Stefanie Coché

Gewalt und Arbeit

Zwei Indikatoren von (devianter) Männlichkeit in der west- und ostdeutschen Nachkriegsgesellschaft

1. Grenzgänge

Im März 1962 wurde der verheiratete Karosseriebauer Hannes F. gegen seinen Willen in die Landesheilanstalt Marburg aufgenommen. Die Aufnahme in eine solche Institution war oft auch deswegen gefürchtet, weil sie zur Stigmatisierung durch das soziale Umfeld führen konnte¹. Die Einweisung in eine psychiatrische Anstalt machte in diesem Sinn aus Hannes F. einen Mann mit „Makel“. Weit weniger eindeutig als die negative soziale Zuschreibung nach einem Anstaltsaufenthalt ist der Weg in die Psychiatrie. Wie wurde deviante Männlichkeit konstruiert? Was führte zu der Aufnahme? Hannes F. wurde polizeilich eingewiesen, nachdem er in einem Tobsuchtsanfall Teile des heimischen Mobiliars zerstört und Fenster seiner Wohnung eingeschlagen hatte². Als unmittelbaren Auslöser der Einweisung thematisierten Hannes F. und seine Frau den aufnehmenden Psychiatern gegenüber eben diese Gewaltausbrüche in der gemeinsamen Wohnung. In der Selbstdarstellung der Eheleute, die, wie es in den Erzählungen von Patienten und ihren Angehörigen typisch war, die Einweisung narrativ im Kontext ihres Lebens rationalisierten, war dies jedoch nur der Endpunkt einer Verkettung von Umständen. Das Ehepaar brachte den von ihnen als „Nervenzusammenbruch“ bezeichneten Vorfall nämlich in zweifacher Weise in Zusammenhang mit der Arbeit des Patienten. Zum einen gab Hannes F. auf die Frage, ob und wann ihm Veränderungen

¹ Vgl. Cornelia Brink, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Göttingen 2010, hier S. 27.

² Landeswohlfahrtsverband Hessen, 16, Landesheilanstalt Marburg, Patientenakte 16K14774M, Einweisungsschein der Polizeiverwaltung vom 2. 3. 1962; die folgenden Zitate finden sich in derselben Akte (Einträge vom 9. 4. und 24. 4. 1962). Der Aufsatz basiert auf fast 1500 Krankenakten aus sechs psychiatrischen Einrichtungen; vgl. Stefanie Coché, *Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der Bundesrepublik und der DDR 1941–1963*, Göttingen 2016. Die Zitate aus den Krankenakten enthalten zum Teil orthografische Fehler, die in der Transkription beibehalten wurden.

an sich selbst aufgefallen seien, zur Antwort, dass er schon einige Tage vor der Einweisung Schwindelgefühle bei der Arbeit gehabt und sich nicht habe konzentrieren können. Zum anderen nannten er und seine Frau als Ursache für den „Nervenzusammenbruch“, dass Hannes F. in seinem Betrieb Gesetzesverstöße bekannt geworden seien und er nun in großer Sorge gewesen sei, fälschlicherweise damit in Zusammenhang gebracht zu werden. Er stellte heraus, dass er „unehrliche“ Machenschaften im Betrieb aus seinem tiefsten Inneren heraus ablehne. Seine Ehefrau betonte in diesem Zusammenhang den außergewöhnlichen „geraden und ordentlichen Charakter“ ihres Gatten. Die Eheleute sahen also den Ruf des Patienten als „ehrlichen Arbeiter“ gefährdet.

Die Erklärungen von Hannes F. und seiner Ehefrau weisen auf zwei Faktoren hin, die die Einweisung von Männern und die Wahrnehmung und Bewertung solcher psychiatrischer Aufnahmen maßgeblich bestimmten: Gewalt und Arbeit. Dieser Beitrag widmet sich der Konstruktion von Männlichkeit in der psychiatrischen Einweisungspraxis entlang der Themen Gewalt und Arbeit zwischen 1941 und 1963. Die psychiatrische Einweisungspraxis eignet sich in besonderer Weise, um Konstruktionen von (devianter) Männlichkeit zu analysieren, da sie ein sozialer Aushandlungsprozess ist, in dem sich Erwartungshaltungen und Grenzen der Toleranz spiegeln. Da die allermeisten Einweisungen aus dem familiären und sozialen Umfeld initiiert wurden, eröffnet eine Analyse der Einweisungspraxis einen Blick auf Normalitätsregime des Alltags. Geschlechtsspezifische Selbst- und Fremdzuschreibungen sind hierbei Bestandteil fast jeder Aushandlung einer stationären psychiatrischen Aufnahme.

Im Folgenden soll gezeigt werden, dass die Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit, erstens, vor allem entlang der Linie Körperlichkeit und Gewalt verlief. Zweitens lassen sich (Selbst-)Zuschreibungen von Männlichkeit deutlich weniger, als in der Forschung angenommen wird³, am Kriterium Leistungsfähigkeit festmachen. Darüber hinaus wird, drittens, argumentiert, dass sich Selbstzuschreibungen von Männlichkeit gerade im Bereich Arbeit und Leistung in der Bundesrepublik und in der DDR unterschieden. Um diese Thesen zu untermauern, gilt es, die Konstruktion von Männlichkeit an der Grenze zur Anstalt unter drei verschiedenen Perspektiven zu analysie-

³ Vgl. Nicole Schweig, Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950, Stuttgart 2009.

ren: männliche Selbstzuschreibung, Männlichkeitszuschreibung von Dritten (Familie, soziales Umfeld, Ärzte) und weibliche Selbstzuschreibungen. Diese Herangehensweise erlaubt es im Sinne einer mehrfach relationalen Geschlechtergeschichte⁴, sowohl Erwartungsnormen an Männer und Selbstzuschreibungen von Männern zu beschreiben als auch durch den Perspektivwechsel zu fragen, inwiefern diese wirklich genderspezifisch waren. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf den 1950er und 1960er Jahren – mit Rückgriffen auf die Jahre des Zweiten Weltkriegs und die Besatzungszeit, um Kontinuitäten und Brüche im geteilten Deutschland beleuchten zu können.

2. Männlichkeit und Gewalt

Kein Einweisungskriterium war schichtübergreifend in den Familien sowie bei Ärzten und gegebenenfalls der Polizei so unumstritten akzeptiert wie Akte männlicher Gewalt. Dieser Befund gilt nicht nur für die Bundesrepublik, sondern auch für das Dritte Reich und die frühe DDR. Im Sommer 1944 wurde zum Beispiel Berthold Z. auf Betreiben seiner Ehefrau in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel bei Bielefeld untergebracht. Die Ehefrau des 64-Jährigen gab als Hauptargument für eine stationäre Unterbringung ihres Gatten an, dass er sie und ihre Kinder im Zuge seiner Wahnvorstellungen schlage⁵. Von anderer Seite, nämlich von Freunden des Mannes, wurde nach der Aufnahme in den von Bodelschwingschen Anstalten angezweifelt, ob der Mann überhaupt anstaltsbedürftig sei; sie vermuteten, seine Ehefrau betreibe die Unterbringung zu Unrecht aufgrund häuslicher Streitereien. Die Betheler Ärzte sahen das nicht so, sie folgten der Gefahrenargumentation von Frau M. und diagnostizierten eine psychiatrische Erkrankung. Auch in der Extremsituation während des Zweiten Weltkriegs blieb, wie sich hier beispielhaft zeigt, häusliche Gewalt ein schlagkräftiger Einweisungsgrund. Anders als in dem zuvor beschriebenen Beispiel herrschte im sozialen Umfeld jedoch keine Einigkeit darüber, ob die psychiatrische Einweisung angebracht sei. Die Koalition

⁴ Vgl. Jürgen Martschukat/Olaf Stieglitz, *Geschichte der Männlichkeiten*, Frankfurt a.M./New York 2008, S. 9f.

⁵ Hauptarchiv Bethel, Patientenakten Morija I, Patientenakte 133/1918, Angaben der Ehefrau vom 25. 4. 1944 in Leipzig-Dösen; die folgende Darstellung nach dem Schreiben des Obermedizinalrats Dr. W. vom 26. 10. 1944 und dem Antwortschreiben vBS Bethel vom 25. 11. 1944 in derselben Patientenakte.

zwischen Verwandten des Patienten und Psychiatern, die in diesem Fall zur Aufnahme führte, ist regelmäßig zu finden. Meist handelte es sich um Ehefrauen, die sich und ihre Kinder schützen wollten.

Es lassen sich jedoch auch andere Konstellationen finden. Ein Beispiel dafür bietet die Einweisung des 71-jährigen Albin H. 1958 nach Großschweidnitz in Sachsen. Er wohnte bei seinem Sohn, der sich um eine Aufnahme bemühte, nachdem sein Vater begonnen hatte, abends durchs Haus zu wandern und andere Hausbewohner und ihn selbst körperlich anzugreifen⁶. Beide Einweisungen haben bei allen Unterschieden gemeinsam, dass für die Angehörigen die häusliche Situation ausschlaggebend war. Damit eine Einweisung sowohl vom unmittelbaren sozialen Umfeld als auch von der Polizei und den Ärzten der aufnehmenden Institution unterstützt wurde, musste es sich um häusliche Gewalt handeln, die befürchten ließ, der spätere Patient könne anderen Familienmitgliedern oder seinem sozialen Umfeld, etwa Nachbarn, bleibende oder lebensgefährliche Verletzungen zufügen. Zudem handelte es sich normalerweise um Gewalt, die auch außerhalb der Familie sichtbar beziehungsweise hörbar war. Nicht selten verständigten Nachbarn die Polizei. Gewalt in einem solchen Maß galt als deviant. Zugleich wurde physische Gewalt geringeren Ausmaßes als Mittel der Maßregelung oder Erziehung seitens des Ehemanns oder Vaters an sich als legitim erachtet⁷.

Sowohl von Ärzten als auch von den Familien wurden Einweisungen als Mittel genutzt, temporär überschießender Gewalt zu begegnen. Die Einweisung diente in solchen Fällen dem Schutz der Familien. Ziel war es hingegen nicht, die Gewalttätigkeit im Einzelfall zu problematisieren oder zu therapieren. Gewalt in lebensbedrohlichem Maß wurde lediglich als Extrem einer als an sich von allen Beteiligten als normal angesehenen spezifisch männlichen Eigenschaft betrachtet. Typischerweise wurden gewalttätige Ehemänner, Väter oder Söhne bei Bedarf immer wieder eingewiesen und relativ zügig – nach etwa vier Wochen – wieder entlassen. Gewalttätigkeit wurde auch an der Schwelle zur

⁶ Hauptstaatsarchiv Dresden, 10822, Krankenanstalten Großschweidnitz, Patientenakte 3854, Einweisungsattest vom 28.5.1958.

⁷ Vgl. Peter Büchner, Vom Befehlen und Gehorchen zum Verhandeln. Entwicklungstendenzen von Verhaltensstandards und Umgangsnormen seit 1945, in: Ulf Preuss-Lausitz u.a. (Hrsg.), Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg, Weinheim/Basel 2010, S.196–212.

Anstalt weniger mit den Kategorien Krankheit und Abnormalität gefasst, als dass sie der männlichen Körperlichkeit zugehörig behandelt wurde, die letztlich temporär gebändigt werden musste. Trotzdem bemühten sich in der Regel unterschiedliche Akteure im Prozess der Einweisung, das Überschießen von Gewalt im alltäglichen sozialen Nahbereich zu rationalisieren. Seitens der Patienten und ihrer Familien erfolgte oft eine kausale Einordnung in externe Lebensumstände, ähnlich wie es Hannes F. und seine Frau taten. Psychiater hingegen führten zur Erklärung körperliche Gründe an, entsprechend der zwischen den 1940er und 1960er Jahren in der deutschen Psychiatrie fest verankerten Grundannahme, dass es sich bei psychiatrischen Leiden um somatische Erkrankungen handelte⁸. Beispiele für solche Kausalitätskonstruktionen sind die Wirkung von Alkohol, die Annahme von Gehirnverletzungen, sogenannter angeborener Schwachsinn, aber auch die Alterung des männlichen Körpers. Solche Erklärungsansätze wurden zur Rationalisierung unterschiedlicher Formen gewaltsamer Übergriffe angeführt. Neben häuslicher Gewalt galt dies vor allem für den sexuellen Missbrauch von Kindern.

Aber nicht nur im familiären Kontext stellte gewalttätiges Verhalten einen der wichtigsten Einweisungsgründe für Männer dar. Auch im öffentlichen Raum legitimierte es polizeilich initiierte Zwangseinweisungen. Männer, die in der Öffentlichkeit als gewalttätig oder zerstörerisch auffielen, konnten in der Bundesrepublik wie in der DDR zwangspsychiatrisiert werden. Berthold K. wurde etwa 1953 von der Polizei in die Krankenanstalten Rodewisch in der Nähe von Chemnitz gebracht, nachdem er ein Schaufenster eingeschlagen hatte⁹.

Potenzielle Gewalttätigkeit erscheint im Rahmen der Einweisungspraxis schichtübergreifend und gleichermaßen für das NS-Regime, die DDR und die Bundesrepublik als integrativer Bestandteil von Männlichkeitskonstruktionen, zu dem sich keine Parallele in den Akten von Patientinnen findet. Gleichzeitig war männliche Gewalttätigkeit einer der wenigen Einweisungsgründe, die im Regelfall von so unterschiedlichen Parteien wie den Verwandten des Patienten, seinem unmittelbaren sozialen Umfeld, von Ärzten verschiedener Fachrich-

⁸ Vgl. Volker Roelcke, *Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992*, in: *Medical History* 48 (2004), S. 473–492, hier S. 486f.

⁹ Sächsisches Staatsarchiv Chemnitz, 32810, Krankenanstalten Rodewisch, Patientenakte 5451, Dr. K. an Vater des Patienten vom 10.12.1953.

tungen, Polizisten und Juristen als legitimer Einweisungsgrund anerkannt wurde. Auch die Einsicht von Hannes F., der den eigenen Gewaltausbruch zumindest im Nachhinein im Gespräch mit Ärzten und Familienmitgliedern als Fehler und berechtigten Einweisungsgrund anerkannte, war durchaus üblich. Dieses Verhalten lag ohne Zweifel im Interesse des Patienten. Denn dadurch erkannte er zeitgenössische Grenzen von Gewaltausübung im zivilen Raum an und ermöglichte es den Ärzten festzustellen, dass er keine anhaltende Gefahr sei. Dies war ein wichtiger Schritt, um den Anstaltsaufenthalt wieder beenden zu können. Gleichzeitig trug dieses Schuldeingeständnis dazu bei, die Ehefrau oder andere Familienmitglieder davon zu überzeugen, sich für eine zeitnahe Entlassung auszusprechen. Das Einverständnis der Familie, den Patienten wieder zu Hause aufzunehmen, beschleunigte die Entlassung deutlich. Die Patienten hatten insofern zumindest auch ein strategisches Eigeninteresse, wenn sie die Einweisungsargumentation akzeptierten.

3. Arbeit und Männlichkeit

Ganz anders und deutlich komplexer verhält es sich mit Zusammenhängen von Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit und Männlichkeit. Wie bereits erwähnt, spielte es eine wichtige Rolle für das Bewusstsein der eigenen Krankheit, wenn man ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit feststellte. Dies galt jedoch nicht nur für Männer. Sowohl in der Kriegszeit als auch nach Gründung der Bundesrepublik gaben die Patientinnen und Patienten – sofern sie sich selbst als krank betrachteten – fast immer an, dass ihnen ihre eigene Krankheit auch daran aufgefallen sei, dass sie in der Ausübung ihrer Arbeit beeinträchtigt seien. Zahlreiche Symptome wurden von Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen in Verbindung mit ihrer Leistungsfähigkeit gebracht; dazu gehörten Mangel an Konzentrationsfähigkeit, Schlapheit, Stimmenhören oder Angstzustände, die von der Arbeit abhielten. Häufig wurde auch die fehlende Arbeitsmotivation oder Freude an der Arbeit als Zeichen gewertet, dass etwas nicht in Ordnung sei. In den Selbstbeschreibungen der Patienten wurde dies oft mit den Worten beschrieben, die Arbeit sei nur noch „mechanisch“ erledigt worden¹⁰.

¹⁰ Hauptarchiv Bethel, Patientenakten Morija I, vBS Bethel, Patientenakte 2818, Eintrag vom 26. 7. 1951.

Wie zahlreiche Krankenakten zeigen, stellten nicht nur erwerbsfähige Männer einen direkten Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit her. Beispielsweise drängte die Patientin Lisa B. 1943 hartnäckig auf Aufnahme nach Bethel bei Bielefeld, obwohl ihr Hausarzt die Einweisung für nicht unbedingt nötig hielt. In der Anamnese zur Frage, warum sie nach Bethel kommen wolle, gab sie Folgendes an:

„Vor innerer Unruhe, bzw. innerlichem Vibrieren meine sie immer, sie werde mit ihrer Arbeit nicht fertig. Ihren Haushalt habe sie aber bis zuletzt immer besorgen können. Ihre Schwiegermutter hätte deswegen gemeint, so schlimm könne es doch mit ihr nicht sein. Sie selbst fühle sich ständig bedrückt und mache sich Sorgen um ihren Zustand.“¹¹

In Bethel wurde ihr eine leichte Depression diagnostiziert. Den Indikator Arbeitsfähigkeit als Gradmesser für Gesundheit verwendeten beide Frauen, die Patientin und ihre Schwiegermutter.

Dieser Befund stellt bisherige medizingeschichtliche Ergebnisse zu spezifisch männlichen Gesundheitsvorstellungen in Frage. Die medizinischgeschichtliche Studie von Nicole Schweig zum Gesundheitsverhalten von Männern interpretiert die Verbindung von Arbeitsfähigkeit mit Gesundheit für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts als spezifisch männliches Gesundheitsverhalten¹². In dem Sample meiner Studie finden sich hingegen zahlreiche weitere Beispiele, in denen auch Frauen eine solche Verbindung zogen. Vor dem Hintergrund einer „Taylorisierung der Hausfrau“ seit dem Ersten Weltkrieg erscheint dieser Befund eher folgerichtig als überraschend. Über die aus den USA übernommene „Hauswirtschaftswissenschaft“ galten Leistung und Zeitersparnis im Haushalt als erstrebenswerte Ziele¹³. Zwar wurden die Ziele der neuen „Hauswirtschaftswissenschaft“ nicht alle erreicht. Als wesentlicher Punkt im Hinblick auf die Bedeutung von Arbeit für ein gesundes Selbst lässt sich aber festhalten, dass die Rolle der Hausfrau nun ganz anders gedacht und dass diese neue Vorstellung mehrheitlich positiv

¹¹ Hauptarchiv Bethel, Patientenakten Mahanaim I, vBS Bethel, Patientenakte 1875.

¹² Schweig, Gesundheitsverhalten, S. 117.

¹³ Vgl. hierzu und zum Folgenden Peter Borscheid, Die „taylorisierte“ Hausfrau. Zu den Auswirkungen der Rationalisierungsbewegung auf den Privathaushalt der 20er Jahre, in: Hans-Jürgen Gerhard (Hrsg.), Struktur und Dimension. Festschrift für Karl Heinrich Kaufhold zum 65. Geburtstag, Bd. 2: Neunzehntes und Zwanzigstes Jahrhundert, Stuttgart 1997, S. 477–484, hier vor allem S. 483f.

aufgenommen wurde: Man unterwarf häusliche Arbeit zunehmend ähnlichen Parametern wie Erwerbsarbeit, nämlich Effizienz und Leistung. Die Befunde von Peter Borscheid zur „taylorisierten Hausfrau“ sind auch im Kontext psychiatrischer Einweisung erklärend: So passt es in das von ihm entworfene Bild der Hausfrau, dass Hausfrauen ihre Gesundheit über ihre Leistung in der Hausarbeit bewerteten. Die Aufwertung häuslicher Tätigkeiten für das Selbstbild von Frauen dürfte im Dritten Reich noch durch die „rassistisch grundierte Förderung von Hausarbeit und Mutterschaft“ verstärkt worden sein, die zu Anerkennung und einer sozialen Aufwertung auch im öffentlichen Raum führte¹⁴. Neuere Forschungen zur Rolle der Frauen im Nationalsozialismus betonen überdies, dass Erwerbstätigkeit das Alltagsleben vieler Frauen weitaus stärker bestimmte als der propagandistische Mutterkult. Insbesondere durch die Totalisierung des Kriegs löste sich die „Trennung in männliche und weibliche Sphären [...] zunehmend“ auf. Ein gewisser Angleichungstrend von weiblichen und männlichen Arbeitswelten erklärt also, dass Frauen wie Männer Leistungsabfall und Arbeitsunfähigkeit als Anzeichen für eine psychische Erkrankung werteten.

Die Selbstzuschreibung von Frauen und die Zuschreibung Dritter unterschied sich jedoch zum Teil in der Einweisungspraxis. Ehemänner etwa akzeptierten und unterstützten die Diagnose von „Überarbeitung“ ihrer Ehefrauen, sofern es um Erwerbsarbeit ging, nicht jedoch im Kontext von Hausarbeit. In der Selbstzuschreibung der Patientinnen und Patienten sind jedoch im Dritten Reich und in der Bundesrepublik keine schicht- und genderspezifischen Unterschiede im Arbeits- und Leistungsdenken festzustellen.

Vergleicht man Indikatoren von Krankheit und Gesundheit aber systemspezifisch, finden sich Differenzen zwischen Bundesrepublik und DDR. In der DDR führten gerade Männer den in Westdeutschland weiterhin allgegenwärtigen Konnex zwischen einem gesunden Selbst und der eigenen Arbeitsfähigkeit kaum mehr an. Dagegen spielte der Arbeitsplatz beziehungsweise der Betrieb eine ungleich größere Rolle im Einweisungsprozess. Im Gegensatz zum Dritten Reich und zur Bundesrepublik gab es in der DDR Einweisungen durch den Betriebsarzt und

¹⁴ Sybille Steinbacher, Differenz der Geschlechter? Chancen und Schranken für die „Volksgenossinnen“, in: Frank Bajohr/Michael Wildt (Hrsg.), Volksgemeinschaft. Neue Forschungen zur Gesellschaft des Nationalsozialismus, Frankfurt a.M. 2009, S. 94–104, hier S. 97; das folgende Zitat findet sich ebenda, S. 98f.

Aufnahmen unmittelbar vom Arbeitsplatz in Begleitung von Arbeitskollegen. Obwohl dem Arbeitsumfeld und dem Betrieb insbesondere bei der Einweisung von Männern (da diese weiterhin die Mehrzahl der Erwerbstätigen ausmachten) eine vergleichsweise große Bedeutung zukam, tauchte seit dem Beginn der 1950er Jahre die Zuschreibung von Krankheit durch Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit nur noch sehr selten im Zusammenhang mit männlicher Erwerbsarbeit auf. Stattdessen machten erwerbstätige Männer Krankheit vermehrt an anderen Dingen fest, die im Dritten Reich und der Bundesrepublik neben dem Argument Arbeit ebenfalls regelmäßig auftauchten: zum Beispiel an Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder der familiären Situation. Hausfrauen hingegen gaben weiterhin regelmäßig an, dass sich ihre Erkrankung vor allem an einem Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit bemerkbar mache; sie hofften, gesund zu werden, um ihren täglichen Aufgaben wieder nachgehen zu können. Immer wieder verknüpften Frauen in der DDR ihr „Versagen“ im Haushalt mit psychischen Zusammenbrüchen bis hin zum Suizidversuch. Die Hausfrau Regina M. zum Beispiel wurde 1954 in die Universitäts- und Nervenklinik Greifswald aufgenommen und gab laut der Anamnese an, sie schaffe es schon länger nicht mehr, ihren Haushalt zu besorgen und sich um ihr Kind zu kümmern, da sie deprimiert sei. Sie spitzte diese Kausalitätskonstruktion folgendermaßen zu: „Weil ich mit meiner Arbeit nicht fertig wurde, habe ich versucht die Pulsadern aufzuschneiden.“¹⁵

Anders als in der NS-Zeit war die Erwähnung von Arbeit jenseits der häuslichen Sphäre jedoch deutlich seltener und kam häufiger nur bei bestimmten Berufen und Lebenssituationen vor. Nicht ungewöhnlich war die Selbstzuschreibung von „Überarbeitung“ im direkten Zusammenhang mit den Aufstiegschancen, die die Neuordnungen in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und der frühen DDR boten. Während sich „Überarbeitung“ in den Betrieben zumindest nicht in den Patientenakten niederschlug, wurde sie von „Neubauern“ Ende der 1940er Jahre und von politischen Aufsteigern genannt. Die Tatsache, dass diese Gruppen negative Konsequenzen ihrer Arbeit thematisierten, zeigt, dass „Überarbeitung“ nicht allein deshalb in den anderen Patientenakten keine Erwähnung fand, weil darüber nicht gesprochen werden konnte. Ein Beispiel für übermäßige Belastung ist Ferdinand H., der 1955

¹⁵ Universitätsarchiv Greifswald, Psychiatrische und Nervenklinik Greifswald, Patientenakte 1954/1345, Eintrag vom 6. 7. 1954.

aufgrund eines „völligen Erschöpfungszustand[s] durch politische Arbeit“ in Greifswald aufgenommen wurde. Neben seinem eigentlichen Beruf als Handelsvertreter war H. Dozent an der Kreisparteischule und nahm überdies noch an politischen Schulungen teil. Diese sehr zeitintensiven Nebentätigkeiten wurden von ihm sowie von den Ärzten als Ursache seiner Beschwerden betrachtet¹⁶.

Beides, Überarbeitung bei „Neubauern“ und bei politischem Engagement, passt ins Bild der bisherigen Forschung. Sie hat gezeigt, dass viele der „Neubauern“ ihr Land sehr schnell wieder aufgaben, weil Material oder Nutzvieh fehlte oder weil es Schwierigkeiten infolge unzureichender landwirtschaftlicher Kenntnisse gab¹⁷. Untersuchungen zu den Kadern haben ergeben, dass diese unter ständigem Druck standen, sich zeintensiv weiterzubilden¹⁸. Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass genau diese beiden Gruppen über psychische Belastung durch die Arbeit klagten. Das bedeutet jedoch für die politischen Aufsteiger nicht, dass sie sich über die Arbeit an sich beklagt hätten. Ferdinand H. etwa wollte nicht gerne weniger arbeiten, sondern wünschte, dass es ihm schnell besser gehe und er seine zahlreichen Aktivitäten wieder aufnehmen könne¹⁹. Die Haltung der politischen Aufsteiger kann mit dem von Jochen Hellbeck für die Sowjetunion anhand von autobiografischen Zeugnissen herausgearbeiteten Konzept des sozialistischen Selbst gefasst werden²⁰. Hellbeck argumentiert, dass das sowjetische Selbst in Kontinuität zu Selbstbildern des 19. Jahrhunderts darauf abhob, das Leben des Einzelnen einem übergeordneten Ziel unterzuordnen. Im sowjetischen Selbst blieb so der missionarische Anspruch des 19. Jahrhunderts enthalten;

¹⁶ Universitätsarchiv Greifswald, Psychiatrische und Nervenlinik Greifswald, Patientenakte 1955/1087, Eintrag vom 12.12.1955.

¹⁷ Vgl. Arndt Bauerkämper, Von der Bodenreform zur Kollektivierung. Zum Wandel der ländlichen Gesellschaft in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands und DDR 1945–1952, in: Hartmut Kaelble/Jürgen Kocka/Hartmut Zwahr (Hrsg.), Sozialgeschichte der DDR, Stuttgart 1994, S.119–143, hier S.124ff.

¹⁸ Vgl. Hartmut Zimmermann, Überlegungen zur Geschichte der Kader und der Kaderpolitik in der SBZ/DDR, in: Kaelble/Kocka/Zwahr (Hrsg.), Sozialgeschichte der DDR, S.322–356, hier S.335.

¹⁹ Universitätsarchiv Greifswald, Psychiatrische und Nervenlinik Greifswald, Patientenakte 1955/1087, Eintrag vom 12.12.1955.

²⁰ Vgl. Jochen Hellbeck, Introduction, in: ders./Klaus Heller (Hrsg.), Autobiographische Praktiken in Russland. Autobiographical Practices in Russia, Göttingen 2004, S.11–25.

das höhere Ziel war nun die Errichtung einer kommunistischen Gesellschaftsordnung²¹.

4. Das gesunde Selbst in Ost- und Westdeutschland

Selbstzuschreibungen von Gesundheit und Krankheit in der Nachkriegszeit unterschieden sich in Ost und West also deutlich voneinander. Ohne Berücksichtigung der Befunde zur DDR könnte man meinen, dass es sich bei der Bedeutung von Arbeit für Vorstellungen eines gesunden Selbst um eine Grundgegebenheit der modernen industrialisierten und zunehmend rationalisierten Arbeitswelt handele. Hierzu ist zu bemerken, dass Vorstellungen von Arbeit schon im 19. Jahrhundert das Selbstverständnis der Menschen erheblich beeinflussten²². Dieser Ansatz erweist sich jedoch für die Erklärung der hier dargelegten Befunde als nicht schlüssig. Es handelt sich bei den beschriebenen Verknüpfungen von Arbeit, Leistung und Gesundheit nicht um eine in einem Zeitraum von mehreren Generationen verfestigte Arbeits- und Leistungsmentalität und noch weniger um eine spezifisch männliche. Mentalitäten gelten in der Forschung als dem individuellen Bewusstsein vorgeschaltete „kollektive Denkmuster und Bewusstseinsformen“²³. Da Mentalitäten sich nur langsam verändern²⁴, spricht der Wegfall der Arbeitsargumentation in der DDR für die Annahme, dass sich in der NS-Zeit oder bereits zuvor eine Leistungsmentalität herausgebildet hatte. Der Befund für die DDR weist darauf hin, dass äußere Umstände gravierenden Einfluss auf die Vorstellung vom gesunden Selbst als arbeitsam und leistungsbereit hatten. Solche äußeren Ein-

²¹ Vgl. Jochen Hellbeck, *Russian Autobiographical Practice*, in: Hellbeck/Heller (Hrsg.), *Autobiographische Praktiken*, S. 279–299.

²² Vgl. etwa Jürgen Kocka, *Mehr Last als Lust. Arbeit und Arbeitsgesellschaft in der europäischen Geschichte*, in: *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte* 2 (2005), S. 185–206; Susanne Hoffmann, *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*, Stuttgart 2010, S. 249 ff.

²³ Ulrike Jureit, *Motive, Mentalitäten, Handlungsspielräume. Theoretische Anmerkungen zu Handlungsoptionen von Soldaten*, in: Christian Hartmann/Johannes Hürter/Ulrike Jureit (Hrsg.), *Verbrechen der Wehrmacht. Bilanz einer Debatte*, München 2005, S. 163–170, hier S. 167.

²⁴ Vgl. Peter Schöttler, *Mentalitäten, Ideologien, Diskurse. Zur sozialgeschichtlichen Thematisierung der „dritten Ebene“*, in: Alf Lüdtke (Hrsg.), *Alltagsgeschichte. Zur Rekonstruktion historischer Erfahrungen und Lebensweisen*, Frankfurt a.M./New York 1989, S. 85–136.

flüsse lassen sich plausibel präzisieren: Die unmittelbaren Umstände des Arbeitslebens können die Unterschiede zwischen der DDR und der Bundesrepublik erklären. Ich vertrete die These, dass es sich bei Vorstellungen vom gesunden Selbst um eine – nicht unbedingt reflektierte – Verinnerlichung und Rationalisierung von Lebensumständen handelt.

Deutlich für die Relevanz alltäglicher Lebens- und Arbeitsumstände spricht, dass sich in den Patientenakten der DDR trotz des massiven propagandistischen Aufgebots zur Identifizierung mit einer sozialistischen Leistungsgesellschaft kaum Bezüge zur Arbeit finden. Der Befund, dass die Arbeitnehmer in der DDR den Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit und Gesundheit zumindest in den hier analysierten Krankenakten kaum mehr herstellten, stützt die These, dass die Rolle, die Arbeit in der Sinnwelt des einzelnen Menschen spielte, stark mit den konkreteren äußeren Umständen zusammenhing. Denn diese begrenzten, welche Rolle Erwerbsarbeit für die Konstruktion des eigenen Selbst überhaupt spielen konnte. In der DDR wandelten sich die Arbeitsumstände sehr schnell²⁵. Die Arbeitsabläufe änderten sich durch die Einführung der Planwirtschaft und der Arbeitsplatzgarantie. Die eigentlich zur Leistungssteigerung eingeführten Normquoten wurden von den Arbeitern problemlos künstlich niedrig gehalten. Außerdem gab es als Folge der Planwirtschaft vermehrt Pausen im Betriebsablauf und „unter den weichen Budgetzwängen, die für realsozialistische Betriebe typisch waren“, wurden Arbeitskräfte auch dort gehortet, „wo sie nicht ständig gebraucht wurden“²⁶. Mehr Geld zu verdienen, führte zudem durch das begrenzte Warenangebot nicht unmittelbar zu einer Verbesserung des Lebensstandards. Gleichzeitig war es vielen Leuten aus politischen Gründen nicht mehr möglich, die Karrieren zu verfolgen, die sie anstrebten. Damit wurde die tatsächliche Ausführung der Arbeit in der DDR für die Vorstellung des Selbst weniger wichtig.

Auch der Befund, dass Patienten in spezifisch abgrenzbaren Berufs- oder Arbeitssituationen – im Kontext von sozialem und politischem Ab- oder Aufstieg oder als „Neubauern“ – weiterhin Arbeit themati-

²⁵ Bereits 1949 unterschied sich die SBZ hier deutlich von den anderen Zonen; vgl. Mary Fulbrook, *Ein ganz normales Leben. Alltag und Gesellschaft in der DDR*, Darmstadt 2008, hier S. 50.

²⁶ Vgl. etwa Martin Kohli, *Die DDR als Arbeitsgesellschaft? Arbeit, Lebenslauf und soziale Differenzierung*, in: Kaelble/Kocka/Zwahr (Hrsg.), *Sozialgeschichte der DDR*, S. 31–61, hier S. 41.

sierten, lässt sich am schlüssigsten durch eine hohe Wertung der unmittelbaren Lebensumstände und Sinnwelten erklären. Trotz der propagandistischen Aufwertung von Arbeit in der DDR taugte Leistungsfähigkeit in der Erwerbsarbeit im offiziellen Arbeiterstaat für viele Leute so paradoxerweise nicht mehr als Kriterium von Gesundheit. Das politisch-ökonomische System hatte hier gänzlich unintendierte Nebenwirkungen für die Vorstellung vom gesunden Selbst vieler Bürger. Dieser Befund bestätigt und vertieft die in der Forschung mehrfach gemachte Feststellung, dass die „Zentralität der Arbeitsbeziehungen“ in der DDR nicht mit einer besonderen Bedeutung der Arbeit an sich für den Arbeiter einherging²⁷. Die Randständigkeit von Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit, die aus den Patientenakten aus Greifswald, Rodewisch und Großschweidnitz hervorgeht, vertieft diesen Befund noch einmal. Er zeigt, dass die andere Bewertung der Erwerbsarbeit auch Auswirkungen auf grundlegende Vorstellungen von der eigenen Identität hatte, und streicht heraus, wie sehr Konstruktionen von Identität von handfesten äußeren politischen und ökonomischen Bedingungen abhängen können und wie schnell wandelbar sie unter Umständen waren.

Das Arbeits- und Leistungsdenken war Teil individueller Sinnwelten²⁸, die nur bei regelmäßiger Aktualisierung ihre Relevanz behielten. Genderspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die sich in meiner Arbeit in der Konstruktion eines gesunden Selbst zeigen, verweisen darauf, dass unter Berücksichtigung beider deutscher Nachkriegsstaaten Verbindungen von Arbeitsthemen und Gesundheit keinesfalls ausschließlich männlich konnotiert waren. Zuschreibungen spezifisch männlicher Körperlichkeit wiesen im Vergleich über den doppelten Systembruch 1945/1949 hinweg deutlich größere Kontinuitäten auf.

²⁷ Ebenda, S. 50. Zu theoretisch-methodischen Fragen im Zusammenwirken von Diskursen und Erfahrungen speziell im Bezug auf Männlichkeiten vgl. Martuschkat/Stieglitz, *Männlichkeiten*, S. 163.

²⁸ Ich verwende den Begriff Sinnwelt entsprechend seiner Konzeptionalisierung in der Alltagsgeschichte; vgl. Alf Lüdtke, Einleitung: Was ist und wer treibt Alltagsgeschichte?, in: ders. (Hrsg.), *Alltagsgeschichte*, S. 9–47.