying Men and Masculinities, 79–82.

standen die Gegner der Revolution, allen voran Monarchisten, die in „homosexuellen Posen“ ihre Darstellung fanden. Maren Möhring beschäftigte sich in ihren Forschungen ausgiebig mit solchen Körperbildern für den Zeitraum 1890–1930.⁶⁶ Der athletische Herkules behält auch um 1900 den Anspruch auf ideale Körperlichkeit und führte dabei zur Abgrenzung gegenüber dem Anti-Typus des Schwächlings. Gleichzeitig wandte sich die Norm gegen die Darstellung als muskelbesetzter „Kraftprotz“ zu Gunsten des „wohl kräftigen, gesunden, schönen, harmonischen Menschen“. Auf diesem Wege fand eine Abgrenzung des Bürgertums gegenüber dem Proletariat über ideale Körperlichkeit statt.⁶⁷

Normative Männlichkeit wurde zudem einerseits über Eigenschaften, die dem Geschlecht eingeschrieben wurden, definiert (Geschlechtsidealität), andererseits durch Abgrenzung gegenüber Weiblichkeit und Anti-Typen, beispielsweise Homosexuellen.⁶⁸ Anhand einer solchen Betrachtung entwirft Schmale ideale Typen von Männlichkeit, mitunter das hegemoniale Männlichkeitsmodell für das 19. Jahrhundert.⁶⁹ Dieses beinhaltet Aspekte der Körperlichkeit wie Schönheit, Stärke und physische Härte, besteht aber zum Großteil aus Charaktereigenschaften wie Mut, Vernunft, Selbstbeherrschung und Selbsttätigkeit. Von hohem Stellenwert ist die Positivität des Mannes. Damit wird seine Rolle als Erzeuger hervorgehoben, beispielsweise im Vollzug der Sexualität, wo dem weiblichen Partner die Position der passiv Empfangenden zukommt. Diese aktive Rolle geht ebenso aus der wichtigen Zuschreibung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit hervor. Eng damit verbunden ist die Herrschaft des heterosexuellen Mannes in der Ehe, die gleichzeitig Heterosexualität zur Norm erhebt. Bereits seit dem 18. Jahrhundert war Heterosexualität ein fester Bestandteil idealer Männlichkeit. Im 19. Jahrhundert nahm die Bedeutung von Sexualität für den Männlichkeitsbegriff stetig zu. Eine umfangreiche Ratgeberliteratur beschäftigte sich mit diesen Fragen im Zuge des Themas „Hygiene der Ehe“. Durch diese wurde eindeutig erklärt, dass, wie bereits erwähnt, der männliche Sexualtrieb den aktiven und starken Part übernahm, während der weibliche ins Passive und „Empfangende“ gedrängt wurde. Die (aktive) Zeugungsfähigkeit ist eine Eigenschaft, die aus dem hegemonialen Männlichkeitskonzept nicht wegzudenken ist. Mit dem Aufkommen von Vererbungs- und Degenerationslehren kommt es auf diesem Gebiet zu einer Radikalisierung.⁷⁰ Zudem zählt

⁶⁶ Mauren Möhring, *Marmorleiber. Körperbildung in der deutschen Nacktkultur (1890-1930)* (Köln/Weimar/Wien 2004).

⁶⁷ Ebd., 199–201.

⁶⁸ Schmale, *Geschichte der Männlichkeit*, 189–190. Daneben sind die „Anthropologie der Aufklärung“ und „Arbeit“ wichtige Komponenten im Modell der hegemonialen Männlichkeit.

⁶⁹ Die folgende Darstellung von idealer Männlichkeit sowie der Anti-Typen nach: Ebd., 175, 151.

⁷⁰ Ebd., 207–212.

Schmale den Aspekt des Heldentums und damit verbunden des Opfertods zu essentiellen Bestandteilen des männlichen Idealbildes. Dies ist besonders im militärischen Rahmen bedeutend, wo dem Mann die Rolle des Beschützers zukommt. Weitere Männlichkeitszuschreibungen beinhalten Nervenstärke, Herrschaft der Begierden und gleichzeitig ein lebhaftes Temperament. Mit diesem Idealtypus von Männlichkeit hat Schmale eine Idealität von Mann erfasst, welcher die Geschlechterpraxis zwar diskursiv durchdringen konnte, jedoch selbst kaum vorzufinden gewesen sein durfte. Es handelt sich hier um einen normativen Aspekt, der Männlichkeiten mitformte.

Darüber hinaus bildeten sich Anti-Typen beziehungsweise alternative Männlichkeiten heraus, die Eigenschaften beinhalteten, die dem hegemonialen Männlichkeitskonzept konträr gegenüberstehen. Besonders Homosexuelle waren um 1900 dadurch der Stigmatisierung als „unmännlich“ ausgesetzt. Sie wurden nicht nur als schwächlich und effeminiert dargestellt und wahrgenommen, sondern auch als krank und blässlich. Die zunehmende wissenschaftliche Aufmerksamkeit gegenüber Homosexualität führte zur Pathologisierung Homosexueller. Diese sexuelle Orientierung stellte die „Eigenschaft einer Minderheit“ dar und widersprach dem idealen Männlichkeitskonzept.⁷¹ Die Ausgrenzung Homosexueller bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts ist ein Paradebeispiel für eine protonormalistische Strategie. Eine weitere Gruppe von Anti-Typen bekam durch den Ausbruch des Weltkriegs zunehmend Aufmerksamkeit: Deserteure, Feiglinge, Kriegsdienstverweigerer und Kriegsneurotiker. Ihnen hafteten der Bruch der Pflichttreue, Mutlosigkeit und der Verdacht auf Simulation an. Anti-Typen spiegeln zudem zeitgenössische Diskurse wider, wodurch es zur Stigmatisierung von ethnischen Minderheiten und Randgruppen kommen kann. So steht die Aberkennung der Männlichkeit von jüdischen Männern im Kontext antisemitischer Angriffe. In der Abgrenzung zum idealen Mann geraten darüber hinaus Gruppierungen wie Behinderte und Junggesellen in Gefahr, als unmännlich zu gelten, da sie nicht die Anforderungen der Arbeitsfähigkeit und Ehe erfüllen.

Hinzu kommt im 19. Jahrhundert die Militarisierung des Mannes als Kernstück des hegemonialen Männlichkeitskonzeptes. Dieser Faktor nimmt eine bedeutende Rolle in der Geschlechteridealität ein. Soldat sein und die damit verbundene Opferfunktion wurden Teil der Männlichkeit. So galt das Militär als „Schule der Nation“, mit Einführung der Wehrpflicht war ein hegemonialer Zugriff auf alle Wehrtüchtigen ermöglicht. Als einschneidende Lebenserfahrung, während das Band der „Kameradschaft“ zu anderen Soldaten geknüpft

⁷¹ Schmale, Geschichte der Männlichkeit, 225.

wird, wirkte das Militär weit über die aktive Wehrzeit hinaus. Das hegemoniale Männlichkeitsbild wandelte sich stärker zu einem Konzept des „Soldaten-Mannes“ und die Eigenschaft der Wehrfähigkeit erhielt einen hohen Stellenwert. Daraus sind Anti-Typen wie Deserteure, Kriegsdienstverweigerer und Kriegsneurotiker zu erklären. Die darin enthaltenen Eigenschaften waren nicht in Einklang mit der idealen Soldatenmännlichkeit zu bringen, ebenso wenig mit den den Männern zugeschriebenen Tugenden schlechthin: Tapferkeit, Mut und Furchtlosigkeit.⁷² Dass dieses Konzept von Männlichkeit ebenfalls die Zivilbevölkerung durchdrang, ist laut Schmale mitunter an der erneuten Erhöhung des Ehrbegriffes sowie des Wiederauflebens des Ehrenduells, besonders beim ab dem 19. Jahrhundert satisfaktionsfähigen Bürgertum, festzustellen. Nach dem Ersten Weltkrieg waren es besonders die paramilitärischen Verbände, die das soldatische Männlichkeitsideal transportierten.⁷³ Den Figuren in Joseph Roths Erzählung haftet diese soldatische Männlichkeit an. Das ist besonders der Fall bei Pums Gegenspieler, dem Unterinspektor Vinzenz Topp, der das Soldatenbild verkörpert:

„Er war menschlich im Dienst, soldatisch im privaten Umgang.“⁷⁴

Das Soldatische durchdringt bei Vinzenz Topp sein gesamtes Dasein, vom *„Scheitel bis zur Sohle“*. Er tritt mit sympathischer Korrektheit, strammer Demut und vorschriftsmäßiger Adjustierung auf. Er lebt das soldatische Ideal von Genauigkeit und Gehorsam.

Mit dem Blick auf die Zwischenkriegszeit sieht Schmale zwar einen Anstieg alternativer Männlichkeiten und die Stärkung von Weiblichkeit(en), dennoch steuerte die Gesellschaft auf eine hegemoniale Männlichkeit hin.⁷⁵ Er verortet in der Zwischenkriegszeit sogar eine massive Verstärkung und schlussendlich Übersteigerung, die im Idealbild des nationalsozialistischen Mannes gipfelte.⁷⁶ Eine solche Unbeweglichkeit der idealen Männlichkeit bedeutet aber nicht zwangsläufig eine Armut an normalen Männlichkeiten auf der Ebene der Geschlechterpraxis.

1.2. Der Mediziner als Mann – Analyse der Nachrufe

Stützt man sich auf Jürgen Links Theorie vom Proto-Normalismus, so funktioniert Medizin, speziell Psychiatrie, als maßgebliche Instanz in der Festlegung des Feldes des Normalen beziehungsweise Devianten. Die Untersuchung des medizinischen Spezialdiskurses erlaubt

⁷² Ebd., 195–198.

⁷³ Ebd. 199.

⁷⁴ Roth, Rebellion, 32.

⁷⁵ Ebd., 201.

⁷⁶ Ebd., 152.

demnach Rückschlüsse auf die Männlichkeitsideale, die in Medizinerkreisen vorherrschten, wodurch wiederum die Grenzen des Normalen mitbestimmt wurden. Darüber hinaus ist es möglich, über den Aspekt der Devianzen auf Normalität zu schließen. Die Behandlung von Abweichungen zeigt sich somit oftmals als ein Kontaktpunkt zwischen idealen und normalen Männlichkeiten. Besonders interessant zu beobachten sind Brüche, Durchlässigkeit und klare Trennung von Normalität und Devianz. Dabei ist es äußerst wichtig zu bedenken, was der medizinische Spezialdiskurs bedeutet. Es sind die Ärzte, die als Akteure und Produzenten des Diskurses fungieren. Ihnen haftet ein eigener Blickwinkel an, der den Diskurs formt und prägt. Dieser „ärztliche Blick“ ist die geschulte Fähigkeit, die auf das Stellen von Diagnosen und die Produktion von Klassifikationssystemen innerhalb der medizinischen Fachwelt zielt.⁷⁷ Betroffene Aussagen beinhalten somit diese Professionalisierung und unterscheiden sich damit von anderen Diskursen, weshalb es sich schlussendlich um einen Spezialdiskurs handelt. In diesem finden sich wiederum übergeordnete, zeitlich und regional gebundene Diskurse, die sich in der Erwartungshaltung der Ärzte niederschlagen.⁷⁸ Ein spezifisches Beispiel bietet Richard von Krafft-Ebing's „Über gesunde und kranke Nerven“:

„Die Furcht vor Seuchen, politischen Umwälzungen, Börsenkrach's, Kriegen, vor dem Socialismus u. a. schrecklichen Dingen erhält unzählige Menschen in einer permanenten Sorge und Aufregung und lässt sie nicht zum ruhigen Genuss ihres Daseins gelangen.“⁷⁹

Eine Analogie sucht Krafft-Ebing im Mittelalter, wo er ähnliche Zustände verortet, deren Auslöser er im „Schwarzen Tod“ zu finden meint. Dies ist ein Beispiel, wie der Einfluss gesellschaftlicher Vorgänge den „ärztlichen Blick“ leiten kann. Weitere Diskurse lassen sich in Krafft-Ebing's Erläuterungen zu dem neu aufgekommenen „Karrieremachen“ und der Rolle von Frauen in diesem „Nervösen Zeitalter“, an dem sie *„keinen geringen Theil der Schuld trägt“*⁸⁰.

Bevor eine Untersuchung der im medizinischen Spezialdiskurs vorherrschenden Männlichkeiten stattfindet, soll der Blick vorerst bei den Ärzten verbleiben. Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, welche idealen Männlichkeit(en) bei den Mediziner*innen vorherrschte(n). Um darüber Schlüsse zu ziehen, eignet sich eine besondere Textgattung als Quelle: der Nachruf. Die Besonderheit dieser wird von Petra Möller als „positive

⁷⁷ William Watson, Psychiatry as craft. In: History of Psychiatry 9 (1998) 355–381, 373.

⁷⁸ Günter Schiepek, Konstruktivistisches Wirklichkeitsverständnis - ein empirisches Projekt. Konsequenzen für die Psychiatrie. In: Gebhard Rusch, (Hg.), Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie (Frankfurt am Main 2000) 24–45, hier 37.

⁷⁹ Richard von Krafft-Ebing, Über gesunde und kranke Nerven (Tübingen 1885³) 4.

⁸⁰ Ebd., 13-15.

Moralisierung⁸¹ bezeichnet. Über den Verstorbenen wird ausschließlich Positives kommuniziert, gesellschaftliche Normen verhindern für gewöhnlich eine Verunglimpfung des Verblichenen. Nachrufe enthalten das idealisierte Bild eines Menschen, in unserem Falle handelt es sich um zweierlei: Einerseits Mediziner, andererseits Männer. Die untersuchten Todesanzeigen aus der Wiener Medizinischen Wochenschrift stammen aus den Zeiträumen 1910–1913 und 1919–1922, erlauben somit einen Vergleich der Vorkriegs- sowie Nachkriegszeit.

Die behandelten Nachrufe wurden von unterschiedlichen Autoren verfasst, die darüber hinaus regelmäßige Beiträge in der Wiener Medizinischen Wochenschrift veröffentlichten. Unter ihnen finden sich Robert Stigler, Josef Halban, Erwin Stransky und der Herausgeber des Blattes Adolf Kronfeld, um nur einige zu nennen. Inhaltlich berichten die Nachrufe über das Leben und Wirken der verstorbenen Person. Es handelt sich bei diesen um Mediziner im weitesten Sinne, da Chirurgen so wie Chemiker und Veterinärmediziner vorkommen. Eine Herausforderung, die die Untersuchung der Nachrufe mit sich brachte, war die entsprechende Auswahl und die nachfolgende Kategorisierung. Erschwert wurde dies durch eine zweifache Charakterzuschreibung, die einerseits auf der fachlichen und andererseits auf der persönlichen Ebene stattfand. Die Unterscheidung dieser beiden Ebenen ist in Hinblick auf die Betrachtung von Männlichkeitszuschreibungen wichtig, da fachlichen Eigenschaften, wie etwa „*ausgezeichneter Diagnostiker*“⁸², von zweitrangiger Relevanz für die geschlechterspezifische Konstruktion sowie die vorliegende Forschung haben. Der Ausschluss dieser Attribute bedeutet aber keineswegs eine gänzliche Ausblendung von Eigenschaften, die mit dem Bereich „Arbeit“ in Verbindung stehen. Der Kern der Analyse sind Zuschreibungen, die sich direkt auf Charaktereigenschaften beziehen, nicht aber auf die fachliche Laufbahn des Verstorbenen und geschieht somit auf der zweiten Ebene. Anhand der Ergebnisse kann und soll nicht beantwortet werden, was ein Mann oder Männlichkeit war. Vielmehr liefern sie Einsichten, welche Eigenschaften aus Sicht der Verfasser, also der Mediziner, wichtige, gar notwendige Zuschreibungen im Kontext von Männlichkeit waren.

Somit enthielten die 17 für den ersten Zeitraum untersuchten Nachrufe insgesamt 40 Charakterzuschreibungen, die in vier Kategorien zusammengefasst werden können. Für den Zeitraum 1910–1913 ist die Gruppe „Verschiedenes“ prozentual mit 35% am stärksten vertreten. Darin enthalten sind Zuschreibungen, deren Unterschiedlichkeit eine weitere

⁸¹ Petra Möller, Todesanzeigen – eine Gattungsanalyse (Unveröffentlichte Dissertation, Giessen 2009) 156–159.

⁸² Nachruf Eugen Bamberger, Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 42 vom 15.10.1921, 1824.

Zusammenfassung nicht erlaubte. Beispiele sind „Geduld“⁸³, „Selbstlosigkeit“⁸⁴ und „Stattlichkeit“⁸⁵. Zwar finden sie nur vereinzelt Anwendung in der Beschreibung der Verstorbenen, dennoch enthalten sie eindeutige Männlichkeitszuschreibungen. „Geduld“ beinhaltet zum einen Ausdauer und zum anderen die Fähigkeit des „Leidens“ und „Ertragens“,⁸⁶ also Eigenschaften, die Teil des soldatischen Ideals sind. Darunter fällt ebenso „selbstlos zu sein“⁸⁷, somit die eigenen Interessen für einen größeren Zweck aufzugeben, womit die Opferbereitschaft angedeutet wird. „Stattlichkeit“ verweist auf ein großes, beeindruckendes Erscheinungsbild und kann synonym zu „stark“ verwendet werden⁸⁸, was dem vorherrschenden, antiken Körperideal entspricht. Zudem kommen Begriffe zum Einsatz, die in sich selbst Bündelungen von Eigenschaften sind, die einen männlichen Idealtypus beschreiben. Ein solches Beispiel ist die Zuschreibung des Attributs „edle Seele“⁸⁹.

Die mit 30% zweitgrößte Gruppe enthält Eigenschaften der Kategorie „Arbeitsamkeit“. Hierunter fallen Zuschreibungen, die sich explizit auf das berufliche (nicht jedoch fachliche) Streben der Verstorbenen beziehen. „Arbeitseifer“ bzw. „Eifer“⁹⁰ beschreiben die unermüdliche Verfolgung der Berufung, ein essentieller Bestandteil der männlichen Geschlechterrolle. Der Nachruf des 1910 verstorbenen Gynäkologen Rudolf Chrobak betont ein solches Idealbild, indem ihm „Fleiß“, „Unermüdlichkeit“, „Arbeitslust“, „Arbeitseifer“ und „Hingabe“ zugeschrieben werden.⁹¹ Es handelt sich um Eigenschaften, die körperliche oder geistige Anspannung bezeichnen und ein spezielles Maß an Sorgfalt implizieren. „Fleiß“ beinhaltet bereits den Faktor der „Unermüdlichkeit“, durch die doppelte Nennung wird die Bedeutung der Zuschreibung gesteigert.⁹² Eine weitere Verstärkung geschieht in zwei anderen Nachrufen durch den Einsatz des Attributs „rastlos“, welches uneingeschränkt positiv konnotiert verwendet wird.⁹³ „Hingabe“ versteht eine „eifernde Ausübung“ und erweitert sie zusätzlich um das Element der „Opferbereitschaft“.⁹⁴ „Arbeitsfreude“ und „Arbeitslust“ bezeichnen zusätzlich die glückliche und zufriedene Ausübung, die in „leidenschaftlicher

⁸³ Nachruf Theodor Escherich, WMW Ausgabe Nr. 8 vom 18.02.1911, 497–500.

⁸⁴ Nachruf Max Reiner, WMW Ausgabe Nr. 14 vom 29.03.1913, 905–906.

⁸⁵ Nachruf Theodor Escherich, 497–500.

⁸⁶ Geduld. In: *Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften*, Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (In Folge „DWDS“) (Zugriff am 30.08.2015).

⁸⁷ Selbstlos. In: DWDS (Zugriff am 30.08.2015).

⁸⁸ Stattlich. In: DWDS (Zugriff am 30.08.2015).

⁸⁹ Nachruf Max Reiner, 905–906.

⁹⁰ Nachruf August Lucae und Vincenzo Cozzolino., WMW Nr. 15 vom 08.04.1911, 991.

⁹¹ Nachruf Rudolf Chrobak, WMW Nr. 41 vom 08.10.1910, 2409–2412.

⁹² Fleiß. In: DWDS (Zugriff am 30.08.2015).

⁹³ Nachruf Gustav Braun, WMW Nr. 7 vom 11.02.1911, 477 und Theodor Escherich, 2. Nachruf, WMW Nr. 9 vom 27.02.1911, 599–600.

⁹⁴ Hingabe. In: DWDS (Zugriff am 30.08.2015).

Begeisterung“ in Form von „Enthusiasmus“⁹⁵ gipfelt, welchen beispielsweise der Anatom Emil Zuckerkandl an den Tag legte.⁹⁶ Ein einziges Mal findet sich „tüchtig“⁹⁷ als Zuschreibung. Diese Eigenschaft sollte nach dem Ersten Weltkrieg bedeutend häufiger auftreten. Der „arbeitsame Arzt“ lässt sich an Chrobak anschaulich zusammenfassen: Er übte seinen Beruf unermüdlich, sorgfältig, stets bereit Opfer zu bringen und dennoch glücklich aus. Arbeitsamkeit steht hier in Kontinuität zur idealen Männlichkeit des 19. Jahrhunderts als zentrale männliche Eigenschaft.

Einen etwas geringeren, dennoch mit 17,5% nicht zu unterschätzenden Anteil nimmt die Kategorie „Pflichttreue“ ein. Mit „Pflicht“ wurde ein Begriff verwendet, der laut dem Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache „von historisch gewordenen gesellschaftlichen Normen bestimmte Forderung an das Verhalten“⁹⁸ enthält. Es handelt sich um Aufgaben und Anforderungen, die nicht nur erfüllt, sondern „treu“ ausgeführt wurden. Eine solche Beschreibung findet sich im zweiten Nachruf für Emil Zuckerkandl als „*treuer Freund*“, ein Verweis auf die gesellschaftliche, soziale Komponente der Eigenschaft.⁹⁹ „Treue“ bezeichnet eine „*unverändert feste Verbundenheit*“.¹⁰⁰ Anhand der „Pflichttreue“, welche unter anderem Rudolf Chrobak zugeschrieben wurde, erscheint abermals die Militarisierung von Männlichkeit deutlich. Ebenso wie der Soldat muss auch der Arzt als Mann seine Pflicht, beruflich sowie gesellschaftlich, erfüllen. Abermals spielt Opferbereitschaft eine Rolle. Im Jahr 1911 stirbt der Riedauer Gemeindearzt Richard Franz im Alter von 36. Jahren an einem Herzschlag. Wegen einer verhinderten Manövereinquartierung aufgrund eines Typhusfalles, den der Arzt „*pflicht- und vorschriftsmäßig*“ zur Anzeige gebracht hatte, zog er den Unmut der Ortsbewohner auf sich, da sich diese Geldeinkünfte aus der Stationierung der Mannschaft im Ort erhofft hatten. Es kam zu Ausschreitungen gegen den Arzt, mitunter wurden die Fenster seiner Praxis eingeschlagen und ansässigen Händler verweigerten ihm den Erwerb von Lebensmitteln. Die andauernde Belastung führte schließlich zu einem frühzeitigen Tode, der Nachruf spricht von „*zu Tode gehetzt*“. Gleichzeitig wird er als Held porträtiert, der „*an seiner Pflichttreue untergeht*“, von dieser jedoch nicht abwich.¹⁰¹ Treue stellt eine grundlegende Eigenschaft dar, die dem Verrat gegenüber steht. Verkörpert wird dieses

⁹⁵ Enthusiasmus. In: DWDS (Zugriff am 30.08.2015).

⁹⁶ Nachruf Emil Zuckerkandl, WMW Nr. 23 vom 04.06.1910, 1323–1324.

⁹⁷ Nachruf Max Reiner, 905–906.

⁹⁸ Pflicht. In: DWDS (Zugriff am 31.08.2015); Vgl. Pflichttreue. In: Jacob Grimm, Wilhelm Grimm, Deutsches Wörterbuch: der digitale Grimm (Frankfurt 2004). Der Wert des Soldaten beruht nicht auf seinem Wissen, sondern auf seiner Pflichttreue und Stärke des Willens.

⁹⁹ Nachruf Emil Zuckerkandl, 2. Nachruf, WMW Nr. 23 vom 04.06.1910, 1360–1362.

¹⁰⁰ Treue. In: DWDS (Zugriff am 31.08.2015).

¹⁰¹ Nachruf Richard Franz, WMW Nr. 3 vom 14.01.1911, 218–219.

letztere, negative Attribut im Anti-Typen des Deserteurs, der seine Pflicht durch Treuebruch verletzt.

Die nächste Kategorie erscheint auf den ersten Blick nicht der männlichen Sphäre heimisch zu sein. Mit sieben Nennungen nimmt die Gruppe der „Liebenswürdigkeit“ ebenfalls 17,5% der zugeschriebenen Eigenschaften ein. Diese muss hier als „freundlich, höflich und zuvorkommend“¹⁰² und Teil der männlichen Sozialität verstanden werden, denn sie tritt in dreierlei Verbindung auf. Der Gynäkologe Gustav Braun blieb als „*liebenswürdiger Freund*“ in Erinnerung und das sollte dazu beitragen, „*ihm auch als Menschen und Charakter stets ein ehrvolles Andenken zu bewahren*“.¹⁰³ Leopold Oser, Direktor des Rothschildspitals und Vorsitzender des niederösterreichischen Landessanitätsrates, war ein „*liebenswürdiger, als Arzt und Organisator unermüdlicher Mann*“.¹⁰⁴ Schließlich findet sich abermals Emil Zuckerkandl, der im Nachruf mit den Worten „*liebenswürdiger Kollege*“ beschrieben wird.¹⁰⁵ Im zweiten Nachruf für Zuckerkandl wird das nochmals durch ein weiteres Attribut ergänzt, welches ebenfalls in diese Kategorie einzureihen ist. So war der Anatom aufgrund seiner „*Herzlichkeit überall beliebt und gesucht*“.¹⁰⁶

Zusammenfassend lassen die Nachrufe aus der Vorkriegszeit drei Kategorien als essentielle Bestandteile des unter Ärzten herrschenden Männlichkeitskonzeptes feststellen: Erstens unermüdliche, sorgfältige Arbeitsamkeit. Zweitens treue Erfüllung der gesellschaftlichen sowie beruflichen Pflicht. Opferbereitschaft haftet beiden Eigenschaften implizit an. Drittens liebenswürdiges Verhalten als Freund, Kollege und Mann. Die Eigenschaften der Gruppe „Verschiedenes“ lassen sich zwar nicht weiter kategorisieren, unterstützen und transportieren jedoch das hegemoniale Männlichkeitskonzept.

Was waren nun wichtige Zuschreibungen von Männlichkeit in den Nachrufen nach dem Ersten Weltkrieg im Zeitraum 1919–1922? Hatte der Großkonflikt das vorherrschende Männlichkeitsideal ebenso erschüttert wie den Rest der Gesellschaft? Schon zu Beginn unterscheiden sich die Nachrufe der Zwischenkriegszeit in einem Punkt von denen der Vorkriegszeit, nämlich in der Anzahl. Waren es im ersten Untersuchungszeitraum 17 Nachrufe, so ließen sich für die Jahre 1919-1922 insgesamt 56 Nachrufe erfassen. Das

¹⁰² Liebenswürdig. In: DWDS (Zugriff am 31.08.15); Im Deutschen Wörterbuch erscheint „Liebenswürdigkeit“ unter anderem als Eigenschaft, die dem Haus- und Familienvater, sowie Freund und Gatten zugeschrieben werden kann. Liebenswürdigkeit, in: *Grimm, Grimm*, Deutsches Wörterbuch.

¹⁰³ Nachruf Gustav Braun, 477.

¹⁰⁴ Nachruf Leopold Oser, WMW Nr. 35 vom 27.08.1910, 2072f.

¹⁰⁵ 1. Nachruf Emil Zuckerkandl, 1323–1324.

¹⁰⁶ 2. Nachruf Emil Zuckerkandl, 1360–1362.

ermöglicht eine ausführlichere Analyse des vorherrschenden Männlichkeitskonzeptes. Eine Gruppierung der Eigenschaften, wie es im ersten Untersuchungszeitraum geschah, ergab sieben Kategorien, wovon vier neu hinzukamen. Diese Eigenschaften fanden keinerlei Erwähnung in den Nachrufen zwischen 1910 und 1913, es ist daher anzunehmen, dass sie erst nach dem Ersten Weltkrieg als Teil des (ärztlichen) Männlichkeitsbildes an Bedeutung (wieder-)gewannen. Hieraus resultiert nicht die Entstehung eines neuen Männlichkeitskonzeptes, sondern die Notwendigkeit der Betonung anderer Eigenschaften aufgrund veränderter gesellschaftlicher Zustände.

Von insgesamt 105 Zuschreibungen fällt mit 19% der Großteil unter die Kategorie „Arbeitsamkeit“. Wie schon vor dem Ersten Weltkrieg wurden die Begriffe „Arbeitsfreude“¹⁰⁷, „Eifer“¹⁰⁸, „Fleiß“¹⁰⁹, „Tüchtigkeit“¹¹⁰, „Rastlosigkeit“¹¹¹ und „Hingabe“¹¹² verwendet. Neu hinzu kam die Bezeichnung „Arbeitskraft“, die das Attribut der Stärke enthält. Im Falle des Veterinärmediziners Theodor Panzer verweist dies auf eine besondere Leistung:

*„Nur eine so erstaunliche Arbeitskraft, wie sie Theodor Panzer eigen war, konnte die Fülle der Arbeit bewältigen.“*¹¹³

Der Bezug auf diese „typisch männliche“ Eigenschaft sowie die Relevanz der Kategorie deuten auf ein Anknüpfen an Schmales hegemoniale Männlichkeit vor 1900. Ähnlich verhält es sich mit der Zuschreibung „energisch“, welche sich in drei Nachrufen findet.¹¹⁴ Der Begriff impliziert „Tatkraft“ und verweist somit auf die Eigenschaft der „Positivität“.¹¹⁵ Schlussendlich tritt noch die Bezeichnung „ehrgeizig“ auf, die das „Streben nach Steigerung der eigenen Ehre“ zu Bedeutung hat.¹¹⁶

Die zweithäufigste Kategorie ist mit 17,1% die rekurrierende „Liebenswürdigkeit“. So zeichnete sich Adolf Zemann als „*liebenswürdiger, warmherziger Mensch*“ aus.¹¹⁷ Den Direktor der Budapester Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten Adolf Onodi

¹⁰⁷ Nachruf Viktor Lang, WMW Nr. 29 vom 16.07.1921, 1312.

¹⁰⁸ Nachruf Heinrich Schlossarek, WMW Nr. 49 vom 29.11.1919, 2409.

¹⁰⁹ Nachruf Wilhelm Wundt, WMW Nr. 39 vom 18.09.1920, 1621f.

¹¹⁰ Nachruf Friedrich Schauta, WMW Nr. 4 vom 18.01.1919, 185–187.

¹¹¹ Nachruf Otto Zuckerandl, WMW Nr. 28 vom 09.07.1921, 1241–1244.

¹¹² Nachruf Ernst Wertheim, WMW Nr. 9 vom 21.02.1920, 409–411.

¹¹³ Nachruf Theodor Panzer, WMW Nr. 30/31 vom 29.07.1922, 1319–1321.

¹¹⁴ Unter anderen bei: Nachruf Max Ellmann, WMW Nr. 35/36 vom 28.08.1920, 1528.

¹¹⁵ Energisch. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015); *Schmale*, Geschichte der Männlichkeit, 175, 151.

¹¹⁶ Ehrgeiz. In: Herman Julius Meyer (Hg.), Meyers Großes Konversations-Lexikon (Bd. 5, Leipzig/Wien 1906⁶) 416.

¹¹⁷ Nachruf Adolf Zemann, WMW Nr. 3 vom 10.01.1920, 172f.

bewahrte man sich als „*lieben und guten Kamerad*“ in Erinnerung.¹¹⁸ Das Band der Kameradschaft schlägt sich hier als Ausdruck der Militarisierung des Männlichkeitskonzeptes nieder. Ergänzt wird die Kategorie „Liebenswürdigkeit“ schließlich noch durch die Begriffe „warmfühlend“¹¹⁹, „wohlwollend“¹²⁰, „konzilient“¹²¹, „verzeihend“¹²², „sympathisch“¹²³ sowie der Phrase „voll Liebe“¹²⁴. Ihnen kommt im Kontext jedes Mal die Bedeutung von sozialer, gesellschaftlicher Kompetenz zu.

Eng verknüpft mit der Kategorie der „Liebenswürdigkeit“ ist die der „Güte“. 12,4% der Zuschreibungen fallen auf „gütig“ beziehungsweise „gutmütig“ aus.¹²⁵ So liest man im Nachruf für den Otologen Viktor Urbantschitschs vom Verlust eines „*gütigen Menschen*“. Im Falle des Bakteriologen Edmund Weil erfährt man Genaueres. Ihn zeichnete seine „*fürsorgliche Güte*“ aus, die während des Ersten Weltkrieges „*von den Truppen wie von der Zivilbevölkerung wohltuend empfunden wurde*“¹²⁶. „Güte“ kann hier als „hilfreiche Gesinnung“¹²⁷ interpretiert werden.

Neu hinzu kommt auch die Kategorie „Gründlichkeit“ mit ebenfalls 13,3%. Diese Eigenschaft beschreibt eine „sorgfältige Vorgehensweise“¹²⁸, sei es im Berufs- oder Privatleben. Laut dem Nachruf für den Gynäkologen Ernst Wertheim waren „*strenge Beharrlichkeit und Gründlichkeit [...] die Ursache, daß seine Arbeiten wie aus einem Gusse waren und die Werkstatt als Meisterwerke verließen*“. Darüber hinaus stach er durch „*eiserne Konsequenz*“ hervor.¹²⁹ „Gewissenhaftigkeit“ und „Umsicht“ zeichneten unter anderem den Mediziner, Anthropologen und Ethnologen Rudolf Pöch aus.¹³⁰ Als „*Vorbild von Genauigkeit und Exaktheit*“ für die Kollegen sollte der Zahnarzt Julius Scheff in Erinnerung behalten

¹¹⁸ Nachruf Adolf Onodi, WMW Nr. 49 vom 29.11.1919, 2409f.

¹¹⁹ Nachruf Rudolf Jahn, WMW Nr. 29 vom 16.07.1921, 1311. Vgl. Warmfühlend, in: *Grimm, Grimm*, Deutsches Wörterbuch: „rechtschaffener, tiefdenkender, warmfühlender, um die Menschheit bekümmelter Mann“.

¹²⁰ Nachruf Theodor Panzer, 1319–1321.

¹²¹ Nachruf Wilhelm Roth, WMW Nr. 28 vom 05.07.1919, 1402.

¹²² Nachruf Carl Toldt, WMW Nr. 48 vom 20.11.1920, 2045.

¹²³ Nachruf Viktor Mucha, WMW Nr. 44 vom 25.10.1919, 2172–2176.

¹²⁴ Nachruf Richard Kretz, WMW Nr. 24 vom 05.06.1920, 1107.

¹²⁵ Insgesamt kommt „Güte“ beziehungsweise „gütig“ 12 mal als Zuschreibung vor. Unter anderem bei: Nachruf Viktor Urbantschitsch, WMW Nr. 26 vom 25.06.1921, 1149–1151. Bei Urbantschitsch findet sich gleichzeitig „gutmütig“.

¹²⁶ Nachruf Edmund Weil, WMW Nr. 27 vom 01.07.1922, 1180.

¹²⁷ Gütig. In: DWDS (Zugriff am 02.09.2015); Vgl. Güte. In: *Grimm, Grimm*, Deutsches Wörterbuch.

¹²⁸ Synonym zu dem ebenfalls Verwendung findenden „Genauigkeit“, in: DWDS (Zugriff am 03.09.2015); Vgl. Gründlichkeit. In: *Grimm, Grimm*, Deutsches Wörterbuch: „sorgfältig zu sein oder zu handeln“.

¹²⁹ Nachruf Ernst Wertheim, 409–411.

¹³⁰ Nachruf Rudolf Pöch, WMW Nr. 12 vom 19.03.1921, 573–575.

werden.¹³¹ Schließlich wurden noch „Behutsamkeit“¹³² und „Ordentlichkeit“¹³³ als Zuschreibungen dieser Kategorie verwendet.

Eine schon vor dem Ersten Weltkrieg wichtige Eigenschaft findet sich ebenfalls in der Nachkriegszeit: „Pflichttreue“. Mit 13,3% aller Zuschreibungen stellt die diese wiederholt eine wichtige Komponente von Männlichkeit dar. Der Charakterzug „treu“¹³⁴ beziehungsweise „pflichttreu“¹³⁵ und „pflichtbewusst“¹³⁶ finden sich so wie schon im ersten Untersuchungszeitraum. Ein besonderes Bild bietet die Bezeichnung „Vertrauensmann“ im Nachruf für Armando Josef Hötzl. An den Direktor des Sanatoriums von Loew erinnerte man sich als „*Vertrauensmann der österreichischen Ärzteschaft*“.¹³⁷ Hier findet die Zuschreibung vom „festen Glauben an die Zuverlässigkeit und Treue“¹³⁸ statt.

Der Anti-Typus des Deserteurs wirkte nach dem Ersten Weltkrieg zumindest auf der Ebene der idealen Männlichkeit der Mediziner weiter. So findet sich im zweiten Untersuchungszeitraum die Zuschreibung der Eigenschaft „Ernst“¹³⁹. Dieser impliziert eine „feste, standhafte Gesinnung“¹⁴⁰. Zwei weitere neue Begriffe treten mit „Willensstärke“ und „Unbeugsamkeit“ auf. Der Erfolg des amerikanischen Arztes William C. Gorgas wird im Nachruf auf seine „*unbeugsame Willenskraft*“ zurückgeführt.¹⁴¹ Das Charaktermerkmal der „Stärke“ spiegelt sich in dieser Eigenschaft wider und zwar in einer zur unnachgiebigen Unbezwingbarkeit gesteigerten Form.¹⁴² Schmale zählt den „festen Willen“ zu den essentiellen Komponenten der hegemonialen Männlichkeit.¹⁴³

Joseph Roths Andreas Pum hält in der Erzählung trotz aller Kriegserlebnisse an seiner Pflichttreue fest und zwar in jeder Situation des Lebens. Zwar waren die Gefechte geschlagen, doch gibt es andere Gelegenheiten und sei es nur die Speisung der Kriegsbeschädigten im Spital:

¹³¹ Nachruf Julius Scheff, WMW Nr. 18 vom 29.04.1922, 794.

¹³² Nachruf Wilhelm Wundt, 1621–1622.

¹³³ Nachruf Viktor Mucha, 2172–2176.

¹³⁴ Nachruf Max Haudek, WMW Nr. 34/35 vom 26.08.1922, 1466.

¹³⁵ Nachruf Rudolf Pösch, 573–575.

¹³⁶ Nachruf Florian Kratschmer, WMW Nr. 26 vom 24.06.1922, 1139f.

¹³⁷ Nachruf Armando Josef Hötzl, WMW Nr. 13 vom 26.03.1921, 623.

¹³⁸ Vertrauen. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹³⁹ Nachruf Alfred Exner, WMW Nr. 47 vom 19.11.1921, 2027–2028.

¹⁴⁰ Ernst. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹⁴¹ Nachruf W.C. Gorgas, WMW Nr. 35/36 vom 28.08.1920, 1525.

¹⁴² Kraft. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015); Unbeugsam. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹⁴³ Schmale, Geschichte der Männlichkeit, 175, 151.

„Das Dörrgemüse, das die anderen "Drahtverhau" nannte, schmeckte ihm weniger. Dennoch leerte er den Teller. Er hatte dann das befriedigende Gefühl, eine Pflicht erfüllt zu haben, wie wenn er ein rostiges Gewehr blank geputzt hätte.“¹⁴⁴

Eine Eigenschaft, die sich vor dem Ersten Weltkrieg nur ein einziges Mal in den Nachrufen fand, wurde im zweiten Untersuchungszeitraum häufiger verwendet. So steht an vorletzter Stelle mit 8,6% aller Zuschreibungen die Kategorie „Beherrschung“. Der Dermatologe Viktor Mucha wird im Nachruf als ruheverbreitende Person dargestellt. Es waren sein ruhiger Blick und sein beruhigendes Verhalten, das auf jeden wirkte, der ihm begegnete.

„Seine Ruhe teilte sich auch dem Besucher mit und erleichterte den Verkehr mit jedermann.“¹⁴⁵

An dieser Stelle erscheint die Eigenschaft mit der Kategorie der „Liebenswürdigkeit“ verknüpft zu sein. Ruhe impliziert darüber hinaus einen „ungestörten ordnungsgemäßen Zustand“ oder die „ungestörte öffentliche Ordnung“.¹⁴⁶ Nicht umsonst wurde diese als „erste Bürgerpflicht“ in Krisensituationen angerufen.¹⁴⁷ Dazu kamen die Bezeichnungen „Bescheidenheit“ und „Zurückhaltung“ hinzu. Sie fanden beispielsweise im Nachruf für den Neurologen Heinrich Obersteiner Anwendung. Als *„bescheidener und zurückhaltender Mensch“* stieg ihm sein beruflicher Erfolg nicht zu Kopf:

„Die Tat war ihm alles, Ruhm nichts [...]“¹⁴⁸

Es handelt sich hierbei um Charakterzüge, die „Anspruchslosigkeit“ und „Genügsamkeit“ implizieren. Als Teil des hegemonialen Männlichkeitskonzepts bezeichnet Schmale dies als „Herrschaft der Begierden“.¹⁴⁹ Auf eine solche Weise lässt sich außerdem die Zuschreibung der *„fast stoischen Lebensauffassung“* im Nachruf für den Anatomen Carl Toldt einreihen.¹⁵⁰ Für den Stoiker zählt „Selbstbeherrschung“¹⁵¹, eine Eigenschaft, die bei Schmales

¹⁴⁴ Roth, Rebellion, 10.

¹⁴⁵ Nachruf Viktor Mucha, 2172–2176.

¹⁴⁶ Ruhe. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹⁴⁷ Kundgebung des Gouverneurs von Berlin 1806, „Die erste Bürgerpflicht ist Ruhe“. Siehe Meyer, Meyers Großes Konversations-Lexikon (Bd. 17, Leipzig/Wien 1909⁶) 242.

¹⁴⁸ Nachruf Heinrich Obersteiner, WMW Nr. 47 vom 25.11.1922, 1917–1919.

¹⁴⁹ Schmale, Geschichte der Männlichkeit, 175, 151. Unter Selbstbeherrschung, in: Grimm, Grimm, Deutsches Wörterbuch, steht Selbstbeherrschung als von der Vernunft vorgeschrieben.

¹⁵⁰ Nachruf Carl Toldt, 2045.

¹⁵¹ Stoisch. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

hegemonialer Männlichkeit findet. Ähnlich verhält es sich mit der „Seelenruhe in Leiden und Freuden“¹⁵², ein abermaliger Verweis auf die Opferbereitschaft.

War die Bereitschaft Opfer zu bringen im ersten Untersuchungszeitraum nur über die Implikation innerhalb der Kategorie „Pflichttreue“ vorhanden, so tritt sie nach dem Ersten Weltkrieg explizit in den Nachrufen auf. Mit 6,7% finden sich insgesamt sieben Zuschreibungen der Kategorie „Tapferkeit“, darunter die Bezeichnung „aufopferungsvoll“. Der Nachruf für den Allgemeinarzt Julius Hartzmann berichtet über dessen beruflichen Rückzug. Trotz „gebrochenen Ehrgeizes“ und beruflichem Scheitern sollte er in guter Erinnerung bewahrt werden.

*„Er zog sich vom öffentlichen Leben zurück und verblieb nur noch der aufopferungsvolle ärztliche Berater seiner getreuen Gemeinde.“*¹⁵³

Das soldatische Tapferkeitsideal schlägt sich in den verwendeten Begriffen „Mut“¹⁵⁴, „unerschrocken“¹⁵⁵ und „furchtlos“¹⁵⁶ nieder. Dem gegenüber steht der Anti-Typ des Feiglings. Der Chirurg und Gynäkologe Friedrich Schauta wird im Nachruf, wenn auch nur metaphorisch, selbst zum Soldaten.

*„Um den Neubau des Allgemeinen Krankenhauses und der Kliniken hat er, Schulter an Schulter mit Rudolph Chrobak, tapfer gekämpft.“*¹⁵⁷

Der Schulterschluss mit Chrobak enthält erneut das Element der Kameradschaft.

Zu guter Letzt sei die Kategorie „Verschiedenes“ behandelt. Im zweiten Zeitraum war die Kategorisierung der 105 Zuschreibungen besser möglich, was mitunter an der höheren Anzahl an Nachrufen liegt. Die Gruppe der verschiedenen, nicht zuzuordnenden Eigenschaften schrumpfte dadurch auf 9,5%. Zwei Zuschreibungen fielen auf die körperliche Beschaffenheit. Viktor Muchas Figur war nicht nur „mittelgroß“, sondern auch „wohlgeformt“.¹⁵⁸ Ob dies bedeutet, dass er dem antiken Körperideal entsprach, lässt sich nicht näher feststellen. Dies ist möglicherweise beim Generaloberstabsarzt Josef Uriel der Fall gewesen. Im Nachruf wird dessen „schlanke, hohe Statur“ erwähnt, mit der er jedoch nur

¹⁵² Meyer, Meyers Großes Konversations-Lexikon (Bd. 19, Leipzig/Wien 1909⁶) 56.

¹⁵³ Nachruf Julius Heitzmann, WMW Nr. 12 vom 18.03.1922, 545.

¹⁵⁴ Nachruf Rudolf Pösch, 573–575. Vgl. Meyer, Meyers Großes Konversations-Lexikon (Bd. 14, Leipzig/Wien 1908⁶) 329. Ein Synonym zu Mut ist „Mannhaftigkeit“.

¹⁵⁵ Nachruf Rudolf Jahn, 1311.

¹⁵⁶ Nachruf Adolf Zemmann, 172f.

¹⁵⁷ Nachruf Friedrich Schauta, 185–187.

¹⁵⁸ Nachruf Viktor Mucha, 2175.

„fast einen imponierenden Eindruck“ erzeugte.¹⁵⁹

Ferner kam noch die Bezeichnung „machtvoll“¹⁶⁰ vor, welche unter anderem „Herrschaft, Kraft und Stärke“¹⁶¹ impliziert. Im Sinne des hegemonialen Männlichkeitskonzepts wurde „impulsiv“¹⁶² als Zuschreibung verwendet, bedeutungsgemäß eines lebhaften Temperaments. Einmalig findet sich „gewinnend“, gleichbedeutend mit „überzeugend“¹⁶³, um die Persönlichkeit Viktor Muchas zu beschreiben. Diese Eigenschaft war laut dem Nachruf entscheidend „bei mancher der komplizierten Auseinandersetzungen“. ¹⁶⁴

Aus der Sicht der Mediziner waren es nach dem Ersten Weltkrieg sieben Charaktermerkmale, die aus dem Idealbild eines Mannes schlicht nicht wegzudenken waren. Wie schon im Zeitraum 1910–1913 zählten dazu „Arbeitsamkeit“, „Pflichttreue“ und „Liebenswürdigkeit“. Durch die Verwendung von Begriffen wie „Stärke“ und „Kameradschaft“ stehen diese Kategorien im Zeitraum nach dem Ersten Weltkrieg stärker in Kontinuität zu Schmales hegemonialer Männlichkeit des 19. Jahrhunderts. Das Idealbild nach 1918 war klarer und strikter definiert. Die sieben Gruppen von Eigenschaften sind zwar zahlenmäßig mehr, aber gleichzeitig eindeutiger zuordenbar als vor dem Ersten Weltkrieg und finden sich in einem strengerem Muster. Die Kategorie „Verschiedenes“ schrumpfte von 35% der Zuschreibungen vor 1914 auf 9,5% nach 1918 und nahm somit den geringsten Teil ein. Das bedeutet, dass sich das Männlichkeitsideal verengte, denn die große Zahl der nicht zuordenbaren Eigenschaften lässt auf eine breitere Möglichkeit von Männlichkeiten schließen. Die neu aufgetretenen Charaktermerkmale „Gründlichkeit“, „Tapferkeit“, „Beherrschung“ und „Güte“ öffnen ebenfalls keine Türen für alternative Männlichkeiten, sondern definieren das Idealbild lediglich präziser. Diese Erweiterungen weisen auf gesamtgesellschaftliche Anforderungen hin, die eine Notwendigkeit dieser Eigenschaften wünschenswert beziehungsweise erforderlich machten. Der Blick der Mediziner nach dem Ersten Weltkrieg scheint bezüglich der Geschlechterrollen ein konservativer gewesen zu sein als im Zeitraum davor. In Hinblick auf die 1920er Jahre verweist diese Entwicklungen auf protonormalistische Tendenzen, die das Feld des Möglichen für Männlichkeiten begrenzen.

¹⁵⁹ Nachruf Josef Uriel, WMW Nr. 20 vom 10.05.1919, 1009f.

¹⁶⁰ Nachruf Viktor Mucha, 2172–2176.

¹⁶¹ Machtvoll. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹⁶² Nachruf Edmund Weil, 1180.

¹⁶³ Gewinnend. In: DWDS (Zugriff am 03.09.2015).

¹⁶⁴ Nachruf Viktor Mucha, 2172–2176.

2. Kapitel: Männlichkeit im medizinischen Spezialdiskurs nach dem Ersten Weltkrieg

Während die Nachrufe eine Fülle von positiven Eigenschaften enthalten, fällt die allgemeine Diskursuntersuchung der Wiener Medizinischen Wochenschrift auf diesem Gebiet anders aus. Da der Inhalt größtenteils aus medizinischen Veröffentlichungen, Berichten, Referaten und therapeutischen Notizen besteht, die Pathologien und Devianzen zum Thema haben, finden sich häufig negative Männlichkeitsmerkmale oder die Feststellung der Abwesenheit von notwendigen Eigenschaften und Fähigkeiten. Diese Zuschreibungen erlauben, anders als im vorigen Teil, eine Untersuchung dessen, was sich jenseits von „normaler Männlichkeiten“ bewegte. So ergeben sich drei Themengebiete: Arbeit und Erwerb, Sexualität und Ehe sowie Wehrfähigkeit. Dabei treten nochmals übergeordnete Diskurse auf, die den Männlichkeitsdiskurs beeinflussten und leiteten.

2.1. Arbeit und Erwerb

Noch vor Kriegsende war es bereits deutlich geworden, dass eine große Zahl der zurückkehrenden Soldaten Unterstützung auf dem Weg zurück in ihren zivilen Beruf benötigen würde. Etliche Beiträge handeln von der Arbeitsfähigkeit der Heimkehrer und wie diese wiederhergestellt werden sollte. Auf einer im Oktober 1917 abgehaltenen Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge für nervenranke Krieger wurde dies ausführlich diskutiert. Besonderes Augenmerk legte man auf die Patientengruppe der Kriegsneurotiker.¹⁶⁵ Deren große Anzahl¹⁶⁶ veranlasste zur Befürchtung, dass aufgrund der Invaliditätsrenten eine enorme staatlich-finanzielle Belastung entstehen würde. Zudem würde dies einen Verlust der Arbeitskräfte bedeuten, ihre Rückführung in die Arbeitswelt war somit von großer wirtschaftlicher Wichtigkeit. Kriegsneurotiker sollten nicht unmittelbar als invalid eingestuft werden oder zumindest einer zweiten ärztlichen Untersuchung nach dem Krieg unterzogen werden. Keinesfalls sollten sie ohne Behandlung zurück in die Zivilgesellschaft treten.¹⁶⁷ Am wünschenswertesten war eine frühzeitige Erkennung der Fälle. So hätte man den Soldaten den langen Aufenthalt im Lazarett ersparen können, der als negativer Einfluss auf den Charakter des Mannes angesehen wurde.¹⁶⁸ Waren die Kriegsneurosen erstmals behandelt, als Therapie

¹⁶⁵ Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge für nervenranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. In: WMW Nr. 5 vom 02.02.1918, 229–233.

¹⁶⁶ Viktor *Gonda* berichtet, dass er innerhalb nur eines Jahres 1000 „traumatische Neurosen“ behandelt hat, zusammen mit seinen Kollegen in Budapest über 4000. Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 231.

¹⁶⁷ Wilhelm *Neutra*, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 229f.

¹⁶⁸ Stabsarzt *Jellinek*, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 231.

werden Suggestion, Hypnose, Faradisation und Schreckbehandlung besprochen, sollten die Patienten durch eine „*Arbeitskur zu Beruf und Pflicht zurückgeführt werden*“.¹⁶⁹

Der Sanitätschef des Militärkommandos Wien, Bruno Dastich, erachtete ebenfalls die Kriegsneurosen als größtes Problem für die Nachkriegsgesellschaft, da diese eine weitaus größere Zahl umfasst hätten als andere Nervenerkrankungen. Dastich sprach sogar von einer „*kolossalen Menge von Neurosen*“. Es sind hier besonders Hysterie, Neurasthenie und die „*Zitterer*“, die am häufigsten auftreten. Als Auslöser für diese Störungen nennt er psychische Traumata, beispielsweise Granatexplosionen, Verschüttungen und allgemeiner Schock. In den Ausführungen zur Behandlung und Versorgung der davon befallenen Patienten unterstrich Drastich die Notwendigkeit, dass diese „*in allen Fällen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zum Ziele haben*“ muss. Die Heilung der Kriegsneurotiker und die Zurückführung zur bürgerlichen Erwerbsfähigkeit würden darüber hinaus den „*Steuerzahler vor einer schweren Mehrbelastung*“ bewahren.¹⁷⁰

Die Organisation der Kur- und Bäderfürsorge für Kriegsinvalide in Österreich suchte die aus dem Krieg zurückgekehrten Soldaten bei der „*Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft*“ zu unterstützen. Spezialbehandlungen in entsprechenden Heilstätten, Badeorten und orthopädischen Anstalten sollten dies ermöglichen und auf diese Weise die Arbeitsfähigkeit wieder steigern. Aus einem Beitrag von Josef Thenen geht der Zweck dieses Vorhabens deutlich hervor. Die Kriegsbeschädigten sollten dadurch dem „*Erwerbsleben als nützliche Mitglieder der Gesellschaft*“ wieder zugeführt werden. Gleichzeitig sollten sie vor einem sozialen Abstieg geschützt werden, der im schlimmsten Fall zur Abhängigkeit von Almosen führen konnte.¹⁷¹ Im September 1918 war die Arbeitsfähigkeit der Kriegsbeschädigten leitendes Thema auf dem in Wien veranstalteten „*Kongress für Krüppelbeschädigtenfürsorge*“. In den Vorträgen wurden unter anderem die Rückführung in die Industrie und die Beschäftigung der Kriegsbeschädigten behandelt. Dabei setzte man ein klares Ziel der Kriegsbeschädigtenfürsorge fest: „*Dem Invaliden die Möglichkeit zum Wiedereintritt in das Wirtschafts- und Erwerbsleben zu bieten und die in den Invaliden verbliebenen Reste von Arbeitsfähigkeit auszunützen*.“¹⁷²

¹⁶⁹ Max Löwy, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 229.

¹⁷⁰ Bruno Drastich, Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: WMW Nr. 47 vom 23.11.1918, 2053–2064.

¹⁷¹ Josef Thenen, Organisation der Kur- und Bäderfürsorge für Kriegsinvalide in Österreich. In: WMW Nr. 7 vom 16.02.1918, 298.

¹⁷² Bericht: Kongress für Kriegsbeschädigtenfürsorge 1 (16.-19. September 1918). In: WMW Nr. 44 vom 02.10.1918, 1950–1952.

Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sollten den medizinischen Diskurs noch die gesamten 1920er Jahre beherrschen. „Arbeitsunfähig“ konnte nicht im Raum von „männlicher Normalität(en)“ existieren, sondern wurde als zu behandelnde Abweichung aufgefasst. Es erforderte ein medizinisches Eingreifen. Heilungsbestrebungen, welche in der Tat nur Versuche waren, die Arbeitsfähigkeit in höchstmöglichem Maße wiederherzustellen, belegen dies. Deutlich lässt sich das im Kontext des Prothesenwesens erkennen, welches die Arbeitskraft von Invaliden zurückbringen sollte. So bescherte es nicht nur *„der Arbeit so viel Segen“*, sondern auch den *„Verstümmelten des Krieges“* selbst.¹⁷³ Ausführlichere Erläuterungen hierzu erfolgen im Kapitel zur Krise der Kriegsbeschädigten.

2.2. Sexualität und Ehe

Als Joseph Roths Andreas Pum die Kriegswitwe Katharina Blumich kennen lernt, stellt er sich die Frage, ob er ein Mann für die Ehe ist. Er kommt zu einem positiven Schluss:

*„Auch war er in Dingen der Liebe kein unerfahrener Knabe mehr, und gerade jetzt, nach langer Enthaltbarkeit, von vielversprechender Manneskraft gefüllt. Er war der Mann eine anspruchsvolle Witwe zufriedenzustellen.“*¹⁷⁴

Belangen der Sexualität und Sexualstörungen stellen im medizinischen Spezialdiskurs der Nachkriegszeit ein häufig behandeltes Thema dar.¹⁷⁵ Darunter fielen Impotenz, schwacher Sexualtrieb und Homosexualität, also Zustände, die dem „normalen Geschlechtstrieb“, sprich Heterosexualität, entgegenwirkten. Als pathologisch wurden sämtliche sexuelle Zwischenstufen gewertet, feminine Einschläge im Körper und Geist des Mannes wurden auf Fehlfunktionen der Hoden zurückgeführt.¹⁷⁶ Der „feminine Mann“ fiel in den 1920er Jahren in das Feld des Pathologischen in Form einer sexuellen Störung. Eng verknüpft damit ist die geschlechtliche Identität.¹⁷⁷ Diese klare Abgrenzung deutet auf eine starke Orientierung am hegemonialen Männlichkeitsideal des 19. Jahrhunderts. Die „Heilung“ von homosexuellen Patienten wurde im selben Atemzug mit der Behandlung von Impotenten besprochen. Homosexualität wurde als Devianz wahrgenommen und erforderte ein hohes Maß an

¹⁷³ Notiz über Verleihung des Riberi-Preises an Giuliano Vanghetti über Untersuchungen über Amputationen und Prothesen, in: WMW Ausgabe Nr. 29 vom 10.07.1920, 1320.

¹⁷⁴ Roth, Rebellion, 28f.

¹⁷⁵ Ab 1905 spezialisierte sich ein eigenes Gebiet der Sexualforschung. Siehe Christa Putz, Verordnete Lust. Sexualmedizin, Psychoanalyse und die „Krise der Ehe“, 1870-1930 (Bielefeld 2011), hier 55.

¹⁷⁶ Magnus Hirschfeld, Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende (2. Teil, Bonn 1918), dazu: WMW Nr. 22 vom 24.05.1919, 1097.

¹⁷⁷ Putz, Verordnete Lust, 70.

Intervention und Therapie. Einige Ärzte vermeldeten Erfolge durch Hodentransplantationen. „*Schwere Homosexuelle*“ wurden so zu „*normal Fühlenden*“.¹⁷⁸ „Normalität“ sollte in diesem Fall der heterosexuelle Trieb sein, der durch die Transplantation von gesunden Hoden bewirkt wurde.

Bei einer Sitzung der Geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien vom 11. November 1919 berichtete der Urologe Robert Lichtenstern über 14 Fälle von Hodentransplantationen beim Menschen. Seine Untersuchungen ergaben drei Problemfelder. Zum ersten die Heilung beziehungsweise Behandlung von erwachsenen Männern, die beide Geschlechtsdrüsen (Hoden) verloren hatten. Diese litten häufig unter Ausfallerscheinungen in Form von Impotenz, geschwächtem Sexualtrieb und mangelhafter Behaarung. Lichtenstern berichtete über die erfolgreiche Wiederherstellung der sekundären Geschlechtsmerkmale bei einigen, jedoch nicht allen Patienten. Zum Zweiten beschäftigte ihn die Klärung und Heilung der Homosexualität. Die von ihm vorgeschlagene Therapie bestand aus der Entfernung der „*kranken*“, zwittrigen Geschlechtsdrüsen und der Einpflanzung von „*gesunden*“. Zuletzt setzte er einen Schwerpunkt auf die Therapie des Eunuchoidismus und Infantilismus, wobei es sich um eine unzureichende Geschlechtsentwicklung und Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale handelt. Die durch die Behandlung erzielten Erfolge zeigen, welche Eigenschaften auf körperlich-sexueller Ebene Teil der gewünschten Männlichkeit waren. Lichtenstern behandelte vier Fälle, deren „Heilung“ in der „*Änderung der Diskantstimme und Neubildung von Haaren*“ bestand. Zusätzlich schwand die „*geschlechtliche Indifferenz*“ und das „*Gefühl für das Weib erwachte*“. Schließlich traten bei den Patienten „*Erektionen und Pollutionen*“ auf.¹⁷⁹ Diese Merkmale finden sich an anderen Stellen, um Männlichkeit beziehungsweise die Entwicklung zum Mann zu beschreiben, hier im Fall der Pubertät: „*Beim Knaben beginnt der Bart zu wachsen, die Stimme wird tiefer, die Gestalt bekommt den männlichen Typus.*“¹⁸⁰

Zwar änderte sich ab 1920 nichts an der der Pathologisierung von Homosexualität, jedoch wurde Lichtensterns Auffassung, dass diese durch die Geschlechtsdrüsen verursacht würde, nicht mehr uneingeschränkt übernommen. Zunehmend distanzierte man sich von der biologischen Perspektive und wandte sich hin zu Erklärungsmodellen, die stark von der Psychoanalyse geprägt waren. Der Psychoanalytiker Wilhelm Stekel behandelte

¹⁷⁸ Heilung von Homosexualität und Impotenz durch Hodentransplantation (Chirurgie). In: WMW Nr. 2 vom 05.01.1918, 107.

¹⁷⁹ Bericht: Sitzung der Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. In: WMW Nr. 48 vom 20.11.1920, 2028f.

¹⁸⁰ Adolf Kronfeld, Die sexuelle Aufklärung der Mädchen. Ein ärztliches Mahnwort an die Mütter. In: WMW Nr. 50 vom 06.12.1919, 2453–2457, hier 2455.

homosexuelle Patienten dementsprechend über Suggestion. Das deviante Verhalten, das er beobachtete, bestand aus „*Frigidität gegenüber Frauen*“ und Träumen, in denen ein großer Phallus eine wichtige Rolle spielte. Das Hauptproblem des Patienten lag in seiner Angst vor Frauen, die es zu überwinden galt.¹⁸¹ 1923 wird der Einfluss der Psychoanalyse auf die Diskussionen deutlich. Homosexualität wurde nunmehr als Zwangsneurose verstanden, abhängig von Disposition und vorhandenen homosexuellen Komponenten des Mannes. Als mögliche Auslöser werden Vaterlosigkeit oder die Stellung als einziges Kind genannt. In der psychoanalytischen Betrachtung von Max Nachmansohn stellte Homosexualität nur noch eine „*Verdrängung der Heterosexualität*“ dar.¹⁸²

Die weiteren Diskussionen über sexuelle Insuffizienzen wie Impotenz wandten sich in den 1920er Jahren ebenfalls von chirurgischen Eingriffen als Behandlungsmethode ab. Wundermittel, wie etwa „Hormin“¹⁸³ sollten schon frühzeitig gegen Zustände wie sexuelle Neurasthenie helfen. Ab 1923 berichtete auch die Wiener Medizinische Wochenschrift über die erfolgreiche Behandlung durch Hormontherapie. Der Nervenarzt Joseph Wilhelm referierte über einige von ihm behandelte Fälle. Als deviante Eigenschaften sind geringe Libido und Unfähigkeit zum Geschlechtsverkehr festzustellen. In einem Fall war es die Angst vor der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten, die zu einer verminderten Sexualität führte. Schließlich stellt sich exzessive Masturbation als pathologisches Verhalten heraus.¹⁸⁴ Eine maßgebliche „Entdramatisierung“ der Onanie fand erst durch die Psychoanalyse statt.¹⁸⁵ Die Hormontherapie zielte auf die Ausschaltung dieser Defizite und die Wiederherstellung der Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr, womit diese Personen als „geheilt“ angesehen wurden.¹⁸⁶ Heterosexualität ist im Zeitraum nach dem Ersten Weltkrieg eine notwendige Komponente, ohne die „Männlichkeit“ nicht denkbar gewesen war. Das Fehlen dieser „normalen Sexualität“ konnte zur Pathologisierung und Ausgrenzung führen. Ein Beispiel dafür ist der Fall eines Soldaten, der mit „*schwerer psychischer Degeneration*“ diagnostiziert wurde. In der medizinischen Biographie des Patienten wird das Faktum, dass dieser nur ein einziges Mal

¹⁸¹ Berichte aus wissenschaftlichen Vereinen: Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 29. Juni 1920. In: WMW Nr. 32 vom 31.07.1920, 1409.

¹⁸² Max Nachmansohn, Psychoanalytischer Beitrag zur Theorie der Homosexualität. In: WMW Nr. 43 vom 20.10.1923, 1929f.

¹⁸³ Werbung „Hormin“. In: WMW Nr. 21 vom 25.05.1918, 476/1.

¹⁸⁴ Masturbation und Onanie wurden allgemein stigmatisiert und als schädlich eingestuft. Vgl. Robert Stigler, Das sexuelle Problem vom psychologischen Standpunkt (Robert Gaupp). In: WMW Nr. 43 vom 16.10.1920, 1809. „Onanie als allgemein verbreitetes Laster“, Ernst Finger, Zur Frage der sogenannten sexuellen Aufklärung. In: WMW Nr. 8 vom 19.02.1921, 363–365, hier 363f.

¹⁸⁵ Putz, Verordnete Lust, 60f.

¹⁸⁶ Joseph Wilhelm, Die Hormontherapie der sexuellen Impotenz und Neurasthenie. In: WMW Nr. 8 vom 17.02.1923, 413f.

mit einem Mädchen verkehrt hatte, zu einem belastenden Indiz, welches ihm, einem ohnehin als „*schwach*“ beschriebenen Individuum, zusätzlich Männlichkeit abspricht.¹⁸⁷

Ehevermittlung

Ein Gebiet, das stark mit Männlichkeitszuschreibungen arbeitete, war das Thema der Ehevermittlung. Besonders die staatliche Regelung, wie es in Deutschland zum Teil der Fall war, wurde in der Wiener Medizinischen Wochenschrift offen gefordert, unter anderem vom späteren Nationalsozialisten Robert Stigler.

Im Beitrag „Die volksgesundheitliche Bedeutung einer staatlichen Ehevermittlung“¹⁸⁸ von 1918 hob Stigler die für ihn bestehenden Vorteile einer staatlichen Regelung hervor. Zum einen sah er einen positiven Effekt auf das allgemeine Eheleben, besonders aber auf die „*geistige und körperliche Gesundheit der Gatten*“.¹⁸⁹ Hauptanliegen einer staatlichen Ehevermittlung wäre trotzdem die kontrollierte Zeugung der Nachkommenschaft. Im Gegensatz zur freien Gattenwahl sollte so die Möglichkeit bestehen, bestimmte Eheleute zu vermitteln, um gewünschte Eigenschaften zu fördern. Dieser Aspekt ist außerordentlich stark von eugenischem Gedankengut geprägt. Es galt:

*"Erbanlagen einen größeren oder geringeren Wert beizumessen, von ihrer Eigentümlichkeit hängt nicht nur [...] das Schicksal des einzelnen und aller seiner Nachkommen ab, sondern auch die Zukunft und das Dauerdasein des ganzen Volkes. Auch ist es berechtigt, die Erbanlagen in ihrer Eigenart und Gesamtheit unter dem Begriffe "Rassewert" zusammenzufassen und die Hebung dieses Rassewertes [...] mit allen Mitteln anzustreben".*¹⁹⁰

Daraus lassen sich Schlüsse ziehen, welche Attribute wünschenswert und welche es nicht waren. Allgemein sollten freilich nur gesunde Leute heiraten dürfen, eine Forderung, die alleinig in Anbetracht der hohen Zahlen von Geschlechtskrankheiten und Kriegsbeschädigten den Begriff der Gesundheit problematische Züge annehmen ließ. Stiglers Programm führt diesen Punkt weiter aus, indem er von der Förderung eines Kindersegens der „*Tüchtigen*“ spricht. Das Merkmal der „Tüchtigkeit“, das bereits im Zuge des Themas „Arbeitsamkeit“ diskutiert wurde, tritt hier erneut als gewünschte Zuschreibung auf. Dem gegenüber stehen

¹⁸⁷ Untersuchung eines Soldaten mit schwerer psychischer Degeneration. In: WMW Nr. 36 vom 07.09.1918, 1576f.

¹⁸⁸ Robert Stigler, Die volksgesundheitliche Bedeutung einer staatlichen Ehevermittlung. In: WMW Nr. 38 vom 21.09.1918, 1683–1687.

¹⁸⁹ Ebd., 1683.

¹⁹⁰ Das ging aus der Sitzung des Landessanitätsrates für Niederösterreich vom 9. Februar 1922 hervor. Bericht: Hans Schnopfhagen, Zur Frage des ärztlichen Ehekonsenses. In: WMW Nr. 17 vom 22.04.1922, 743–747.

„rassenhygienisch Minderwertige“, die nicht genauer spezifiziert werden.¹⁹¹ Schließlich widmet sich Stigler noch einem Thema, das sich direkt mit dem Bild des Mannes auseinandersetzt. Ein auftretendes Problemfeld der Zeit schien tatsächlich die Aufweichung der Geschlechtergrenzen gewesen zu sein. Bereits 1903 setzte sich Otto Weininger in „Geschlecht und Charakter“ mit sexuellen Zwischenstufen auseinander. Er erkannte den konstruierten Charakter von idealer Männlichkeit und verwies auf Abweichungen von dieser, die sich bei Männern in Form von weiblicher Beckenformen, fehlendem Bartwuchs und sogar überlangem Kopfhaar äußerten.¹⁹² Die „Verweiblichung“ des Mannes beziehungsweise umgekehrt die „Vermännlichung“¹⁹³ der Frau wurden im medizinischen Diskurs der 1920er zu einer regelrechten Gefahr stilisiert, der es an Polemik nicht fehlte. Stigler stellte die Vermutung auf, dass weniger ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale zu einer geringeren sexuellen Aktivität führten. Als Folge dessen warnte er nicht nur vor sinkenden Geburtenzahlen, sondern der Möglichkeit der „Verminderung der Gesundheit und Tüchtigkeit“ des Erzeugers und der Kinder.¹⁹⁴ Fest stand für ihn, dass „ein Volk von psychischen Zwittern weniger tüchtig wäre als ein Volk von echten Männern und Weibern“.¹⁹⁵ Die Lösung lag für Stigler in der Förderung der Ehevermittlung von Frauen und Männern, die über stark ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale verfügten, denn:

„Ein gesundes Weib wird ja wohl immer lieber einen energischen, charakterfesten, echten Mann als einen läppischen, feigen Weichling, ein tüchtiger Mann lieber ein echtes Weib mit all seinen weiblichen Vorzügen und Fehlern, als eine Virago zu Ehe wählen, deren Wesen eher zu einem Urning passen würde.“¹⁹⁶

Damit zeichnet er klare Gegensatzpaare, indem er Gesundheit und Tüchtigkeit der Schwäche und Trägheit gegenüber stellt. Der hegemonialen Männlichkeit stehen die zwei Anti-Typen „läppischer, feiger Weichling“ und „Urning“¹⁹⁷ gegenüber. Es findet sich hier der Beginn eines Prozesses, der ein direkter Versuch der Überwindung der bestehenden Krise der Männlichkeit ist. Die Betonung der Geschlechtertrennung, indem man Konzepte von „echten

¹⁹¹ Stigler, Ehevermittlung, 1683.

¹⁹² Otto Weininger, Geschlecht und Charakter (Digitalisat: Projekt Gutenberg, 19. unveränderte Auflage, Wien Leipzig 1920) Kap. 4.

¹⁹³ Beide Begriffe finden sich in der Anzeige zu Paul Kammerers Buch „Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsverwandlung“. In: WMW Nr. 21 vom 25.05.1918, 476/1

¹⁹⁴ Stigler, Ehevermittlung, 1684.

¹⁹⁵ Ebd. 1684. Die Betonung eines „männlichen“ und „weiblichen“ Prinzips als Gegensatzpaare findet sich auch bei Kronfeld, Die sexuelle Aufklärung der Mädchen, 2453f.

¹⁹⁶ Stigler, Ehevermittlung, 1684.

¹⁹⁷ Eine von Karl Heinrich Ulrich stammende Bezeichnung, die im 19. Jahrhundert für Homosexuelle verwendet wurde. Vgl. Erhard Köllner, Homosexualität als anthropologische Herausforderung (Bad Heilbrunn 2001) 55 und 135.

Männern“ und „Tüchtigkeit“ anrief, gipfelte ein Jahrzehnt später in der Pervertierung dieses Männlichkeitsbildes im Nationalsozialismus.¹⁹⁸ Robert Stiglers Beitrag verkörpert einen ersten Schritt auf diesem abgründigen Weg.

Kurze Zeit nach dem Erscheinen von Stiglers Beitrag in der Wiener Medizinischen Wochenschrift fand eine Tagung für „Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik“ in Budapest statt.¹⁹⁹ Diskutiert wurde unter anderem die Angelegenheit der Kriegsbeschädigtenfürsorge, worunter „*Förderung der Verehelichung und Kinderaufzucht*“ zählten, denn auch bei diesem forderte man die Berücksichtigung von „*rassenhygienischen Erfordernissen*“. Die „*Gedanken der Rassenhygiene*“ sollten flächendeckend im gesamten Volk verbreitet werden.²⁰⁰ Welche Rolle den Kriegsbeschädigten dabei zukam, geht aus Stiglers Beitrag hervor. Die staatliche Ehevermittlung sollte den Heimkehrern ein „*geordnetes Leben*“ gestatten. Besonders die ledigen, aus dem Krieg zurückgekehrten Männer würden so erst die Möglichkeit bekommen, eine passende Gattin suchen zu können. Andernfalls drohe die Flucht dieser Männer in die Prostitution. Trotz der Defizite, die viele Kriegsbeschädigte nicht eindeutig im Raum normaler Männlichkeit existieren lassen konnten, besonders in Hinsicht auf Arbeitseinschränkung, wurden sie nicht aus der Gesellschaft exkludiert. Im Gegenteil, sie sollten mit einer passenden Frau verheiratet werden. Die Notwendigkeit einer staatlichen Regelung bestand für Stigler in der schwierigen Vermittlung der Kriegsbeschädigten. Zur Problematik solcher Verehelichungen nach dem Ersten Weltkrieg veröffentlichte Erwin Stransky 1923 einen Beitrag über das psychologische Phänomen der „Ehescheu“²⁰¹. Er adressierte die Frage, warum viele Menschen, in erster Linie Männer, die über außerordentliche, wünschenswerte Eigenschaften und Fähigkeiten verfügten, nicht den Bund der Ehe eingingen. Dabei unterschied er verschiedene Typen Ehescheuer, beginnend mit den „*geistig Hochbegabten und Höchstbegabten aller Kategorien*“. Diese sind insbesondere wegen Zeitmangel nicht in der Lage, den „*Pflichtenkreis der Ehe*“ in ihr Leben zu integrieren. Darüber hinaus verortete Stransky ein Übel in der Frauenbewegung, die individualistische Tendenzen der Frauen förderte, die laut seinen Worten „*ins Extrem verzerrt*“ würden. Die Aufgabe der Frau wäre es nämlich, den „*hochwertig schaffenden Mann*“ vor dem „*lästigen Kampfe mit störenden Alltagskleinlichkeiten*“ zu schützen, nicht jedoch die eigene

¹⁹⁸ *Schmale*, Geschichte der Männlichkeit, 231f.

¹⁹⁹ Abgehalten am 23. September 1918 im Gebäude der Akademie der Wissenschaften in Budapest. Bericht in der WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 355–357.

²⁰⁰ In der Sitzung des niederösterreichischen Landessanitätsrates vom 9. Februar 1922 wurde als grundsätzliche Stellungnahme vorgeschlagen: „Die Lehren der Rassehygiene und der Vererbungslehre sind mit allen Mitteln im Volke zu verbreiten.“ *Schnopfhagen*, Zur Frage des ärztlichen Ehekonsenses, 747.

²⁰¹ Erwin Stransky, Über Ehescheu (1. Teil). In: WMW Nr. 47 vom 17.11.1923, 2126–2128 und Über Ehescheu (2. Teil). In: WMW Nr. 48 vom 24.11.1923, 2172–2177.

Individualität in den Vordergrund zu stellen. Neben dem „geistig bedeutende Mann“ könne nur eine Frau stehen, die dessen Werk nicht stört. Stransky schließt die Erläuterung dieses Typus mit der Bemerkung:

*„Kein Wunder, wenn auch beklagenswert, daß Männer dieses Typus daher zuweilen der Ehe aus dem Wege gehen.“*²⁰²

Diesen „ehescheuen Hochbegabten“ steht das genaue Gegenteil gegenüber. Verwöhnte, verzogene, anspruchsvolle und bequeme Männer, denen die Ehe eine zu große Last ist. Sie ziehen das „verantwortungslose Gastspiel in fremden Schlafgemächern“ einer festen Bindung vor. Unter diesen Männern finden sich laut Stransky nicht selten „asoziale Egoisten“.²⁰³ Eine weitere Gruppe stellen die „Pseudo-Ehescheuen“ dar. Dabei handelt es sich um Männer, die aufgrund von körperlichen Krankheiten oder Belastungen auf die Ehe verzichten, Stransky zufolge um die Nachkommenschaft nicht zu belasten.²⁰⁴ Damit dürften in erster Linie Träger von Geschlechtskrankheiten und erblichen Krankheiten gemeint sein. Ein Jahr zuvor wurden dazu in einer Sitzung des niederösterreichischen Landessanitätsrates die „rassenschädigenden Zustände“ näher festgelegt. Darunter fielen neben Geschlechtskrankheiten ebenso schwere Formen der Tuberkulose und Geisteskrankheiten²⁰⁵, sowie exzessiver Alkoholismus und „Fortpflanzung aufhebende Defekte“.²⁰⁶ Schlussendlich steht noch die Gruppe der „psychopathologischen Ehescheuen“ zu Erläuterung. Hierunter fielen für Stransky Männer, deren Ehescheu lediglich eine Maskierung von Defiziten wie „sexueller Impotenz oder viriler Frigidität“ darstellt.²⁰⁷ Das Resultat dieser gesamten Problematik war eine Großzahl von unverheirateten Frauen und Männern. Stransky sprach von einem „reichlichen Sitzenbleiben und Verkümmern erklecklich vieler gerade hochwertiger Mädchen in der an Mitteln und an vollwertigen Männern verarmten Nachkriegszeit“.²⁰⁸ Hierbei handelt es sich um einen Schlüsselsatz. Erstmals wird eine allgemeine Aussage über den Zustand der Männlichkeit für die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg getätigt, indem Stransky einen Mangel an „vollwertigen Männern“ verlautbart. Vollwertigkeit kann hier zweideutig verstanden werden. Zum einen als „ganzer Mann“ im Sinne der Charaktereigenschaften idealer Männlichkeit. Zum anderen im Sinne des „ganzen Körpers“, welchen besonders Kriegsbeschädigte nicht mehr erfüllten.

²⁰² Stransky, Über Ehescheu (1. Teil), 2126f.

²⁰³ Ebd., 2128.

²⁰⁴ Stransky, Über Ehescheu (2. Teil), 2172.

²⁰⁵ Genannt werden hochgradiger Schwachsinn, progressive Paralyse, Dementia praecox, chronische Paranoia, epileptische Verblödung.

²⁰⁶ Schnopfhagen, Zur Frage des ärztlichen Ehekonsenses, 746

²⁰⁷ Stransky, Über Ehescheu (2. Teil), 2173f.

²⁰⁸ Ebd., 2172.

Geschlechtskrankheiten

Männlichkeit spielte ebenfalls in den Diskussionen um Geschlechtskrankheiten²⁰⁹ eine Rolle, da sich diese negativ auf die Arbeitsfähigkeit der Erkrankten auswirkten. Zusammen mit den anfallenden Kosten der Behandlung drohte ein bedeutender „*Entgang an Nationalvermögen*“.²¹⁰ Ebenso bestanden ernste Folgen für die Zeugungsfähigkeit. So befürchtete man einen „*Entgang von Geburten*“ bei zunehmender Zeugungsunfähigkeit von Männern. „Sterilität“ hatte sich zu einer bevölkerungspolitischen Gefahr entwickelt. Darüber hinaus stellte besonders Syphilis ein Risiko dar, da sie die „*Nachkommenschaft dezimiert und die Rasse verschlechtert*“.²¹¹ Der Diskurs der Rassenhygiene, der schon bei der Ehevermittlung auftrat, schlägt sich hier abermals nieder. Geschlechtskrankheiten wurden nicht als Problem einzelner Individuen wahrgenommen, sondern als Bedrohung für die gesamte gegenwärtige und zukünftige Bevölkerung. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde rasch das Verbot der Prostitution in Betracht gezogen²¹², doch erkannte man bereits, dass sich solche Regelungen einseitig gegen die Verbreitung durch Frauen richteten und die Männer nicht zur Verantwortung gezogen wurden.²¹³

Besonders im Kontext der Geschlechtskrankheiten wurde der Arzt am Anfang der 1920er Jahre zum „Hüter der Volksgesundheit“. Für ihn galt es, schädigenden Einflüssen entgegenzuwirken, „*welche die Nachkommenschaft quantitativ und qualitativ ungünstig beeinflussen*“ hätten können.²¹⁴ Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, verlangte der Dermatologe Ernst Finger offen die Überwachung und Leitung des Geschlechtslebens. Er rechtfertigte diese Forderung mit bereits fortschreitenden Bemühungen des Ausschlusses von „*pathologischen und minderwertigen Individuen von der Fortpflanzung*“ und reichte den Vorschlag ein „*geistig abnorme selbst zu entmannen*“.²¹⁵ Abermals trifft man hier auf Prozesse, die im Rassenwahn und in der Euthanasie des Nationalsozialismus ihren grauenhaften Gipfel erreichen sollten. Eingriffe plante man besonders im Bereich der Jugend,

²⁰⁹ Solchen Diskussionen lag häufig die „Angst vor Degenerationen“ zu Grunde. Siehe dazu: Oswald Überegger, Krieg als sexuelle Zäsur? Sexualmoral und Geschlechterstereotypen im kriegsgesellschaftlichen Diskurs über die Geschlechtskrankheiten. Kulturgeschichtliche Annäherungen. In: Kuprian, Überegger, Der Erste Weltkrieg im Alpenraum, 351–366, hier 353.

²¹⁰ Ernst Finger, Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (1. Teil), in: WMW Nr. 22 vom 24.05.1919, 1069–1075, hier 1069.

²¹¹ Finger, Geschlechtskrankheiten, 1069 f.

²¹² Finger, Geschlechtskrankheiten, 1074.

²¹³ Ernst Finger, Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (2. Teil). In: WMW Nr. 23 vom 31.05.1919, 1129–1134, hier 1129f. So beispielsweise auch Kronfeld, Die sexuelle Aufklärung der Mädchen, 2453–2457.

²¹⁴ Finger, Zur Frage der sogenannten sexuellen Aufklärung, 364f.

²¹⁵ Ebd., 365.

da Geschlechtskrankheiten dort Statistiken zufolge auf dem Vormarsch waren. Frühzeitiger Geschlechtsverkehr wurde damit bei beiden Geschlechtern als Problematik wahrgenommen, besonders aber bei männlichen Jugendlichen, da man darin die „*Gefahr vorzeitiger Abnützung*“ sah.²¹⁶ Der verheerende Einfluss der Geschlechtskrankheiten bestand für die Untersuchung von Männlichkeit trotzdem in erster Linie in der Einschränkung bis hin zur vollkommenen Aufhebung der Zeugungsfähigkeit.

2.3. Wehrfähigkeit

Viele Beiträge der Wiener Medizinischen Wochenschrift behandeln ab 1918 auf die eine oder andere Weise das Thema der Wehrfähigkeit. Dies begann bei der Fürsorge für nervenkranken Soldaten, deren Diensttauglichkeit durch die Krankheiten gemindert worden war. Erwin Stransky verwies noch vor Ende des Weltkriegs auf die Problematik, dass Nervenkrankheiten vielen Soldaten als Mittel diene, um nicht wieder einrücken zu müssen.²¹⁷ Er warnt damit vor den männlichen Anti-Typen der Feiglinge und Simulanten, die in der Zeit des Ersten Weltkriegs vermehrt auftraten. Kriegsneurotiker entgingen durch ihre Erkrankungen meist erfolgreich dem Frontdienst. Entweder wurden sie als invalid aus dem Militär entlassen und in die Heimat geschickt oder, nach der Erfahrung des Psychiaters Wilhelm Neutra, waren sie trotz erfolgreicher Behandlung nur eingeschränkt diensttauglich. Besonders die „Hysterie“ wurde in dieser Zeit intensiv diskutiert und zwar nicht mehr als ausschließlich „weibliche Krankheit“, da sie an etlichen Männern in den Schützengräben diagnostiziert worden war. Für die Mediziner handelte es sich dabei um eine Befangenheit des Willens, deshalb neigten gerade „*willensschwache Individuen*“ zur Hysterie. Neutra widersprach dieser Einschätzung jedoch, für ihn handelte es sich nicht um „*Schwäche des Willens*“, sondern einen „*verkehrt gerichteten, aber kräftigen Willen*“.²¹⁸ Einig war man sich schließlich nur, dass bei den Kriegshysterikern eine „*Perversität des Willens*“ vorlag.²¹⁹ In Verbindung mit der Wehrfähigkeit wurde mit der Willenskraft intensiv über eine Eigenschaft diskutiert, die nach Schmale ebenso wichtiger Bestandteil der hegemonialen Männlichkeit war. Die Frage, ob es sich bei männlichen Hysterikern um Willensschwäche oder fehlgeleitete Willenskraft handelte, zeugt von der auftretenden Krise der Männlichkeit und den Versuchen, mit dieser umzugehen.

Neben der Kriegshysterie trifft man auf eine weitere, die Wehrfähigkeit vermindernde

²¹⁶ Ebd., 364.

²¹⁷ Stransky, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 229.

²¹⁸ Neutra, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 229f.

²¹⁹ Alt, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 232.

Einschränkung, nämlich die Herzneurose. Eine besondere Form umfasste einen Fall von unterentwickelter Männlichkeit. Der Patient, ein 19-jähriger Soldat, wurde mit „*konstitutioneller Unreife*“ diagnostiziert. Diese äußerte sich durch die „*knabenhaften Formen des Körpers*“, fehlende Behaarung der Oberlippe sowie Achselhöhlen und nicht sichtbarem Kehlkopf. Zudem litt er an allgemeiner „Schwäche“, weshalb er unter anderem keine Schule besucht hatte. Der Zustand schränkte dementsprechend die Diensttauglichkeit beziehungsweise Wehrfähigkeit ein.²²⁰

Der Psychiater Artur Schüller widmete sich in einem Beitrag 1918 näher den Kriegsneurotikern und ihrer Verwendung als Soldaten. Er sah in der Erkrankung eine Gefahr, da sie bei fehlender Anerkennung durch Truppen und Ärzte zu zahlreichen Opfern im Felde führen konnte. Besonders in kritischen Situationen, als Beispiel werden Rückzüge genannt, sei dies der Fall. Fachkundige Ärzte stellten häufig die Diagnose „Neurotiker“, jedoch wurde diese nicht uneingeschränkt von den Truppenkörpern anerkannt. Die an der Neurose leidenden Soldaten, die über keine vollständige Wehrfähigkeit und Diensttauglichkeit verfügten, wurden dann entweder zu besonders schweren Diensten, etwa zum Wachdienst eigeteilt oder als vollkommen untauglich zurück ins Spital geschickt. Schüller verweist hier auf das Problem von häufig „*unter der Maske einer Neurose in der Öffentlichkeit auftretenden Schwindlern*“, die sich auf diese Weise Vorteile erhofften, worin sich der Anti-Typ des Simulanten spiegelt.²²¹ Der Erste Weltkrieg führte zu einer nie zuvor dagewesenen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Formen der Kriegsneurosen. Einen Grund dafür sah der Psychiater Max Kahane schließlich nicht nur im gewachsenen Interesse der Fachmedizin und hohen Fallanzahl, sondern vielmehr in der Beziehung zwischen Kriegsneurosen und Wehrfähigkeit.²²²

Diese Konstellation erhöhte sogleich das Misstrauen gegenüber Geisteskranken im Militärdienst, denn stets begleitete sie der Verdacht auf Simulation. Der Psychiater und Leiter der psychiatrisch-neurologischen Abteilung im Wiener Garnisonsspital Nr.1 Alexander Pilcz veröffentlichte dazu mehrere Beiträge, unter anderem Erläuterungen zur forensischen Praxis in „Über absichtliche hervorgerufene Geistesstörungen“.²²³ Der Bericht sollte bereits drei Jahre zuvor erscheinen, was jedoch von der Militärbehörde verhindert wurde. Solch eine Intervention unterstreicht die Brisanz der Thematik von Wehrhaftigkeit, Geisteskrankheit und

²²⁰ Friedrich Korner, Bemerkungen zur Herzneurose im Felde. In: WMW Nr. 35 vom 31.08.1918, 1530–1533, hier 1532. Im Beitrag findet sich eine Photographie des Patienten, die dessen unterentwickelte Physik zeigt.

²²¹ Artur Schüller, Heilstätten für nervenranke Krieger. In: WMW Nr. 38 vom 21.09.1918, 1651–1655, hier 1651f.

²²² Max Kahane, Kriegsneurosen. In: WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 345–348, hier 346.

²²³ Alexander Pilcz, Über absichtliche hervorgerufene Geistesstörungen. In: WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 340f.

Simulanten. Pilcz bestätigte, dass die Simulation von Geistesstörungen, um dem Kriegsgeschehen zu entgehen, häufig vorkam. Er präsentierte den Fall eines 21-jährigen Landwehreinfanteristen, der 1916 wegen psychischer Erkrankung ins Garnisonsspital eingeliefert wurde. In Wien waren jedoch keine Anzeichen einer akuten Geistesstörung erkennbar, da die Psychose während des einwöchigen Rücktransportes von der Front abgeklungen war. Der Patient wurde nichtsdestotrotz für untauglich erklärt, er durfte nicht weiter zu Front- und anderen Hilfsdiensten herangezogen werden. Wenige Monate später kam es zu einem Ermittlungsverfahren, welches ergab, dass der Soldat vermutlich mit Hilfe von Tollkirschen versucht hatte, die Geistesstörung zu simulieren.

In einem zusammenfassenden Blick auf die Entwicklungen des medizinischen Spezialdiskurses lässt sich nicht nur der Rückgriff auf das Idealbild hegemonialer Männlichkeit des 19. Jahrhunderts feststellen, sondern auch Brüche und Ambivalenzen, die auf einen breiteren Handlungsraum für Männlichkeiten deuten. Arbeitsfähigkeit geht als essentielle Eigenschaft hervor. Die hohe Anzahl Arbeitsunfähiger führte gleichzeitig dazu, dass die Grenzen der Invalidität neu hinterfragt wurden. Kriegsneurotiker sollten so nicht direkt als invalid diagnostiziert, sondern genauer untersucht und behandelt werden. Es sind Aspekte der nationalen Ökonomie und „Nützlichkeit“, die den Raum des Männlichen breiter werden ließen. Ähnlich entwickelte sich dies im Bereich der Sexualität und Ehe. Zwar verblieb die Fixierung auf die heterosexuelle Norm und geschlechtliche Indifferenz wurde von den Medizinern als Bedrohung wahrgenommen, jedoch erforderten Entwicklungen auf dem Feld der Bevölkerungspolitik eine flexiblere Herangehensweise. Angetrieben durch Vorstellungen wie die des „Rassewerts“ sollten besonders die Gesunden und Tüchtigen verheiratet werden und Nachkommen zeugen. Diese gezielte Ehevermittlung grenzte die Kriegsbeschädigten keineswegs aus, sondern hatte es zum Ziel, diesen Männern die Möglichkeit bieten, eine passende Frau zu finden. Trotz zerstörter Körper und Einschränkungen konnten sie im Bereich normaler Männlichkeit existieren, denn gerade aufgrund ihrer Verletzungen hafteten ihnen die Ideale von Tapferkeit und Opferbereitschaft an. Faulen Männern drohte hingegen zunehmend die Ausgrenzung, ihre defizitären Eigenschaften sollten nicht vererbt werden und somit war ihre Verheiratung nicht wünschenswert, im Gegensatz zu den hochbegabten, aber ehescheuen Männern. Dieser rassehygienische Diskurs wird abermals im Zuge der Debatten um Geschlechtskrankheiten deutlich. So wird die normative Heterosexualität zur negativen Eigenschaft und zwar wenn diese zu früh oder im Übermaß auftritt. Onanie und Prostitution werden in den Diskussionen als schädlich und gefährdend für besonders junge Männer angesehen. Schlussendlich

bewahren sich nach 1918 die Anti-Typen des Feiglings, Schwächlings und Simulanten. Zwar zeigt sich ab 1920 eine Abnahme der Bedeutung von Wehrfähigkeit als männliche Eigenschaft, jedoch spiegelt sich in den Debatten die Erfahrung der Mediziner wider, die ihnen mitunter im Zuge der Behandlung von Kriegshysterikern zu Teil wurde. Der Generalverdacht der Simulation sollte noch an Bedeutung behalten, wie eines der folgenden Fallbeispiele verdeutlicht.

2.4. Fallbeispiele

In der Folge werden zwei medizinische Fälle analysiert, die demonstrieren, was im Raum des Männlichen möglich war. Es handelt sich um Patientengeschichten, die von Alexander Pilcz im Jahr 1920 in der Wiener Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht wurden. Neben der Ermittlung positiver sowie negativer Männlichkeiten erlauben sie eine weitere Untersuchungsebene, denn bei der Anwendung der Männlichkeitszuschreibungen im Zuge der Gutachten Pilcz' lassen sich deutliche Argumentationsstrategien erkennen.

Der tapfere Deserteur

Der erste Fall handelt vom 5-fachen Deserteur F. F., dessen Zurechnungsfähigkeit von ehemaligen k. u. k. Militärsanitätskomitees begutachtet werden sollte. Pilcz referierte im Jänner 1920 darüber. Als uneheliches Kind und Sohn einer „*schweren Neuropathin*“, fiel F. F. dennoch als „*braver Schüler*“ auf. Sein einziges Problem war „*häufiges Fernbleiben infolge Kränkels*“, weshalb er es nicht weiter als in die erste Bürgerklasse schaffte. F. F. begab sich dann auf Arbeitssuche und begann eine Lehre als Gerbergehilfe, wechselte jedoch öfters den Meister.²²⁴ Sein Drang „*herumzuwandern*“ lies es nicht zu, dass er eine Stelle länger als ein halbes Jahr behielt. Im Alter von 21 Jahren rückte er schließlich ohne Vorstrafen zum Militär ein, wo er bereits nach zwei Monaten desertierte. Als er gefasst wurde, gab er „*Unlust zum Militärdienste*“ als Grund für die Desertion an. F. F. erhielt 4 Monate Kerker als Strafe und kehrte danach zu den Truppen zurück, desertierte ein Monat später abermals. Dieses Mal wurde er nicht aufgegriffen und „*wanderte nun zwei Jahre in der Welt herum*“. Zu Kriegsbeginn kehrte er jedoch freiwillig zur Truppe zurück, kurz darauf wurde er in Serbien verwundet. Nach erfolgter Heilung rückte er wieder ein, desertierte jedoch nach kurzer Zeit erneut. „*Unlust zum Militärdienst*“ dienten ihm auch dieses Mal als Motiv, als er aufgegriffen wurde. Nach 8-monatigem Kerker desertierte F. F. zum vierten Mal. Bei der Verhaftung gab er sich geständig und beschönigte nicht, dass er sich dem

²²⁴ Alexander Pilcz, Wiederholte Desertion, krankhafter Wandertrieb bei periodischen Verstimmungszuständen. In: WMW Nr. 4 vom 17.01.1920, 185–188, hier 185.

Militärdienst entziehen wollte. In den folgenden Verhandlungen wurde von der Verteidigung der Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes gestellt, die jedoch keine Störung ergab. F. F. wurde infolge zu drei Jahren schweren Kerkers verurteilt, die Strafe sollte er ab dem Zeitpunkt der Demobilisierung antreten. Daraufhin kam es zur fünften und letzten Desertion.²²⁵ In der anschließenden Hauptverhandlung kam deutlich zu Tage, dass F. F. schon seit seiner Lehrlingszeit einen starken Wanderdrang empfand, der ihn zum „Durchgehen“ bewegte.²²⁶ Von Seiten der Sachverständigen wurde vermerkt, dass er auf keine Weise versuchte, seinen Desertationsakt zu beschönigen oder Geisteskrankheit zu simulieren. Ein positives Bild lieferte ebenso die Konduiteliste. F. F. galt darin als *„ruhig, ernst, verschlossen gehorsam und willig, sein Verhalten vor dem Feinde wird als tapfer und pflichtgetreu bezeichnet“*. Die psychiatrische Untersuchung ergab, dass lediglich der *„Trieb zum Davongehen“* bestand. Deshalb kündigte F. F. oftmals nicht im Rahmen der Kündigungsfrist und verzichtete auf ausständigen Lohn. *„Arbeitsscheu“* war er deshalb jedoch nie. Nachdem er von seiner Wanderschaft zurückgekehrt war, nahm er umgehend wieder eine neue Stelle an. Das erste Gutachten kam zum Ergebnis, dass er bei den Desertionen unter *„unwiderstehlichem Zwang“* gehandelt hatte und sprach ihm somit die Zurechnungsfähigkeit für das Delikt ab, woraufhin die Verteidigung auf Freispruch plädierte. Die Wiederaufnahme des Verfahrens für alle früheren Prozesse wurde daraufhin beschlossen und schließlich das Militärsanitätskomiteegutachten angefordert.²²⁷

Für Pilcz handelt es sich hier um einen außergewöhnlichen Fall von Desertion. Seiner Erfahrung nach sind es meistens entweder *„Schwachsinnige“* oder kriminell veranlagte Personen, die zu dieser neigen. Letztere versuchen Unwissen zu den betreffenden Delikten vorzutäuschen und es auf psychische Störungen abzuwälzen. Bei F. F. war das nicht der Fall, da kein *„Schwachsinn“* und keine kriminelle Vorgeschichte vorlagen. Pilcz betonte das gute Verhalten während der Schulzeit und Konduite beim Militär. Eigens erwähnte er das tapfere Verhalten vor dem Feinde. In der Untersuchung traten keine Übertreibungen und Beschönigungen auf. Für Pilcz stand an diesem Punkt bereits fest, dass es sich um einen pathologischen Ursprung der Straftat handelte und zwar des *„krankhaften Wandertriebes“*.²²⁸ Er bestätigte damit das bestehende Gutachten, das die Zurechnungsfähigkeit des F. F. für die

²²⁵ Ebd., 185.

²²⁶ Ebd., 185f.

²²⁷ Ebd., 186.

²²⁸ Der krankhafte Wandertrieb wurde bereits vor den Ersten Weltkrieg diskutiert: Siegfried Maaß, Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb, ohne Dämmerzustand, im jugendlichen Alter (Leipzig 1910); Siehe auch: Wilhelm Stekel, Störungen des Trieb- und Affektlebens. Impulshandlungen: Wandertrieb, Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie und verwandte Zustände (Bd. 6, Berlin/Wien 1922).

angeschuldigten Delikte der Desertion aufhob, gleichbedeutend mit einem Freispruch. In der Begründung betont Pilcz nochmals, dass er *„tapfer vor dem Feinde seine Pflicht tut, der spontan bei Kriegsausbruch aus dem Auslande in die Heimat zurückeilte, um seiner Dienstpflcht zu genügen“*. Keineswegs fanden sich bei ihm Züge eines Übertreibers oder Simulanten.²²⁹

F. F. desertierte fünf Mal, was einen Treuebruch und eine Pflichtverletzung darstellte. Dennoch gelang es, ihn von der Schuld freizusprechen. Dazu nutzte man positive Zuschreibungen, die man in seinem Fall schon im „braven Schüler“ fand, obwohl er keine herausragende Anwesenheit vorzuweisen hatte, wie aus dem Bericht hervorgeht. Seinen Lehrberuf unterbrach er häufig durch seine „Wanderungen“, war aber trotzdem „arbeitsam“, denn er bemühte sich stets rasch um eine Arbeitsstelle. Damit fand man in F. F. die Eigenschaft der Arbeitsamkeit wieder. Ohne Vorstrafen rückte er schließlich zum Militär ein, seine Wehrfähigkeit wird im gesamten Referat von Pilcz kein einziges Mal diskutiert oder offen in Frage gestellt. Nach seiner zweiten Desertion kehrte er mit Beginn des Ersten Weltkriegs freiwillig zurück. Pilcz nutzte dieses Ereignis, um F. F. als pflichtgetreuen Soldaten darzustellen, der seiner Dienstpflcht folgte. Damit spielt eine Charaktereigenschaft eine zentrale Rolle, die bereits in den ärztlichen Nachrufen ein wichtiger Bestandteil des Männlichkeitsbildes war. Die Pflichttreue wirkt hier zu Gunsten des Deserteurs. Darüber hinaus finden sich in der Konduiteliste und von Seiten der Sachverständigen, die F. F. zuvor untersucht hatten, reichlich positive Zuschreibungen im Sinne idealer Männlichkeit. Er war kein Simulant und verhielt sich gegenüber dem Feind tapfer. Dennoch haftete ihm der Anti-Typ des Deserteurs an. Pilcz sah in F. F. jedoch einen Sonderfall, der nicht mit anderen Formen der Desertion übereinstimmte. Durch die Gleichzeitigkeit von negativen und positiven Männlichkeitszuschreibungen zeigt der Fall auf anschauliche Weise die Veränderung der Handlungsräume von Männlichkeiten. Einzelne Verfehlungen, einem Idealbild nicht zu genügen, waren kein sofortiger Grund zur Ausgrenzung aus der Sphäre des Männlichen. Der normale Mann, den F. F. verkörpert, besteht somit nicht als Abbild eines singulären „echten Mannes“, sondern aus Teilobjekten. Es bestand somit keine klar abgegrenzte Männlichkeit, sondern ein höheres Maß an Flexibilität. So konnte F. F. trotz 5-facher Desertion von allen Delikten freigesprochen werden. Er ging aus den Akten als „tapferer Deserteur“ hervor.

²²⁹ Pilcz, Wiederholte Desertion, 186f.

Der feige Offizier

Der zweite Fall berichtet von O. T., einem Offizier, der während eines Angriffs eigenmächtig den Befehl zum Rückzug erteilte.²³⁰ Die Argumentation fällt im Vergleich zur Begebenheit des F. F. gänzlich anders aus. Noch bevor Pilcz sich ein persönliches Bild machte, konnte er den Akten entnehmen, dass O. T. aus einer stark belasteten Familie, besonders im Bereich der Nerven- und Geisteskrankheiten, stammte. Zudem war er seit *„jeher nervös, weichlich, prahlerisch, als Zögling wegen hysterischer Anfälle in militärärztlicher Behandlung, als Offizier aus nichtigem Anlässen marodierend“*. Kurz nach dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs wurde O. T. am *„Oberschenkel leicht verwundet“* und verblieb längere Zeit aufgrund von *„Nervenschwäche“* im Spital. Es folgte eine Beurlaubung bis April 1915, währenddessen drohte ihm bereits ein Verfahren wegen *„ungerechtfertigten Marodierens“*, weshalb er sich schlussendlich freiwillig zurück ins Feld meldete.

Am 15. Mai 1915 nahm O. T. an einem Gefecht teil, in dem er einen Vormarsch und Sturmangriff anführen sollte. Dem Befehl vorzurücken leistete er nicht sogleich Folge, sondern erst nach wiederholter Aufforderung seines Vorgesetzten. Nur langsam kam er der Anweisung nach. Als es zum Sturmangriff kommen sollte, befahl O. T. eigenmächtig den Rückzug und ergriff als erster die Flucht in Richtung Hilfsplatz. Danach lieferte er sich selbst in die nächste Sanitätsanstalt ein und wurde mit der Diagnose *„Hysterisch-neurasthenischer Zustand“* ins Garnisonsspital überstellt. Kurz darauf wurde O. T. unter Feldarrest gestellt, wo er während eines feindlichen Angriffs zusätzlich einen *„Nervenschock“* erlitt und zwei Tage lang nicht vernehmungsfähig war.²³¹

Es folgten mehrere Verhöre, in denen die Darstellungen seitens des angeklagten Offiziers inhaltlich stark variierten. Im ersten Verhör fielen besonders die zahlreichen Ausflüchte auf. O. T. verwies häufig auf seine psychische Belastung und Nervosität. Dazu kamen etliche Erinnerungslücken. Er wurde daraufhin wieder ins Garnisonsspital gebracht, wo er ebenso von seinen *„nervösen Zuständen“* erzählte sowie *„ungeschickt und mit geringer Ausdauer“* versuchte Geistesstörungen zu simulieren. Das erste Gutachten fiel mit der Diagnose *„psychopathische Minderwertigkeit“* aus und attestierte O. T. eine *„verminderte Zurechnungsfähigkeit“*. Geistige Krankheit oder Schwäche konnten aber ausgeschlossen werden. Zudem schienen die Erinnerungslücken *„medizinisch unglaubwürdig“*.²³² In der Hauptverhandlung gab der Angeklagte an, aufgrund des Artilleriefeuers in einen

²³⁰ Alexander Pilcz, Feigheit vor dem Feinde. Psychopathische Minderwertigkeit. Fraglicher Geisteszustand. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1117–1120.

²³¹ Ebd., 1117.

²³² Ebd., 1117f..

Dämmerzustand verfallen und erst am Tag nach dem Gefecht wieder zu sich gekommen zu sein. Das Gericht sprach O. T. daraufhin frei. Der Militäranwalt legte jedoch Berufung ein, womit er Erfolg hatte. Es wurden eine neuerliche Verhandlung sowie Sachverständigengutachten angeordnet. Dies endete ebenfalls mit dem Freispruch des Angeklagten. Grundlage war abermals der stattgefundene Beschuss durch Artillerie, der laut militärischem Sachverständigen zu Unzurechnungsfähigkeit führen konnte. Der Militäranwalt legte abermals Einspruch ein, woraufhin ein Militärsanitätskomiteegutachten angefordert wurde.²³³

An dieser Stelle begann Pilcz' persönliche Exploration des Falles. Im Gespräch bekommt er von O. T. den Eindruck eines „*zappelig-fahrigen Wesens*“, stets „*zupft und nestelt*“ dieser an Handschuhen oder Bart herum und ist leicht schreckhaft. Einmal versuchte er einen Tobsuchtsanfall zu simulieren, gab das Vorhaben jedoch bald auf. Wie schon aus den Akten bekannt, sprach er häufig seine neurasthenische Veranlagung an, versuchte Pilcz von seiner Schlachtbegeisterung zu überzeugen, äußerte dahingegen jedoch den Wunsch, eine Stellung im militärgeographischen Institut zu erhalten.²³⁴

Das von Pilcz ausgestellte Gutachten stimmt mit den vorherigen überein. Andauernde Geisteskrankheit konnte ausgeschlossen werden, O. T. litt lediglich an einer „*psychopathischen Minderwertigkeit schweren Grades*“. Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit stellte sich als schwieriger heraus. Zur Beantwortung dieser verwies Pilcz auf die Simulationsversuche und „*aus der Vorgeschichte erhellende allgemeine Charakterbeschaffenheit des Angeklagten*“. Er kam zum Schluss, dass es keinen Anlass zur Annahme gab, O. T. sei zum Zeitpunkt des Rückzugs unzurechnungsfähig gewesen. Es lag zwar eine Angstreaktion vor, jedoch stellte diese keine ausreichende Bewusstseinsstörung dar, um einen Freispruch zu gestatten.²³⁵

Anders als bei F. F., dessen Gutachten trotz 5-facher Desertion auf einen Freispruch plädierte, erhielt O. T. ein gnadenloses Urteil der Sachkundigen. Dabei spielte der Charakter des angeklagten Offiziers eine maßgebliche Rolle, da Pilcz diesen als Indiz für dessen Glaubwürdigkeit heranzieht. Besonders die Eigenschaft „*weichlich*“ steht im Gegensatz zur hegemonialen Männlichkeit nach Schmale. Bemerkenswert ist im Fall von O. T. auch dessen Spitalsaufenthalt, der im Bericht als „*negativ lange*“ bezeichnet wird. Die darüber bestehende

²³³ Ebd., 1118.

²³⁴ Ebd., 1118f.

²³⁵ Ebd., 1119f.

Auffassung als schlechter Einfluss auf den männlichen Charakter wurde bereits erwähnt.²³⁶ Bei der Betrachtung der militärischen Karriere mangelt es ebenfalls an positiven Zuschreibungen. O. T. wird als von Beginn an ungehorsamer Offizier beschrieben, der bei kleinstem Anlass marodierte. Der Begriff des Marodeurs trägt dabei seinen Teil bei, denn er transportiert das Bild eines „untüchtigen Soldaten“²³⁷. Hinzu kamen Ungehorsam, Feigheit und der Bruch der Pflichttreue. Letzteres lag natürlich bei F. F. ebenfalls vor. Jedoch fanden sich bei diesem keinerlei Simulationstendenzen, bei O. T. hingegen schon, womit ihm die negative Zuschreibung des Simulanten anfiel. Aufgrund einer differenzierten Argumentationsstrategie bei den Männlichkeitszuschreibungen erwartet ihn nicht das Schicksal eines „tapferen Deserteurs“, sondern jenes eines „feigen Offiziers“.

²³⁶ Jellinek, Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge, 231.

²³⁷ „Marode“, „Marodieren“. „In allen Armeen untersagt und verboten.“ In: *Grimm, Grimm*, Deutsches Wörterbuch.

3. Kapitel: Die Kriegsbeschädigten und ihre Krise der Männlichkeit

Bei der Untersuchung des medizinischen Spezialdiskurses stellte sich rasch heraus, dass besonders eine Gruppe von Männern mit dem vorherrschenden Männlichkeitsideal, besonders in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, in Konflikt stand: die Kriegsbeschädigten. Sie hatten neben den gesunden Soldaten, die ebenfalls mit dem Problem konfrontiert waren, sich in der ihrer neuen sozialen Umgebung zurecht finden zu müssen, besondere Anpassungsschwierigkeiten.²³⁸ Die bisher diskutierten Eigenschaften trafen nicht beziehungsweise nur in eingeschränkter Weise auf sie zu, weshalb sie nicht eindeutig dem Bereich von normaler Männlichkeiten zugeordnet werden konnten. Kriegsbeschädigte stellten eine deviante Gruppe dar, jedoch konnte man in diesem Fall nicht wie bei etablierten Anti-Typen agieren und sie schlicht aus der Gesellschaft verdrängen. Das lag zum einen an der großen Zahl der Kriegsheimkehrer mit langfristigen Verwundungen, körperlich wie psychisch.²³⁹ Eine so große Anzahl von Menschen konnte man nicht einfach „wegsperrn“, sie mussten in die Gesellschaft zurückgeführt werden.²⁴⁰ Zum anderen haftete den Kriegsbeschädigten hohe Achtung an. Sie waren diejenigen, die im Krieg an vordersten Front gekämpft und opferbereit für die Heimat agiert hatten. Ihre Verwundung war dementsprechend Ausdruck der Treue und Hingabe. Es verwundert also nicht, dass sich die Medizin schon im Jahr 1918 ausgiebig mit den Leiden und Problemen von Kriegsbeschädigten auseinandersetzte, dies sogar als zu leistende Pflicht erachtete.

3.1. Die Leiden der Kriegsbeschädigten

Die Diskussionen über Kriegsbeschädigte finden sich im medizinischen Diskurs in den unterschiedlichsten Fachrichtungen, angefangen von Chirurgie und Orthopädie über Psychiatrie hin zu Gynäkologie. Ein Großteil der medizinischen Welt beschäftigte sich nach dem Ersten Weltkrieg mit den auf permanent geschädigten Heimkehrern. Bei den verbleibenden Einschränkungen handelte es sich um medizinische Zustände, die das weitere Leben des Patienten qualitativ verschlechterten. Lähmungen und Versteifungen zählten zu den häufigsten Leiden, knapp 83.000 der Kriegsbeschädigten waren davon befallen. Auf die psychischen Störungen entfielen 11.577 Patienten. Dazu kamen 36.917 Fälle von äußeren

²³⁸ *Hofer*, Krieg und Nervenschwäche, 367.

²³⁹ Für April 1922 war die Zahl der Kriegsbeschädigten, die einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 15% unterlagen, auf 126.761 gestiegen. Diese Zahl dürfte in den darauffolgenden Monaten aufgrund ausständiger Anerkennungsanträge weiter gestiegen sein. *Pawlowsky, Wendelin*, Wunden des Staates, 482.

²⁴⁰ Rückführung in die Gesellschaft war ein ausgesprochenes Ziel der Invalidenfürsorge. *Obrowsky*, sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien, 106.

Verletzungen wie Körperverletzungen und Schäden an den Extremitäten.²⁴¹ Der Chirurg Ernst Eitner sprach in diesem Zusammenhang von einer empfindlichen Verminderung des „*Lebenserfolgs und Lebensglücks*“ der Versehrten.²⁴² Die Leiden der Kriegsbeschädigten, die besonders im Fokus der Mediziner standen und so den Diskurs dominierten, waren in erster Linie die körperlichen Verletzungen. Damit gerieten zu einem großen Teil diejenigen Kriegsheimkehrer in den Blick der Ärzte, die ein oder mehrere Körperteile während des Krieges verloren hatten. Eugen Schultze berichtete dazu 1919 über Amputationen während des Krieges. Er nannte „*gewaltige Zertrümmerungen mit schwerster Gewebsläsion, foudroyante Gasgangrän*“²⁴³ und „*Knochenzertrümmerungen mit schwerer, nekrotisierender Eiterung*“ als Gründe für einen solchen Eingriff. Bei feuchtem Wetter, Schultze beschrieb mit Lehm und Schmutz bedeckte Verwundete, kamen Tetanusinfektionen dazu. Bei etwa 12.000 Verwundeten eines Feldlazarettes wurden so 50 Amputationen durchgeführt, kleinere Eingriffe nicht mitgezählt.²⁴⁴ Dazu kamen tausende Fälle von Nervenverletzungen durch Schussverletzungen oder Granatsplitter. Hans Spitzzy zählte für den Beginn des Jahres 1919 insgesamt 4000 bis 5000 Fälle im Wiener Reservespital, damit über ein Viertel aller orthopädischen Patienten des Spitals.²⁴⁵ Fehlende oder funktionseingeschränkte Beine und Arme, ebenso Gesichtsverletzungen, die eine Entstellung bewirkten, bedeuteten in erster Linie eine Behinderung im Beruf und somit eine Erwerbseinbuße. Die Arbeitsfähigkeit der Kriegsbeschädigten nahm deshalb den wichtigsten Stellenwert in den Diskussionen ein. Im Zuge dieser kam es zu einer engen Zusammenarbeit mit der staatlichen Invalidenfürsorge. Adolf Deutsch vom Wiener Invalidenamt führte in der Wiener Medizinischen Wochenschrift hitzige Debatten zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit von Kriegsbeschädigten. Medizinische Gutachten waren dabei ein wichtiger Teil und um diese zu gewährleisten, veröffentlichte Deutsch 1920 eine Broschüre als „*Anleitung zur Feststellung verminderter Erwerbsfähigkeit*“. Sie sollte als Grundlage für jede Begutachtung von Kriegsbeschädigten dienen und richtete sich an die Begutachtungskommission, die aus dem Vertrauensarzt des Kriegsbeschädigten, Amtsarzt und Facharzt bestand. Hierin lag ein Versuch, die Rolle des Arztes als Begutachter in klaren Formen festzulegen. Im Gegensatz zu früheren Tabellen zur Erwerbsunfähigkeit inkludierte diese nun auch Erkrankungen und deren Folgezuständen, somit nicht nur physische Verletzungen. Dazu arbeitete Deutsch mit Durchschnittszahlen, die von einigen

²⁴¹ Die Kriegsbeschädigtenzählung vom 31.3.1918 gibt Aufschluss über die Arten der Kriegsverletzungen. Nach Pawlowsky, *Wendelin*, Wunden des Staates, 479.

²⁴² Ernst Eitner, Gesichtsplastiken an Kriegsverletzten. In: WMW Nr. 5 vom 25.01.1919, 245–254, hier 245.

²⁴³ Plötzlich auftretender Gasbrand, wobei es sich um eine nekrotisierende Infektion handelt.

²⁴⁴ Eugen Schultze, Asepsis und Amputationen im Kriege. In: WMW Nr. 9 vom 22.02.1919, 459.

²⁴⁵ Hans Spitzzy, Nervenoperationen nach Kriegsverletzungen. In: WMW 2 vom 03.01.1920, 81–86, hier 81.

ÄrztKollegen teilweise scharf kritisiert wurden.²⁴⁶ Denn das Hauptproblem bestand in der Bemessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit. Die Verminderung wurde in Prozenten angegeben, je nach Invalidenentschädigungsgesetz wurde der Kriegsbeschädigte dann eingestuft. Der Faktor der „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) diente folglich zur Berechnung der Rente, die dem Kriegsbeschädigten zustehen sollte. Ein Anspruch bestand ab einer MdE von 15%, Vollrente konnte ab 75% bezogen werden. Dazwischen existierten sechs verschiedene Stufen, ständig Pflegebedürftige erhielten einen Hilflosenzuschuss. Der Kern dieses Maßstabs war die Beurteilung der Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.²⁴⁷ Karl Meixner forderte den Ausschluss leichter Kriegsbeschädigten, da seiner Erfahrung nach die Mehrzahl dieser, besonders Arbeiter und Handwerker, meist wenige Jahre nach der Verwundung wieder voll erwerbsfähig seien.²⁴⁸ Die Herausforderung bestand in der großen Zahl und Unterschiedlichkeit der Kriegsbeschädigten und ihrer Leiden.

Aus dem medizinischen Diskurs geht als Hauptproblem die verminderte Arbeitsfähigkeit der verwundeten Heimkehrer hervor. Kriegsneurosen sowie physische Verletzungen schränkten die Kriegsbeschädigten in ihrer Erwerbsfähigkeit ein. Damit konnten sie eine der essentiellen Eigenschaften vorherrschender Männlichkeiten nicht uneingeschränkt erfüllen. Zudem führte das Fehlen von Gliedmaßen zu einer differenzierten Wahrnehmung innerhalb der Gesellschaft, denn ein „ganzer Mann“ war somit nicht mehr vorhanden. Die Medizin nahm es sich in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg zur Aufgabe, diese Probleme zu mindern. „Heilung“ war jedoch in solchen Fällen nicht möglich, ein fehlendes Bein konnte nicht geheilt, sondern nur ersetzt werden. Das Resultat sollten weitläufige Normalisierungstendenzen sein, die es zum Ziel hatten, den Kriegsbeschädigten aus dem Feld des Devianten in das des Normalen zu verschieben.

3.2. Die Normalisierung²⁴⁹ der Kriegsbeschädigten

Die langfristige Behandlung der eben geschilderten Leiden von Kriegsbeschädigten stellte sich keineswegs als einfach heraus. Die Medizin stand vor dem Problem, dass eine vollkommene Heilung meistens nicht möglich war. Das galt besonders bei körperlichen Schädigungen wie Amputationen. Da eine Heilung, im Sinne der Wiederherstellung des

²⁴⁶ Adolf Deutsch, Zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1121–1124, hier 1121f.

²⁴⁷ Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 232–236.

²⁴⁸ Karl Meixner, Entgegnung zu Deutsch, Zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1124f.

²⁴⁹ Normalisierung wird hier im soziologischen Sinne verwendet, also die Anpassung an die Normalität des menschlichen Lebens.

Ursprungszustandes, schlichtweg nicht zu erfüllen war, zielte die Behandlung der Kriegsbeschädigten auf eine erfolgreiche Annäherung der Patienten an den „Normalzustand“.

Im Juni 1919 veröffentlichte die Wiener Medizinische Wochenschrift einen Beitrag des ehemaligen Landsturmoberarztes Franz Riedl über die Dauerbehandlung der Invaliden.²⁵⁰ Nach der Erstbehandlung der Kriegsbeschädigten in militärischen Anstalten durfte der Weg der Behandlung nicht enden. Zum einen konnte eine weitere Besserung des Zustandes bewirkt werden, zum anderen musste zumindest eine Verschlechterung verhindert werden. Dies konnte nur durch eine langzeitige Nachbehandlung geschehen. Dazu rief Riedl die „*Dankesschuld*“ und „*moralische Verpflichtung*“, aber auch „*amtliche Verpflichtung*“ der zuständigen Stellen an.²⁵¹

Teile der Ärzteschaft bereiteten sich dementsprechend auf die gesonderte Behandlung von Invaliden vor. Das Sanitätsdepartement der niederösterreichischen Landesregierung legte 1919 einen eigenen Tarif für die Behandlung von Kriegsbeschädigten fest. Dieser fand sich im Einklang mit dem Invalidenentschädigungsgesetz. Wollten Ärzte Kriegsbeschädigte behandeln, mussten sie sich zuerst diesem Tarif unterstellen. Aus ärztlicher Perspektive bemühte man sich besonders um die Durchsetzung einer freien Ärztewahl. Die Kriegsbeschädigten konnten so frei entscheiden, bei welchem Arzt sie sich in Behandlung begeben wollten.²⁵² Nachdem das Volksgesundheitsamt²⁵³ und die involvierten Kriegsbeschädigtenorganisationen ihre Zustimmung gegeben hatten, wurde die freie Ärztewahl für Kriegsbeschädigte gänzlich anerkannt.²⁵⁴ Es existierten weiterhin einige Bedingungen. Zum einen musste es sich um einen Arzt handeln, der sich dem Tarif zur Kriegsbeschädigtenbehandlung unterstellt hatte. In einem Aufruf in der Wiener Medizinischen Wochenschrift im Oktober 1919 wurden die Ärzte, die sich zur Kriegsbeschädigtenbehandlung bereiterklären wollten, zur Meldung beim Zentralärzterat angehalten. Das auf diesem Wege erstellte Verzeichnis sollte an die Regierung und die

²⁵⁰ Der Beitrag wurde 8 Monate vor der Veröffentlichung eingereicht und entstand unter anderen wirtschaftlichen und politischen Umständen, wie Riedl selbst anmerkt. Zum Zeitpunkt der Publikation 1919 fügte er hinzu, dass der Beitrag nicht an Aktualität verloren hätte, das Gegenteil wäre der Fall. Franz Riedl, Dauerbehandlung der Verletzungsfolgen. In: WMW Nr. 25 vom 14.06.1919, 1226–1231.

²⁵¹ Riedl, Dauerbehandlung, 1229.

²⁵² Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens. In: WMW Nr. 35 vom 23.08.1919, 1729f. Zum Verfahren und erneuten medizinischen Begutachtung siehe Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 328–333.

²⁵³ Die Versorgung der Kriegsbeschädigten stellte eine der größten Herausforderungen für das Volksgesundheitsamt dar, größtenteils unter Julius Tandler. Obrowsky, sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien, 89–94.

²⁵⁴ An die Ärzteschaft! In: WMW Nr. 42 vom 11.10.1919, 2061.

Vertreter der Kriegsbeschädigten übermittelt werden.²⁵⁵ Zwei Monate später erfolgte die Verlautbarung über die zahlreichen Meldungen vieler Ärzte zur Invalidenbehandlung.²⁵⁶ Außerdem war eine weitere Voraussetzung die regionale Nähe. Lag eine zu große Distanz zum Patienten vor, konnte der Arzt das als Begründung zur Ablehnung der Behandlung vorbringen. Bei dem behandelnden Arzt durfte es sich ebenso nicht um den Kontrollarzt des zuständigen Invalidenamtes handeln. Darüber hinaus musste jeder Arztwechsel beim Invalidenamt beantragt werden.²⁵⁷

Im Frühjahr 1920 nahm die Behandlung der Kriegsbeschädigten erste Formen an. Mittlerweile war die Zahl der Ärzte bekannt, die sich bereit erklärt hatten beziehungsweise gesetzlich verpflichtet waren, Kriegsbeschädigte zu behandeln.²⁵⁸ Insgesamt standen 530 Mediziner zur Verfügung, davon waren 152 für Spezialbehandlungen qualifiziert, die restlichen 378 waren Allgemeinmediziner.²⁵⁹ Bei etwa 100.000 Kriegsbeschädigten²⁶⁰ hätte das eine Aufteilung von zirka 189 Patienten pro Arzt bedeutet. Dabei lässt man jedoch noch außer Acht, dass der überwiegende Anteil der Kriegsbeschädigten Bedarf an Spezialbehandlung beispielsweise in Form von orthopädischer Betreuung hatte.²⁶¹ In Spezialfällen der internen Medizin und Chirurgie zog man entsprechende Fachärzte ohnehin lediglich als Konsiliarärzte hinzu, da die Grenze zwischen Allgemeinmedizin und Fachmedizin schwierig zu ziehen war.²⁶² Mit 530 Kollegen im Bereich der Invalidenbehandlung schätzen sich die Ärzte nichtsdestotrotz gut gerüstet ein, sie rechneten nicht mit einer hohen „Zahl der in Betracht kommenden Invaliden“. Diese Feststellung erscheint verwunderlich, da bereits zwei Jahre zuvor Zählungen der Kriegsbeschädigten und ihrer Leiden vorlagen. Franz Riedl stellte schon 1918 fest, dass die Zahl der an Nachbehandlung Bedürftigen groß sein würde, jedoch merkte er an, dass manche Kriegsbeschädigte nur widerwillig weitere Behandlungen zulassen würden. Als Gründe nannte er Bequemlichkeit, Überdruß oder Furcht vor Rentenherabsetzung, wobei gerade letzteres einen entscheidenden Beitrag zur geringen Zahl der Nachbehandlungen beigetragen haben dürfte. Das war auch für Andreas Pum Grund genug, den Arztbesuch zu vermeiden,

²⁵⁵ Ebd., 2061.

²⁵⁶ Invalidenbehandlung. In: WMW Nr. 51 vom 13.12.1919, 2493.

²⁵⁷ Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens. 1729f.

²⁵⁸ In einem Erlass der niederösterreichischen Regierungen wurden beispielsweise 1920 städtische Bezirks- und Armenärzte sowie die Gemeindeärzte, als Organe des öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet, Kriegsbeschädigte unter dem entsprechenden Tarif zu behandeln. Erlaß der Landesregierung betreffend die Kriegsbeschädigtenbehandlung. In: WMW Nr. 37/38 vom 11.11.1920, 1571f., hier 1572.

²⁵⁹ E. Ruff, Invalidenbehandlung. In: WMW Nr. 22 vom 22.05.1920, 1001f., hier 1001.

²⁶⁰ Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 482.

²⁶¹ Kriegsbeschädigtenzählung vom 31.3.1918. Nach Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 479.

²⁶² Ruff, Invalidenbehandlung, 1001.

denn das hätte ihm seine Lizenz als Leierspieler kosten können. Zudem hegte er ein „*berechtigtes Mißtrauen gegen die Doktoren*“.²⁶³

Aus diesen Gründen schlug Riedl eine obligatorische ärztliche Überprüfung der Notwendigkeit einer Nachbehandlung vor. So könnte zudem ein überflüssiger finanzieller Aufwand vermieden werden.²⁶⁴ Diese wurde zu einem gewissen Grad im Invalidenamt realisiert. Zwar herrschte freie Ärztwahl für die Kriegsbeschädigten, doch mussten sie sich zuvor einer Untersuchung durch den Invalidenarzt unterziehen. Dieser entschied, ob beim auftretenden Leiden ein Zusammenhang zur Kriegsverletzung bestand und eine Behandlung durch einen Allgemeinmediziner oder Spezialisten notwendig war. Der obligatorische Charakter fiel hingegen weg. Erst an diesem Punkt erhielt der Kriegsbeschädigte das Verzeichnis der in Frage kommenden Invalidenbehandlungsärzte und konnte sich in medizinische Obhut begeben. Die auf diese Weise organisierte Invalidenbehandlung sollte zudem eine Entlastung der Ambulatorien zur Folge haben, in erster Linie auf den verschiedenen Gebieten der Spezialbehandlungen. Gleichzeitig stand neben dem für die Ärzteorganisation wichtigen Topos der freien Ärztwahl ein weiterer Beweggrund. Die Behandlung der kriegsbeschädigten Heimkehrer wurde als „*Abtragung einer Dankesschuld an jene [...], die in diesem Kriege an ihrer Gesundheit gelitten haben*“ gehandhabt.²⁶⁵

Kurze Zeit nach der Verlautbarung über die gemeldeten Ärzte zur Invalidenbehandlung folgten Instruktionen an die entsprechenden Stellen, in erster Linie praktische Ärzte und Spezialärzte, aber auch städtische Bezirks- und Armenärzte, Gemeindeärzte, öffentliche Krankenanstalten sowie Apotheker. Den Anweisungen lagen Rezeptblöcke und Korrespondenzkarten zur Meldung des in Behandlung befindlichen Kriegsbeschädigten, sowie Formulare zur Honorarrechnung bei.²⁶⁶ Wie aus einem Erlass der niederösterreichischen Landesregierung hervor geht, war die Zuweisung und Übernahme von Kriegsbeschädigten in Spitals- und ärztliche Behandlung ein Desiderat, ebenso wie die Versorgung der Patienten mit Prothesen und anderen orthopädischen Behelfen. Die Invalidenbehandlung sollte geordnet und reibungslos funktionieren, „*unliebsame Störungen in der Behandlung der Kriegsbeschädigten*“ waren zu vermeiden. Als gesetzliche Grundlage galt stets das Invalidenentschädigungsgesetz vom 25. April 1919.²⁶⁷ Damit wäre das organisatorische Fundament für eine langzeitige, medizinische Behandlung der Kriegsbeschädigten gegeben gewesen.

²⁶³ Roth, Rebellion, 37f.

²⁶⁴ Riedl, Dauerbehandlung, 1229.

²⁶⁵ Ruff, Invalidenbehandlung, 1002.

²⁶⁶ Notiz zur Kriegsbeschädigtenbehandlung. In: WMW Nr. 28 vom 03.06.1920, 1283f.

²⁶⁷ Erlaß der Landesregierung betreffend die Kriegsbeschädigtenbehandlung, 1571f.

Wiederherstellung des „ganzen Mannes“

Die Zählung der Kriegsbeschädigten 1918 ergab, dass mindestens 17.000 der Heimkehrer schwere Schädigungen oder Amputationen der Extremitäten vorwiesen. Dazu kommen 19.000 weitere Invalide der Kategorie „allgemeine Körpervverletzungen“, worunter unter anderem schwere Gesichtsverletzungen fielen, die mitunter ebenfalls durch Prothesen behandelt werden sollten.²⁶⁸ Die Herausforderung an die Medizin lag in der bestmöglichen Wiederherstellung der Patienten. Ziel war eine vollständige Reintegration in die Gesellschaft. Nun stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Kriegsbeschädigten samt ihrer gravierenden Verletzungen zu den vorherrschenden Vorstellungen von idealer Männlichkeit standen. Weder konnten sie die Vorstellung des „ganzen Mannes“ im körperlichen Sinne, nach einem griechischen Idealkörperbild, erfüllen, noch waren sie in der Lage, die so wichtige Eigenschaft der „Arbeitsamkeit“ zu besitzen, man möchte sagen zu „verkörpern“. Die Medizin stand vor einer großen Herausforderung. Da von einer Heilung in diesem Falle nur eingeschränkt die Rede sein kann, liegt besonders bei der Behandlung von Extremitätenverlust oder Deformierungen des Körpers mehr als in anderen Gebieten ein Normalisierungsbestreben der Beschädigten vor. Als Maßstab für die Normalisierung diente stets ein Faktor: Erwerbsfähigkeit. Die Kriegsbeschädigtenbehandlung bedeutete zum einen die Wiederherstellung der Körperlichkeit, zum anderen die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Bei der hier ausgeführten Gruppe von Invaliden sollte das Mittel zum Erfolg die Prothese sein.

Monate vor und direkt nach dem Ende des Ersten Weltkriegs herrschte großer Optimismus hinsichtlich der Behandlung dieser Kriegsbeschädigten. Etliche Kongresse hatten die physischen Verletzungen, orthopädischen Behandlungen und den Einsatz von orthopädischen Behelfen zum Inhalt.²⁶⁹ Die folgenden Jahre sahen ein hohes Interesse am Einsatz von Prothesen. Die Mediziner schienen überzeugt, dass die künstlichen Körperteile die Funktion der ursprünglichen gänzlich ersetzen könnten. Regelmäßig erschienen Berichte über die erfolgreiche Anwendung mit erstaunlichen Ergebnissen. Auf einem Kongress für Kriegsbeschädigtenfürsorge, über den im Jänner 1919 berichtet wurde, trafen in der Generalversammlung des Vereins „Technik für die Kriegsinvaliden“ Ärzte und Ingenieure zum Austausch über die neusten Entwicklungen im Prothesenwesen zusammen.²⁷⁰

²⁶⁸ Nach Pawlwosky, Wendelin, Wunden des Staates, 479.

²⁶⁹ Beispielsweise der Kongress für Kriegsbeschädigtenfürsorge in Wien vom 16.-19. September 1918, über den unter anderem in der WMW Nr. 46 vom 16.11.1918 berichtet wurde.

²⁷⁰ Bericht: Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 3 (16.-19. September 1918). In: WMW Ausgabe Nr. 3 vom 11.01.1919, 161–165.

Demonstriert wurde beispielsweise eine fingerlose Hand, die ihren Träger wieder arbeitsfähig machen sollte.²⁷¹ Ebenfalls diskutiert wurden Gesichtsprothesen. In leichteren Fällen von Gesichtsverletzung reichten mitunter chirurgische Eingriffe, um den Defekt zu beseitigen. Dabei handelte es sich um kosmetische Eingriffe, denen nichtsdestotrotz ein bedeutender Stellenwert zugerechnet wurde. Plastische Operationen sollten den Kriegsbeschädigten „wieder zu einem menschlichen Aussehen verhelfen“. Die Notwendigkeit eines solchen Eingriffes begründete der Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Wiener Neustädter Kriegsspitals Ernst Eitner mit dem Argument, dass „in vielen Berufen ein entstellender Gesichtsdefekt seinem Träger ebenso im Fortkommen hinderlich sein kann, wie der Mangel einer Extremität oder dergleichen.“ Zweifelsohne war die Wiederherstellung gefordert, denn die Kriegsbeschädigten hatten sich ihr Recht darauf im Schlachtfeld erkämpft. Als größte Herausforderung an die plastische Chirurgie stellten sich Nasenplastiken heraus. Im Beitrag Eitners finden sich 10 Illustrationen von Gesichtsdefekten, die den Erfolg des chirurgischen Eingriffes zeigen. Bei den Patienten handelte es sich um Verwundete, deren Gesichtspartien beinahe gänzlich zerstört worden waren, viele durch Spreng- oder Brandwirkung. Erfolgreiche chirurgische Eingriffe beseitigten diese Defekte beinahe zur Gänze. Bei schweren Fällen von Gesichtsverletzungen stieß die Chirurgie jedoch an ihre Grenzen und machte den Einsatz eines künstlichen Ersatzes erforderlich. Auf dem Gebiet der Gesichtsprothesen konnte Karl Henning bedeutende Ergebnisse vorzeigen.²⁷² Seine „Henning-Prothese“ beabsichtigte ebenso wie andere Prothesen, die Arbeitsfähigkeit der Kriegsinvaliden wiederherzustellen, denn darin lag für Henning eine „volkswirtschaftliche Notwendigkeit“. Es sei aber ebenso eine „ethische Pflicht, die nicht gering gewertet werden darf“, den Patienten den „Anspruch auf Lebensfreude zu gewährleisten“. Durch die Henning-Prothese sollte all dies erfüllt werden, durch Verletzungen hervorgerufene Entstellungen wurden restlos abgedeckt. Es handelte sich in der Tat um eine kosmetische Prothese, die sich elastisch an die Gesichtsmuskeln anpasste. Ihre „Vollkommenheit“, so Henning, sollte mit der „Intelligenz ihres Trägers“ wachsen.²⁷³ Damit spricht er in erster Linie die Aufgabe der Pflege und Instandhaltung der Prothese an, denn diese lag stets bei den Kriegsbeschädigten und nicht im Zuständigkeitsbereich der Mediziner oder des Staates. Neben Ausführungen über den technischen Fortschritt und die medizinischen Erfolge brachte der Kongress bereits erste Probleme des Prothesenwesens zu Tage. Nach vier Jahren Krieg fehlte es an den

²⁷¹ Ebd., 165.

²⁷² Henning stellte die von ihm entwickelte Prothese erstmals im Jahr 1903 vor, besonders im Ersten Weltkrieg erkannte man ihren großen Nutzen. Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 3, 165; Hermann A. Hienz, Schriftsteller-Lexikon der Siebenbürger Deutschen (Köln 2000) 75f.

²⁷³ Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 3, 165.

notwendigen Ressourcen zur Herstellung. Insbesondere Leder war zur Mangelware geworden und drohte die Prothesenproduktion einzuschränken. Als Rationalisierungsmaßnahme wandte man sich einem günstigeren Material zu: Holz. Damit sollten die rein kosmetischen Komponenten, beispielsweise die Hülsenteile der Unterschenkel bei Beinprothesen, aus dem Ersatzstoff maschinell und massenhaft hergestellt werden. Daraus versprach man sich einige Vorteile, vor allem die rasche Produktion und Auslieferung der Prothesen.²⁷⁴

Einen großen Nutzen für die Wiederherstellung der Kriegsbeschädigten erwartete man sich besonders von mechanischen Prothesen. Diese sollten dem Träger durch einen zusätzlichen Schultergurt mehr Kontrolle erlauben. Auf solchem Wege konnten beispielsweise Beinprothesen im Gelenk gestreckt beziehungsweise gebeugt werden. Der Kriegsbeschädigte sollte dadurch ohne Unterstützung stehen, sowie die Füße besser bewegen können als bei herkömmlichen Prothesen.²⁷⁵ Bewegliche Prothesen versprachen selbstverständlich eine bessere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und bekamen dementsprechend viel Aufmerksamkeit, ebenso auf internationaler Ebene. In Turin verlieh die Akademie der Medizin den Riberi-Preis an den Orthopäden Giuliano Vanghetti. Damit wurden seine Untersuchungen und Bemühen auf dem Gebiet der Amputationen und beweglichen Prothesen gewürdigt. Der Bericht über die Verleihung betonte die große Bedeutung Vanghettis Forschung für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.²⁷⁶ 1920 informierte die Wiener Medizinische Wochenschrift über die herausragenden Erfolge im Prothesenwesen, die am Berliner Chirurgenkongress wenige Monate zuvor präsentiert worden waren. Ludwig Moszkowicz von der Medizinischen Fakultät der Universität Wien berichtete vom außergewöhnlichen Fall eines Organisten, der im Krieg einen Arm verloren hatte. Er bekam eine spezielle Prothese mit eisernen Kunstfingern und konnte so weiterhin musizieren. Dies wurde eindrucksvoll auf dem Kongress vorgeführt, als der Organist vor versammeltem Publikum ein Stück auf einem Harmonium spielte.²⁷⁷ Die Weiterentwicklung der Prothesen lag hier in der Fähigkeit, die Finger zusätzlich zu spreizen und so unterschiedliche Fingerstellungen hervorzurufen, die zum Musizieren nötig sind. Ausgeführt wurde dies über eine mechanische Anfertigung, die mit der Brustmuskulatur verbunden wurde und sich über diese steuern ließ.²⁷⁸ „Willkürlich bewegliche Prothesen“ nahmen ausgereifere Formen an

²⁷⁴ Ebd., 163.

²⁷⁵ M. Cohn, Künstliches Bein mit aktiver Streckung des Kniegelenks. In: WMW Nr. 12 vom 15.03.1919, 602.

²⁷⁶ Notiz über Verleihung des Riberi-Preises an Giuliano Vanghetti. In: WMW Nr. 29 vom 10.07.1920, 1320.

²⁷⁷ Bericht: Berliner Chirurgenkongreß 1 (7.-10. April 1920). In: WMW Nr. 20 vom 08.05.1920, 916f., hier 917.

²⁷⁸ Bericht: Berliner Chirurgenkongreß 2 (7.-10. April 1920). In: WMW Nr. 23 vom 29.05.1920, 1045–1048, hier 1047.

und bewährten sich insbesondere bei Mechanikern und Elektrotechnikern. Verbesserungen erwartete man sich für landwirtschaftliche Arbeiter.²⁷⁹

Das Prothesenwesen wurde als Schlüssel zur Heilung für verlorene Körperteile gehandelt. Selbst Soldaten, die beide Beine und Arme verloren hatten, sollten so wieder in die Gesellschaft zurückfinden können und als vollwertige Männer zählen. Ein konkretes Beispiel dafür war der sogenannte „Prothesenmensch“, über den bereits 1915 in der Wiener Wochenzeitung „Das interessante Blatt“ berichtet wurde.²⁸⁰ In Roths Erzählung hat dieser Optimismus auch die Kriegsbeschädigten erreicht und Andreas Pum blickt seinem „neuen Bein“ erwartungsvoll entgegen:

„Andreas denkt, ehe er einschläft, an die Prothese, die ihm der Oberarzt versprochen hat. Es wird eine tadellose Prothese sein, wie sie der Hauptmann Hainigl trägt. Man merkt gar nicht, daß ihm ein Bein fehlt. [...] Die Prothesen sind eine großartige Erfindung der hohen Herren, der Regierung, die es sich wirklich etwas kosten läßt.“²⁸¹

1920 kam es zu einer großen Enquete betreffend der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Veranstaltet wurde diese von Mitgliedern des Wiener Invalidenamtes, der Invalidenbegutachtungskommission und der Kriegsinvalidenschule des Staatsamtes für Handel und Gewerbe, Industrie und Bauten. Unterstützung kam auch vom Staatsamt für soziale Verwaltung und Gesundheitsamt. Der Titel der Enquete lautete „Arbeit für Kriegsbeschädigte“ und behandelte die Frage: „Was soll mit den Kriegsbeschädigten geschehen, die weder voll arbeitsfähig noch voll arbeitsunfähig sind?“²⁸² Diskutiert wurde dies in einem medizinischen und einem gewerblichen Teil. Die Ergebnisse wurden noch im selben Jahr publiziert. Die Orthopäden Siegfried Romich²⁸³ und Hans Spitzky²⁸⁴ lieferten Ausführungen zum Umgang mit Amputationen. Entscheidend war im Vorfeld die „kunstgerechte Absetzung“ der verwundeten Extremität. Damit war die einwandfreie Amputation, bei welcher der verbleibende Stumpf frei von Infektionen und funktionell gut verwertbar blieb. Eingriffe während und direkt nach dem Ersten Weltkrieg wurden jedoch nur selten so durchgeführt und führten zum Terminus des „Stumpfelends“. Kleinste Belastungen

²⁷⁹ Ebd., 1047.

²⁸⁰ Nach Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 11f.

²⁸¹ Roth, Rebellion, 13.

²⁸² Notiz: Arbeit für Kriegsbeschädigte. In: WMW Nr. 3 vom 10.01.20, 174.

²⁸³ Siegfried Romich, Bein-Amputierte. In: Rudolf Bernhart (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920) 72–77.

²⁸⁴ Hans Spitzky, Verletzungen der oberen Extremitäten (Amputationen). In: Rudolf Bernhart (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920) 77–84.

föhrten so in kürzester Zeit häufig zu Infektionen und Entzündungen der Beinstümpfe. Dieser Umstand erschwerte den Einsatz von Prothesen und ließ diese oftmals zu einer Last für den Invaliden werden. Zudem hatten die Amputationen Nervenstörungen und Schädigungen der Stützfunktion des verbleibenden Körperteils zur Folge. Schlussendlich waren es besonders die daraus resultierenden Folgeerscheinungen, die zu weiteren Komplikationen föhrten, beispielsweise Beckenfehlstellungen. Am häufigsten schränkten Erkrankungen der Muskeln und Gelenke die Fortbewegungsfähigkeit ein. Die schlecht durchgeführten Amputationen stellten die Orthopäden teils vor unlösbare Aufgaben, die Abnahme des Körperteils föhrte so nur zu einem neuen chronischen Leiden.²⁸⁵ Romich teilte die Grade der Amputation in vier Gruppen ein, beginnend bei der Abnahme des Sprunggelenks bis hin zum Verlust des Hüftgelenks. Jede Stufe brachte eine Einschränkung des Kriegsbeschädigten, besonders aber eine Verminderung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mit sich. Diese medizinische Einstufung in Grade der Schädigung sollte eine Grundlage für die folgende Arbeitsvermittlung bieten. Romich liefert dazu die passende Berufseinteilung. Er unterschied zwei Gruppen von Berufen. Zum einen Tätigkeiten, bei denen die Beine nicht mit dem Körpergewicht belastet werden. Darunter fallen in erster Linie Kanzleiberufe, aber ebenso Arbeiten, bei denen die Beine nur geringfügig belastet werden, wie etwa Chauffeur oder Schneider. Unter der zweiten Gruppe fasste Romich all jene Berufe zusammen, die stets mit der Belastung des eigenen Körpergewichts konfrontiert sind. Hier finden sich stehend ausgeführte Tätigkeiten wie die des Tischlers, Friseurs oder Bäckers. Schließlich umfasst diese Gruppe alle Berufe, die auf die ständige Funktionsfähigkeit der eigenen Beine angewiesen sind: Landwirte, Maurer, Kellner, ganz besonders Schornsteinfeger und Bergleute. Die medizinische Einstufung der „Stumpfwertigkeit“ zusammen mit den Berufskategorien sollten herangezogen werden, um den Kriegsbeschädigten so gut wie möglich zurück ins Arbeitsleben zu verhelfen und sollte als ein Maßstab für die Durchschnittsbeurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dienen. Generell wurde diese als eingeschränkt angesehen, sobald der beidseitige Verlust der Zehen vorlag. Dazu bestand die Gefahr, dass sich der Zustand der Stümpfe verschlechterte, was besonders häufig durch schlechte Prothesen und mangelnde Pflege der Fall war. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit war die Folge.²⁸⁶ Romich forderte schließlich die dringend notwendige Verteilung von Stumpfstrümpfen an Beinamputierte zum Zwecke der Vermeidung häufiger

²⁸⁵ Romich, Bein-Amputierte, 72–74.

²⁸⁶ Ebd., 74–76.

Fälle von Arbeitsunfähigkeit.²⁸⁷

Die Enquete eröffnete außerdem die Möglichkeit, kritische Äußerungen über das Prothesenwesen zu treffen. Der Physiologe Arnold Durig warnte dabei, dass die Errungenschaften des Prothesenwesens nicht überschätzt werden dürften. Denn es herrschte ein bedeutender Unterschied zwischen den Erfolgen der Bein- und Armprothesen. Als Beispiel diene ein Alpinist, der eines seiner Beine verlorene hatte. Dank des Beinersatzes, der keine komplexen Funktionen jenseits der Gewichtsübernahme und Stütze in Zusammenarbeit mit dem gesunden Bein auszuführen hatte, konnte der Kriegsbeschädigte wieder Berge besteigen, laut Durig sogar das Matterhorn. Mit Arm- und Handprothesen verhielt es sich jedoch anders. Die Anforderungen an diese waren höher als bei den Beinprothesen, trotzdem fiel die Arbeit im Vergleich mit gesunden Arbeitskräften minderwertiger aus. Arbeiter mit Prothesen klagten vermehrt über ihre Arbeitsunfähigkeit und damit verbundene Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt.²⁸⁸ Hans Spitzzy nahm sich dem Thema der Armamputationen im Zuge der Enquete näher an. Im Fokus stand der Arbeitseinsatz von Kriegsbeschädigten trotz gravierender Störung der Gebrauchsfähigkeit der Arme. Geringe Schädigungen an den Händen reichten aus, um zu großen Ausfällen der Arbeitsergebnisse zu führen. Beispielsweise bedeutete der Verlust des Daumens eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In diesen Fällen reichte meist eine kosmetische Prothese als Ersatz. Zu den Gründen für eine Amputation der Arme zählten Geschossverletzungen, Quetschungen, Erfrierungen sowie Unterernährung. Gravierende Wirkung zeigte eine lange, darauffolgende Ruhstellung der Muskeln und Gelenke, die in der Regel Versteifungen und somit eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit mit sich brachten. Zur Verwendung der Prothese war ab einer Amputation auf Höhe der Handwurzel die intakte Fähigkeit zur Drehung des Armes essentiell. Darüber konnte der Mechanismus zur Beugung und Streckung der Finger gesteuert werden. Diese mechanische Steuerung wurde umso schwieriger, je höher die Amputation durchgeführt wurde. Als Resultat dessen resignierten viele Kriegsbeschädigte, da die Handhabung den Amputierten frustrierte und ermüdete. Für den erfolgreichen Umgang mit einer Prothese benötigte es dann laut Spitzzy Willensstärke und Ehrgeiz als treibende Kraft. Nichtsdestotrotz hielt er fest, dass es sich bei den Apparaten um „*menschliches Stückwerk*“ handelte. Diese könnten das echte Körperteil nicht ersetzen.²⁸⁹ Am deutlichsten wurde dies an doppelseitig amputierten Kriegsbeschädigten. Im Gegensatz zu einseitig Amputierten waren

²⁸⁷ Ebd., 77.

²⁸⁸ Arnold Durig, Die Ermüdung in ihrer Beziehung zur Kriegsbeschädigtenfürsorge. In: Rudolf Bernhart (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920)1–7, hier 5.

²⁸⁹ Spitzzy, Verletzungen der oberen Extremitäten, 78–82.

sie jederzeit auf die Prothesen angewiesen und nicht in der Lage, den übrig gebliebenen, gesunden Arm kompensatorisch einzusetzen. An ihnen zerbrachen auch jegliche Hoffnungen auf vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Als Erfolg wurde bereits die Fähigkeit zum eigenständigen Leben ohne Pflegeperson erachtet. Beidseitig Amputierte sollten sich zumindest selbst kleiden und bewegen können. Beruflich stellte man ihnen höchstens leichte Aufsehereigenschaften oder Büroarbeiten in Aussicht.²⁹⁰ Für die einseitig Amputierten war eine Rückkehr ins Berufsleben zwar bei weitem einfacher, dennoch litten sie unter der massiven Herabsetzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Selbst mithilfe der besten Prothesen lagen die Arbeitsergebnisse der Kriegsbeschädigten stets hinter denen der Gesunden zurück. „Normale Arbeitsfähigkeit“ war laut Spitzzy nicht erreichbar.²⁹¹ Die orthopädischen Behelfe erwiesen sich als zu kompliziert und zeitaufwändig. Selbst bei einfachen Arbeitsbehelfen, wie aufsteckbaren Klauen oder Haken in der Landwirtschaft, konnten die Invaliden stets nur „mithelfen“. Ihre Arbeit verrichteten sie zusammen mit den Arbeitsgreisen, zählten somit nicht als vollwertige Arbeitskräfte. Dies löste eine regelrechte Zuflucht in Nebenanstellungen wie Torwächter oder Nachtaufseher aus. Spitzzy schlug deshalb eine Umschulung für Kriegsbeschädigte vor. Für diejenigen, die noch über eine Hand verfügten, boten sich besonders Kanzleiberufe an.²⁹²

Diese Erfahrung macht Joseph Roths Kriegsbeschädigter Pum ebenfalls. Nach Verlust der Leierspiellizenz und Gefängnisaufenthalt hat er kaum Arbeitsoptionen. Eine Stelle findet er schließlich im Unternehmen seines früheren Mitbewohners Willi. Dieser vormals kriminelle Taugenichts war in kurzer Zeit zum Geschäftsmann aufgestiegen, indem er die Toiletten der Wiener Kaffeehäuser mit Dienerschaft besetzte. Sein Personal rekrutierte er dabei aus den Kreisen der Kriegsbeschädigten, aber ebenso aus den Altenheimen. Als Pum seine Tätigkeit im Café Halali antritt, hat seine Arbeitskraft denselben Wert wie die eines Greises.²⁹³

Seit Beginn der Kriegsbeschädigtenfürsorge wurde oftmals mit dem Recht der Invaliden auf „Lebensglück und Lebenserfolg“ argumentiert. Aus diesem Grund sollten die Verletzten in ihrer Gesundheit und somit Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden. Dieser Gedanke, möge er auch stets ein Vorwand gewesen sein, wich stetig einer rein wirtschaftlichen Motivation. Die Enquete, die schon unter dem Titel „Arbeit für Kriegsbeschädigte“ stattfand, brachte dies

²⁹⁰ Ebd., 82–84.

²⁹¹ Damit war die Aufgabe des Volksgesundheitsamtes, die Aufnahme der Kriegsbeschädigten in die Gesellschaft als vollwertige Arbeitskräfte zu realisieren, gescheitert. Obrowsky, sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien, 94.

²⁹² Spitzzy, Verletzungen der oberen Extremitäten, 83f.

²⁹³ Roth, Rebellion, 105–107.

unverhüllt zum Ausdruck. Als Anlass wird im Vorwort ein prognostizierter Mangel an Arbeitskräften genannt. Durig fand in seinem Beitrag klare Worte:

*„Die Frage nach der Ermüdbarkeit und der Erholungsfähigkeit der Arbeiter wie die Frage nach der Grenze, bis zu welcher ein Arbeiter ohne augenblicklichen oder allmählich sich einstellenden Schaden für seine Gesundheit seine Leistung steigern darf, ist von großer Bedeutung für die Feststellung der rationellsten und ökonomischsten Verwertung des Arbeitskapitales eines Menschen, aber auch jener eines ganzen Staates, dessen maximale Produktion begrenzt ist durch die Summe der Arbeitsmöglichkeit seiner Bürger.“*²⁹⁴

Es stand nicht mehr die Rückführung der Kriegsbeschädigten in ein geordnetes Leben im Vordergrund, sondern die maximale Ausnützung des wirtschaftlichen Potentials. Anschließend daran eröffnete sich nun die Frage nach den Grenzen der Belastung. Durig schlug dazu eine Kombination von Heil- und Pflegestätten mit landwirtschaftlichen und handwerklichen Arbeitsplätzen für Kriegsbeschädigte vor.²⁹⁵

Der ungebremsste Optimismus der vorhergegangenen Jahre wich stetig den ernüchternden Erfahrungen der Kriegsbeschädigtenbehandlung. Die Vorhaben zur Wiederherstellung der Kriegsbeschädigten verliefen in der Theorie bis zu einem gewissen Punkte erfolgreich. Chirurgie und Orthopädie arbeiten zusammen, um Extremitätenverluste und Gesichtsdefekte zu behandeln. Zivile Ingenieure lieferten die technische Expertise für die Konstruktion und Herstellung von Prothesen. Gerade von deren Seite wurden Bedenken über anfallende Kosten laut. Franz Riedls Vorstellungen einer Dauerbehandlung schienen mehr und mehr ein utopischer Charakter anzufallen. In seinem Entwurf sah er die Ausstattung der Kriegsbeschädigten mit Prothesen, Schulung in Bedienung dieser und mehrwöchige Behandlung vor. Danach, hier drang der ungebändigte Optimismus des Arztes durch, *„geht der Mann nach Hause in seinen bürgerlichen Beruf und behandelt sich selbst“*. Abermals wird der Stellenwert der Arbeitsfähigkeit deutlich. Die häusliche Selbstbehandlung, samt ärztlicher Kontrollbesuche, könnte mehrere Jahre fortlaufen. Riedl erwartete für diese gesamte Zeit der Behandlung eine stetige Besserung des gesundheitlichen Zustandes. Sollte es zu einem Stillstand des Besserungsprozesses kommen, so müsste die ärztliche Aufsicht weitbestehen, um Verschlechterungen entgegenzuwirken. Dass eine solche Umsetzung bereits ein halbes Jahr nach Kriegsende nicht mehr realisierbar war, erkannte der Autor zum Zeitpunkt der

²⁹⁴ Durig, Ermüdung der Kriegsbeschädigten, 1.

²⁹⁵ Ebd., 7.

Publikation selbst.²⁹⁶ Spätestens 1924 hielt die Ernüchterung in der Wiener Medizinischen Wochenschrift Einzug. Der zu diesem Zeitpunkt als Direktor des Wiener Orthopädischen Spitals tätige Hans Spitzzy erklärte das Vorhaben, die Kriegsbeschädigten mit Prothesen zu versorgen, indirekt für gescheitert. Die wirtschaftliche Situation in Österreich hatte sich zusehends verschlechtert, sodass sich nur wenige Kriegsbeschädigte einen orthopädischen Apparat leisten konnten. Zwar sah das Invalidenentschädigungsgesetz eine kostenfreie Behandlung sowie das Recht auf den Bezug von „Körperersatzstücken und orthopädischen Behelfen“ vor, die staatliche Versorgung dürfte damit lediglich die einfachsten Modelle bereitgestellt haben.²⁹⁷ Diese Erfahrung wird auch Joseph Roths Andreas Pum zuteil, denn er erhält nie eine Prothese. Stattdessen bekommt er einen simplen, qualitativ minderwertigen Ersatz:

*„Die Stelle am Knie, an der es abgesägt wurde, läuft blau an. Das Kissen in der Kniehöhle der hölzernen Krücke ist nicht mehr weich genug. Es ist mit Roßhaaren gefüttert und schon durchgetreten.“*²⁹⁸

In den meisten Fällen wurde hingegen eine komplizierte und somit teure Prothese benötigt, die sich aber als unerschwinglich für die Kriegsbeschädigten erwies. Außerdem fielen Kosten zur Instandhaltung an, worin Spitzzy eines der Hauptprobleme der Prothesenversorgung sah. Auch davon weiß Andreas Pum zu erzählen:

*„Die Stelle am Knie schmerzte, die Polsterung der Krücke hätte längst erneuert werden müssen.“*²⁹⁹

Für die betroffenen Kriegsbeschädigten stellten die mit den nötigen Prothesen verbundenen Ausgaben eine größtenteils unüberwindbare Hürde dar.³⁰⁰ Spitzzy forderte daraufhin Maßnahmen bei der Produktion von orthopädischen Apparaten, sodass diese günstiger in Anschaffung und Erhaltung würden. Als Vorbild diente Amerika, wo die serienmäßige Herstellung typisierter Prothesen aus einfachen Materialien gebräuchlich war. Zusätzlich strebte er eine bessere Behandlung durch den Arzt an, um auf diesem Wege den körperlichen Zustand allgemein zu verbessern und so eine Prothese im besten Fall obsolet werden zu

²⁹⁶ Riedl, Dauerbehandlung, 1230f.

²⁹⁷ Pawlowsky, Wendelin, Wunden des Staates, 224.

²⁹⁸ Roth, Rebellion, 19.

²⁹⁹ Ebd., 112.

³⁰⁰ Hans Spitzzy, Neue operative Wege in der orthopädischen Chirurgie (1. Teil). In: WMW Nr. 27 vom 28.07.1924, 1406–1412, hier 1406.

lassen.³⁰¹ Zentraler Faktor in Spitzys Ausführungen ist die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen.³⁰² Eine solche Entwicklung deckt sich mit den vorliegenden Zahlen über das Maß der Erwerbsfähigkeit von Kriegsbeschädigten. Die Erwartung Riedls, dass diese stetig Verbesserungen der Gesundheit und somit Arbeitsfähigkeit vorweisen könnten, sollte sich nicht erfüllen. Das Gegenteil war der Fall, die Lage der Kriegsbeschädigten schien sich zu verschlechtern. Zwar nahm die Zahl der Leichtbeschädigten (MdE unter 35%) ab, doch lässt dies nicht auf eine Besserung des Zustandes schließen. Denn die Gruppe der Kriegsbeschädigten mit einer MdR über 35% wuchs ab 1923 erneut. Dazu kam eine hohe Sterblichkeit bei den Schwerbeschädigten.³⁰³ Diese Entwicklungen deuten auf ein Versagen der medizinischen Invalidenbehandlung hin.

³⁰¹ Ebd., 1406.

³⁰² Hans *Spitz*y, Neue operative Wege in der orthopädischen Chirurgie (2. Teil). In: WMW Nr. 29 vom 12.07.1924, 1519–1524.

³⁰³ *Pawlowsky, Wendelin*, Wunden des Staates, 487–490.

4. Kapitel: Das Scheitern der Normalisierung und die Folgen

Aus den Diskussionen der beginnenden 1920er Jahre geht hervor, dass ein empfindliches Ungleichgewicht zwischen Kriegsbeschädigten und gesunden Arbeitern, sprich Männern, herrschte. Keine medizinische Behandlungsmaßnahme, auch nicht die raffinierteste Prothese, hätte die Hebung der Arbeitsleistung auf das Niveau normal Arbeitsfähiger bewirken können. Dabei waren es schon die einfachsten Aufgaben, die für die Invaliden eine große Herausforderung darstellten, wie es Joseph Roth für den kriegsbeschädigten Protagonisten seiner Erzählung festhielt:

*„Jetzt drohte die winterliche Straße und erhob sich manchmal vor ihm, steil geneigt wie eine Rodelbahn. Unser Feind ist die Straße.“*³⁰⁴

Die Kriegsbeschädigten wurden mehr und mehr zur Last des Staates. Auf diesen Schluss kommt auch Ke-chin Hsia in seiner Forschung zur Politik der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Die Motive hatten sich geändert, ab 1922 bildete sich allmählich eine Krise heraus.³⁰⁵ Die Ausschöpfung des verbleibenden Arbeitspotentials rückte in den Vordergrund. Die Sorge um das Wohl und Lebensglück verschwand hinter Gedanken an die nationale Ökonomie. Das Interesse der Öffentlichkeit schwand, dazu sorgten einige radikale Elemente der Invalidenbewegung für einen schlechten Ruf. Weitere Gründe dafür dürften nicht zuletzt in der brisanten Wirtschaftslage und der Verhärtung der politisch-ideologischen Positionen zu suchen sein.³⁰⁶ Eine solche Entwicklung schlug sich im Begriff der „Fürsorge“ nieder. Der wandelbare Begriff implizierte mitunter menschliche Wärme und die Erfüllung von ethnischen Pflichten. Im Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, das um die Mitte der 1920er erschien, war davon keine Spur. Die Fürsorge wird darin schlicht als Ersatzleistung zur Sicherung des Lebensbedarfs bezeichnet.³⁰⁷ Nichtsdestotrotz war man sich der überdurchschnittlichen Belastung der Kriegsbeschädigten bewusst. Arnold Durigs Beitrag der 1920 veranstalteten Enquete trug den Titel „Die Ermüdung in ihrer Beziehung zur Kriegsbeschädigtenfürsorge“. Damit thematisierte er das grundlegende Problem, mit denen die Invaliden in ihrem Alltag konfrontiert waren. Jederzeit standen sie im Vergleich zu den „Gesunden“. Da sie qualitativ und quantitativ nur weniger leisten konnten, wurden sie zu

³⁰⁴ Roth, *Rebellion*, 23.

³⁰⁵ Hsia, *War, welfare and social citizenship*, 414.

³⁰⁶ Ebd., 459, 483, 489.

³⁰⁷ Obrowsky, *sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien*, 16f.

Arbeitern zweiter Klasse.³⁰⁸ Sie waren mit den vollarbeitsfähigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in keiner Weise konkurrenzfähig.³⁰⁹ Der Umstand, dass die Kriegsbeschädigten zusätzlich in einem Konkurrenzverhältnis zu den arbeitenden Frauen standen, verschärfte die Situation. Trotz des Invalidenbeschäftigungsgesetzes von 1920 zogen Arbeitgeber es mitunter vor, voll arbeitsfähige Frauen anzustellen.³¹⁰ Darüber hinaus bestand die Möglichkeit eine „Ausgleichstaxe“ zu bezahlen anstatt einen Invaliden einzustellen.³¹¹ Verheerende Auswirkungen hatte das vor allem auf den Arbeitsmarkt, der Kriegsbeschädigten nur wenig Hoffnung auf Arbeit übrig ließ.³¹² Jenseits von den wirtschaftlichen Konsequenzen muss von einer weiteren Einwirkung ausgegangen werden: der psychologischen. Durig hielt bereits fest, dass Kriegsbeschädigte häufiger als Gesunde zur „*Ermüdung*“ neigten. Damit bezeichnete er einen chronischen Zustand der Erschöpfung, der allgemein durch körperliche Arbeit ausgelöst wurde. Beim Kriegsbeschädigten lag aufgrund seiner „*Minderwertigkeit*“ eine erhöhte Gefahr der „*Ermüdung*“ vor. Hier bestand ab den 1920er Jahren nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine soziale Zweitstellung in der Nachkriegsgesellschaft. Das wird bei Joseph Roth an mehreren Stellen deutlich. Nach dem Konflikt mit dem Geschäftsmann Arnold, der die Versammlungen der Invalidenvereinigungen als zersetzend für die Gesellschaft empfindet und den Invaliden Pum für einen Simulanten hält, nimmt die äußere Welt einen feindlichen Charakter an. Sogar die Regierung, darunter fällt die Kriegsbeschädigtenfürsorge, agiert in seinen Augen ungerecht.³¹³ Sie hatte den Untergang Pums herbeigeführt. Schließlich kommt es zum kompletten Bruch mit den Gesunden:

„*Die Zweibeinigen sind unsere Feinde*“³¹⁴

Es sind diese sozioökonomischen Grundlagen der gescheiterten Kriegsbeschädigtenbehandlung, die zur Frage nach den psychischen Leiden führen. Denn im Gegensatz zu den viel diskutierten Kriegsneurosen³¹⁵ fand die Psyche der physisch beschädigten Kriegsteilnehmer kaum Beachtung. Erst 1927 und 1928 veröffentlichte der

³⁰⁸ Jessica Meyers Studien über Maskulinität britischer Kriegsbeschädigter zeigte ein hohes Maß an Frustration und Erniedrigung auf Seiten der Invaliden beziehungsweise Rentenempfängern aufgrund ihrer Zweitstellung in der Gesellschaft. Meyer, *Men of War*, 120.

³⁰⁹ Durig, *Ermüdung*, 1.

³¹⁰ Pawlowsky, *Wendelin*, Wunden des Staates, 24.

³¹¹ Hsia, *War, welfare and social citizenship*, 549.

³¹² Hämmerle, „Krise der Männlichkeit“ in Österreich, 60–62; Pawlowsky, *Wendelin*, Die Kriegsoffer des Ersten Weltkriegs, 109f.

³¹³ Roth, *Rebellion*, 89.

³¹⁴ Ebd., 79

³¹⁵ Siehe Hofer, *Krieg und Nervenschwäche*, 371–375.

Neurologe Paul Biach³¹⁶ seine Beobachtungen zu mehreren Fällen von Spätfolgen bei Kriegsbeschädigten. Neben häufigen Sexualstörungen nahm die psychologische Komponente eine bedeutende Stellung ein.³¹⁷ Anstelle Durigs „Ermüdung“ fand Biach jedoch eine andere Bezeichnung: Psychasthenie.

4.1. Psychasthenie – Wettkampf gegen die Neurasthenie?

Eine Recherche zum Thema „Psychasthenie“ ergibt eingangs überraschend wenig. Es scheint sich um eine Diagnose zu handeln, die eng mit der Neurasthenie verwandt ist. Hinweise auf eine synonymhafte Verwendung liegen nicht vor. Der Begriff der „Psychasthenie“ wurde von dem französischen Psychiater Pierre Janet in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begründet. Janet war ein Schüler von Jean-Martin Charcot, auf diesem Wege kam er mit dessen Forschungen über Hypnose und Hysterie in Kontakt. In seinen Forschungen setzte er sich intensiv mit Modellen der psychischen Spannung auseinander. Die dabei auftretenden Störungen, besonders die Verminderung der Spannung, die sich beispielsweise durch Antriebslosigkeit ausdrückte, nannte Janet „Psychasthenie“. Diese fand jedoch nur wenig Anerkennung in Fachkreisen und wurde kaum rezipiert. Selbiges Schicksal überkam Janet selbst, der von der Geschichtsschreibung kaum beachtet wurde.³¹⁸

Sein Werk, in welchem er auch die Psychasthenie erstmals aufgriff, erschien unter dem Titel „L'état mental des hystériques“ 1894 und wurde im selben Jahr noch ins Deutsche übersetzt.³¹⁹ Diese Aufgabe übernahm der bereits erwähnte österreichische Psychiater Max Kahane, der sich nach dem Ersten Weltkrieg ebenfalls den Kriegsneurosen gewidmet hatte. Wie oftmals fungiert die Übersetzertätigkeit als Möglichkeit der Verbreitung von Gedankengut. 1903 erschien schließlich „Les obsessions et la psychasthénie“. Auf über 700 Seiten führte Janet Beobachtungen zu eigenen Patienten aus und etablierte damit den Begriff der Psychasthenie.³²⁰ Diese Klassifikation bildete einen Gegenpol zur Hysterie. Medizinisch bedeutete sie eine Verminderung der psychischen Spannung. Damit verbunden sind ein Leistungsabfall und die Beeinträchtigung der Wirklichkeitswahrnehmung. Das

³¹⁶ Paul Biach (11.04.1884-23.12.1935), Neurologe und Privatdozent der Universität Wien, widmete sich nach dem Ersten Weltkrieg mehr den Kriegsbeschädigten und Kriegsneurosen. Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater (Bd. 1, München/New Providence/London/Paris 1996) 124f.

³¹⁷ Paul Biach, Behandlungserfolge bei Sexualstörungen von Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 26 vom 25.07.1927, 884f.; Paul Biach, Behandlung nervöser Kriegsschädigungen mit pluriglandulären Präparaten. In: WMW Nr. 20. vom 12.05.1928, 653f.

³¹⁸ Schott, Tölle, Geschichte der Psychiatrie, 98f.

³¹⁹ Pierre Janet, L'état mental des hystériques (Paris 1894); Ins Deutsche übersetzt von Max Kahane: Pierre Janet, Der Geisteszustand der Hysterien: Die psychischen Stigmata (Wien/Leipzig 1894).

³²⁰ Pierre Janet, Les obsessions et la psychasthénie (Paris 1903). Es entstand keine Übersetzung, weder ins Deutsch, noch ins Englische.

Sprachvermögen, abstraktes Denken, allgemeines Verhalten und Emotionen bleiben weitestgehend unbeeinflusst. Das Endresultat ist, wie es der Psychiater Nicolas Hoffmann in einer der wenigen Studien zur Psychasthenie formulierte, ein „Unvollständigkeitsgefühl“.³²¹ Dies führt in Folge zu Zwangsgedanken, Zweifel, Agitiertheit, Angstzuständen. Teil des Krankheitsbildes sind des Weiteren zeitweise anhaltende Erschöpfungszustände, was zu den „psychasthenischen Stigmata“ zählt.³²²

Janets Gedanken wurden in den Folgejahren kaum rezipiert. Der amerikanische Psychiater Thomas Orbison griff den Begriff der Psychasthenie auf und verwendete ihn als Diagnose bei seinen Patienten. Er berichtete von 310 behandelten Fällen, von welchen der Großteil mit 140 Patienten auf die Psychasthenie entfiel. Hauptmerkmale nach Orbison sind Angstzustände und persönlicher Unzulänglichkeit, zudem führen die von ihm vorgestellten Fallbeispiele Zustände wie Klaustrophobie, Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle an. Begleitet wurde dieses Krankheitsbild außerdem von Arbeitsunfähigkeit.³²³ Orbisons Rezeption des Psychasthenie-Begriffes legt sogleich die Problematik psychiatrischer Klassifikationen dar. Anders als Janet rechnet er das Symptom der Ermüdbarkeit (fatigue) nicht der Psychasthenie, sondern lediglich der Neurasthenie zu. Generell erscheint die Trennung der beiden Diagnosen bei Orbison unklar, er charakterisierte sie jeweils durch erhöhte Reizbarkeit (hyper irritability).³²⁴ Was unterscheidet nun Neurasthenie von Psychasthenie? Sandra Janßen nahm sich dieser Fragestellung im Kontext von Gottfried Benns Rönne-Novellen an, in denen letztere Klassifikation eine prominente Rolle spielt.³²⁵ Krankhafte Reizbarkeit und Ermüdbarkeit sind beide Male essentielle Symptome. Im Vergleich handelt es sich bei der neurasthenischen Ermüdung klassisch um körperliche Schwäche, psychasthenische Schwäche hatte ihren Bezug hingegen auf die geistige Schwäche. Diese Trennung verwischte sich jedoch bereits 1911 in Otto Dornblüths Rezeption.³²⁶ Benns Hauptfigur Werff Rönne leidet zudem an Depersonalisation, er nimmt seine Umwelt, besonders die ihn umgebenden Menschen, zunehmend als fremd wahr. In diesem gestörten Verhältnis zum sozialen Umfeld

³²¹ Nicolas Hoffmann, *Zwänge und Depressionen: Pierre Janet und die Verhaltenstherapie* (Berlin/Heidelberg 1998) 24f.

³²² Ebd., 53–60.

³²³ Thomas Orbison, *The psycho-neuroses: psychasthenia, neurasthenia and hysteria*. In: *California and Western Medicine* 23/9 (1910) 1132–1136, hier 1132–1133.

³²⁴ Ebd., 1132 und 1134.

³²⁵ Sandra Janßen, *Neurasthenie oder Psychasthenie? Gottfried Benns Selbstdiagnose als psychiatriegeschichtliches und erkenntnistheoretisches Problem der Rönne-Novellen*. In: Maximilian Bergengruen, Klaus Müller-Wille, Caroline Pross (Hg.), *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur* (Freiburg/Berlin/Wien 2010) 259–285, hier 259–261.

³²⁶ Otto Dornblüth, *Die Psychoneurosen, Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Leipzig 1911); Janßen, *Neurasthenie oder Psychasthenie*, 267.

liegt die entscheidende Bedeutung der Psychasthenie, besonders für die spätere Rezeption im Kontext der Kriegsbeschädigten. Das essentielle Moment der Psychasthenie als neue Klassifikation bestand schließlich im Verlust des Realitätsbezuges und der gestörten Selbstbezüglichkeit. Die psychasthenische Aufmerksamkeitsstörung und Ermüdung traten innerhalb der sozialen Beziehungen auf. Es handelte sich um die Unfähigkeit, sich mental auf die Außenwelt zu beziehen, was unter anderem zur Negation des Ichs, Realitätsverlust und Zwangsstörungen führen konnte. Im Gegensatz zur Neurasthenie lag bei der Psychasthenie der Schwerpunkt nicht mehr im Moment der Schwäche allein, sondern im sozialen Bezug zur Umwelt und im Versagen der Wirklichkeitswahrnehmung.³²⁷ Die Psychasthenie trat nach 1918 jedoch kaum in psychiatrischen Lehrbüchern auf. Erwin Stransky inkludierte sie in seinem 1919 erschienenen zweiten Band des „Lehrbuchs der allgemeinen und speziellen Psychiatrie“³²⁸ Im Kapitel „Konstitutionelle Neurosen“ wird Psychasthenie als alternative Bezeichnung genannt. Mit Janets Klassifikation hat diese nur wenig gemeinsam. So beinhaltet sie bei Stransky einen Ursprung in der Kindheit des Patienten, zählt somit nicht zu den Krankheiten, die im Laufe des Lebens „erworben“ werden können. Ansonsten treten freilich Reizbar- und Ermüdbarkeit sowie sexualneurasthenische Leiden und Zwangsvorstellungen auf. Im Laufe seiner Ausführungen geht Stransky dann jedoch gänzlich zum Begriff der „konstitutionellen Neurasthenie“ über.³²⁹ An diese Bezeichnung schloss 1926 Alexander Pilcz an, während Psychasthenie in der siebten, umgearbeiteten Auflage seines „Lehrbuchs der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte“³³⁰ nicht vorkommt. Pilcz' „konstitutionelle Neurasthenie“ enthält zwar Symptome wie Zwangsvorstellungen und Erschöpfbarkeit, unterscheidet sich aber grundlegend von Janets Begriff. Wie bei Stransky fehlt die Problematik der Selbst- und Weltverhältnisse gänzlich. Eine Anwendung auf Kriegsbeschädigte wäre ohnehin nicht in Frage gekommen, da die „konstitutionelle Neurasthenie“, wie der Name schon impliziert, angeboren und somit nicht erworben war.³³¹ Ab 1925 steuerte die Debatte bereits ihrem Ende entgegen, woraufhin die Neurasthenie zum Auslaufmodell werden sollte. Die Psychoanalyse, allen voran Sigmund Freud, führten langsam ihren Untergang herbei.³³² 1930 griff Eugen Bleuler in der fünften, überarbeiteten

³²⁷ Janßen, *Neurasthenie oder Psychasthenie*, 262–267.

³²⁸ Erwin Stransky, *Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. Zur Einführung für Studierende und als Merkbuch für in der allgemeinen Praxis stehende Ärzte: Spezieller Teil* (Bd. 2, Leipzig 1919).

³²⁹ Ebd., 42–49.

³³⁰ Alexander Pilcz, *Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte* (Wien/Leipzig 1926⁷).

³³¹ Ebd., 259–261.

³³² Hofer, *Nervenschwäche und Krieg*, 375; Esther Fischer-Homberger, *Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten*. In: Bergengruen, Müller-Wille, Pross, *Neurasthenie*, 23–69, hier 61.

Fassung seines „Lehrbuchs der Psychiatrie“³³³ zur Bezeichnung „neurasthenisches Syndrom“. Dabei betrieb er eine Teilung in „echte Neurasthenie“ und „Pseudoneurasthenie“. Letztere hatte eine psychische Genese. Der „echten Neurasthenie“, ein Begriff den Freud schon 1895 benutzte,³³⁴ kam ein physischer Ursprung sowie Ausdruck zu.³³⁵ Der Begriff der Psychasthenie wurde scheinbar aufgegeben, bevor er richtig aufgegriffen wurde.

Gottfried Benns „Gehirne-Zyklus“, der die Psychasthenie zum Inhalt hatte, erschien 1916. Etwa zeitgleich scheint es im deutschsprachigen Raum zu einer vermehrten Rezeption Janets Begrifflichkeit gekommen zu sein, die besonders nach dem Ersten Weltkrieg ein Hoch erreichen sollte. Eine Untersuchung der Häufigkeit von Wortnennungen in Büchern dieses Zeitraumes bringt ein überaus interessantes Ergebnis hervor.³³⁶ Mit den Publikationen Janets 1903 kam es erwartungsgemäß zu einem vermehrten Auftreten des Begriffes. Dieser überstieg jedoch bis zum Ersten Weltkrieg nie bedeutend das Niveau der „Neurasthenie“, die stets präsenter gewesen sein dürfte. Erst ab dem Jahr 1919 erreicht die Psychasthenie für mehrere Jahre einen höheren Grad an Nennungen als die Neurasthenie. Der Trend endete 1926, als es abermals zu einem Anstieg der Verwendung des Neurasthenie-Begriffes kam. Zwei Jahre später erschienen Paul Biachs Behandlungsberichte³³⁷ über die Spätfolgen bei Kriegsbeschädigten, die ihn schließlich den Psychastheniebegriff aufgreifen lassen sollten.

4.2. Psychasthenie und Kriegsbeschädigte

Die grundlegende Frage ist nicht, was Psychasthenie bei Paul Biach bedeutete, sondern wie er den Begriff einsetzte und welchen Zweck er damit verfolgte. In den Jahren 1927 und 1928 wurden in der Wiener Medizinischen Wochenschrift zwei therapeutische Beiträge des Neurologen veröffentlicht, worin er sich mit den Sexualstörungen als Spätfolgen von Kriegsbeschädigten auseinandersetzte. Zu einer expliziten Erwähnung der Psychasthenie kam es jedoch erst in der zweiten Veröffentlichung. 1927 diskutierte Biach in seinem ersten Beitrag die vorgefundenen Beschwerden noch als sexuelle Neurasthenie. Ein Jahr später kam die Psychasthenie als Diagnose hinzu. Die Ähnlichkeit der Fallbeispiele beider Jahre führt zu der Frage nach dem Grund für die unterschiedliche Bewertung seitens des Mediziners. Eine vergleichende Analyse beider Artikel gibt darüber Aufschluss.

³³³ Eugen Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin 1930⁵).

³³⁴ Freud verlangte eine schärfere Unterscheidung von psychischer Symptomatik und „echter Neurasthenie“. Damit stellte er sich gegen den pauschalisierten Gebrauch des Nervositätsbegriffes. Putz, Verordnete Lust, 56.

³³⁵ Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, 401–404.

³³⁶ Zur Analyse wurde das Werkzeug Google Ngram Viewer (*Google Research*) verwendet, mit den Begriffen „Psychasthenie“ und „Neurasthenie“ im Zeitraum 1880-1940. Dieses analysiert natürlich nur den digitalisierten Bestand, das Ergebnis deckt sich jedoch mit weiteren Quellen und bietet so eine Veranschaulichung der Begriffsverwendung für den Zeitraum.

³³⁷ Behandlungsberichte als spezielle Form der Fallgeschichte, siehe Ralser, Subjekt der Normalität, 62.

In „Behandlungserfolge bei Sexualstörungen von Kriegsbeschädigten“ legte Biach die von ihm praktizierten Therapiemethoden bei sexuellen Spätfolgen von Kriegsbeschädigungen dar. Vier Fallbeispiele³³⁸ veranschaulichen seine Ausführungen. Biach hielt fest, dass die direkte Einwirkung von Kriegsverletzungen und traumatischen Erlebnissen auf die Gesundheit, besonders das Zentralnervensystem, bereits ausführlich behandelt worden waren.³³⁹ Anders stand es um die Spätfolgen dieser organischen und funktionellen Erkrankungen. Biach nahm sich dabei nicht den unmittelbar durch die Verletzung hervorgerufenen Leiden an, sondern den Folgeerscheinungen, denen er eine „*neurasthenische und hypochondrische Art*“ zuschrieb. Die von Biach beobachteten Fälle wiesen oftmals sexualneurasthenische Beschwerden auf.

Das erste Fallbeispiel berichtet von einem 39-jährigen Kriegsbeschädigten, der im Krieg Opfer einer Granatverschüttung wurde. In Folge dessen kam es zu einer Störung der Blasenfunktion, leichte Lähmungserscheinungen verbunden mit Sensibilitätsstörungen der Beine und Schmerzen. Die Blasenstörung trat noch 1926 in Form von erhöhter Empfindlichkeit auf, sie stand in Verbindung mit einer bestehenden Impotenz ohne eindeutig erkennbare organische Ursache.³⁴⁰ Außerdem beobachtete Biach Anzeichen auf eine vorliegende Depression, die vermutlich von der sexuellen Insuffizienz her rührte.

Der zweite Fall handelt von einem 43 Jahre alten Kriegsbeschädigten, der ein Trauma des Perineums nach dem Sturz auf eine Wagendeichsel erlebte. Es kam zu einer Vergrößerung der Prostata und als Spätfolge zu Impotenz.

Als drittes lieferte Biach die Krankengeschichte eines 34-jährigen ehemaligen Offiziers. Dieser wurde 1917 durch einen Rückenmarkstreifschuss verwundet, woraufhin es zur Lähmung des rechten Beines kam. Folgeerscheinungen waren Blasenschwäche und mangelhafte Erektionen, die eine Unfähigkeit zum Geschlechtsverkehr bedingten. Ab 1923 befielen den mittlerweile abgebauten Bankbeamten zudem epileptische Anfälle. Der letzte Fall beschäftigte sich mit einem 36-jährigen Kriegsbeschädigten, der 1918 durch einen Steinschlag, verursacht von einer Granatexplosion, im Bereich des Perineums verwundet wurde. Daraufhin litt der Patient unter Prostatabeschwerden und Unfähigkeit zur Ejakulation. Nach dem Ende des Krieges kehrte er in sein bürgerliches Leben zurück, wo er

³³⁸ Insgesamt handelt es sich um fünf Fallbeispiele, jedoch behandeln nur vier Kriegsbeschädigte. Der fünfte Fall befasst sich mit einem schon vor dem Krieg an Depressionen leidendem Prokuristen. *Biach*, Sexualstörungen, 885.

³³⁹ Biach verweist auf die Arbeiten von Oppenheim, Goldstein und Reichman. *Biach*, Sexualstörungen, 884.

³⁴⁰ Die Vermutung einer nach der Verletzung vorgefallenen Rückenmarkblutung hielt die Möglichkeit der organischen Ursache offen. *Biach*, Sexualstörungen, 885.

einen vollkommenen Mangel an Libido und seltene, unvollständige Erektionen beklagte. Ab 1920 stellte sich komplette Impotenz ein und 1924 kamen Depressionen hinzu.³⁴¹ Biachs Fokus lag in diesen Berichten, wie schon der Titel besagt, auf den Sexualstörungen der Kriegsbeschädigten. In seiner Herangehensweise betrachtete er die Fälle unter dem Aspekt der Neurasthenie. Seine Schilderungen stellen den äußeren Umstand, das Kriegserlebnis beziehungsweise die Verletzung, in den Mittelpunkt.

Als Therapie stellte Biach eine Testosanforte-Kur vor und erzielte damit mäßige Erfolge. Dabei handelte es sich um ein Hormonpräparat der Firma Sanabo (Wien) zur Behandlung von gestörten Gefäßfunktionen und zur Hebung der äußeren Sekretion der Keimdrüse.³⁴² Die Wirksamkeit des Medikaments wurde jedoch schon 1930 angezweifelt.³⁴³ Im ersten Fall konnte nach 4-monatiger Behandlung die Potenz und Libido wiederhergestellt werden. Der zweite Fall zeigte nach 14 Wochen Besserung, das Körpergewicht des Patienten nahm zu und die nervöse Erregbarkeit schwand, jedoch verblieb die Impotenz. Im Gegensatz dazu konnte im dritten Fall des ehemaligen Offiziers die Potenz bis zur Fähigkeit des Geschlechtsverkehrs nach einer 5-monatigen Kur wiederhergestellt werden. Ebenso legten sich die epileptischen Anfälle. Im letzten Fall führte die Testosanfortebehandlung zu stärkeren Erektionen, erhöhter Libido und der Fähigkeit zum Orgasmus.

Biachs zweiter Beitrag, der unter dem Titel „Behandlung nervöser Kriegsschädigungen mit pluriglandulären Präparaten“ erschien, führte ähnliche Beispiele aus, zeigte aber eine weitaus breitere Zugangsweise. Inhalt sind abermals Sexualstörungen, speziell Genitalstörungen. Sexuelle Neurasthenie erscheint neben Impotenz als Symptom, nicht als nosologische Kategorie. Anders verhält sich dies bei der Psychasthenie, Biach berichtet von mehreren Fällen, der Begriff erscheint jedoch ebenso als Symptom.

Der erste Fall beschreibt einen 36-jährigen Schauspieler, der eine Granatverschüttung erlitt. Er trug keine direkten Verletzungen davon, aufgrund des psychischen Traumas konnte er seinem Beruf nicht mehr adäquat nachkommen, was in einer Versetzung auf eine Provinzbühne endete. Ab 1921 traten Ermüdbarkeit, Schlafsucht, Mattigkeit, Willenlosigkeit und Apathie auf.

Im zweiten Fall war ein 41-jähriger Kriegsbeschädigter, der als Pfleger in einem Frontspital

³⁴¹ *Biach*, Sexualstörungen, 885

³⁴² *Max Schacherl*, Therapie der organischen Nervenkrankheiten: Vierzehn Vorlesungen (Wien 1927) 126.

³⁴³ *Wissenschaftlichen Ausschuss des Wiener medizinischen Dokorenkollegiums* (Hg.), Medizinisches Seminar (Bd. 3, Wien/Berlin 1930) 138. 1973 kritisierte Wilhelm Reich die Anwendung von Testosan anstelle von notwendiger Psychotherapie bei Sexualstörungen im Zuge öffentlicher Gesundheitsvorsorge. *Wilhelm Reich*, The Sexual Misery of the Working Masses and the Difficulties of Sexual Reform. In: *New German Critique* 1 (1973) 98–110, hier 103f.

diente, frühzeitig ergraut. In Folge eines Bombenangriffes trug er ein Trauma davon und wurde 1918 als Zitterneurotiker eingestuft. Diese Zitterneurose hielt 2 Jahre an, danach befielen ihn Apathie, Mattigkeit, Gewichtsabnahme, niedriger Blutdruck und Psychasthenie. Der dritte Fall handelt von einem 46 Jahre alten Buchhalter, der während des Krieges ein „*schweres seelisches Trauma*“ erlitten hatte. Daraufhin traten Mattigkeit, Schlafsucht, Impotenz, Gewichtsabnahme und niedriger Blutdruck auf.

Im vierten Fall war ein 34-jähriger Mann während des Krieges an einem Lungenleiden und der Ruhr erkrankt. Bei dem Kriegsbeschädigten kam es 1920 zu einer Hodenentzündung, als Folge bildeten sich Abszesse und Fisteln an den Hoden, die jedoch ausheilten. 1923 mussten beide Hoden aufgrund eiternder Fisteln entfernt werden. Der Patient verfiel daraufhin schweren Depressionen und eine Hodentransplantation wurde durchgeführt. Kurzfristig besserte sich sein Zustand, 1925 verschlechterte sich der Zustand abermals. 1927 traten Haarausfall, besonders im Bereich der Gesichts- und Schambehaarung, und Fettsucht, sowie eine labile Stimmung und zitternde Hände auf.

Der letzte Fall berichtet von einem 43 Jahre alten Gastwirt, der infolge einer Granatenverletzung beide Hoden verloren und eine vollständige Penisdeformation davongetragen hatte. Jahrelange, schwere Depressionszustände führten zur kompletten Arbeitsunfähigkeit. Fettsucht und Haarmangel traten ebenfalls auf. Der Kriegsbeschädigte zeigte sich den Ärzten gegenüber „*schlaff und willenlos*“.³⁴⁴

Im Gegensatz zu Biachs erstem Beitrag sind es hier Aspekte des inneren Seelenlebens, die deutlich in den Vordergrund treten. Besonders Ermüdung, Mattigkeit, Willenlosigkeit und Depressionen weisen auf einen höheren Stellenwert des Psychischen im Kontext der Leiden. Außerdem schenkt Biach dem sozialen Hintergrund der Patienten Beachtung. Der Beruf des Erkrankten und ein etwaiges Scheitern darin nimmt eine wichtige Rolle in der Anamnese ein. Diesen Faktoren kam im ersten Beitrag höchstens als Randnotiz vor.³⁴⁵

Die therapeutische Maßnahme bestand in der Verabreichung des Hormonpräparats „Dynotabs“, ebenfalls hergestellt von der Firma Sanabo.³⁴⁶ Im ersten Fall wird deutlich, warum Biach zu einem anderen Medikament griff. Der kriegsbeschädigte Schauspieler hatte bereits mehrere Behandlungen durchlaufen, unter anderem eine Kaltwasserkur,

³⁴⁴ Biach, Behandlung nervöser Kriegsschädigungen, 653f.

³⁴⁵ Beispielsweise werden Depressionen im letzten Fall des ersten Beitrags als Nebenerscheinung gewertet. Biach, Sexualstörungen, 885. Beobachtungen während der Therapie konzentrierten sich auf die organische Heilung der Sexualstörungen, nicht auf die Hebung der psychischen Verfassung wie im zweiten Beitrag.

³⁴⁶ Das Medikament wurde bis in die 1950er Jahre verwendet. Karl Kundratitz, Die therapeutische Beeinflussbarkeit zerebralgestörter Kinder. In: Erwin Domanig (Hg.), Zehnte Österreichische Ärztetagung Wien: Wien, 28. bis 30. September 1956 (Wien 1957) 232–244, hier 234.

Psychotherapie und Testosanfortekuren, bei denen sich keine langzeitige Besserung gezeigt hatte. September 1927 begann die Medikation mit Dynotabs, bereits im Februar 1928 konnten eine verbesserter Gesundheitszustand, Agilität und ein Abklingen der Depressionen festgestellt werden. Der zweite Fall wurde zu Beginn drei Monate mit Injektionen von Testikelsubstanz behandelt, jedoch ohne Erfolg. Erst nach 6-monatiger Einnahme von Dynotabs verschwanden die Ermüdungszustände (Psychasthenie) und der Patient verzeichnete eine Gewichtszunahme. Im dritten Fall konnte bereits nach einer kurzen Dynotabs-Anwendung die Impotenz erfolgreich behandelt werden und es kam zu einer positiven Steigerung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Nach einer 4-monatigen Medikation wurden im vierten Fall ebenso Erfolge verzeichnet. Die Fisteln waren größtenteils abgeheilt, die Körperbehaarung des Patienten fiel, mit Ausnahme der Achselbehaarung, normal aus. Es lagen keine Anzeichen auf Fettsucht oder Händezittern mehr vor. Darüber hinaus hatte sich die Stimmung des Kriegsbeschädigten deutlich gebessert, sie wurde nicht mehr als „labil“, sondern „ausgeglichen“ wahrgenommen. Er wies außerdem einen „*Willen zur Gesundheit und Betätigung*“ vor. Keine Besserung konnte hingegen im Bereich der Sexualität erzielt werden, die Erektionsfähigkeit blieb aus. Im letzten Fall hatte die Behandlung mit Dynotabs nach vier Monaten einen positiven Effekt auf die Psyche des Patienten. Dieser zeigte sich „*lebhaft und hoffnungsvoll*“. Er plante zu diesem Zeitpunkt berufliche Weiterentwicklungen. Körperlich wurde eine Zunahme der Körperbehaarung und Abnahme des Fettansatzes vermerkt.³⁴⁷

Die zwei Beiträge erscheinen auf den ersten Blick sehr ähnlich, es liegen aber signifikante Unterschiede vor. Die Art und Weise, wie die Patientengeschichten von Biach dargelegt wurden, variieren. Im ersten Artikel liegt ein 3-teiliges Beobachtungsmuster vor: Verletzung/Trauma – direkte Folge – Spätfolge. Eine Granatenverschüttung löste eine Blasenstörung aus, die zur Impotenz führte. Psychischen oder gar sozialen Faktoren im Leben des Kriegsbeschädigten kam kaum Bedeutung zu. Ein Zustand der Depression wurde als Folge der sexuellen Insuffizienz gewertet. Therapeutische Maßnahmen bestätigen dies. Die Schilderungen der Behandlung zeigen größtenteils eine Ausblendung aller Faktoren jenseits des Organischen. Besserung der Potenz, Libido³⁴⁸, Erektionsfähigkeit, kurz der körperlichen

³⁴⁷ Biach, Behandlung nervöser Kriegsschädigungen, 653f.

³⁴⁸ Zwar handelt es sich bei der Libido um einen Begriff aus der Psychoanalyse, der einen psychischen Aspekt darstellt. Die Behandlungen durch Hormonpräparate zielen aber auf eine Verbesserung durch körperliche und nicht psychische Behandlung, weshalb der Begriff in diesem Fall ebenfalls auf Seiten der körperlichen Faktoren gelesen werden kann. „Geschlechtstrieb“ wäre hier für Biach der passendere Begriff gewesen, so wird hingegen der Einfluss der Psychoanalyse deutlich.

Sexualität standen in Fokus des Mediziners.³⁴⁹ Daneben fand nur die Verminderung „nervöserer Erregbarkeit“ Beachtung. Indem Biach die Fälle aus diesem Blickwinkel darlegte, bot sich der Zugang über die Neurasthenie als Erklärungsansatz an. Ein Jahr später fiel der Beitrag, der sich mit Leiden ähnlicher Art von Kriegsbeschädigten beschäftigte, differenzierter aus. Es kam zu einer deutlichen Verschiebung weg von körperlichen hin zu psychosozialen Faktoren. Depressionen erhielten beispielsweise einen höheren Stellenwert. Sie führten in der Betrachtung des Falles des kriegsbeschädigten Gastwirtes zur Arbeitsunfähigkeit. Biachs Blick wandte sich bedeutend den psychischen Symptomen zu. Darüber hinaus fanden Probleme der sozialen, genauer gesagt der beruflichen Ebene der Kriegsbeschädigten Beachtung. Der karrieretechnische Niedergang im Fall des im Krieg traumatisierten Schauspielers ist gleichzeitig Symptom und Auslöser weiterer Leiden. Der Patient litt unter Einschränkungen, die sich nicht auf körperlicher Ebene, sondern im sozialen Alltag des Berufs ausdrückten. Daraus, und dies hielt Durig schon auf der 1920 veranstalteten Enquete fest, resultierte ein Zustand von „Ermüdung“. Selbiges lässt sich anhand der Therapiemaßnahmen beobachten. Zum einen kam ein weitaus breiteres Behandlungsprogramm zum Einsatz, unter anderem Psychotherapie. Die Testosanfortekur, über die Biach ein Jahr zuvor noch optimistisch berichtet hatte, hatte sich nun unwirksam gezeigt, weshalb der Einsatz eines anderen Präparats für notwendig erachtet wurde. Behandlungserfolge hatten die Besserung der Depressionen, Stimmung, Psyche und des „Willens“ im Blick. Den körperlichen Faktoren, Erhöhung der Agilität und Potenz, kam im Vergleich zum ersten Beitrag eine verminderte Gewichtung zu.

Was sich in diesem Jahr zwischen den beiden Veröffentlichungen bei Biach vollzog, war ein Wandel seines Blickes weg von einem von Neurasthenie geleiteten Ausgangspunkt hin zu einem Ansatz, der psychosozialen Faktoren mehr Beachtung darbrachte. Ein passendes Erklärungsmodell fand der Mediziner nur in der Psychasthenie.

4.3. Psychasthenie – ein Erklärungsversuch der zerbrochenen Männlichkeit?

Biach verwendete einen Begriff, der nicht dem psychiatrischen Kanon seiner Zeit entsprach. Psychasthenie war keine gängige Klassifikation oder Symptomatik. Dazu kam eine Unschärfe gegenüber der Neurasthenie. Stransky vermischte beide sichtbar. Was war nun Psychasthenie für Biach? Die Antwort liegt in genau dieser unklaren Trennung der Begriffe. Neurasthenie ist der bezeichnende Ausdruck für die krankmachenden, zivilisatorischen Veränderungen der

³⁴⁹ Trotz der übergreifend psychiatrischen Behandlung von sexuellen Leiden im 20. Jahrhundert, hielt sich parallel eine organische Herangehensweise an Sexualstörungen. *Putz*, *Verordnete Lust*, 212–217.

Zeit.³⁵⁰ Der technische Fortschritt und die gesellschaftliche Entwicklung, dabei handelte es sich um teils verstörende Faktoren. Diese lösten wiederum psychische Reaktionen aus. Die Psychoanalyse lieferte eine revolutionäre Zugangsweise zu diesen Problemen. Bevor diese sich jedoch durchsetzen konnte, verblieb die Aufgabe der sinnstiftenden Deutung³⁵¹ bei der klinischen Psychiatrie. Im Zeitalter der Zivilisationskrankheiten war die Neurasthenie ein Modus der Erklärung.³⁵² Aus dem gleichen Grund suchte man die Verbindung der Kriegsneurosen zur Neurasthenie und Hysterie. Dies eröffnete die Möglichkeit auf ein psychologisches Verstehen der Vorgänge am Patienten und in der Folge Behandlungsoptionen. Im Fall der Kriegsneurosen spiegelten sich darin die militärischen und gesellschaftlichen Anforderungen wider.³⁵³ Die Neurasthenie war somit ein Instrument zur Erklärung. Sie erklärte die Überforderung und Reizüberflutung der Männer durch den zivilisatorischen Fortschritt.

Die Psychasthenie funktionierte ebenfalls als ein solches Instrument der Erklärung. Ihre Verwendung ist nichts Geringeres als der Ausdruck einer weiteren Krise, dieses Mal eine der Psychiatrie. Es waren die Spätfolgen, unter denen die Kriegsbeschädigten litten, die in dieser Form ein Novum für die Psychiater darstellten. Biach versuchte im ersten Beitrag den neurasthenischen Erklärungsansatz. Äußere Auswirkungen, nämlich der Krieg selbst, waren Auslöser für die Beschwerden. Die Leiden der Kriegsbeschädigten wurzelten jedoch tiefer, sie waren nicht durch den Modus der Neurasthenie zu erklären. Es waren nicht der Fortschritt und die Reizüberflutung, die diese Patienten ins Pathologische fallen lassen hatten. Doch wie bei der Neurasthenie handelte es sich um gesellschaftliche Veränderungen, die den Kriegsbeschädigten überforderten. Ein Gefühl der Minderwertigkeit und soziale Zweitstellung lösten „Ermüdung“ aus. Die zerbrochene Männlichkeit der Kriegsbeschädigten, deren verheerendste Wunden, der Verlust von Körperteilen, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und schließlich das Versagen der Zeugungsfähigkeit waren, erlaubten nur eine unzureichende Annäherung an ideale Männlichkeiten.³⁵⁴ Es war die fehlgeschlagene gesellschaftliche Rückführung, die den Kriegsbeschädigten krank machte. Mit einer solchen Anamnese war es für Biach nicht mehr möglich, alleinig die Neurasthenie als Deutungsmuster heranziehen, sondern ergänzte es um die Psychasthenie. So konnten sich die psychosozialen Probleme

³⁵⁰ Fischer-Homberger, Neurasthenie, 24.

³⁵¹ Hofer, Krieg und Nervenschwäche, 377.

³⁵² Putz, Verordnete Lust, 214f.

³⁵³ Hans-Georg Hofer, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg. In: Kuprian, Überegger, Der Erste Weltkrieg im Alpenraum, 309–321, hier 313.

³⁵⁴ Ähnliche Entwicklungen konnte Meyer bei den britischen Kriegsbeschädigten beobachten, Meyer, Men of War, 127.

seiner Patienten in das Krankheitsbild fügen. Das funktionierte deshalb, weil es sich bei den Fallgeschichten um narrative Konstruktionen handelt. Die Ausführungen und Darstellungen der Leiden sind Manifestationen einer Idee von der Krankheit, die durch die Beobachtung des Arztes realisiert wird.³⁵⁵ Er enthüllt das „wahre Wesen“ der Krankheit und erzeugt diese damit als Entität. In dieser ärztlichen Macht liegt für Foucault die Grundlage der psychiatrischen Praxis.³⁵⁶ Biachs Verwendung der Psychasthenie ist Ausdruck der verlorenen psychiatrischen Deutungshoheit und des Wandels, in dem sich das Feld der Psychiatrie befand. Er ergänzte seinen organischen Ansatz durch einen noch stärker psychologischen und begünstigte eine Verschiebung weg von äußeren Umständen hin zu psychopathologischen Kräften des Körpers.³⁵⁷ Dieser Prozess fand schließlich seinen Abschluss in der Durchsetzung der Psychoanalyse. Damit konnte die Psychiatrie wieder ihre Position als ordnungsstiftende Institution beanspruchen. Mit der Psychasthenie sind auch klare Vorstellungen männlicher Sozialität angesprochen. Sie liegen in einem gefestigten Bezug zur Realität und Umwelt, sowie einer gefestigten Selbstwahrnehmung. Berufliches Versagen, als ein Moment des sozialen Niedergangs, bezeichnet ein weiteres Mal die essentielle Eigenschaft der Arbeitsfähigkeit. Damit weist die Psychasthenie auf einen Umstand hin, der entscheidend für die Untersuchung von Männlichkeiten der 1920er ist. Trotz auftretender flexibler Schwellen festigte sich die Eigenschaft der Arbeitsfähigkeit als essentieller Bestandteil. Die damit verbundene Sozialität, besonders im Berufsleben, erscheint nicht nur als zentrales Element von idealen, aber auch normalen Männlichkeiten. Eine Abweichung konnte nicht zur Schaffung einer weiteren Form von Männlichkeit führen, die Abwesenheit der Arbeitsfähigkeit bewegte sich somit jenseits der Grenzen des Maskulinen. Während in anderen Bereichen eine Abweichung vom Ideal, beispielsweise bei Wehrfähigkeit, körperlicher Integrität und teilweise sogar Sexualität, auf der Ebene der Geschlechterpraxis die Ausformung weiterer Männlichkeiten im Feld des Normalen bewirken konnte, war eine solche Adaption im Falle von Arbeitsunfähigkeit nicht möglich. Die Abweichung führte zur psychischen Erkrankung des betroffenen Individuums in Form von Depressionen. Das berufliche Scheitern und der Niedergang der eigenen Sozialität stellen somit eine Grenze der Flexibilität von Männlichkeiten dar.

³⁵⁵ *Ralser*, Subjekt der Normalität, 31–34.

³⁵⁶ Michel *Foucault*, Die psychiatrische Macht. In: Torsten *Hahn* (Hg.), Grenzgänge zwischen Wahn und Wissen. Zur Koevolution von Experiment und Paranoia 1850–1910 (Frankfurt am Main 2002) 97–109, hier 102–108.

³⁵⁷ *Hofer*, Krieg und Nervenschwäche, 383.

Conclusio

Männlichkeiten sind vielfältig und wandelbar. Die Annahme der Existenz einer singulären, historisch verankerten Männlichkeit als Grundlage des männlichen Geschlechts wird durch die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit zusehends entkräftet. Nicht nur die Varianz zwischen idealer und normaler Männlichkeiten, sondern die auftretenden Ambivalenzen zeigen die Beweglichkeit von Maskulinität. Die einzelnen Kapitel zeigen auf deutliche Weise, dass im Raum des Männlichen oftmals mehr möglich war, als es das Konzept einer hegemonialen Männlichkeit annehmen ließe. Nur an wenigen Punkten erscheint eine klare Grenzziehung zwischen dem Männlichen und Unmännlichen.

Eine deutliche Veränderung im männlichen Idealbild lässt sich in den Nachrufen bedeutender Mediziner feststellen. Im Vergleich zu den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg ist nach 1918 eine präzisere und striktere Definition von Männlichkeit zu erkennen. Die Eigenschaften Güte, Beherrschung, Tapferkeit, Pflichttreue, Liebenswürdigkeit, Gründlichkeit und an erster Stelle Arbeitsamkeit bildeten ein Idealbild des männlichen Mediziners. Darin finden sich zur selben Zeit Anknüpfungspunkte für weitere ideale Männlichkeiten, wie etwa dem Wissenschaftler oder Bürger als Mann. Während der Zugang über hegemoniale Männlichkeit ein einzelnes, dominantes Ideal des Mannes ins Zentrum beziehungsweise an die Spitze der männlichen Sphäre stellt, wurde bei der Untersuchung der Nachrufe deutlich, dass es sich vielmehr um zusammengesetzte Männlichkeiten handelt. So finden sich selbstverständlich Eigenschaften, die Wolfgang Schmale als Teil der diskursiv wirkenden, hegemonialen Männlichkeit des 19. Jahrhunderts einordnet. Hier greift das von David Buchbinder bezeichnete Prinzip von „conferring masculinity“. So treten beispielsweise Pflichttreue und Gründlichkeit ebenso als essentielle Eigenschaften von Bürgerlichkeit und Wissenschaftlichkeit auf, zwei Bereiche, die besonders im 19. Jahrhundert fest in der Hand der Männer waren. Für die Betrachtung einer Entwicklung von Männlichkeiten war die Untersuchung der idealen (Mediziner-)Maskulinität von hohem Stellenwert, da die Ärzte dieses Idealbild in ihrer medizinischen Tätigkeit transportierten. In der Auseinandersetzung mit den zeitgenössisch wahrgenommenen Devianzen trafen männliche Ideale und Normalitäten aufeinander. Im medizinischen Spezialdiskurs lässt sich hingegen nicht durchgehend eine klare Beschränkung normaler Männlichkeiten erkennen. Zwar finden sich Anknüpfungen an Idealbilder, die als normative Vorstellungen wirken, doch sind es besonders die Brüche und Ambivalenzen im Feld des Maskulinen, die eine flexible Schwelle im Bereich der Geschlechterpraxis zeigen. Die Betrachtung der Männer unter Aspekten der nationalen

Ökonomie und Eugenik führten zu unterschiedlichen Wertungen von Männlichkeitszuschreibungen und ließen den Raum des Männlichen breiter werden. Dies wird besonders im Hinblick auf die Gruppe der Kriegsbeschädigten und deren Verhältnis zu Arbeit, Ehe und Sexualität deutlich. Die Abweichung von Idealbildern der Männlichkeit bedeutete keine sofortige Ausgrenzung, der Konflikt zwischen Idealität und Normalität wurde zugunsten des Letzteren beigelegt. Eine deutlichere Grenze lässt sich in den 1920er Jahren hingegen bei der thematisierten „Verweiblichung des Mannes“ erkennen, womit eine fortdauernde Stigmatisierung Homosexueller miteinherging. Welche Wirkungsmacht von Männlichkeiten ausging, konnte nicht nur an den Kriegsbeschädigten, sondern auch anhand der Fallbeispiele des „tapferen Deserteurs“ und des „feigen Offiziers“ demonstriert werden. Treuebruch, in Form von 5-facher Desertion, durfte zur selben Zeit im gleichen Raum mit Pflichttreue existieren. Die beiden Gutachten führen vor, auf welche Weise Männlichkeiten eingesetzt wurden, um Schuld beziehungsweise Unschuld argumentativ zu untermauern.

Die Untersuchung der Kriegsbeschädigtenbehandlung brachte neben Erkenntnissen über Männlichkeiten der 1920er Jahre weitere Ergebnisse. Anhand der Betrachtung werden die historische Rolle der Medizin und ihre Verbindung zu zeitgenössischen Diskursen sichtbar. Ihre Aufgabe lag nicht allein in Heilungsversuchen von Patienten, sondern in ihr spiegelte sich die Einbindung in gesamtgesellschaftliche Vorgänge wider. Die Bemühungen um die Kriegsbeschädigten hebt die essentielle Eigenschaft der Arbeitsamkeit hervor, welche aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklungen in Zeichen der nationalen Ökonomie an Bedeutung gewann. Die zunehmende Wahrnehmung von Arbeitsunfähigkeit als zu behandelnde Devianz zeigt die Verbindung der Medizin zu den wirtschaftlichen und staatlichen Entwicklungen. Die Ärzte als „Hüter der Volksgesundheit“ wurden so zudem zu „Beschützern der nationalen Ökonomie“. So entwickelte sich die Kriegsbeschädigtenfürsorge vom humanitären Dienst an den verwundeten Heimkehrern zur mechanischen Wiederherstellung von Arbeitskräften. Aufgrund der Abwertung zu Arbeitern zweiter Klasse kann nur mehr bedingt von der Inklusion dieser Gruppe in das Feld normaler Männlichkeiten gesprochen werden. Jedoch wurde den Kriegsbeschädigten, deren Verwundungen eine zu starke Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich brachten, auf diesem Wege die Möglichkeit der Koexistenz geschaffen. Dabei handelte es sich nicht um eine gleichgestellte, sondern untergeordnete Koexistenz dieser devianten Männlichkeit, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden war. Die Betroffenen lebten am Rande der Gesellschaft und die Folgen fanden ihren Ausdruck in der Psychasthenie. Mit dem Verlust der Arbeitsfähigkeit war eine zentrale Säule von Maskulinität angegriffen. Das Scheitern der männlichen Sozialität führte auf der

untersten Ebene des Individuums beim Mann selbst zur seelischen Erkrankung. Das Versagen im Beruf führte zu Depressionen und weiteren Folgeerscheinungen. Männliche Idealität und Normalität konnten auf die Arbeitsfähigkeit nicht verzichten und dies durchdrang die gesamte männliche Geschlechtersphäre. Es handelt sich um genau diesen Umstand, den die Psychiatrie mit dem Begriff der Psychasthenie zu erklären versuchte. Damit wird die Rolle dieser Institution im gesamtgesellschaftlichen Rahmen sichtbar. Paul Biachs Vorgehensweise spiegelt die der Psychiatrie wider: Sie versuchte deviantes Verhalten des Geistes zu erklären. Damit steht die vorgefundene Anwendung der Psychasthenie in Kontinuität zu Konzepten wie Neurasthenie, Kriegshysterie, Durigs Ermüdung aus den frühen 1920er Jahren und der modernen Posttraumatischen Belastungsstörung. Unter dem in dieser Arbeit verfolgten Blickwinkel der Masculinity Studies ist ihnen gemein, dass sie mitunter zum Einsatz kommen, wann immer zerbrochene Männlichkeiten im Spiel sind.

Bibliographie

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hg.), Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Online unter: <http://www.dwds.de>

Eugen *Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin 1930⁵).

Cornelia *Brink*, Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980 (Göttingen 2010).

David *Buchbinder*, Studying Men and Masculinities (London/New York 2013).

Robert *Conell*, Der gemachte Mann: Konstruktion und Krise von Männlichkeiten (Opladen 1999).

Martin *Dingens* (Hg.), Männer - Macht - Körper. Hegemoniale Männlichkeiten vom Mittelalter bis heute (Frankfurt 2005).

Otto *Dornblüth*, Die Psychoneurosen, Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (Leipzig 1911).

Arnold *Durig*, Die Ermüdung in ihrer Beziehung zur Kriegsbeschädigtenfürsorge. In: Rudolf *Bernhart* (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920)1–7.

Esther *Fischer-Homberger*, Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: Maximilian *Bergengruen*, Klaus *Müller-Wille*, Caroline *Pross* (Hg.), Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur (Freiburg/Berlin/Wien 2010) 23–69.

Michel *Foucault*, Die psychiatrische Macht. In: Torsten *Hahn* (Hg.), Grenzgänge zwischen Wahn und Wissen. Zur Koevolution von Experiment und Paranoia 1850–1910 (Frankfurt am Main 2002) 97–109.

Michel *Foucault*, Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft (Frankfurt am Main 1973).

Johanna *Gehmacher*, Frauen- und Geschlechtergeschichte: Position/Perspektiven (Innsbruck/Wien 2003).

Ute *Gerhard* (Hg.), Feminismus und Demokratie: Europäische Frauenbewegungen der 1920er Jahre (Königstein 2001).

Google Reserach, Google Ngram Viewer, online unter: <https://books.google.com/ngrams>

Jacob *Grimm*, Wilhelm *Grimm*, Deutsches Wörterbuch: der digitale Grimm (Frankfurt 2004).

Christa *Hämmerle*, Gender and the First World War (Basingstoke 2014).

Christa *Hämmerle*, Heimat/Front. Geschlechtergeschichte/n des Ersten Weltkriegs in Österreich-Ungarn (Wien/Köln/Weimar 2014).

Christa *Hämmerle*, „Vor vierzig Monaten waren wir Soldaten, vor einem halben Jahr noch Männer ...“. Zum historischen Kontext einer „Krise der Männlichkeit“ in Österreich. In: *L’Homme* 19, 2 (2008) 51–74.

Gabriella *Hauch*, Frauen bewegen Politik: Österreich 1948–1938 (Studien zur Frauen- und Geschlechtergeschichte 10, Innsbruck/Wien/Bozen 2009).

Hans-Georg *Hofer*, Nervenschwäche und Krieg: Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)(Wien/Köln/Weimar 2004).

Hans-Georg *Hofer*, Was waren „Kriegsneurosen“? Zur Kulturgeschichte psychischer Erkrankungen im Ersten Weltkrieg. In: Hermann J. W. *Kuprian*, Oswald *Überegger* (Hg.), Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung (Innsbruck 2006) 309–321.

Nicolas *Hoffmann*, Zwänge und Depressionen: Pierre Janet und die Verhaltenstherapie (Berlin/Heidelberg 1998).

Stefan *Horlacher*, Überlegungen zur theoretischen Konzeption männlicher Identität aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. In: Martina *Läubli*, Sabrina *Sahli* (Hg.), Männlichkeit denken. Aktuelle Perspektiven der kulturwissenschaftlichen Masculinity Studies (Bielefeld 2011) 19–82.

Ke-Chin *Hsia*, War, welfare, and social citizenship: the politics of war victim welfare in Austria 1914–1925 (Chicago 2013).

Pierre Janet, Der Geisteszustand der Hysterien: Die psychischen Stigmata (Übersetzung durch Max Kahane, Wien/Leipzig 1894).

Pierre *Janet*, L’état mental des hystériques (Paris 1894).

Pierre *Janet*, Les obsessions et la psychasthénie (Paris 1903).

Reiner *Keller*, Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen (Opladen 2004).

Erhard *Köllner*, Homosexualität als anthropologische Herausforderung (Bad Heilbrunn 2001).

Richard von *Krafft-Ebing*, Über gesunde und kranke Nerven (Tübingen 1885³).

Stefan *Krammer*, Marion *Löffler*, Martin *Weidinger*, Staat in Unordnung? Geschlechterperspektiven auf Deutschland und Österreich zwischen den Weltkriegen. Eine Einleitung. In: Stefan *Krammer*, Marion *Löffler*, Martin *Weidinger* (Hg.), Staat in Unordnung? Geschlechterperspektiven auf Deutschland und Österreich zwischen den Weltkriegen (Bielefeld 2012) 7–24.

Alma *Kreuter*, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater (Bd. 1, München/New Providence/London/Paris 1996).

Karl *Kundratitz*, Die therapeutische Beeinflussbarkeit zerebralgestörter Kinder. In: Erwin *Domanig* (Hg.), Zehnte Österreichische Ärztetagung Wien: Wien, 28. bis 30. September 1956 (Wien 1957) 232–244.

Hermann J. W. *Kuprian*, Oswald *Überegger* (Hg.), Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung (Innsbruck 2006).

Hermann A. *Hienz*, Schriftsteller-Lexikon der Siebenbürger Deutschen (Köln 2000) 75f.

Magnus *Hirschfeld*, Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende (2. Teil, Bonn 1918).

Historische Kommission, Bayrische Akademie der Wissenschaften (Hg.), Neue Deutsche Biographie, online unter: <http://www.deutsche-biographie.de/>

Sandra *Janßen*, Neurasthenie oder Psychasthenie? Gottfried Benns Selbstdiagnose als psychiatriegeschichtliches und erkenntnistheoretisches Problem der Rönne-Novellen. In: Maximilian *Bergengruen*, Klaus *Müller-Wille*, Caroline *Pross* (Hg.), Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur (Freiburg/Berlin/Wien 2010) 259–285.

Martina *Läubli*, Sabrina *Sahli*, Männlichkeit denken. In: Martina *Läubli*, Sabrina *Sahli* (Hg.), Männlichkeit denken. Aktuelle Perspektiven der kulturwissenschaftlichen Masculinity Studies (Bielefeld 2011) 7–16.

Hannes *Leidinger*, Verena *Moritz*, Die Republik Österreich 1918/2008 (Wien 2008).

Edith *Leisch-Prost*, Verena *Pawlowsky*, Kriegsinvalide und ihre Versorgung in Österreich nach dem Ersten Weltkrieg. In: Hermann J. W. *Kuprian*, Oswald *Überegger* (Hg.), Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung (Innsbruck 2006) 367–380.

Sonja *Levsen*, Elite, Männlichkeit und Krieg. Tübinger und Cambridger Studenten 1900–1929 (Göttingen 2006).

Jürgen *Link*, Concerning Two Normalistic Strategies: Regulating Inclusion and Exclusion. In: Peter Becker (Hg.), Normalising Diversity (HEC Working Papers 2003/5, Florence 2003) 9–22.

Jürgen *Link*, Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird (Göttingen 2006³).

Jürgen *Link*, Thomas *Loer* und Hartmut *Neuendorff*, Zur Einleitung: „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe. In: Jürgen *Link*, Thomas *Loer* und Hartmut *Neuendorff* (Hg.), „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, Diskursivitäten (Heidelberg 2003) 7–22.

Siegfried *Maaß*, Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb, ohne Dämmerzustand, im jugendlichen Alter (Leipzig 1910).

Jürgen *Martschukat*, Geschichte der Männlichkeiten (Frankfurt am Main 2008).

Marietta *Meier*, Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870 - 1970 (Zürich 2007).

Jessica *Meyer*, Men of War, Masculinity and the First World War in Britain (New York 2009).

Julius *Meyer* (Hg.), Meyers Großes Konversations-Lexikon (Leipzig/Wien 1905–1909⁶).

Mauren *Möhring*, Marmorleiber. Körperbildung in der deutschen Nacktkultur (1890-1930) (Köln/Weimar/Wien 2004).

Petra *Möller*, Todesanzeigen – eine Gattungsanalyse (Unveröffentlichte Dissertation, Giessen 2009).

Louis *Obrowsky*, Historische Betrachtung der sozialmedizinischen Einrichtungen in Wien vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zum Ende der Ersten Republik (Frankfurt am Main 2005).

Karen *Offen*, Umstände, Unwägbarkeiten – Feministinnen der zwanziger Jahre zwischen Krieg, Revolution und neuem Wissensstreit. In: Ute *Gerhard* (Hg.), Feminismus und Demokratie: Europäische Frauenbewegungen der 1920er Jahre (Königstein 2001) 210-235.

Claudia *Opitz-Belakhal*, „Krise der Männlichkeit“ – ein nützliches Konzept der Geschlechtergeschichte? In: *L’Homme* 19, 2 (2008) 31–50.

Thomas *Orbison*, The psycho-neuroses: psychasthenia, neurasthenia and hysteria. In: *California and Western Medicine* 23/9 (1910) 1132–1136.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Der Krieg und seine Opfer. Kriegsbeschädigte in Wien. In: Alfred *Pfoser*, Andreas *Weigl* (Hg.), Im Epizentrum des Zusammenbruchs. Wien im Ersten Weltkrieg (Wien 2013) 310–317.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Die Kriegsoffer des Ersten Weltkriegs in Österreich. Definition und Kategorisierung. In: Carlos *Watzka*, Florian *Schwanninger* (Hg.), Virus: Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin, Bd. 11. Schwerpunkt: Behinderung(en) (Wien 2012) 103–113.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Die normative Konstruktion des Opfers. Die Versorgung der Invaliden des Ersten Weltkriegs. In: Laurence *Cole*, Christa *Hämmerle*, Martin *Scheutz* (Hg.), Glanz – Gewalt – Gehorsam. Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918) (Beiträge zur Historischen Friedensforschung 18, Essen 2011) 359–383.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Government Care of War Widows and Disabled Veterans after World War I. In: Günter *Bischof*, Fritz *Plasser* (Hg.), From Empire to Republic: Post-World War I Austria (Contemporary Austrian Studies 19, New Orleans/Innsbruck 2010) 171–191.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Opfer und Akteure. Organisation der Kriegsbeschädigten und Kriegerwitwen in der Ersten Republik. In: Ingrid *Böhler*, Eva *Pfanzelter*, Thomas *Spielbüchler*, Rolf *Steininger* (Hg.): 7. Österreichischer Zeitgeschichtetag

2008. 1968 – Vorgeschichten – Folgen. Bestandsaufnahme der österreichischen Zeitgeschichte (Innsbruck/Wien/Bozen 2010) 801–807.

Verena *Pawlowsky*, Harald *Wendelin*, Wunden des Staates. Kriegsoffer und Sozialstaat in Österreich 1914-1938 (Wien/Köln/Weimar 2015).

Alexander *Pilcz*, Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte (Wien/Leipzig 1926⁷).

Christa *Putz*, Verordnete Lust. Sexualmedizin, Psychoanalyse und die „Krise der Ehe“, 1870-1930 (Bielefeld 2011).

Michaela *Ralser*, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheiten um 1900 (München 2010).

Manfried *Rauchensteiner*, Der Erste Weltkrieg und das Ende der Habsburgermonarchie 1914–1918 (Wien/Köln/Weimar 2014).

Karl-Siegbert *Rehberg*, „Normalitätsfiktion als institutioneller Mechanismus“. In: Jürgen *Link*, Thomas *Loer* und Hartmut *Neuendorff* (Hg.), „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, Diskursivitäten (Heidelberg 2003) 163–181.

Wilhelm *Reich*, The Sexual Misery of the Working Masses and the Difficulties of Sexual Reform. In: New German Critique 1 (1973) 98–110.

Siegfried *Romich*, Bein-Amputierte. In: Rudolf *Bernhart* (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920) 72–77.

Joseph *Roth*, Die Rebellion (Köln 2005).

Max *Schacherl*, Therapie der organischen Nervenkrankheiten: Vierzehn Vorlesungen (Wien 1927).

Günter *Schiepek*, Konstruktivistisches Wirklichkeitsverständnis - ein empirisches Projekt. Konsequenzen für die Psychiatrie. In: Gebhard *Rusch*, (Hg.), Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie (Frankfurt am Main 2000) 24–45.

Wolfgang *Schmale*, Geschichte der Männlichkeit in Europa (1450-2000) (Wien 2003).

Heinz *Schott*, Rainer *Tölle*, Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen (München 2006).

Hans *Spitz*, Verletzungen der oberen Extremitäten (Amputationen). In: Rudolf *Bernhart* (Hg.) Arbeit für Kriegsbeschädigte. Ergebnisse einer Enquete (Wien 1920) 77–84.

Wilhelm *Stekel*, Störungen des Trieb- und Affektlebens. Impulshandlungen: Wandertrieb, Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie und verwandte Zustände (Bd. 6, Berlin/Wien 1922).

Erwin *Stransky*, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. Zur Einführung für Studierende und als Merkbuch für in der allgemeinen Praxis stehende Ärzte: Spezieller Teil (Bd. 2, Leipzig 1919).

Erwin *Stransky*, Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde (Wien 1916).

Oswald *Überegger*, Krieg als sexuelle Zäsur? Sexualmoral und Geschlechterstereotypen im kriegsgesellschaftlichen Diskurs über die Geschlechtskrankheiten. Kulturgeschichtliche Annäherungen. In: Hermann J. W. *Kuprian*, Oswald *Überegger* (Hg.), Der Erste Weltkrieg im Alpenraum. Erfahrung, Deutung, Erinnerung (Innsbruck 2006) 351–366.

William *Watson*, Psychiatry as craft. In: History of Psychiatry 9 (1998) 355–381.

Otto *Weininger*, Geschlecht und Charakter (Digitalisat: Projekt Gutenberg, 19. unveränderte Auflage, Wien Leipzig 1920) Kap. 4.

Herbert *Willems*, „Normalität, Normalisierung, Normalismus“. In: Jürgen *Link*, Thomas *Loer* und Hartmut *Neuendorff* (Hg.), „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, Diskursivitäten (Heidelberg 2003) 51–83.

Wissenschaftlichen Ausschuss des Wiener medizinischen Dokorenkollegiums (Hg.), Medizinisches Seminar (Bd. 3, Wien/Berlin 1930).

Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien 1851–1944):

Beiträge, Artikel, Notizen:

Paul *Biach*, Behandlungserfolge bei Sexualstörungen von Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 26 vom 25.07.1927, 884f.

Paul *Biach*, Behandlung nervöser Kriegsschädigungen mit pluriglandulären Präparaten. In: WMW Nr. 20. vom 12.05.1928, 653f.

M. *Cohn*, Künstliches Bein mit aktiver Streckung des Kniegelenks. In: WMW Nr. 12 vom 15.03.1919, 602.

Adolf *Deutsch*, Zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1121–1124.

Bruno *Drastich*, Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: WMW Nr. 47 vom 23.11.1918, 2053–2064.

Ernst *Eitner*, Gesichtsplastiken an Kriegsverletzten. In: WMW Nr. 5 vom 25.01.1919, 245–254.

Ernst *Finger*, Die soziale Bedeutung und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (2. Teil). In: WMW Nr. 23 vom 31.05.1919, 1129–1134.

Ernst *Finger*, Zur Frage der sogenannten sexuellen Aufklärung. In: WMW Nr. 8 vom 19.02.1921, 363–365.

Max *Kahane*, Kriegsneurosen. In: WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 345–348.

Friedrich *Korner*, Bemerkungen zur Herzneurose im Felde. In: WMW Nr. 35 vom 31.08.1918, 1530–1533.

Adolf *Kronfeld*, Die sexuelle Aufklärung der Mädchen. Ein ärztliches Mahnwort an die Mütter. In: WMW Nr. 50 vom 06.12.1919, 2453–2457.

Karl *Meixner*, Entgegnung zu Deutsch, Zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1124f.

Max *Nachmansohn*, Psychoanalytischer Beitrag zur Theorie der Homosexualität. In: WMW Nr. 43 vom 20.10.1923, 1929f.

Alexander *Pilcz*, Feigheit vor dem Feinde. Psychopathische Minderwertigkeit. Fraglicher Geisteszustand. In: WMW Nr. 25 vom 12.06.1920, 1117–1120.

Alexander *Pilcz*, Über absichtliche hervorgerufene Geistesstörungen. In: WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 340f.

Alexander *Pilcz*, Wiederholte Desertion, krankhafter Wandertrieb bei periodischen Verstimmungszuständen. In: WMW Nr. 4 vom 17.01.1920, 185–188.

Franz *Riedl*, Dauerbehandlung der Verletzungsfolgen. In: WMW Nr. 25 vom 14.06.1919, 1226–1231.

E. *Ruff*, Invalidenbehandlung. In: WMW Nr. 22 vom 22.05.1920, 1001f.

Hans *Schnopfhagen*, Zur Frage des ärztlichen Ehekonsenses. In: WMW Nr. 17 vom 22.04.1922, 743–747.

Artur *Schüller*, Heilstätten für nervenranke Krieger. In: WMW Nr. 38 vom 21.09.1918, 1651–1655.

Eugen *Schultze*, Asepsis und Amputationen im Kriege. In: WMW Nr. 9 vom 22.02.1919, 459.

Hans *Spitzzy*, Nervenoperationen nach Kriegsverletzungen. In: WMW 2 vom 03.01.1920, 81–86.

Hans *Spitzzy*, Neue operative Wege in der orthopädischen Chirurgie (1. Teil). In: WMW Nr. 27 vom 28.07.1924, 1406–1412.

Hans *Spitzzy*, Neue operative Wege in der orthopädischen Chirurgie (2. Teil). In: WMW Nr. 29 vom 12.07.1924, 1519–1524.

Robert *Stigler*, Das sexuelle Problem vom psychologischen Standpunkt (Robert Gaupp). In: WMW Nr. 43 vom 16.10.1920, 1809.

Robert *Stigler*, Die volksgesundheitliche Bedeutung einer staatlichen Ehevermittlung. In: WMW Nr. 38 vom 21.09.1918, 1683–1687.

Erwin *Stransky*, Über Ehescheu (1. Teil). In: WMW Nr. 47 vom 17.11.1923, 2126–2128.

Erwin *Stransky*, Über Ehescheu (2. Teil). In: WMW Nr. 48 vom 24.11.1923, 2172–2177.

Josef *Thenen*, Organisation der Kur- und Bäderfürsorge für Kriegsinvalide in Österreich. In: WMW Nr. 7 vom 16.02.1918, 298.

Joseph *Wilheim*, Die Hormontherapie der sexuellen Impotenz und Neurasthenie. In: WMW Nr. 8 vom 17.02.1923, 413f.

An die Ärzteschaft! In: WMW Nr. 42 vom 11.10.1919, 2061.

Bericht: Berliner Chirurgenkongreß 1 (7.-10. April 1920). In: WMW Nr. 20 vom 08.05.1920, 916f.

Bericht: Berliner Chirurgenkongreß 2 (7.-10. April 1920). In: WMW Nr. 23 vom 29.05.1920, 1045–1048.

Bericht: Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 1 (16.-19. September 1918). In: WMW Nr. 44 vom 02.10.1918, 1950–1952.

Bericht: Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 2 (16.-19. September 1918). In: WMW Nr. 46 vom 16.11.1918, 2009–2017.

Bericht: Kongreß für Kriegsbeschädigtenfürsorge 3 (16.-19. September 1918). In: WMW Ausgabe Nr. 3 vom 11.01.1919, 161–165

Bericht: Sitzung der Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. In: WMW Nr. 48 vom 20.11.1920, 2028f.

Bericht: Tagung für „Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik“. In: WMW Nr. 7 vom 08.02.1919, 355–357.

Bericht: Tagung zur Kur- und Bäderfürsorge für nervenkrankte Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. In: WMW Nr. 5 vom 02.02.1918, 229–233.

Berichte aus wissenschaftlichen Vereinen: Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 29. Juni 1920. In WMW Nr. 32 vom 31.07.1920, 1409.

Erlaß der Landesregierung betreffend die Kriegsbeschädigtenbehandlung. In: WMW Nr. 37/38 vom 11.11.1920, 1571f.

Heilung von Homosexualität und Impotenz durch Hodentransplantation (Chirurgie). In: WMW Nr. 2 vom 05.01.1918, 107.

Invalidenbehandlung. In: WMW Nr. 51 vom 13.12.1919, 2493.

Notiz: Arbeit für Kriegsbeschädigte. In: WMW Nr. 3 vom 10.01.20, 174.

Notiz: Kriegsbeschädigtenbehandlung. In: WMW Nr. 28 vom 03.06.1920, 1283f.

Notiz: Verleihung des Riberi-Preises an Giuliano Vanghetti. In: WMW Nr. 29 vom 10.07.1920, 1320.

Untersuchung eines Soldaten mit schwerer psychischer Degeneration. In: WMW Nr. 36 vom 07.09.1918, 1576f.

Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens. In: WMW Nr. 35 vom 23.08.1919, 1729f.

Verzeichnis der untersuchten Nachrufe:

Eugen Bamberger, WMW Nr. 42 vom 15.10.1921, 1824.

Gustav Braun, WMW Nr. 7 vom 11.02.1911, 477.

Rudolf Chrobak, WMW Nr. 41 vom 08.10.1910, 2409–2412.

Max Ellmann, WMW Nr. 35/36 vom 28.08.1920, 1528.

Theodor Escherich, WMW Nr. 8 vom 18.02.1911, 497-500.

Theodor Escherich, 2. Nachruf, WMW Nr. 9 vom 27.02.1911, 599–600.

Alfred Exner, WMW Nr. 47 vom 19.11.1921, 2027–2028.

W.C. Gorgas, WMW Nr. 35/36 vom 28.08.1920, 1525.

Max Haudek, WMW Nr. 34/35 vom 26.08.1922, 1466.

Julius Heitzmann, WMW Nr. 12 vom 18.03.1922, 545.

Armando Josef Hötzl, WMW Nr. 13 vom 26.03.1921, 623.

Rudolf Jahn, WMW Nr. 29 vom 16.07.1921, 1311.

Florian Kratschmer, WMW Nr. 26 vom 24.06.1922, 1139f.

Richard Kretz, WMW Nr. 24 vom 05.06.1920, 1107.

Viktor Lang, WMW Nr. 29 vom 16.07.1921, 1312.

August Lucae und Vincenzo Cozzolino., WMW Nr. 15 vom 08.04.1911, 991.

Viktor Mucha, WMW Nr. 44 vom 25.10.1919, 2172–2176.

Heinrich Obersteiner, WMW Nr. 47 vom 25.11.1922, 1917–1919.

Adolf Onodi, WMW Nr. 49 vom 29.11.1919, 2409f.

Leopold Oser, WMW Nr. 35 vom 27.08.1910, 2072f.

Theodor Panzer, WMW Nr. 30/31 vom 29.07.1922, 1319–1321.

Rudolf Pöch, WMW Nr. 12 vom 19.03.1921, 573–575.

Max Reiner, WMW Nr. 14 vom 29.03.1913, 905-906.

Wilhelm Roth, WMW Nr. 28 vom 05.07.1919, 1402.

Friedrich Schauta, WMW Nr. 4 vom 18.01.1919, 185–187.

Julius Scheff, WMW Nr. 18 vom 29.04.1922, 794.

Heinrich Schlossarek, WMW Nr. 49 vom 29.11.1919, 2409.

Carl Toldt, WMW Nr. 48 vom 20.11.1920, 2045.

Viktor Urbantschitsch, WMW Nr. 26 vom 25.06.1921, 1149–1151.

Josef Uriel, WMW Nr. 20 vom 10.05.1919, 1009f.

Edmund Weil, WMW Nr. 27 vom 01.07.1922, 1180.

Ernst Wertheim, WMW Nr. 9 vom 21.02.1920, 409–411.

Wilhelm Wundt, WMW Nr. 39 vom 18.09.1920, 1621f.

Adolf Zemann, WMW Nr. 3 vom 10.01.1920, 172f.

Emil Zuckerkandl, WMW Nr. 23 vom 04.06.1910, 1323–1324.

Emil Zuckerkandl, 2. Nachruf, WMW Nr. 23 vom 04.06.1910, 1360–1362.

Otto Zuckerkandl, WMW Nr. 28 vom 09.07.1921, 1241–1244.

Anhang

Zusammenfassung

Der zerbrochene Mann in medizinischer Obhut. Maskulinitäten im Spezialdiskurs der Medizin 1910–1928.

Der Erste Weltkrieg wird in der Geschlechterforschung als Katalysator für die Veränderung der Geschlechterrollen erachtet. Auf dieser Grundlage ergibt sich die Frage, welche Maskulinitäten (Konzepte, Imaginationen und Praktiken von Männlichkeit) nach dem Ersten Weltkrieg im Raum der Republik Österreich vorzufinden waren. Die Analyse des medizinischen Spezialdiskurses für den Zeitraum 1910 bis 1928 ergab eine deutliche Eingrenzung der Vorstellung vom „idealen Mann“ (z.B.: heterosexuell, arbeitsfähig, wehrfähig), während die Geschlechterpraxis (normale Männlichkeiten) weitaus flexibler blieb. Dies geht besonders aus den von zeitgenössischen Mediziner*innen thematisierten Bereichen der Wehrfähigkeit, Sexualität und Arbeitsfähigkeit hervor. Die Ergebnisse dieser Diskussionen brachten ambivalente Vorstellungen von Maskulinität hervor, was zu einer Verbreiterung dessen führte, was im Raum des Männlichen möglich war. Diese Entwicklung wurde besonders durch den Fokus der Medizin auf die Behandlung der über 100.000 Kriegsheimkehrer bedingt. Als Hauptanliegen galten die Wiederherstellung der Männer und deren Reintegration in die Gesellschaft als wertvolle Arbeitskraft. Zudem sah man in ihnen, trotz ihrer Verletzungen und Defizite, potentielle Heiratskandidaten im Licht der von Eugenik bestimmten Bevölkerungspolitik. Schlussendlich schlug das Vorhaben der Reintegration fehl, die Kriegsbeschädigten wurden zu Arbeitern zweiter Klasse. Dieser sozialen Abwertung wurde in den ersten Jahren nach 1918 nur wenig Aufmerksamkeit seitens der Mediziner geschenkt. Neben den Primärverletzungen litten die Kriegsbeschädigten unter den psychosozialen Folgeerscheinungen. Zwei Begriffe wurden verwendet, um ihre Situation zu erklären: Arnold Durig verwendete den Begriff „Ermüdung“ und Paul Biach wandte das Konzept der „Psychasthenie“ an. Beide stellen Versuche dar, das psychische Versagen zu erklären, das mit der Abwesenheit der wichtigsten Männlichkeitszuschreibung der 1920er Jahre, der Arbeitsfähigkeit, einherging.

Abstract

Broken Man in Medical Care.

Masculinities in the specialized discourse of the Medical Field 1910–1928.

The First World War and the consequent collapse of the Austro-Hungarian Empire not only meant the end of a multinational state, but also brought new forms of political and social organization: The First Austrian Republic was declared and women emancipation took a major step forward after gaining the right to vote. On the other hand many men returned from the battlefield defeated and broken. Therefore arises the question, what masculinities (concepts, imaginations, practices of masculinity) can be found after the First World War. The analysis of the medical field between 1910 and 1928 shows that after 1918 there was a stricter imagination of ‘ideal man’ (e.g. heterosexual, working, fit for military service), while ‘normal masculinities’ tended to be more flexible. Discussions about fitness for military service, sexuality and ability to work addressed the topic of masculinity. The results of those debates led to ambivalent imaginations of masculinity, opening wider spaces of action for masculinities. Such a development was necessary once the medical expertise focused on the more than 100.000 war-disabled men. The main goals were to ‘repair’ those men and reintegrate them into society as valuable workforce, but also as potential marriage candidates. However this project of reintegration failed and the veterans became second-class workers. Medical experts dedicated little attention to the consequences of this social devaluation the first years after 1918. The wounded men not only suffered from their primary injuries (missing limbs, traumata etc.), but also from the social consequences and after-effects like sexual dysfunction. There were two special terms used to describe the situation of the sufferers: Arnold Durig coined the term ‘Exhaustion’ (‘Ermüdung’) and Paul Biach applied the concept of ‘Psychasthenia’. Both signify approaches to explain the psychological dysfunction which followed the inability to fulfil the most important trait of 1920s masculinity: the ability to work.