Nervenschwäche und Krieg

Hans-Georg Hofer

Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)

bohlau

böhlau

Hans-Georg Hofer

Nervenschwäche und Krieg

Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920)

Böhlau Verlag Wien · Köln · Weimar

Gedruckt mit Unterstützung durch
Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
Karl-Franzens-Universität Graz

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 3-205-77214-8

Umschlagabbildung: Behandlung von „nervenkranken Soldaten" mit einer elektrischen Rollbürste (links) bzw. mit einem elektrischen Vierzellenbad (rechts) im k.u.k. Barackenspital Prag-Letna 1916. ÖStA-KA, Alben mit Lichtbildern aus dem Weltkrieg 1914-1918, Album Nr. 63.

Gedruckt auf umweltfreundlichem, chlor- und säurefreiem Papier.

Druck: Manz Crossmedia, 1051 Wien

INHALT

TEIL 2: KRIEG UND KRISENBEWÄLTIGUNG IN DER ÖSTERREICHISCHEN PSYCHIATRIE

VORWORT

Dieses Buch ist die überarbeitete und erweiterte Fassung meiner geschichtswissenschaftlichen Dissertation, die ich im Sommersemester 2000 an der Karl-Franzens-Universität Graz abgeschlossen habe. 2001 wurde die Dissertation mit dem Victor-Adler-Förderungspreis ausgezeichnet.

Die Entstehung dieses Buches wäre ohne Rat und Hilfe von vielen Menschen nicht möglich gewesen; an dieser Stelle möchte ich ihnen dafür herzlich danken: Professor Helmut Konrad begleitete die Arbeit mit großem Engagement und ließ mir und meinen wissenschaftlichen Ambitionen jede Unterstützung zukommen. Zu danken habe ich Professor Moritz Csáky, der mir als Zweitgutachter wichtige Hinweise gab. Der Anstoß, mich mit medizinhistorischer Materie ausführlicher zu beschäftigen, kam von Klaus Hödl. Von seinem Wissen konnte ich in vielen Gesprächen profitieren. Ein offenes Ohr für meine Fragen hatten auch die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Grazer Abteilung für Zeitgeschichte, insbesondere Eduard Staudinger, Monika Stromberger, Werner Suppanz und Heidemarie Uhl.

Besonderer Dank geht an Professor Gotthart Wunberg und an Lutz Musner, IFK – Internationales Forschungszentrum für Kulturwissenschaften, Wien. Ein Junior Fellowship ermöglichte es mir, von der intellektuellen Energie, die von diesem Zentrum ausgeht, zu profitieren. Hier bot sich die Gelegenheit zu Gesprächen und zum Knüpfen von Kontakten mit in- und ausländischen Wissenschaftern. Professor Anton Kaes teilte sein Interesse und sein Wissen über die Wiener Psychiatrie des Ersten Weltkriegs mit mir und ermunterte mich, stärker nach den kulturwissenschaftlichen Aspekten dieses Themas zu fragen. Dank geht auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bibliotheken und Archive, die mir über die Jahre bei der Suche nach Material behilflich waren, vor allem an Karl Rossa, von dessen großer Sachkenntnis im Österreichischen Staatsarchiv-Kriegsarchiv ich profitieren konnte.

Die medizinhistorischen Dimensionen des Themas konnte ich am Institut für Geschichte der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg besser verstehen lernen. Ich danke Professor Ulrich Tröhler, der diesem Institut als Direktor vorsteht, für sein Vertrauen, das er in mich setzte, und für seine verständnisvolle Geduld bei der Fertigstellung des Manuskripts. Das Umfeld des Freiburger Instituts und der Kontakt mit dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bot eine anregende Arbeits-

atmosphäre und viele Gelegenheiten zum wissenschaftlichen Austausch. Für Fragen, Kritik und Korrekturen danke ich Lutz Sauerteig, der mir beim Abschluss des Manuskripts zur Seite stand, weiterhin Silke Bellanger, Karl-Heinz Leven, Cay-Rüdiger Prüll und Thomas Schlich.

Meine Eltern sowie Martina und Evi haben mir Rückhalt gegeben und mich in vielerlei Hinsicht unterstützt.

Freiburg, im Sommer 2003 Hans-Georg Hofer

ABKÜRZUNGEN

AWMZ	Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung
APN	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten
AZ	Arbeiter-Zeitung
BKW	Berliner Klinische Wochenschrift
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
DZN	Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde
EM	Elektrotechnik und Maschinenbau
IKR	Internationale Klinische Rundschau
JPN	Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie
JNMD	Journal of Nervous and Mental Disease
KA	Kriegsarchiv
KM	Kriegsministerium
MCCB	Medicinisch-Chirurgisches Central-Blatt
MK	Medizinische Klinik
MVS	Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark
MPN	Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie
MMW	Münchener Medizinische Wochenschrift
NC	Neurologisches Centralblatt
ÖStA	Österreichisches Staatsarchiv
PMW	Prager Medizinische Wochenschrift
PNW	Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift
WKW	Wiener klinische Wochenschrift
WMB	Wiener Medizinische Blätter
WMP	Wiener Medizinische Presse
WMW	Wiener Medizinische Wochenschrift
ZgNP	Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie

EINLEITUNG

Möglich war durch die Nervosität vieles: Ubiquität, Kontingenz und Wandel. „Es rüttelte an ihnen, es blies durch ihren Kopf, sie gehörten einem nervösen Zeitalter an, und es stimmte etwas nicht", schrieb Robert Musil in seinem Roman *Der Mann ohne Eigenschaften* über die Bewohner Kakaniens. „Wie alle kultivierten Menschen an allen Orten der Erde liefen diese zwischen einer ungeheuren Aufregung von Geräusch, Geschwindigkeit und Neuerung, Streitfall und dem, was sonst noch zur optisch-akustischen Landschaft unseres Lebens gehört, in einer unentschiedenen Gefühlslage umher; wie alle anderen Menschen lasen und hörten sie täglich einige Dutzend Nachrichten, die ihnen die Haare sträubten, und waren bereit, sich über sie zu erregen, ja sogar einzugreifen, aber es kam nicht dazu, denn einige Augenblicke später war der Reiz schon durch neuere aus dem Bewußtsein verdrängt."[1] Die neuen Zwänge und Unübersichtlichkeiten modernen Lebens spiegelten sich in merkwürdigen Symptomen wider. An jeder Stelle des Körpers konnten plötzlich Empfindungsanomalien auftreten und wieder verschwinden. An der Nervosität, die in der kakanischen Metropole – und nicht nur dort – um sich gegriffen hatte, stimmte vieles nicht. Es war eine Welt der Möglichkeiten, die an die Stelle von einstmals stabilen Wirklichkeiten trat. Was Musil in der zitierten Textstelle seines Romans literarisch verarbeitete, wurde an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert in der Medizin, insbesondere in den neuen Spezialdisziplinen Neurologie und Psychiatrie, aber auch in den intellektuellen und populären Milieus heftig diskutiert: Welche Auswirkungen hatte der beschleunigte Lebensalltag in der Moderne auf die mentale Konstitution der Menschen? Wie reagierte das individuelle, wie das kollektive Nervensystem auf die gestiegenen Belastungen einer Lebenswelt, die im Zeichen von Industrialisierung, Urbanisierung, sozialer Differenzierung und ethnisch-kultureller Pluralisierung stand?

Für diese Problemstellung stand Ende des 19. Jahrhunderts neben der Nervosität ein neues medizinisches Deutungsangebot bereit: die *Neurasthenie*. 1880 hatte der New Yorker Nervenarzt George Miller Beard unter dem gleichnamigen Titel ein Buch vorgelegt, das binnen kürzester Zeit zu einem internationalen Bestseller wurde und in den losbrechenden Debatten über die gesundheitlichen Risiken des modernen Lebens zur ersten Referenzliteratur zählte. In der Folge stieg die Neurasthenie

1 Robert Musil: Der Mann ohne Eigenschaften. Erstes Buch. Reinbek bei Hamburg 1995, S. 458.

von einem diagnostischen Modeetikett, das bald auch in europäischen Ärztekreisen hoch im Kurs stand, zu einem epochal empfundenen Wahrnehmungs- und Krisenphänomen der Moderne auf. „Überall sprechen Gelehrte und Ungelehrte, Berühmte und Unberühmte, Ärzte und Laien von der Nervosität und Nervenschwäche unserer Zeit", hieß es 1895 im Feuilleton einer der führenden Wiener medizinischen Zeitschriften.[2] Als reflexives Instrument zur Kennzeichnung und Kritik der Veränderungen an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert, als präzise Zeitdiagnose und plausibles Erklärungsangebot, war die Neurasthenie von großer Bedeutung.

Neurasthenie und Moderne

Die in der historischen Forschung vernachlässigten psychiatriegeschichtlichen Kontexte der Moderne in Zentraleuropa stehen im Zentrum dieser Arbeit.[3] Die Analyse der Dekadenz des Fin de Siècle als ästhetisch-literarischer Diskurs greift meines Erachtens zu kurz. Nervosität und Neurasthenie markieren um 1900 eben nicht bloß die Suche nach einem verfeinerten Leben, das im Zeichen eines vermeintlichen biologischen und kulturellen Niedergangs stand.[4] Vielmehr standen sie im Mittelpunkt eines psychiatrischen Diskurses über die mentalen Belastungserscheinungen der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse, die sich auf allen Gebieten des Lebens rasch und nachhaltig vollzogen. Als „obsessives Element im Vokabular der Zeitgenossen" und Artikulation eines „intersubjektiv nachvollziehbaren Lebensgefühls" war die Neurasthenie ein Schlagwort, mit dem sich Faszination und Verstörung an den abrupten und ambivalenten Transformationen der Modernisierung pointiert

2 Anonym: Die Nervosität unseres Zeitalters. In: WMP 36 (1895), Sp. 817.

3 Zur Moderne in Zentraleuropa siehe die Reihe *Studien zur Moderne* des Spezialforschungsbereichs Moderne – Wien und Zentraleuropa um 1900 an der Karl-Franzens-Universität Graz. Für die Themenstellung dieser Arbeit siehe vor allem Helmut Konrad (Hg.): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne. Wien 2000; Antje Senarclens de Grancy, Heidemarie Uhl (Hg.): Moderne als Konstruktion. Debatten, Diskurse, Positionen um 1900. Wien 2000; Heidemarie Uhl (Hg.): Kultur – Urbanität – Moderne: Differenzierungen der Moderne in Zentraleuropa um 1900. Wien 1999 und Rudolf Haller (Hg.): nach kakanien. Annäherung an die Moderne. Wien-Köln-Weimar 1996.

4 Zu den ästhetischen Dimensionen und intellektuellen Spielarten der Nervosität im Wiener Fin de Siècle siehe Michael Worbs: Nervenkunst. Literatur und Psychoanalyse im Wien der Jahrhundertwende. Frankfurt/M. 1983. Christoph Asendorf vermutet, dass die *décadence* der Epoche vor dem Ersten Weltkrieg „zu einem guten Teil die ästhetische Verarbeitung der Neurasthenie war". Christoph Asendorf: Ströme und Strahlen. Das langsame Verschwinden der Materie um 1900. Gießen 1989, S. 113.

zum Ausdruck bringen ließen.[5] Mit diesem Begriff ließen sich kulturkritische Energien mobilisieren, aber auch kanalisieren. Die Neurasthenie drückte die Hoffnung der Fortschrittsoptimisten auf eine bessere Gesellschaft aus, gab aber auch den Ängsten der Pessimisten eine argumentative Grundlage. Sie stand in ihrer ursprünglichen Bedeutung für nationale Superiorität, später aber auch für transnationale Egalität; sie galt als Merkmal eines neuen, urbanen Lebensstils und zementierte damit soziale Hierarchien, nivellierte diese aber auch wieder. Die diskursive Bedeutungsproduktion der Neurasthenie war vielgestaltig, und dies spiegelt nicht nur die polymorphen und mehrdeutigen Tendenzen der Moderne wider, sondern verweist auch auf die Relevanz medizinisch-psychiatrischen Wissens für die zeitgenössische Wahrnehmung und Deutung der lebensweltlichen Wirklichkeiten.[6]

Die Geschichte der Neurasthenie zeigt solcherart den Aufstieg der Psychiatrie als eine neue Autorität zur Deutung der Kultur und ihren Einfluss auf individuelle wie kollektive Reflexionsformen einer Gesellschaft, die sich durch die technische, ökonomische und soziale Modernisierung verunsichert sah.[7] Dies hängt zunächst mit dem Aufstieg der modernen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin im 19. Jahrhundert zusammen, die ihre Aufmerksamkeit auf die menschlichen Lebensbedingungen in ihrer Gesamtheit lenkte und sich zu einer neuen Deutungsinstanz in *allen* Fragen des Lebens aufzuschwingen suchte;[8] dies hat weiterhin zu tun mit einer

---

5 Jacques Le Rider: Das Ende der Illusion. Die Wiener Moderne und die Krisen der Identität. Wien 1990, S. 53; Angelika Linke: Sprachkultur und Bürgertum. Zur Mentalitätsgeschichte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart-Weimar 1996, S. 265.

6 Ursula Link-Heer: Nervosität und Moderne. In: Gerhart von Graevenitz (Hg.): Konzepte der Moderne. Stuttgart-Weimar 1999, S. 102–119. Zum Begriff der „lebensweltlichen Wirklichkeit" siehe Rudolf Vierhaus: Die Rekonstruktion historischer Lebenswelten. In: Wege zu einer neuen Kulturgeschichte, hg. von Hartmut Lehmann. Göttingen 1995, S. 13 f.

7 Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt/M.-New York 1999. Ich fasse im Folgenden den Begriff *Psychiatrie* nach seiner zeitgenössischen Verwendung in einem erweiterten Sinne auf. Dies bedeutet, dass ich darunter auch Bereiche wie Neuropathologie, Neurologie, Nervenheilkunde sowie Teile der inneren Medizin verstehe. Dementsprechend waren *Nervenarzt* und *Psychiater* Bezeichnungen mit weitgehend kongruenten Bedeutungsinhalten. Bei Themenkomplexen, die eine begriffliche Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Neurologie notwendig machen, zum Beispiel in Fragen der Rezeptionsgeschichte der Neurasthenie, werde ich auf eine terminologische Differenzierung achten.

8 Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn 1989. Am Beispiel der Geschlechtskrankheiten siehe Lutz Sauerteig: Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1999. Zur Herausbildung der modernen Medizin im 19. Jahrhundert siehe William F. Bynum: Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century. Cambridge 1994.

umfassenden „Verwissenschaftlichung des Sozialen", mit dem Aufstieg von Experten, die mit wissenschaftlichen Herangehensweisen und Erkenntnismethoden auf die sozialen Krisen moderner Gesellschaften aufmerksam zu machen suchten und diesen Anspruch mit einem neuen professionellen Selbstverständnis verbanden. Die Neurasthenielehre war ein Expertenwissen, das über die neuen Transmissionsriemen der Massenmedien verbreitet wurde und in der Öffentlichkeit auf große Resonanz stieß.[9]

Die Produktion und Auslegung dieses neuen Wissens über den Zusammenhang von Nervenkrankheiten und moderner Kultur war allerdings umstritten. Die Beschäftigung mit der Neurasthenie setzte eine Akklimatisierung an Ungeklärtes und Unscharfes voraus. „Wer ist denn nervös? Worin besteht das Wesen der Nervosität? Diese Frage wird uns nirgends rund und scharf beantwortet", beklagte ein Wiener Arzt 1892.[10] Nervenkrankheiten konnten organisch, funktionell, psychologisch oder psychoanalytisch gedeutet werden, und mit jeder dieser Interpretationen verband sich auch der Versuch, Aussagen über den Entwicklungsstand der modernen Kultur zu treffen. Der Streit um die „richtige" Deutung der Nervenkrankheiten zog sich bis in den Ersten Weltkrieg hinein und drehte sich immer wieder um die Frage, was zu beweisen war und was nicht. Im Hinblick auf Ätiologie und Differenzialdiagnose war die Neurasthenie ein anhaltendes Desiderat der akademischen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Die Suche nach einem Substrat, nach einem „objektiv" bestimmbaren Etwas, das über Ursache, Entstehung und Verlaufsdynamik der Krankheit Auskunft geben konnte, war eine besondere Herausforderung und stellte die wachsende gesellschaftliche Deutungsmacht der akademischen Medizin auf die Probe.

Man kann hier noch einen Schritt weitergehen: In einer Zeit, die den Triumph der naturwissenschaftlichen Medizin mit sich brachte, zeigte die Neurasthenie deren Grenzen auf. Das Wissen über diese Krankheit konnte nicht im Labor oder auf dem Sektionstisch gewonnen werden, sondern musste im kommunikativen Zusammenspiel mit Patienten, mittels Narration und Konversation, erarbeitet werden. Daher hatten jene Ärzte, die sich auf die Neurasthenie spezialisierten, die komplexen Phänomene des modernen Lebens mit zu berücksichtigen und historische, soziologische und psychologische Deutungsoptionen in ihren Erkenntnisprozess zu integrieren. Die Produktion medizinisch-psychiatrischen Wissens über diese Krankheit

9 Lutz Raphael: Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 165–193.

10 Ludwig Frey: Über die Nervosität unseres Jahrhunderts. Wien 1892, S. 7.

war solcherart stets an eine Analyse des Kulturzustandes gekoppelt: Wer über Neurasthenie sprach, sprach über Kultur.[11]

Wie kann man mit der großen Variabilität der Neurasthenie in historischer Perspektive umgehen? Was war Neurasthenie? Die Steigerung eines Gefühlskontrastes, ein latentes Ermüdungsgefühl, ein körperliches Frühwarnsystem oder ein mentales Sicherheitsventil, mit dem sich die Belastungen des modernen Lebens regulieren ließen? Was lässt sich angesichts der vielen Unsicherheiten und Unbestimmtheiten in der zeitgenössischen Medizin über die Neurasthenie als Krankheit überhaupt sagen? In der neueren medizinhistorischen Forschung hat sich unter Berücksichtigung von wissenschaftssoziologischen Herangehensweisen das Interesse auf Krankheiten als soziale Konstruktionen gerichtet. Krankheiten werden nicht als naturwissenschaftlich präzise definierbare und unveränderliche Konstanten verstanden, sondern als historisch kontingente, als von den spezifisch ökonomischen, politischen und soziokulturellen Verhältnissen der Zeit abhängige Begriffe gesehen.[12] Der große Vorteil des sozialkonstruktivistischen Ansatzes besteht darin, dass mit diesem die historische Relativität medizinisch-wissenschaftlicher Theoriebildung sowie ihre Prägung durch eine Vielzahl von sozialen Wirkkräften (etwa Professionalisierungsinteressen, Denkkollektive, gesellschaftliche Distinktionsstrategien, politisch-ideologische Machtstrukturen) deutlich gemacht werden kann.

Dieser Ansatz erweist sich im Fall der Neurasthenie als besonders überzeugend, weil sich die Konjunktur dieses Begriffs zeitlich relativ genau eingrenzen lässt: Nach dessen „Erfindung" durch die monografischen Arbeiten Beards stieg die Neurasthenie in den 1880er und 1890er Jahren zur vorherrschenden Nervenkrankheit auf, um nach 1900 allmählich an Bedeutung zu verlieren und nach Ende des Ersten Welt-

11 Marijke Gijswijt-Hofstra and Roy Porter (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam-New York 2001; Wolfgang U. Eckart: „Die wachsende Nervosität unserer Zeit". Medizin und Kultur um 1900 am Beispiel einer Modekrankheit. In: Gangolf Hübinger, Rüdiger vom Bruch und Friedrich Wilhelm Graf (Hg.): Kultur und Kulturwissenschaften um 1900. Band II: Idealismus und Positivismus. Stuttgart 1997, S. 208; Andrea Seier: „Überall Cultur und kein Ende". Zur diskursiven Konstitution von „Kultur" um 1900. In: Hannelore Bublitz, Christine Hanke, Andrea Seier: Der Gesellschaftskörper. Zur Neuordnung von Kultur und Geschlecht um 1900. Frankfurt/M.-New York 2000, S. 165 f.

12 Siehe zur Einführung Thomas Schlich: Wissenschaft: Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung. In: Norbert Paul und Thomas Schlich (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/M.-New York 1998, S. 107–129; Ian Hacking: Was heißt „soziale Konstruktion"? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt/M. 1999, bes. Kap. 4, in dem Hacking auf die Psychiatrie eingeht; Ludmilla Jordanova: The Social Construction of Medical Knowledge. In: Social History of Medicine 8 (1995), S. 361–381; Jens Lachmund, Gunnar Stolberg: Introduction. In: dies. (Hg.): The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present. Stuttgart 1992, S. 9–19.

krieges fast gänzlich zu verschwinden. Die Frage, was Neurasthenie war, ist damit nur in historischer Perspektive zu beantworten. In Anlehnung an die neuere geschichts- und kulturwissenschaftliche Hysterieforschung, die sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt hat, könnte man sagen: Unter Neurasthenie ist das zu verstehen, was die Neurologen und Psychiater in einer bestimmten historischen Epoche, also in den letzten Jahrzehnten des 19. und den ersten des 20. Jahrhunderts, als Neurasthenie assoziieren, selektieren, konstituieren und in einen Bedeutungszusammenhang überführen.[13] Hierbei ist die gewachsene Vielfalt an zeitgenössischen Definitionen ernst zu nehmen. Es ist unmöglich, für diesen Zeitraum nur eine die zahlreichen Bedeutungen und Funktionen dieses Begriffs bündelnde Definition zu geben. Was Neurasthenie war, ist nicht so bedeutend wie das, was sie in welchem Kontext sein konnte.

Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, dass das Neurastheniekonzept mit den kulturellen Selbst- und Weltdeutungen der Zeit in permanentem Austausch stand; darin liegt ein Schlüssel zum Verständnis ihres wissenschaftlichen Erfolges und ihrer alltagsprägenden Kraft. Die Neurasthenie ist daher nicht als internes Forschungsgebilde der Psychiatrie zu analysieren, sondern als eine kulturelle Wissensformation, die hoch aufgeladen war mit Signifikanten, Symbolen und Diskursen.[14] Diese Wissensformation veränderte sich permanent und bildete zahlreiche Substrukturen aus, zerfloss aber nicht zu einer amorphen Masse, die schnell bedeutungslos geworden wäre. Stets gab es einen gemeinsamen Fluchtpunkt: Was mit und über die Neurasthenie-Debatten in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg zum Ausdruck gebracht wurde, zeigte eine neue, psychiatrisch angestoßene und begleitete Form von Modernitätskritik. Bei all den unterschiedlichen Diskurspartikeln, die sich um die Neurasthenie formierten, den semantischen Vielfachkodierungen und divergierenden sozialen Zuschreibungen dieser Krankheit, war dies die gemeinsame Projektionsfläche, der latente Konnex, auf den sich diese Variationen hinrichteten.

---

13 Elisabeth Bronfen: Das verknotete Subjekt. Hysterie in der Moderne. Berlin 1998, bes. S. 109–115 und Mark S. Micale: Approaching Hysteria. Disease and Interpretation. Princeton 1995, Kap. 1 und 2. Dieses Buch ist jedoch keine Studie zur Geschichte der männlichen Hysterie, da es jene Krankheit aufgreift, die um 1900 nicht als Sonderfall, sondern als Massenerscheinung unter Männern begriffen wurde. Zur männlichen Hysterie im deutschen Militär vor dem Ersten Weltkrieg siehe Martin Lengwiler: Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz 1870 bis 1914. Zürich 2000. Zu Hysterie und Moderne siehe Katrin Schmersahl: Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Opladen 1998, Kap. 6 und Dorion Weickmann: Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880–1920). Frankfurt/M. 1997.

14 Mit dieser Argumentation folge ich Michael Hagners kulturwissenschaftlich angeleiteten Ansichten der Wissenschaftsgeschichte. In: ders. (Hg.): Ansichten der Wissenschaftsgeschichte. Frankfurt/M. 2001, S. 23 f.

Die Konjunktur der Neurasthenie ist in Bezug auf die Moderne in Zentraleuropa in einem engen Zusammenhang mit der ökonomischen und sozialen Veränderungsdynamik des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu sehen. Neuere Arbeiten zeigen, dass das lange tradierte Bild von der wirtschaftlich-industriellen Rückständigkeit der Donaumonarchie einer nachhaltigen Korrektur bedarf. Im europäischen Vergleich verlief die ökonomische und technische Modernisierung Zentraleuropas dynamischer als angenommen. Die industrielle Expansion und räumliche Differenzierung der Wirtschaftsentwicklung entfaltete sich auf hohem Niveau, unterstützt durch die Verdichtung der Eisenbahn- und Kommunikationsnetze. Auch die Wachstumsraten der Donaumonarchie übertrafen am Ende des 19. Jahrhunderts jene anderer europäischer Staaten deutlich.[15] Vor diesem Hintergrund wird die Erfolgsgeschichte der Neurasthenie deutlich: Konfrontiert mit der technisch-ökonomischen Modernisierung, die in den anwachsenden Städten besonders intensiv erlebt wurde, nahm eine bürgerliche, gebildete und finanzkräftige männliche Mittelschicht Zuflucht in Privatpraxen und Sanatorien. Dort traf sie auf Ärzte, die sich dieser neuen, lukrativen Klientel annahmen und ein diagnostisches und therapeutisches Angebot bereithielten, das sich in Kliniken und Spitälern nicht annähernd in Anspruch nehmen ließ.

Der Wert dieser Diagnosen lag für die Patienten in der subjektiven Sicherheit, den erlebten Wandel benennen und solcherart emotionalen Rückhalt generieren zu können. Vor diesem Hintergrund wurde die Neurasthenie zu einem „erlernten Wirklichkeitsmodell", mit Hilfe dessen Menschen ihre verstörenden Sinneseindrücke und Körpererfahrungen erklären konnten.[16] Aber auch die Ärzte konnten von der Arbeit in den Praxen und Nervenheilanstalten profitieren: Diese Orte wurden zu idealen Experimentierfeldern all jener neurologischen und psychiatrischen Problemstellungen, die sich an Kliniken nicht realisieren ließen. Die intensive therapeutische Arbeit der Ärzte in den privaten Praxen und Heilanstalten war mit ein Grund, warum sich die akademische Psychiatrie einem psychologischen Verständnis der Neurosen öffnete.[17] In diesem Milieu wurde auch eine praktikable Lösung in der

15 Josef Schiffer: Konkrete Aspekte der ökonomischen Modernisierung in Zentraleuropa um 1900. In: newsletter Moderne, Sonderheft 1: Moderne – Modernisierung – Globalisierung (2001), S. 22–27; David F. Good: Der wirtschaftliche Aufstieg des Habsburgerreiches 1750–1914. Wien-Köln-Graz 1986.

16 Wolfram Aichinger: Außenwelt und Innenwelt: Spannungsfelder der Kultur. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde. Sondernummer 1999: Kulturwissenschaften. Wien 1999, S. 23.

17 Dazu am Beispiel der Hysterie Roy Porter: The Body and the Mind, the Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria. In: Sander L. Gilman, Helen King, Roy Porter, G. S. Rousseau, Elaine Showalter: Hysteria Beyond Freud. Berkely-Los Angeles 1993, S. 225–285 und Edward Shorter: Mania, Hysteria and Gender in Lower Austria, 1891–1905. In: History of Psychiatry 1 (1990), S. 3–31. Die Bedeutung von privat praktizierenden Nervenärzten für die Herausbildung psychologischer Erklärungsansätze von

umstrittenen Frage nach einer Bestimmung des Krankheitsbildes gefunden: Je vielfältiger das Konglomerat an Erscheinungen und je diffuser die Leidensgeschichte, umso sicherer war die Krankheit zu diagnostizieren. Erst in der Kombinatorik, in der Zusammenschau von widersprüchlichen Zeichen, die vom Nervenarzt wahrgenommen, interpretiert und mit einem bestimmten Namen benannt wurden, ließ sich die Neurasthenie definieren.[18]

Die Geschichte der Neurasthenie zeigt nicht nur die Komplexität und den Wandel von selbstreflexiven Formen, sondern sie verdeutlicht auch die Erosion der Geschlechterdifferenz und die Pluralisierung der Männlichkeitsbilder in der Moderne.[19] Der Begriff wurde deshalb affirmativ rezipiert, weil er mit positiven emotionalen Begleitvorstellungen ausgestattet war. Neurasthenie stand für Modernität und Fortschritt – und da die zeitgenössische Wissenschaft den Fortschritt dem männlichen Geschlecht zugesprochen hatte, besaß die Krankheit ein maskulines Antlitz. Der „neurasthenische Körper" war männlich, modern und funktionierte in seiner ursprünglichen Konzeption durch Beard ähnlich wie die neuesten Errungenschaften in Industrie und Technik: Durch diesen Körper floss – wie Strom durch Glühbirnen – Energie; war der Vorrat an Energie durch übermäßige Inanspruchnahme verbraucht, so zeigten sich jene Erschöpfungszustände, die als Nervenschwäche identifiziert werden konnten. Die Wiederherstellung des erschöpften Nervensystems funktionierte mittels der Elektrotherapie: Durch die Einleitung von Strom kann Energie – und damit Nervenstärke – zugeführt werden. Die weitgehend mechanistisch und elektrophysiologisch geprägte Vorstellung von der Neurasthenie als einer Krankheit, die durch Energiemangel verursacht und durch elektrische Energie wieder beseitigt werden könne, lässt sich über die Zeit der Neurasthenie-Konjunktur hinaus bis in

---

Neurosen betont auch Mark S. Micale: The Psychiatric Body. In: Roger Cooter and John Pickstone (Hg.): Medicine in the Twentieth Century. Amsterdam 2000, S. 328 f.

18 Roland Barthes: Semiologie und Medizin. In: ders.: Das semiologische Abenteuer. Frankfurt/M. 1988, S. 217; George S. Rousseau: Towards a Semiotics of the Nerve: The Social History of Language in a New Key. In: Peter Burke, Roy Porter (Hg.): Language, Self, and Society. Cambridge 1991, S. 213–275.

19 Thomas Kühne: Männergeschichte als Geschlechtergeschichte. In: ders. (Hg.): Männergeschichte – Geschlechtergeschichte. Männlichkeit im Wandel der Moderne. Frankfurt/M.-New York 1996, S. 22. Zur Männergeschichte siehe Martin Dinges: Einleitung: Geschlechtergeschichte – mit Männern! In: ders. (Hg.): Hausväter, Priester, Kastraten. Zur Konstruktion von Männlichkeit in Spätmittelalter und Früher Neuzeit. Göttingen 1998, S. 7–28; Wolfgang Schmale: Gender Studies, Männergeschichte, Körpergeschichte. In: ders. (Hg.): MannBilder. Ein Lese- und Quellenbuch zur historischen Männerforschung. Berlin 1998, S. 7–33. Zu Neurasthenie und Männlichkeit im angloamerikanischen Kontext siehe David Walker: Modern Nerves, Nervous Moderns. Notes on Male Neurasthenia. In: Australian Cultural History 6 (1987), S. 49–63; Dona L. Davis, Setha M. Low (Hg.): Gender, Health and Illness: The Case of Nerves. New York 1989; Gail Bederman: Manlineness and Civilization. A Cultural History of Gender and Race in the United States, 1880–1917. Chicago-London 1995.

den Ersten Weltkrieg verfolgen.[20] Es war nicht zuletzt die eindrückliche Konzeption der Neurasthenielehre, ihr expliziter Bezug zur männlichen bürgerlichen Mittelschicht und zu deren psychischen wie sexuellen Krisen, die den Weg zu einer raschen Verbreitung ebnete.[21] Was Michael Stolberg für die Verbreitung der Neuropathologie und der Nervenkrankheiten am Ende des 18. Jahrhunderts aufgezeigt hat, gilt in hohem Maße auch für den „Erfolg" der Neurasthenie hundert Jahre später. Die Gestaltung von medizinischen Erklärungsmodellen und Körperbildern, die von den Kranken vor dem Hintergrund ihrer im Wandel begriffenen Umgebung und gesellschaftlichen Lage als sinnvoll erlebt werden, erscheint in der Durchsetzung medizinischer Diskurse und ihrer normierenden Kraft als ein entscheidender Faktor.[22]

Für Männer wurde die Neurasthenie zu einer attraktiven Rückzugsoption, zum Anlass und Ausdruck für eine Neubestimmung ihrer beruflichen wie privaten Lebensführung. Die Neurasthenie brach mit den bislang als naturgegeben gedachten Wesensmerkmalen und hegemonialen Leitbildern von Männlichkeit: Emotionale Fragilität und psychische Labilität fanden mit dieser Diagnose eine neue, gesellschaftlich akzeptierte Ausdrucksmöglichkeit. Mit anderen Worten: Unter dem Schirm des Neurastheniekonzepts entdeckte der psychiatrische Blick bei Männern Symptome, die lange Zeit als „weiblich" identifiziert worden waren. In diesem Sinne war die Neurasthenie mehr als eine „Sackgasse der Maskulinität".[23] Die Kon-

---

20 Volker Roelcke: Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880–1914. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 177–197; Andreas Killen: Influencing Machines. Electrotherapy and Neurosis in Nineteenth Century Germany. In: Eric J. Engstrom, Matthias Weber, Paul Hoff (Hg.): Knowledge and Power: Perspectives in the History of Psychiatry. Berlin 1999, S. 131–141.

21 Zum Diskurs über die „sexuelle Neurasthenie" siehe Doris Kaufmann: Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality, and the Demands of Nature. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 161–176; Philipp Sarasin: Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914. Frankfurt/M. 2001, S. 417–433; aus patientengeschichtlicher Perspektive Joachim Radkau: Das Zeitalter der Nervosität. München-Wien 1998, S. 144–169; am Beispiel des Psychiaters Richard von Krafft-Ebing Harry Oosterhuis: Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity. Chicago-London 2000.

22 Michael Stolberg: „Mein äskulapisches Orakel!" Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7 (1996), S. 404. Siehe auch Dona L. Davis, Richard G. Whitten: Medical and Popular Tradition of Nerves. In: Social Science and Medicine 26 (1988), S. 1209–1221.

23 Nike Wagner: Zur Typologie des „neurasthenischen Mannes". In: dies. u. a.: Mann, sei nicht so hysterisch. München 1991, S. 103. Zur Lesart der Neurasthenie als Krise der Maskulinität siehe George L. Mosse: Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit. Frankfurt/M. 1997, S. 112–118 und Christopher E. Forth: Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France. In: Gijswijt-Hofstra and Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 329–361. Zu den männlichen Ängsten um 1900 siehe auch Ute Frevert: Die Zukunft der Geschlechterordnung. Diagnosen und Erwartungen an der Jahr-

frontation mit dieser Diagnose regte auch zum Experimentieren mit unkonventionellen Reaktionsweisen und Verhaltensformen an und brachte solcherart neue Männlichkeiten zum Ausdruck.[24] Die Variationsmöglichkeiten zwischen dem überfeinerten, nervösen Dekadenten und dem energischen, körperdisziplinierten Offizier verschoben sich. Neurastheniker waren nicht nur sensitive Ästheten und Intellektuelle, sondern konnten auch muskelkräftige Männer sein, die körperlicher Arbeit nachgingen. Durch den optimistischen Grundton und die positiven emotionalen Begleitvorstellungen fiel das männliche Bekenntnis zur Neurasthenie leicht, auch deshalb, da damit die Abgrenzung zu biologistischen Niedergangsszenarien, die verunsicherten und die soziale Stigmatisierung förderten, gewährleistet war.

Die Neurasthenie markierte aber nicht nur eine neue, medizinisch-psychiatrisch hergestellte und geleitete Form gesellschaftlicher Selbstreflexion. Sie war der sprachlich-kulturelle Ausdruck für Menschen, die verstörende Erfahrungen mit ihrem Körper machten und dies mit dem Hinweis auf eine sich rasch wandelnde Umgebung zu begründen suchten. In Anlehnung an die methodische Diskussion, die in der Körpergeschichte über „Erfahrung" und „Diskurs" geführt wird, ist unter der Neurasthenie ein „sozial moduliertes, kontextabhängiges Konstrukt" zu verstehen, das an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als sprachliches Symbol und Vehikel lebensweltlicher Sinnstiftung diente.[25] Auf diese Weise konnten subjektive Empfindungen, Erfahrungen und Erlebnisse artikuliert und in kollektive Deutungs- und Bedeutungszusammenhänge integriert werden. Kurzum: Die Neurasthenie war ein psychiatrisch generiertes Deutungsangebot, das zwischen Spannungsfeldern der vormodernen und modernen Welt vermittelte und neue Spielräume für die Wahrnehmung und Deutung der „sozialen Wirklichkeit" eröffnete.

---

hundertwende. In: dies. (Hg.): Das Neue Jahrhundert. Europäische Zeitdiagnosen und Zukunftsentwürfe um 1900. Göttingen 2000, S. 146–184.

24 Unter *Männlichkeit* verstehe ich mit Robert W. Connell eine sozial konstruierte, mehrdeutige Kategorie und „eine Position im Geschlechterverhältnis; die Praktiken, durch die Männer und Frauen diese Position einnehmen, und die Auswirkungen dieser Praktiken auf die körperliche Erfahrung, auf Persönlichkeit und Kultur". Robert W. Connell: Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen ²2000, S. 91.

25 Jakob Tanner: Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen. In: Historische Anthropologie 2 (1994), S. 489–502, Zitat S. 500. Siehe auch ders.: Wie machen Menschen Erfahrungen? Zur Historizität und Semiotik des Körpers. In: Bielefelder Graduiertenkolleg Sozialgeschichte (Hg.): Körper macht Geschichte. Geschichte macht Körper. Körpergeschichte als Sozialgeschichte. Bielefeld 1999, S. 16–34; Philipp Sarasin: Mapping the Body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und „Erfahrung". In: Historische Anthropologie 7 (1999), S. 437–451; Michael Stolberg: Körpergeschichte und Medizinhistoriographie. In: Ralf Bröer (Hg.): Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler 1999, S. 85–95.

Anmerkungen zum Forschungsstand

Sieht man von Andreas Steiners Züricher medizinhistorischer Dissertation aus dem Jahr 1964 ab, so blieb die Geschichte der Nervosität und der Neurasthenie im deutschsprachigen Raum bis in die 1990er Jahre ein weithin unbeachtetes Thema.[26] Dies ist angesichts der Fülle der Literatur über Nervenkrankheiten, die an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert produziert wurde, und der großen Bedeutung, die diese im zeitgenössischen kulturkritischen Diskurs wie im medizinischen Alltag einnahm, ebenso überraschend wie signifikant. Die Voraussetzung für ein verstärktes Interesse an den medizinisch artikulierten Selbstdeutungen um 1900 schuf der Methodenpluralismus in den Geschichtswissenschaften, insbesondere der Aufschwung der Kultur- und Geschlechtergeschichte. Erst durch eine kulturwissenschaftlich inspirierte Geschichtsschreibung, die das subjektive Erleben, die „Bedeutungen, Wahrnehmungsweisen und Sinnstiftungen der zeitgenössischen Menschen in das Verstehen, Beschreiben oder Erklären" einbezieht, ließen sich auch die medizinhistorischen Konturen und Kontexte der Neurasthenie freilegen.[27]

Man könnte im Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand zur Geschichte der Neurasthenie bemerken, dass sich das gegenwärtige Interesse in einer gewissen Parallelität zu deren historisch-epidemiologischem Wegverlauf zu entwickeln scheint. Denn so wie Beards Studien über die Neurasthenie nach 1880 auch im deutschsprachigen Raum auf große Resonanz stießen, haben in den 1980er und in den frühen 1990er Jahren mehrere angloamerikanische Studien auf die Bedeutung der Neurasthenie als psychiatrische Diagnose und selbstreflexives Instrumentarium am Ende des 19. Jahrhunderts hingewiesen.[28] Deutlich wurde, dass die Neurasthenie nicht

---

26 Andreas Steiner: „Das nervöse Zeitalter". Der Begriff der Nervosität bei Laien und Ärzten in Deutschland und Österreich um 1900. Zürich 1964.

27 Ute Daniel: Kompendium Kulturgeschichte. Theorie, Praxis, Schlüsselwörter. Frankfurt/M. 2001, S. 17. Zur Theoriedebatte um die Bedeutung der Kultur- für die Geschichtswissenschaften siehe Heidemarie Uhl: „Kultur" und/oder „Gesellschaft"? Zur „kulturwissenschaftlichen Wende" in den Geschichtswissenschaften. In: Lutz Musner, Gotthart Wunberg (Hg.): Kulturwissenschaften. Forschung – Praxis – Positionen. Wien 2002, S. 220–236; Thomas Mergel und Thomas Welskopp (Hg.): Geschichte zwischen Kultur und Gesellschaft. Beiträge zur Theoriedebatte. München 1997; Wolfgang Hardtwig und Hans-Ulrich Wehler (Hg.): Kulturgeschichte Heute. Göttingen 1996. In Bezug auf die österreichische Moderne siehe Johannes Feichtinger und Peter Stachel (Hg.): Das Gewebe der Kultur. Kulturwissenschaftliche Analysen zur Geschichte und Identität Österreichs in der Moderne. Innsbruck-Wien-München 2001.

28 Zu nennen sind hier vor allem Tom Lutz: American Nervousness, 1903. An Anecdotal History. Ithaca 1991 und Francis G. Gosling: Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community 1870–1910. Urbana 1987. Siehe weiterhin Edward Shorter: From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York 1992; Janet Oppenheim: "Shattered Nerves." Doc-

nur den psychiatrischen Diskurs um die Verbreitung von Nervenkrankheiten bestimmte, sondern darüber hinaus auch in einer Vielzahl von medizinischen, populären und literarischen Texten ihren Platz hatte. Damit war das Interesse an einer Krankheit geweckt, die auch in den medizinischen Milieus von West- und Zentraleuropa eine erstaunliche Karriere aufzuweisen hatte. Das zunehmende historische Interesse an dieser Krankheit ging einher mit einer Reaktivierung der Neurasthenie als psychiatrische Diagnose, über deren Profil, Klassifizierung und Praxisrelevanz mittlerweile eine Vielzahl von Studien erschienen ist.[29] Auch in der neueren Forschung zur Geschichte der Formierung der Psychoanalyse ist auf die Neurasthenie hingewiesen worden. Dabei zeigte sich einerseits die forschungskreative Leistung Freuds, der aus der „sexuellen Neurasthenie" Beards eine eigenständige Neurosenlehre geformt hatte, andererseits aber auch, dass vieles, was mit der Neurasthenie assoziiert und pauschal Freud zugeschrieben worden war, in anderen Kontexten zu verorten ist.[30]

Für das Wilhelminische Deutschland haben Volker Roelcke und Joachim Radkau die historischen Konturen der Neurasthenie bestimmt. Während Roelcke vor allem wissenschafts- und kulturgeschichtliche Herangehensweisen forciert und die Neurasthenie im Kontext des psychiatrischen Diskurses um die Zivilisationskrankheiten

---

tors, Patients, and Depression in Victorian England. Oxford 1991; Anson Rabinbach: The Human Motor. Energy, Fatigue, and the Origins of Modernity. Berkeley 1990; George F. Drinka: The Birth of Neurosis. Myth, Malady and the Victorians. New York 1984.

29 1992 hat die Neurasthenie in die *International Classification of Diseases* (ICD-10) der WHO Eingang gefunden. Auffallend ist, dass sich die darin beschriebenen klinisch-diagnostischen Leitlinien explizit an den Ergebnissen der Neurasthenieforschung des ausgehenden 19. Jahrhunderts orientieren. Siehe dazu I. Hickie et al.: Reviving the Diagnosis of Neurasthenia. In: Psychological Medicine 27 (1997), S. 989–994. Die Debatten um die Reanimation der Neurasthenie werden durch den Umstand angeheizt, dass neuere Begriffsschöpfungen und Anschlusskonzepte bereitgestellt worden sind. Seit Mitte der 1980er Jahre erlangen vor allem *Chronic fatigue syndrom* (CFS) und *Myalgic encephalomyelitis* (ME) größere Aufmerksamkeit. Siehe dazu Simon Wessely, Tom Lutz: Neurasthenia and Fatigue Syndromes. In: German E. Berrios, Roy Porter: A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders. London 1995, S. 509–544. Die Literaturwissenschaftlerin Elaine Showalter betont das psychische Infektionspotenzial dieser „neuen" Krankheiten und vertritt die These, dass es sich bei diesen Phänomenen um *Hystorien*, also um weitgehend suggestiv erzeugte und von den elektronischen Medien rasend schnell verbreitete psychische Epidemien handle. Elaine Showalter: Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin 1997.

30 Ein Beispiel dafür ist die von Ursula Kubes vertretene Position, Freud habe den Begriff Neurasthenie erfunden. Ursula Kubes: „Moderne Nervositäten" und die Anfänge der Psychoanalyse. In: Franz Kadrnoska (Hg.): Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938. München 1981, S. 267. Zu Freud und der Neurasthenie siehe Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, Kap. 7; Ulrike May-Tolzmann: Freuds frühe klinische Theorie (1894–1896). Wiederentdeckung und Rekonstruktion. Tübingen 1996.

im langen 19. Jahrhundert analysiert, fasst Radkau unter stärkerer Berücksichtigung sozial- und patientengeschichtlicher Ansätze die Neurasthenie als Krankheitsphänomen des Wilhelminischen Zeitalters auf, das von einer Diagnose zu einem weit verbreiteten Lebensgefühl diffundierte und schließlich in der militärisch-politischen Elite die Entscheidung für den Krieg maßgeblich beeinflusste.[31] Auch wenn in diesen beiden Studien die österreichische Situation gestreift wird, so fehlt bislang eine Studie, die sich explizit dieser Thematik widmet. Die österreichische Medizingeschichte hat sich mit der Geschichte der Nervosität und Neurasthenie, aber auch generell mit Fragen der Konstruktion und Durchsetzung von psychiatrischen Diagnosen und Krankheitskonzepten in der Moderne nur wenig beschäftigt. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass man sich methodisch weitgehend an den detaillierten, aber streng prosopografisch ausgerichteten und mit viel Lokalkolorit durchtränkten Studien von Erna Lesky orientierte.[32]

Eine Medizin- und Sozialgeschichte der Nervosität hat 1998 der Bielefelder Historiker Joachim Radkau vorgelegt. Seine Monografie *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* offeriert eine umfassende und detaillierte Auseinandersetzung mit den medizinischen, gesellschaftlichen und politischen Facetten der Nervenkrisen im Wilhelminischen Deutschland. Radkau sieht in der Nervosität ein „kulturelles Phänomen ersten Ranges, das auf einer breiten emotionalen Grundlage eine heftige Dynamik entwickelte und eine neue Zeit- und Welterfahrung schuf".[33] In der Darstellung der psychiatrischen Spielarten und Vielfachkodierungen der Nervosität im deutschen Kaiserreich ist Radkau überzeugend. Methodisch innovativ ist die Untersuchung und Auswertung zahlreicher Krankenakten und Selbstzeugnisse von Patienten, die sich selbst und ihren Ärzten als Neurastheniker galten. Mit Zitaten aus Krankengeschichten ehemaliger Nervenheilanstalten gewährt Radkau Einblicke in die subjektiven Empfindungen „nervöser Männer". Seine These, dass die wilhelminische Gesellschaft bei weitem nicht so militant-chauvinistisch gewesen sei wie bisher angenommen, sondern auch ihre „weichen" Seiten gehabt habe, wird dadurch plausibel. Deutlich wird aber auch, dass die Nervosität in der

31 Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, Kap. 5 und 6; Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, Kap. 5; ders.: Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte. In: Geschichte und Gesellschaft 20 (1994), S. 211–241. Siehe auch die historische Skizze von Gerhart Scheunert: Kultur und Neurose am Ausgang des 19. Jahrhunderts. In: Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin 3 (1930), S. 258–271.

32 Siehe vor allem Erna Lesky: Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz-Köln ²1978. In dieser Forschungstradition stehen weitgehend auch die neueren Sammelbände von Brigitta Keintzel, Eberhard Gabriel (Hg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien 1999 und Eberhard Gabriel, Helmut Gröger (Hg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien 1997.

33 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 27.

militärischen und politischen Elite als ein subversiver Faktor der nationalen Interessen betrachtet wurde und Bedürfnisse nach ihrer Überwindung weckte: „Die Neurasthenie verschaffte einem ganzen Bündel von Beschwerden einen Sinn; aber dieser Sinn verschaffte keine dauerhafte Ruhe."[34] Radkau legt dar, dass die Rede von der Nerven*schwäche* der Männer eine latente Sehnsucht nach Nerven*stärke*, nach einer Reaktivierung verloren geglaubter Energien und einer Rückeroberung maskuliner Verhaltensweisen erzeugt hat.

In diesem Kontext entwickelt Radkau die zentrale Problemstellung seiner Arbeit. Sie dreht sich um die provokante These, dass die Nervosität zum „hochbedeutsamen Phänomen im politischen Getriebe der Wilhelminischen Epoche" aufstieg und neben anderen zu den Entstehungsbedingungen des Ersten Weltkrieges zu zählen sei. Nach 1900 sei der deutsche Imperialismus immer sprunghafter und hektischer geworden, und im Sommer 1914 hätten die politischen Entscheidungsträger, allen voran Kaiser Wilhelm II., um jeden Preis Willensstärke demonstrieren wollen und sich „in neurotischer Art" für den Krieg entschlossen, um die immer lauter gewordenen Vorwürfe der Nervenschwäche zum Verstummen zu bringen. Ausgehend von dieser Prämisse diskutiert Radkau einen deutschen Sonderweg der modernen Nervosität, der zur Auslösung des Ersten Weltkrieges führt: Es habe in der Logik des deutschen Nervendiskurses gelegen, die Erlösung aus der Nervosität von der Politik zu erwarten. Aus dieser Perspektive geht es ihm um die historische Bedeutung der „kinetischen Energie" der Wilhelminischen Gesellschaft, also um „jene sich fortpflanzende und transformierende Unruhe", die für den „reizbaren Nationalismus" des Kaiserreichs so verhängnisvoll geworden sei. Die nervöse Sinn- und Kraftsuche enthalte den Schlüssel zur Lösung des psychologischen Rätsels, warum sich die deutschen Führungsschichten auf den Ersten Weltkrieg eingelassen hätten; am Ende spanne sich „ein großer Bogen von der Medizin zur Politik, von den Nervenheilstätten zur Hofgesellschaft".[35]

Nun ist die Konjunktur der Nervosität an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert ein internationales Phänomen, und Radkau spiegelt dies in der Analyse der Nervendiskurse auch wider. In der zeitgenössischen Nervositätsliteratur gab es nur einen nationalen Sonderweg: Der New Yorker Nervenarzt Beard behauptete in seiner Schrift *American Nervousness*, dass die Neurasthenie vorrangig als ein elitäres Merkmal der amerikanischen Nation zu betrachten sei. Zu einer Zeit, als in Europa

34 Ebd., S. 12.

35 Ebd., S. 12 f. und S. 459. Eine psychohistorische Deutung der Auslösung des Ersten Weltkrieges mit Blick auf Österreich-Ungarn offeriert Jürgen Angelow: Der „Kriegsfall Serbien" als Willenstherapie. Operative Planung, politische Mentalitäten und Visionen vor und zu Beginn des Ersten Weltkrieges. In: Militärgeschichtliche Zeitschrift 61 (2002), S. 315–336.

die Degenerationslehre reüssierte und Nervenkrankheiten eher für individuelle und nationale Niedergangsszenarien standen, war dies eine überraschende und provokante Position. Der „Erfolg" der Neurasthenie stand damit nicht nur für das wachsende Selbstvertrauen der Vereinigten Staaten, sondern auch für eine neue, optimistische Deutung der Schattenseiten der Modernisierung. Radkaus Schwenk zu den politischen Nervenkrisen des Wilhelminischen Deutschland geht mit der Verengung auf eine nationale Sichtweise einher: Die teutonische Nervosität habe ein aggressives Potenzial entwickelt, das nach einem abrupten Ausbruch, nach einem militärischen Willensakt gedrängt habe. Aber akzeptiert man die Nervosität als Erklärungsfolie für die psychodynamischen Prozesse im Sommer 1914, so zeigt sich, dass eine nationale Deutung der Nervosität der politischen Elite zu eng greift; die Kriegsaffirmation politischer Eliten und der urbanen, männlichen bürgerlichen Mittelschicht war ein europäisches Phänomen, das nicht nur in Berlin, sondern auch in Wien, London, Paris und anderswo zu beobachten war.

Das psychopolitische Profil des Wilhelminischen Deutschland mag mit der Nervosität treffend charakterisiert sein, aber als neue Kausalitätsthese zur Entstehungsgeschichte des Ersten Weltkrieges eignet sich die Nervosität nur bedingt. Radkau kann nicht einlösen, was er an der bisherigen militärgeschichtlichen Forschung über den Beginn des Ersten Weltkrieges kritisiert. Das „Problem des Zusammenhangs zwischen Strukturen und Handlungsketten, die diese Strukturen verändern", wird immer wieder mit einer saloppen Erzähltechnik überspielt. Damit sei nicht die flüssige und spannende Darstellung kritisiert, wohl aber die manchmal auf Effekt abzielende Formulierung und der Reduktionismus komplexer Sachverhalte.[36] Die Genauigkeit und Detailliertheit, die diese Studie bis zur großen Zäsur von 1914 auszeichnet, ihre ausführliche und eindringliche Begründung, wird in deren Folge zugunsten suggestiver Gedankenspiele über den „therapeutischen Nutzen der Geschichte" aufgegeben. Dadurch bleibt der letzte Teil seiner Darstellung, die vom

36 Ich stimme mit Radkau überein, dass die Nervositätsliteratur nur wenige Beispiele des Antisemitismus enthält, aber seine Schlussfolgerung, dass „allem Anschein nach der Mediziner-Antisemitismus, der in den 1920er Jahren erschreckende Formen annahm, vor 1914 doch nicht sehr stark" gewesen sei (S. 331), ist nicht nur eine grobe Simplifizierung, sondern deutet auch auf eine Überschätzung der Aussagekraft des Materials hin. Was er unter dem „Endsieg" oder dem „totalen Sieg" (S. 447) über die Nervosität versteht, bleibt im Unklaren. In der zeitgenössischen medizinischen Literatur waren diese Begriffe nicht gebräuchlich. Mehrfach bricht er seine Argumentationsführung mit einer persönlichen Bemerkung abrupt ab und lässt die Leserinnen und Leser mit einem Ausrufezeichen allein. Zu den Behandlungsergebnissen deutscher Psychiater im Ersten Weltkrieg stellt Radkau fest (S. 433): „Angeblich betrug die Heilungsquote nahezu 100 Prozent – man kann es nicht glauben!" Oder: „Unter den Nervenärzten wirkte der Weltkrieg generationsbildend, und nicht nur unter ihnen!" (Unter anderen Ärzten, den Patienten, den Soldaten, den Nationalsozialisten?)

Ende des Ersten Weltkrieges und der gescheiterten Überwindung des Zeitalters der Nervosität in den Nationalsozialismus führt, Fragment. Am Ende überfordert Radkau sein Material, da er ganz allgemein über den Sinn und die Signalfunktion der modernen Nervosität als die „große offene Frage" spekuliert und Reflexionen über Umweltbewegung, Tourismus, Psychotherapie mit der wechselseitigen Bespiegelung von persönlichen und historischen Nervositätserfahrungen kombiniert.[37]

Damit sei auch nochmals das Problem des methodischen Umgangs mit psychiatrischen Krankheitsbegriffen angesprochen. Ein „urtümliches Substrat ist offenbar da", meint Radkau. Man hätte es bei der Nervosität nicht nur mit einer zeitspezifischen mentalen Konstitution zu tun, sondern auch mit einer „menschlichen Grundbefindlichkeit".[38] Dabei zeigt jedoch gerade die Geschichte der Nervosität den historischen Wandel von Krankheitsbegriffen sehr deutlich. Noch im 18. Jahrhundert wurde – anknüpfend an einen frühneuzeitlichen Irrtum der Anatomie, die Nerven, Sehnen und Muskeln noch nicht unterschieden hatte – Nervosität als Merkmal eines physisch kräftigen Mannes gesehen, der über einen muskulösen Körper verfügte. Dies änderte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts, als mit der Ausdifferenzierung des medizinischen Wissens auch eine semantische Verschiebung der Nervosität einherging, die – angelehnt an den Begriff der Nervenschwäche – die Reizbarkeit, Unruhe und Erschöpfung betonte.[39] Auch die partiell unreflektierte Gleichsetzung neuerer Begriffsschöpfungen und Konzepte mit der Neurasthenie ist nicht unproblematisch: „Heutige Streßerfahrungen sind ein nachträglicher Hinweis darauf, daß die Neurasthenie vor 1914 kein bloßes Phantom gewesen sein kann."[40] Natürlich sind die subjektiven Leidenserfahrungen der Menschen um 1900 ernst zu nehmen, aber Neurasthenie und Nervosität waren als Diagnosen Teil eines medizinisch-wissenschaftlichen Erklärungssystems, die diese Erfahrungen benennbar und plausibel machten, sie aber nicht „authentisch" erfassten oder „objektiv" repräsentierten. Die diagnostischen Etikettierungen der Medizin sind als historisch kontingente Kultur-

37 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 465–468. Ähnliche Spekulationen auch bei Martin Scharfe: Die Nervosität des Automobilisten. In: Richard van Dülmen (Hg.): Körper-Geschichten. Frankfurt/M. 1996, S. 258 f.

38 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 19.

39 Die Etymologen, die sich um 1900 für die wortgeschichtliche Herkunft des Nervositätsbegriffs interessierten, stellten einen „merkwürdigen Bedeutungswandel" fest. Abgeleitet aus dem lateinischen *nervosus* und unter Beeinflussung der französischen Form *nerveux* bedeutete *nervös* bis in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts „sehnig, kraftvoll, stark". Erst im Laufe der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hätte die Nervosität – ausgehend von den neuen neurophysiologischen Forschungen – ihre Bedeutung erlangt. Siehe Otto Ladendorf: Nervös. Ein wortgeschichtlicher Versuch. In: Zeitschrift für deutsche Wortforschung 6 (1904/05), S. 119–128.

40 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 446.

leistungen anzusehen und können individuelle Leidenserfahrung nicht oder bestenfalls nur fragmentarisch widerspiegeln. Jede Suche nach Demarkationslinien, nach präzisen Grenzen und Konturen, die den „eigentlichen Gegenstand" der Neurasthenie identifiziert und in ein wahrnehmbares Objekt verwandeln möchte, ist ein aussichtsloses Unternehmen. Diese Suche muss erfolglos bleiben. "It would be a hazardous enterprise to expect our records of medical diagnosis to provide us with a reliable, objective, epidemiological history of diseases", mahnt Roy Porter zur Vorsicht.[41] Auch Michael Sonntag warnt mit feiner Ironie, „die wahren Befindlichkeiten der Subjekte [zu] eruieren oder sie besser verstehen [zu] wollen als sie sich selbst".[42]

Bei aller Verlockung, hinter den Diagnosen eine Rekonstruktion von Gefühlswelten zu versuchen, kann es nicht darum gehen, Empfindungsanomalien retrospektiv als solche zu analysieren. Das, was die Neurastheniepatienten in ihren Selbstzeugnissen so ausführlich berichteten, war eben nicht nur unmittelbare „Erfahrung", sondern spiegelte stets auch unterschiedliche Diskurspartikel wider.[43] Dieses Oszillieren zwischen historischer Analyse, narrativer Empathie und retrospektiver Diagnose führt auf unsicheres Terrain. Der Diskurs um die Nervosität ist nicht deshalb spannend, weil es sich um eine erfolgreiche (oder nicht erfolgreiche) ärztliche Entdeckungsgeschichte unbekannter Seelenlandschaften handelt, sondern weil damit in einer bestimmten historischen Situation – an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert – bestimmte Wahrnehmungsrealitäten psychiatrisch gedeutet und neue Wissensbestände erzeugt wurden, die sinnstiftende Bedeutung hatten.

Vor diesem Hintergrund ist der historische Wandel der Neurastheniediagnose nicht zu übersehen. Ihr Aufstieg begann in den 1880er Jahren, ihr Fall um 1900, ihr Ende kam mit dem Ersten Weltkrieg. Das einzige Großexperiment, das in der Geschichte der modernen Nervenkrankheiten Epoche gemacht habe, so Radkau, sei außerhalb der Medizin geschehen: dies sei der Erste Weltkrieg gewesen.[44] Dass sich

41 Roy Porter: History of the Body. In: Peter Burke (Hg.): New Perspectives on Historical Writing. Cambridge 1991, S. 210.

42 Michael Sonntag: Historische Psychologie – Zur Methodologie einer Produktionsgeschichte des Psychischen. In: Bedrich Loewenstein (Hg.): Geschichte und Psychologie. Annäherungsversuche. Pfaffenweiler 1992, S. 46 f. Zur Problematik der retrospektiven Diagnose siehe Karl-Heinz Leven: Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Paul, Schlich, Medizingeschichte, S. 153–185.

43 Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 424. Zur Bedeutung des medizinischen Diskurses für die Selbstdeutung von Patientinnen und Patienten siehe die exemplarische Studie von Martin Dinges: Männlichkeitskonstruktionen im medizinischen Diskurs um 1850: Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann. In: Jürgen Martschukat (Hg.): Geschichte schreiben mit Foucault. Frankfurt-New York 2002, S. 99–125.

44 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 460.

die Nervosität als kulturelles Phänomen auch im politischen Habitus der Zeit äußerte, wird von ihm en détail herausgearbeitet, aber seiner These, dass die Nervosität noch vor dem Ersten Weltkrieg aus der Medizin in die Politik gewechselt habe, werde ich nicht folgen. Das Experiment des Krieges geschah auch *in* der Medizin, und zeitgenössische Ärzte betonten wiederholt den dramatischen Wandel, den der Krieg in der Frage der Bewertung der Nervenkrankheiten gebracht habe. „Bedenken wir", schrieb 1917 der Freiburger Psychiater Ferdinand Kehrer, „daß gerade auf uns Nervenärzte die entscheidende Verantwortung fällt, die Reste der unklaren Massenvorstellung vom nervösen Zeitalter, die vom Frieden her in den Köpfen spukt, zu zerstören."[45]

Die meisten der neueren Arbeiten, die sich – implizit oder explizit – mit Neurasthenie und Nervosität auseinander setzen, enden in ihrer Darstellung vor dem Ersten Weltkrieg. Volker Roelcke hat in seiner Studie über Krankheit und Kulturkritik im „langen" 19. Jahrhundert gezeigt, dass die Neurasthenie den psychiatrischen Diskurs um die Zivilisationskrankheiten beförderte, ja in gewissem Sinne überhaupt erst generierte; den Ersten Weltkrieg jedoch bezieht er nicht mehr ein. Ebenso zieht der jüngst von Marijke Gijswijt-Hofstra und Roy Porter herausgegebene Sammelband *Cultures of Neurasthenia*, der englische, niederländische und deutsche Perspektiven auf die Geschichte der Neurasthenie wirft, die zeitliche Grenze im Jahr 1914. Auch in den psychiatriehistorischen Arbeiten, die den Ersten Weltkrieg als Untersuchungszeitraum integrieren, sind die Kontinuitäten und Brüche der Neurastheniedebatten zumeist ausgeklammert worden. Edward Shorter etwa skizziert die Geschichte moderner Leiden als Abfolge von innermedizinischen Paradigmen und klammert den Ersten Weltkrieg völlig aus – obwohl gerade dieser Krieg den Durchbruch des „psychischen Paradigmas" brachte.[46] Es ist schon klar, neue psychiatrische Entitäten wie Emil Kraepelins *Schizophrenie* (1893), Sigmund Freuds *Angstneurose* (1895) oder Pierre Janets *Psychasthenie* (1903) hatten die Neurasthenie, die in den frühen 1880er Jahren ihrerseits Substitutionsfunktion hatte, schon vor dem Ersten Weltkrieg abgelöst. „Je nervöser ein Zeitalter ist, desto rascher werden seine Moden wechseln", behauptete Georg Simmel in seiner *Philosophie der Mode*, und dieser Befund traf wohl auch für die Diagnosen in der Medizin zu.[47] Aber nimmt man die Neurasthenie darüber hinaus als psychiatrisches Konzept, das Modernität und Männlichkeit um 1900 neu und facettenreich definierte und für die kulturelle Kon-

45 Ferdinand Kehrer: Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. In: ZgNP 36 (1917), S. 15.

46 Edward Shorter: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Reinbek bei Hamburg 1994, S. 393.

47 Georg Simmel: Philosophie der Mode (1905). In: ders.: Gesamtausgabe, hg. von Otthein Rammstedt, Bd 10. Frankfurt/M. 1995, S. 15.

struktion der Moderne ein konstitutives Element darstellte, ernst, so stellt sich die Frage nach den spezifischen Zäsuren und Transformationen, die sich mit dem Ersten Weltkrieg ergaben. Dieser Krieg brachte einen völlig neuen Kontext, in dem psychiatrisches Wissen und Handlungsformen neu verhandelt werden mussten – und dies hatte wiederum Konsequenzen für die Bedeutung und Funktion von Diagnosen im militärischen Alltag, aber auch für die psychiatrisch-militärische Konstruktion neuer Leitbilder von Männlichkeit, die auf „Nervenstärke", auf psychische Stabilität und Affektdisziplin bauten.

Nervenschwäche und Krieg

Neben der Darstellung der österreichischen Nervositäts- und Neurastheniedebatten *vor* dem Ersten Weltkrieg steht im Mittelpunkt dieser Arbeit die Frage nach den Kontinuitäten und Brüchen der Neurasthenie *im* Ersten Weltkrieg. Bernd Ulrichs grundlegender Aufsatz *Nerven und Krieg* aus dem Jahr 1992 hat erstmals auf die intensive Nahbeziehung dieser beiden Kategorien hingewiesen.[48] Wie selbstverständlich sprachen zu Beginn des Krieges sowohl die psychiatrischen Akteure als auch die politisch-militärischen Entscheidungsträger von einem Kräftemessen, das durch die „besseren Nerven" entschieden würde. In seiner Monografie über deutsche Feldpostbriefe in Kriegs- und Nachkriegszeit zeigt Ulrich weiterhin, dass die Nerven nicht nur im militärischen und medizinischen Diskurs präsent waren, sondern auch im Alltagsleben der Soldaten ein sinnstiftendes Deutungsangebot zur Verarbeitung ihrer Leidenserfahrungen waren.[49] Auf das Fortwirken des Nervendiskurses in die kulturellen Strukturbedingungen des Krieges macht auch Aribert Reimann aufmerksam. In seiner Studie zur historischen Semantik in Deutschland und England zur Zeit des Ersten Weltkrieges arbeitet Reimann heraus, dass die Wahrnehmungen des Stellungskriegs an der Westfront in einem engen Zusammenhang mit der Deutung der psychischen Abnützungserscheinungen der Vorkriegszeit zu sehen sind.[50]

Vieles spricht dafür, die Geschichte der Neurasthenie über 1914 hinaus zu denken und nicht nur ihre zivilen, sondern auch ihre militärischen Kontexte herauszuarbeiten. Schon die Konstruktion dieser Nervenkrankheit Ende der 1860er Jahre hat mit der Verarbeitung und Deutung medizinischer Kriegserfahrungen zu tun. In den La-

48 Bernd Ulrich: Nerven und Krieg. Skizzierung einer Beziehung. In: Bedrich Loewenstein (Hg.): Geschichte und Psychologie. Annäherungsversuche. Pfaffenweiler 1992, S. 163–191.

49 Bernd Ulrich: Die Augenzeugen. Deutsche Feldpostbriefe in Kriegs- und Nachkriegszeit 1914–1933. Essen 1997.

50 Aribert Reimann: Der große Krieg der Sprachen. Untersuchungen zur historischen Semantik in Deutschland und England zur Zeit des Ersten Weltkrieges. Essen 2000, bes. S. 27–73 und S. 279–285.

zaretten des amerikanischen Bürgerkriegs hatte der Medizinstudent George Miller Beard eine Vielzahl von psychischen Schockphänomenen und Verletzungen des Nervensystems kennen gelernt und glaubte später ähnliche Krankheitsbilder im urbanen Alltagsleben von New York gefunden zu haben. Schock, Überforderung und Schwäche waren von Beginn an zentrale Bestandteile der Neurasthenielehre und implizierten eine latente, aber kontinuierliche Einwirkung von äußerer Gewalt, der sich der moderne Mensch nicht entziehen könne.[51] Das Leben in den rasch wachsenden Großstädten, in denen die Modernisierungseffekte wie durch ein Brennglas gebündelt in einer besonders intensiven Form erfahrbar waren, schien den Körper in einen permanenten Ausnahmezustand zu versetzen: Die Neurasthenie markierte eine dünne Linie zwischen Abwehr und Akzeptanz der pathogenen Energien der Moderne und warf die Frage auf nach neuen männlichen Reaktionsweisen, Perzeptionsstrategien und Verhaltenslehren des Körpers, die an die veränderten Verhältnisse angepasst waren. Aus diesem Grund richtete sich das Interesse der Nervenärzte und Psychiater mit Vorliebe auf Offiziere, die als eine von der Neurasthenie besonders gefährdete Gruppe galten. Die Kombination von militärischer Disziplin und nervöser Fragilität war eine der interessantesten Fragen, die sich ihnen stellte.

Wie lassen sich nun die Neurasthenie und der Erste Weltkrieg in einen psychiatrie- und kulturhistorischen Konnex stellen? Warum macht es Sinn, die historische Analyse der psychiatrischen Debatten über die Nerven und deren Schwäche auf den Krieg auszudehnen? Man könnte dies kurz gefasst in drei Punkten wiedergeben:

Erstens: Die Jahrzehnte vor dem Ersten Weltkrieg waren von einem ebenso schnellen wie tief greifenden ökonomischen, gesellschaftlichen und kulturellen Wandel gekennzeichnet, der die Lebenswelten der Menschen nachhaltig veränderte. Das Anwachsen der Städte, der Ausbau von Kommunikationsstrukturen, die gestiegene geografische und soziale Mobilität sowie die Aufweichung der Geschlechterrollen brachten sowohl Zukunftsoptimismus als auch Niedergangsängste hervor. Die Differenzerfahrung, die das Selbst vor 1914 machte, war – um nochmals mit Simmel zu sprechen – das Auseinanderdriften von subjektiver und objektiver Kultur, die Entfremdung des Subjekts von den technisierten und entpersonalisierten Lebensbedingungen der Moderne.[52] Zwischen Euphorie und Unbehagen pendelte auch das

51 Auf den Zusammenhang von Schock und urbaner Moderne hat Walter Benjamin in seinem Essay *Über einige Motive bei Baudelaire* (1939) aufmerksam gemacht. Siehe Walter Benjamin: Charles Baudelaire. Ein Lyriker im Zeitalter des Hochkapitalismus, hg. von Rolf Tiedemann. Frankfurt/M. [7]1997, S. 103–149.

52 Georg Simmel: Die Krisis der Kultur. Rede, gehalten in Wien (Januar 1916). In: David Frisby (Hg.): Georg Simmel in Wien. Texte und Kontexte aus dem Wien der Jahrhundertwende. Wien 2000, S. 228–240.

Nachdenken darüber, welche Auswirkungen diese Transformationsprozesse auf den eigenen Körper haben konnten. Für die individuelle wie kollektive Krisenwahrnehmung stellte die Psychiatrie, selbst eine neue Spezialdisziplin der Medizin, plausible Deutungsangebote bereit, die unter dem Begriff der Nervosität beziehungsweise der Neurasthenie firmierten. Dabei zeigte sich hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Zuschreibung dieser Diagnosen ein eindeutiger Trend. Insbesondere Männer, die sich von den Risiken moderner Arbeits- und Lebenswelten stärker betroffen fühlten als Frauen, beschäftigten sich mit den Auswirkungen der Neurasthenie und schielten nach Möglichkeiten zu deren Überwindung.

Zweitens: Da die Neurasthenie als Krankheitsbild gesehen wurde, deren Auftreten und Verbreitung an den Durchsetzungsgrad moderner Kultur geknüpft war, hatte sie auch Signalcharakter: für den allgemeinen Zustand der Kultur, für den Fortschritt der Gesellschaft und nicht zuletzt für den Gesundheitszustand der Nation. Die Therapie der Nervenschwäche lag demnach in einer Korrektur der Bedingungen des modernen Lebens selbst begründet. In neueren mentalitätsgeschichtlichen Untersuchungen über den Beginn des Ersten Weltkrieges ist das einheitliche „Augusterlebnis" der Massen als Mythos entlarvt und eine differenzierte Sichtweise eingemahnt worden. Auf die Entscheidung der politischen und militärischen Eliten für den Krieg reagierten Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft an vielen verschiedenen Orten mit durchaus auch gegensätzlichen Gefühlslagen, die nicht nur Zustimmung und Begeisterung, sondern auch Distanz, Angst und Sorge umfassten.[53] Konsens besteht in der Forschung aber auch darin, dass sich die breite Palette der Reaktionen auf den Kriegsbeginn wieder verengt, fasst man Intellektuelle, Bildungsbürgertum und akademische Eliten ins Auge. Aus diesen Gruppen brachen im Sommer 1914 enorme kulturkritische Energien hervor. Viele begrüßten den Krieg als eine Möglichkeit, fehlgeleitete Entwicklungen der Moderne zurückzunehmen oder zumindest nachhaltig zu korrigieren.[54] Bei dieser Art von Kriegsaffirmation geht es nicht bloß um einen spontanen oder aus Loyalität gegenüber dem Staat resultierenden Bellizismus, sondern um eine Erwartungshaltung, die in ihrer Dimension einen atembe-

53 Genannt seien hier Jeffrey Verhey: Der „Geist von 1914" und die Erfindung der Volksgemeinschaft. Hamburg 2000; Christian Geinitz: Kriegsfurcht und Kampfbereitschaft. Das Augusterlebnis in Freiburg. Eine Studie zum Kriegsbeginn 1914. Essen 1998 und Benjamin Ziemann: Front und Heimat. Ländliche Kriegserfahrungen im südlichen Bayern 1914–1923. Essen 1997.

54 Zur intellektuellen Kriegsaffirmation siehe Barbara Beßlich: Wege in den „Kulturkrieg": Zivilisationskritik in Deutschland 1890–1914. Darmstadt 2000; Eberhard Sauermann: Literarische Kriegsfürsorge. Österreichische Dichter und Publizisten im Ersten Weltkrieg. Wien-Köln-Weimar 2000; Uwe Schneider und Andreas Schumann (Hg.): Krieg der Geister. Erster Weltkrieg und literarische Moderne. Würzburg 2000.

raubenden Anspruch stellt: Der ausziehende Krieger soll etwas erleben, das ihn, sein Leben und seine Umgebung radikal verändert. Mit dem Aufbruch in den Krieg sollen emotionale Erstarrungen und Verhaltenszwänge wieder gelöst, flüssig gemacht werden durch die Intensität eines Erlebnisses, das sich mit den „objektiven" Errungenschaften der Moderne und deren Reaktionsformen bislang nicht erreichen ließ. Die Hoffnung auf eine umfassende kulturelle Neugestaltung der Moderne durch den Krieg lautet: Indem sich der Mensch von den quälenden Auflagen seiner Epoche löst, kann er von Grund auf erneuert werden.[55]

Drittens: In der Formulierung dieses Ziels spielen medizinische Deutungsangebote eine zentrale Rolle. Die populärste Metapher, die das Erneuerungsprojekt an Körper und Seele versinnbildlicht, bringen die Psychiater in Umlauf. Sie definieren das Kriegserlebnis unter therapeutischen Gesichtspunkten und sprechen von einem „Stahlbad der Nerven", das mit „fast allmächtiger Heilkraft" ausgestattet sei. Krieg war nach dieser Vorstellung ein Mittel zur Selbstreinigung von allen kranken, verweichlichten und überreizten Kulturerscheinungen der Vorkriegszeit, die auf die Volksgesundheit einen verschlechternden Einfluss ausgeübt hätten. Die suggestive Botschaft lautete: Mit der Überwindung des „nervösen Zeitalters" können verloren gegangene Willensenergien zurückgewonnen und verlässliche Kontrollmechanismen über den eigenen Körper wiedererlangt werden.[56] Unschwer ist in den kathartischen Parolen von 1914 die Bereitschaft, ja geradezu der Anspruch der Psychiater, an der anthropologischen Korrektur des modernen Menschen mitgestalten zu wollen, zu erkennen. Aber hier ist nicht nur Professionalisierungstaktik, sondern auch ein aus Überzeugung gegebenes Versprechen an den Einzelnen mit im Spiel: Wer sich in die Gemeinschaft der Erlebniskrieger mit einreiht, kann an der mächtigen Reinigungskraft des Krieges partizipieren. Die verlockende Aussicht auf eine Revitalisierung des Lebens lässt viele über die Gefahren eines Krieges hinwegsehen: „Wer krank ist, muß gesunden", notierte etwa der Wiener Nervenarzt und Psychoanalytiker Wilhelm Stekel.[57]

---

55 Hans Joas: Die Modernität des Krieges. Die Modernisierungstheorie und das Problem der Gewalt. In: Wolfgang Knöbl und Gunnar Schmidt (Hg.): Die Gegenwart des Krieges. Staatliche Gewalt in der Moderne. Frankfurt/M. 2000, S. 186. Zur Erwartungshaltung, dass der Krieg eine neue „anthropologische Wahrheit" über den Menschen mit sich bringe, siehe Eva Horn: Krieg und Krise. Zur anthropologischen Figur des Ersten Weltkrieges. In: Gerhart von Graevenitz (Hg.): Konzepte der Moderne. Stuttgart-Leipzig 1999, S. 633–655.

56 Hans-Georg Hofer: Nerven-Korrekturen. Ärzte, Soldaten und die „Kriegsneurosen" im Ersten Weltkrieg. In: Zeitgeschichte 27 (2000), S. 249–268.

57 Wilhelm Stekel: Unser Seelenleben im Kriege. Psychologische Betrachtungen eines Nervenarztes. Berlin 1916, S. 9.

An diesem Punkt setzt der zweite Teil dieser Arbeit an. Auch wenn die Neurasthenie nach der Jahrhundertwende allmählich aus dem Blickfeld der Psychiater geraten war, so zeigt der Beginn des Ersten Weltkrieges die mächtige kulturelle Bedeutungsproduktion rund um diese Krankheit: Die Wahrnehmungs- und Deutungsstrukturen vieler Ärzte, Militärs und Kriegsteilnehmer waren durch die Diskurse um die Nervenschwäche geprägt. Eine Geschichte der Neurasthenie gewinnt durch das Miteinbeziehen des Ersten Weltkrieges erheblich an Tiefenschärfe, da sie die kulturellen Signaturen zu Kriegsbeginn, die kriegsaffirmativen Imaginationen und Projektionen der historischen Akteure beleuchtet. Aber auch im Hinblick auf den Fortgang dieses Krieges sind die in der Überwindung männlicher Nervenschwäche versinnbildlichten kathartischen Fantasien von Bedeutung. Auf der Folie der hoch gesteckten Erwartungen, die an den Waffengang von 1914 herangetragen wurden, lassen sich die Schockenergien, die der Krieg mit sich brachte, seine traumatischen Auswirkungen, die sich paradigmatisch an den massenhaften psychischen Erkrankungen der Kriegsteilnehmer zeigten, verdeutlichen.[58]

Bald nach Kriegsbeginn sahen sich Militärs und Ärzte mit Männern konfrontiert, die *am* Körper meist unverletzt geblieben waren, aber *über* ihren Körper die Schrecken des modernen Krieges unaufhörlich zu reproduzieren schienen. Es war dies mit den Worten eines Psychiaters die „große Gruppe der Zitterer, Schütteler und Torkeler, die man auf den Straßen größerer Städte herumgehen oder auch im Rollstuhl herumfahren sieht, die allerwärts angestaunt, ausgefragt, bemitleidet und vielfach auch beschenkt werden".[59] Auf ihrem Weg von einer Nervenstation zur nächsten bannten die zitternden Soldaten die verstohlenen Blicke der Passanten auf sich, Verstörung, mehr aber noch die Frage hervorrufend: Was war mit diesen Männern passiert? Die dramatische Ikonologie der *Zitterer* – wie der Volksmund bald nach Kriegsbeginn sagte – stand für die Zerstörungskraft eines industrialisierten Krieges, der in bisherige militärische Deutungskategorien nicht mehr zu integrieren war.[60]

---

58 Hierin folge ich den Ansätzen der historischen Traumaforschung, die den Ersten Weltkrieg im Kontext der industriellen Gewaltproduktion der Moderne untersucht. Siehe dazu Paul Lerner und Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction. In: dies. (Hg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge 2001, S. 1–27 und Inka Mülder-Bach (Hg.): Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkrieges. Wien 2000.

59 Konrad Alt: Über die Kur- und Bäderfürsorge für nervenkranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. In: WMW 68 (1918), S. 784.

60 Hans-Georg Hofer: „Nervöse Zitterer". Psychiatrie und Krieg. In: Konrad, Krieg, Medizin und Politik, S. 15–134.

Spätestens nach dem 1915 erfolgten Kriegseintritt Italiens an der Seite der Entente und der Eröffnung der neuen Front am Isonzo, die in vielerlei Hinsicht dem Stellungskrieg im Westen glich, wurden die psychischen Zusammenbrüche in der österreichisch-ungarischen Armee zu einem Massenphänomen. Da die Militärs in den Kriegsneurosen eine gefährliche Schwächung der Schlagkraft der Armee sahen, wurden wissenschaftliche Experten gebraucht, die rasch und effizient mit diesem Problem umgehen konnten. Die Psychiatrie befand sich dadurch in einer neuen Situation, da sie nicht nur Kritik an einer gesellschaftlichen Krisensituation zu formulieren, sondern auch Ressourcen und Instrumentarien zu deren Bewältigung bereitzustellen hatte. Dies bedeutete in weiterer Folge, dass die kulturelle Deutungsautorität der Psychiatrie stark von politischen und militärischen Interessen geprägt war, die sich in effizienzorientierten Handlungsstrategien manifestierten.

Vor diesem Hintergrund soll ein differenziertes Bild der österreichischen Psychiatrie im Ersten Weltkrieg gezeichnet werden, das die bisherigen, psychoanalytisch orientierten Forschungen Kurt R. Eisslers über *Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen* aus den späten 1970er Jahren hinterfragt und ergänzt.[61] Während sich Eissler vor allem auf das wissenschaftliche Duell zweier Wiener Ärzte um die nachträgliche „richtige" Erklärung der Kriegsneurosen konzentriert, werde ich den Ersten Weltkrieg als historischen Verdichtungsraum psychiatrischer Wissensproduktion und Wissenspolitik darstellen. In diesem ersetzten die Psychiater die Neurasthenie weitgehend durch andere Erklärungskonzepte (wie etwa Hysterie) und brachten in Allianz mit den Militärs bestimmte Praktiken zur Anwendung, von denen sie sich eine wirksame Behandlung der psychischen Zusammenbrüche der Soldaten versprachen. So wie bei der Analyse der Neurasthenie orientiere ich mich auch in der Frage, welche Akzentverschiebungen sich in der psychiatrischen Wahrnehmung und Deutung sowie im Umgang mit den Nervenkrankheiten im Krieg ergaben, an historisch-kulturwissenschaftlichen Forschungsansätzen, wie sie für die deutsche Situation vor allem von Paul Lerner und Doris Kaufmann erstellt worden sind.[62] Ziel des zweiten Teils der

61 K[urt] R[obert] Eissler: Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. Wien 1979. Eisslers Schrift und die neueren Forschungen zu den „Kriegsneurosen" im Ersten Weltkrieg diskutiere ich am Beginn des zweiten Teils dieser Arbeit (Kap. 4.1 *Psychiatrie und Krieg: Anmerkungen zum Forschungsstand*).

62 Paul Lerner: Rationalizing the Therapeutic Arsenal: German Neuropsychiatry in the First World War. In: Geoffrey Cocks and Manfred Berg (Hg.): Medicine and Modernity: Public Health and Medical Care in 19th- and 20th-Century Germany. New York 1997, S. 121–148. Lerners umfassende Forschungsarbeiten zur deutschen Psychiatrie des Ersten Weltkrieges sind in seiner im Druck befindlichen Monografie zusammengefasst: Hysterical Men: War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930; Doris Kaufmann: „Widerstandsfähige Gehirne" und „kampfunlustige Seelen".

Arbeit ist es, das Phänomen der psychischen Erkrankungen und die Rolle der österreichischen Psychiatrie in die historischen und kulturellen Strukturbedingungen des Ersten Weltkrieges einzufügen.

Aufbau und Gliederung der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit, der unter dem Titel *Im Bann der Neurasthenie* steht, beschäftige ich mich mit den psychiatrisch-neurologischen Konfigurationen der Neurasthenie, wobei der österreichischen Situation das Hauptaugenmerk zukommt.

Zunächst steht in Kapitel eins die Neurasthenie als Konstruktion im Mittelpunkt; als eine Krankheit, die von einem amerikanischen Nervenarzt „erfunden" und mit einer Fülle von Begleitvorstellungen aufgeladen wurde, die sich auf den sozialen und kulturellen Wandel des 19. Jahrhunderts bezogen. In welchem Umfeld und mit Hilfe welcher Metaphern und Analogien prägte Beard das Neurastheniekonzept? Warum wurde einem weithin unbekannten amerikanischen Arzt in der Frage, welche Auswirkungen das moderne Leben mit sich bringe, wissenschaftliches Vertrauen entgegengebracht? In der Frage, ob die Neurasthenie tatsächlich ein neuartiges gesellschaftliches Phänomen (und die Diagnose somit ein wissenschaftliches Novum) war, hatten sich die Neurologen und Psychiater anfangs uneinig gezeigt, aber mit der anscheinend epidemischen Ausbreitung von Begriff und Leiden war die Akzeptanz auch unter den deutschen und österreichischen Ärzten schnell gestiegen. Was waren die Gründe für die überwiegend affirmative Rezeption der Neurasthenie? Welche Rezeptionsvarianten lassen sich ausmachen? In diesem Zusammenhang wird einerseits auf die wachsende Bedeutung von „Amerika" als europäische Projektionsfläche entfesselter Modernisierung und andererseits auf professionspolitische Aspekte der Neurologie eingegangen. Welche Bedeutung hatte die Neurasthenie für die wissenschaftliche und institutionelle Konstituierung der Neurologie, welche für die Konsolidierung der Psychiatrie?

Das zweite Kapitel zeigt, dass die Neurasthenie in der europäischen Psychiatrie auf einen Gegenentwurf stieß, der das Verhältnis von Nervenkrankheiten und modernem Leben unter umgekehrten Vorzeichen deutete. Die Degenerationslehre ging von einem drohenden Niedergangsszenario der Menschheit aus und propagierte die Nervosität als Menetekel der Moderne. Die Idee einer unaufhaltsam fortschreiten-

---

Zur Mentalitäts- und Wissenschaftsgeschichte des Ersten Weltkrieges. In: Michael Hagner (Hg.): Ecce Cortex. Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns. Göttingen 1999, S. 206–223; dies.: Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany. In: Journal of Contemporary History 34 (1999), S. 125–144.

den „Entartung" stieß in der Psychiatrie auf große Resonanz und beschleunigte die Biologisierung von Kulturpessimismus und Sozialkritik. Hinzu kam, dass psychiatrische wie neurologische Unsicherheiten in der ätiologischen Theorie und diagnostischen Bestimmung der Neurasthenie nicht nur Ärzte, sondern auch Patientinnen und Patienten verunsicherten, die in ihrem Leiden die Vorstufe zu einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Geisteskrankheit erblickten. Hierin kollidierte eines der mächtigen psychiatrischen Denkkollektive des 19. Jahrhunderts mit der überwiegend positiv konnotierten Neurasthenielehre und führte zu Kontroversen um die Auswirkungen von Nervenkrankheiten auf moderne Gesellschaften.[63] Mit der Neurasthenie verband sich eine differenzierte Kritik an der Moderne, die einseitige und übertriebene Beurteilungen und Deutungen hinter sich ließ. Der biologische Fatalismus der Degenerationstheoretiker, die Geistes- und Nervenkrankheiten zum Ausgangspunkt für düstere Niedergangsszenarien erklärten, wurde durch die kulturelle Ausrichtung der Neurasthenielehre weitgehend entschärft. Wer an nervösen Symptomen litt, musste von den Belastungen der industriellen Leistungsgesellschaft eine Auszeit nehmen, hatte aber keinen Grund, sich um ein gehäuftes Auftreten von psychischen Krankheiten in seiner Nachkommenschaft zu sorgen. Am Beispiel des in Graz und Wien tätigen Psychiaters Richard von Krafft-Ebing wird die unterschiedliche Akzentuierung kultureller und biologischer Deutungsmuster der Nervosität aufgezeigt.

Die kulturelle Deutung der modernen Nervosität basierte auf der Annahme, dass der technisch-ökonomische Fortschritt und das daraus resultierende Tempo des Lebens die Nerven großstädtisch lebender Menschen überfordert hätten. Neurasthenie und Nervosität wurden als eine Art „Entwicklungskrankheit" des modernen Menschen gesehen, dessen perzeptive Fähigkeiten hinter den technischen und ökonomischen Fortschritten in Rückstand geraten seien. Georg Simmels einflussreiche Kulturtheorie, die von einem im 19. Jahrhundert beschleunigten Auseinanderdriften „objektiver" und subjektiver" Kultur ausgeht, verweist auf die intellektuellen Konvergenzen von medizinischen und soziologischen Deutungen moderner Wahrnehmungswelten. Neurasthenie war hierin nicht das pathologische Agens einer der „Entartung" zulaufenden Gesellschaft, sondern die Signatur einer neurologischen Moderne, die im Zeichen von interaktiver Vernetzung und Kommunikation stand.

Das dritte Kapitel geht zunächst den therapeutischen Spielarten der Neurasthenie am Beispiel einer privaten Nervenheilanstalt in Graz nach. Der soziale Elitenstatus der Krankheit wird dabei ebenso deutlich gemacht wie das Bemühen der Ärzte, Dia-

63 Den Begriff „Denkkollektiv" verwende ich im Sinne von Ludwik Fleck: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, hg. von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt/M. ³1999.

gnose und Behandlung im Einklang mit den Erwartungshaltungen ihrer Patienten zu gestalten. Dennoch war die Neurasthenie nicht nur eine Angelegenheit der vorwiegend männlichen bürgerlichen Mittelschichten, sondern wurde um 1900 quer durch alle sozialen Hierarchien diagnostiziert. Mit ein Grund für die soziale Diffusion der Nervosität war deren mediale Omnipräsenz. In den neuen Massenmedien – wie etwa den Familienzeitschriften – wurden nicht nur ärztliche Wissensbestände popularisiert, sondern auch Erwartungshaltungen und Bedürfnisse von potenziellen Konsumenten geweckt. Nervöse Männer zählten mit zur bevorzugten Zielgruppe der aufkommenden pharmazeutischen Werbeindustrie.

Darauf aufbauend werden die männergeschichtlichen Dimensionen der Neurasthenie skizziert. Wie keine andere Diagnose des ausgehenden 19. Jahrhunderts zog die Neurasthenie die bürgerliche Männerwelt in ihren Bann. Mit der Neurasthenie konstruierten männliche Ärzte flexible Schutz- und Verhandlungsräume, in denen die maskulinen Krisen unterschiedlichster Herkunft und Gestalt ausgelebt werden konnten. Im Verhüllen maskuliner Krisen und im Erfüllen euphemistischer Bedürfnisse entwickelten Begriff und Leiden ihre spezifische Attraktivität. Wer an Neurasthenie litt, konnte dies mit dem Hinweis auf berufliche Überarbeitung und die Reizflut der „modernen Kultur" überzeugend begründen und sich in ärztliche Behandlung begeben. Soziale Akzeptanz und Karriereperspektiven blieben unbeschädigt. Nicht zufällig wurde das Leiden mit Berufsgruppen in Verbindung gebracht, für die Nervenkrankheiten als Makel der Männlichkeit galten. Auffallend war auch, dass Ärzte die Neurasthenie mit Vorliebe sich selbst zuschrieben: Der „nervöse Arzt" war um 1900 ein fixer Topos. Die Neurasthenie markierte nicht nur eine intensive Debatte über psychische Überforderung, sondern brachte auch ein medizinisch inspiriertes und angeleitetes Nachdenken über die „weichen Seiten" des Mannes mit sich.

Der zweite Teil dieses Buches, *Krieg und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie*, wird mit einem Überblick über den Forschungsstand zur Thematik der Kriegsneurosen eingeleitet. Ergänzend dazu werden einige allgemeine Überlegungen, die das Verhältnis von Medizin und Krieg in der Moderne näher zu bestimmen suchen, angestellt. Diese Vorüberlegungen sollen auf die These zulaufen, dass in diesem Krieg erstmals explizit militärische und medizinische Interessen komplementär gedacht und als strategische Ressourcen definiert wurden. Ein Blick auf den Alltag der militärmedizinischen Versorgung zu Beginn des Krieges zeigt, dass diese Erklärungsfolie jedoch einer Differenzierung bedarf. Die effizienzorientierten Prämissen der Kriegsmedizin, die im Zeichen von Modernisierung, Rationalisierung und Ökonomisierung standen, wurden erst mit Fortdauer des Krieges zur Anwendung gebracht.

Kapitel 5 stellt unter dem Titel *Erleichterung und Verunsicherung* die ersten beiden Kriegsjahre in den Vordergrund. Das Auftreten psychischer Erkrankungen bedeutete

eine Konfrontation mit etwas, womit die meisten Psychiater nicht gerechnet hatten. Das hatte mit den kathartischen Erwartungshaltungen zu tun, die an diesen Krieg herangetragen wurden, aber auch mit der 1914 stereotyp vorgetragenen Redewendung des Nervenkrieges. In enger Anlehnung an deutsche politische und militärische Entscheidungsträger propagierten auch österreichische Psychiater, dass dieser Krieg nicht nur durch personelle und technologische Überlegenheit, sondern durch überlegene Nervenstärke, durch ein höheres Maß an Moral, Disziplin und mentaler Stabilität zu gewinnen sei. Diese Parolen sollten zu Kriegsbeginn den eigenen Status aufwerten und Siegeszuversicht verbreiten. Der Diskurs um die Nerven wurde damit Teil des „Kulturkrieges", in dem Publizisten, Intellektuelle und Wissenschafter in Vorträgen und populären Broschüren zum Kampf aufriefen. Die Psychiatrie sah sich in einer besonderen Verantwortung, da sie auf die Aufbietung der nationalen Nervenstärke zu achten hatte. Die Rede von den „gesunden Nerven" diente aber nicht nur der Mobilisierung der Kriegsgesellschaft, sie half auch, sich der eigenen militärischen Männlichkeit zu vergewissern und sie gegenüber dem Gegner abzugrenzen. Das psychiatrische Diffamierungsarsenal war zu Beginn des Krieges reich gefüllt; so wurden vor allem die abwertenden Potenziale der konservativen Hysterielehre reaktiviert und auf die „verweiblichten" Kriegsgegner in West und Ost projiziert.

In der psychiatrischen Versorgung der Soldaten spielte neben der Neurasthenie vor allem die traumatische Neurose eine bedeutende Rolle. Daher wird auf die psychiatrische Vorkriegsdiskussion um Unfall, Schock und Trauma zurückgegriffen. Seit den späten 1880er Jahren wurden Symptome, die nach einem schockartigen Erlebnis des Opfers einsetzten – wie etwa nach einem Eisenbahnunfall –, als traumatische Neurose bezeichnet. Der Aufstieg dieser Diagnose muss in einem engen Zusammenhang mit den Sozialreformen des ausgehenden 19. Jahrhunderts, insbesondere mit der Einführung der Unfallversicherung, gesehen werden. Damit war Ärzten und Psychiatern eine neue Rolle zugekommen, da sie über die Legitimität der Rechtsansprüche körperlich oder psychisch geschädigter Patienten zu entscheiden hatten. Sie waren nun nicht mehr nur Experten für die Heilung von Krankheiten, sondern auch Experten für Gutachten, auf deren Basis rechtliche Entscheidungen gefällt wurden. Dies beeinflusste die psychiatrische Theorielehre über den Zusammenhang von Unfall und Neurose maßgeblich und rief einen heftigen Streit über die „richtige" ätiologische Deutung dieser Krankheit hervor. Bestand zwischen dem traumatischen Ereignis und den nachfolgenden nervösen Leiden tatsächlich ein kausaler Zusammenhang? Basierten die Symptome der traumatischen Neurose auf einer organischen Verletzung oder handelte es sich hierbei um rein psychische Vorgänge, um krankhafte Vorstellungen, die sich in körperlichen Zeichen manifestierten? Und konnten diese Symptome nicht auch bloß simuliert sein, um in den Genuss von finanziellen Zuwendungen zu kommen?

Im Krieg flammte dieser Konflikt erneut auf, als mit dem epidemischen Auftreten der psychischen Erkrankungen auch die Frage nach der Vergabe von staatlichen Entschädigungs- und Rentenzahlungen auftauchte. In der deutschen Medizin brachte eine Tagung in München die Entscheidung zugunsten jener Psychiater, die ein psychologisches Erklärungsmuster favorisierten und selbstbewusst die prinzipielle Heilbarkeit der Erkrankungen postulierten. Welche Position nahm in dieser Frage die österreichische Kriegspsychiatrie ein? Wurde diese eigenständig oder in Anlehnung an die deutsche Entwicklung formuliert? Zu welchem Zeitpunkt, mit welchen Institutionen und nach welchen Gesichtspunkten wurde der Aufbau eines professionellen Netzwerks zur Behandlung der psychischen Erkrankungen organisiert? Am Beispiel der Psychiatrie in Wien und Graz, den beiden wichtigsten Zentren zur Behandlung der Kriegsneurosen, wird diesen Fragen nachgegangen.

Das darauf folgende Kapitel verdeutlicht, dass die Nerven nicht nur im psychiatrischen und propagandistischen Kriegsdiskurs präsent waren, sondern auch im Alltagsleben der Soldaten eine bedeutende Rolle spielten. Der massenhafte Einsatz und die brachiale Wucht der Maschinenwaffen brachten ein schockartiges Kriegserlebnis mit sich, das die Soldaten mit Hilfe der „Nerven" zu ordnen und zu verarbeiten versuchten. Die Radikalisierung des Krieges und das epidemische Auftreten von psychischen Erkrankungen führten aber auch zu Versuchen, die Figur des heroischen Kriegers neu zu entwerfen. In der Konstruktion von männlichen Heldenkörpern brachte der Erste Weltkrieg einen neuen Kriegertypus hervor, der sich durch überwiegend passive Eigenschaften wie Affektdisziplin, psychische und emotionale Stabilität sowie durch Willenskontrolle auszeichnete. Am Beispiel der Wiener Journalistin Alice Schalek wird der Frage nachgegangen, ob sich auch in der österreichischen Kriegspublizistik die Konstruktion von modernen Heldenkörpern beobachten lässt und welche psychiatrischen Diskurspartikel dabei eine Rolle spielten.

Die Konstruktion der nervenstarken Persönlichkeit, die den Umgang mit schockartigen Energien virtuos beherrscht, wird im Kapitel über die psychiatrischen Behandlungsstrategien erneut thematisiert. Der zu Kriegsbeginn postulierte anthropologische „Umbau" des nervösen Vorkriegsmenschen verwirklichte sich in der Figur des psychiatrischen Experten: Denn nur ausgesuchte Ärzte, die selbst über elitäre mentale Qualifikationen verfügten, waren für eine effektive Behandlung der Kriegsneurosen heranzuziehen. Hierin zeigt sich, dass der Krieg auch für das therapeutische Selbstverständnis der Psychiater und Nervenärzte markante Akzentverschiebungen bedeutete. Vor dem Krieg selbst immer wieder mit der Neurasthenie in Verbindung gebracht, sollte der „nervöse Arzt" von einer nervenstarken Persönlichkeit abgelöst werden, die mit eisernem Willen die elektrischen Nervenkorrekturen vornimmt.

Die elektrischen Zwangstherapien stehen im Kapitel 7 im Mittelpunkt. Im Gegensatz zu Eissler, der diese Frage aus der Nachkriegsperspektive – anhand der Ver-

handlung gegen den Wiener Psychiater Julius Wagner-Jauregg vor der *Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen* (1920) – zu analysieren suchte, gehe ich den umgekehrten Weg und frage, warum und unter welchen spezifischen Bedingungen sich die Elektrotherapie zur dominanten Behandlungsform in der österreichischen Kriegspsychiatrie durchzusetzen vermochte. Nach einem Abriss zur Geschichte elektrischer Behandlungsmethoden vor dem Ersten Weltkrieg wird auf den Mannheimer Psychiater Fritz Kaufmann eingegangen, dessen „elektrosuggestive Intensivbehandlung" im Krieg eine ebenso verbreitete wie umstrittene Behandlungsmethode darstellte. Im Zuge der Verhandlung gegen Wagner-Jauregg wurde Kaufmann zur Täterfigur der deutschen Kriegspsychiatrie gestempelt, die im Vergleich zur österreichischen weitaus brutaler vorgegangen sei. Die Analyse der publizierten Schriften und Archivalien wird jedoch zeigen, dass die elektrische Behandlung von Soldaten nicht nur an der Psychiatrischen Klinik, sondern auch an den anderen Nervenstationen der Wiener Militärspitäler praktiziert wurde. Dies hat nicht zuletzt mit der ethnischen Heterogenität und dem Problem der Vielsprachigkeit in der k. u. k. Armee zu tun.

Daran anschließend sucht das letzte Kapitel die Allianzen von Militär und Psychiatrie auszuleuchten. Vor dem Hintergrund der immer größer werdenden Verluste sahen sich die Psychiater mit einer militärischen, nationalen und demografischen Krise konfrontiert, die zu einem effizienzorientierten und einem auf gemeinschaftliche Interessen ausgerichteten Denken führte. Der Krieg erwirkte ein verstärktes Engagement der Ärzteschaft für staatliche Interessen und förderte den Zusammenschluss von Psychiatrie, Eugenik und Rassenhygiene. Dies hatte auf die Organisation und Durchführung der Behandlung von Kriegsneurosen nachhaltige Auswirkungen und bedeutete in weiterer Folge, dass die therapeutische Arbeit der Psychiater konsequent an die Vorgaben und Zielvorstellungen des Krieg führenden Staates adaptiert wurde. In diesem Kontext ist auch das Verhältnis von Militär und Psychoanalyse, die im letzten Kriegsjahr der Behandlung der Kriegsneurosen neuen Schwung zu verleihen suchte, zu sehen. Das Kapitel schließt mit einem kurzen Ausblick auf die Situation nach dem Krieg. Die Hoffnung der Psychiater, dass sich mit dem Ende der Kampfhandlungen das Problem der Kriegsneurosen wie von selbst lösen werde, erfüllte sich nicht. Die anhaltende Präsenz von zitternden ehemaligen Soldaten in den Straßen der Städte machte deutlich, dass die Zerstörungsenergien des Krieges auch im Frieden fortwirken konnten. Im Banne der traumatischen Erfahrung des Krieges, der wirtschaftlichen Notlage und der revolutionären politischen Dynamiken, die den Staat in einen Ausnahmezustand des Unruhigen und Unstabilen versetzten, sahen die Psychiater alte Symptome in einer neuen Nervosität wiederkehren.

TEIL 1: IM BANN DER NEURASTHENIE

1. BEARD UND DIE „ERFINDUNG" DER NEURASTHENIE

> Neurasthenia, the most frequent, the most important, the most interesting nervous disease of our time, or of any time.
> George M. Beard[1]

George Miller Beard (1839–1883) verdankt seinen hohen Bekanntheitsgrad vor allem dem Begriff *Neurasthenie*, dessen Neuschöpfung die Nachwelt ihm zugeschrieben hat.[2] Zu seiner Zeit eine der schillerndsten Figuren der jungen amerikanischen Neurologie im Amerika des Gilded Age, geriet er durch die Freud-Rezeption und die breite Akzeptanz der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten in den Hintergrund, um in den 1970er Jahren wieder entdeckt zu werden.[3] Auf den ersten Blick ist es nicht ganz leicht nachzuvollziehen, warum ausgerechnet Beard und „seine" Krankheit am Ende des 19. Jahrhunderts Kultstatus erreichten. Beard hatte keine große akademische Karriere gemacht. Er besaß zeitlebens weder einen Lehrstuhl noch galt er als eine wissenschaftliche Kapazität, die über eine längere Zeit hinweg die Forschung richtungsweisend geprägt hätte. Die Publikationen, die ihn später zu einer Berühmtheit werden ließen, brachten aus wissenschaftlicher Sicht kaum neue Erkenntnisse. In ein breites Licht der Öffentlichkeit trat Beard erst kurz vor seinem plötzlichen Tod. 1883 starb er an einer Lungenentzündung.

---

1 George M. Beard: American Nervousness. Its Causes and Consequences. A Supplement to Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York 1881, S. XI (Preface).

2 In der medizinischen Fachliteratur firmiert die Neurasthenie auch als *Neurasthenie Beard* (dt.), *maladie de Beard* (frz.) und *Beard's disease* (engl.). Uwe H. Peters: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München-Wien-Baltimore [4]1990, S. 348.

3 Zu Beards Wiederentdeckung in der amerikanischen Psychiatrie zu Beginn der 1970er Jahre siehe John C. Chatel, Roger Peele: A Centennial Review of Neurasthenia. In: American Journal of Psychiatry 126 (1970), Sp. 1404–1411; Eric T. Carlson: The Nerve Weakness of the 19th Century. In: International Journal of Psychiatry 9 (1970/71), S. 50–54; John S. Haller: Neurasthenia: Medical Profession and Urban "Blahs". In: New York State Journal of Medicine 70 (1970), S. 2489–2497; David M. Berger: The Return of Neurasthenia. In: Comprehensive Psychiatry 14 (1973), S. 557–562. William Knoff hat auf den Zufall hingewiesen, dass Beards erster Artikel über die Neurasthenie (1869) genau hundert Jahre nach Cullens Neurosebegriff erschien: A History of the Concept of Neurosis, with a Memoir of William Cullen. In: American Journal of Psychiatry 127 (1970), S. 120.

Im Folgenden wird Beards „Erfindung" der Neurasthenie im soziokulturellen Kontext seiner Zeit betrachtet. Die überwiegend affirmative, partiell sogar enthusiastische Rezeption seiner Thesen in den deutschsprachigen Ärztemilieus legt eine intensive Beschäftigung mit Beard nahe. Die rasante Karriere, die der Nervenarzt mit dem Begriff der Neurasthenie machte, lässt sich nur auf der Folie der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Transformationsprozesse, die in den Vereinigten Staaten nach dem Civil War abliefen, verstehen. Beards Neurasthenie war eine geschickt lancierte Zeitdiagnose – der überaus erfolgreiche Versuch eines jungen Arztes, die Veränderungsängste seiner Generation in ein plausibles medizinisches Deutungsangebot zu überführen. Der Begriff Neurasthenie selbst war zwar keine Neuschöpfung Beards, aber er gewann seine sinnstiftende Plausibilität und spezifische Attraktivität aus den Erklärungsmustern, Metaphern und Konnotationen, mit denen Beard diesen ausstattete.[4]

1.1 Der Sezessionskrieg und die Etablierung der amerikanischen Neurologie

Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts spielte außereuropäisches Gedankengut in den europäischen Medizinhochburgen so gut wie keine Rolle. Wenn es in den Augen der deutschen und österreichischen Ärzte überhaupt eine nichteuropäische Region gab, die eigene medizinische Ideen hervorbrachte und daher Interesse verdiente, so war es die nordamerikanische Ostküste. Dort war der Ausbau der Medizin als akademische Disziplin schrittweise vor sich gegangen und hatte in den 1860er und 1870er Jahren eine respektable Entwicklungsstufe erreicht.[5] Dennoch verlief zu diesem Zeitpunkt der transatlantische ärztliche Wissenstransfer nur in einer Rich-

4 Ich folge hier der These von Volker Roelcke, der bei Beard „erstmals in rezeptionsgeschichtlich relevanter Weise ein eigenständiges und spezifisches Krankheitsbild als Zivilisationskrankheit abgegrenzt" sieht. Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 120. Über den Begriff *Zeitdiagnose* bemerkt Georg Lohmann: „Zeitdiagnosen im prägnanten Sinn unterstellen eine Krankheit der Zeit oder krankhafte, soziokulturelle Entwicklungen, die es zu erkennen, deren Ursachen zu erforschen und deren Verlauf zu prognostizieren sind; sie sinnen auf Abhilfe – auch wenn sie mit keiner aussichtsreichen Therapie verbunden werden können. Sie haben ein praktisches Interesse, etwas über die Zeit herauszufinden, dem sie abhelfen wollen." Georg Lohmann: Zur Rolle von Stimmungen in Zeitdiagnosen. In: Hinrich Fink-Eitel und Georg Lohmann (Hg): Zur Philosophie der Gefühle. Frankfurt/M. [2]1994, S. 273.

5 Paul Starr: The Social Transformation of American Medicine. New York 1982, S. 93–116 und Richard H. Shryock: European and American Medicine 1700–1950. In: L'aventure de la science. Mélanges Alexandre Koyré I (= Histoire de la pensée 12). Paris 1964, S. 510 f.

tung. Amerikanische Ostküsten-Ärzte kamen nämlich nach ihrer Graduierung mit Vorliebe in europäische Universitätsstädte, um ihrer Ausbildung den letzten Schliff zu geben. Die deutschsprachigen Medizininstitute, allen voran die von Berlin, München und Wien, genossen in den Augen der amerikanischen Studenten besonderes Ansehen. Dort reagierte man auf die Ausbildungsmigration mit eigenen *scientific training centers*, in denen die amerikanischen Jungärzte in englischer Sprache unterrichtet wurden.[6] Insgesamt gesehen und gemessen am Maßstab der expandierenden amerikanischen Medizin handelte es sich jedoch nur um eine kleine Gruppe von Ärzten oberer Gesellschaftsschichten, die diesen transatlantischen Ausbildungsweg beschritten. Der Großteil des medizinischen Nachwuchses konnte sich die teuren Zusatzausbildungen in Europa nicht leisten.

Der Sezessionskrieg (1861–1865) hatte die unzureichenden medizinischen Kenntnisse der amerikanischen Ärzte klar gemacht. Die Mortalitätsrate verwundeter Soldaten war außerordentlich hoch und hatte den Ärzten die Defizite ihrer Disziplin schonungslos vor Augen geführt. Vor diesem Hintergrund ist auch die disziplinäre Genese der amerikanischen Neurologie zu sehen. Der Einsatz neuer Waffensysteme hatte bei den Soldaten komplizierte Verletzungen hervorgerufen, bei deren Behandlung die herkömmliche Militärmedizin überfordert war. Wollte man die Situation der Verwundeten verbessern, so mussten die diagnostischen Instrumentarien verfeinert und die therapeutische Intervention ausgeweitet werden. Auch in den Lazaretten, die sich auf Nervenverletzungen spezialisiert hatten, war der Wunsch nach einer besseren Versorgung der Verwundeten groß, wohl wissend, dass es an genauen Kenntnissen über Struktur und Funktionsweise des Nervensystems mangelte. Da diese Grundlagenforschung zu Kriegszeiten nicht möglich gewesen war, ging man nun daran, die vielgestaltigen Verletzungs- und Krankheitsbilder in eine begriffliche Ordnung zu bringen. Die Jahre nach dem Bürgerkrieg brachten einen Schub an neu geschaffenen diagnostischen Bezeichnungen, die im Bereich der *nerve injuries* und *nervous disorders* angesiedelt waren.[7]

---

6 Kenneth M. Ludmerer: Learning to Heal. The Development of American Medical Education. New York 1985, S. 33. Allein die Wiener Medizinische Fakultät verzeichnete zwischen 1870 und 1914 rund 10.000 amerikanische Gaststudenten.

7 John D. Spillane vermutet im militärneurologischen Milieu des Sezessionskrieges die etymologischen Wurzeln der Neurasthenie. Beard hatte als junger Assistenzarzt zwei Jahre in Militärspitälern der Navy gearbeitet, in denen eine Vielzahl von neuen Diagnosen diskutiert wurde. John D. Spillane: The Doctrine of the Nerves. Chapters in the history of neurology. Oxford 1981, S. 367. Zur Militärmedizin im amerikanischen Bürgerkrieg siehe Frank R. Freemon: Gangrene and glory. Medical care during the American Civil War. Madison 1998 und George Worthington Adams: Doctors in Blue. The Medical History of the Union Army in the Civil War. Baton Rouge 1996.

Nach dem Ende des Sezessionskrieges versuchten die Nervenärzte, ihre Erkenntnisse in einer Disziplin zu vereinigen, die auch im zivilen Leben ihre Berechtigung finden sollte. Die Bemühungen um ein einheitliches und klar definiertes Aufgabengebiet zeigten sich zunächst in der Installation einer neuen Vereinigung, die der fachlichen Weiterentwicklung und Institutionalisierung der Neurologie dienen sollte. 1875 wurde in Philadelphia die *American Neurological Association* gegründet, deren erster Präsident Silas Weir Mitchell (1829–1914) war. Um der aufstrebenden Disziplin Profil zu geben, verfolgten die Neurologen eine offensive Professionalisierungsstrategie, die aus mehreren Komponenten bestand. Dazu zählte neben dem Zusammenschluss der neuen Experten in einer Dachorganisation vor allem die Heranbildung eines neuen Selbstverständnisses. Die Neurologen verstanden sich als Vertreter eines neuen Spezialistentums, das eine Lücke in der medizinischen Wissenschaft entdeckt habe und nun im Begriff sei, diese zu schließen.[8]

Aus professionsgeschichtlicher Perspektive hatten die amerikanischen Neurologen drei Barrieren zu überwinden. Erstens steckte die Medizin als universitäre Disziplin selbst noch in den Kinderschuhen. Die Ansicht, dass nur akademisch gebildete Ärzte für die Gesundheit der Bevölkerung sorgen könnten, begann in der Öffentlichkeit nur zaghaft um sich zu greifen.[9] Neben dem Emanzipationsprozess der akademischen Heilkunde, in den die Neurologie wie jede andere medizinische Disziplin involviert war, hatte sie – zweitens – ihren Status als Pionierdisziplin innerhalb der Medizin durchzusetzen. Die Erlangung von Autonomie und fachwissenschaftlicher Autorität war notwendig, um die im Krieg erkannten Wissensdefizite schließen und im disziplininternen Konkurrenzkampf dauerhaft bestehen zu können.[10] Und drittens stellte sich der Neurologie auch die Frage nach einer autonomen Positionierung im Hinblick auf die bisherige wissenschaftliche Abhängigkeit von der europäischen Medizin. Das Studium an den mitteleuropäischen Universitäten schien vielen amerikanischen Ärzten nur bis zur Beseitigung der wissenschaftlichen Defizite im eigenen Land notwendig. Nicht mehr als dankbarer Empfänger, sondern als anerkannter Diskussionspartner und wissenschaftlicher Impulsgeber wollte sich der amerikanische Nervenarzt mit seiner *new professional identity* verstanden wissen. In

8 Russel N. DeJong: A History of American Neurology. New York 1982, S. 37. Zum Aufstieg der amerikanischen Ärzte im 19. Jahrhundert zu wissenschaftlichen Experten allgemein siehe William Rothstein: American Physicians in the Nineteenth Century: From Sects to Science. Baltimore 1972.

9 Rebecca J. Tannenbaum: Earnestness, Temperance, Industry: The Definition and Uses of Professional Charakter Among Nineteenth-Century American Physicians. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 49 (1994), S. 270.

10 Bonnie E. Blustein: A Hollow Square of Psychological Science: American Neurologists and Psychiatrists in Conflict. In: Andrew Scull (Hg.): Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen. The Social History of Psychiatry in the Victorian Era. Philadelphia-London 1981, S. 241–270.

der Einrichtung von eigenen Lehrstühlen fanden die Bemühungen der Neurologen um Emanzipation einen ersten, sichtbaren Ausdruck.[11]

Selbstbewusst proklamierten die Neurologen, die erkenntnisleitende Instanz in offenen Fragen der Psychiatrie beziehungsweise der inneren Medizin zu sein. Der Bogen wurde dabei weit gespannt, um darin eine Vielzahl von Symptomen mit Hilfe von neu geschaffenen Erklärungsmustern interpretieren zu können. Die Expertise des Nervenarztes konnte verschiedenste psychische Störungen und organische Läsionen betreffen. Das Arbeitsfeld, in dem er sich Legitimität und Reputation zu verschaffen suchte, war breit gestreut.[12] Parallel dazu forcierten die Neurologen die Vermarktung ihrer fachinternen Kompetenz durch gezielte Imagebildung in der Öffentlichkeit. Erst durch den Umgang mit Patienten konnte das neue wissenschaftliche Profil an Konturen gewinnen und konnten Deutungskompetenzen geltend gemacht werden. In den rasch wachsenden Städten boten sich hierfür die Privatpraxen und die Kontakte zu den Printmedien an. Mit Hilfe von Zeitungsinseraten, populärwissenschaftlichen Kolumnen und nicht zuletzt durch Mundpropaganda sollte der Kontakt zu Öffentlichkeit und Patienten hergestellt werden. Charles L. Dana (1852–1935), der selbst als Neurologe tätig war, bemerkte später, dass die intensive publizistische Tätigkeit in populären Magazinen und Zeitungen zu den wichtigsten Arbeitsfeldern der aufstrebenden Neurologen gehörte. Über Beard schrieb Dana: "He at once plunged with tremendous energy into four fields of activity, all of which were new, and all of which were held rather in suspicion by the conventional medical men of that day. These were electricity in therapeutics; functional neuroses; social psychology; and writing for the North American Review."[13]

1.2 Männer in Eile

Die medizinhistorische Standortbestimmung Beards ist uneinheitlich. Amerikanische Autoren haben in ihm einen Wegbereiter Freuds gesehen.[14] Beard habe mit der

11 Christopher G. Goetz, Eric J. Pappert: Early American Professorships in Neurology. In: Annals of Neurology 40 (1996), S. 258–263.

12 Bonnie Ellen Blustein: New York Neurologists and the Specialization of American Medicine. In: Bulletin of the History of Medicine 53 (1979), S. 171.

13 Charles L. Dana: Dr. George M. Beard. A sketch of his life and character, with some personal reminiscences. In: Archives of Neurology and Psychiatry 10 (1923), S. 427.

14 Henry A. Bunker: From Beard to Freud: A Brief History of the Concept of Neurasthenia. In: Medical Review of Reviews 56 (1950), S. 109–114; Philip P. Wiener: G. M. Beard and Freud on 'American Nervousness'. In: Journal of the History of Ideas 17 (1956), S. 269–274; Henry F. Ellenberger: Die Entdeckung des Unbewußten. Bd. 1. Bern-Stuttgart-Wien 1973, S. 344–347; Malcolm B. Macmillan:

Neurasthenie, so die Argumentation, den psychologischen Zugang der Medizin zu psychischen beziehungsweise psychosomatischen Störungen vorweggenommen. Andere versuchten ihn als Psychiater oder Internisten einzuordnen. Die häufige Erwähnung Beards und der Neurasthenie stand dabei in keinem Verhältnis zu einem gesicherten Wissen über ihn selbst. Die neuere Forschungsliteratur zur Neurasthenie hält nur wenig biografisches Wissen über den amerikanischen Neurologen bereit. Eine differenzierte historische Annäherung an seine Persönlichkeit stößt schnell an ihre Grenzen. Eine moderne Wissenschaftsbiografie von Beard im Sinne einer historischen Analyse des Akteurs, der im Kontext seiner sozialen und wissenssoziologischen Strukturen steht, fehlt bislang.[15]

Glaubt man zeitgenössischen Einschätzungen, so gefiel sich Beard als *Enfant terrible* der jungen amerikanischen Neurologie und suchte sich Einordnungen stets zu verweigern. Sein Talent, eindrücklich und suggestiv zu argumentieren, ging Hand in Hand mit einer Vorliebe für die Rolle des Außenseiters und Provokateurs. Er suchte die Kontroverse, forcierte oppositionelle Standpunkte und scheute sich nicht, unkonventionelle Ideen und Thesen gegen eine breite Front der Ablehnung vorzutragen. Als Experimentator und kreativer Querulant besaß er ein bemerkenswertes Selbstvertrauen, das ihn mit Hartnäckigkeit seine Ziele verfolgen ließ. Als eifriger Vortragsredner, Artikel- und Buchschreiber, Ozeanreisender und Arzt mit gut gehender Praxis führte Beard ein Leben, dessen Rastlosigkeit von Perioden der Erschöpfung gekennzeichnet war. „Er war ein Arzt, der nicht müde wurde, die Menschen davor zu warnen, das Konto ihrer nervösen Energien zu überziehen; sein Leben ist die Widerlegung seiner Theorien", urteilt Peter Gay.[16] Die ironische Umspielung von Beards eigenen Nervenkrisen soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass er von vielen ärztlichen Zeitgenossen als bedeutende Forscherpersönlichkeit und wissenschaftliche Autorität wahr- und ernst genommen wurde. Die Überzeugungsmächtigkeit und Durchschlagskraft seines Werks in der europäischen Medizin des ausgehenden 19. Jahrhunderts ist dafür ein deutliches Indiz. Die affirmative Rezeption seiner Ideen zeugt von einem kohärenten Werk, einer originellen Leistung, zumindest aber von einem provokanten intellektuellen Vorstoß, dessen Er-

---

Beard's Concept of Neurasthenia and Freud's Concept of the Actual Neuroses. In: Journal of the History of Behavioral Sciences 12 (1976), S. 376–390.

15 Neben kurzen Skizzen in den einschlägigen biographischen Ärztelexika siehe Charles E. Rosenberg: The Place of George M. Beard in Nineteenth-Century Psychiatry. In: Bulletin of the History of Medicine 36 (1962), S. 245–259; Eric T. Carlson: George M. Beard and Neurasthenia. In: Edwin R. Wallace, Lucius C. Pressley (Hg.): Essays in the History of Psychiatry. Columbia 1980, S. 50–57; Drinka, The Birth of Neurosis; Gosling, Before Freud, S. 147–150; Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 49–55; Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 112–121.

16 Peter Gay: Die zarte Leidenschaft. Liebe im bürgerlichen Zeitalter. München 1987, S. 344.

folg nicht dem Zufall geschuldet war. Sein Buch über die Neurasthenie (1880) wurde binnen kürzester Zeit zu einem internationalen Bestseller und zählte in den Debatten über die gesundheitlichen Risiken der Moderne zur ersten Referenzliteratur.

Abbildung 1: George Miller Beard (1839–1883). Aus: Archives of Neurology and Psychiatry 10 (1923), S. 427.

Beard war nach dem Sezessionskrieg nach New York gegangen, um am dortigen College of Physician and Surgeon der Columbia University seinen Abschluss zu machen. Nach ersten beruflichen Schritten als Elektrotherapeut arbeitete er als Lektor an der Universität, bis er 1866 – gemeinsam mit seinem Studienkollegen Alphonso Rockwell – eine neurologische Praxis in New York eröffnete. Die Praxisgründung war erfolgreich, sicherte die Existenz des jungen Neurologen und gab außerdem Gelegenheit zu wissenschaftlicher Arbeit, deren empirische Grundlagen aus der täglichen Arbeit gewonnen werden konnten. 1869 fasste Beard seine Praxiserfahrungen in einem Aufsatz zusammen, der im renommierten *Boston Medical and Surgical Journal* erschien: *Neurasthenia, or Nervous Exhaustion* war seine erste Publikation; die darin beschriebene Krankheit wurde zur wissenschaftlichen Obsession seines Lebens.[17]

Edward Shorter hat darauf hingewiesen, dass Beard – wie von ihm später behauptet – keineswegs das Vorrecht gebührt, den Begriff der Neurasthenie erfunden zu haben.[18] In der expandierenden amerikanischen Medizin der Zeit nach dem Civil War war die Neurasthenie wohl einer der vielen Begriffe, die diffuse psychische

17 George M. Beard: Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. In: Boston Medical and Surgical Journal 3 (1869), S. 217–221. Die in der gemeinsamen Praxis gewonnenen Erfahrungen zur elektrischen Behandlung der Neurasthenie publizierte Rockwell im selben Jahr unter dem Titel: Electricity as a means of diagnosis. With a tabulated statement of 500 cases of disease, treated mainly by the method of general electrization. New York 1869. Zu Rockwell (1840–1925), der sich später einen Namen als Erfinder des elektrischen Stuhls machte, siehe dessen Autobiographie: Rambling Recollections. An Autobiography. New York 1920.

18 Shorter, Moderne Leiden, S. 607 (Fußnote 83).

Störungen bezeichneten. "As to the term *neurasthenia*, it is an old term, taken from the medical vocabulary", notierte Edwin Holmes van Deusen, Psychiater am Michigan Asylum for the Insane, der im gleichen Jahr den Neurastheniebegriff in einer Publikation verwendet hatte.[19] Van Deusen war aufgefallen, dass unter seinen Patienten viele Frauen aus dem ländlichen Umfeld waren. Dementsprechend hatte er seine ätiologische Theorie konzipiert und mit einem neuen Namen versehen. Van Deusen sah die diffusen Beschwerden seiner Patientinnen als Folge eines Lebens, das durch soziale Isolation und Vernachlässigung der intellektuellen Fähigkeiten bestimmt war. Es ist für den weiteren Verlauf der Dinge bezeichnend, dass Beard seine Version der Begriffsauslegung in Form einer Kontradiktion anlegte. Neurasthenie war seiner Ansicht nach keine Krankheit von einsamen Farmersfrauen des amerikanischen Westens, sondern ein Leiden des viel beschäftigten männlichen Businessman, der sich in den neuen Metropolen der Ostküste bewegte und den elektrisierenden Impulsen und Einflüssen des modernen Lebens ausgesetzt war.

Großstädtisches Leben, Hektik, Verkehrsgewimmel: In keiner anderen Stadt waren die sozioökonomischen Transformationsprozesse nach dem Krieg – der industrielle Boom des siegreichen Nordens und eine rapide um sich greifende Urbanisierung an der Ostküste – so unmittelbar erlebbar wie in New York, in dessen belebtester Straße, dem Broadway, Beard sich mit seiner Praxis niedergelassen hatte. Ende der 1860er Jahre befand sich die Einwohnerzahl der Stadt schon am Sprung über die Millionengrenze. Im öffentlichen Bewusstsein wurde diese Stadt zunehmend als ein Ort komprimierter Fortschrittsatmosphäre wahrgenommen, die einen nachhaltigen Einfluss auf die Menschen auszuüben imstande war: "The American city was no longer mere a curiosity; it was an established fact of life."[20] New York galt als der Platz der distinguished living Americans, die die Metropole als geistig-materielles Konzentrat der aufstrebenden Nation begriffen. Ein neuer, urbaner Lebensstil – prototypisch durch die *white collar middle-class* verkörpert – ging Hand in Hand mit vermehrter innerstädtischer Mobilität.[21]

In den Augen der Zeitgenossen stach New York als eine Stadt heraus, in der wie in keiner anderen ruhelose Bewegung und geschäftsorientiertes Hin- und Hereilen dominierten. Alexander Freiherr von Hübner, ein österreichischer Aristokrat und Privatier, der sich 1871 in New York aufhielt, beschrieb die Stadt als Metropole der Unruhe und Nervosität: „Man sollte meinen, ein jeder fürchte, seinen Zug zu versäumen", schrieb Hübner angesichts der dicht bevölkerten Verkehrsarterien der

19 Edwin H. van Deusen: Observations on a Form of Nervous Prostration (Neurasthenia). In: American Journal of Insanity 25 (1869), Supplement to Annual Report for 1867 and 1868, S. 449.

20 David R. Goldfield, Blaine A. Brownell: Urban America. A History. Boston [2]1990, S. 175.

21 Arthur M. Schlesinger: The Rise of the City, 1878–1898. New York 1933, S. 78–85.

Stadt. In den Augen des staunenden Europäers war der Broadway das „Prinicip der Beweglichkeit" schlechthin.[22] Aber auch für die Bevölkerung New Yorks wurde das Leben in dieser Stadt unerträglich. Ein Kommentar der Zeitschrift *Scientific American* bemerkte unter dem Eindruck der eskalierenden Verkehrssituation am Broadway, dass dort ein Mann in Eile beinahe den Verstand verlieren würde.[23]

Was lag für Beard, der in seiner Anfangszeit von finanziellen Problemen geplagt war, näher, als die Auswirkungen des großstädtischen Lebens auf den Menschen näher zu betrachten und die vielgestaltigen, subjektiv geäußerten Symptome zu einem neuen Begriff zusammenzufassen, der zum Signifikat der *city people* werden konnte?[24] In den mentalen Krisen der sich ständig vergrößernden städtischen Bevölkerung erblickten junge Neurologen wie Beard ihre große Chance. Eine weit gestreute Konzeption der Neurasthenie, deren spezifischer Charakter an die rasanten Veränderungen in den urbanen Milieus gekoppelt war, sollte eine größere und finanzkräftigere Klientel als bisher an sich ziehen.[25] Schon in seiner Erstpublikation zum Thema Neurasthenie stellte der junge Nervenarzt ein Konglomerat an Symptomen zusammen, mit denen sich ein jeder identifizieren konnte. Darin fanden sich „general malaise, debility of all functions, poor appetite, abiding weakness in the back and spine, fugitive neuralgic pains, hysteria, insomnia, hypochondriases, disinclination for consecutive mental labour, severe and weakening attacks of sick headache, and other analogous symptoms".[26] Die Neurasthenie kannte schon in Beards erster Version keine exakte Pathologie. Eine Summe von ähnlichen Symptomen, die nicht ausdifferenziert werden konnten, ergab in der Zusammenschau das Krankheitsbild.

Mit der Spezialisierung auf subjektive Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerz oder allgemeine Müdigkeit machten die Neurologen ihren Patienten klar,

---

22 Alexander Freiherr von Hübner: Ein Spaziergang um die Welt. Leipzig [4]1882, S. 15. Zur Bedeutung des Broadway als Synonym für die Urbanisierung Amerikas siehe Andrew Lees: Cities Perceived. Urban Society in European and American Thought, 1820–1940. Manchester 1985, S. 102–104.

23 Zit. nach Allan Nevis: The Emergence of Modern America, 1865–1878. New York 1927, S. 82. Zu den Wahrnehmungsschocks in den amerikanischen Großstädten siehe Ben Singer: Modernity, Hyperstimulus, and the Rise of Popular Sensationalism. In: Leo Charney, Vanessa R. Schwartz (Hg.): Cinema and the Invention of Modern Life. Berkely 1995, S. 72–99 und Anthony Vidler: Psychopathologies of Modern Space: Metropolitan Fear from Agoraphobia to Estrangement. In: Michael S. Roth (Hg.): Rediscovering history: culture, politics, and the psyche. Stanford 1994, S. 11–29.

24 Gunther Barth: City People. The Rise of Modern City Culture in Nineteenth-Century America. New York-Oxford 1980.

25 Dana, George Beard, S. 428; A[lphonso] D. Rockwell: The Late George M. Beard. In: Medical Record 24 (1883), S. 401.

26 Beard, Neurasthenia, or Nervous Exhaustion, S. 218.

dass sie ihre Klagen ernst nahmen. Beard vertraute weniger den technischen Untersuchungsmethoden als vielmehr ausgiebigen Gesprächen, in denen ihm seine Patienten über ihre Probleme berichteten: "He was a patient listener."[27] Dabei profitierte Beard auch von den Strukturwandlungen in der Heilkunde selbst. Die fachliche Spezialisierung und disziplinäre Ausdifferenzierung ging mit einer Verschiebung der formalen Rahmenbedingungen im Arzt-Patient-Verhältnis einher. In den 1870er Jahren war es in den Vereinigten Staaten noch allgemein üblich, die Patienten in ihren Häusern aufzusuchen. Bei den auftstrebenden Nervenärzten, die mit neuen Diagnosen arbeiteten, stellte sich die Lage genau umgekehrt dar. Nicht mehr der Arzt kam zum Patienten, sondern der Patient kam zum Arzt. Die Nervenkrankheiten gehörten nicht zu der gefürchteten Gruppe der *killer diseases* (Tuberkulose, Diphtherie, Gelbfieber, Typhus, Cholera), deren Heilung die Medizin zu dieser Zeit noch nicht richtig im Griff hatte und die an vorderster Stelle der Mortalitätsstatistiken standen.[28] Im Falle einer Neurasthenie war damit weder eine lebensbedrohende Gefahr zu erkennen, noch war die Schwere des Leidens so gravierend, dass der Kranke an sein Bett gefesselt bleiben musste. Der Patient Beards war in seiner Bewegungsfreiheit kaum eingeschränkt und damit von einem Hausbesuch des Familienarztes unabhängig. Den neuen Experten war die Mobilität der Kranken sehr recht. Waren die Deutung und Behandlung der Nervenkrankheiten bislang im Kompetenzbereich des Hausarztes oder des Allgemeinpraktikers gelegen, so konnten sie diesen entzogen und in die Agenda des spezialisierten Neurologen übertragen werden.[29]

Anders als in Europa entwickelte sich die amerikanische Neurologie im Rahmen eines privatärztlichen Forschungsinteresses, das die Professionalisierung der Disziplin mit einem starken Interesse an materieller Existenzsicherung verband. Beard stand mit diesem Kalkül nicht allein da. Auch andere bekannte Neurologen dieser Zeit entwickelten ihr jeweiliges diagnostisches beziehungsweise therapeutisches Steckenpferd, um bei der städtischen Klientel zu reüssieren. Wie dies am besten gelingen könnte, hatte der Neurologe William A. Hammond (1828–1900) in einer Rede vor Studenten pointiert zum Ausdruck gebracht: "You must sacrifice something on the altar of expediency if you wish to be successful in a material point of view. Only take care that you preserve your love for science."[30] Hammond selbst hatte auf die

27 Dana, Beard, S. 429.

28 Thomas J. Schlereth: Victorian America. Transformations in Everyday Life, 1876–1915. New York 1992, S. 284–286.

29 Tom Lutz: Varieties of Medical Experience: Doctors and Patients, Psyche and Soma in America. In: Gijswijt-Hofstra and Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 51–76.

30 Zit. nach: Bonnie Ellen Blustein: Preserve your Love for Science: Life of William A. Hammond, American Neurologist. New York 1981, S. 1.

cerebral hyperaemia gesetzt, der jedoch kein dauerhafter Erfolg beschieden war.[31] Größere Breitenwirkung erzielte Weir Mitchell mit seiner *rest cure*, einer therapeutischen Antwort auf die Neurasthenie: Ruhe, Abgeschiedenheit und Isolation gepaart mit diätetischen Anweisungen entpuppten sich als weithin akzeptierte Gegenstrategien zur hektischen Lebensart der Städter und bescherten Mitchell einen populären Status.[32] Andere Nervenärzte suchten mit der Elektrotherapie, an deren Verbreitung Beard und Rockwell beteiligt waren, ihre Professionalisierungsinteressen durchzusetzen.[33] Das Schaffen von diagnostischen und therapeutischen Neologismen hatte nicht zuletzt auch mit internen Rivalitäten zu tun. Das Zelebrieren einer bestimmten Krankheit, eine mit Vorliebe gestellte Diagnose, das Pochen auf eine eigendefinierte Therapie – die Abgrenzungsstrategien der Ärzte konnten verschieden sein. Gemeinsam war ihnen ihre Funktion. Auf dem wachsenden Gesundheitsmarkt sollten sie der ärztlichen Arbeit ein unverwechselbares Profil verleihen.

1.3 Nervosität und nationale Superiorität: *American Nervousness*

> When national comparisons are made, Americans will generally admit,
> in fact claim, that they are the most nervous nation.
> Encyclopedia Americana, 1972[34]

Beards Neurasthenie zählte zunächst nicht zu den ersten Modediagnosen der Neurologie. Die Resonanz auf seinen ersten Aufsatz aus dem Jahr 1869 war trotz der Positionierung in einem renommierten Fachjournal bescheiden geblieben. "At first the subject excited absolutely no interest in the profession", stellte er zehn Jahre später fest. Beard selbst war sich lange nicht im Klaren darüber, welchen Stellenwert er der Krankheit in Praxis und Wissenschaft zumessen sollte.[35] Seine Veröffentlichung erschien ihm zunächst als Flop. Beard stieß deshalb mit keiner weiteren Veröffentlichung, die neurasthenische Phänomene explizit zum Thema gehabt hätte, nach. Ein

31 Bonnie Ellen Blustein: The brief career of "cerebral hyperaemia": William A. Hammond and his insomniac patients, 1854–90. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 41 (1986), S. 24–51.

32 Silas Weir Mitchell: The evolution of the rest treatment. In: JNMD 31 (1904), S. 368–373; Suzanne Poirier: The Weir Mitchell Rest Cure: Doctor and Patients. In: Women's Studies 10 (1983), S. 15–40.

33 Siehe Lisa Rosner: The Professional Context of Electrotherapeutics. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 43 (1988), S. 64–82.

34 Raymond L. Osborne: Nervousness. In: Encyclopedia Americana. Vol. 20. New York 1972, S. 110.

35 George M. Beard: The Nature and Diagnosis of Neurasthenia (Nervous Exhaustion). In: New York Medical Journal 29 (1879), S. 225.

Aufsatz aus dem Jahr 1874 zeigt, dass er bei seinen Patienten auch andere Nervenkrankheiten diagnostizierte und die Neurasthenie keineswegs als singuläres Konzept zur Deutung der Nervenkrankheiten in den Vordergrund rückte.[36] Bei der wissenschaftlichen Prägung des Neurastheniebegriffs in den 1870er Jahren kam Beard keine Monopolstellung zu. Auch andere Ärzte diskutierten die Neurasthenie und stellten alternative Deutungsmuster des Leidens vor.[37]

1880 veröffentlichte Beard in New York seine Abhandlung über die Neurasthenie: *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment.* Das dem Leipziger Neurologen Wilhelm Erb gewidmete Buch hatte mehr den Charakter einer Aufsatzsammlung als den einer neu geschriebenen Monografie. Zahlreiche Textstellen und Passagen sind aus früher veröffentlichten Artikeln Beards übernommen und neu angeordnet. Der wissenschaftliche Anspruch, den er mit dieser Schrift verfolgte, war umso kühner. Beard pries das Buch als eine Pionierleistung und stellte sich selbst in den Rang eines Entdeckers, der sich erstmals auf neurologische Terra incognita gewagt hätte. Die Neurasthenie sei bislang „medicinisches Central-Afrika" gewesen, „unerforschtes Land, das nur Wenige betreten" hätten. *Neurasthenia* war im Wesentlichen ein kommentiertes Protokoll von Beards reichhaltigen Praxiserfahrungen. Die Schrift enthielt eine lange Liste von nervösen Erscheinungsbildern, die Beard in seiner Praxis gesehen und gesammelt hatte; die Aufzählung begann mit „Empfindlichkeiten der Kopfhaut", um sechzig Seiten später bei „Schmerzen in den Füßen" zu enden.[38]

Die ubiquitäre Symptomatologie des Leidens erklärte Beard mit dem wissenschaftlichen Leitkonzept der Neurologie, der Reflextheorie. Nervöse Störungen können dieser zufolge über die Nerven an jede beliebige Stelle des Körpers verlagert werden und „eine unendliche Reihe von Symptomen in ganz unberechenbarem Wechsel zur Entwicklung bringen".[39] Man könnte Beards Argumentation in *Neurasthenia* so zusammenfassen:

---

36 George M. Beard: Cases of hysteria, neurasthenia, spinal irritation, and allied affections. In: Chicago Journal of Nervous and Mental Diseases 1 (1874), S. 438–451.

37 Siehe etwa T[heodore] W. Fisher: Neurasthenia. In: Boston Medical and Surgical Journal 86 (1872), S. 65–72.

38 Beard, Nervenschwäche, S. XIII. Rabinbach bemerkt pointiert, dass Beards Neurasthenie angesichts der ubiquitären Symptomatik „mehr wie die Grand Central Station der Medizin als das Zentralafrika" einzuschätzen sei. Rabinbach, Motor Mensch, S. 183.

39 Ebd., S. 69. Roelcke sieht in Anlehnung an Rosenberg drei „diskursive Komplexe", auf die Beard mit der Neurastheniekonzeption zurückgriff: erstens auf die Theorie der Energieerhaltung (zweites thermodynamisches Gesetz), die auf Helmholtz und Mayer zurückgeht, zweitens auf die von Marshall Hall und Wilhelm Griesinger formulierte Lehre von der Reflexaktion im Nervensystem (Reflextheorie) und drittens auf die Forschungen von Du Bois-Reymond über die elektrische Natur des Nervenimpulses. Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 114 f.

1. Neurasthenie war die neue Krankheit einer neuen Zeit. Beards ätiologische Theorie war explizit an die sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umwälzungsprozesse des 19. Jahrhunderts gekoppelt, die einen beschleunigten Lebensstil hervorgebracht hatten. Damit hatte das Leiden seine Ursache nicht in einer wie immer gearteten individuellen Pathologie, sondern in den gesteigerten Anforderungen eines dramatisch veränderten Berufs- und Lebensumfelds. Diagnostische Abgrenzungsprobleme zu anderen Leiden (Hypochondrie, Hysterie) umging Beard mit der Behauptung, dass die Neurasthenie eine neue Krankheit sei, die nicht *neben*, sondern *vor* allen anderen Varietäten existiere: Neurasthenie sei „der König der Neurosen".[40]
2. Beard ging es nicht um alarmistische Gesten. Sein Vermittlungsinteresse war vielmehr von einer beschwichtigenden Diktion getragen. Empfindungsanomalien an verschiedensten Körperstellen waren zwar unangenehme, im Großen und Ganzen aber unbedenkliche Störungen und gaben keinen Anlass zu Besorgnis. Befürchtungen, wonach es sich bei der Neurasthenie um ein Ausgangsstadium für unheilbare Gehirn- oder Rückenmarksleiden handelte, wies Beard dezidiert zurück: "Thousands and thousands are nervous who are not and never will be insane", beruhigte er seine Leser. Damit stand er im Gegensatz zu den Auffassungen europäischer Psychiater, die organische Erklärungsmuster bevorzugten und mit fatalistischen Kollektivprognosen vermengten.[41] Auf eine positive Konnotation der Neurasthenie legte Beard großen Wert. Wer seine Praxis mit dieser Diagnose verließ, hatte keine negativen gesellschaftlichen Konsequenzen zu befürchten. Ein deutliches Indiz dafür ist die große Resonanz, die Beard unter den Ärzten selbst erzielte. Überarbeitete und übermüdete Berufskollegen zählten zu seinen besten Kunden. Jeder zehnte seine Praxis aufsuchende Patient war Arzt.[42]
3. In der Frage der sozialen Zuschreibungspraxis der Diagnose war eine eindeutige Tendenz erkennbar. Beard konstruierte die Neurastheniediagnose als Merkmal der männlichen amerikanischen Mittel- und Oberschichten, als Distinktionsstrategie, die zur Absicherung des sozialen Elitenstatus wertvolle Dienste leisten konnte. Schwarze aus den Südstaaten oder weiße Bauarbeiter aus den Außenbezirken New Yorks waren von einer Neurasthenie ausgeschlossen.[43]
4. Eine deutlich geschlechtsspezifische Note wurde der Neurasthenie von Beard nicht zugewiesen. Tendenziell neigte er dazu, das Leiden häufiger Männern zu-

40 Beard, Die Nervenschwäche, S. 17.

41 Dies betont auch Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 118.

42 Beard, Die Nervenschwäche, S. 66; Elaine Showalter: Hysteria, Feminism and Gender. In: Gilman et al., Hysteria Beyond Freud, S. 296.

43 Beard, Die Nervenschwäche, S. 6.

zusprechen, doch finden sich in seinem Werk auch gegenteilige Bemerkungen. Er legte Wert auf die Betonung, dass die Krankheit „sehr zahlreich in beiden Geschlechtern vertreten war und zwar bei Männern und Frauen von Bildung, Erziehung und gleichmäßig entwickelten Geisteskräften".[44] Die Frage der Geschlechterdifferenz wurde bei Beard noch nicht explizit gestellt.

5. Zur Charakterisierung der Neurasthenie griff Beard mit Vorliebe auf technische und ökonomische Metaphern zurück. Fasziniert von den Entdeckungen Thomas Alva Edisons (1847–1931), mit dem Beard – als Besucher in dessen Labor Menlo Park – wiederholt die Zusammenarbeit suchte, erläuterte er die Krankheit anhand der Funktionsweise von elektrischen Maschinen und flackernden Glühbirnen. Elektrizität, Energie und Nervenkraft waren für Beard Synonyme. Seine mechanistische Vorstellung, wonach die „erschöpften Nervenenergien" eines Neurasthenikers mit Hilfe des elektrischen Stroms wiederherzustellen seien, wurde zur Idée fixe des nervösen Zeitalters.[45]

Beards *Neurasthenia* mochte über weite Strecken spekulativen Charakter haben und bei Fachkollegen strikte Ablehnung hervorrufen, aber in der breiten Öffentlichkeit stießen seine Ideen und griffigen Formulierungen auf große Resonanz.[46] 1882 folgte – als Supplement der Neurastheniesschrift – *American Nervousness. Its causes and consequences.* Die Hauptthese, die Beard darin entwickelte, hatte er schon 1879 in einer Rede vor der New Yorker Neurological Society vorgetragen: "Nervous exhaustion (Neurasthenia) is in this country more common than any other form of nervous disease."[47] In *American Nervousness* wurde die moderne Konzeption der Neurasthenie um eine nationalistische Pointe ergänzt. Beard stellte am Beginn einige

44 Ebd., S. 101.

45 Anson Rabinbach: Neurasthenia and Modernity. In: Jonathan Crary, Sanford Kwinter (Hg.): Incorporations. New York 1992, S. 178.

46 Die Rezeptionsgeschichte von Beards Neurasthenie im amerikanischen Kontext ist gut erforscht und kann an dieser Stelle nur angedeutet werden. Die vielschichtigen Repräsentationen des Neurastheniediskurses hat Tom Lutz herausgearbeitet: American Nervousness, 1903. An Anecdotal History. Ithaca-London 1991. Siehe dazu auch Barbara Will: Nervous Systems, 1880–1915. In: Tim Armstrong (Hg.): American bodies: cultural histories of the physique. New York 1996, S. 86–100. Die affirmative Rezeption Beards in den Vereinigten Staaten regte Ärzte zur Formulierung von ähnlichen Krankheitskonzepten an, die das hektische Leben der Großstädte medikalisierten. Am bekanntesten wurde der Versuch von John Girdners *Neuyorkitis*, ein Begriff, der in direkter Nachfolge von Beards Neurasthenie stand. Siehe Stephen Kern: The Culture of Time and Space 1880–1918. Cambridge/Mass. 1983, S. 125–127. Dass die Neurasthenie in der antimodernistischen Strömung ebenfalls ihren Platz hatte, zeigt die Arbeit von T. J. Jackson Lears: No Place of Grace. Antimodernism and the Transformation of American Culture, 1880–1920. New York 1981.

47 Beard, The Nature and Diagnosis of Neurasthenia, S. 227.

Thesen vor, die Nervosität und nationale Superiorität als komplementäre Entwicklungskategorien definierten:

> *First.* Nervousness is strictly deficiency or lack of nerve-force. This condition, together with all symptoms of diseases that are evolved from it, has developed mainly within the nineteenth century, and is especially frequent and severe in the Northern and Eastern portions of the United States. Nervousness, in the sense here used, is to be distinguished from simple excess of emotion and from organic disease.
> *Secondly.* The chief and primary cause of this development and very rapid increase of nervousness is *modern civilization*, which is distinguished from the ancient by these five characteristics; steam-power, the periodical press, the telegraph, the sciences, and mental activity of women.[48]

Die Grundaussage von *American Nervousness* ließ sich auf einen kleinen Nenner bringen: Die Neurasthenie war die gegenwärtig am weitesten verbreitete Nervenkrankheit überhaupt und die der städtisch lebenden weißen Amerikaner im Besonderen. In historischen Zeiten nicht präsent – "Greek's life was a long holiday, a perpetual picnic" –, zeuge die rapide um sich greifende Krankheit von einer hoch zivilisierten Gesellschaft, die im Begriff sei, sich weltweit an die Spitze der modernen Nationen zu setzen.[49] Jeder der kausalen Faktoren, die das spezifische Krankheitsbild der Neurasthenie hervorrufen würden, war nach Beard in den Vereinigten Staaten stärker ausgeprägt als in Europa. Die Neurasthenie spiegelte die Umkehrung einer über Jahrhunderte währenden Asymmetrie wider: Amerika war der Alten Welt in seiner technologischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklung um Jahre vorausgeeilt.

Beards Absicht, die Neurasthenie als genuin amerikanische Krankheit zu deuten, ist ebenfalls im neurologischen Kontext der Zeit zu sehen. Schon in den 1870er Jahren galten die Nervenkrankheiten als ein Spezifikum des *new urban way of life*.[50] William Hammond etwa hatte seinen Lesern in der populärwissenschaftlichen Zeitschrift *Galaxy* schon 1868 mitgeteilt, dass die Amerikaner wie kein anderes Volk ihr Gehirn und ihre Nerven über Gebühr strapazieren würden: „We work our brains and nerves as no other nation has worked since the world began. It is therefore no

48 Beard, American Nervousness, S. VI (Preface). Hervorhebungen wie im Original.

49 Ebd., S. 136.

50 R[obert] Bartholow: Do the conditions of modern life favor specially the development of nervous diseases? In: Transactions of the International Medical Congress 5 (1876), S. 366–377; Traill Green: Have organic nervous diseases their origin and frequency in our American life? In: Philadelphia Medical Times 7 (1876/77), S. 340–345; J[ames] S[tewart] Jewell: Influence of our Present Civilization in the Production of Nervous and Mental Diseases. In: JNMD 8 (1881), S. 1–24.

strange thing that insanity and nervous affections are more common in the United States than in any other country."[51] Erneut hatte Beard geschickt popularisiert, was in den neurologischen Diskussionsforen längst Thema war. Die These von der linearen Zivilisationsentwicklung, die von den „primitiven" Indianerstämmen zu den „hoch zivilisierten" Städtern führte, war der evolutionistischen Kulturanthropologie entlehnt. Einer ihrer einflussreichster Vertreter, Lewis Henry Morgan, hatte 1877 eine Studie mit dem Titel *Ancient Society, or Researches in the Lines of Human Progress from Savagery through Barbarism to Civilization* veröffentlicht. Darin ging Morgan von drei Stufenschemata menschlicher Kulturentwicklung aus und entwarf für diese charakteristische Kennzeichen.[52] Die Stufe der Zivilisation billigte Morgan nur jenen Gesellschaften zu, die Schriftverkehr, monogame Familien und Zivilregierungen kannten. Beard ergänzte die dritte Kategorie um das Indikationsmerkmal der Neurasthenie, die nur in der „höchsten Zivilisationsklasse" der Vereinigten Staaten ausgeprägt sei: Amerika stand darüber hinaus in der Reihenfolge der modernen nervösen Nationen an erster Stelle. "All this is modern, and originally American; and no age, no country, and no form of civilization [...] possessed such maladies."[53] Peter Gay zufolge war das Buch „fast ebensosehr eine Übung in Patriotismus wie ein Beitrag zur Klassifikation von Krankheiten".[54]

Mit seiner nationalistischen und elitären Auslegung der Neurasthenie schloss Beard an eine europäische Tradition der sozialen Zuschreibung von bestimmten Nervenkrankheiten an. Feinnervigkeit und Elitenbewusstsein waren schon in den städtischen Milieus des 18. Jahrhunderts, ob in Edinburgh, London, Paris oder auch in Wien, ein exklusives Merkmal der gebildeten Oberschichten, die ihre privilegierte Stellung über bestimmte Körpermerkmale zu festigten suchten. Schon 1733 hatte der englische Arzt George Cheyne behauptet, dass Nervenkrankheiten ein hervorstechendes Merkmal der englischen Gesellschaft seien. Cheyne konstruierte die *English Malady* als *disease of civilization*, als eine Krankheit des Fortschritts, die nur in „höher entwickelten" Kulturen und Nationen zu beobachten sei. Ursache für den nervösen Lebensstil der englischen Upperclass sei der gewaltige Wirtschaftsaufschwung, den das Land mittels des global betriebenen Handels erfahren habe. In diesem Zusammenhang standen die *nervous diseases* für Verfeinerung, Kultiviertheit und Vornehmheit *(refinement)*, für Zartheit und Feingefühl *(delicacy)* aristokrati-

51 Zit. nach Blustein, New York Neurologists and the specialization of American Medicine, S. 176 f.; siehe dazu auch Rosenberg, The Place of George M. Beard in Nineteenth-Century Medicine, S. 254.

52 Alan Trachtenberg: The Incorporations of America. Culture and Society in the Gilded Age. New York [11]1995, S. 35; Marvin Harris: Kulturanthropologie. New York 1989, S. 437 f.

53 Beard, American Nervousness, S. VII.

54 Gay, Die zarte Leidenschaft, S. 345.

scher Eliten und *persons of fashion*, die ihrer distinguierten Lebensweise Ausdruck verleihen wollten.[55]

1.4 "Men, like batteries, need a reserve force"

Als der britische Evolutionstheoretiker Herbert Spencer 1882 die Vereinigten Staaten bereiste und während eines längeren Aufenthaltes an der Ostküste in diversen Männergesellschaften verkehrte, sah er die nervöse Erschöpfung unter den überarbeiteten Businessmen in geradezu epidemischer Weise um sich greifen. In jeder Gesprächsrunde, berichtete Spencer in seinen Notizen, sei er auf Geschäftsmänner gestoßen, die aufgrund ihrer überhetzten und ruhelosen Arbeitsweise kurz vor dem Nervenkollaps standen.[56] Als Evolutionstheoretiker stand für ihn fest, dass der *overworked American* die am weitesten entwickelte Spezies seiner Zeit war. Mehr als zwei Drittel aller Neurastheniepatienten waren im Alter zwischen fünfundzwanzig und fünfundvierzig Jahren, überwiegend Männer jüngeren und mittleren Alters, die mitten im Berufsleben standen und vorzugsweise in höheren Positionen tätig waren.[57] Beard zeigte sich über Spencers Reisekommentar hocherfreut und sah sich in seinen Theorien durch eine europäische Forscherkapazität bestätigt. In einer prompt publizierten Schrift sprach der amerikanische Arzt sogar von einer wissenschaftlichen Koinzidenz, da zwei unabhängig voneinander agierende Forscher zu ein und demselben Ergebnis gekommen seien.[58]

Auf die Stoßklagen der Männer, die sich um *overwork* und *breakdown* drehten, reagierte Beard mit einer Metaphorik, die der Berufswelt seiner Patienten perfekt

---

55 George Cheyne: The English Malady (1733), ed. by Roy Porter. London-New York 1991. Dazu Roy Porter: Nervousness, Eighteenth and Nineteenth Century Style: From Luxury to Labour. In: Gijswijt-Hofstra and Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 31–49; George Rousseau: Cultural History in a New Key: Towards a Semiotics of the Nerve. In: Joan H. Pittcock and Andrew Wear (Hg.): Interpretation and Cultural History. Basingstoke 1991, S. 25–81; Christopher Lawrence: The Nervous System and Society in the Scottish Enlightenment. In: Barry Barnes, Steven Shapin (Hg.): Natural Order. Historical Studies of Scientific Culture. Beverly Hills-London 1979, S. 19–40 und Sergio Moravia: From Homme Machine to Homme Sensible: Changing Eighteenth-Century Models of Man's Image. In: Journal of the History of Ideas 39 (1978), S. 45–60.

56 Howard M. Feinstein: The Use and Abuse of Illness in the James Family Circle. A View of Neurasthenia as a Social Phenomenon. In: Robert J. Brugger (Hg.): Our Selves/Our Past. Psychological Approaches to American History. Baltimore-London 1981, S. 230.

57 E. Anthony Rotundo: American Manhood. Transformations in Masculinity from the Revolution to the Modern Era. New York 1993, S. 186.

58 George M. Beard: Herbert Spencer on American Nervousness. A scientific coincidence. New York 1883.

angepasst war. Am Beispiel der Businessmen, die zu Beards häufigsten Patienten zählten, lässt sich dies gut verdeutlichen. Neurasthenische Männer, die auf ihrem „Nervenkonto" nur geringe Reserven hätten, seien durch das „kostenintensive" moderne Leben akut bankrottgefährdet. Als auslösendes Moment konnten Kleinigkeiten genügen, um das dürftige Guthaben in ein folgenschweres Defizit abrutschen zu lassen. Um dies zu vermeiden, war ein kompetenter Vermögensverwalter vonnöten, der auf einen sparsamen Verbrauch der Nervenkräfte und auf die kontinuierliche Auffüllung der Reserven achtete: "Men, like batteries, need a reserve force, and men, like batteries, need to be measured by the amount of this reserve."[59]

Das „Aufladen" der Batterien funktionierte nach Beard am besten mit Hilfe der Elektrotherapie. Das Einströmen von elektrischen Energien in das geschwächte, verbrauchte Nervensystem des Neurasthenikers würde dessen Kraftreservoir erneuern und damit den ganzen Körper wieder funktionstüchtig machen. Die Metapher der Kontoführung machte die Neurasthenie für jeden überarbeiteten Bostoner Banker und New Yorker Rechtsanwalt plausibel. So wie das Plus und Minus am Bankkonto oder die geladene oder verbrauchte Energie einer Batterie, so funktionierte cum grano salis auch der für die Neurasthenie so charakteristische Wechsel von Erregung und Erschöpfung. Von der Ätiologie bis zur Therapie zog Beard dieses Schema konsequent durch. Mit der komplexen medizinischen Dimension der Beschwerden mussten die Patienten gar nicht konfrontiert werden. Die suggestive Überzeugungslogik beeindruckte viele und war klientelstrategisch gesehen ein äußerst geschickter Schachzug. Beards Praxis in New York war in den frühen 1880er Jahren eine stark frequentierte Anlaufstelle für die männliche Wirtschafts- und Finanzelite der Stadt.[60]

Auch für die neurasthenische Frau der oberen Gesellschaftsschichten hatte Beard eine ebenso eindrückliche wie stereotype Bildersprache entwickelt. Während eine *Indian squaw* sorglos vor einem Wigwam in der freien Natur sitze und nur einen ganz geringen Teil ihrer disponiblen Nervenkraft verbrauche, befinde sich die städ-

59 Beard, Die Nervenschwäche, S. 10. Zur wissenschaftlichen Überzeugungskraft mechanistisch-physikalischer Metaphorik in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts siehe Philipp Sarasin und Jakob Tanner: Einleitung. In: dies. (Hg.): Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1998, S. 12–43. Siehe auch Keith R. Burich: Henry Adams, the Second Law of Thermodynacis, and the Course of History. In: Journal of the History of Ideas 48 (1987), S. 467–482 und Martin J. Klein: Mechanical Explanation at the end of the Century. In: Centaurus 17 (1973), S. 58–82.

60 Barbara Sicherman: The Uses of a Diagnosis: Doctors, Patients, and Neurasthenia. In: Journal of the History of Medicine 32 (1977), S. 33–54; John S. Haller: Neurasthenia. Medical Profession and Urban "Blahs". In: New York State Journal of Medicine 70 (1970), S. 2493 f.

tisch lebende Dame inmitten der Aufregungen der verfeinerten Zivilisation, was einen enormen Verbrauch an Nervenkraft nach sich ziehe. Es waren abstruse Analogien, die präsentiert wurden. Nach Beard war die Natur einer Indianerin mit einer Mühlwehr und mit einem großen Wasserreservoir vergleichbar, aus dem zu jeder Tages- und Nachtzeit Wasser strömen und das Mühlrad in Betrieb halten konnte. Demgegenüber hatte die sensitive Neurasthenikerin nur wenig Nervenreserven und glich einer Mühlwehr mit raschem Ab- und langsamem Zufluss.[61] In diesem Punkt war das Festhalten an einer starren Geschlechterdifferenz nicht zu übersehen. Die moderne, naturwissenschaftlich geprägte Metaphorik, mit der Beard die Neurasthenie erklärte, hatte er für Männer reserviert.[62]

Mit der redundanten Metaphorik und den pseudologischen Analogieschlüssen umging Beard geschickt ein Forschungsproblem der Medizin, das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts virulent geworden war: Ließen sich nervöse Störungen auf ein pathologisch-anatomisches Substrat zurückführen, das die Krankheit sichtbar machte, oder handelte es sich hierbei um unsichtbare, subjektiv geäußerte Phänomene, die nur provisorisch bestimmt werden konnten? "Was one's disease legitimate or illegitimate, culpable or random?"[63] Mit solchen Dilemmata hielt sich Beard nicht lange auf, da er grundsätzlich alle vom Patienten geäußerten Beschwerden ernst nahm und mit dem Hinweis auf die moderne Zivilisation erklärte. Die Umdeutung von Krankheit als notwendige Begleiterscheinung der Moderne eröffnete für Arzt wie Patienten gleichermaßen neue Dialogperspektiven, da sie ein neues Element in der Rekonstruktion der Krankheitsursache enthielt und eine destigmatisierende Funktion erfüllte.[64]

Man könnte dies am Beispiel der „sexuellen Neurasthenie", Beards bevorzugtem Forschungsgebiet in seinen letzten Jahren, illustrieren.[65] Nervöse Zustände, die mit sexueller Dysfunktionalität einhergingen, wurden zumeist in der individuellen Biografie des Patienten verortet und mit der Onanie in Verbindung gebracht. Wer durch

---

61 G[eorge] M. Beard: Die sexuelle Neurasthenie, ihre Hygiene, Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung, hg. von Alphonso D. Rockwell. Leipzig-Wien [2]1890, S. 30 f. Siehe dazu Elaine Showalter: The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980. London 1993, S. 135.

62 Zum Zusammenhang von Technikentwicklung im 19. Jahrhundert und der Konstruktion von Männlichkeit siehe Maria Osietzki: Energie und Entropie: Überlegungen zu Thermodynamik und Geschlechterordnung. In: Christoph Meinel und Monika Renneberg (Hg.): Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Bassum-Stuttgart 1996, S. 182–198.

63 Charles E. Rosenberg: Body and Mind in Nineteenth-Century Medicine: Some Clinical Origins of the Neurosis Construct. In: Bulletin of the History of Medicine 63 (1989), S. 193.

64 Francis G. Gosling, Joyce M. Ray: The Right to be Sick: American Physicians and Nervous Patients, 1885–1910. In: Journal of Social History 20 (1986), S. 251–267.

65 George M. Beard: Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaution), ed. by A. D. Rockwell. New York 1884.

abnorme sexuelle Vorlieben oder durch exzessives Geschlechtsleben seine Genitalfunktionen über die Maßen strapazierte, hatte auch die gesundheitlichen Konsequenzen zu tragen. Die moralische Schwäche des Mannes wurde zur Nervenschwäche des Patienten, der diesen Zustand aus eigener Schuld herbeigeführt hatte. Individuelles Fehlverhalten und pathologische Auswirkungen wurden von den Ärzten als komplementäre Kategorien begriffen. Dementsprechend war die therapeutische Intervention gestaltet. Die Anleitung zur Wiedererlangung der Nervenkräfte basiert auf medizinischen *und* moralisch-ethischen Argumenten.[66] Im Falle der sexuellen Neurasthenie stellt sich die Lage anders dar. Zwar geht es auch bei dieser Diagnose um begrenzte Energien, mit der nach ökonomischen Prinzipien hauszuhalten war. Doch ging dieser Vorrat verloren, so musste dies nicht mit den individuellen Verfehlungen des Betroffenen zu tun haben. "Neurasthenia was not necessarily the fault of the neurasthenic."[67] Die sexuellen Krisen des Mannes konnten auf gesamtgesellschaftliche Transformationsprozesse projiziert und mit dem Neurastheniebegriff kodiert werden. Nicht ein Zuviel oder ein Zuwenig an Sexualität hatten zur vorschnellen Abschwächung der Nervenreserven geführt; Männer, die an sexueller Nervenschwäche litten, partizipierten bloß überdurchschnittlich an der modernen Zivilisation, gegen deren permanente Nervenattacken man machtlos war.

1.5 Affirmation und Ablehnung: Zur Rezeptionsgeschichte der Neurasthenie

Der Siegeszug der Neurasthenielehre begann in den frühen 1880er Jahren und erfasste binnen weniger Jahre weite Kreise der europäischen Medizin. Warum hatte die Neurasthenie auch diesseits des Atlantiks Erfolg? Im Folgenden soll gezeigt werden, dass es für die deutschen und österreichischen Neurologen gute Gründe gab, die Neurasthenielehre von George Beard affirmativ zu rezipieren. In einem ersten Schritt wird daher die breite Zustimmung skizziert, mit der die Nervenärzte auf die Schriften Beards reagierten. Für ein besseres Verständnis der Frage, warum die Neurasthenie in Teilen der deutschsprachigen Ärzteschaft als medizinische Innovation empfunden wurde, ist es wichtig, die Perspektive des ärztlichen Akteurs zu verlassen und auf die soziokulturellen Bedingungen und wissenschaftlichen Netzwerke einzugehen, die seine intensive Rezeption ermöglichten.[68] Denn der selbstbewusste

66 Angus McLaren: The Trials of Masculinity. Policing Sexual Boundaries 1870–1930. Chicago-London 1997, S. 141.

67 Bederman, Manliness and Civilization, S. 86.

68 Zur medizinischen Innovation siehe Jennifer Stanton: Introduction. In: dies. (Hg.): Innovations in

Gestus, mit dem Beard auf sich und auf „seine" Entdeckung aufmerksam zu machen suchte, bietet keine hinreichende Erklärung dafür, warum diese tatsächlich erfolgreich wurde, sprich: von einem größeren Kreis deutscher und österreichischer Nervenärzte angenommen und für ihre eigenen wissenschaftlichen Arbeiten und therapeutischen Praktiken übernommen wurde. Ebenso gut hätte man die Ideen eines bis dato wenig bekannten amerikanischen Arztes ins Leere laufen lassen können. Aber Beards Thesen wurden insbesondere von Neurologen als ein wichtiger und neuer Beitrag zur Frage der Zunahme der Nervenkrankheiten in der modernen Gesellschaft gewertet.

Eine wichtige Rolle in der Rezeption der Neurasthenie spielte der bildungsbürgerliche Wandel des Amerikabildes. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts veränderte sich der Blick der Alten auf die Neue Welt: „Amerika" stand nicht nur für die Hoffnungen von politisch Diskriminierten und sozial Benachteiligten auf einen Neuanfang in den unbegrenzten Weiten des Westens, sondern wurde auch zur negativen Projektionsfläche von Menschen, die sich um die gesundheitlichen Auswirkungen der Modernisierungsprozesse Sorge machten. Hierin wirkte Beards Neurasthenie wie ein gewaltiges gesellschaftliches Experiment, wie ein Blick in die eigene Zukunft, die von einer Zunahme der nervösen Belastungen geprägt schien. Dieses Szenario in seiner ganzen Tragweite erkannt zu haben, schrieb sich die Neurologie auf die Fahnen. Die Rezeptionsgeschichte der Neurasthenie muss daher im Zusammenhang mit der disziplinären Genese dieses Faches betrachtet werden. Anders als die Psychiatrie, die sich zu Ende des 19. Jahrhunderts als akademisches Fach weitgehend etabliert und institutionalisiert hatte, waren die Bestrebungen der Neurologie um fachliche wie wissenschaftliche Autonomie nicht so weit gediehen. Eine „neue" Krankheit, deren Auftreten an die neuesten technischen und ökonomischen Errungenschaften gekoppelt und in weiten Teilen der Gesellschaft um sich zu greifen schien, wurde daher von einer neuen, aufstrebenden medizinischen Spezialdisziplin als besondere wissenschaftliche wie professionspolitische Herausforderung begriffen. Die Ausleuchtung des professionspolitischen Hintergrunds und die Auseinandersetzung mit den Bestrebungen der Neurologen, mit einer intensiven Erforschung der Neurasthenie disziplin- *und* gesellschaftsrelevantes Wissen zu produzieren, stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels.

Kann man sich die Nervositätskonjunktur zu Ende des 19. Jahrhunderts auch ohne Beard und die Neurasthenie denken? Nervosität war um 1880 ein Begriff mit

---

Health and Medicine. Diffusion and resistance in the twentieth century. London 2002, S. 1–18; Ilana Löwy: Introduction: Medicine and Change. In: dies. (Hg.): Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation. Montrouge 1993, S. 1–19; John Pickstone (Hg.): Medical Innovations in Historical Perspective. Basingstoke-London 1992.

vielen Bedeutungen. Alexander Hirschfeld, ein Wiener Arzt, der über eine gut gehende Privatpraxis verfügte und sich auf Nervenkrankheiten spezialisiert hatte, schrieb 1879, dass das Schlagwort von der Nervosität „bei allen möglichen und unmöglichen Gelegenheiten" in Gebrauch stehe. Die Ursachen für das gehäufte Auftreten der Nervosität – als Modediagnose und gesellschaftliche Platitüde – konnte man mit Hirschfeld in den „Erscheinungen unseres hochentwickelten Culturlebens suchen".[69] Die Äußerungen des Wiener Nervenarztes können stellvertretend für viele andere genommen werden. Die Topoi, die Beard in den Vereinigten Staaten mobilisierte, waren unabhängig von ihm auch in den Schriften deutschsprachiger Ärzte zu finden.[70] Doch wurden auch andere Positionen vertreten. Die Antithese zu Beards moderner Neurasthenie kam von dem deutschen Arzt Friedrich Siebert. Unter dem Titel *Die Nervosität unserer Zeit* stellte er 1880 in einem populären Monatsmagazin die These vor, dass die Nervosität bereits ihren Zenit überschritten habe. In nächster Zeit, beruhigte Siebert die Leserschaft, würde auf die Epoche gesteigerter Nervosität eine Phase der Ruhe und Erholung folgen.[71] Beide Argumentationsmuster, das von der wachsenden Nervosität wie auch jenes von der abnehmenden Nervenbelastung, waren schon vor Beard vorhanden und standen in der Tradition einer psychiatrischen Kontroverse um die Auswirkungen des „modernen Lebens" auf die Nerven, die – mit unterschiedlicher Intensität und wechselnden Begriffen – seit dem Ende des 18. Jahrhunderts geführt wurde.[72]

Wiederholt und mit großem Selbstbewusstsein hatte Beard versucht, bei seinen Aufenthalten in Europa der Neurasthenie zum Durchbruch zu verhelfen. Dabei hatte er insbesondere die deutsche Medizin im Auge, von deren wissenschaftlichen Erfolgen er zwar beeindruckt, aber nicht überzeugt war. Beards Verhältnis zur deutschen Medizin war ambivalent. Auf der einen Seite war er stolz auf seine Kontakte zu bekannten Neurologen wie Wilhelm Erb (1840–1921), den er ausführlich in seinen

69 Alexander Hirschfeld: Diätetik für Nervenkranke. Mit Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen. Wien 1879, S. 5. Den Konnex von Nervosität und Kultur zog auch Franz Carl Weinke: Der nervöse Zustand, das Siechthum unserer Zeit. Wien 1853.

70 Ladislaus Pollák: Zur Frage der „Nervosität". In: Pester Medizinisch-Chirurgische Presse 16 (1880), Sp. 813–816, Sp. 829–832, Sp. 843–847.

71 Friedrich Siebert: Die Nervosität unserer Zeit. In: Westermanns illustrierte deutsche Monatshefte für das gesamte geistige Leben der Gegenwart 49 (1880/81), S. 377 f.

72 Zum psychiatrischen und hygienischen Diskurs um Zivilisation und Nervenkrankheiten an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert siehe Volker Roelcke: „Wir rücken Schritt vor Schritt dem Tollhause näher ...": Das moderne Leben und die Nervenkrankheiten bei Johann Christian Reil (1759–1813). In: Sudhoffs Archiv 80 (1996), S. 56–67 und Sarasin, Reizbare Maschinen, Kap. 5. Zur Bedeutung der Nerven im Krankheitserleben der Patienten siehe Stolberg, „Mein äskulapisches Orakel!", S. 385–404. Zum Einfluss der Neuropathologie auf die Kommunikationskultur siehe Albrecht Koschorke: Körperströme und Schriftverkehr. Mediologie des 18. Jahrhunderts. München 1999, bes. S. 122–154.

Schriften zitierte. Da die deutsche Wissenschaft in den Vereinigten Staaten von Amerika hohes Ansehen genoss, konnte Beard damit auch seine eigene Autorität stärken.[73] In der Einschätzung, inwieweit die Neurasthenie im Deutschen Reich oder in der Österreichisch-Ungarischen Monarchie verbreitet sei, zeigte er sich jedoch unsicher. An deutschen Einwanderern, die um 1880 in großer Zahl in New York ankamen, bewunderte Beard „the coolness and calmness, which the nervously exhausted American very much needs".[74] Andererseits glaubte er, dass die Neurasthenie auch in den Herkunftsländern der Immigranten stark im Ansteigen sei – die deutschen und österreichischen Ärzte hätten die tatsächliche Dimension der Verbreitung nur noch nicht erkannt.[75]

Erste Bekanntheit erlangte Beard in Europa nicht als Begründer der Neurasthenielehre, sondern als Spezialist für Elektrotherapie. 1871 hatte er gemeinsam mit Rockwell seine Monografie *A practical treatise on the medical and surgical use of electricity* vorgelegt, die drei Jahre später auch in deutscher Übersetzung erschien. Die von Beard und seinem Fachkollegen Rockwell entwickelte „allgemeine Faradisation" – eine Behandlungsmethode, bei der der ganze Körper des nervenkranken Patienten systematisch mit elektrischen Strömen zu bestreichen war – wurde mit kritischem Interesse bedacht und vorsichtig befürwortet.[76] Einer ausführlichen Schilderung elektrotherapeutischer Methoden hatte Beard auch ein Kapitel über die Neurasthenie beigefügt, das im Wesentlichen seinem Aufsatz von 1869 entsprach und betont zurückhaltend formuliert war. Zu diesem Zeitpunkt war die Neurasthenie über den Status eines begrifflichen Surrogats nicht hinausgekommen. Mit Beard und Rockwell konnte man annehmen, dass die „Neurasthenie oder nervöse Erschöpfung [...] im besten Fall nur ein Deckmantel unserer Unwissenheit" war.[77]

---

73 Zur Bedeutung Erbs für die Rezeption der Neurasthenie siehe Roelcke, Electrified Nerves, Degenerated Bodies, S. 182 f. und Eckart, „Die wachsende Nervosität unserer Zeit", S. 210–212.

74 Beard, American Nervousness, S. 339.

75 Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang eine Unterhaltung Beards mit einem New Yorker Rechtsanwalt, die Rockwell in seinem Nachruf auf Beard anekdotisch wiedergibt. Im Zuge einer Zeugeneinvernahme erzählte Beard von seinem aktuellen Lebenshintergrund, als ihn der Anwalt unterbrach und ihm die Frage stellte, ob er in letzter Zeit Deutschland besucht hätte. Beard bejahte. "For the purpose of learning, I suppose", stieß der Anwalt nach. "Not at all", antwortete Beard, "I went over for the purpose of instructing them." Rockwell, The late George M. Beard, S. 400.

76 Der Wiener Nervenarzt und Elektrotherapeut Moritz Benedikt war einer der ersten Ärzte, die von Beard Notiz nahmen. Moritz Benedikt: Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig 1874, S. 136–140. Siehe auch Franz Fischer: Die allgemeine Faradisation. Eine Elektrisierungsmethode nach Beard und Rockwell. In: APN 12 (1882), S. 628–646 und Sigmund Theodor Stein: Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Elektrotechnische Beiträge zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche. Halle/S. ²1883, S. 37–41.

77 George M. Beard, A[lphonso] D. Rockwell: Praktische Abhandlung über die medicinische und chir-

Einige Neurologen und Elektrotherapeuten waren somit zu einem Zeitpunkt auf Beard aufmerksam geworden, als dieser seine beiden Hauptwerke noch gar nicht veröffentlicht hatte. Carl Anjel, Kurarzt an einer schlesischen Wasserheilanstalt, hatte schon 1878 über sechzig Krankengeschichten gesammelt, für deren Charakterisierung ihm Beards Begriff treffend erschien.[78] Auch Wilhelm Erb fand Gefallen an der Neurasthenie und diskutierte den Begriff als mögliche Austauschvariante von Bezeichnungen wie Hypochondrie oder Spinalirritation.[79] Es darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, dass die Rezeption der Neurasthenie die Überwindung von wissenschaftspolitischen Machtstrukturen zur Voraussetzung hatte. Beards offensiver Gestus in der transatlantischen Verbreitung seiner Ideen mochte nur bis zu einem gewissen Grade berechtigt sein; er war aber notwendig, um überhaupt wahrgenommen zu werden. Das Gros der mittel- und westeuropäischen Mediziner brachte zu Beards Zeiten den Forschungen aus den Vereinigten Staaten eine Mischung aus Süffisanz und Misstrauen entgegen. Amerikanische Ärzte wurden nicht ernst genommen. Noch am Ende des 19. Jahrhunderts sahen namhafte Vertreter der Wiener Medizin ihre Fakultät weltweit als das Gravitationszentrum der Forschung an. Wer sich als Arzt den letzten fachlichen Schliff geben wollte, hatte sich in die Wiener Medizinische Schule zu begeben: „Wien ist für die ausländischen Ärzte immer noch die Ecole de perfection par excellence, mehr als Berlin, Paris und London."[80]

Ein Außenseiter wie Beard, der außerhalb der europäischen Konkurrenz stand, hatte es mit der Durchsetzung seiner Ideen nicht leicht. Es ist bezeichnend, dass Beards Thesen unter der alteingesessenen medizinischen Elite von Paris, Berlin oder Wien zunächst kaum Resonanz fanden. Erst die nachdrängende Generation jüngerer Neurologen und Psychiater, die mitten im Prozess der akademischen Etablierung stand, nahm die Vorschläge des New Yorker Arztes genauer unter die Lupe. Anfänglich dominierte aber auch bei dieser die Skepsis. Paul J. Möbius etwa, der sich um 1880 intensiv mit der Elektrotherapie befasste (um später mit ihr radikal zu brechen), hielt die Vorschläge Beards und Rockwells für skurrile Zwischenrufe aus der Ferne.

---

urgische Verwerthung der Elektrizität bei der lokalisierten und allgemeinen Anwendungsart derselben. Prag 1874, S. 256.

78 [Carl] Anjel: Ueber vasomotorische Neurasthenie und Mittheilung einiger psycho-pathologischer Curiositäten. In: APN 8 (1878), S. 402.

79 Wilhelm Erb: Handbuch der Krankheiten des Nervensystems I, 2. Hälfte: Krankheiten des Rückenmarks (= Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie 11/2). Leipzig 1876, S. 569; ähnlich Albert Eulenburg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Teil. Berlin ²1878, S. 689. Ablehnend dagegen Friedrich Jolly: Hysterie und Hypochondrie. In: Albert Eulenburg: Handbuch der Krankheiten des Nervensystems II (= Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie 12/2). Leipzig ²1877, S. 511.

80 Theodor Billroth: Aphorismen zum „Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften". Wien ²1886, S. 24.

Für Möbius war „die ganze Sache des Schwindels verdächtig".[81] Erst allmählich wurde den amerikanischen Neurologen und Elektrotherapeuten Vertrauen geschenkt. In Wien sprach zunächst Moritz Benedikt (1849–1920) anerkennend über Beard und nannte ihn einen „amerikanischen Gelehrten" und „Selfmademan", der an eigenwilligen, aber überaus erfolgreichen Forschungsprojekten gearbeitet habe.[82] Zu einem Zeitpunkt, als amerikanische Ärzte ihre Fortbildungskurse in Europa machten und die europäische Medizin die Vereinigten Staaten von Amerika primär als Absatzmarkt ihrer Ideen betrachtete, nahm die Neurasthenie eine wissenschaftsgeografische Trendumkehr vorweg: Transatlantische Forschungs- und Informationsflüsse begannen seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert vereinzelt, dann aber immer stärker von West nach Ost zu verlaufen.[83]

Mit dem Jahr 1880 beginnt die Konjunktur der Neurasthenie. Die schlagartige Verbreitung von Beards Monografie, die 1881 in der deutschen Übersetzung des Berliner Badearztes Moritz Neisser erscheint, spiegeln am besten die Rezensionen in den Zeitschriften wider. Denn „während noch vor kurzer Zeit die Neurasthenie von den meisten Ärzten und Klinikern, ich möchte sagen, über die Achsel angesehen wurde, [...] finden wir gegenwärtig in den besten neuropathologischen Arbeiten der Neurasthenie mehr oder weniger ausführlich Erwähnung getan", hieß es noch im selben Jahr in der *Allgemeinen Wiener Medizinischen Zeitung*.[84] Béla Weiss lobte in der *Wiener Medizinischen Presse* Beards Buch als „hochinteressante Schrift", die dem Leser eine „Fülle von geistreichen Aperçus" biete. Und Wilhelm Erb, der einflussreichste deutsche Förderer Beards, übernahm dessen pathetische Diktion, indem er über die Neurasthenie schrieb: „Sie ist die Modeneurose unserer Tage, die ‚Nervenkrankheit' par excellence und erscheint in tausend wunderbaren Formen."[85]

Nach 1880 war es für einen an psychiatrisch-neurologischen Fragen interessierten Arzt fast unmöglich, an Beard und seiner Neurasthenielehre achtlos vorbeizugehen. Ein Blick in die deutsche und österreichische medizinische Literatur zeigt eine Viel-

81 Paul J. Möbius: Vortrag, gehalten in der Medicinischen Gesellschaft zu Leipzig (27. Januar 1880). In: BKW 17 (1880), S. 677. Möbius' erste Beschäftigung mit der Neurasthenie dokumentiert sein Aufsatz: Über Neurasthenia cerebralis. In: Memorabilien 24 (1879), S. 25–31.

82 Moritz Benedikt: Schulen und Schüler. Eine Neujahrsbetrachtung. In: WMB 8 (1885), Sp. 87. Benedikt hielt seit den 1870er Jahren zu Beard gute Kontakte und beschrieb später ein amikales Verhältnis, das zwischen ihnen geherrscht habe. Moritz Benedikt: Volksnerven- und Pflegeanstalten. In: *Neue Freie Presse* Nr. 14686 (13. Juli 1905), S. 17.

83 Radkau, Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, S. 212.

84 Väter Ritter v. Artens: Rez. zu George Beard: A practical treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York 1880. In: AWMZ 25 (1880), S. 547.

85 B[elá] W[eiss]: Rez. zu George Beard: Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. In: WMP 22 (1881), Sp. 641 f.; Wilhelm Erb: Handbuch der Elektrotherapie. Leipzig 1882, S. 572.

zahl von großteils affirmativen, partiell auch euphorischen Stellungnahmen: In Graz zeigte sich 1881 Josef Herzog weitgehend mit Beard einverstanden und regte in einer Sitzung des steirischen Ärztevereins zu weiterer Beschäftigung mit dem amerikanischen Autor an.[86] Adolf Gorhan, Primarius am öffentlichen Krankenhaus in Mödling bei Wien, billigte Beard ebenfalls ausgezeichnete Referenzen zu und sprach in einem Vortrag von der „vielgenannten und Laien und Aerzten allbekannten Neurasthenie".[87] Glaubt man zeitgenössischen Stimmen, so erreichte nicht nur sein Werk, sondern auch Beard selbst einen hohen Bekanntheitsgrad. Wer von Neurasthenie sprach, redete – nicht selten auch mit hagiografischer Verehrung – von Beard. Franz Carl Müller, der das *Handbuch der Neurasthenie* herausgab, nannte ihn einen „genialen Forscher". Willy Hellpach zufolge war Beards Name „an die Spitze aller, die sonst noch mit der Nervosität in Verbindung gebracht werden mögen", zu stellen. Der „berühmte amerikanische Nervenarzt", wie ihn der Wiener Nervenarzt Josef Wilheim 1890 nannte, war innerhalb weniger Jahre zu einer viel genannten Persönlichkeit geworden.[88]

Der „begeisterte Widerhall" auf Beard, den der Mödlinger Arzt Adolf Gorhan in der deutschen und österreichisch-ungarischen Ärzteschaft vernahm, zeichnete sich schon bald durch einen hypertrophen Gestus aus.[89] 1885 war in der *Wiener Medizinischen Presse* vom „Jahrhundert der Neurasthenie" die Rede gewesen. Zwei Jahre später bemerkte der noch relativ unbekannte Freud in einer Rezension, dass man die Neurasthenie „getrost als die allerhäufigste Erkrankung in unserer Gesellschaft bezeichnen darf". In den nervenärztlichen Kreisen Transleithaniens stand die Neurasthenie ebenfalls hoch im Kurs. Nach Julius Donath, einem Budapester Neurologen, konnte Beards Neurasthenieschrift schon 1895 als „classisches Werk" angesehen werden. Für den Wiener Psychiater Emil Redlich (1860–1930) war Beard der „classische Autor der Neurasthenie".[90] Solche und ähnlich formulierte Stellungnahmen ziehen sich quer durch die Literatur. Sie dokumentieren den raschen Aufstieg,

86 Josef Herzog: Der nervöse Schnupfen (Rhinitis vasomotoria). In: MVS 18 (1881), S. 33.

87 Adolf Gorhan: Ueber das Wesen und die Behandlung der erworbenen Neurasthenie. In: IKR 3 (1889), Sp. 2053.

88 Franz C. Müller: Hydrotherapie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Leipzig 1890, S. 352; Willy Hellpach: Nervenleben und Weltanschauung. Ihre Wechselbeziehungen im deutschen Leben von heute. Wiesbaden 1906, S. 46; [Josef-Isidor] Wilheim: Die Nervosität (Neurasthenie), deren Verlauf und Heilung. Wien [6]1892, S. 5.

89 Gorhan, Wesen und Behandlung der Neurasthenie, Sp. 2053.

90 Anonym: Rez. zu Rudolph Arndt: Die Neurasthenie. Wien-Leipzig 1885. In: WMP 26 (1885), Sp. 1097; Sigm[und] Freud: Rez. zu Heinrich Averbeck: Die akute Neurasthenie. Berlin 1886. In: WMW 37 (1887), Sp. 138; Julius Donath: Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica. In: WMW 45 (1895), Sp. 1097; Emil Redlich: Ueber Psychosen bei Neurasthenikern. In: WMP 42 (1902), Sp. 559.

den Beard mit der Neurasthenie in der österreichisch-ungarischen Medizin am Ende des 19. Jahrhunderts nahm, darüber hinaus aber auch die wachsende Bedeutung der Vereinigten Staaten als Wissenschaftsnation. Für die Emanzipationsbestrebungen der amerikanischen Ärzteschaft, die aus ihrem Schülerstatus herauszukommen trachtete, war Beard ein wichtiger Vorreiter.

Auch in der gebildeten Klientel der Nervenärzte war der amerikanische Arzt zu einer bekannten Persönlichkeit geworden. Italo Svevo (eigentlich Ettore Schmitz), ein Triestiner Industrieller und Schriftsteller, der in seinem autobiografisch gefärbten Werk *Zeno Cosini* die Nervositätserfahrung der gleichnamigen Hauptperson schildert, verweist an einer Stelle explizit auf Beard. Svevo schrieb seinen berühmtesten Roman zu Beginn der 1920er Jahre und versetzte die Erzählung in die Zeit unmittelbar vor dem Krieg. Medizinisch gesehen war Beard zu beiden Zeitpunkten nicht mehr aktuell, nach dem Krieg noch weniger als vorher. Dennoch bescherte er Beard – im Gegensatz zu den anderen Ärzten, deren Identität er unter ironischen Decknamen und Kürzeln versteckt hatte – einen ehrenvollen Kurzauftritt.[91] Auch unter den Ärzten flackerte die Begeisterung für Beard immer wieder auf. Um exemplarisch im italienischen Kontext zu verbleiben: Diomede Carito, neapolitanischer Arzt und neben Paolo Mantegazza einflussreichster Vertreter der italienischen Nervositätsliteratur, betrachtete 1916, mitten im Krieg, den Einfluss des amerikanischen Nervenarztes noch immer für so groß, dass er ihn auf eine Stufe mit Darwin und Nietzsche stellte. Carito sah in Beard eine der „tre grandi figure del secolo decimonono" und nannte ihn einen einflussreichen Denker der „Societá moderna", die überwiegend von dieser Männertrias geprägt worden sei.[92] Der Einschätzung des kanadischen Medizinhistorikers Edward Shorter ist zuzustimmen: Wie keine andere medizinische Studie, die im 19. Jahrhundert aus den Vereinigten Staaten kam, beeinflusste Beards Buch die europäische Ärzteschaft.[93]

---

91 Cosini, der mit Ärzten und Psychoanalytikern keine guten Erfahrungen gemacht hat, kommt eines Tages zufällig „das berühmte Buch des Doktor Beard über die Neurasthenie in die Hände". Er liest es aufmerksam und befolgt die abgedruckten Ratschläge. Zumindest zeitweilig, für einige Monate, glaubt Cosini, dass ihm die empfohlenen Kuren und Arzneien des amerikanischen Nervenarztes gut täten. Italo Svevo: Zeno Cosini. Reinbek bei Hamburg 1997, S. 555. [EA 1923]. Ettore Schmitz (1861–1928) setzte sich ab 1892 – als Beards *American Nervousness* in italienischer Übersetzung erschien – intensiv mit dieser Schrift auseinander und war fasziniert von der These, dass Neurosen an den Wandel von sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen gebunden seien. Siehe John Gatt-Rutter: Italo Svevo. A Double Life. Oxford 1988, S. 107.

92 Diomede Carito: Como lo spirito della nostra epoca (Darwin – Nietzsche – Beard). Napoli 1916, S. 10. Carito hatte sein Hauptwerk über die Neurasthenie, in dem er sich wie Beard für eine kulturelle Auslegung des Leidens aussprach, kurz nach der Jahrhundertwende veröffentlicht: La neurasthenia e la vita moderna. Napoli 1905.

93 Edward Shorter: Somatoform Disorders. Social Section. In: German E. Berrios (Hg.): A History of

Die Literatur zur Neurasthenie war schon ein Jahrzehnt nach Beards Monografie kaum mehr zu überblicken. 1893 erschien ein *Handbuch der Neurasthenie*, das den bisherigen Wissensstand über die Krankheit auf über sechshundert Seiten zusammenzufassen versuchte. Das erste Kapitel, das einen Überblick über das internationale Schrifttum zur Neurasthenie verschaffen sollte, gibt auf knapp achtzehn eng bedruckten Seiten 698 Literaturzitate wieder.[94] „Es muß entschieden als ein Zeichen der Zeit betrachtet werden, daß über die Neurasthenie ein 600 Seiten enthaltendes Handbuch – besser gesagt Lehrbuch – geschrieben werden kann!", kommentierte ein Rezensent in der *Wiener Medizinischen Presse*.[95] Eine ähnliche bibliografische Dimension bot der 1894 erschienene Aufsatz von Paul J. Möbius. Dieser hatte parallel zu Müllers Handbuch an einem Schriftenverzeichnis zur Neurasthenie gearbeitet und war von den Ergebnissen seiner Recherche überrascht worden. Selbst für einen Neurologen, der sich auf diese Krankheit spezialisiert hatte, war es unmöglich geworden, die Publikationen zur Kenntnis zu nehmen. Trotz intensiver Beschäftigung mit der Literatur, konzedierte Möbius in seinem Vorwort, hätte er längst nicht alle angeführten Arbeiten gelesen.[96]

Die sprunghafte Entwicklung der Literatur zur Neurasthenie spiegelt sich in der wichtigsten internationalen Medizinbibliografie dieser Zeit wider. Im *Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office* finden sich unter dem Stichwort „Neurasthenia" 1888 zwei Spalten, 1906 hingegen, als eine Neuauflage auf den Markt kam, dreißig Spalten. Innerhalb von nicht einmal zwei Jahrzehnten hatte sich damit – nach quantitativen Maßstäben betrachtet – das Wissen zur Neurasthenie ver-

---

Clinical Psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders. London 1995, S. 481. Zur Rezeption Beards im viktorianischen England siehe Janet Oppenheim: Shattered Nerves. Doctors, Patients, and Depression in Victorian England. Oxford 1991; Mathew Thomson: Neurasthenia in Britain: An Overview. In: Gijswijt-Hofstra and Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 77–95 und Chandak Sengoopta: A Mob of Incoherent Symptoms? Neurasthenia in British Medical Discourse, 1860–1920. In: Gijswijt-Hofstra and Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 97–115. Auch in der russischen Ärzteschaft wurde Beards Neurastheniekonzept schnell populär. Siehe Laura Goering: "Russian Nervousness": Neurasthenia and National Identity in Nineteenth-Century Russia. In: Medical History 47 (2003), S. 23–46.

94 Franz C[arl] Müller: Literatur. In: ders. (Hg.): Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893, S. 1–18. Allerdings bezieht sich diese Zusammenstellung nicht bloß auf die nach Beard (ab 1880) erschienene Neurasthenieliteratur, sondern schließt auch ältere Schriften ein, die nach Meinung des Bibliografen und Herausgebers des Handbuches ebenfalls zu dieser Krankheitsform zählten.

95 [Franz] Windscheid: Rezension zu Müller, Handbuch der Neurasthenie. In: WMP 54 (1893), Sp. 1495.

96 P[aul] J[ulius] Möbius: Zur Lehre von der Nervosität. In: ders.: Neurologische Beiträge, II. Heft. Leipzig 1894, S. 67. „Die Literatur der Neurasthenie wuchs bald ins Ungeheure", notierte auch Georg Korn: Neuropathologie. In: Max Neuburger und Julius Pagel (Hg.): Handbuch der Geschichte der Medizin. Bd. 2: Die neuere Zeit. Jena 1903, S. 732.

fünfzehnfacht. Ein Rezensent der *Wiener klinischen Wochenschrift* notierte unter dem Eindruck der Informationsflut über die Neurasthenie, dass dieses Thema „so oft wie kein zweites in der modernen Medizin" behandelt werde.[97] Die redundante medizinische Darstellung der Neurasthenie galt vielen Ärzten selbst als ein Indiz für die wachsende Nervosität der Zeit. Für den Heidelberger Neurologen Wilhelm Erb etwa war die „riesig anwachsende Literatur zu diesem Gegenstand" der beste Beweis für die Richtigkeit dieser Gesellschaftsdiagnose.[98]

1.6 Neurasthenie, Neurologie und Amerikanisierung

"The nervousness is extending over Europe, which is rapidly becoming americanized", hatte Beard in *American Nervousness* postuliert.[99] Was hielten deutsche und österreichische Neurologen und Psychiater von Beards provokanter These, dass die Neurasthenie nicht nur eine neue, sondern auch eine spezifisch „amerikanische" Krankheit sei? Bei den Ärzten, die sich vor Ort ein Bild machen konnten und zur Zeit Beards in New York praktizierten, zeigten sich sowohl Zustimmung als auch Ablehnung. Deutliche Worte der Unterstützung fand etwa Basil W. Neftel, der 1883 schrieb: „Von jedem Arzt, der in Amerika längere Zeit practicirt hat, wird zugegeben, daß sämtliche Nervenkrankheiten [...] in ungewöhnlicher Frequenz und Intensität in Amerika vorkommen."[100] Eine gegenteilige Position vertrat Leopold Löwenfeld (1847–1924), der als einer der ersten Wortführer der deutschen Neurastheniefor schung die Gelegenheit hatte, die *American Nervousness* an Ort und Stelle zu studieren. Löwenfeld war Mitte der 1870er Jahre als frisch promovierter Arzt drei Jahre in den Vereinigten Staaten tätig gewesen und hatte sich dort insbesondere mit elektrotherapeutischen Methoden beschäftigt. Als er in seine Heimatstadt München zurückkehrte, machte er sich selbstständig und eröffnete eine Privatpraxis. Obwohl Löwenfeld sein Handwerk als Elektrotherapeut und Neurologe in den Vereinigten Staaten gelernt und die Neurastheniediagnose auch in seine Praxis eingeführt hatte, wollte er von einer spezifisch amerikanischen Note der Nervosität nichts wissen.[101] Hugo von Ziemmsen wiederum, Direktor der Medizinischen

97 Anonym: Rez. zu Wilhelm Weygandt: Die Behandlung der Neurasthenie. In: WKW 15 (1902), S. 559.

98 Erb, Die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 288.

99 Beard, American Nervousness, S. 14.

100 B[asil] W[illiam] Neftel: Ueber Atremie, nebst Bemerkungen über die Nervosität der Amerikaner. In: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin 91 (1883), S. 481.

101 Leopold Löwenfeld: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. Wiesbaden 1887, S. 12–1.

Klinik in München, glaubte fest an die „zahlreichen Neurastheniker Nordamerikas".[102]

In Wien waren sich die Nervenärzte und Psychiater ebenfalls uneinig. Der Psychiater Richard von Krafft-Ebing hielt nichts von der *American Nervousness*, glaubte aber an eine stärkere Verbreitung der Neurasthenie in Amerika als in Europa. Andere Ärzte wie Joseph Wilheim oder Wilhelm Stekel folgten ohne Einschränkung Beard und stellten sich damit in eine Reihe mit Möbius oder Erb.[103] Auch für Ludwig Frey waren die nordamerikanischen Großstädte Brennpunkte der Neurasthenie. Die Situation in diesen Städten, „wo die Zahl der Neurastheniker in einer exorbitanten Weise zunimmt und mitunter Formen von einer derartigen Intensität aufweist, wie wir es glücklicherweise bei uns nur selten beobachten", war für den praktischen Arzt wie ein Blick in die nahe Zukunft seiner Heimatstadt.[104]

Im Wesentlichen akzeptierten die meisten deutschen und österreichischen Nervenärzte Beards These von der *American Nervousness*. Dabei spielten neue kulturelle Deutungsmuster und Stereotype eine bedeutende Rolle. Denn im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts hatte sich das Amerikabild der europäischen Bildungselite stark verändert. Neben die bestehenden Topoi der Wildheit, der ungebändigten Natur und deren Zähmung, der ungehinderten Persönlichkeitsentfaltung wie der sozialen Gleichheit traten zunehmend Vorstellungen einer hoch industrialisierten Gesellschaft. „Amerika" konnotierte zunehmend mit entfesselter ökonomischer und technischer Energie, mit unkontrollierten kapitalistischen Eskapaden, mit schnellen Verkehrseinrichtungen und rasanter Kommunikation. Glaubte man den publizierten Reiseberichten, so war in den Vereinigten Staaten ein Experiment angelaufen, das sich mit atemberaubender Geschwindigkeit vollzog. Die Verstörung, die Alexander von Hübner am Broadway erfasst hatte, empfanden viele. In einer „Ambivalenz zwischen Faszination und Schrecken" beschrieben Reisende aus der Alten Welt ihre Eindrücke im hektischen Großstadtleben von New York oder Chicago.[105] Die Vereinigten Staaten von Amerika hatten kritisch beäugten Modellcharakter und waren eine realisierte Zukunftsvision, der man mit gemischten Gefühlen entgegensah.

---

102 H[ugo] von Ziemssen: Die Neurasthenie und ihre Behandlung. Leipzig 1887, S. 4.

103 Richard von Krafft-Ebing: Ueber gesunde und kranke Nerven. Tübingen [1885], S. 109; ders.: Nervosität und neurasthenische Zustände. Wien 1895, S. 54; Wilheim, Die Nervosität, S. 5; Stekel, Die Ursachen der Nervosität, S. 15; Möbius, Die Nervosität, S. 84; Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 290. Kornig nannte im *Umgangshandbuch für den Verkehr mit Nervösen* (S. 24) Amerika das „gelobte Land der Nervosität".

104 Frey, Über die Nervosität des Jahrhunderts, S. 10.

105 Alexander Schmidt: Reisen in die Moderne. Der Amerika-Diskurs des deutschen Bürgertums vor dem Ersten Weltkrieg im europäischen Vergleich. Berlin 1997, S. 243.

Amerika war zum „stark diskutierten Paradigma einer technisch-industriellen Moderne" geworden.[106]

Diese Akzentverschiebung in der öffentlichen Wahrnehmung der Vereinigten Staaten färbte auch auf den Nervositätsdiskurs ab und manifestierte sich in Stereotypen, die sich um den kapitalistischen „amerikanischen Nationalcharakter" drehten. Im Mittelpunkt stand die rasante Lebensführung des Amerikaners, die in seinem Wesen selbst begründet schien; sein berufliches Streben kannte nur ein Ziel: Geld, Gewinn und materiellen Wohlstand.[107] Es ist kein Zufall, dass zur Zeit, als Beards Neurasthenielehre in Europa bekannt wurde, auch das Schlagwort der „Amerikanisierung" aufkam. Der Begriff wurde mit der Modernisierung der Produktionsmethoden in Industrie und Handel beziehungsweise mit dem wachsenden Übergewicht der Technik assoziiert, stand aber auch für geistig-kulturelle Eigenheiten jener Menschen, die ihre Lebensführung nach materiellen Prinzipien ausgerichtet hatten.[108]

Im zeitgenössischen Empfinden löste das Wort häufig Beunruhigung und Reflexe der Abwehr aus. In konservativen Ärztekreisen wurde der „amerikanische Lebensstil" mit Misstrauen registriert, da nachteilige Wirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der Menschen befürchtet wurden. Peter Gay meint, dass sich abseits der von Zustimmung geprägten Reaktion der europäischen Ärzte auf Beard ein Quäntchen Schadenfreude verbarg. Natürlich hätte er mit seiner Theorie, die Neurasthenie sei zuallererst und exklusiv auf amerikanischem Boden aufgetaucht, gefehlt. Aber dass ausgerechnet in den Vereinigten Staaten, wo das moderne Leben die wildesten Fortschrittseskapaden zu machen schien, ein einheimischer Arzt großspurig von der Entdeckung der *American Nervousness* sprach, wurde als delikate Angelegenheit empfunden.[109]

---

106 Ebd., S. 92.

107 Die von Krafft-Ebing, Möbius und anderen Autoren zitierte Phrase „Time is money" hingegen ist kein originäres Produkt des Nervositätsdiskurses, sondern geht auf das Jahr 1748 zurück, als Benjamin Franklin diese in seiner Schrift *Advice to a Young Tradesman* gebrauchte. Schlereth, Victorian America, S. 65.

108 Der Berliner Physiologe Emil Du Bois-Reymond hatte 1877 in einem Vortrag von „Amerikanisierung" gesprochen. Otto Basler: Amerikanismus. Geschichte des Schlagwortes. In: Deutsche Rundschau (August 1930), S. 144. Zur Analogie von Neurasthenie und „Amerikanismus" siehe Lothar Müller: Modernität, Nervosität und Sachlichkeit. Das Berlin der Jahrhundertwende als Hauptstadt der „neuen Zeit". In: Mythos Berlin. Zur Wahrnehmungsgeschichte einer industriellen Metropole. Berlin 1987, S. 79–92. Als „pathologische Variante und Schlagwortzwilling des Amerikanismus" sei die Neurasthenie „die ideale Chiffre zur reflexiven Bündelung der Risiken des Fortschritts im Blick auf die psychophysische ‚Natur' des Menschen" geworden (S. 85).

109 Gay, Die zarte Leidenschaft, S. 344–346.

Des Öfteren wurde Beard und anderen amerikanischen Ärzten ein persönliches wie fachliches Nahverhältnis zur Neurasthenie nachgesagt. „Ein wenig amerikanisch angehaucht" kam schon einem der frühen Wiener Rezensenten das Buch des New Yorker Nervenarztes vor.[110] Beard und andere amerikanische Nervenärzte wie Rockwell oder Weir-Mitchell galten nicht zuletzt aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit der Krankheit als *die* Neurastheniespezialisten schlechthin. Auch der Florentiner Arzt und Anthropologe Paolo Mantegazza schrieb die Abfassung der Neurasthenielehre der persönlichen Nervosität Beards zu. Der chaotische Gestus in der Schrift, die ausufernde Darstellung der Symptome und die eigenartige Mischung aus wissenschaftlicher und gemeinverständlicher Sprache – all das wertete Mantegazza als Indiz dafür, dass Beard eine getarnte Selbstbeschreibung hinterlassen habe: „Er selbst ist wohl der sprechendste Beweis für das, was er beweisen will, nämlich, daß das amerikanische Volk im höchsten Grade nervös ist. Dr. Beard selbst ist ein nervöser Schriftsteller: er denkt, schreibt und übertreibt in nervöser Weise."[111] Mit der Ironie ging aber auch Respekt einher. In der deutschsprachigen Neurastheniefforschung zählten die Arbeiten Beards und die anderer amerikanischer Autoren als erste Referenz.[112]

Welches Bild von den Vereinigten Staaten und seinen Einwohnern zeichnete der Historiker Karl Lamprecht (1856–1915), der analog zum medizinischen Neurasthenie- und Nervositätskonzept seine Theorie von der zunehmenden „Reizsamkeit" entwickelt hatte?[113] Als Lamprecht 1904 mehrere Monate lang Nordamerika bereiste, hatte er soeben die Ergänzungsbände seiner *Deutschen Geschichte* fertig gestellt. Die geschichtspsychologischen Überlegungen, die er darin präsentierte, legen eine intensive Beschäftigung mit der *American Nervousness* Beards nahe, zumal auch Lamprecht die Reizsamkeit in einem Konnex mit den Modernisierungsschüben der deutschen Nation diskutiert hatte. Doch in Bezug auf das Amerikabild zeigen Lamprechts Reisenotizen eine konservative und überhebliche Attitüde. Seiner Ansicht

110 Weiss, Die Nervenschwäche, Sp. 642.

111 Paul Mantegazza: Das nervöse Jahrhundert. Leipzig [1888], S. 58. Willy Hellpach stellte mit feiner Ironie Beard „an die Spitze aller, die sonst noch mit der Nervosität in Verbindung gebracht werden mögen". Hellpach, Nervenleben und Weltanschauung, S. 46.

112 Ein Beispiel mag dies illustrieren: 1888 veröffentlichte das Redaktionsteam der Internationalen Klinischen Rundschau (einschließlich ihres Chefredakteurs Johann Schnitzler, dem Vater Arthur Schnitzlers) einen Vortrag des „berühmten Neuropathologen Rockwell" als Sonderabdruck. Siehe [Alphonso D.] Rockwell: Neurasthenie und Lithämie: Differential-Diagnose und Therapie. In: IKR 2 (1888), S. 503.

113 Steiner, „Das nervöse Zeitalter", S. 23–30. Zu Lamprecht und seinen umstrittenen Thesen in der deutschen Geschichtswissenschaft siehe Roger Chickering: Karl Lamprecht. A German academic life (1856–1915). New Jersey 1993 und Luise Schorn-Schütte: Karl Lamprecht. Kulturgeschichtsschreibung zwischen Wissenschaft und Politik. Göttingen 1984.

nach waren die Vereinigten Staaten über den Status einer „teutonischen Tochternation" noch nicht hinausgekommen.[114] Eine eigenständig-schöpferische Leistung in der Produktion und Gestaltung kultureller Werte gestand der Historiker der Neuen Welt nicht zu. Beards These von der nervösen Superiorität der Fortschrittsnation USA konnte Lamprecht nichts abgewinnen. „Nirgends zartere Nuancen; ein großes, derbes Dasein, namentlich der Männer", hatte er schon auf der Überfahrt über die amerikanischen Mitreisenden geschrieben.[115] War Beards *American Nervousness* im Urteil Lamprechts nichts anderes als eine großsprecherische Phrase? Eine fortgeschrittene „Reizsamkeit" der Amerikaner kam für den deutschen Professor nicht in Frage, da ihm der Gegensatz zwischen den wenigen Großstädten und den riesigen, partiell noch unerschlossenen Gebieten des Westens für zu groß erschien.

In einen Wettstreit darüber, welche Nation den Primat der Nervosität beanspruchen konnte, ließen sich weder die deutschen noch die österreichischen Ärzte ein. Die negativen Auswirkungen der Neurasthenie wurden zu sehr gefürchtet, als dass man in ihnen Indizien des kulturellen oder nationalen Fortschritts sehen hätte wollen. Beards spitze Bemerkung, dass die Neurasthenie von der deutschen Medizin übersehen worden sei, kratzte jedoch am wissenschaftlichen Selbstverständnis der Ärzte und forderte zu einer Stellungnahme heraus. Die Strategie, mit der die Gegner Beards replizierten, lief im Wesentlichen darauf hinaus, den neuen Begriff von der alten Krankheit zu trennen. Am bekanntesten wurde der Versuch des Greifswalder Psychiaters Rudolph Arndt (1835–1900), der mit Hilfe von Pathografien die Neurasthenie als ein Männerleiden charakterisierte, das sich seit der Antike bei einflussreichen Männern – Politikern, Dichtern und Feldherren – nachweisen lasse.[116] Beard hätte somit nur neu gedeutet, zusammengefasst und erfolgreich popularisiert, was in Europa seit Jahrtausenden bekannt gewesen sei. Die Historisierung der Neurasthenie als Merkmal europäischer Politik- und Geistesgeschichte sollte den amerikanischen Vorstoß relativieren und Beard in die Schranken weisen. Doch waren solche Stimmen eher die Ausnahme. Die meisten deutschen und österreichischen Nervenärzte brachten Beard und der Neurasthenie Sympathie entgegen. Die *Neu*rasthenie war im deutschsprachigen Raum schon von ihrer Wortschöpfung her geeignet, den Eindruck des Neuen glaubhaft zu vermitteln. „Von der Krankheit, an der

114 Karl Lamprecht: Americana. Reiseeindrücke. Betrachtungen. Geschichtliche Gesamtansicht. Freiburg i. Br. 1906, S. 85.

115 Ebd., S. 12. Zur bildungsbürgerlichen Rede über Amerika als einem „Land ohne Kultur" siehe Alf Lüdtke, Inge Marßolek, Adelheid von Saldern (Hg.): Amerikanisierung. Traum und Alptraum im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart 1996, S. 9 f.

116 Rudolph Arndt: Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Wien-Leipzig 1885, S. 20. Zu Arndts obsessiver Suche nach „neurasthenischen Individuen, Familien und Nationen" von der Antike bis ins 19. Jahrhundert vgl. auch die ironische Rezension eines Anonymus in: WMW 35 (1885), Sp. 1197.

ich im Alter von zwanzig Jahren litt, wüßte ich nichts mehr, hätte ich nicht mit einem Arzt darüber gesprochen. Es ist merkwürdig, wie man sich an gesprochene Worte besser erinnert als an Gefühle, die niemals zu einer sprachlichen Form gelangt sind", lässt Svevo seine Romanfigur Zeno Cosini sagen.[117]

Die gelungene Begriffswahl Beards wurde immer wieder gelobt. Adolf Gorhan zufolge war das Verdienst Beards, den „passenden Namen Neurasthenie erfunden zu haben", sehr hoch einzuschätzen, „war doch damit eine in der Praxis immer stärker auftauchende Krankheit mit einem Schlage in der wissenschaftlich glänzendsten Form untergebracht worden". Auch andere deutsche Autoren wie Möbius betonten die glückliche Hand Beards in der Auswahl des Krankheitsnamens.[118] Darüber hinaus war die überwiegende Zahl der deutschsprachigen Neurologen und Psychiater aber auch der Ansicht, dass Beard mit seiner Neurasthenielehre eine wissenschaftliche Innovation gelungen sei. „Beards Werk war eine wissenschaftliche Tat", schrieb 1908 der Neurologe Robert Bing. „Er hat mehr getan, als lediglich für bereits Bekanntes einen prägnanten und zutreffenden Namen lanciert. Er hat in proteusartig wechselnden Symptomenkomplexen das gemeinsame Wesentliche erkannt, sie vereinigt, gruppiert und ihnen eine wohldefinierte nosologische Stellung zugewiesen."[119] Das rege und größtenteils affirmative Interesse, das sie an Beard hatten, kann mit dem Argument des modischen Begriffs allein nicht erklärt werden. Wenn sich Beard mit seinen Ideen durchsetzen konnte, so waren es nicht allein der neue Name, den er zur besseren Charakterisierung der diffusen Symptome der Nervosität vorgeschlagen hatte, und die konsequente Publikationspolitik, sondern auch die plausible und kohärent empfundene Konzeption seiner Ideen. Mit dem Bekenntnis zur Neurasthenie brachten Ärzte wie Erb oder Krafft-Ebing zum Ausdruck, an einer wissenschaftlichen Innovation mittragen zu wollen. Für ihre eigenen Forschungen und professionspolitischen Interessen konnten sie Beards Begriff und Konzept gut gebrauchen.

Die beiden letzten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts markierten die Hochphase eines komplexen Wandlungsprozesses in der Medizin, der unter dem Begriff der *Medikalisierung* zusammengefasst wird. Medikalisierung bezeichnete den fundamentalen Wandel, der sich in der Struktur der Gesundheitsversorgung in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg vollzog. Während akademisch ausgebildete Ärzte noch am Beginn des 19. Jahrhunderts eine nur untergeordnete Rolle spielten und der Bevölkerung auch andere Anbieter (Wundärzte, Heiler, Hebammen) zur Verfü-

117 Svevo, Zeno Cosini, S. 40.

118 Gorhan, Wesen und Behandlung der Neurasthenie, Sp. 2053; Möbius, Zur Lehre von der Nervosität, S. 62.

119 Robert Bing: Über den Begriff der Neurasthenie. In: MK 4 (1908), S. 143.

gung standen, war um 1900 der Aufstieg der Ärzte vom „gelehrten Stand zu(m) professionellen Experten" weitgehend vollzogen.[120] Sie waren nun Gutachter, Berater und Diskussionspartner der Verwaltungsbehörden und fachpolitischen Gremien des Staates und entfalteten durch ihre Mitwirkung an der Gesundheits- und Sozialpolitik (Kranken- und Unfallversicherung) eine enorme soziale und gesellschaftliche Breitenwirkung. Allerdings darf man sich die Zielrichtung der Ärzteschaft auf dem Weg zu einer vorherrschenden sozialen und gesellschaftlichen Deutungsinstanz nicht zu einheitlich vorstellen. Medizinisches Denken und Handeln war und ist zu keinem historischen Zeitpunkt eine autonome Kategorie, die sich abseits von politischen, kulturellen und ökonomischen Konstellationen entwickelt. Die Ärzte zwangen der Gesellschaft ihren Expertenstatus nicht einfach auf, sondern erlangten diesen durch die geschickte Ausnützung der mit staatlichen Institutionen gemeinsamen Interessenlagen und durch die zunehmende Nachfrage der Patienten nach wissenschaftlich begründeten Handlungsanleitungen für eine gesunde und hygienische Lebensführung.[121]

Aus amerikanischer Sicht wurden deutsche und österreichische Nervenärzte sowohl in ihrer wissenschaftlichen Kompetenz als auch in ihrer gesellschaftlichen Stellung mit hoher Wertschätzung bedacht. Doch wurde übersehen, dass in den 1880er Jahren auch die deutsche Neurologie (im zeitgenössischen Sprachgebrauch ist häufig auch von der Neuropathologie die Rede) um ihre Anerkennung innerhalb der Medizin kämpfte und Kapazitäten wie der von Beard bewunderte Erb mit der Durchsetzung ihrer professionellen Interessen befasst waren.[122] Deshalb war ein Krankheitskonzept, das man als weit verbreitet diagnostizierte, so hilfreich. Diszi-

120 Claudia Huerkamp: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.

121 Zur wachsenden Geltungsmacht der Ärzte im 19. Jahrhundert und der Durchdringung des Alltagslebens durch medizinische Kategorien und Normen existiert eine umfangreiche Forschungsliteratur. Für einen Überblick siehe Sauerteig, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft, S. 18–21 und Michael Stolberg: Heilkundige: Medikalisierung und Professionalisierung. In: Paul, Schlich, Medizingeschichte, S. 69–86. Zur deutschen Forschungsdiskussion siehe Martin Dinges (Hg.): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933). Stuttgart 1996; Francisca Loetz: Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung" und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850. Stuttgart 1993; Alfons Labisch: Homo Hygiencius. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/M. 1992; Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn 1989; Ute Frevert: Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Göttingen 1984 und Reinhard Spree: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich. Göttingen 1981, S. 138–167.

122 Albrecht Hirschmüller, The Development of Psychiatry and Neurology in the Nineteenth century. In: History of Psychiatry 10 (2000), S. 395–423.

plingeschichtlich betrachtet war die Neurologie ein Abkömmling der inneren Medizin, der sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts abzunabeln begann.

Wichtige Impulse für den Loslösungsprozess der Neurologie kamen aus der intensiven Beschäftigung mit gehirn- und neuroanatomischen Fragen sowie aus der Entwicklung von therapeutischen Innovationen, insbesondere der Elektrotherapie. Seit den 1860er Jahren galt die Behandlung von Nervenkrankheiten mit dem elektrischen Strom als Steckenpferd der Neurologen. Nicht zufällig hatte Beard sein Konzept der Neurasthenie als Elektrotherapeut und Neurologe entworfen. Volker Roelcke hat herausgearbeitet, dass die „Elektrifizierung der Nerven" nicht nur ein neues Verständnis für die Funktionsweise des Nervensystems eröffnete, sondern auch die Professionalisierungsbemühungen der Neurologen beschleunigte.[123] Darüber hinaus wurden die Bemühungen um mehr disziplinäre Autonomie der Neurologie mit dem Hinweis auf grundlegende wissenschaftliche Defizite gestützt. „Nervenkrankheiten" galten am Ende des 19. Jahrhunderts immer noch als „Achillesferse der medicinischen Fakultät"[124] und wurden als eine besondere Herausforderung empfunden, da „fast täglich neue Formen auftauchen und beschrieben werden, die zum Teil früher noch gar nicht existiert zu haben scheinen".[125] Die Neurologie wurde als ein kämpferisches Unternehmen definiert, das in seine entscheidende Phase getreten war. Carl Reclam etwa schrieb 1881, also in dem Jahr, als Beards Neurasthenieschrift in deutscher Übersetzung erschien: „Schritt für Schritt nähern sich die Laufgräben der belagerten, geheimnisvollen Feste, und erprobte Kämpfer des Geistes ziehen mit Versuch und Beobachtung heran. Schon können sie Einzelnes schärfer in's Auge fassen, wenn auch noch manches Jahrzehnt dahingehen wird, bis man eindringen und die verborgenen Schätze des Wissens heben kann."[126]

In den 1880er und 1890er Jahren glaubten die Neurologen, an vorderster Stelle einer Entwicklung zu stehen, deren Ausmaße und Folgen noch nicht abzusehen wa-

---

123 Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 102–111. Zum Konnex von Elektrotherapie und Neurologie siehe Margaret Rowbottom, Charles Susskind: Electricity and Medicine. History of Their Interaction. San Francisco 1988, S. 103–110. Zum streitbaren Verhältnis der Neurologie zu ihren Nachbardisziplinen siehe Johannes Pantel: Neurologie, Psychiatrie und Innere Medizin. Verlauf und Dynamik eines historischen Streites. In: Würzburger Medizinhistorische Mitteilungen 11 (1993), S. 77–99.

124 Zit. nach Carl Griebel: Die Nervenkrankheiten. Meran ²1881, o. S. (Einleitung).

125 Wilhelm Erb: Über die neuere Entwicklung der Nervenpathologie und ihre Bedeutung für den medicinischen Unterricht (1880). In: ders.: Gesammelte Abhandlungen. Band 2. Leipzig 1910, S. 217. Allgemein zur Situation der Neurologie am Ende des 19. Jahrhunderts siehe auch Erbs Rückblick und Ausblick auf die Entwicklung und die Zukunft der deutschen Nervenpathologie. In: DZN 35 (1908), S. 16–18.

126 [Carl] Reclam: Die Nerven und ihre Herrschaft. In: Gesundheit. Zeitschrift für öffentliche und private Hygiene 6 (1881), S. 113.

ren. Fest davon überzeugt, dass Nervenkrankheiten stark im Zunehmen seien, schien es den neuen Experten ein wichtiges Gebot zu sein, die nervenpathologische Forschung zu intensivieren. Da es „in einer fernen Zukunft der Menschheit nur noch Erkrankungen des Nervensystems" geben und das 20. Jahrhundert „unbedingt ein nervöses" sein werde,[127] vermeinten sie, die Männer der Stunde zu sein, die pathologische Entwicklungen der modernen Gesellschaft frühzeitig erkannt und begonnen hätten, gegenzusteuern. Insofern ist Beards These, eine neue Krankheit erkannt und mit einem adäquaten Begriff belegt zu haben, nicht aus der Luft gegriffen.

Das offensive Forschungsverständnis und wachsende Professionalisierungsbedürfnis der Neurologen ist mit ein Grund, warum die Neurasthenie bereitwillig rezipiert und gegenüber jenen Begriffen, die als Diagnosen ein miserables Image hatten, bevorzugt verwendet wurde. In populären Magazinen hatten die Ärzte die Nervosität zur Anekdote gemacht: „Wenn Sie gar nicht wissen, was einem Kranken fehlt, dann nennen Sie die Sache nervös", zitierte etwa Ludwig Löwe seinen ehemaligen Medizinprofessor, der in seinen Vorlesungen erklärt hatte: „Die Diagnose ‚nervös', meine Herren, ist ein Lückenbüßer, eine Erklärung des Nichtwissens oder des Nichtfindens und, gestehen wir es uns nur offen, auch des Nichthelfenkönnens."[128] In der Überwindung der erfolglosen Nervositätslehre liegt eine wichtige Erklärungsschiene für die große Akzeptanz der Neurasthenie. So schwammig und konturenlos in den 1890er Jahren diese Diagnose auch wurde, so war doch auch das Bestreben erkennbar, mit ihrer Hilfe die wissenschaftlichen und professionellen Grundlagen der Neurologie voranzutreiben.

Mit der Neurasthenie verbanden die jungen Neurologen die Hoffnung auf ein besseres Verständnis der Nervenkrankheiten wie auch auf eine steile Forscherkarriere. „Es ging die Fama um, als Nervenarzt gehöre einem die Zukunft, das 20. Jahrhundert werde eines der Neurasthenie und ihrer Bezwingung sein", schrieb der badische Arzt Willy Hellpach in seinen Lebenserinnerungen.[129] Selbst Freud, der nach alternativen Erklärungsmodellen für die Entstehung von Neurosen suchte, hielt die Beschäftigung mit der Neurasthenie noch Anfang der 1890er Jahre für ein viel versprechendes Forschungsvorhaben. Mit Hilfe eines „Neurasthenieprojekts" wollte Freud nach ersten Studien über die Hysterie die andere Hälfte der nicht organisch bedingten Neurosen erforschen. Im Zuge der Studien sollte der Nachweis erbracht werden, dass die Ätiologie der Neurasthenie per definitionem eine sexuelle sei. Die

127 Heinrich Averbeck: Die akute Neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der nervösen Energie. Ein ärztliches Kulturbild. Berlin 1886, S. 12; Frey: Über die Nervosität des Jahrhunderts, S. 1.

128 Ludwig Löwe: Unsere Nerven in gesunden und kranken Tagen. In: Westermanns illustrierte deutsche Monatshefte für das gesamte geistige Leben der Gegenwart 57 (1884/85), S. 402.

129 Zit. nach Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 14.

Arbeit an diesem Projekt, das Freud mit seinem Berliner Freund und Fachkollegen Wilhelm Fließ (1858–1928) mittels eines intensiven Briefverkehrs konzipiert hatte, diente seiner Ambition, eine neue umfassende klinische Theorie der Neurosen entwickeln zu können. Mit dem Postulat der ausschließlich sexuell hervorgerufenen Neurasthenie stand Freud in eindeutigem Gegensatz zu Beard, der in seinen Schriften einen Ursachenpluralismus vertreten hatte. Dem Projekt entwuchs keine Publikation, sodass die Freud-Forschung hinsichtlich der Resultate unterschiedliche Positionen vertritt, sich aber in dem Punkt einig ist, dass die Arbeit an der Neurasthenie den forschungskreativen Prozess Freuds vorangetrieben habe.[150]

1.7 Vorbehalte Wiener Psychiater

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Durchsetzung der Neurastheniediagnose Hand in Hand mit professionspolitischen Interessen ging. Die meisten Ärzte, die sich in den 1880er Jahren mit Beards neuem Begriff angefreundet hatten, waren der Nervenheilkunde zuzurechnen und arbeiteten in privatärztlichen Praxen oder in Heilanstalten als Neurologen, Balneologen oder als Elektrotherapeuten. In der Psychiatrie fiel die Rezeption Beards deutlich verhaltener aus. Theodor Meynert etwa, der in den 1880er Jahren in Wien als Ordinarius für Psychiatrie wirkte, zeigte an der Neurasthenielehre wenig bis gar kein Interessse. Selbst als sich der Erfolg von Beards Ideen deutlich abzuzeichnen begann und weitere Auflagen seiner Neurasthenieschrift folgten, blieb es bei einer neugierigen, aber distanzierten Haltung. Robert von Pfungen, Meynerts Assistent, sprach von einem „allzu wortreichen Geplauder eines erfahrungsreichen Praktikers", das erst durch die ergänzte deutsche Übersetzung an Wert gewonnen habe.[151] Erst unter Meynerts Nachfolger, dem 1892 aus Graz berufenen Richard von Krafft-Ebing, wurde der Erforschung der Neurasthenie größere Aufmerksamkeit gewidmet, und Krafft-Ebing selbst veröffentlichte 1895 eine der wichtigsten österreichischen Schriften zur Neurasthenie: *Nervosität und neurasthenische Zustände*.[152]

Warum fand die Neurasthenie unter den akademischen Psychiatern zunächst keine Aufnahme? Das forschungsleitende Interesse der Wiener Psychiatrie wurde – dem Trend der Zeit entsprechend – von streng naturwissenschaftlichen Prinzipien

150 Der Begriff „Neurastheniepojekt" stammt von Michael Schröter: Freud und Fließ im wissenschaftlichen Gespräch. Das Neurasthenie-Projekt von 1895. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 22 (1988), S. 141–185. Siehe auch May-Tölzmann, Freuds frühe klinische Theorie, S. 86–92.

151 R[obert] von Pfungen: Rez. zu George Beard: Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. In: WMP 31 (1890), Sp. 16.

152 Siehe dazu Kapitel 2.4 *Krafft-Ebings Nervositäts-Lehre*.

bestimmt.[133] Eine Skizzierung der kognitiven Entwicklungstrends der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigt, dass aus Sicht der Wiener Psychiater nur wenig dafür sprach, die Neurasthenielehre in ihr Forschungsspektrum zu integrieren. Disziplingeschichtlich gesehen hatte die Psychiatrie eine stärkere Stellung als die Neurologie. Psychiater hatten um 1880 im deutschsprachigen Raum einen hohen Grad an professioneller Autonomie erreicht und waren an den Universitäten in wachsendem Maße vertreten.[134]

Der Aufstieg der organizistischen Psychiatrie beginnt mit der Zuschreibung der pathologischen Grundlagen der progressiven Paralyse, einer Geisteskrankheit mit bösartigem Verlauf, die innerhalb weniger Jahre zu Demenz, zu körperlicher und geistiger Lähmung und schließlich zum Tod führt. Nachdem dem französischen Arzt Antoine Laurent Bayle 1822 der Nachweis geglückt war, dass bei dieser Krankheit eine erkennbare Veränderung im Gehirn und an den Gehirnhäuten stattfindet, machte sich unter den Psychiatern die Hoffnung breit, ihrem Fach eine neue Forschungsmethodik auf pathologisch-anatomischer Grundlage geben zu können.[135] In

133 Wolfram Schmitt: Das Modell der Naturwissenschaft in der Psychiatrie im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 6 (1983), S. 89–101.

134 Zur Geschichte der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert existiert mittlerweile eine umfangreiche Forschungsliteratur. In Ergänzung zu den in der Einleitung genannten Arbeiten siehe als Überblick Volker Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie 1880–1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Rüdiger vom Bruch und Brigitte Kaderas (Hg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart 2002, S. 109–124 und Dirk Blasius: „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt/M. 1994. Disziplingeschichtliche Koordinaten finden sich bei Hans-Heinz Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970, S. 257–282 und Achim Thom: Die Entwicklung der Psychiatrie zur eigenständigen medizinischen Disziplin. In: Martin Guntau, Hubert Laitko (Hg.): Der Ursprung der modernen Wissenschaften. Studien zur Entstehung wissenschaftlicher Disziplinen. Berlin 1987, S. 299–314. Zur Psychiatrie in Wien siehe als Überblick Lesky, Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, S. 373–405. Prosopographisch orientiert auch Gisela Steinlechner: Fallgeschichten: Krafft-Ebing, Panizza, Freud, Tausk. Wien 1995. Zu Meynert und der Wiener Psychiatrie der 1880er Jahren siehe Albrecht Hirschmüller: Freuds Begegnung mit der Hirnpsychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen 1991, S. 69–116. Zur Gehirnpsychiatrie siehe den hervorragenden Sammelband von Michael Hagner (Hg.): Ecce Cortex. Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns. Göttingen 1999. Als Überblick hilfreich sind auch Magda Whitrow: The Early History of the Vienna Psychiatric Clinic. In: History of Psychiatry 1 (1990), S. 419–425 und Helmut Gröger: Zur Entwicklung der Psychiatrie in der Wiener Medizinischen Schule. In: Brigitta Keintzel, Eberhard Gabriel (Hg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien 1999, S. 30–48.

135 Franz C. Müller: Geschichte der organischen Naturwissenschaften im Neunzehnten Jahrhundert. Berlin 1902, S. 526.

der Folge setzte eine intensive Beschäftigung mit Anatomie, Pathologie und Physiologie ein. Der Berliner Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1868) stellte in den 1840er Jahren sein Postulat auf, wonach jeder psychischen Störung eine physiologisch-pathologische Gehirnveränderung zugrunde liegen müsse. Mit dieser Theorie, die unter der einprägsamen Formel „Geisteskrankheit als Gehirnkrankheit" weite Verbreitung fand, wurde Griesinger, für den 1864 der erste psychiatrische Lehrstuhl in Deutschland geschaffen wurde, zum Mitbegründer einer psychiatrischen Arbeitsweise, deren Ziel es fortan war, seelisches Geschehen auf Basis von feinsten Strukturveränderungen im Gehirn und im Nervensystem zu erforschen.[156]

Eine scheinbare Bestätigung fand das organizistische Paradigma der Psychiater durch die von Rudolf Virchow initiierte Zellularpathologie, die in der gestörten Zellphysiologie des Organismus die Ursache für alle Krankheitszustände erblickte. Virchows Ansatz, wonach jeder krankhaften Störung ein anatomisch bestimmbarer Sitz zugrunde liege, ließ die ganzheitliche Körperauffassung zugunsten von lokalistischen Theorien in den Hintergrund treten.[157] Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts erreichte der organizistische Zugang zu Geisteskrankheiten in der „Gehirnpsychiatrie" einen Höhepunkt. Psychiater wie Theodor Meynert (1833–1892) oder Carl Wernicke (1848–1904) glaubten, nur wenige Schritte vor dem Abschluss einer Erkenntnisrevolution zu stehen, die den Menschen bis in seine letzte Nervenzelle zu erforschen wüsste. In einer möglichst detaillierten anatomischen Arbeitsweise suchten die Forscher mikrostrukturelle Veränderungen im Hirn oder im Rückenmark als Ursache geistiger Störungen zu identifizieren. Für sie war der Mensch ein Wesen, dessen Geheimnisse mit Hilfe immer besserer technischer Hilfsmittel entdeckt werden konnten. Da eine Erkrankung ohne Schädigung des Substrats nicht möglich war, musste zunächst genaues anatomisches Wissen über die gefährdeten Regionen hergestellt werden, auf dessen Basis dann weitere Schritte eingeleitet werden konnten.

Diese Forschungsprämissen spiegelten sich im ärztlichen Selbstverständnis der Psychiater wider. Meynert sah sich als ein Wissenschafter, der erst die Erkenntnisgrundlagen schaffen musste, um therapeutische Maßnahmen setzen zu können. Für Patienten und Behandlungsmethoden interessierte sich die biologisch orientierte Psychiatrie nur am Rande. Meynert war als „therapeutischer Nihilist" Anhänger des in der naturwissenschaftlichen Medizin weit verbreiteten Denkansatzes, der den

156 Zu Griesinger siehe Kai Sammet: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Hamburg 2000 und Reinhard Platzek: Geisteskrankheit als Gehirnkrankheit. Überlegungen zum Denkansatz Wilhelm Griesingers. In: Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 12 (1994), S. 323–330.

157 Cay-Rüdiger Prüll: Die Grundkonzepte der Pathologie in Deutschland von 1858 bis heute und der Fortschrittsbegriff in der Medizin. In: Gesnerus 52 (1995), S. 247–263.

Einsatz von Heilmitteln bei Krankheiten als unnötig erachtete. „Im Wissen und nicht im Handeln liegt unsere Kraft", hatte die programmatische Forderung von Josef Dietl (1804–1878), Primarius am Wiedener Spital in Wien und einer der frühen Wortführer dieser Anschauung, gelautet.[138] Die Fixierung des psychiatrischen Blicks auf innerkörperliche Prozesse hatte insofern Konsequenzen, als sie die komplexen Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten auf ihr materielles Korrelat reduzierte. Der Einfluss von Umweltbedingungen sowie die Berücksichtigung der sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse lagen abseits des psychiatrischen Forschungsinteresses. Gerade zu einem Zeitpunkt, als tief greifende und schnelle Veränderungen auf nahezu allen Gebieten des täglichen Lebens angelaufen waren und Phänomene wie Massenmobilität oder Urbanisierung Verunsicherung hervorriefen, zogen sich die Psychiater weitgehend zurück, um ihren Studien über die pathologische Struktur des Gehirns nachgehen zu können. Arthur Schnitzler, der 1886 auf der psychiatrischen Abteilung Meynerts als Sekundararzt arbeitete, war befremdet über die kühle Atmosphäre, die in den Krankenräumen herrschte. Die Therapie der Patienten war kaum ein Thema.[139]

In der Regel verbrachten die Psychiater kaum Zeit damit, über Behandlungsmethoden nachzudenken. Ihr Augenmerk richtete sich vielmehr auf die Erforschung und Diskussion der materiellen Grundlagen der Krankheiten, die an der Abteilung beobachtet und klassifiziert wurden. Der Skeptizismus der Ärzte gegen die Anwendung von Heilmitteln ging so weit, dass selbst im Allgemeinen Krankenhaus davon Abstand genommen wurde. War die Diagnose einmal gestellt, wurde der Patient seinem Schicksal selbst überlassen. „Behandlung, Behandlung, das ist gar nichts; die Diagnose wollen wir", antwortete 1898 ein Wiener Medizinprofessor, der von einem Arztkollegen auf unterlassene therapeutische Methoden an einer verstorbenen Patientin angesprochen wurde.[140] Große Bedeutung hingegen wurde den *post mortem*-Untersuchungen zugemessen, Autopsien, mit deren Hilfe getroffene Diagnosen bestätigt oder widerlegt wurden. Fritz Wittels, der 1904 an der Wiener medizinischen Fakultät promoviert hatte, berichtet in seinen Erinnerungen, dass diese Untersuchungen besondere Ereignisse darstellten und mit großem Aufwand zelebriert wurden. Die Autopsie in der Arena des Pathologischen Instituts war der „gefeierte Tag des Urteils", wo Professoren und Studenten ihre diagnostische Kompetenz bewiesen erhielten – oder ihren folgenschweren Irrtum eingestehen mussten.[141]

---

138 Lesky, Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, S. 147.

139 Arthur Schnitzler: Jugend in Wien. Eine Autobiographie. Frankfurt/M. 1981, S. 260.

140 Zit. nach William M. Johnston: Österreichische Kultur- und Geistesgeschichte. Gesellschaft und Ideen im Donauraum 1848 bis 1938. Wien-Köln-Graz 1974, S. 235.

141 Fritz Wittels: Freud und das Kindweib. Die Erinnerungen von Fritz Wittels, hg. von Edward Timms. Wien 1996, S. 40.

Die organpathologischen Forschungsprämissen der *Wiener Medizinischen Schule* hatten dogmatischen Charakter. Die Psychiatrie ist hiefür ein gutes Beispiel. Jede Sichtweise auf Neurosen, die über die Grenzen exakter naturwissenschaftlicher Methodik hinausging, wurde strikt abgelehnt.[142] Auch Freud, der in den frühen 1880er Jahren als Neuropathologe eine akademische Karriere begonnen hatte, betrieb zunächst gehirnanatomische Studien unter der Anleitung von Meynert und hatte sich bald einen Namen als guter Diagnostiker gemacht. In einer Anekdote erzählte Freud später, wie ihm die ersten Zweifel an dieser Vorgehensweise gekommen waren:

> Der Ruf meiner durch die Autopsie bestätigten Diagnosen trug mir den Zulauf amerikanischer Ärzte ein, denen ich in einer Art von Pidgin-English Kurse an den Kranken meiner Abteilung las. Von den Neurosen verstand ich nichts. Als ich einmal meinen Hörern einen Neurotiker mit fixiertem Kopfschmerz als Fall von chronischer zirkumskripter Meningitis vorstellte, fielen sie alle in berechtigter kritischer Auflehnung von mir ab, und meine vorzeitige Lehrtätigkeit hatte ein Ende.

Freuds hinzugefügte Entschuldigung ist bezeichnend für die damalige Ignoranz der Wiener Medizin gegenüber alternativen Erklärungsangeboten von Neurosen; war es doch „die Zeit, da auch größere Autoritäten in Wien die Neurasthenie als Hirntumor zu diagnostizieren pflegten".[143] Das Unbehagen über die einseitige Forschungsmethodik der Wiener Medizin, das die amerikanischen Gaststudenten bei Freuds verunglückter Demonstration verspürten, die Zweifel, die Freud selbst kamen, wurden auch von anderen Wiener Ärzten geteilt. Mit der Neurasthenielehre gewannen oppositionelle Positionen zunehmend an Bedeutung. Eine schneidende Kritik kam 1881 von Josef-Isidor Wilheim, Neurologe und Elektrotherapeut am Allgemeinen Krankenhaus und später einer der führenden Neurastheniespezialisten Wiens. Wilheim nahm eine Studie über *Die nervöse Erschöpfung* zum Anlass, auf grundlegende forschungspolitische Fehlentwicklungen der Wiener Medizinischen Schule hinzuweisen. Trotz ihres Weltrufes und der exakt-naturwissenschaftlichen Forschungstradition sei, so Wilheim, die Medizinische Fakultät Wiens in entscheidenden Fragen der Nervenkrankheiten zurückgeblieben. Nervöse Störungen und Affektionen ohne

---

142 Kenneth Thau und Alexandra Lovrek: Psychiatrie und Ideengeschichte. In: Peter Berner, Emil Brix und Wolfgang Mattl (Hg.): Wien um 1900. Aufbruch in die Moderne. Wien 1986, S. 73.

143 Sigmund Freud: „Selbstdarstellung". Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse, hg. von Ilse Grubrich-Simitis. Frankfurt/M. [11]1999, S. 43 f. Erst nachdem der Erfolg des Neurastheniekonzepts offensichtlich wurde, begann Meynert seine Meinung vorsichtig zu ändern. Für ihn war die Neurasthenie das „kranke Organgefühl des Kopfes". Siehe Theodor Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890, S. 178 f.

nachweisbare organische Läsion würden stiefmütterlich behandelt, Nervenkranke mitleidig belächelt und auf andere Stationen abgeschoben. Neue wissenschaftliche und praktische Erfahrungen, die Ärzte in Praxen, Heilanstalten und Krankenabteilungen an unterschiedlichen Orten gewonnen hätten, seien an „diesen Herren, die sich im Bewußtsein ihrer geistigen Souveränität" wiegten, spurlos vorübergegangen.[144]

Diese Kritik war scharf, aber nicht ohne inhaltliche Substanz. Die Konzentration auf Fragen der Diagnostik und auf Ergebnisse der pathologischen Anatomie hatte der Medizin den Blick auf die individuelle Leidenserfahrung der Patienten verschlossen.[145] Empathie, Sensibilität und Aufgeschlossenheit gegenüber dem Kranken und seinem Leiden traten hinter die Methoden der empirischen Erkenntniswissenschaft zurück. Der Patient wurde nicht mehr als leidendes Individuum, sondern als Objekt der Beobachtung, der Untersuchung oder des Experiments verstanden. In genau diese Richtung zielte die Kritik Wilheims, der aus dem Positivismus der Wiener Universitätsmedizin ausgeschert war und eine neue ärztliche Hinwendung zum Patienten forderte. Gefragt war nicht nur diagnostische Präzision, sondern auch therapeutische Innovation.

Die meisten Autoren der aufstrebenden Neurasthenielehre waren daher selbstständig tätige Ärzte, die sich auf Nervenkrankheiten spezialisiert hatten und wie Beard ihre Schriften anhand ihrer praktischen Erfahrungen verfassten. Im täglichen Umgang mit Patientinnen und Patienten hatten sie gelernt, die ihnen vorgebrachten Beschwerden ernst zu nehmen, selbst wenn die genaue Untersuchung keinerlei Auffälligkeiten gezeigt hatte. Die akademischen Psychiater hingegen, die an einer streng organischen Deutung der Nervosität festhielten, konnten mit den subjektiv empfundenen Schmerzen kaum etwas anfangen. Ein Umdenken setzte nur langsam ein. „Wie oft gehen heute noch gerade die geistigen Arbeiter mit der Qual und dem Drucke, den die reizbare Nervenschwäche, die Neurasthenie, verursacht, ungetröstet und unberaten vom Arzte. Ihre Schmerzen sind nicht tastbar, ihren peinlichen Körpergefühlen fehlt die anatomische Beglaubigung, ihre Verstimmungen heißen Lau-

144 Siehe [Josef-Isidor] Wilheim: Die nervöse Erschöpfung. Eine neuropathologische Studie. In: AWMZ 26 (1881), S. 237 f.

145 Richard Töllner hat diese Schere so charakterisiert: „In ihrer wilden Entschlossenheit, aus der Heilkunst eine Wissenschaft zu machen, haben die Ärzte des 19. Jahrhunderts übersehen, daß sie aus einer Handlungswissenschaft eine Erkenntniswissenschaft machten, daß sie mit naturwissenschaftlichen Methoden nur das Wissen der Medizin sichern, erweitern, vermehren konnten und dabei das Handeln und das Verhalten des Arztes aus den Augen verloren." Richard Töllner: „Die wissenschaftliche Ausbildung des Arztes ist eine Culturfrage ..." Über das Verhältnis von Wissenschaftsanspruch, Bildungsprogramm und Praxis der Medizin. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 11 (1988), S. 199.

nen, ihre Beklommenheit, ihre Entschlußangst, ihre Unstetigkeit werden als Charakterschwäche gedeutet", konzedierte der Psychiater Gabriel Anton 1895 bei seiner Antrittsrede an der Grazer Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten.[146]

Die organpathologische Fixierung der Psychiatrie war einer der Gründe, warum sich die Neurasthenie – als eine Krankheit, deren Auftreten an soziale und kulturelle Bedingungen geknüpft worden war – im Lager der Wiener Psychiater zunächst nicht durchsetzen konnte. Ein weiterer wichtiger Grund, der die Psychiater gegenüber Beards Neurasthenie skeptisch machte, war die optimistische Deutung dieser Krankheit. Sie stand für nationale Superiorität und gesellschaftliche Modernität, für ein Merkmal der neuen urbanen Mittelschichten, für eine an kapitalistischen Prinzipien orientierte männliche Leistungsgesellschaft, die berufliche Überarbeitung und emotionale Überforderung mit einem neuen, plausiblen Krankheitskonzept verbinden konnten. Demgegenüber hatte die europäische Psychiatrie eine konträre Lesart von Nervenkrankheiten und moderner Zivilisation entwickelt, in deren Mittelpunkt Pessimismus und düstere Prognosen standen. Mit dem Konzept der Degeneration stand am Ende des 19. Jahrhunderts ein etabliertes psychiatrisches Deutungsmuster bereit, das die Schattenseiten der gesellschaftlichen Modernisierung betonte und in einen rigorosen Biologismus überführte. Die fatalistischen Szenarien der Degenerationslehre waren dabei Ausdruck wie Antriebskraft der individuellen wie kollektiven Verunsicherungen und Niedergangsängste, die seit der Mitte des 19. Jahrhunderts immer stärker um sich griffen.

146 Gabriel Anton: Über die hygienischen und psychologischen Aufgaben des Nervenarztes. Antrittsrede bei Übernahme der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Graz. Wien-Leipzig 1895, S. 11.

2. PANDORAS BÜCHSE? PSYCHIATRISCHE DEUTUNGSVARIANTEN IM WIDERSTREIT

Der Einfluss der biologischen Niedergangsszenarien auf das medizinische und intellektuelle Denken war an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert groß. In einem ersten Schritt werde ich Ursprünge und Spielarten der Degenerationslehre auf der Folie der „Biologisierung des Menschen" skizzieren.[1] Sodann wird gezeigt, wie dieses Gedankengut die Rezeption der Neurasthenie präformierte und auch im psychiatrischen Alltag eine bedeutende Rolle spielte. Die Degenerationslehre verunsicherte die Ärzte in ihrer Einschätzung, welche mittel- und langfristigen Auswirkungen die neurasthenischen Symptome haben würden, nachhaltig. Die befürchtete Zunahme von Nervenkrankheiten in modernen Gesellschaften konnte jedoch auch anders gedeutet werden. Mit der Rezeption der weitgehend optimistisch ausgerichteten Neurasthenielehre erhielten kulturelle Argumentationsmuster starken Auftrieb. Dies soll am Beispiel des in Graz und Wien tätigen Psychiaters Richard von Krafft-Ebing verdeutlicht werden. Davon ausgehend werde ich die große Bandbreite an Theorien und Denkfiguren herausarbeiten, mit denen sich das Verhältnis von Modernität und Nervosität neu und facettenreich bestimmen ließ. In diesem Kapitel geht es solcherart darum, das breite Spektrum an zeitgenössischen Deutungsvarianten und Lesarten der Neurasthenie aufzuzeigen. Da die Psychiater und Neurologen mit naturwissenschaftlicher Methodik Begriff und Krankheitsbild nicht „objektiv" bestimmen konnten, häufte sich ein „weiches", elastisches Wissen an, das in ganz unterschiedlichen Forschungskontexten verhandelt werden konnte. Das stetige Pendeln zwischen biologischen und kulturellen, zwischen organischen und funktionellen, zwischen optimistischen und pessimistischen Erklärungsmustern brachte eine Vielzahl kulturkritischer Diskurspartikel in Umlauf, die zur Pluralisierung der Vorstellungen von Natur und Kultur des Menschen in der Moderne beitrugen.[2]

---

1 Heinz Schott: Zur Biologisierung des Menschen. In: Rüdiger vom Bruch und Brigitte Kaderas (Hg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart 2002, S. 99–108.

2 Achim Barsch, Peter M. Hejl (Hg.): Menschenbilder. Zur Pluralisierung der Vorstellung von der menschlichen Natur (1850–1914). Frankfurt/M. 2000.

2.1 Degeneration und Entartung

Während der Dekadenzgedanke im Sinne einer kontinuierlichen Abwärtsentwicklung von bestimmten Kulturen, Staaten und Bevölkerungsschichten seit der Antike festzustellen ist,[3] ist die biologistische Begriffsprägung *dégénérescence* – als naturwissenschaftliche Denkfigur verstanden – neueren Datums. Entstanden in der Naturgeschichte und in der Zoologie des 18. Jahrhunderts, wies dieser Begriff bald eine Vielzahl von Bedeutungen auf. Im Hinblick auf die medizinisch-psychiatrische Theoriebildung des ausgehenden 19. Jahrhunderts wurde vor allem eine Begriffsbestimmung wichtig, die aus dem Umfeld der französischen Psychiatrie kam: Bénédict Augustin Morel (1809–1873), ein in Wien geborener und später in Frankreich tätiger Psychiater, veröffentlichte 1857 eine Schrift, die in der europäischen Medizin große Resonanz hervorrief: *Traité des Dégénérescence physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* hatte Morel als eine Art Vorstudie zu weiteren Publikationen verfasst, aber im Urteil der Nachwelt blieb es sein bedeutendstes Werk. Denn nicht nur die französische Psychiatrie, die mit Valentin Magnan (1835–1916) einen weiteren Degenerationstheoretiker hervorbrachte, griff die Thesen Morels auf.[4] Auch im deutschsprachigen Raum wurde das Konzept der Degeneration schnell rezipiert und einer breiten Öffentlichkeit bekannt: „Degeneration, Degenerationszeichen, Atavismus, [...]. Man kann kaum eine Zeitung öffnen, ohne auf eines dieser Schlagworte zu stoßen", schrieb 1899 ein Arzt im Hinblick auf die häufige Präsenz der Degenerationslehre im öffentlichen Schrift- und Sprachgebrauch.[5]

Zweifelsohne war die Lehre von der Degeneration im ausgehenden 19. Jahrhundert ein fixer Topos und eine mächtige Denknorm innerhalb der naturwissenschaftlichen Medizin, die nicht nur auf die Herstellung neuen Wissens über Gesundheit und Krankheit, sondern auch auf die medizinischen Weltdeutungen der Zeit großen Einfluss nahm. Selbst überzeugte Anhänger von Beards Neurasthenielehre gerieten zeitweilig in den mächtigen Sog der Degenerationstheorie. Wilhelm Erb sprach 1880

3 Siehe dazu Alexander Demandt: Biologistische Dekadenztheorien. In: Saeculum 36 (1985), S. 4–27 und Gunter Mann: Dekadenz – Degeneration – Untergangsangst im Lichte der Biologie des 19. Jahrhunderts. In: Medizinhistorisches Journal 20 (1985), S. 6–35.

4 Zur Rezeption von Morels Degenerationstheorie in Frankreich siehe Ian Dowbiggin: Back to the Future: Valentin Magnan, French Psychiatry, and the Classification of Mental Diseases, 1885–1925. In: Social History of Medicine 9 (1996), S. 383–408; Jan Goldstein: Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century. Cambridge 1987 und Robert A. Nye: Crime, Madness, and Politics in Modern France: The Medical Concept of National Decline. Princeton 1984, S. 148–154.

5 G. Näcke: Degeneration, Degenerationszeichen und Atavismus. In: Archiv für Anthropologie und Kriminalistik 3/4 (1899), S. 200. Ähnlich Robert Gaupp: Die Entwicklung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Zeitschrift für pädagogische Psychologie und Pathologie 2 (1900), S. 218.

von „Tatsachen, vor welchen man sich nicht verschließen kann, und das kundige Auge des Nervenpathologen sieht über ganzen Familien, Bevölkerungsklassen und Rassen das Damoklesschwert der neuropathischen Degeneration drohen". Erb vertrat mit dieser Einschätzung keineswegs eine Einzelposition: In den meisten psychiatrischen und in vielen neurologischen Texten des ausgehenden 19. Jahrhunderts spiegeln sich die Ideen Morels wider.[6]

Morels Schrift war eine bizarre Synthese aus theologischen, moralphilosophischen und naturwissenschaftlichen Überlegungen. An den Anfang seines Denkmodells setzte er einen *type primitif* – Adam, den ersten, von Gott erschaffenen Menschen, der vor dem Sündenfall in einer reinen und unbehelligten Umgebung leben konnte. Durch den Sündenfall aus der heilen Geborgenheit des Naturzustandes verstoßen, sei Adam in eine neue Welt der schädlichen Einwirkungen getreten, die seinen Körper und sein Wesen nachhaltig veränderten. Dieser Übertritt hätte zur Abweichung vom ursprünglichen Typus (une déviation maladive d'un type primitif) geführt. Morel klassifizierte diese Abweichung nun nach zwei Kategorien, die zu verschiedenen Arten der menschlichen Spezies führten: in eine natürliche, gesunde Varietät und in eine unnatürliche, krankhafte Varietät, die der Psychiater als Entartungen verstanden haben wollte. Der krankhaften Abweichung galt Morels Hauptaugenmerk, und an diesem Punkt erfolgte auch sein Perspektivenwechsel von der Theologie zur Naturwissenschaft. Menschen, die sich vom Idealzustand des type primitif entfernt hätten, wären ohne Ausnahme einem unabänderlichen Naturgesetz unterworfen, an dessen Ende der biologische Kollaps stand: „Degenerationen sind krankhafte Abweichungen vom normalen Menschentyp; sie sind erblich übertragbar und entwickeln sich progressiv bis zum Untergang."[7] Erworbene physische oder psychische Defekte würden sich auf dem Weg der Vererbung fortpflanzen und dabei immer schwerere Formen annehmen, bis schließlich die Gattung zum Aussterben verurteilt sei. Nach diesem Prinzip – später Morel'sches Gesetz genannt – postulierte Morel einen stufenartig nach unten verlaufenden Destruktionsprozess, der in der Nachkommenschaft von Kranken wirksam werden würde.[8]

Morels Lehre der Degeneration (die häufig auch unter dem Begriff der Entartung firmierte) zielte auf das Problem der Vererbung von Geistes- und Nervenkrankhei-

6 Wilhelm Erb: Über die neuere Entwicklung der Nervenpathologie und ihre Bedeutung für den medicinischen Unterricht (1880). In: ders.: Gesammelte Abhandlungen. Bd. 2. Leipzig 1910, S. 273. Zur Bedeutung der Lehre von der Degeneration in der Psychiatrie und in der Neurologie des ausgehenden 19. Jahrhunderts siehe Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, Kap. 4; Daniel Pick: Faces of Degeneration. A European Disorder, c. 1848–c. 1918. Cambridge 1989.

7 Zit. nach Erwin H. Ackerknecht: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart [3]1985, S. 54.

8 Rafael Huertas: Madness and Degeneration, I. From "fallen angel" to mentally ill. In: History of Psychiatry 3 (1992), S. 391–411.

ten und traf damit auf eines der zentralen Forschungsanliegen einer Medizin, die im ausgehenden 19. Jahrhundert wie keine andere Wissenschaft in einem Nahverhältnis zur Biologie stand. Ein weiterer Grund, warum die Degenerationslehre in Medizin und Psychiatrie reüssierte, lag in der scheinbaren Bestätigung der Forschungsprämisse, wonach jede Geistes- und Nervenkrankheit an bestimmten morphologischen Veränderungen des Körpers erkennbar sei. Morel hatte seine Lehre darauf angelegt, den von „degenerativen Prozessen" befallenen Menschen anhand von pathologischen Indizien kennzeichnen zu können. Die Degeneration sollte am Körper des Betroffenen sichtbar, sein krankhaft verändertes Innenleben an der Oberfläche ablesbar gemacht werden. Mit Akribie begannen die Psychiater nach somatischen Auffälligkeiten zu fahnden, die ihre Vermutung bestätigen konnten. Ihrem Einfallsreichtum waren keine Grenzen gesetzt, was zur Erstellung langer Merkmalskataloge führte.[9] Auch in andere aufstrebende Leitideologien von Medizin und Biologie, wie in die Evolutionstheorie Darwins, ließ sich die Degenerationslehre integrieren, was ihre prinzipielle Richtigkeit zu verstärken schien.[10]

In der jüngeren Forschungsliteratur zur Geschichte gesellschaftsbiologischer Konzepte ist der sozialgeschichtliche Kontext der Degenerationslehre herausgearbeitet worden.[11] Morel und seine Nachfolger hätten mit der Formulierung dieses Gedankenguts auf die tief greifenden ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Veränderungen in ihrer Lebenswelt reagiert. Dieser Erklärungsansatz ist für ein histo-

---

9 Josef Metzger: Zur Lehre von den Degenerationszeichen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 45 (1889), S. 501–522. Mit der wissenschaftlichen Erforschung der Degenerationszeichen hatte sich vor allem Cesare Lombroso, Professor für Anatomie in Turin und Begründer der Kriminalanthropologie, einen Namen gemacht. Siehe dazu Mariacarla Gadebusch Bondio: Die Rezeption der kriminalanthropologischen Theorien von Cesare Lombroso in Deutschland 1880–1914. Husum 1995. Zur Bedeutung der Degenerationslehre für die Kriminologie siehe auch Peter Becker: Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis. Göttingen 2002.

10 Kurt Bayertz hat darauf hingewiesen, dass die verkürzte Auslegung von Darwins Ideen in Kombination mit dem Gedankengut der Degeneration zu pseudologischen Zirkelschlüssen führen konnte, denn „wenn es nämlich (1) richtig ist, daß die natürliche Selektion die entscheidende Triebkraft des evolutionären Fortschritts ist; wenn es (2) zutrifft, daß dieser natürliche Auslesemechanismus in der menschlichen Gesellschaft nicht in derselben Weise zur Wirkung kommt wie im Naturzustand, daß vielmehr ein großer Teil der menschlichen Handlungen auf eine Lockerung oder gar Aufhebung der natürlichen Selektion gerichtet sind; dann folgt daraus (3), daß die Menschheit im Zustande der Zivilisation nicht fortschreiten kann, sondern degenerieren muß". Kurt Bayertz: GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung. Reinbek/Hamburg 1987, S. 44 f.

11 Peter Weingart, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt 1992, S. 50–57; Paul Weindling: Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870–1945. Cambridge 1989, S. 11–25 und S. 80–89.

risches Verständnis der wissenschaftlichen Attraktivität beziehungsweise der Alltagsplausibilität der Degenerationslehre von Bedeutung. Denn die soziale Landschaft des 19. Jahrhunderts ließ eine Vielzahl von Problemen erkennen, von deren Auswirkungen vor allem die stark anwachsende Gruppe der Industriearbeiter betroffen war: Schlechte Wohnverhältnisse, unzureichende Ernährung und mangelnde Hygiene gingen einher mit überlangen Arbeitszeiten und ausbeuterischen Verhältnissen in den Betrieben. In diesem Zusammenhang bedeutete die Degenerationstheorie einen Bruch mit der bis dahin praktizierten Taktik der Bourgeoisie, über diese Probleme hinwegzusehen. Friedrich Engels lieferte 1845 in seinem berühmten Bericht über *Die Lage der arbeitenden Klasse in England* eine eindrückliche Beschreibung der systematischen sozialen Isolation der Arbeiter. Die tristen Lebensbedingungen in den Arbeiterbezirken waren auf eine subtile Weise getarnt worden. An den Straßen, die an halb verfallenen Arbeitervierteln vorbeiführten, sorgten fassadenartig gestaltete Läden für effektiven Sichtschutz. Engels erlebte eine „zartfühlende Verdeckung alles dessen, was das Auge und die Nerven der Bourgeoisie beleidigen könnte“[12]. Diesen arroganten Attitüden erteilten die Degenerationstheoretiker eine klare Absage, indem sie die bürgerliche Ignoranz gegenüber den Risiken und Gefahren für die Arbeiterschaft in wachsendes Interesse verkehrten. Der schlechte Gesundheitszustand und der physisch-psychische Verfall von Teilen der Bevölkerung, die Zunahme von Alkoholismus, Selbstmord und Geisteskrankheiten markierten ein Schreckensszenario, das wissenschaftliche Reaktion erforderte.

Es wäre daher zu kurz gegriffen, in der Degenerationslehre nur eine psychiatrische Spielart des gegen Ende des 19. Jahrhunderts weit verbreiteten Kulturpessimismus zu sehen. Vielmehr suchte die Psychiatrie mit diesem Denkmuster Antworten auf die Schattenseiten der Modernisierungsprozesse zu finden. Auf die gesundheitsgefährdenden Auswirkungen von Industrialisierung und Urbanisierung, die mit einer unerträglichen „sozialen Lage“ großer Teile der Bevölkerung einhergingen, reagierte die Psychiatrie mit der Konstruktion eines Bedrohungspotenzials, das den ökonomischen und sozialen Strukturwandel biologisch zu interpretieren suchte. Mit der Lehre von der Degeneration wurden die sozialen Asymmetrien und gesundheitspolitischen Probleme der modernen Gesellschaft gespiegelt und intensiver diskutiert. Hierin zeigt sich, dass die Psychiatrie nicht nur als akademische Spezialdisziplin der Medizin, sondern auch als eine sozialpolitisch engagierte Wissenschaft immer stärker an Bedeutung gewann. Von einem historischen Standpunkt aus kann die Degenerationslehre solcherart als psychiatrisch initiierte und biologisch determinierte Wissenschaftskritik an den sozialen Umbrüchen des 19. Jahrhunderts verstanden werden.

---

12 Friedrich Engels: Die Lage der arbeitenden Klasse in England. München 1973, S. 66 f.

Bei aller Popularität und sozialkritischer Bedeutung wies das Gedankengebäude der Degeneration erhebliche Unschärfen und Schwachstellen auf. Was etwa war der unmittelbare Anlass, der die fatale Kettenreaktion in der Deszendenz in Gang bringen konnte, und wie konnte sie verhindert werden? In Fragen, was Degeneration ihrem Kern nach sei, wie sich Degeneration darstelle und durch welche Faktoren diese hervorgerufen werde, zeigten sich die Psychiater uneinig. Einigkeit herrschte wohl darüber, dass in der Degeneration die Kehrseite der Fortschrittsmedaille zu sehen sei. Aber darüber hinaus blieb jeder Versuch, in dieser Frage einen wissenschaftlichen Konsens zu erzielen, im Ansatz stecken. Die statistischen Verfahren, welche die Psychiater ihren Studien über die Vererbung von Geistes- und Nervenkrankheiten zugrunde legten, ergaben unterschiedliche Resultate. Da die Ärzte ihre Patientinnen und Patienten über „verdächtige" erbliche Merkmale in der Familie mündlich befragten und individuelle Techniken der Befragung anwandten, waren die Erkenntnisse mehr oder weniger nach dem Zufallsprinzip gewonnen und wissenschaftlich so gut wie wertlos. „Es hängt viel davon ab, wie man nachfragt, was man für nervös hält, und wie weit man die Verwandtschaft in Betracht zieht. Wenn man nach allen Onkeln und Tanten und nach allen Cousins und Cousinen nachfragt, muß die hereditäre Belastung sogar bei Gesunden sicherlich 100 Prozent ausmachen", spottete der Budapester Nervenarzt Jenö Kollarits vor seinen Studenten.[13]

Nach der Jahrhundertwende mehrten sich Stimmen, die sich gegen die biologistischen Postulate der Degenerationstheorie aussprachen und deren Erkenntniswert anzweifelten. Wilhelm Stekel notierte 1907, von der Psychoanalyse her kommend, dass die Entartungslehre „kolossal überschätzt" worden sei.[14] Aber auch die Psychiater gingen daran, das Gedankengut Morels zu demontieren. Die schärfste Kritik kam von Oswald Bumke (1877–1950), der vor dem Ersten Weltkrieg eine Position als Assistent an der Psychiatrischen Klinik der Universität Freiburg innehatte und 1924 als Ordinarius für Psychiatrie nach München berufen wurde. Bumke rechnete 1912 in seiner Studie *Über nervöse Entartung* vor, dass die Grundlagen, „was denn Entartung sei, und ob es das überhaupt gibt, was man so nennt", keineswegs gelöst worden seien. Von den fatalistischen Prognosen der Degenerationstheoretiker distanzierte sich Bumke. Das Morel'sche Szenario der progressiven Abwärtsentwicklung wies er zurück: „Die Entartung, die aus inneren Gründen eintreten und fort-

13 Jenö Kollarits, Charakter und Nervosität, S. 118.

14 „Welcher Unfug wurde nicht mit der erblichen Belastung getrieben! Jeder zweite Mensch galt als erblich belastet; man durchstöberte die Familienarchive und, fand man irgend einen Nerven- oder Geisteskranken in der sechsten Linie, so war die erbliche Belastung sofort festgestellt." Wilhelm Stekel: Die Ursachen der Nervosität. Neuere Ansichten über deren Entstehung und Verhütung. Wien 1907, S. 15.

schreiten muß, die gibt es nicht."[15] Für Bumke stellte „Entartung" keinen unaufhaltsamen, geheimnisvollen Mechanismus in der Entwicklung der Menschheit dar, sondern eine generationenspezifische Erscheinung, einen vorübergehenden Zustand, der in Abhängigkeit von sozialen und gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen war.

Um diese These zu verdeutlichen, stützte sich der deutsche Psychiater auf eine britische sozialwissenschaftliche Studie, deren Ergebnisse bisherige Annahmen zum Problem der Vererbung „degenerativer Erscheinungen" als haltlose Spekulation überführt hatten. 1904 stellte das *Inter-Departmental Committee on Physical Deterioration*, eine Kommission, die sich mit den befürchteten Entartungserscheinungen in der Bevölkerung Englands beschäftigt hatte, ihre Resultate der Öffentlichkeit vor. Die Studie erteilte den Degenerationstheoretikern eine klare Absage: In der Bevölkerung, namentlich in den unteren sozialen Schichten der Städte, sei zwar Herabgekommenheit feststellbar, doch keine ererbte Entartung nachweisbar. Das erbärmliche Erscheinungsbild der Arbeiterschaft wurde eindeutig als Folge von Armut und schlechten Lebensbedingungen erkannt; die krankhafte Körperkonstitution stellte nur das unwürdige Abbild einer desolaten Lebenswelt dar, während erworbene Schädigungen auf das Einzelleben innerhalb einer Generationsfolge beschränkt blieben. Fand die Nachkommenschaft bessere Lebensbedingungen vor, so zeigte sich generell ein gesunder Entwicklungsverlauf. Mit anderen Worten: Bei den Kindern von „entarteten" Eltern konnte keine Schädigung der Erbsubstanz vorgelegen haben.[16]

Der Bericht der Kommission sorgte auch außerhalb Großbritanniens für Furore und war nach Ansicht Bumkes für die Psychiatrie von außerordentlicher Bedeutung. Denn mit dem Ergebnis dieser Studie schien klar zu sein, dass die Annahme eines zunehmenden, sich auf kommende Generationen übertragenden Degenerationsprozesses nicht richtig sein konnte. Die erworbenen Schäden in der Bevölkerung, namentlich in den unteren sozialen Schichten, waren nicht irreparabel, sondern abhängig von den sozialen Verhältnissen und damit – bei entsprechender Änderung der äußeren Einflüsse – wieder rückgängig zu machen. „Die körperliche Entartung ist eine soziale Erscheinung, ist medizinisch gesprochen ein exogenes Leiden und ist heilbar", brachte Bumke den neuen Standpunkt auf den Punkt.[17] Damit war der

15 Oswald Bumke: Über nervöse Entartung. Berlin 1912, S. 3 und S. 45. Siehe dazu auch Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 176–178.

16 Siehe Bentley B. Gilbert: Health and Politics: The British Physical Deterioration Report of 1904. In: Bulletin of the History of Medicine 39 (1965), S. 143–153. Zum sozialgeschichtlichen Kontext dieser Studie siehe Simon Szreter: Fertility, Class and Gender in Britain, 1860–1940. Cambridge 1996, S. 182–237 und Richard Soloway: Demography and Degeneration. Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain. Chapel-Hill-London 1995, S. 38–59.

17 Bumke, Über nervöse Entartung, S. 82.

Degenerationshypothese die biologistische Spitze abgebrochen worden. Im Denken der Rassenhygieniker und der Eugeniker hielt ihr Einfluss dennoch weiter an.

Die wohl populärste Schrift, die Nervosität und Degeneration in einen Zusammenhang stellte, stammte von Max Nordau, einem Berliner Arzt und Zionisten, der 1892/93 sein zweibändiges Werk *Entartung* veröffentlichte. Als enger Freund und Schüler des italienischen Arztes und Kriminalanthropologen Cesare Lombroso (1836–1909) war Nordau derjenige, der dem Degenerationskonzept im deutschsprachigen Raum mit zum Durchbruch verhalf. Im Unterschied zu Morel und Lombroso, die der Vererbung große Bedeutung zumaßen, stellte Nordau soziale und kulturelle Entstehungsbedingungen in den Vordergrund. In seinem Werk wurde die „Zivilisation" selbst zur Krankheitsursache und entscheidenden Vorbedingung eines vermeintlich kollektiven Niedergangs erklärt.[18] In *Entartung* amalgamierte Nordau die Neurasthenie- und Degenerationslehre zu einer polemischen wie eigenwilligen Kulturkritik. Die Umwälzungen des 19. Jahrhunderts, das Wachstum der Städte und der Bevölkerungszahl, der Ausbau des Eisenbahn-, Schiffs- und Postverkehrs, die Expansion des Handels, die Steigerung der Arbeitsproduktivität, die Informationsflut der Medien, all diese Faktoren schrieb Nordau seiner Entartungsdiagnose ein: „Die gesittete Menschheit wurde von ihren neuen Erfindungen und Fortschritten überrumpelt. Es blieb ihr keine Zeit, sich den geänderten Daseinsbedingungen anzupassen."[19] Der wissenschaftlich-technische Fortschritt, der die Anpassungsfähigkeit des Nervensystems überfordert, der „Sturmlauf des modernen Lebens", der mit „mörderischer Plötzlichkeit" (Nordau) auf die Nerven eingewirkt und zu gesteigerter Reizbarkeit beziehungsweise Erschöpfung geführt hätte – das war genau die Art jener neuen Deutung der Nervenkrisen, wie sie von der Mehrzahl der Nervenärzte vertreten wurde. Wie Beard die Neurasthenie, sah Nordau die Entartung als eine Krankheit der neuesten Zeit, als eine Zeitkrankheit, die aufgrund eines historisch einzigartigen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungsgefüges entstanden war.

Indem er den temporären Charakter des Leidens betonte, distanzierte sich Nordau von dem biologistischen Pessimismus der Degenerationstheoretiker. Nach Nordau war das Krankheitsbild als Begleiterscheinung eines bestimmten Zeitabschnitts aufzufassen, der von vorübergehender Dauer sei. Verschoben sich die historischen Variablen dieses Zustandes, so änderten auch die Krankheitsbilder ihre Gestalt, und ihre Verbreitung nehme entweder weiter zu oder klinge allmählich ab. Hierin befand sich Nordau weitgehend im Einklang mit Beard und dessen Lehre

18 Christoph Schulte: Psychopathologe des Fin de Siècle. Der Kulturkritiker, Arzt und Zionist Max Nordau. Frankfurt/M. 1997, S. 203. Zu Nordaus Entartungsbegriff siehe auch Thomas Anz: Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur. Stuttgart 1989, S. 33–52.

19 Nordau, Entartung, S. 73.

von der Fortschrittskrankheit Neurasthenie. Dennoch sind dem Ziehen von Parallelen Grenzen gesetzt. Die emotionalen Begleitvorstellungen von Nordaus Entartung standen konträr zu denen von Beards Neurasthenie. Entartung war ein Synonym für Rückständigkeit und Inferiorität, das dem Betroffenen jede positive Zukunftsperspektive absprach. Nordau zeigte sich hierin als radikaler Darwinist. Der „entartete Mensch", der Opfer des entfesselten pathogenen Potenzials der Moderne wird, kann mit dem raschen Tempo der Umwälzungen nicht mehr mit. Er ist mit seinem Leiden kein Subjekt der Innovation, sondern der Regression, und seine Krankheit hievt ihn nicht in den exklusiven Kreis der Fortschrittspioniere, sondern weist ihm einen Platz unter den Verlorenen zu. „Entartet" sein heißt, zu den Schwächlingen und Zurückgebliebenen zu gehören und den Anschluss an die moderne Zeit verpasst zu haben. Nordau drückte das so aus: „Die Stärksten konnten mitkommen und sie verlieren auch in der raschesten Gangart den Atem nicht mehr, die minder Tüchtigen aber fielen bald rechts und links aus und füllen heute die Straßengräben der Fortschrittsbahn." Für die „entgleisten Opfer" der Moderne prognostizierte Nordau eine düstere Zukunft: „Entartete, Hysteriker und Neurastheniker sind nicht anpassungsfähig. Sie sind deshalb bestimmt, zu verschwinden."[20]

Für die „Gesunden" hingegen, also für jene Menschen, deren Nerven sich an die schlagartig veränderten Verhältnisse der Zeit anpassen konnten, stellte sich die Situation zukünftig anders dar. Nordau präsentierte diesen Typus als ein Wesen, dessen Merkmal ein überaus kräftiges und stets aufnahmebereites Nervensystem war. Am Ende seines Werkes gab er damit seinem polemischen Text eine überraschende Wendung. Nordau träumte von einem neuen Nervenmenschen, der über schier unbegrenzte perzeptive Fähigkeiten verfügen und mit seinem Körper die Kommunikationsrevolutionen des 19. Jahrhunderts vollenden würde: „Das Ende des zwanzigsten Jahrhunderts", so Nordau,

> wird wahrscheinlich ein Geschlecht sehen, dem es nicht schaden wird, täglich ein Dutzend Geviertmeter Zeitungen zu lesen, beständig an den Fernsprecher gerufen zu werden, an alle fünf Weltteile zugleich zu denken, halb im Bahnwagen oder Flugnachen zu wohnen und in einem Kreis von zehntausend Bekannten, Genossen und Freunden gerecht zu werden. Es wird inmitten der Millionenstadt Behagen zu finden wissen und mit seinen riesenstarken Nerven den kaum zu zählenden Anforderungen des Lebens ohne Hast und Aufregung entsprechen können.[21]

20 Ebd.

21 Ebd., S. 527.

2.2 Organisch versus funktionell: Unsicherheiten und Verunsicherungen

Für jene Psychiater, die mit den Prinzipien der Degenerationslehre vertraut waren und in den frühen 1880er Jahren mit der Neurasthenielehre in Berührung gekommen waren, stellten sich dringliche Fragen: Wie verhielt es sich mit dieser „neuen" Nervenkrankheit, von der so viele Ärzte behaupteten, dass sie sich rasch und unkontrolliert ausbreiten würde? Bestand nicht die Gefahr, dass die Neurasthenie als Ausgangspunkt oder gar zum beschleunigenden Moment der Degeneration werden konnte? Vertraute man den Schriften Beards, so stellten sich solche Fragen gar nicht. Nach kausalen Mechanismen einer Abwärtsentwicklung der Menschheit zu fragen, erschien dem amerikanischen Nervenarzt nicht nur irrelevant, sondern für die Formulierung seiner Thesen kontraproduktiv. Die *American Nervousness* war das Gegenteil einer Verfallsdiagnose, sie war nicht Stigma, sondern eine Art Auszeichnung. Keiner seiner Patienten musste sich um seine gesundheitliche Zukunft ängstigen, weder kurz- noch langfristig. Auch die Nachkommenschaft „neurasthenischer Eltern" hatte keinen biologischen Kollaps zu erwarten. Hierin machte sich Beard die Fortschrittseuphorie seiner Generation zu Nutze. Die Konstruktion und optimistische Deutung einer „neuen" Krankheit war ihm deshalb möglich geworden, weil er mit Anschauungen führender europäischer Psychiater radikal brach und medizinbiologische Dogmen der „Alten Welt" schlichtweg ignorierte. Düstere Zukunftsszenarien entsprachen in den frühen 1880er Jahren weder dem allgemeinen Zeitgefühl, noch kamen sie als identitätsstiftende Matrix der jungen amerikanischen Medizin in Frage. Die Gefahr eines durch neurasthenische Zustände ausgelösten körperlichen oder geistigen Niederganges existierte für Beard nicht. Anders, ja geradezu konträr, war die Situation in der europäischen Psychiatrie. Hier stand die Neurasthenielehre von Anfang an „unter dem Einfluss, wenn auch nicht direkt im Bann der Degenerationstheorie".[22]

Unter den Ärzten, die sich als Erste ausführlich mit der Neurasthenielehre beschäftigt hatten, trat der Psychiater Rudolph Arndt mit einer heftigen Kritik hervor. Arndt lehnte die optimistische gesellschaftliche Deutung der Krankheit, so wie sie Beard vorgestellt hatte, entschieden ab. Für ihn war die Neurasthenie weder modern noch typisch amerikanisch, sondern ein gefährlicher angeborener Zustand, der sich „jeden Augenblick verschlimmern und in diese oder jene Nervenkrankheit übergehen konnte". Daraufhin verfasste Paul Möbius eine Replik, in der er gegen den biologischen Fatalismus des Psychiaters energisch protestierte. Möbius betonte, dass die Neurasthenie nicht im Sinne einer „organischen Neuropathie" zu sehen sei und keine weiteren, existenzgefährdenden Krankheiten nach sich ziehe. Das Gegenteil

22 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 180.

müsse angenommen werden. Die Neurasthenie sei als „sehr positiver krankhafter Zustand" zu charakterisieren, dem ein selbstständiges und gut definierbares Krankheitsbild zur Seite stehe.[23]

Mit den unterschiedlichen Interpretationsvarianten von Arndt und Möbius war klar, dass die Neurasthenie zentrale Problemstellungen der psychiatrisch-neurologischen Forschung berührte. Wie ließen sich nun die pathologischen Konturen dieser Krankheit klären? War die Neurasthenie im organpathologischen Sinne ein Zustand, der zu weiteren Nervenkrankheiten disponierte, oder war sie eine funktionelle Störung, die rätselhafte und hartnäckige Symptome aufwies, aber keine ernstliche Gefährdung der Gesundheit mit sich brachte? War die Erschöpfung des Nervensystems von den Vorfahren vererbt oder durch heftige Eindrücke der Außenwelt erworben worden?

Die Auffassung von der nervösen Anlage als *dem* pathogenen Agens der Neurasthenie war der organischen Psychiatrie verpflichtet und beruhte auf der Annahme, dass der vererbte, krankhafte Zustand des Nervensystems in dessen feinen, mikrostrukturellen Veränderungen bestehe. Keine Funktionsstörung ohne materielle Deformation der Nervensubstanz – so lautete der Leitsatz dieser Richtung. Organpsychiater wie Rudolph Arndt konnten sich ein krankhaftes Verhalten ohne materielle Veränderungen nicht vorstellen: „Niemand glaubt, daß eine Uhr schlecht gehen könne, ohne daß sie in ihren Teilen schlecht geworden sei, daß ihre Feder an Spannung nachgelassen, ihr Räderwerk sich ausgeschliffen, die Zeit in ihr Schmutz abgelagert habe." Nach Arndts Ansicht war die Neurasthenie ebenso wie die Nervosität als organisches Leiden zu deklarieren, da „alle Krankheiten organische sind, und selbst die, welche man als funktionelle bezeichnet, beruhen nur auf so feinen Veränderungen der kleinsten Teile der Organe, daß diese als Ganze [...] nicht verändert scheinen".[24] Für die organischen Psychiater war es nur mehr eine Frage der Zeit, bis mit mikroskopischen Untersuchungsmethoden das pathologisch veränderte Substrat objektivierbar gemacht werden konnte.[25] Diese Hoffnung erfüllte sich jedoch nicht. Der nächste Schritt einer Beweiskette, der die organischen Grundlagen der Neurasthenie identifizieren sollte, gelang trotz intensiver Bemühungen nicht.

---

23 Rudolph Arndt: Neurasthenie. In: Albert Eulenburg (Hg.): Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 9. Wien-Leipzig 1881, S. 559–573; Paul Julius Möbius: Zur Lehre von der Neurasthenie. In: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 6 (1883), S. 98. Von einer positiven Deutung der Neurasthenie rückte Möbius in der Folge ab. Siehe dazu Schmersahl, Medizin und Geschlecht, S. 261–263. Zu Möbius siehe Francis Schiller: A Möbius strip. Fin-de-siecle neuropsychiatry and Paul Möbius. Berkeley-Los Angeles-London 1982.

24 Rudolph Arndt: Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatomisch-physiologischen Standpunkte. Wien-Leipzig 1885, S. 3 f.

25 Adolf Strümpell: Über die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig 1884, S. 5.

Der Nervenarzt Paul Berger schrieb: „Trotz der sorgfältigsten auf diesen Gegenstand gerichteten Untersuchungen der Nervenärzte ist es nicht gelungen, irgend welche wesentlichen und konstanten Abweichungen weder an den Hauptzentren des Nervensystems, dem Gehirn und Rückenmark, noch an den sogenannten peripheren Nerven ausfindig zu machen."[26] Solche Eingeständnisse waren in der Anfangsphase der Neurastheniedebatte häufig zu hören – und an den defensiven Wortmeldungen der organischen Psychiater änderte sich auch in der Folge nichts. Sie vermochten den pathologisch-anatomischen Beweis einer substanziellen Veränderung am Nervensystem nicht zu erbringen.[27]

Gegenüber den organischen Psychiatern suchten die Neurologen die Neurasthenie mit der These von der „funktionellen Anomalie" des Nervensystems zu erklären. Demzufolge war das Nervensystem in seiner materiellen Substanz nicht pathologisch verändert, aber in seiner Funktionsfähigkeit gestört. Die Vertreter dieses Standpunktes, Nervenärzte und neurologisch orientierte Psychiater, wandten sich gegen den fatalistischen Ton der organischen Psychiater und vertraten eine vorsichtig optimistische Position, die mit den Degenerationsszenarien nur wenig gemein hatte. In ihrem Anliegen, die pathologischen Grundlagen und Mechanismen der Neurasthenie so genau wie nur möglich zu bestimmten, sahen auch die Neurologen in naturwissenschaftlicher Methodik den Königsweg. So wie die organischen Psychiater suchten auch diese Ärzte nach „objektiven" Kennzeichen der Krankheit, die ein „hartes Wissen" über die Neurasthenie ermöglichten. Dieses Wissen glaubte man durch systematische Überprüfung und Klassifizierung des Sensibilitätsverhaltens ermitteln zu können. Störungen der Stimme oder der Sprache wurde ebenso Aufmerksamkeit geschenkt wie Beschleunigungen des Pulses oder der Herztätigkeit.

Hinsichtlich einer näheren Bestimmung der Neurasthenie zeigte man sich jedoch auch in diesem Lager verunsichert, da das Bekenntnis zur Neurasthenie über das Stadium von Hypothesen nicht hinauskam. Wilhelm Erb, der als einflussreicher Förderer Beards am Aufstieg der Neurasthenie im deutschsprachigen Raum kräftig mitgewirkt hatte und als einer der führenden Neurologen seiner Zeit prädestiniert gewesen wäre, die Neurasthenielehre auf eine neue Basis zu stellen, scheute davor zurück. Adolf Strümpell (1853–1925) schrieb in seinen Erinnerungen: „Erb war der gründlichste Arzt, den man sich denken kann. Nichts war ihm mehr verhaßt, als Flüchtigkeit und Unaufmerksamkeit. Alles, was er tat, mußte genau bis ins einzelne ausgeführt werden."[28] Aber Erbs Stärke, an jede Nervenerkrankung mit pedanti-

26 Paul Berger: Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Ihr Wesen, ihre Ursachen und Behandlung. Berlin ²1885, S. 4.

27 Heinrich Obersteiner: Funktionelle und organische Nerven-Krankheiten. Wien 1900, S. 3.

28 Adolf Strümpell: Aus dem Leben eines deutschen Klinikers. Erinnerungen und Beobachtungen.

scher Genauigkeit heranzugehen, war im Falle der Neurasthenie gleichzeitig auch das Problem. Eben weil sich das Leiden mit neurologischer Diagnostik nicht fassen ließ, konnte sich jedes Projekt, das pathologischen Substraten und gestörten Funktionsmechanismen nachging, als Bumerang erweisen. „Eine zutreffende kurze Definition der Neurasthenie zu geben ist unmöglich", resümierte Strümpell selbst 1920. Von einem naturwissenschaftlichen Erfolgserlebnis, das die funktionellen Störungen der Neurasthenie präzise benennen und verifizieren hätte können, blieben auch die Neurologen weit entfernt.[29]

Der hohe Grad des neurologischen wie psychiatrischen Interesses an der Krankheit und die scheinbar epidemische Verbreitung in der Bevölkerung standen somit im scharfen Gegensatz zu den gesicherten Erkenntnissen über das pathologische Profil des Leidens. Franz Carl Müller (1860–1913), Direktor der „Wasserheilanstalt und des Stahlbades Alexanderbad" im deutschen Fichtelgebirge, sprach im *Handbuch der Neurasthenie* von einer eigentümlichen Asymmetrie, die der Neurasthenie als Krankheit und als Forschungsobjekt der Ärzte zu eigen sei, denn wer

> glauben würde, der Grad unserer Erkenntnis richte sich nach der Menge der literarischen Erzeugnisse, der befindet sich im Irrtum. Es ist ja wahr: zahllose Schriften und Bücher handeln von der Neurasthenie, geistreiche Theorien wurden aufgestellt und anscheinend unfehlbare Heilvorschläge gemacht, aber nach wie vor erkrankt ein gut Teil der Kopfarbeiter an nervösen Störungen.[30]

Zu einer Zeit, als die medizinische Forschung großen Wert auf exakte Diagnostik und Ursachenlehre legte und die Ärzte dem naturwissenschaftlichen Paradigma anhingen, schien die Neurasthenie kein gewinnbringendes, innovatives Forschungsprojekt zu sein. Ein neuer Entwurf der Neurasthenielehre, der aus dem Dickicht der vielen Stimmen, Anmerkungen und Beiträge hervorstechen konnte, ein bahnbrechendes Konzept, das der ärztlichen Polyphonie den Weg gewiesen und dem Verfasser akademischen Ruhm und Anerkennung gebracht hätte, schien nicht möglich. Freud, der sich Mitte der 1890er Jahre von der Neurasthenieforschung distanzierte und nach alternativen Deutungsmöglichkeiten suchte, hatte diesen Umstand klar erkannt.[31]

Um es nochmals zusammenzufassen: Nach Ansicht der organischen Psychiater gab es eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie sich ein nervöser Schwächezustand in

---

Leipzig 1925, S. 124. Siehe dazu auch Dominic M. Beer: The Dichotomies: Psychosis/Neurosis and Functional/Organic: A Historical Perspective. In: History of Psychiatry 7 (1992), S. 231–255.

29 Adolf Strümpell: Über Wesen und Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 70 (1920), Sp. 1825.

30 Müller, Vorwort, Handbuch der Neurasthenie.

31 May-Tolzmann, Freuds frühe klinische Theorie, S. 98.

der Deszendenz fortpflanzen konnte. Die anlagebedingte beziehungsweise vererbte Neurasthenie firmierte unter dem Schlagwort „neuropathische Disposition". Der Begriff sollte zum Ausdruck bringen, dass die Krankheit auf körperinternen Prozessen beruhte. In der Regel wurde die organische Interpretation der Neurasthenie von Psychiatern vertreten. Demgegenüber standen die Apologeten Beards, die zumeist Nervenärzte oder neurologisch arbeitende Psychiater waren. Sie sahen in der Neurasthenie ein temporäres Körperbefinden, dessen Auftreten und Häufigkeit nach dem Grad der Partizipation an modernen Lebenswelten zu bestimmen war. Dieses Erklärungskonzept gab kulturellen Einflussfaktoren vor biologischen den Vorzug und definierte die Krankheit über eine gestörte Funktion des Nervensystems, deren Ursachen sich ebenfalls mit den medizintechnischen Hilfsmitteln der Zeit nicht – oder noch nicht – nachweisen ließen.

2.3 Schattenseiten der Neurasthenie: Risiken und Ängste

Sooft die Ärzte in ihren Schriften betonten, dass der Neurasthenie keine organische Störung zugrunde läge und die Beschwerden keine ernsten Folgen nach sich zögen, sooft stieß man auch auf Behauptungen, dass diese progressiv in schwere Geisteskrankheiten übergehen könne. Die ebenso unklare wie umstrittene Position der Neurologen und Psychiater in dieser Frage erschwerte nicht nur eine präzise Charakteristik des Krankheitsbildes, sondern trug auch zur tiefen Verunsicherung der Betroffenen bei. Klagen von Patientinnen und Patienten, die in ihren Beschwerden die erste Stufe eines biologischen Horrorszenarios vermuteten, sind ein Allgemeinplatz der Neurasthenieliteratur. In weiten Teilen der Gesellschaft sei, so schrieb der Wiener Nervenarzt Hanns Hirschkron 1893, eine im Grunde falsche Ansicht über das Wesen der Neurasthenie verbreitet: „Wer mit Nervenschwäche behaftet ist, glaubt immer, er sei mit einer schweren Nerven- oder Geisteskrankheit behaftet und hält sich in den meisten Fällen für unheilbar."[32] Viele Kranke hielten ihre Beschwerden für eine beginnende schwere Geistesstörung, und diese Vermutung ließ sich auch nach mehreren Arztbesuchen (und wiederholter Neurastheniediagnose) nicht aus der Welt schaffen. Wilheim sprach von Fällen, wo „arme Arbeiter aus Furcht vor ‚Nervenzerrüttung' ihre letzten Sparpfennige opferten" und Therapiebroschüren kauften, „um später [zu] erfahren, daß sie geprellt wurden".[33]

---

32 Hanns Hirschkron: Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Wien-Leipzig 1893, S. 22

33 [Josef-Isidor] Wilheim: Die Electricität. Ihre Anwendung bei der chronischen Nervenschwäche. Wien 1891, S. 56 f.

Die Angstfantasien, die Patientinnen und Patienten den Ärzten erzählten, drehten sich immer um dieselben Befürchtungen: Waren die Kopfschmerzen, die zitternden Hände und die Schweißausbrüche nicht doch die ersten Signale einer unheilbaren Geisteskrankheit? Hatten diese Symptome mit der momentanen Überarbeitung zu tun, oder waren diese Auffälligkeiten schon Anzeichen dessen, was die Ärzte eine „neuropathische Belastung" nannten? Vielleicht hatte dieses Befinden nur mit den momentanen Lebensumständen zu tun, die sich wieder geben würden, vielleicht aber waren die Gefühlsanomalien auch der Fingerzeig auf eine Krankheit, deren Ausbruch unmittelbar bevorstand. Joseph, der im böhmischen Landek eine gut gehende Praxis betrieb und einer Heilanstalt für Nervenkranke vorstand, lieferte eine eindrückliche Beschreibung der Ängste seiner Patienten. Auf der Suche nach allfälligen Anzeichen einer bevorstehenden Geisteskrankheit „quälen und peinigen sie sich selbst und ihre Umgebung Tag und Nacht".[34] In solchen Fällen stand die Neurasthenie für die ins Hintertreffen geratene Hypochondrie. „Für eine Form der ängstlichen Erwartung, nämlich für die in bezug auf die eigene Gesundheit, kann man den alten Krankheitsnamen *Hypochondrie* reservieren", bemerkte Freud 1895 trocken.[35] Die These der Schweizer Medizinhistorikerin Esther Fischer-Homberger, wonach die Neurasthenie im Wesentlichen nichts anderes als eine zeitgemäße Umschreibung der Hypochondrie gewesen sei, wirkt hier plausibel. In diesen Fällen war die Neurasthenie ein neues Etikett, das für eine übertriebene Selbstbeobachtung stand.[36]

Dennoch waren die ängstlichen Attitüden der Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen. Arthur Schnitzler, der sich als Arzt insbesondere für Psychiatrie interessierte und – seiner Rezensionstätigkeit nach zu schließen – die Neurasthenieliteratur zu einem Großteil gekannt haben muss, hat in seiner Erzählung *Flucht in die Finsternis* (1917) die Grauzonen zwischen Nervosität und Geistesstörung beschrieben: Ein an neurasthenischen Krisen leidender Sektionsrat stürzt sich und seinen Bruder, der als Nervenarzt vergeblich versucht, dessen Angst vor einer unheilbaren Geisteskrankheit abzuwenden, ins Unglück.[37] Emil Redlich, der über reichhaltige Erfahrungen mit Neurastheniepatienten verfügte, schrieb: „Es ist eine ständige Furcht vieler Neurastheniker, geisteskrank zu werden, und mehr denn einen hat diese Be-

34 L. Joseph: Beitrag zur Symptomatologie der Neurasthenie. In: WMW 47 (1897), Sp. 1100.

35 Sigmund Freud: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose" abzutrennen (1895). In: ders.: Studienausgabe. Band 6: Hysterie und Angst. Frankfurt/M. 1982, S. 29.

36 Fischer-Homberger, Hypochondrie, S. 90–95.

37 Arthur Schnitzler: Flucht in die Finsternis. Frankfurt/M. 1994, bes. Kap. 13. Zu Schnitzlers Beschäftigung mit der Neurasthenie siehe seine *Medizinischen Schriften*, zusammengestellt von Horst Thomé. Frankfurt/M. 1991.

fürchtung zum Selbstmord getrieben."[38] Die Befürchtung, geisteskrank zu werden, mochte für labile Menschen in manchen Fällen ein treibendes Motiv zum Suizid darstellen, häufiger aber bedeutete sie zunächst einmal den Gang zum Nervenarzt. Dabei war es nicht sicher, ob sich in der Arztpraxis die quälende Ungewissheit zu einem eindeutigen Befund verwandeln ließ. Denn wie herausgearbeitet wurde, kennzeichnete die Diagnostik der Neurasthenie ein „Nichtfinden" der Ärzte. Wilhelm Erb hatte 1880 in seinem *Handbuch der Elektrotherapie* die Richtlinien vorgegeben:

> Halten Sie nur bei der Diagnose [der Neurasthenie] immer fest, daß auch die genaueste Untersuchung trotz der unzähligen und lebhaften Beschwerden der Kranken immer einen absolut negativen Befund [...] ergeben muß, wenn Sie eine Neurasthenie annehmen wollen. Jede, wenn auch nur leichte, objektive Veränderung der Sensibilität, Motilität, der Reflexe, der Pupillen u. dgl. muß Ihnen Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose erwecken.[39]

Zwar wurden regelmäßig Arbeiten veröffentlicht, in denen die Autoren behaupteten, die „objektiven" Erkennungszeichen des Leidens gefunden zu haben,[40] aber in der Praxis hatte sich eine Vorgangsweise durchgesetzt, die nach dem Ausschlussprinzip gestaltet war. Galt bislang eine Krankenuntersuchung, die keine in die Augen springenden Anhaltspunkte bot, für erfolglos (was in weiterer Folge hieß, dass die Ärzte das Nervenleiden des Patienten für eingebildet hielten), so *musste* nun die exakte Untersuchung negativ verlaufen. Erst wenn nach eingehender Prüfung keinerlei Anzeichen einer veränderten Konstitution auszumachen waren, galt der Krankheitszustand der Neurasthenie als verifiziert. Diese Vorgangsweise war ungewöhnlich, aber sie hatte ihre Logik, da sie ein ärztliches Frustrationserlebnis vermeiden half. Wenn ein Nervenspezialist nach wiederholter Untersuchung seines Patienten keine Anzeichen für eine Krankheit fand, so war dies kein Eingestehen fachlicher Mängel, sondern Teil einer medizinischen Ermittlungsstrategie, die durch Ausschluss aller anderen Krankheitsbilder zur Diagnose kam.

---

38 Emil Redlich: Über Psychosen bei Neurasthenikern. In: WMP 43 (1902), Sp. 539. In diesem Sinne hatte auch der französische Soziologe Emile Durkheim die Neurasthenie zu einem wichtigen prädisponierenden Faktor des Suizids erklärt. Emile Durkheim: Der Selbstmord. Frankfurt/M. [6]1997, S. 54–60. [EA 1897].

39 Erb, Handbuch der Elektrotherapie, S. 572. Ähnlich auch Beard, Die Nervenschwäche, S. 18.

40 Leopold Löwenfeld: Die objektiven Zeichen der Neurasthenie. München 1892; S[iegfried] Löwenthal: Über die objektiven Symptome der Neurasthenie. In: WMP 43 (1902), Sp. 1881–1887; Oswald Bumke: Ein objektives Zeichen der nervösen Erschöpfung. In: MPN 34 (1913), S. 92–94; O[tto] Schellong: Zur Bewertung der Neurasthenie-Diagnose nach objektiven Merkmalen. In: Zeitschrift für klinische Medizin 80 (1914), S. 200–215.

Freilich barg dieses Vorgehen auch eine große Gefahr in sich. Des Öfteren unterliefen den Ärzten grobe differenzialdiagnostische Fehler, sodass in solchen Fällen das tatsächliche Ausmaß der Krankheit erst dann begriffen wurde, wenn es zu spät war. Bei Neurosen wie Hysterie oder Neurasthenie war das Unvermögen, eine exakte Unterscheidung treffen zu können, nicht weiter schlimm, auch wenn es aus der Sicht des Betroffenen keineswegs gleichgültig war, welchen Begriff der Arzt für sein Leiden wählte. Hinsichtlich der Abgrenzung der nervösen Beschwerden von Gehirnkrankheiten, namentlich der progressiven Paralyse, die als „Degenerationskrankheit" in den meisten Fällen tödlich endete, musste die Differenzialdiagnose von größtmöglicher Präzision sein. Das Stellen einer Fehldiagnose hatte oft schwerwiegende Konsequenzen: „Wir modernen Neurologen schlagen schuldbewußt an die Brust, wenn einer unserer Neurastheniker später Insasse einer Irrenanstalt wird", bekannte Müller im *Handbuch der Neurasthenie*.[41] Die präzise Abgrenzung der Neurasthenie von einer organischen Gehirnkrankheit war für die Neurologen und Psychiater zweifelsohne ein ernstes Problem und stellte ihr volles Wissen und Können auf die Probe. Eine schnelle Entscheidung war in vielen Fällen aufgrund mangelnder Erkennungszeichen nicht möglich.

Für die Patientinnen und Patienten bedeutete die Unsicherheit der Ärzte lange und quälende Wartezeiten mit unsicherem Ausgang. „Man muss", so der Budapester Nervenarzt Julius Donath, „nicht selten, trotz wiederholter Untersuchungen, die Diagnose in suspenso lassen, bis endlich nach Jahren eine weitere Entwicklung des Symptomenkomplexes die Entscheidung bringt."[42] In dieser Frage war die optimistische Grundstimmung, die von den Neurologen und Psychiatern im Hinblick auf die Erkennung einer Neurasthenie an den Tag gelegt worden war, schnell verflogen. Dem Münchener Psychiater Emil Kraepelin zufolge zählte die Neurasthenie bei Fällen von progressiver Paralyse zur häufigsten Fehldiagnose überhaupt, und auch Wiener Psychiater gestanden Defizite bei der Differenzialdiagnose der Neurasthenie ein.

41 Müller, Geschichte, S. 37. Siehe auch Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 69.

42 Donath, Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica, Sp. 1099 f. Die Schwierigkeit einer präzisen diagnostischen Bewertung der Nervenkrankheiten war nicht nur ein Problem der praktizierenden Ärzte, sondern trat selbst bei führenden Psychiatern zutage. Edward Shorter gibt den Fall eines österreichischen Finanzbeamten wieder, der 1893 wegen Nerven- und Kopfschmerzen seinen Hausarzt konsultiert hatte. Dieser war sich nach der Untersuchung des Patienten seiner Sache nicht sicher, sodass sich Josef P. in den darauf folgenden Monaten an drei medizinische Koryphäen Wiens wandte: Richard von Krafft-Ebing, Julius Wagner-Jauregg und Moritz Benedikt. Alle drei Ärzte stellten unterschiedliche Diagnosen: Benedikt wollte bei dem Finanzbeamten *Hysteria virilis* gefunden haben (was zu diesem Zeitpunkt noch eine diagnostische Rarität darstellte), Wagner-Jauregg stellte *Polyneuritis* fest und Krafft-Ebing war der Ansicht, dass es sich um *progressive Paralyse* handelte. Letztendlich traf Krafft-Ebings Diagnose zu. Josef P. starb zwei Jahre später (1895) an progressiver Paralyse. Shorter, Moderne Leiden, S. 35 f.

Emil Redlich schrieb: „Sollen wir wissenschaftlich die Grenze feststellen, wann ein Neurastheniker noch als solcher gelten kann und wann wir demselben eine Geisteskrankheit zu statuieren haben, dann sind wir oft genug in recht arger Verlegenheit."[43] Im praktischen Alltag hingegen wurde Selbstbewusstsein demonstriert. Entschlossenheit und Kompetenz ausstrahlendes Auftreten galt als wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Den Kranken war stets mit „imponierender Sicherheit" entgegenzutreten.[44]

Nur ungern ließen die Ärzte das Ergebnis der Untersuchungen offen. Ein vorsichtiges, ausweichendes Verhalten des Arztes konnte von ungeduldigen Patientinnen und Patienten als Unsicherheit ausgelegt werden. Mit der Neurasthenie konnte den Klagen der Kranken mit *einem* Begriff entgegnet werden: „Wer lauerte nicht schon manchmal auf den Moment, wo er das erlösende Wort [Neurasthenie] über das Meer der Beschwerden zu schreiben sich befugt hielt!"[45] An der Krankheitsbezeichnung selbst hatten die Patientinnen und Patienten nur in den seltensten Fällen etwas auszusetzen. Nicht wenige Praxisbesucher hatten sich schon vor dem ersten Gang zum Arzt ausführlich mit dem Leiden auseinander gesetzt. Wurde ihnen dann die Mitteilung gemacht, an einer „modernen Nervenkrankheit" zu leiden, rief das eher ein zustimmendes Nicken denn eine ungläubige und verstörte Reaktion hervor. Der Nervenspezialist hatte dank seiner medizinischen Autorität nur das bestätigt, was die Patienten ohnehin längst vermutet hatten.[46]

2.4 Krafft-Ebings Nervositäts-Lehre

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass viele Psychiater in der Neurasthenie eine gefährliche Nähe zu Geisteskrankheiten sahen. Da neurasthenische Zustände wechselnde und noch nicht genau erkannte Erscheinungsbilder abgaben, zeigten sich die Ärzte besorgt. Waren die polymorphen Symptome nicht doch Vorboten einer materiellen Störung des Gehirns? War die Nervosität nicht deshalb gefährlich, weil ihre organpathologischen Grundlagen *noch* nicht beweisbar, aber vorhanden waren? In welchem Stadium der Nervosität war der Übergang zu einer

43 Redlich, Über Psychosen bei Neurasthenikern, Sp. 594; [Emil] Kraepelin: Die Diagnose der Neurasthenie. In: MCCB 37 (1902), S. 610.

44 Johann Hirschkron: Therapie der Nervenkrankheiten. Wien-Leipzig 1900, S. 51.

45 Aug[ust] Diehl: Neurasthenische Krisen. In: MCCB 37 (1902), S. 195.

46 Benedikt begann 1891 seinen Neurasthenievortrag vor Wiener Ärzten mit der ironischen Bemerkung, dass viele Patienten bei ihrem Arztbesuch auf die Frage, was ihnen fehle, nicht mehr mit ihren Symptomen, sondern schon mit der (Selbst-)Diagnose *Neurasthenie* antworteten. Moritz Benedikt: Über Neurasthenie. In: AWMZ 36 (1891), S. 91.

Geisteskrankheit zu vermuten, und wie ließ sich dieser Prozess objektivieren? Für die Psychiatrie waren solche und ähnliche Fragen von außerordentlicher Brisanz. Der fatalistische Ton, der in den Schriften durchschlägt, macht deutlich, dass diese Psychiater in Neurasthenie und Nervosität eine ernst zu nehmende Bedrohung erblickten. Die Nervositätsliteratur besteht nicht zuletzt deshalb aus zahlreichen populärwissenschaftlich gehaltenen Schriften, in denen sich die Ärzte mit mahnenden Worten an die Öffentlichkeit wandten. Der Charakter solcher Abhandlungen war eindeutig sozialhygienisch motiviert und zeigt, dass die Ärzte von sich aus bereit waren, das Sprachrohr auf dem Gebiet der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege zu sein. Mit geradezu missionarischem Eifer zogen namhafte Nervenärzte und Psychiater gegen die Neurasthenie zu Felde. Zur Sprache kam schlichtweg alles, was der Gesundheit der Nerven abträglich sein konnte – von beruflicher Überarbeitung und verkürzter Nachtruhe angefangen bis hin zu skurrilen Hochzeitsgebräuchen; dem Einfallsreichtum der Ärzte waren in dieser Hinsicht keine Grenzen gesetzt. Hierin zeigten sich diese Ärzte als Teilnehmer am Hygienediskurs, der im 19. Jahrhundert „Bücher, Texte, Bilder, Praxisformen und Werkzeuge der hygienischen Sorge um sich" produzierte.[47]

Exemplarisch lässt sich dies an den nervenhygienischen Schriften des in Graz und Wien tätigen Psychiaters Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) zeigen.[48] Im Festsaal des Grazer „Mädchen-Lyceums" hielt Krafft-Ebing im Januar 1884 einen öffentlichen Vortrag, den er *Über Nervosität* betitelte. Der Ort, den der Psychiater für seinen Vortrag gewählt hatte, war typisch für den pädagogischen Duktus der Nervositätslehre und spiegelte ein zentrales Motiv der ärztlichen Rede über Nervenkrankheiten wider: die Frage der „Schulüberbürdung" der Jugend. Die Rede wurde ein voller Erfolg. Die anwesenden Kuratoriumsmitglieder der Schule zeigten sich von den Ausführungen des Psychiaters so begeistert, dass sie um das Vortragsmanuskript Krafft-Ebings baten und dieses prompt im Selbstverlag drucken ließen.[49] Die Schrift erschien auszugsweise in Peter Roseggers populärer Familienzeitschrift *Heimgarten* und erlebte binnen kürzester Zeit drei Auflagen, sodass sich Krafft-Ebing auf Drängen des Verlegers noch im selben Jahr veranlasst sah, eine erweiterte schriftliche Fassung seines Vortrags vorzulegen: *Über gesunde und kranke Nerven*, 1885 erstmals erschienen, wurde neben der *Psychopathia sexualis* zu Krafft-Ebings meistgelese-

47 Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 26.

48 Krafft-Ebing wurde 1873 nach Graz als Ordinarius für Psychiatrie berufen. 1889 übernahm er an der Wiener Universität eine Professur für Psychiatrie und stand zunächst der I. Psychiatrischen Klinik der Landesirrenanstalt und ab 1893 der II. Psychiatrischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses vor.

49 Richard Freiherr v. Krafft-Ebing: Über Nervosität. Ein Vortrag, gehalten am 25. Jänner 1884 zu Gunsten des Mädchen-Lyceums in Graz. Graz 1884.

nem Werk. Bis 1909 erreichte die Schrift sechs Auflagen und war damit eine der bekanntesten Abhandlungen zur Nervosität überhaupt.[50]

„Furcht ist Schwäche. Die nervöse Schwäche der modernen Generation ist die Ursache ihrer Furchtsamkeit. Wo solche Furcht ganze Bevölkerungsschichten einer Zeit ergreift, ist man berechtigt, von einem nervösen Zeitalter zu sprechen", schreibt Krafft-Ebing in der Einleitung seiner Abhandlung.[51] Das *nervöse Zeitalter* – die oft zitierte zeitdiagnostische Phrase des Nervendiskurses stammt aus der Feder des Grazer Psychiaters – war eine Ära der Furcht, der Sorge um eine drohende Abwärtsentwicklung. Wie Beard sah auch Krafft-Ebing die Nervosität als eine moderne Krankheit, zog daraus aber gegenteilige Schlüsse. Der Eindruck, dass sich mit der fortgeschrittenen Kulturentwicklung ein Mehr an Gesundheit und Zufriedenheit eingestellt hätte, sei ein fataler Trugschluss: „Über das glänzende Kulturbild, das sich ideell entwerfen und erwarten ließe, legt sich ein trüber Schatten. Bleich, verdrossen, aufgeregt, unstet erscheinen die Menschen der modernen Zivilisation", leitete Krafft-Ebing seine pessimistischen Skizzen ein. Als Schüler von Wilhelm Griesinger und Anhänger von Morels Degenerationslehre stand er auf dem Standpunkt, dass die Nervosität einen fließenden Übergang zu schweren Geisteskrankheiten aufweise.

In den darauf folgenden Kapiteln amalgamierte er sozialdarwinistische Diktion und Versatzstücke der Degenerationshypothese zu einer Anklageschrift gegen die Moderne. Der nervenkranke Mensch war der Unterlegene, sein Nervensystem hatte sich in den Kämpfen des Alltags aufgerieben und war von inferiorer Qualität. In seinem weithin bekannten Lehrbuch der Psychiatrie gab Krafft-Ebing das Entartungsszenario getreu nach Morel wieder: „Aus Neuropathien entwickeln sich Psychosen, anfangs noch leidlich gutartig und nach dem Schema der Psychoneurosen, dann immer mehr degenerativ, bis schließlich Idiotismus entsteht. Dann amortisiert die Natur die pathologische Familie, welche die physiologische Fähigkeit verliert, sich fort-

50 Freiherr R[ichard] v. Krafft-Ebing: Über gesunde und kranke Nerven. Tübingen [6]1909; Über Nervosität. Nach Freiherrn von Krafft-Ebing. In: Heimgarten 8 (1884), S. 527–536. Zu Krafft-Ebing und seiner Bedeutung für die psychiatrische Konstruktion von Sexualitäten am Ende des 19. Jahrhunderts siehe Harry Osterhuis: Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity. Chicago 2000; Renate Hauser: Sexuality, Neurasthenia and the Law: Richard von Krafft-Ebing (1840–1902). Ph.D. Thesis University College, London 1992; Dany Nobus: Freud and Krafft-Ebing as Kindred Spirits. A Re-evaluation of the Knowledge Governing a Powerful Historical Image. In: Engstrom, Weber, Hoff, Knowledge and Power, S. 219–231.

51 Ich benutze im Folgenden die Erstauflage: Über gesunde und kranke Nerven. Tübingen [1885], S. 7. Noch in seinem Vortrag hatte Krafft-Ebing von einem „eisernen Zeitalter" gesprochen, da es seiner Ansicht nach eine „Unzahl von Menschen" gebe, denen es am nötigen Eisengehalt im Blut fehle und daher „zu viel und zu wenig Nerven" hätten. Der von Krafft-Ebing vermutete Konnex von Blutarmut und Nervenschwäche gehörte zum Standardrepertoire der Nervenärzte und ist auch in Beards erster Fassung seiner Neurasthenielehre (1869) zu finden.

zupflanzen."[52] Dennoch war die gefürchtete Degeneration keine Einbahnstraße, aus der man nicht mehr umkehren konnte. Krafft-Ebing hielt eine Verbesserung der Situation prinzipiell für möglich und glaubte an Interferenzbedingungen, die eine abgeschwächte Fortschrittsdynamik und damit auch eine rückläufige Entwicklung der Nervosität mit sich brächten. Aber in den 1880er Jahren hatte dieses Szenario für ihn noch fiktionalen Charakter.

Hatte Krafft-Ebings Nervositätslehre eine geschlechtsspezifische Note aufzuweisen? Diese Frage ist zu bejahen, da der Psychiater eindeutige Zuschreibungen vornahm und diese mit drastischer Rhetorik verzierte. Denn nach Krafft-Ebing waren es „zunächst und zumeist" Männer, die im „exzessiven Konkurrenzkampf" in allen Berufszweigen zusammenbrachen und als „Besiegte, Verwundete, Tote vom Kampfplatz getragen werden" mussten: „Die Zahl der Besiegten und Toten ist eine enorme."[53] In seiner Kritik am entfesselten Kapitalismus und an der ökonomischen Moderne dominierte die Metapher des Krieges. In diesem Punkt lohnt sich nochmals der Vergleich mit Beard, der die Ursachen der Nervosität ähnlich gewichtet hatte, für die Situation der Betroffenen aber eine konträre Deutungsoption offerierte. Bei seinen Patienten handelte es sich um keine martialischen Naturen, die in den „Schlachten" des Wirtschaftslebens Nerven und Leben verloren hatten, sondern um sensitive Individuen, die mit Hilfe des Nervenarztes eine berufliche Auszeit erlangten, um danach wieder an ihren Platz zurückkehren zu können.

Der Ort des „Kampf ums Dasein" war für den Psychiater die Großstadt. Nach Krafft-Ebing befand sich das Nervensystem der urbanen Menschen in einem „permanenten Zustand der Reizung und Überreizung, in einem gleichsam fieberhaften Erregungszustand", der mit einer ständigen Dosis an Stimulation – Hast und Aufregung – aufrechterhalten wurde. Ein bestimmtes Lebensgefühl kennzeichne den Alltag der Großstädter, treffend in einem Scherzwort formuliert: „Des Morgens hektisch, des Abends elektrisch." Krafft-Ebing spielte mit diesem Scherzwort auf die Dynamisierung des Stadtverkehrs an, die am Ende des 19. Jahrhunderts durch die Straßenbahn repräsentiert wurde. Werner von Siemens hatte 1879 auf der Berliner Gewerbeausstellung eine elektrische Kleinbahn vorgestellt, die zur Belustigung der Besucher einen Rundkurs fuhr. Zwei Jahre später nahm in Berlin die erste elektrische Straßenbahn ihren Betrieb auf. Der Siegeszug des neuen innerstädtischen Verkehrsmittels war nicht aufzuhalten. In der Habsburgermonarchie war Budapest die erste Stadt, die mit der Elektrifizierung des Verkehrs begonnen hatte (1889). Re-

52 Richard von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. Stuttgart [7]1903, S. 160. Zu Krafft-Ebings affirmativer Rezeption der Degenerationshypothese siehe Oosterhuis, Stepchildren of Nature, S. 100–112.

53 Krafft-Ebing, Über Nervosität, S. 37.

nommierte Kurorte wie Baden bei Wien oder Gmunden zogen bald nach, während in Wien erst 1897 die erste elektrisch betriebene Straßenbahn fuhr. Der weitere Ausbau verlief dann in der Metropole aber rasch. Innerhalb weniger Jahre war der ganze Stadtraum mit den neuen Streckenlinien durchzogen.[54] Mit der neuen, schnellen Straßenbahn wurde der Straßenraum massiv verändert, da sie die „Reduzierung der Straße vom multifunktionalen städtischen Raum zum Verkehrskanal" einleitete.[55] Die Straße wurde als Kommunikations- und Mobilitätsraum neu wahrgenommen. Eine neue Aufmerksamkeit im Verkehr war notwendig, das spontane Auf- und Abspringen, wie es bei der Pferdebahn noch toleriert wurde, war mit der „Elektrischen" unmöglich geworden. Die Schnelligkeit der Straßenbahn, die den elektrifizierten städtischen Raum durchquert, wurde zum Symbol des großstädtischen Tempos und zur Quelle von Nervosität.[56]

Beards Neurasthenie und Krafft-Ebings Nervosität verfolgten von ihrer Grundaussage her zunächst völlig unterschiedliche Intentionen und Zielvorstellungen. Der New Yorker Nervenarzt hatte die Neurasthenie als eine Art Modernitätserfahrung beschrieben, die unangenehm, aber in ihrer Wirkung fortschrittsstimulierend und daher notwendig war. Als Folge der raschen Modernisierung war sie Kennzeichen einer von industriell-urbanen Prozessen angetriebenen Zivilisation, zu der sich Beard als ihr Diagnostiker bekannte. Krafft-Ebing befand sich mit seinen Äußerun-

54 Zum Aufbau der technischen Massenverkehrsnetze siehe Peter Wilding: Technik und Urbanität: Der Ausbau der technischen Infrastruktur als Leitmotiv städtischer Modernisierung in Wien und Graz um 1900. In: Heidemarie Uhl (Hg.): Kultur – Urbanität – Moderne. Differenzierungen der Moderne in Zentraleuropa um 1900. Wien 1999, S. 263–270 und Roman Sandgruber: Strom der Zeit. Das Jahrhundert der Elektrizität. Linz 1992, S. 161–164. Zu Versuchen, die verkehrsbedingten Erschütterungen der Stadteisenbahnen zu messen, siehe Sven Dierig: „Feinere Messungen in der Mitte der Stadt" – Berliner Großstadtverkehr und die apparativen Hilfsmittel der Elektrophysiologie, 1845–1910. In: NTM 6 (1998), S. 148–169.

55 Beate Binder: Elektrifizierung als Vision. Zur Symbolgeschichte einer Technik im Alltag. Tübingen 1999, S. 110–115; Dieter Schott: Elektrizität und die mentale Produktion von Stadt um die Jahrhundertwende. In: Klaus Plitzner (Hg.): Elektrizität in der Geistesgeschichte. Bassum 1998, S. 221. Zur Bedeutung der Elektrizität für die Beleuchtung der Großstädte siehe Wolfgang Schivelbusch: Lichtblicke. Zur Geschichte der künstlichen Helligkeit im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1986, bes. S. 67–78.

56 Von seinen Eindrücken in Graz konnte der Psychiater die beschriebene Großstadthetze nicht abgeleitet haben. Die steirische Stadt galt – im Gegensatz zu Wien, Berlin und anderen europäischen Großstädten – zu Ende des 19. Jahrhunderts als ausgesprochen ruhige Kleinstadt. Scherzhaft als *Pensionopolis* tituliert, repräsentierte Graz im öffentlichen Bewusstsein mehr den Alterssitz honoriger Persönlichkeiten denn die hypermoderne Metropolis in Kleinformat, eine Einschätzung, die auch Krafft-Ebing teilte. Nach seiner Emeritierung in Wien ging er wieder nach Graz zurück, um dort seinen Ruhestand zu verbringen. Krafft-Ebing, Über Nervosität, S. 49–51; Gerhard M. Dienes: Eine Stadt vor 100 Jahren. Graz. Bilder und Berichte. München 1997, S. 85–90.

gen in einem Denkmodell, das eine Schere zwischen den Modernisierungsprozessen und dem Gesundheitszustand der Menschen aufmachte. Der pessimistische und warnende Charakter des Textes verarbeitete sozialdarwinistische und degenerationstheoretische Leitsätze zu einem unheilvollen Kompendium der Nervositätslehre. Damit stand der Grazer Psychiater in Opposition zu den „nervösen" Begleiterscheinungen der Moderne und war von seinem ärztlichen wie von seinem persönlichen Selbstverständnis her deren radikaler Kritiker.[57]

Im Gegensatz zu Beard verstand Krafft-Ebing die Nervosität nicht als Phänomen, das erst kürzlich aufgetaucht war, sondern sah in ihr eine Begleiterscheinung der Neuzeit, die nach der Französischen Revolution eine zunehmende Dynamik entwickelt hatte. Damit argumentierte auch er in historischen Vergleichskategorien, lehnte aber die These von der Nervosität als einem spezifischen Krankheitsphänomen der letzten Jahrzehnte ab. Krafft-Ebings Nervosität hatte nicht den explizit modernen Charakter, den Beard für seine *American Nervousness* postulierte. Dies lässt sich insbesondere mittels der Frage der Ätiologie zeigen. Wenn der Psychiater von der Nervosität des Großstädters sprach, so führte er diese zurück auf „Schauerdramen, Ehebruchkomödien, Trapezkünstler, nervenerschütternde Musik, Schaustellungen, starke Weine und Liköre, Cigarren, Clubs, Liebesabenteuer, Nachrichten von Verbrechen in der Tageschronik".[58] Solche Aufzählungen drehten sich also um Theater-, Zirkus- und Lokalbesuche, um den Genuss von Alkohol, um exzessive Sexualität und um reißerischen Journalismus, aber in den 1880er Jahren waren diese Faktoren weder neu noch von spezifischer Modernität. Technische Innovationen, die Beard als Primärursachen der Neurasthenie verbuchte, fehlten bei Krafft-Ebing völlig.

Von der Neurasthenie wollte der Psychiater in seinen beiden ersten, noch in Graz verfassten Nervositätsschriften wenig wissen. Er akzeptierte und gebrauchte den Begriff zwar in einigen seiner Aufsätze, doch ging er dabei nicht näher auf die Vorschläge Beards ein.[59] Erst in den frühen 1890er Jahren, als neuer Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie in Wien, setzte er sich ausführlich mit der Neurasthenie auseinander. Je länger sich Krafft-Ebing mit Begriff und Leiden beschäftigte, desto plausibler wurde ihm das Gedankengebäude des amerikanischen Arztes. In *Nervosität und neurasthenische Zustände* beschrieb er Wesen und Verbreitung der Neurasthenie in Superlativen: „Es gibt kaum eine andere pathologische Erscheinung, die

57 Zu kulturpessimistischen Argumentationsmustern Krafft-Ebings siehe Oosterhuis, Stepchildren of Nature, S. 100–112; Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 135–137 und Eckart, „Die wachsende Nervosität unserer Zeit", S. 214–216.

58 Krafft-Ebing, Über gesunde und kranke Nerven, S. 10.

59 Richard von Krafft-Ebing: Über Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken. In: MVS 20 (1883), S. 3–29.

so tief in das Leben der modernen Culturmenschen einschneidet, als die Neurasthenie." Beards Schrift erschien ihm nun „wie eine Offenbarung auf medicinischem Gebiete".[60] Krafft-Ebings Schwenk zur Neurasthenie begann mit einem Eingeständnis. Er konzedierte, dass die Wiener Medizinische Schule ein nur unzureichendes Verständnis vom Wesen der funktionellen Nervenkrankheiten entwickelt habe und durch die einseitige Fixierung auf organische Forschungsprämissen in Rückstand geraten sei: „Die Franzosen, Engländer und Amerikaner waren in dieser Hinsicht vorurteilsfrei, und so kommt es, daß wir auf dem Gebiete der Neurosen bei ihnen in die Lehre gehen mußten." Herbe Kritik übte Krafft-Ebing an der mangelhaften Kenntnisnahme der Neurasthenie an den Kliniken und der einseitigen Ausbildung der Wiener Medizinstudenten: „Hindernd für die Klarstellung der neurasthenischen Zustände war bisher der Umstand, daß die sie repräsentierenden Kranken nur ausnahmsweise in die Hospitäler kommen und daß in solchen fast ausschließlich wissenschaftlich gearbeitet wird." Dies hätte zur Folge, dass auch die meisten praktischen Ärzte, die in Wien die pathologisch-anatomische Denkschule durchlaufen hatten, einen falschen Blick auf die Neurosen hätten: „Kommt der angehende Arzt in die Praxis, so sieht er vor lauter anatomischen Bildern die funktionellen nicht, verwechselt sie mit jenen, [...] stellt falsche Diagnosen, beunruhigt den höchst emotiven Patienten aufs Äußerste, suggeriert ihm schwere organische Krankheiten, die er gar nicht hat."[61]

Es ist am Beispiel Krafft-Ebings interessant zu sehen, wie sich mit der affirmativen Rezeption der Neurasthenie die psychiatrische Sichtweise auf Nervenkrankheiten veränderte. Wie Beard hatte auch er seine Schrift anhand seiner praktischen Erfahrungen geschrieben, die er auf der Abteilung für Nervenkranke des Allgemeinen Krankenhauses in Wien und in seiner Privatpraxis gemacht hatte. Die Unterteilung seiner Schrift in *Nervosität* und *neurasthenische Zustände* war kein bloßes Wortspiel, sondern Ausdruck eines Perspektivenwechsels. Das Kapitel über die Nervosität entsprach einer gekürzten und leicht modifizierten Fassung seiner beiden ersten Schriften. In der Erläuterung der Nervositätslehre bot Krafft-Ebing keine neuen Erkenntnisse. Wesentliche Fragen, wie die nach der genauen Ursache des Leidens, müssten nach wie vor vernachlässigt werden, da „weder die heutige mikroskopische noch die chemische Forschung sie zu klären vermag". Der Zusammenhang zwischen Nervosität und Degeneration war für Krafft-Ebing nach wie vor evident. Nervosität er-

60 Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 50 und S. 54.

61 Ebd., S. 54. Mit dieser Kritik folgte Krafft-Ebing der Argumentationslinie Beards, Die Nervenschwäche, S. 15–22. Zu Krafft-Ebings hypnotischen Experimenten in den 1880er Jahren siehe Emese Lafferton: Hysteria and hypnosis as ongoing processes of negotiation. Ilma's case from the Austro-Hungarian Monarchy. In: History of Psychiatry 13 (2002), S. 177–196 und S. 305–326.

schien ihm wie eine „Pandorabüchse", aus der Unheil für den Betroffenen entstehen konnte.[62] Das war genau die fatalistische Diktion, die dieser schon in seinen früheren Ausführungen vertreten hatte.

Aber 1895 war die Degenerationstheorie nicht mehr unumstritten und die Ansicht von der progressiv verlaufenden Vererbung aller organischen Schädigungen kein psychiatrisches Dogma mehr. So mutet das Kapitel über die Nervosität eher wie eine wissenschaftliche Pflichtübung an, die sich mit Krafft-Ebings neueren, stärker sozialpsychologisch geprägten Forschungsinteressen nicht mehr deckte. Innovative, differenzierte Thesen waren zu Anfang der 1890er Jahre mit dem aktuellen (und unbelasteten) Terminus der Neurasthenie besser zu verwirklichen. Der pessimistische Grundton, der das Kapitel über die Nervosität bestimmte, war nun abgeschwächt, die radikale sozialdarwinistische Metaphorik deutlich entschärft. Von „Verwundeten, Besiegten und Toten" ist in der Neurasthenieschrift nicht mehr die Rede. Mit dieser Akzentverschiebung stand der Wiener Psychiater im Trend einer kulturell orientierten Neurasthenieforschung, so wie sie von Beard angeregt worden war. Auch Wilhelm Erb, der 1880 die Nervosität mit der Degeneration in Verbindung gebracht hatte, distanzierte sich davon und deutete in den 1890er Jahren die Neurasthenie als kulturelles Phänomen, das in absehbarer Zeit zu überwinden sei: „Wir haben alle Aussicht, dass unser Nervensystem sich den Anforderungen, die von unserer heutigen Kultur gestellt werden, anpassen und durch Gewöhnung ihre schädlichen Einwirkungen paralysieren wird."[63]

Mit der Schrift *Nervosität und neurasthenische Zustände* reagierte Krafft-Ebing auf die wachsende Zahl der Publikationen, die von 1890 an in immer kürzeren Abständen zum Thema der Nervenschwäche erschienen waren. In Wien hatte Josef-Isidor Wilheim 1890 eine Schrift über die Nervosität herausgebracht und als „das neueste und wichtigste Handbuch für Nervenkranke aller Stände" angepriesen. Der publizistische Erfolg gab ihm Recht. Nur zwei Jahre später ging die Schrift in die sechste Auflage. Freilich ließen Konkurrenzpublikationen nicht lange auf sich warten. 1892 veröffentlichten Hugo Gugl und Anton Stichl, Krafft-Ebings ehemalige Assistenten in Graz, ihre Studien über die Neurasthenie. Sigmund Freud arbeitete intensiv an seinem „Neurasthenieprojekt", und auch andere Wiener Nervenärzte wie Hanns Hirschkron oder Ludwig Frey publizierten zu diesem Zeitpunkt ihre Arbeiten. Auch deutsche Nervenärzte und Psychiater setzten zu einer neuerlichen Beschäftigung mit dem Thema an. In Heidelberg hielt Wilhelm Erb 1895 seine viel zitierte Rede *Über die wachsende Nervosität unserer Zeit*. Der Internist Friedrich Martius hielt kurz darauf ebenfalls einen Vortrag, der die Nervositätsfrage zum Inhalt hatte. Ein *Um-*

62 Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 5–6.

63 Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 295.

gangshandbuch für den Verkehr mit Nervösen erwies sich als Verkaufsschlager und wurde erneut aufgelegt. Leon Bouveret publizierte 1892 in Frankreich eine Monografie über die Neurasthenie, die noch im selben Jahr ins Deutsche übersetzt wurde. In München stellte Leopold Löwenfeld 1894 sein monumentales Werk zur Nervositätslehre fertig. Paul Möbius arbeitete ebenfalls an einem ausführlichen Werk über die Neurasthenie, brach aber nach Erscheinen von Müllers *Handbuch der Neurasthenie* dieses Vorhaben ab und veröffentlichte seine Ergebnisse in einem Aufsatz. Müller wiederum, der 1902 eine umfangreiche medizinhistorische Bilanz des 19. Jahrhunderts vorlegte, sprach von einer überwältigenden Literatur, die in den Jahren nach 1890 ihren Höhepunkt erreicht habe. Kurzum: Zu keinem anderen Zeitpunkt erschienen so dicht gestaffelt Stellungnahmen zur Frage der Neurasthenie.[64]

In diesen Schriften wurde die Neurasthenie als zeitbedingtes und kulturell geprägtes Krankheitsbild gezeichnet, das sich in Abhängigkeit von den technischen und ökonomischen Modernisierungsschüben des späten 19. Jahrhunderts entwickelt hätte. Diejenigen Neurologen und Psychiater, die sich vom Degenerationsparadigma lösen konnten und in der Neurasthenie eine Kulturkrankheit sahen, distanzierten sich von den biologischen Untergangsängsten und suchten die Frage von Modernität und Nervosität anders zu deuten. Neurasthenie war nicht das Menetekel einer entarteten Moderne, sondern Signatur eines unruhigen Zeitalters, in der Fortschritt und Kultur eine Dynamik entfesselt hatten, die das individuelle wie kollektive Nervensystem überforderten. Wie ließ sich dieses Missverhältnis wieder ausgleichen? Welche neuen mentalen Schutzmechanismen, Imprägnierungen und Perzeptionsfähigkeiten waren erforderlich, um den modernen Nervenmenschen an vorausgeeilte Entwicklungsstufen der Technik wieder anzupassen? Und eine Frage tauchte insbesondere in den Debatten um die nervöse Reizüberflutung in den Großstädten immer wieder auf: Konnte man Neurasthenie und Nervosität nicht nur als pathologisches Signum, sondern auch als Grundbedingung für kulturelle Modernität verstehen?

64 Josef I. Wilheim: Die Nervosität (Neurasthenie), deren Verlauf und Heilung. Das neueste und wichtigste Handbuch für Nervenkranke aller Stände. Wien [6]1892; Ludwig Frey: Über die Nervosität des Jahrhunderts. Wien 1892; Hanns Hirschkron: Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Wien-Leipzig 1893; Hugo Gugl, Anton Stichl: Neuropathologische Studien. Stuttgart 1892; Wilhelm Erb: Über die wachsende Nervosität unserer Zeit. Heidelberg 1893; F[riedrich] Martius: Über Nervosität. Hamburg 1894; G. Th. Kornig: Umgangshandbuch für den Verkehr mit Nervösen. Berlin und Leipzig [2]1893; Leon Bouveret: Die Neurasthenie. Leipzig-Wiesbaden 1893; Leopold Löwenfeld: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894; Möbius, Zur Lehre von der Nervosität, S. 62–87; Müller, Geschichte der organischen Naturwissenschaften, S. 564 f.

2.5 Nerven, Fortschritt, Kultur: Modernität und Nervosität

Tod altem Rasten, hoch Neurasthenie!
Kurt Schwitters[65]

Vor allem aber haben die Nervenärzte selbst laut den Zusammenhang der „wachsenden Nervosität" mit dem modernen Kulturleben proklamiert.
Sigmund Freud[66]

Fortschritt, Schnelligkeit und Hast: Der nervöse Lebensstil, der konventionelle und moderate Lebensgewohnheiten hinter sich ließ, wurde zum Kennzeichen der „neuen" Krankheit Neurasthenie. Eine Reihe von Wortspielen, die in populären Magazinen verbreitet wurden, aber auch Spottgedichte, wie die Neurasthenie-Ballade von Kurt Schwitters, zeugen von der Diffusionsmächtigkeit der Neurasthenielehre. Es ist erstaunlich, wie schnell das Konzept der Neurasthenie in die Alltags- und Berufswelt der Menschen einsickerte. Um 1900 reklamierte fast jede Berufsgruppe, die ihre Arbeit unter Zeitnot verrichten musste, die Nervenschwäche für sich: Handelsreisende und Journalisten fühlten sich von der Krankheit ebenso betroffen wie Professoren, Lokomotivführer oder Feuerwehrleute.[67]

Von Anbeginn der Debatte über die Neurasthenie gehörte der Hinweis auf die nervenschädigende „moderne Zivilisation" zur festen Redewendung der Ärzte. Schon 1885 hatte ein Arzt in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* auf die scheinbar zwingende Logik dieser Anschauung verwiesen. Nach diesem konnte es „gar keinem Zweifel unterliegen, daß die moderne Zivilisation mit ihren täglich zunehmenden Bedürfnissen und täglich steigenden Anstrengungen" die Nerven in Misskredit bringe.[68] Aber auch wenn der Hinweis auf die Modernität des Leidens die Debatten über die Ätiologie der Neurasthenie vereinnahmte, so ist es doch wichtig zu sehen, dass stets auch alternative beziehungsweise oppositionelle Lesarten kursierten. Vor allem in den Feuilletons der medizinischen Zeitschriften finden sich immer wieder Bemerkungen, die mit den kolportierten Schlagworten und assoziativen Gedankenkomplexen der Neurasthenie nichts zu tun hatten. Um beim Beispiel der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* zu bleiben: Nur ein Jahr zuvor, 1884, hatte das

65 Kurt Schwitters: Vergänglichkeit (um 1930). In: Kurt Schwitters: Das literarische Werk, hg. von Friedhelm Lach. Köln 1973, S. 109.

66 Sigmund Freud: Die „kulturelle" Sexualmoral und die moderne Nervosität (1908). In: ders.: Das Unbehagen in der Kultur und andere kulturtheoretische Schriften. Frankfurt/M. 1994, S. 112.

67 Friedrich Snoy: Die Nervenschwäche der Feuerwehrleute nach Rauchvergiftung. Med. Diss. Berlin 1907.

68 Anonym: Rez. zu Arndt: Die Neurasthenie. In: WMW 26 (1885), Sp. 1096.

Redaktionsteam der Zeitschrift den gemächlichen Lauf der Dinge beklagt. Von einer nervösen, fortschrittsstimulierenden Atmosphäre, die das Leben erfasst habe, könne keine Rede sein. Im Gegenteil:

> Das Tempo unseres Fortschritts, sofern wir überhaupt einen solchen zu verzeichnen haben, ist viel zu langsam für die rasche Flucht des Jahres; unser schon mehr dem Süden zuneigendes Temperament gefällt sich in einer gewissen Beharrlichkeit, die mit dem heute ohnedies beliebt gewordenen Rückschritte nahe verwandt ist und, da wird es begreiflich, wenn ein Jahresbild dem anderen täuschend ähnlich sieht.[69]

Die beiden Beispiele zeigen die Widersprüchlichkeit, mit der eine historische Einschätzung der Nervendebatten um 1900 zu kämpfen hat. Das hegemoniale Deutungsmuster der Neurasthenie war das, was Joachim Radkau – in Anlehnung an Beard – die *Modern Times-Theorie* genannt hat. Das moderne Leben in all seinen Facetten war die entscheidende Ursache für einen hektischen Lebensstil, der in einer Überreizung oder Erschöpfung der Nerven endete. Andererseits kamen immer wieder Einwürfe, die diese Anschauung hinterfragten und die Modernität der Neurasthenie massiv in Frage stellten. Um 1900 konnte neben der kolportierten Hast und Nervosität auch die Langeweile ihren Platz haben.[70] Auch der Kausalzusammenhang von technischer Modernität und wachsender Nervosität lässt sich auf den ersten Blick nicht eindeutig behaupten, da der motorisierte Verkehr erst nach 1900 bedeutende Ausmaße annahm. Davor waren Autos, Fahrräder oder Straßenbahnen selbst auf den belebtesten Straßenzügen der Städte noch die Ausnahme, jedenfalls aber keine Massenerscheinung. Im New York der 1870er Jahre, wo Beard in seiner Praxis am Broadway das tägliche Verkehrsgewühl mitbekam, konnte von einer polyfunktionalen Straßennutzung keine Rede sein. Der Verkehr, der nach Ansicht des amerikanischen Arztes das Nervensystem der Passanten kollabieren ließ, wurde traditionell von Pferdekutschen und -fuhrwerken jeder Art dominiert – wenngleich diese die Wege des eiligen Fußgängers nicht weniger blockieren konnten als später motorisierte Verkehrsteilnehmer.

Wie wurde die Redewendung von der wachsenden Nervosität begründet? In ihren Argumenten blieben die Ärzte stets vage und unbestimmt. Ein Kriterium, das immer wieder ins Spiel gebracht wurde, war die vermeintliche Zunahme der Geis-

69 Anonym: Rückschau. In: WMW 34 (1884), Sp. 19.

70 Joachim Radkau: Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte. In: Geschichte und Gesellschaft 20 (1994), S. 211–241. Weitere Argumente und Belege gegen die Modernitätsthese bei Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 176–180. Zur Langeweile siehe Martina Kessel: Langeweile. Zum Umgang mit Zeit und Gefühlen in Deutschland vom späten 18. bis zum frühen 19. Jahrhundert. Göttingen 2001.

teskrankheiten, die man in den Irrenanstalten statistisch zu erfassen suchte und in ein prozentuales Verhältnis zur Einwohnerzahl des Staates setzte. Nicht wenige Psychiater sahen im Ansteigen der Aufnahmen in die Irrenanstalten einen geeigneten Gradmesser für den Anstieg der Geisteskrankheiten. Doch auf die Neurastheniefrage umgelegt hatten diese Statistiken nur begrenzten Aussagewert. Wollte man die Krankheit als temporär und kulturell bedingtes Phänomen begreifen, so kamen Statistiken aus Irrenanstalten nicht in Frage. Beard hatte für sich die Frage einfach gelöst. "The development of nervousness have been so great in modern times [...] that there is no need of statistics – the facts can be demonstrated by the general observation of those who have the opportunities to observe."[71] Deutschsprachige Neurologen und Psychiater argumentierten ähnlich. Statistische Daten psychiatrischer Institutionen spielen in der Neurasthenieliteratur so gut wie keine Rolle. Analog zu Beard bekannte etwa Erb, dass ihn in seiner Einschätzung nur „allgemeine Eindrücke" geleitet hätten. Damit waren die Erfahrungen seiner Ärztegeneration gemeint, die übereinstimmend davon ausgingen, dass „in der Tat eine ganz unzweifelhafte und erhebliche Zunahme der Neurasthenie eingetreten ist".[72] Genauere Belege oder nähere Hinweise für diese These blieb auch Erb wie Möbius oder Krafft-Ebing schuldig. Die Frage, „in welcher Weise die durch unsere Zivilisation bedingten Existenzverhältnisse ihren objektiven plastischen Ausdruck im Organismus" gefunden hätten, musste offen bleiben.[73]

Aus der Sicht dieser Ärzte stellte sich die Sachlage dennoch klar dar. Natürlich war der kausale Zusammenhang zwischen moderner Kultur und Nervosität naturwissenschaftlich nicht exakt zu beweisen, aber auf diesen gemeinsamen Nenner ließ sich die Ursachenlehre plausibel reduzieren. Das Erklärungsmodell, das der Redewendung von der „wachsenden Nervosität" zugrunde lag, ging von einer scherenartigen Entwicklung zwischen den gesteigerten Anforderungen des modernen Lebens und den unzureichenden Fähigkeiten des Subjekts zu deren Bewältigung aus. Durch die rasanten Fortschrittsprozesse der letzten Jahrzehnte sei die Inanspruchnahme von Gehirn und Nervensystem zu stark vorangetrieben worden; die „assimilatorische Kraft" der Nerven könne mit den Ansprüchen eines „elektrisch bewegten Zeitalters, das sich selbst durch einen nervösen Stimulus charakterisiert", nicht mehr Schritt halten.[74]

Der moderne Mensch des ausgehenden 19. Jahrhunderts hat damit geistig-nervliche Belastungen in einem Körper zu verkraften, dessen Leistungsfähigkeit noch am

71 Beard, American Nervousness, S. 20.

72 Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 287 f.

73 Carl Anjel: Experimentelles zur Pathologie und Therapie der cerebralen Neurasthenie. In: APN 15 (1884), S. 618.

74 Pollák, Zur Frage der „Nervosität", S. 814.

Beginn des Jahrhunderts stand. An die neuen, ruckartig hereinbrechenden Erfordernisse der „Außenwelt" hatte sich die körperlich-seelische „Innenwelt" nicht rasch genug angleichen können. Nervosität entsteht damit aus einer verfehlten anthropologischen Anpassungsleistung an zukünftige kulturelle Lebensbedingungen, die schon in die Gegenwart vorgezogen worden waren.[75]

Die in den ärztlichen Schriften oft nur vage und wenig explizit gemachte Denkfigur von zwei unterschiedlich raschen Entwicklungen, die das Verhältnis von Modernität und Nervosität charakterisieren, nimmt in der Kulturtheorie des Soziologen Georg Simmel eine zentrale Position ein. Simmel fasste, im Einklang mit den neurologischen und psychiatrischen Theoremen, das Unbehagen an der Moderne mit dem Begriffspaar der „objektiven" und „subjektiven" Kultur zusammen. Dabei ging Simmel von einem gesteigerten Tempo des Lebens aus, das durch die Summe kapitalistischer Produktionsmethoden zustande gekommen und durch die Zunahme und Verdichtung von psychischen Unterschiedsempfindungen, durch eine fortwährende „Zusammendrängung der Lebensinhalte" gekennzeichnet sei.[76] Aus dieser Konstellation leitete Simmel eine zweifache Bedeutung moderner Kultur ab, bei der Subjekt und Objekt ineinander verknotet und doch durch eine Wachstumsdifferenz entfremdet seien. Auf der einen Seite stehe die „objektive Kultur", also die Summe der sachlich-schöpferischen Errungenschaften der Moderne wie die neue raumüberwindende Technik, die beschleunigte geografische wie soziale Mobilität, die industrielle Produktionstechnik, die Akkumulation des Wissens oder die komplizierten Institutionen des Staates. Die Gesamtheit dieser kulturellen Entwicklungen habe im 19. Jahrhundert eine ungeheure Geschwindigkeit erreicht, hinter der die Subjekte nur unvollständig und in immer weiterem Abstand hätten folgen können. Die „subjektive Kultur", die Fähigkeit des Individuums, den gewachsenen Bestand der objektiven Kulturleistungen zur persönlichen Kultivierung, das sachlich entwickelte Leben in eine innere Assimilation zu überführen, sei weit zurückgeblieben: „Es lebt ein rein sachlich entwickeltes Leben für sich, das wir zum allergrößten Teil nicht einmal verstehen können." In der Diskrepanz zwischen der objektiven Kultursubstanz an Greifbarkeiten und Geistigkeiten und dem subjektiven Empfinden der Individuen, die sich

75 Müller schrieb 1893: „Die Kultur entwickelt sich nicht, wie man glauben sollte, ganz stetig, heute schaffend, was sie gestern vergaß, sondern sprungweise. Und in einer solchen Zeit leben wir jetzt. Seit bald 50 Jahren, also kurz nach den Ereignissen des Jahres 1848, ist ein ungeahnter Fortschritt auf allen Gebieten wahrnehmbar: Die Verkehrsmittel sind in einer Weise verändert, wie sie sich ein am Anfang unseres Jahrhunderts lebender Mann nie hätte träumen lassen; der Telegraph, das Telephon wurde erfunden, die allgemeine Wehrpflicht und der Schulzwang eingeführt. Wozu man früher 8 Tage brauchte, das erledigt man jetzt in 24 Stunden." Müller, Geschichte, S. 21.

76 Georg Simmel: Die Bedeutung des Geldes für das Tempo des Lebens. In: Neue deutsche Rundschau 8 (1897), S. 114.

von dieser vergewaltigt und unfähig zu gleichem Fortschrittstempo fühlen, sah Simmel die Ursache für das nervöse Unbehagen an der Moderne:

> Die Dissonanzen des modernen Lebens – insbesondere das, was sich als Steigerung der Technik jedes Gebietes und als gleichzeitige tiefe Unbefriedigung an ihr darstellt – entspringen zum großen Teil daraus, daß zwar die Dinge immer kultivierter werden, die Menschen aber nur in geringerem Maße imstande sind, aus der Vollendung der Objekte eine Vollendung des subjektiven Lebens zu gewinnen.[77]

Das überlegene Entwicklungstempo der „sachlichen Bedingungen" herrsche über die „innere Seite", über die persönlichen Werte, Stimmungen und Gefühlslagen. Aus dieser Situation entstünde, wie Simmel in mehreren Schriften und 1916 pointiert in seinem Kriegsaufsatz *Die Krisis der Kultur* festhielt, „die typisch problematische Lage des modernen Menschen: das Gefühl, von dieser Unzahl von Kulturelementen wie erdrückt zu sein, weil er sie weder innerlich assimilieren, noch sie [...] einfach ablehnen kann".[78]

Der Ort, an dem sich die Nervosität am weitesten verbreitet hatte, war die Großstadt. In den meisten ärztlichen Äußerungen und Stellungnahmen, die sich um eine „kulturelle" Auslegung der Neurasthenie drehten, wurde der wachsende, von technischen Innovationen überformte urbane Raum zum Topos des nervös-modernen Lebensstils: „Daß unsere moderne Kultur mit ihren unvergleichlichen Erfindungen, mit den blendenden Lichteffekten, dem ohrenbetäubenden Spektakel der Verkehrsmittel, der kolossalen Anspannung aller körperlichen und geistigen Kräfte, bei der raffinierten Steigerung aller Genüsse zu Erschöpfungsprozessen des Nervensystems führt, das wird uns allen begreiflich sein", schrieb etwa Ludwig Frey.[79] Die unausweichliche Konfrontation mit den Bedingungen des modernen Lebens war auch für die Ärzte der Dreh- und Angelpunkt im Verständnis der Nervosität, und aus dieser Konstellation leiteten sie ihren „Kulturauftrag" ab, der in der professionellen Aufsicht und Kontrolle über das Nervensystem der Zeitgenossen bestand.

---

77 Georg Simmel: Vom Wesen der Kultur. In: Österreichische Rundschau 15 (1908), S. 42.

78 Simmel, Die Krisis der Kultur, S. 229. Zu Simmels Theorie der Moderne als Herrschaft der objektiven über die subjektive Kultur siehe David Frisby: Fragmente der Moderne. Georg Simmel – Siegfried Kracauer – Walter Benjamin. Rheda-Wiedenbrück 1989, S. 48–50. Sehr lohnend scheint mir Paul Noltes Vorschlag zu sein, Simmels Gesellschafts- und Kulturanalysen zum Ausgangspunkt für eine „Historische Anthropologie der Moderne" zu machen. Paul Nolte: Georg Simmels Historische Anthropologie der Moderne. In: Geschichte und Gesellschaft 24 (1998), S. 225–247.

79 Frey, Über die Nervosität unseres Jahrhunderts, S. 11. Zur nervösen Ziellosigkeit des Großstädters vgl. Hermann Bahr: Der Betrieb der Großstadt. In: Die Neue Rundschau 23 (1912), S. 679–705.

Die anthropologischen Techniken, die das Subjekt zur Überwindung der Nervosität entwickeln könne, stellte Simmel in seinem Aufsatz *Die Großstädte und das Geistesleben* (1903) vor. Simmel sprach darin von einem „Präservativ des subjektiven Lebens gegen die Vergewaltigungen der Großstadt" und meinte damit die psychologische Distanzierung mittels einer unempfindlichen Verstandesmäßigkeit, die imstande sei, das moderne Reizstakkato zu kompensieren. Der Typus des Großstädters, dessen psychologische Grundlage die Steigerung des Nervenlebens sei, hätte ein Schutzorgan gegen die Strömungen und Diskrepanzen des urbanen Milieus entwickeln können; statt mit dem Gemüte reagiere er auf diese im Wesentlichen mit dem Verstande. Die Rasanz und Gegensätzlichkeit der urbanen Unterschiedsreize prallten solcherart an einem indifferenten Habitus ab.[80]

Diesen Optimismus konnten die meisten Neurastheniespezialisten nicht teilen. Ein guter Teil ihrer Schriften war dem Problem der hektischen Körpersprache, dem Scheitern der eigengesteuerten Kontrolle über die Nerven gewidmet. Die Ikonografie nervöser Zustände war eindrücklich; an den Körpern nervöser Männer wurde die unruhige Signatur der Zeit sichtbar und erfahrbar. „Der Nervöse verrät seine Natur durch eine beständige Bewegung seines Körpers. Bald trommeln seine Finger auf der Tischplatte, bald zappeln seine Beine, um seine Augen zuckt es wie ein drohendes Gewitter, sein Mund scheint leise zu beben."[81] Vielen Ärzten galt das Zittern als das häufigste und auch am deutlichsten erkennbare somatische Symptom der Nervosität.[82] Analog zum Zittern wurden die „Tics" beschrieben. Auch hier standen die Vibrationsformen des Körpers im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses: „Nervöses Zusammenfahren, Zucken der Schultern, Schütteln, Nicken des Kopfes, Räuspern oder auch blitzschnelle Kontraktionen einzelner Muskelgruppen sind häufige Begleiterscheinungen der Neurasthenie", stand 1911 in einem Standardwerk über Nervenkrankheiten zu lesen.[83]

Die These von der Modernität der Neurasthenie war die strukturierende Matrix der dramatischen Umbrüche in der lebensweltlichen Wahrnehmung und Erfahrung der Menschen um 1900. Dennoch gab es aber auch Positionen, die von einem ge-

80 Georg Simmel: Die Großstädte und das Geistesleben. In: Jahrbuch der Gehe-Stiftung zu Dresden 9 (1903), S. 227–242. Zit. nach Lothar Müller: Die Großstadt als Ort der Moderne. Über Georg Simmel. In: Klaus R. Scherpe (Hg.): Die Unwirklichkeit der Städte. Großstadtdarstellungen zwischen Moderne und Postmoderne. Reinbek bei Hamburg 1988, S. 16 f.

81 Emil Singer: Nervenschwäche und Nervenleiden. Ärztliche Ratschläge. Leipzig 1911, S. 35 f.

82 Eduard Fuchs: Einführung in das Studium der Nervenkrankheiten. Leipzig-Wien 1911, S. 393. Über die Versuche, das Zittern messbar zu machen, siehe Josef Pelnář: Das Zittern. Seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. Berlin 1913, S. 57–60.

83 G[ustav] Aschaffenburg: Die psychasthenischen Zustände. In: Hans Curschmann (Hg.): Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1909, S. 789.

genteiligen Standpunkt ausgingen und die gängigen Argumentationsmuster gegen ihren Strich bürsteten. Dies soll im Folgenden an drei Beispielen skizziert werden.

Drei Gegenbeispiele

1. 1894 erschien ein kleiner Band von Wilhelm A. Freund, einem Straßburger Internisten und Frauenarzt, der den Titel *Wie steht es um die Nervosität unseres Zeitalters?* trug. Freund brachte darin eine prononcierte Kritik gegen Erb und dessen Phrase von der „wachsenden Nervosität unserer Zeit", die einem „aller Orten in verschiedenen Äußerungen aufgedrängt wird", vor. Freund zeigte sich verärgert über den zunehmend populären und trivialen Charakter der Nervositätsdebatte:

> Die Anpreisung eines neuen Arzneimittels, die Reklame für ein Geheimmittel gilt erst dann für volltönend, wenn es wirksam auch gegen Nervosität gerühmt wird; in den Kramläden werden Pfeifenköpfe, Cigarrenspitzen, Broschen, Ringe, Nadelbüchschen mit der aufgemalten Devise „Nur nicht nervös" verkauft. Ja, man kann, wie in frommen Häusern Bibelsprüche, so in vielen Wohnungen dieses Memento gegen Nervosität auf eleganten Blättern groß gedruckt über Tür und Bett lesen. Kein Wunder, daß man durch diese unablässigen Eindrücke zu der Meinung gebracht wird, „daß doch irgend etwas an der Sache sein müsse".[84]

An den redundanten Denkfiguren über die Zunahme der Nervenkrankheiten hatte Freund massive Zweifel: „Mir scheint die skizzierte Schlußreihe von der Entstehung und Weiterentwicklung der Nervosität durch willkürliche Anordnung der Tatsachen gekünstelt und darum nicht überzeugend zu sein." An die *Modern Times-Theorie*, die Theorie von einer kulturell erzeugten Nervosität, glaubte er nicht. Zwar konzedierte auch Freund, dass die Fortschritte in Technik, Naturwissenschaften und Kunst gravierende Veränderungen in der Lebenswelt der Menschen hinterlassen hätten, doch sei dies allein noch kein Beweis für ein Zunehmen der Nervosität. Zu oberflächlich hätten die Ärzte ihre Argumente formuliert und zu offensichtlich sei die Angelegenheit von nostalgischen Kompensationen beeinflusst, als dass man tatsächlich von einer dramatischen Zunahme der Nervenkrankheiten sprechen könne. Da sich der erreichte Gesellschaftszustand nicht einfach zurücknehmen lasse, sei die Debatte über die Zunahme der Nervosität ohnehin nutzlos.

Was Freund klarzumachen versuchte, war der Umstand, dass jede Klage über die Zunahme der kulturell bedingten Nervosität zu einem prinzipiellen Dilemma führte.

---

84 Wilh[elm] Alex[ander] Freund: Wie steht es um die Nervosität unseres Zeitalters? Leipzig 1894, S. 4. Siehe auch ders.: Leben und Arbeit. Gedanken und Erfahrungen über das Schaffen in der Medizin. Berlin 1913, S. 138 f.

Denn wenn es tatsächlich richtig war, dass die Errungenschaften der Moderne, die technischen Innovationen, die gesteigerte Mobilität sowie eine kapitalistische Wirtschaftsordnung eine dramatische Steigerung der Nervenkrankheiten nach sich zogen, dann war auch, wollte man die Nervosität effizient bekämpfen, die Zurücknahme dieser Errungenschaften zu diskutieren. Oder aber die Nervosität war eine Konstruktion der Ärzte, eine Metapher, eine Redewendung, die als intellektuelles Ornament der Avantgarde wie als populäres Schlagwort des Volkes in Gebrauch stand, aber keine reale Existenz hatte. Aus diesem drohenden Dilemma manövrierte sich Freund geschickt heraus. Die rasanten gesellschaftlichen Umbrüche des 19. Jahrhunderts konnten – von Ausnahmen abgesehen – gar keine gesundheitsschädigenden Auswirkungen auf das Nervensystem der Menschen haben, da sie das Leben erleichterten. Die technischen Fortschritte seien weit davon entfernt, die Menschen nervös zu machen, da sie den meisten „ein bedeutendes Sparen an Kräfteaufwand in der Lebensführung" ermöglichten. Nur einigen wenigen Berufsgruppen räumte er eine Ausnahmestellung ein: Fließbandarbeitern, Maschinenbediensteten und Lokomotivführern, also Berufssparten, in denen ein monotoner Arbeitsrhythmus die Widerstandskraft des Nervensystems allmählich abnützte.

Von diesen Beispielen abgesehen, waren Modernität, Technik und Nervosität keine Parallelerscheinungen, die mit zwingender Logik einander bedingten. Im Gegenteil: Freund stellte die Gegenbehauptung auf, wonach „die Mehrzahl der heute in der modernen Gesellschaft lebenden und arbeitenden Menschen nervenkräftiger, widerstandsfähiger und damit leistungstüchtiger ist, als die früheren Generationen". Den Beweis dafür erblickte Freund in derselben Konstellation, wie sie von den Wortführern der Modernitätsthese vorgebracht wurden: in dem raschen Ausbau von Kommunikations- und Verkehrstechnik, in der Beschleunigung von Personen- und Warentransporten sowie im reibungslos und mit großer Schnelligkeit abgewickelten Austausch von Handelsgütern und Informationen.

> Reisen wir nicht lebenssicherer über Land und Meer? Erreichen wir nicht mit selteneren Störungen und schneller unser Reiseziel, als unsere Großeltern? Begeben wir uns nicht mit Ruhe weitab von unserem häuslichen Herde, weil wir [in] der Sicherheit leben, Befehle und Fragen mit denkbar größter Schnelligkeit über ungeheure Entfernungen entsenden und Antworten ebenso prompt erhalten zu können?

Diesen Passagen ist die Technik-Faszination eines Augenzeugen des ausgehenden 19. Jahrhunderts deutlich zu entnehmen. Freund konnte an der modernen Organisation des Lebens nichts Verwerfliches finden und appellierte, den Einzug der technischen Neuerungen gezielt in Anspruch zu nehmen, da sich dadurch ein Mehr an Lebensqualität erreichen lasse: „Wahrlich, wir sind im vergleichenden Hinblick auf

die alte und die neue Zeit zu dem Ausrufe wohl berechtigt: Es ist eine Lust, in unserer Zeit zu leben."[85]

Ein Jahrzehnt später griff Hellpach in seiner Schrift *Nervosität und Kultur* diesen Gedanken wieder auf. So wie Freund glaubte auch Hellpach nicht an Erbs Formel von der „wachsenden Nervosität", sondern erblickte in den verkehrstechnischen Innovationen das deutlichste Indiz dafür, dass eine Trendumkehr eingeleitet sei. Gemäß dem Motto „Des Nervenarztes bester Helfer ist heute der Ingenieur" sah Hellpach umfangreiche planerische Bestrebungen, das Leben in der Großstadt so angenehm wie nur möglich zu machen, bereits umgesetzt: Elektrisches Licht, geräuschlose Pflaster oder der moderne Bahnhof, der mit Hinweistafeln den Lärm alter Verkehrsstationen eliminiert hatte, waren dafür Beispiele. Die technische Signatur der Zeit sei daher „weit davon [entfernt], die Nerven zu schädigen".[86] Hellpach und Freund vertraten die Ansicht, dass nicht die Zurücknahme technischer Entwicklungen, sondern deren Perfektionierung eine Lösung der Nervositätsprobleme mit sich bringe. Mit Hilfe einer konsequenten Technisierung der Gesellschaft könne die Kluft zwischen Technik und Kultur überwunden, die Anpassung des individuellen wie kollektiven Nervensystems an Mobilitäts- und Kommunikationsformen gewährleistet und darüber hinaus sogar eine Steigerung der Lebensintensität erzielt werden.[87]

2. Einer der provokantesten Aufsätze, der mit der gängigen Modernitätsthese radikal brach, erschien 1903 in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift*. Geza Kobler, k. u. k. Sanitätsarzt, Internist und Direktor des Landesspitals in Sarajevo, hatte eine in Bezug auf die Verbreitung der Neurasthenie überraschende Entdeckung gemacht:

---

85 Freund, Wie steht es um die Nervosität unseres Zeitalters, S. 18 f.

86 Willy Hellpach: Nervosität und Kultur. Berlin 1902, S. 35–38. Verkehrslärm war einer der am heftigsten debattierten Faktoren der urbanen Nervosität. Um 1900 hatte sich im Deutschen Reich eine „Anti-Lärm-Bewegung" konstituiert, die gegen laute Geräuschentwicklung jeder Art ankämpfte. Theodor Lessing, der Wortführer dieser Bewegung, schrieb in zahlreichen Artikeln in der von ihm gegründeten Zeitschrift *Der Antirüpel* gegen den „modernen Lärm" an und verwies dabei immer wieder auf die Erkenntnisse der Nervositätslehre, wonach ein Übermaß an Lärmreiz geeignet sei, die Nerven dauerhaft zu schädigen. Allerdings machte sich unter Nervenärzten immer stärker die Meinung breit, dass die pathogene Wirkung des Lärms überbewertet werde. August Cramer etwa stützte diese Argumentation mit dem Hinweis auf die Bewohner von großstädtischen Wohnsiedlungen, die jahrzehntelang unmittelbar an viel befahrenen Bahnstrecken lebten und dennoch keine Spuren von Nervosität aufwiesen. Cramer, Die Nervosität, S. 50 f.; Klaus Saul: Wider die „Lärmpest". Lärmkritik und Lärmbekämpfung im Deutschen Kaiserreich. In: Dittmar Machule et al. (Hg): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg 1996, S. 175–182.

87 Vgl. Thomas Rohkrämer: Eine andere Moderne? Zivilisationskritik, Natur und Technik in Deutschland 1880–1933. Paderborn 1999, S. 217–250.

„Man sollte glauben, daß Nationen und Bevölkerungsschichten, welche ferne dem Treiben des großstädtischen Lebens ihre Existenz verbringen, von dieser Krankheit der Neuzeit verschont bleiben", leitete Kobler seine Ausführungen ein, um dann das kurz gefasste Ergebnis seiner Untersuchungen zu präsentieren: „Ich konnte mit Erstaunen beobachten, daß in der Landbevölkerung Bosniens und der Herzegowina ein bestimmter Symptomenkomplex neurasthenischen Charakters in außerordentlicher Häufigkeit wiederkehrt und sich mit geradezu überraschender Monotonie wiederholt." Das Krankheitsbild, das sich dem verblüfften Arzt bot, war immer dasselbe: „Es handelte sich um zumeist in mittleren Jahren [...] befindliche eingeborene Männer, welche mit geringen Ausnahmen Bauern oder Waldarbeiter aus dem Innern des Landes, überwiegend Analphabeten, waren und sich mit mehr oder minder vagen Krankheitssymptomen zur Untersuchung [...] meldeten."[88] Nach der Rückkehr in seine Heimatstadt Wien hatte Kobler neugierig in der einschlägigen Fachliteratur geblättert, war aber nicht fündig geworden, da in den Publikationen die Neurasthenie „noch ausschließlich die Krankheit der gesteigerten Kultur der durch Arbeit und Vergnügen überlasteten Großstadtmenschen, sowie der durch medizinische Halbbildung in Imitationskreise gelenkten Gesellschaftsschichten [ist]".

Da er bei seinen Recherchen keine ähnlichen Untersuchungsergebnisse finden konnte, suchte er *Die Neurasthenie bei den Landbewohnern* mit einer neuen These zu erklären: Nach Kobler konnte nicht nur großstädtisches Leben, sondern auch die „Einförmigkeit der Existenz des einsam seinen kopfhängerischen Gedanken nachgehenden Naturmenschen" Krankheitserscheinungen hervorrufen, die der Neurasthenie frappierend ähnelten.[89] Bosnische Bauern und Hirten als typische Neurastheniker – das war nicht nur eine provozierende Gegenposition zu den etablierten Vorstellungen über die soziale und regionale Verbreitung des Leidens, sondern die Antithese zu Beards moderner Konzeption der Neurasthenielehre schlechthin. Nahm man die Ausführungen des österreichischen Sanitätsarztes ernst, so schien der Artikel wie kein anderer geeignet, im Lager der Nervenärzte eine Grundsatzdiskussion über Charakter und Verbreitung der Neurasthenie zu stimulieren. Die Zeitschrift, in der Kobler seine Ergebnisse veröffentlichte, gehörte zu den renommiertes-

88 G[eza] Kobler: Die Neurasthenie bei den Landbewohnern (mit besonderer Berücksichtigung auf die bosnische bäuerliche Bevölkerung). In: WMW 53 (1903), Sp. 1237. Auch der deutsche Internist Friedrich Martius zeigte sich Jahre später erstaunt, als er die „Erfahrung machen mußte, daß unter der agrarischen Landbevölkerung Mecklenburgs, den Erbpächtern und Taglöhnern, die durch Generationen unter ruhigen, auskömmlichen Verhältnissen auf der Scholle sitzen, weitab vom Getriebe der großen Welt – in auffälligem Maße verweichlichte Neurastheniker zu finden sind". Friedrich Martius: Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Tröstliche Betrachtungen eines Kulturoptimisten. Leipzig-Wien 1909, S. 39.

89 Kobler, Die Neurasthenie, Sp. 1240.

ten medizinischen Fachjournalen Europas und erreichte Fachkollegen ebenso wie eine breite interessierte Leserschaft. Die Entdeckung konnte also kaum der Aufmerksamkeit der Zunft entgangen sein. Und auch die Brisanz der Erkenntnisse, die gewagte Darstellung eines nervenärztlichen Sachverhalts, der konträr zu bisherigen Auffassungen stand, ja diese gewissermaßen auf den Kopf stellte, barg ein hohes Maß an Irritationsenergie in sich, zu deren Freisetzung es keines Kraftaktes bedurfte. Eine Replik in der nächsten Ausgabe der Zeitschrift, eine Rezension in einem anderen Fachjournal oder das Aufgreifen des Themas bei diversen Zusammenkünften der Ärzte – an Möglichkeiten, den Denkanstoß des Wiener Arztes zum Ausgangspunkt von weiterführenden Diskussionen über das Wesen der Neurasthenie zu machen, fehlte es nicht. Aber der Stein kam nicht ins Rollen. Ohne eine weitere publizistische Reaktion hervorgerufen zu haben, ging der Artikel Koblers in der Flut der erschienenen Schriften zur Neurasthenie unter.

3. Auch ein drittes Beispiel, zeitlich früher gelegen und aus der Feder eines österreichischen Beamten, der unter Zuhilfenahme modischer Erklärungsangebote eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erzielen wollte, lässt sich als Antithese zur Modernität der Nervosität lesen. 1891 gab Dory-Ehrenfreund in Wien eine Broschüre heraus, die er *Beamten-Nervosität* nannte. Von der großstädtischen Hektik und den Auswirkungen der Berufswelt, die zu Nervenschwäche disponierte, ist darin nichts zu bemerken. Die Probleme des Wiener Beamtentums hatten mit den kolportierten Nervenkrisen des modernen Menschen nur wenig zu tun, aber folgte man dem Autor, so produzierten diese nicht weniger Nervosität. Ähnlich wie bei Kobler war es auch hier die täglich gleich bleibende, intellektuell wenig fordernde Tätigkeit, die eine epidemische Ausbreitung der Nervenkrisen hervorrief. Glaubte man Dory-Ehrenfreund, so hatte die Nervosität vor allem mit Monotonie und Langeweile im Büro zu tun, nicht aber mit großstädtischer Reizflut und geistiger Überanstrengung. War der „neurasthenische Grübelzustand" in den Amtsstuben erst einmal erworben, so genügten kleine Anstöße, um ihn vollends zum Ausbruch zu bringen: Die „fortwährenden Nörgeleien" gereizter Vorgesetzter zog Dory-Ehrenfreund ebenso in Betracht wie zu grelles Licht oder das Herunterfallen eines Lineals.[90] Ersteres Problem war noch mit der Versetzung in eine andere Abteilung zu lösen, aber eine echte Linderung der reizbaren Schwäche der Staatsdiener konnte nach Ansicht des Beamten nur durch eine Anhebung des Gehalts beziehungsweise durch eine Verlängerung des jährlichen Urlaubs gewährleistet werden, der auf dem Semmering, dem „Nervenstahlbad" Wiens, verbracht werden konnte.[91] In diesem Fall war

90 Dory-Ehrenfreund: Beamten-Nervosität. Wien 1891, S. 10.

91 Wolfgang Kos: Über den Semmering. Kulturgeschichte einer künstlichen Landschaft. Wien 1984,

der Rückgriff auf die Nervosität nichts anderes als Mittel zum Zweck: ein Vehikel zur Durchsetzung von Berufs- und Urlaubsinteressen der öffentlich Bediensteten. Die Figur des nervösen Beamten zählte in der Hauptstadt der Donaumonarchie zum Standardrepertoire der Humoristen und Satiriker. Der Schriftsteller Artur Dworzak (1873–1939) hat in *Strichler, der Nervöse* dieses Thema variiert: Tagein, tagaus drehen sich die Sorgen des Beamten nur um ein Thema, um seine schwachen Nerven.[92]

2.6 Rastlosigkeit als Lebensstil

Hinter den ironischen Umspielungen dieser Art von Nervosität, die so gar nicht der Vorlage der Nervenärzte folgen wollte, stand auch immer ein Stück Selbstinszenierung und Rivalität. Der neurasthenische Wiener Beamte, dessen Nerven aus Langeweile versagten, war ebenso wie der feinnervige Intellektuelle und Ästhet, dessen nervöse Fragilität die Bedingung für innovatives Schaffen ist, Anlass für Karikaturen und Konstruktionen, die lokalkulturelles Kolorit, aber auch politisch-gesellschaftliche Eigenständigkeit verdeutlichen sollten. Joachim Radkau hat am Beispiel des Wilhelminischen Deutschland darauf aufmerksam gemacht, dass die Nervosität auch zur Artikulation und Durchsetzung von nationalistischen Interessen benutzt wurde.[93] Schon Beard hatte in *American Nervousness* die Neurasthenie zu einem nationalen Exklusivmerkmal erklärt und damit auf die wachsende wirtschaftliche Rivalität zwischen Europa und den Vereinigten Staaten reagiert. Eine subtile Parallele dazu eröffnete sich im nationalen und kulturellen Profilierungsstreben zwischen Österreich und dem Deutschen Reich und deren Metropolen Wien und Berlin. Spätestens seit der Niederlage von Königgrätz (1866) und der deutschen Reichsgründung (1871) war das deutsch-österreichische Verhältnis neu zu definieren gewesen. Die Realisierung der kleindeutschen Lösung, der Ausschluss Österreichs aus dem ehemals gemeinsamen Staatswesen des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation, brachte auf beiden Seiten die Suche nach politischer Orientierung und kultureller Selbstständigkeit mit sich. Die Modernisierungsprozesse schufen dafür einen großen Spielraum, das sichtbare Konzentrat dieser Transformationen, die Metropolen, auch eine geeignete Projektionsfläche.

S. 132. Das Schlagwort vom Semmering als „Nervenstahlbad" stammt von Eduard Pötzl (1851–1914), einem populären Schriftsteller und Feuilletonisten des *Neuen Wiener Tagblattes*.

92 Arthur Dworzak: Strichler, der Nervöse. Wien 1908.

93 Joachim Radkau: Nationalismus und Nervosität. In: Hardtwig, Wehler, Kulturgeschichte Heute, S. 284–315.

Wien und Berlin standen um 1900 für zwei gegensätzliche Modelle von Modernität und Nervosität. Wien verstand sich – im Gegensatz zu Berlin – als eine Stadt, in der die negativen Auswirkungen der Urbanisierung bei weitem nicht so stark waren wie etwa in Berlin. Beide Städte verzeichneten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen raschen Zuwachs der Bevölkerung und zählten um 1900 zu den fünf größten Städten der Welt. In Wien überschritt die Einwohnerzahl 1880 erstmals die Millionengrenze; 1895 hatte die Stadt 1,5 Millionen und um 1910 etwa 2 Millionen Einwohner. In Berlin verlief der Anstieg der Bevölkerung noch sprunghafter; von unter 1 Million im Jahr der Reichsgründung (1871) stieg die Einwohnerzahl 1905 auf über 2 Millionen, um 1914 – nach der Schaffung von Groß-Berlin – 4 Millionen zu erreichen.[94] Diese Zahlen dokumentieren die quantitative Dimension der Urbanisierungsprozesse in den beiden Städten, sagen aber noch nichts über die unterschiedlichen Images und Assoziationen aus, die mit diesen Städten verbunden wurden. Die spezifischen Eigenheiten dieser beiden Städte wie auch deren Gegensätze waren in der zeitgenössischen Vorstellung deutlicher, als es die leichte Asymmetrie in der demografischen Entwicklung vermuten lässt.

Die Metropole an der Spree galt als ein chaotischer, lauter und greller Stadtkörper, der in den märkischen Sand gestampft worden war, als Symbol für eine dynamische und hypertrophe Modernität. Die Stadt konnotierte mit Masse, Tempo, Betriebsamkeit, Geldwirtschaft und Warenverkehr. Berlin galt als Hauptstadt des europäischen Amerikanismus.[95] Die Risiken nervöser Gefährdung, die aus technischer und ökonomischer Modernität entstanden, wurden in der Hauptstadt des Wilhelminischen Deutschland weitaus größer eingeschätzt als in Wien. In der Abgrenzung zum städtischen Parvenü Berlin erhielten die Vorstellungsbilder über die Hauptstadt der Donaumonarchie ihr spezifisches Profil. Wien stand für eine abgefederte, kontrolliert abgelaufene Urbanisierung, vor allem aber für eine intellektuelle Metropolenkultur, für die Kultivierung von ästhetischem Raffinement, für kreative literarische und künstlerische Milieus. Anders als für Berlin griffen die Wien-Beschreibungen häufig auf ein Ursachenreservoir der Nervosität zurück, das anders, traditioneller und mit Schlagworten wie „geistige Überanstrengung" und „delikate Nerven" gefüllt war.[96]

---

94 Peter Sprengel und Gregor Streim: Berliner und Wiener Moderne. Vermittlungen und Abgrenzungen in Literatur, Theater, Publizistik. Wien-Köln-Weimar 1998, S. 22.

95 Lothar Müller: Modernität, Nervosität und Sachlichkeit. Das Berlin der Jahrhundertwende als Hauptstadt der „neuen Zeit". In: Mythos Berlin. Zur Wahrnehmungsgeschichte einer industriellen Metropole. Berlin 1987, S. 79–92; Sprengel, Streim, Berliner und Wiener Moderne, S. 24–26.

96 Michael Worbs: Nervenkunst. Literatur und Psychoanalyse im Wien der Jahrhundertwende. Frankfurt/M. 1983. Zur Bedeutung der Nervosität für die künstlerische und ästhetische Wahrnehmung der zentraleuropäischen Moderne um 1900 siehe Moritz Csáky: Ideologie der Operette und Wiener Moderne. Ein kulturhistorischer Essay. Wien ²1998, S. 132–134.

Die Nervenschwäche wurde damit in Wien ambivalenter und vielschichtiger als anderswo diskutiert. Denn zu den ästhetischen und intellektuellen Spielarten der Nervosität, die Hermann Bahr aus Paris importiert und in seiner Schrift *Die Überwindung des Naturalismus* (1891) propagiert hatte, kamen auch jene hinzu, wie sie in Anlehnung an Beards Neurasthenie diskutiert wurden. Führende Wiener Nervositätsspezialisten wie Krafft-Ebing, Nothnagel, Redlich, Frey, Wilheim oder Freud waren fest davon überzeugt, dass Wien in die erste Reihe jener Großstädte zu stellen sei, in der die Neurasthenie in epidemischer Weise grassierte. Innerhalb der Donaumonarchie war es eine andere Stadt, die das Image von Modernität und Nervosität verkörperte: Budapest. Im Vergleich zu Wien galt sie als jüngere und rastlosere Nachbarstadt, die ihre urbane Dynamik aus der Herausbildung großindustrieller Leitsektoren entwickelte. Budapests Steigerung der Einwohnerzahlen übertraf – relativ gesehen – die von Wien bei weitem und war in Europa ohne Beispiel. Die Bevölkerung der transleithanischen Metropole wuchs zwischen 1869 und 1910 um mehr als das Dreifache, von 270.000 auf 880.000, mit den Vorstädten sogar auf über eine Million.[97]

Welchen Gewinn zogen rastlose Großstädter aus dem Kokettieren mit der Nervosität? Stefan Zweig zufolge war das Spiel mit den Nerven vor allem für die Jugend wichtig, da es ein neues Lebensgefühl symbolisierte, das sich durch Mobilität und Innovationsbereitschaft auszeichnete. Das Leben seiner Elterngeneration kam dem jungen Zweig als eine „Welt ohne Hast" vor, in der würdige, alte Männer ein gemächliches Lebenstempo zelebrierten und jede schnelle, abrupte Änderung blockierten. Die junge Generation hingegen definierte sich über einen oppositionellen Lebensstil: Offenheit und Unruhe, Hast und Erregung, Wandelbarkeit und Standpunktwechsel wurden zu Stimulanzen einer jungen rebellischen Befindlichkeit, die von Wissensdurst und dem Aufnehmen avantgardistischer Strömungen gekennzeichnet war.[98] Für Zweig und viele seiner Zeitgenossen verhalf damit die Nervosität zu einer neuen Identität, die sich im ungehemmten Ausleben jugendlicher Lebensenergien manifestierte; Nervosität beförderte den Emanzipationsprozess einer Generation, die Althergebrachtes, Starres und Verkrustetes verabscheute. Ein ähnliches Bild wie Zweig vermitteln auch die autobiografischen Fragmente des Journalisten Richard A. Bermann (1883–1939), der sich unter dem Pseudonym Arnold Höllriegel in der deutschsprachigen Publizistik der 1920er Jahre einen Namen ge-

97 Peter Hanák: Der Garten und die Werkstatt. Ein kulturgeschichtlicher Vergleich Wien und Budapest um 1900. Wien-Köln-Weimar 1992, S. 27; Wilding, Technik und Urbanität, S. 260. Allgemein zur Urbanisierung Österreich-Ungarns siehe Gerhard Melinz, Susan Zimmermann: Großstadtgeschichte und Modernisierung in der Habsburgermonarchie. In: dies. (Hg.): Blütezeit der Habsburgermetropolen. Urbanisierung, Kommunalpolitik, gesellschaftliche Konflikte (1867–1918). Wien 1996, S. 15–33.

98 Stefan Zweig: Die Welt von Gestern. Erinnerungen eines Europäers. Frankfurt/M. 1993, S. 39–41.

macht hatte. Auch Bermann hatte sich als Student in Wien lebhaft am literarischen und kulturellen Geschehen der Stadt beteiligt und ein hektisches Leben geführt, das ihm zwar Unverständnis und finanziellen Boykott seitens des Vaters eingebracht, ihn aber seine Identität hatte finden lassen. Auch in diesem Fall wurden die Nervenkrisen zur Antriebsquelle einer Suche nach Neuem, zum generationsbildenden Agens einer Jugend, die ihre Identität über die Nerven zu bestimmen suchte: Dem „Zeitalter der Sicherheit" setzte die nachdrängende Generation ein „Zeitalter der Nervosität" entgegen.[99]

Nicht nur in intellektueller und künstlerischer Hinsicht wurde die Nervosität zum Merkmal eines neuen jugendlichen Selbstverständnisses. Auch in Wirtschaft und Handel, wo Juden traditionell in hohem Maße vertreten waren, brach sich eine neue Generation ihre Bahn. Allein in Wien, so erinnerte sich der jüdische Kaufmann Sigmund Mayer später, verließen Jahr für Jahr „Hunderte und Hunderte junger Leute ihre Stellungen", um sich auf eigene Füße zu stellen und ihre Ideen umzusetzen. Die jüdische Nachwuchsgeneration kannte Mayer zufolge nur ein Ziel: sich unter Ausnutzung aller technischen und ökonomischen Innovationen „zu etablieren".[100] Neue Produktionswege zu erschließen stellte ein lohnendes Ziel dar, das bei erfolgreicher Umsetzung auch ein positives Selbstverständnis konstituieren konnte. Auch in diesem Betätigungsfeld wurde der von Beard medikalisierte „american way of life" sprichwörtlich umgesetzt. Ein neues „Raste nie"-Gefühl stand für Fortschritt und Schnelligkeit und ließ auch im Wirtschaftsleben konventionelle Gewohnheiten hinter sich. Antisemiten sahen in diesem Umstand eine gefährliche Kombination zweier Lebensstile: „Der ideallose amerikanische Mensch [...] wird auch im alten Europa der Mensch der Zukunft sein; heute kann man schon in gewissem Sinne den Juden als den Vertreter des Amerikanismus bei uns bezeichnen. Verjudung heißt eigentlich Amerikanisierung", stand 1888 in einem populären Roman zu lesen.[101]

Neuere Studien zur Rolle der Medizin für die antisemitische Vorurteilsgestaltung um 1900 – wie die von Sander Gilman oder Klaus Hödl – haben die Bedeutung und die Funktion der Nervositätsdebatte in Bezug auf die wissenschaftlich untermauerte

99 Wohl nicht zufällig assoziierten die Nervenärzte die Physiognomie der Nervosität mit einem jugendlichen Gesamteindruck. Vgl. etwa Ernst Maienfisch: Nervosität und Nervenschwäche. Basel ²1886, S. 11.

100 Sigmund Mayer: Ein jüdischer Kaufmann 1831 bis 1911. Lebenserinnerungen. Leipzig 1911, S. 193.

101 Michael Georg Conrad: Was die Isar rauscht. Leipzig 1888, S. 120. Zit. nach Otto Ladendorf: Historisches Schlagwörterbuch. Straßburg-Berlin 1906, S. 5. Für den Nationalökonomen Werner Sombart war „Amerikanismus [...] zu einem sehr großen Teil nichts anderes als geronnener Judengeist". Werner Sombart: Die Juden und das Wirtschaftsleben. Leipzig 1911, S. 44. Siehe dazu auch Joachim Schlör: „Der Urbantyp". Stadtbewohner par excellence. In: Julius H. Schoeps und Joachim Schlör (Hg.): Antisemitismus. Mythen und Vorurteile. München-Zürich 1995, S. 229–240.

Diskriminierung von Juden erarbeitet.[102] Fast durchgängig fand sich in der Nervositätsliteratur die Behauptung, dass insbesondere Juden von dem Leiden betroffen seien. Irritierend dabei war, dass selbst in Publikationen so bekannter jüdischer Nervenärzte und Psychiater wie Hermann Oppenheim in Berlin, Leopold Löwenfeld in München oder Moritz Benedikt in Wien Passagen zu finden waren, in denen ebenfalls eine auffallend häufige Neigung „der Juden" zu Nervosität und Neurasthenie betont wurde. Den Nervenkrisen haftete demnach etwas „Jüdisches" an. Die Frage, die sich aus solchen Stellungnahmen ergab, war folgende: Waren Juden aufgrund ihrer „anderen" Körperkonstitution, aufgrund eines schwächeren Nervensystems zu nervösen Krankheiten disponiert, oder befanden sich gerade Menschen jüdischer Provenienz in Lebenslagen und Umfeldern, die als besonders nervenaufreibend eingestuft wurden? Im Wesentlichen pendelte die Argumentation der Ärzte zwischen diesen beiden Positionen, wobei sowohl „biologische" als auch „kulturelle" Diskursformationen mobilisiert und zu antisemitischen Zwecken missbraucht wurden.[105]

Auf die Frage, in welchem Maße die Debatten um Nervosität und Neurasthenie den Antisemitismus beförderten, kann im Rahmen der Themenstellung dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Wichtig ist es aber zu sehen, dass das Stereotyp der „jüdischen Nervosität" mit der eigentlichen Neurasthenielehre, so wie sie Beard konzipiert hatte, zunächst in keinem direkten Zusammenhang stand. Der New Yorker Nervenarzt hatte seine *Nervous Americans* bewusst in scharfen Kontrast zu den ostjüdischen Immigranten gestellt, die um 1880 in New York zu Tausenden ankamen. Nach Beard führten die Juden in der Neuen Welt einen gemäßigten Lebensstil und hatten mit der exzessiven Nervosität, die in den urbanen Zentren der Ostküste unter der Mittel- und Oberschicht ausgebrochen war, nichts gemein. In den nervenärztlichen Milieus diesseits des Atlantiks wurde das unter dem Einfluss der Degenerationslehre und des aufkommenden Rassenantisemitismus anders gesehen. In der Mehrzahl der Studien wurde der Konnex von Juden und Nervosität mit Hilfe biologisch-naturgesetzlicher Prämissen wie „erbliche Belastung", „Anlage" oder „Rasse" begründet. Wilhelm Erb machte als einer der führenden deutschen Nervositätsspezialisten 1880 den Anfang, als er von den Juden als einer „neurotischen Rasse" sprach, und auch Richard von Krafft-Ebing schrieb später, dass „Juden unverhältnismäßig schwer von Nervenkrankheiten, besonders Neurasthenie" heimgesucht würden.[104]

---

102 Klaus Hödl: Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle. Wien 1997; Sander L. Gilman: Freud, Identität und Geschlecht. Frankfurt/M. 1994; ders.: The Jew's body. New York 1991.

103 Radkau, Nationalismus und Nervosität, S. 299–303.

104 Erb, Entwicklung der Nervenpathologie, S. 273; Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 54.

Der Anschauung, dass Juden in einem höheren Maße zu Nervenkrankheiten aller Art prädisponiert seien, redeten Autoren aus unterschiedlichen Motiven das Wort – auch solche, die sich vehement gegen den Antisemitismus stellten. So schrieb etwa der französische Historiker und Schriftsteller Anatole Leroy-Beaulieu Anfang der 1890er Jahre:

> Ein Umstand, der keine Fabel scheint, ist die besondere Neigung des Juden zu der Krankheit unserer Zeit, der Nervenkrankheit. Die Tatsache ist in den meisten Ländern Europas sowie Vereinigten Staaten festgestellt worden. Das Vorherrschen des Nervensystems über das Muskelsystem ist ein charakteristisches Zeichen des Juden. Es ist, könnte man sagen, der Hauptzug seiner Physiologie. Er hat wenig Muskeln und viel Nerven; er ist ganz Nerven, wenn man so sagen darf.[105]

Dennoch sah Leroy-Beaulieu in der nervösen Konstitution kein pathologisches Merkmal, das sich im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Generationen fatal auswirken würde, sondern ein Symbol der kulturellen Vorausentwicklung des Judentums. Infolge der gesteigerten Intensität des modernen Lebens, das durch die Vervielfältigung der Eindrücke die Spannkraft der Nerven überdehne, zeige sich „der Jude als der Nervöseste der Menschen und darum [...] als der Modernste. Er ist durch seine Krankheiten gewissermaßen seinen Zeitgenossen voraus."[106] Die Vorstellung von der kulturellen Superiorität der Neurastheniker, die Beard postuliert hatte, findet sich in dieser Passage wieder. Wer über Nerven verfügte, hob sich von seiner Umgebung als „moderner" ab und hatte gelernt, mit seinem Körper auf die Herausforderungen einer sich rasch verändernden Welt zu reagieren. Mit dem Hinweis auf die Nervosität konnten stereotype Zuschreibungen und Stigmata begründet, gleichzeitig aber auch widerlegt werden.[107]

2.7 In nervösen Netzwerken

Die Durchdringung und akzidentielle Überformung des Alltagslebens durch den technischen Fortschritt galt als eine der wichtigsten Ursachen der Nervosität und

105 Anatole Leroy-Beaulieu: Die Juden und der Antisemitismus. Israel unter den Nationen. Wien 1893, S. 156.

106 Ebd., S. 158.

107 Siehe dazu Hans-Georg Hofer: Juden und Nervosität. In: Klaus Hödl (Hg.): Jüdische Identitäten. Einblicke in die Bewusstseinslandschaft des österreichischen Judentums. Innsbruck-Wien-München 2000, S. 95–119.

hatte in den Feuilletons der medizinischen Zeitschriften ihren fixen Platz. „Heute ist durch tausendfältigen Verkehr ein Gewebe über die ganze Erde gezogen, und jeder neue Gedanke ist sofort ein Gemeingut", brachte 1888 der Rektor der Universität Wien, Eduard Suess, seine Faszination über die neuen Kommunikationsnetze zum Ausdruck.[108] Der Zusammenschluss von technischen und organischen Medien war eine der spannenden Fragen, die sich angesichts der rasend schnellen Verbreitung der Neurasthenie stellten.

Eine kühne These, die den neurasthenischen Körper als Kommunikationssystem begriff, stellte im selben Jahr Paolo Mantegazza (1831–1910) auf: „Der nervöse Mensch hat nicht fünf Sinne, sondern fünfhundert, ja fünftausend, und seine Nerven, die lauter Mikroskope, Teleskope, Mikrophone, Telephone und Galvanometer geworden sind, halten ihn in beständiger Unruhe."[109] Der übertriebene Gestus dieser Passage verrät den populärwissenschaftlichen Charakter der Schrift, aber dadurch gewann der Autor auch die Möglichkeit, die Nerven abseits konventioneller medizinischer Einordnungsmuster zu denken: Bei Mantegazza ging es stets um das exponentiell gestiegene Reizquantum der Moderne und dessen wahrnehmungstechnische Verarbeitung durch einen neurologisch und psychotechnisch aufgerüsteten Körper. Folgte man diesem Gedankenexperiment, so ergaben sich faszinierende Ausblicke in eine Zukunft, die im Zeichen globaler nervöser Kommunikation stand.

Mantegazza ging davon aus, dass zwischen dem organischen Nervensystem und den technischen Kommunikationsstrukturen jede Differenz aufgehoben werden könne; Schutzfilter zwischen inner- und außerkörperlichen Welten existierten nicht mehr. „Die Schienen, die unter der Last gewaltiger Züge erbeben, beladen mit Leuten, welche Eile haben, und die Telegraphendrähte, die Millionen Depeschen vermitteln von Personen, die keine Zeit verlieren wollen, sind wie lauter Nerven, welche die Zivilisation dem armen, zarten und schwachen Organismus des Menschen hinzugefügt hat." Der moderne Mensch nehme damit nicht nur seine unmittelbare Umgebung wahr, sondern fühle in seinem Inneren „das Leben einer ganzen Welt

108 Ed[uard] Suess: Der Fortschritt des Menschengeschlechtes. In: WMB 11 (1888), Sp. 1377. Zur Geschichte der elektrotechnischen Kommunikationsmedien siehe David Gugerli: Modernität – Elektrotechnik – Fortschritt. In: Klaus Plitzner (Hg.): Elektrizität in der Geistesgeschichte. Bassum 1998, S. 55–60; Horst A. Wessel: Die Rolle des Telefons in der Kommunikationsrevolution des 19. Jahrhunderts. In: Michael North (Hg.): Kommunikationsrevolutionen. Die neuen Medien des 16. und 19. Jahrhunderts. Köln-Weimar-Wien 1995, S. 101–127; Roman Sandgruber: Strom der Zeit. Das Jahrhundert der Elektrizität. Linz 1992, S. 170–178. Zur Bildung von Analogien zwischen Technik und Körper siehe auch Thomas Kuchenbuch: Die Welt um 1900. Unterhaltungs- und Technikkultur. Stuttgart-Weimar 1992, S. 102–104.

109 Mantegazza, Das nervöse Jahrhundert, S. 117. Zur technischen Metaphorik des Nervositätsdiskurses siehe Link-Heer, Nervosität und Moderne, S. 102–119, bes. 104 f.

vorbeirauschen, die sich immer weiter vor ihm ausdehnt und ihm die auf dem ganzen Planeten vergossenen Tränen, das Zucken aller seiner Brüder vermittelt".[110] Über die Nerven sei dieser Mensch mit den Geschehnissen seiner Umgebung unmittelbar und unlöslich verstrickt: Seine Schnitt- und Kontrollstellen seien in Auflösung begriffen, sodass Empfindungsenergien direkt und unzensuriert empfangen und versendet werden könnten. Mantegazza sah den modernen Nervenmenschen als Teil eines materiellen wie virtuellen Leitungsnetzes; Nerven waren erweiterte Kommunikationsmedien: Sie dienten dem Menschen nicht nur als innerkörperliche Fühlfäden, die Empfindungen signalisierten, sondern sie waren auch psychophysische Kontakteinrichtungen in einer Welt, die über Nerven zusammenwuchs.

Die Welt als gewaltiges Nerven-Netzwerk von technischen Leitungen und elektrischen Impulsen: Mantegazza griff hier auf Denkmuster der experimentellen Neurophysiologie zurück. William B. Carpenter hatte 1874 in seinen *Principles of Mental Physiology* Parallelen zwischen der Funktion des Nervengewebes und der Funktion eines Telegrafensystems gezogen. Nervöse Erregungen seien codierte Botschaften in Form von molekularen Partikeln, die durch ein Nervennetz sausten.[111] Im Hinblick auf die Wahrnehmung und Deutung der rasanten Verstädterung wurden solche Denkfiguren zu mächtigen kulturellen Imaginationen. Der Ort der nervösen Interaktion von Mensch und Technik war die Großstadt. Denn mit den neuen Netzwerken war nicht nur der Ausbau des Schienen- und Straßennetzes und das Verlegen von Telegrafen- und Telefonleitungen gemeint. Der gesamte urbane Lebensraum konnte als „nervöse Landschaft" begriffen werden.[112] An diesem Ort technisch-ökonomischer „Netzverdichtung" schien der nervöse Körper in ein psychotechnisches Drahtgewebe integriert, das ständig wuchs.[113] Die Faszinationskraft dieser Vorstellung bestand darin, dass mit jedem Netzteilnehmer unter Wegfall räumlicher und zeitlicher Distanzen kommuniziert werden konnte. „Ein Fall, ein Stoß auf der einen Seite des Erdballs wurde auf der andern im Schicksal empfunden, und

110 Ebd., S. 88.

111 Olaf Breidbach: Die Materialisierung des Ichs: Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1997, S. 160 f. Schon bei Franz A. Mesmer (1734–1815) ist von nervösen und magnetischen Fluida, von geheimnisvollen körperlichen und kosmischen Interdependenzen die Rede, die vom Arzt in Gleichklang zu bringen seien. Aber Mesmer beschreibt seine „Physik des nervösen Körpers" in atmosphärischen und mystischen Begrifflichkeiten; zu seiner Zeit sind die technischen Leitungsnetze noch nicht erfunden. Siehe dazu Wolfgang Pircher: Die eingebildete Maschine. In: Bernhard J. Dotzler (Hg.): Technopathologien. München 1992, S. 161.

112 Christoph Asendorf: Ströme und Strahlen. Das langsame Verschwinden der Materie um 1900. Gießen 1989; Beate Binder: Visionen der elektrifizierten Stadt. Stadtvorstellungen im Diskurs um die Elektrifizierung. In: Plitzner, Elektrizität in der Geistesgeschichte, S. 191–204.

113 Hermann Lübbe: Zeit-Erfahrungen. Sieben Begriffe zur Beschreibung moderner Zivilisationsdynamik. Stuttgart 1996, S. 28 f.

eine Veränderung auf der andern brachte auf dieser tausend Verschiebungen hervor", kennzeichnete im Jahre 1900 ein Zeitgenosse jene neuartigen Übertragungssysteme, die körperliche Innen- und Außenwelten obsolet machten.[114] In diesem Netzwerk technischer, organischer und literarischer Medien konnte sich auch das Empfindungswissen über die Neurasthenie rasend schnell verbreiten. Philipp Sarasin bemerkt in Anlehnung an die Arbeiten von Elaine Showalter zutreffend, dass die Neurasthenie als eine *Hystorie*, als eine kulturelle Narration im Sinne einer psychischen Epidemie, die sich über moderne Kommunikations-Netzwerke schnell und unkontrollierbar verbreitet, charakterisiert werden könne.[115]

Nicht nur das „Innen" und das „Außen", sondern auch das „Eigene" und das „Fremde" standen mit dieser Lesart der Nervosität erneut zur Disposition. Die Vorstellung von einem interaktiven Gesellschaftskörper, der über seine Nerven – und nicht über seine Abstammung – definiert ist, hat die Kulturwissenschaftlerin Christina von Braun näher beschrieben.[116] Sie zeigt, dass die Vision eines „nervösen Gesellschaftskörpers" mit rassischen oder biologischen Erklärungsmustern nur wenig gemein hatte. Vielmehr konnte dieser Körper als kulturelles, flexibles Konstrukt begriffen werden, das sich scharfen und unabänderlichen Zuordnungen entzog: Die Betonung des Unterschieds trat solcherart hinter die Betonung des Gemeinsamen zurück. Vor diesem Hintergrund war es auch möglich, Nervenkrankheiten neu zu bestimmen. Egon Friedell schrieb 1912 in seinem Aufsatz *Der Mensch nach 1900* nicht ohne Stolz, dass dieser „seine Nervosität, wenn man so sagen darf, zu seinem Besitz, zu seinem Eigentum gemacht" habe:

> Denn was ist Nervosität, ganz nüchtern physiologisch genommen? Feinere Differenzierung, somit erhöhte Produktivität und Leistungsfähigkeit eines bestimmten Organsystems unseres Körpers, das wir das nervöse nennen. Nichts verhindert uns, hierin ein Symptom gesteigerter Gesundheit und Lebenskraft zu erblicken. [...] Wenn jemand sagt, „ich habe Nerven", so galt das bisher ohne weiteres als Bekenntnis eines Schwächezustandes. Indes warum? Sind Nerven Geschwüre, Ekzeme, Mißbildungen? Im Gegenteil: Nerven sind die feinsten Organe, die wir kennen.[117]

Zusammenfassend lässt sich als Ergebnis dieses Kapitels festhalten, dass die Neurasthenie zu keinem Zeitpunkt zwischen 1880 und 1914 Teil eines hegemonialen Deu-

114 Vier Reden zur Jahrhundertwende. In: Die Umschau 4 (1900), S. 125.

115 Showalter: Hystorien, S. 14; Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 427.

116 Christina von Braun: Gender, Geschlecht und Geschichte. In: dies. und Inge Stephan (Hg.): Gender-Studien. Eine Einführung. Stuttgart-Weimar 2000, S. 37–40.

117 Egon Friedell: Der Mensch nach 1900. In: Österreichische Rundschau 30 (1912), S. 379 f.

tungsmusters war, mit dem sich ein bestimmtes Verhältnis von Nervenkrankheiten und Moderne beschreiben ließ. Vielmehr spielte sie in unterschiedlichen Diskursen eine Rolle, in deren Mittelpunkt Modi des Artikulierens, Kritisierens und Akzeptierens der Moderne standen. Die Lehre von der Neurasthenie hatte zum einen Bedeutung für die Degenerationstheoretiker, die auf die sozialen Probleme der Industrialisierung beunruhigt und mit biologischen Erklärungsmustern reagierten, zum anderen wurde sie zentraler Bestandteil der nervenhygienischen Bewegung, die auf die psychischen Belastungen und Gefahren der Großstadt aufmerksam zu machen suchte. Darüber hinaus wurden Neurasthenie und Nervosität generell zu Erklärungskategorien für die Chancen und Risiken modernen Lebens. Dies erklärt sich daraus, dass diese Begriffe mit einer reichhaltigen Metaphorik aufgeladen waren, in deren Mittelpunkt Mobilität und Kommunikation standen. Und solcherart ließen sich nicht nur subjektive Empfindungswelten vergegenständlichen, sondern auch neue, elastische Wissensbestände über das Leben in der Moderne erzeugen, ordnen und plausibel zum Ausdruck bringen.

3. DIAGNOSE UND THERAPIE DER NEURASTHENIE

Eine historische Annäherung an den Konnex von Neurasthenie und Moderne, so das Ergebnis des vorangegangenen Kapitels, hat die mannigfachen und partiell auch widersprüchlichen Beschreibungen und Deutungsvarianten des Krankheitsbildes ernst zu nehmen. Denn damit lässt sich die Polychromie der Neurasthenielehre im Zusammenhang mit dem wachsenden Bedürfnis nach Reflexion der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse verstehen, die sich in unterschiedlichen und oftmals ambivalenten Diskursformationen manifestierten. Für die medizinisch-psychiatrische Konstruktion reflexiver Ausdrucksformen von Moderne eignete sich die Neurasthenie besonders gut. Der Hinweis auf die chronische Vieldeutigkeit der Neurasthenie allein genügt freilich nicht, fragt man nach den spezifischen Bedingungen, welche die Neurasthenie zu einem elastischen Reflexionskriterium von Moderne um 1900 werden ließen. Auf welchen Faktoren beruhten die wissenschaftliche Diffusionskraft und die Alltagsplausibilität der Neurasthenielehre? Warum war die Diagnose der Neurasthenie für Ärzte wie für Patientinnen und Patienten gleichermaßen attraktiv? Wer behandelte wo und mit welchen Therapien diese Krankheit? Welche schichten- und geschlechterspezifischen Zuweisungen nahmen die Ärzte mit der Neurastheniediagnose vor, und welche typologischen Konstruktionen und Figuren standen hierbei im Raum?

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht solcherart die Frage nach dem spezifischen Attraktivitätspotenzial der Neurasthenielehre in der medizinischen Alltagskultur um 1900. Hierbei möchte ich drei Bereiche ansprechen. Zunächst soll am Beispiel einer privaten Grazer Nervenheilanstalt der sozialgeschichtliche Kontext der Neurastheniediagnose herausgearbeitet werden. In einem zweiten Schritt werde ich auf die Zusammenhänge zwischen der populären Ratgeberliteratur zur Neurasthenie und dem am Ende des 19. Jahrhunderts expandierenden Gesundheitsmarkt eingehen. Die Beschäftigung mit der Frage, ob – und wenn ja, wie – zwischen Nervosität und Neurasthenie differenziert wurde, leitet sodann zu einigen geschlechtergeschichtlichen Aspekten über. Hierbei zeige ich, dass die Neurasthenie für die psychiatrische Konstruktion und Wahrnehmung fragiler, schwacher Männlichkeit von großer Bedeutung war.

3.1 Nervenheilanstalt Mariagrün

Im Kapitel über die Rezeption der Neurasthenie ist bereits erwähnt worden, dass ein Großteil der Autoren der Neurasthenieliteratur aus dem privatärztlichen Milieu kam. In den 1890er Jahren wurden Fragen der Behandlung immer wichtiger. Das *Handbuch der Neurasthenie* zeigte den Trend an. Den Hauptteil dieses Buches bestimmten Aufsätze zur Therapie der Neurasthenie. Hierbei zeigte sich ein breites Spektrum an möglichen Behandlungsverfahren: Massage und Heilgymnastik, medikamentöse Behandlung, Diätetik, klimatische Kuren, Seebäder, balneologische Praktiken, Elektrotherapie und hypnotisch-suggestive Heilverfahren.[1] Der breite Raum, der den Besprechungen dieser Verfahren gegeben ist, lässt die Absicht der Autoren erkennen, die von ihnen präsentierten Behandlungsmethoden und auch sich selbst als Therapiespezialisten ins Licht zu rücken. So wenig die Neurasthenie für das Vorantreiben der akademischen Karriere in Frage zu kommen schien, so attraktiv erwies sie sich im diagnostischen und therapeutischen Gebrauch des Alltags. In diesem Sinne stellte der Budapester Nervenarzt Julius Donath 1895 in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* fest, dass das Wort Neurasthenie für weite Teile der Ärzteschaft „fast unentbehrlich geworden ist".[2]

Aus mehreren Gründen war die Neurasthenie im therapeutischen Anwendungsspektrum eine Idealbesetzung. Beard hatte die Richtlinie vorgegeben: Das Leiden war in erster Linie unter den Männern der Mittel- und Oberschicht verbreitet. Die Auswertung von statistischen Aufzeichnungen aus Privatpraxen und Nervenheilanstalten bot immer wieder dasselbe Bild. Finanziell gut gestellte Angehörige aus dem Bürgertum waren die eifrigsten Kunden der Nervenärzte: Kaufleute, Professoren, Ärzte, Offiziere, Beamte, Bankiers, Journalisten, Lehrer. Emil Redlich, dessen Wiener Privatpraxis bis 1914 über tausend Neurastheniepatienten aufsuchten (und die damit an erster Stelle aller von Redlich untersuchten Fälle standen), bekannte offen, dass „das Material als Paradigma der Verhältnisse des Mittelstandes und der besser situierten Klassen gelten kann".[3] Diese Einschätzung war in der zeitgenössischen Ärzteschaft weitgehend Konsens. Die Neurasthenie galt als ein soziales und intellektuelles Elitenmerkmal, als ein „Privilegium der Kopfarbeiterstände", als ein Leiden, das „nur die Besten" befiel.[4] In den publizierten Arbeiten der Nervenärzte spie-

1 Als Autorenteam für das Handbuch hatte Müller ausschließlich Ärzte verpflichtet, die privatärztlich arbeiteten. Prominente akademische Namen der Nervositätslehre wie Erb oder Krafft-Ebing waren nicht vertreten.

2 Donath, Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica, Sp. 1895.

3 Emil Redlich: Statistisches zur Ätiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten. In: WKW 27 (1914), S. 1419.

4 Moritz Benedikt: Zur Therapie der Neurasthenie und der funktionellen Neurosen überhaupt. In: WMP 32 (1891), Sp. 193.

gelten die wiedergegebenen Klagen der Patienten deren soziale Herkunft wider: der Konkurrenzdruck, den Kaufleute verspürten und der in schlaflosen Nächten zum Ausdruck kam, das Studium von Büchern, das bei Hochschullehrern Kopfschmerzen verursachte, die Jagd nach neuen Informationen, die bei Journalisten zu körperlicher und geistiger Erschöpfung führte. Die Sprache, die Nervenärzte in ihren Privatpraxen und Heilanstalten vernahmen, war vor allem die des männlichen Bildungsbürgertums.

Im Folgenden soll auf das Beispiel des Grazer Sanatoriums für Nervenkranke in Mariagrün näher eingegangen werden. Der von den beiden leitenden Ärzten, Hugo Gugl und Anton Stichl, 1892 veröffentlichte Anstaltsbericht ermöglicht Einblicke in den Betrieb einer Heilanstalt zu Ende des 19. Jahrhunderts, die sich auf „Nervenkrankheiten" spezialisiert hatte. Das privat geführte Sanatorium war das erste seiner Art in Graz; seine Entstehung ist im Zusammenhang mit der allgemeinen Gründungswelle für Privatkliniken in den 1880er Jahren zu verstehen, die insbesondere dem Mittelstand zugute kamen. Insofern kann dieses Sanatorium auch als ein Musterbeispiel für das schichtenspezifische Diagnose- und Therapiespektrum der Neurasthenie in den 1880er und frühen 1890er Jahren angesehen werden.[5]

Im Juni 1886 war die auf Betreiben von Richard von Krafft-Ebing gegründete Anstalt eröffnet worden. Am nordöstlichen Stadtrand von Graz gelegen, verfügte der Neubau über eine großzügige und moderne Innenausstattung: Neben 20 Zimmern im Hauptgebäude und sechs Raumeinheiten in einer nahe gelegenen Villa war die Anstalt mit einem Speisezimmer, mit Aufenthaltsräumen (Billardzimmer) und zwei Badezimmern ausgestattet. Die Aufnahmebedingungen waren an die soziale Herkunft sowie an das Krankheitsbild des Patienten gebunden. Prinzipiell wurde nur bemittelten Patienten ein Platz in der Anstalt angeboten. Nach Einsendung einer ausführlichen Krankheitsgeschichte beziehungsweise nach persönlicher Vorsprache entschieden die Ärzte, ob der Aufnahme zugestimmt werden konnte. Dabei traten strenge Auswahlkriterien in Kraft. „Die Anstalt schließt vor allem Geisteskranke, Epileptische und Alkoholiker, dann auch die Gehirnkranken im Sinne einer Organläsion absolut aus." Bei Kranken, die an Hysterie oder Neurasthenie litten, wurde nach der Schwere des Leidens entschieden. So waren „an Neurasthenie und Hysterie Leidende, wenn sie durch sehr alarmierende Symptome oder durch Auffälligkeiten störend wirken könnten, tunlichst zu vermeiden".[6] Nur leichte Fälle, wo eine

5 Zur Gründungswelle privater Nervenheilanstalten im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts siehe Edward Shorter: Heilanstalten und Sanatorien in privater Trägerschaft, 1877 bis 1933. In: Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett." Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1996, S. 320–333.

6 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 11; Oosterhuis, Stepchildren of Nature, S. 92–94.

Besserung schon am Tag der Aufnahme in Aussicht gestellt werden konnte, sollten zur Behandlung aufgenommen werden. Die eng gefassten Aufnahmeindikationen der Nervenheilanstalt hatten weniger mit der mangelnden Bereitschaft der Ärzte, auch andere Erkrankungen zu behandeln, zu tun, als mit den Erwartungshaltungen der Patienten aus dem bürgerlichen Mittelstand und aus der Aristokratie. Das soziale Leben im Sanatorium, sei es am gemeinsamen Mittagstisch, bei der täglichen Benutzung der mechanischen therapeutischen Geräte oder während des Aufenthalts im sanitären Bereich, war von den mitgebrachten Gewohnheiten und Etiketten bestimmt; mit „Geisteskranken" aus der Arbeiterklasse wollten die wohlhabenden, distinguierten Neurastheniker ihren Aufenthalt nicht teilen.[7]

In der Anstalt stand den Patienten neben den Ärzten auch eine große Anzahl von Bediensteten zur Verfügung, die das Genesungsleben so angenehm wie nur möglich gestalten sollten. Zahlreiche Angestellte, darunter Küchen- und Stubenmädchen sowie Haus- und Badediener, hatten die Kranken bei ihrer Nerventherapie zu betreuen. Den 19 Kranken, die sich in der Heilanstalt aufhielten, standen im Schnitt zwei Ärzte und 27 Betreuungspersonen zur Verfügung. „Die Zahl des Personals muß für die geringe Ausdehnung der Anstalt ungewöhnlich hoch erscheinen", gaben die leitenden Ärzte in ihrer Studie zu, rechtfertigten aber das luxuriöse Betreuungsverhältnis mit dem Hinweis auf die hohen Ansprüche der Patienten. Der ungeduldige, empfindliche und leicht erregbare Kranke brauche „ungemein viel Aufmerksamkeit", die ihm bei einer Verringerung des Dienstpersonals nicht mehr zuteil werden könne. Angesichts dieses Aufwandes nahm sich der therapeutische Erfolg der Nervenheilanstalt eher bescheiden aus: Von 357 abgegangenen Patienten waren nur 145 als geheilt entlassen worden.[8]

Die statistischen Aufzeichnungen der beiden leitenden Ärzte beziehen sich auf die Zeit vom 1. Juni 1886 bis zum 31. Dezember 1891, also auf eine Zeitspanne von mehr als fünf Jahren. In diesem Zeitraum waren an der Anstalt insgesamt 357 Kranke aufgenommen worden: 203 Männer und 154 Frauen. Die Aufenthaltsdauer betrug im Mittel bei den Männern 73, bei den Frauen 105 Tage, durchschnittlich also knapp drei Monate.[9] Die bei weitem häufigste Diagnose war Neurasthenie. In 209 Fällen

7 Zu den Aufnahmebedingungen in privaten Nervenheilanstalten vgl. Edward Shorter: Private Clinics in Central Europe 1850–1933. In: Social History of Medicine 3 (1990), S. 180–183. In der Landesirrenanstalt Graz-Feldhof, deren Insassen größtenteils aus den unteren Mittelschichten, der bäuerlichen Bevölkerung und der Arbeiterschaft kamen, war die Diagnose Neurasthenie äußerst selten. Siehe dazu die Untersuchung von Carlos Watzka: Formen psychischen Krankseins um 1900. Soziale Verbreitung, medizinische und bildungsbürgerliche Wahrnehmung. In: newsletter MODERNE 6 (2003), Heft 2, S. 26–31.

8 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 14.

9 Nach dieser Aufstellung kamen die Patienten (insgesamt 357) aus sechs Berufskreisen: Akademisch-

(also bei etwa 60 Prozent aller Diagnosen) wurde Nervenschwäche als zu behandelnde Krankheitsform erkannt, gefolgt von der Hysterie, die in 76 Fällen diagnostiziert wurde. Die geschlechtsspezifische Zuweisung der Diagnosen ist nicht zu übersehen: 11 Männern standen 65 Frauen gegenüber, die sich mit der Diagnose der Hysterie konfrontiert sahen. Bei der Neurasthenie war das Verhältnis umgekehrt, wenngleich es nicht so deutlich ausfiel: 65 Frauen und 144 Männer hatten auf ihrem Krankenblatt diese Beurteilung vermerkt bekommen.

Der statistisch scharf gezogenen Unterscheidung zwischen Neurasthenie und Hysterie lag in den wenigsten Fällen ein klarer medizinischer Befund zugrunde. In ihren erläuternden Bemerkungen zum Anstaltsbericht konzedierten Gugl und Stichl, dass bei der großen Ähnlichkeit der beiden Krankheitsbilder eine exakte Unterscheidung nur in den seltensten Fällen möglich sei. Die diagnostische Praxis spiegelt die Absicht wider, die dichotome Geschlechterordnung zu zementieren. Denn wolle man „bestehenden Tatsachen gerecht werden", so müsse die unterschiedliche Zuweisung der Diagnosen unbedingt aufrechterhalten bleiben. Hysterie sei eine Krankheit, die in erster Linie Frauen befalle, und da weibliche Kranke im Gegensatz zu männlichen „viel leichter autorisierbar" seien, ließe sich diese Diagnose bei ihnen auch leichter durchsetzen.[10] Männer hingegen seien in einem stärkeren Maße von der Neurasthenie betroffen; eine andere Diagnose käme für sie nur in Ausnahmefällen in Frage. Mit dieser Position standen die Ärzte des Sanatoriums nicht alleine da. Krafft-Ebing, Gründer und permanenter wissenschaftlicher Konsiliarius der Anstalt, hatte seinen beiden Assistenten geraten, mit dem männlichen Publikum schonend umzugehen, und das hieß, die Diagnosen der Hysterie und Hypochondrie möglichst zu vermeiden.

Ein ähnliches Publikum hatte einige Jahre später auch der Grazer Internist Franz Müller für seine *Nerven-Heilanstalt „Meerscheinschloß"* ins Auge gefasst. Das 1900

---

technische Berufe (113), Industrielle und Kaufleute (92), Private (50), Aristokratie (45), Gutsbesitzer (31) und Militärs (26). In diesen Kreisen dürfte die Anstalt einen vorzüglichen Ruf gehabt haben, der weit über den regionalen Einzugsbereich hinausging. Die Kurgäste des Sanatoriums kamen zwar zum Großteil aus Österreich-Ungarn (227), aber auch aus Deutschland (20), Russland (34), der Schweiz, Italien, Frankreich, Schweden und England (insgesamt 14). Selbst Patienten aus Ägypten, Ostindien und den Vereinigten Staaten (insgesamt 9) waren nach Graz angereist, um ihr Nervenleiden betreuen zu lassen. In nervenärztlichen Kreisen besaß die Nervenheilanstalt Graz-Mariagrün einen hervorragenden Ruf. Siehe V[alentin] von Holst: Erfahrungen aus einer vierzigjährigen Praxis. Stuttgart 1903, S. 20.

10 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 14–21; Hugo Gugl: Unsere Anschauungen über Hysterie und der große hysterische Anfall. In: MCCB 28 (1895), S. 426. Zur Diagnose der Hysterie in den privaten Nervenkliniken in Österreich siehe Edward Shorter: Mania, Hysteria and Gender in Lower Austria, 1891–1905. In: History of Psychiatry 1 (1990), S. 3–31; ders.: Women and Jews in a private nervous clinic in late nineteenth-century Vienna. In: Medical History 33 (1989), S. 149–183.

als Privatsanatorium für Nervenkranke eingerichtete Barockschlösschen wurde in einer eigens verfassten Werbebroschüre als ideales Therapiezentrum angepriesen: „In gesunder, ruhiger, vom Geschäftstreiben und Wagenverkehr verschonter Lage" gelegen, präsentierte der Internist die Heilanstalt als exklusives Refugium für wohlhabende Nervenkranke.[11] Wie das Sanatorium im nahen Mariagrün verfügte auch diese Nervenheilanstalt über großzügig ausgestattete Wohn- und Aufenthaltsräume, die hohen Ansprüchen gerecht wurden. In einem komfortablen Ambiente sollten die Patientinnen und Patienten ihre „nervöse Vergangenheit" (Müller) hinter sich lassen können. Nervosität, Hysterie und Neurasthenie standen an erster Stelle des Aufnahmekatalogs, aber auch für eine Reihe anderer Leiden – Lähmungen, neuralgische Zustände, Diabetes – war eine Behandlung in der Heilanstalt in Aussicht gestellt. Geisteskranke waren wie in Mariagrün von der Aufnahme ausgeschlossen. Den Patientinnen und Patienten stand ein umfangreicher Therapieapparat zur Verfügung, der sämtliche Varietäten und Finessen der modernen Nervenheilkunde aufwies: Diätetische Kuren, physikalische Heilmittel, Hydrotherapie und medikamentöse Behandlung ermöglichten ein abwechslungsreiches Therapieverfahren. Fernab jeder medizinischen Schablone würden, so versprach Müller in seiner Broschüre, für jeden Kranken die geeigneten therapeutischen Instrumentarien in Anwendung gebracht werden. Eine Spezialität der Heilanstalt stellten die „faradischen und galvanischen Zweizellenbäder" dar, die eine besonders sanfte Anwendung der Elektrotherapie versprachen. Jede direkte Berührung durch Metallelektroden sowie eine zu große Stromdichte war bei dieser Behandlung ausgeschlossen.[12] Dem Kranken, der sich zu einem Aufenthalt in dieser Heilanstalt – mit Mindestaufenthalt von zwei Wochen und separat zu entrichtenden ärztlichen Honoraren – entschlossen hatte, wurde viel geboten.

Die meisten privat geführten Heilanstalten zeichneten sich durch klassenspezifische Aufnahmebedingungen aus. Dieser Umstand spiegelte sich in der häufigen Verwendung der Neurastheniediagnose wider. Erst als Mitte der 1890er Jahre die Neurasthenie an Bedeutung verlor, machten sich kritische Stimmen bemerkbar, die eine Ausweitung der therapeutischen Arbeit der Ärzte auch auf sozial benachteiligte Gruppen forderten. Einer der Ersten war Paul Möbius, der 1896 in seiner Schrift *Über die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten* mit den bestehenden Gepflogenheiten scharf ins Gericht ging. Für Möbius waren Einrichtungen wie die Grazer Sanatorien „Luxusanstalten", die minderbemittelte Nervenkranke diskriminierten. Möbius reflektierte damit die in den 1890er Jahren zunehmende soziale Diffusion der Neurasthenie. Erst als die Nervenärzte begannen,

11 Franz Müller: Nerven-Heilanstalt „Meerscheinschloß", Graz. Graz o. J., S. 1.
12 Ebd., S. 11.

die Neurasthenie auch in Arbeiterkreisen zu diagnostizieren, konnte sich das Bewusstsein breit machen, dass eine Therapie der Neurasthenie für alle Bevölkerungsschichten angestrebt werden müsse.[13] Den Anfang machte in Deutschland das Haus Schönow in Berlin, das 1899 eröffnet wurde und nur minder- beziehungsweise unbemittelte Nervenkranke aufnahm. Andere Heilstätten in Deutschland und Österreich-Ungarn folgten diesem Trend.[14]

Aufsehen erregte 1905 in Wien eine testamentarische Verfügung des verstorbenen jüdischen Millionärs Nathaniel Freiherr von Rothschild. Der Baron, der „von frühester Jugend an die Fußfesseln der Neurasthenie zu tragen verdammt war", hatte ein Kapital von 20 Millionen Kronen in Form einer Stiftung veranlagen lassen, aus dessen Zinsen Heilanstalten für mittellose Nervenkranke zu errichten waren.[15] Die Realisierung des Projekts war von großen Schwierigkeiten begleitet. Die Anstalt sollte in einem der wohlhabenden Stadtviertel im Westen Wiens errichtet werden, was auf entschiedenen Widerstand der mittelständischen und aristokratischen Bewohner stieß. Der Widerstand der Anrainer gegen eine Nervenheilanstalt für die Arbeiterschaft lief unter dem Vorwand, dass die Errichtung einer Irrenanstalt befürchtet wurde, deren ausschwärmende Patienten in einem Anfall geistiger Umnachtung Passanten und Bewohner gefährden könnten. Der Streit um die Errichtung der Anstalt zog bald einen Prozess nach sich, der über mehrere Jahre und durch alle juristischen Instanzen ging. Erst ein Machtwort des Thronfolgers, Erzherzog Franz Ferdinand, entschied zugunsten der Befürworter. Sieben Jahre nach der Verfügung, im Herbst 1912, wurde in Wien – als erstes Werk dieser Stiftung – die Nervenheilanstalt am Rosenhügel eröffnet, mit deren Leitung Emil Redlich betraut wurde.[16]

Die Errichtung von privaten Nervenheilanstalten, die in erster Linie für Patienten aus dem Bildungsbürgertum konzipiert wurden, stieß hingegen auf weit weniger Widerstand. Die Realisierung dieser Projekte basierte auf einem starken sozialen Konsens der aufstrebenden Nervenärzte mit den Mittelschichten und brachte professionelle Interessen einerseits und steigende Nachfrage nach spezialisierten therapeutischen Angeboten andererseits zusammen. Einer der psychiatrie- wie architekturhistorisch interessantesten Neubauten war das von Josef Hoffmann geplante und

---

13 Heinz-Peter Schmiedebach: Post-traumatic neurosis in Nineteenth-Century Germany: a disease in political, juridical and professional context. In: History of Psychiatry 10 (1999), S. 43–45.

14 Johannes Bresler: Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913. Halle a. S. 1913. Im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns stand dabei nach wie vor die Neurasthenie: „Die nervöse Erschöpfung im weitesten Sinne, also die mehr oder weniger akute erworbene Neurasthenie, das ist es, was die Volksnervenheilstätte hauptsächlich zu behandeln hat" (S. 12).

15 Anonym: „Für Nervenkranke". In: WMP 46 (1905), S. 1304.

16 Julius Wagner-Jauregg: Prof. Dr. Emil Redlich. In: MPN 76 (1930), S. 260; Benedikt, Volksnerven- und Pflegeheilanstalten, S. 17–19.

1904 bis 1905 errichtete Sanatorium in Purkersdorf, einem westlichen Vorort von Wien. Die Initiative dazu kam Anfang der 1890er Jahre von Richard von Krafft-Ebing, der mit seinem Wechsel als Ordinarius für Psychiatrie von Graz nach Wien auf der Suche nach einer neuen Heilanstalt für seine Neurastheniepatienten war. Der von der Hektik der Großstadt unberührt gebliebene, im Wienerwald gelegene Ort schien ihm dafür am besten geeignet zu sein. Wie im Kapitel über Krafft-Ebings Nervositätslehre angedeutet wurde, hatte sich der Psychiater in seiner Wiener Zeit der Neurasthenielehre Beards stärker angenähert; die Modernität der Metropole und die Erfahrung einer immer stärker werdenden Nachfrage von Patienten, die ihre Nervosität beziehungsweise Neurasthenie behandelt wissen wollten, hatten Krafft-Ebing herausgefordert, Beards Thesen neu und affirmativ zu denken. Das Modell der Grazer Heilanstalt von Mariagrün vor Augen, schlug er den Neubau eines Sanatoriums vor, in das seine Patienten vor der nervösen Überreizung der Großstadt fliehen konnten. Nach seinem Tod wurde Krafft-Ebings Engagement von der einflussreichen Künstlerin und Schriftstellerin Bertha Zuckerkandl weitergeführt. Hoffmann plante das Sanatorium als ein Gebäude, das vor den nervösen Reizfluten der Großstadt bestmöglich abschotten sollte. Einfache, klare und symmetrische Linien und Formen sollten das Auge vor dem unkontrollierten Eklektizismus der Stadt schützen; großzügige, lichtdurchflutete Innenräume, neueste, aber dezent eingesetzte Technologien (abgedämpftes elektrisches Licht) sowie eine Vielzahl von mechanischen und elektrotherapeutischen Geräten konnten die Regeneration der Nerven unterstützen und das Vertrauen der Patienten in die Behandlungsanweisungen der Ärzte stärken.[17]

Diese Beispiele zeigen, dass sich die Ärzte in der Wahl der therapeutischen Mittel weitgehend den Wünschen der Patienten anzupassen hatten. Valentin Holst, der über vier Jahrzehnte eine neurologische Praxis betrieben hatte, schrieb später, dass in den privaten Nervenheilanstalten die therapeutischen Angebote stets von ausgesuchter Exklusivität sein mussten. Wollte man den Bedürfnissen der Sanatoriumsgäste gerecht werden, so waren abwechslungsreiche Methoden und komplizierte technische Apparate bereitzustellen: „Das Publikum verlangte elektrische Lichtbäder, mit Elektrizität getriebene heiße Luftdouchen, elektrische Vibrationsapparate, permanente Wannenbäder, etc. Die Besitzer und Leiter der Anstalten mußten

17 Zum Einfluss der Nervositätslehre Krafft-Ebings auf Hoffmann und zur Ausstattung des Sanatoriums siehe Leslie Topp: An Architecture for Modern Nerves: Josef Hoffmann's Purkersdorf Sanatorium. In: Journal of the Society of Architectural Historians 56 (1997), S. 414–437. Zum Einfluss der Nervendiskurse auf städtebauliche Konzepte vgl. Karin Wilhelm: Städtebautheorie als Kulturtheorie – Camillo Sittes „Der Städtebau nach seinen künstlerischen Grundsätzen". In: Lutz Musner, Gotthart Wunberg und Christina Lutter (Hg.): Cultural Turn. Zur Geschichte der Kulturwissenschaften. Wien 2001, S. 85–109, bes. 105 f.

nolens volens dem Verlangen des Publikums Rechnung tragen. Somit waren die Anstalten unter die Parole der ‚Behandlung mit ganz komplizierten Apparaten' gekommen."[18] Ähnlich äußerte sich auch Moritz Benedikt, der in seiner Wiener Praxis die Erfahrung gemacht hatte, „daß man immer neue Methoden und Kombinationen erfinden muß, um Erfolge zu erzielen. Therapeutischer Formenreichtum und Erfindungsgabe sind notwendige Requisiten für den glücklichen Heilkünstler von nervösen Krankheiten."[19]

3.2 Therapeutischer Formenreichtum und ökonomischer Erfolg

Den Ärzten kam das Verlangen der Patienten nach spektakulären Behandlungsverfahren nicht ungelegen. Einem schnellen und günstigen Heilungsverlauf der Neurasthenie standen die meisten von ihnen ohnehin misstrauisch gegenüber. Nach dem *Handwörterbuch der gesamten Medizin* war der Verlauf der Neurasthenie „in allen Fällen ein chronischer, über Monate, Jahre, selbst über das ganze Leben sich erstreckender". Perioden, in denen sich der Zustand des Patienten so weit besserte, dass eine vollständige Genesung in Aussicht gestellt werden konnte, wurden von Perioden abgelöst, in denen das Krankheitsbild in vollem Umfang wieder hervorbrach.[20] Der Gang zum Spezialisten war für neurasthenische Patienten keine einmalige Angelegenheit, sondern eine Causa, die sich ständig wiederholte. Für den Arzt bedeutete dies, dass er sich eine Stammklientel aufbauen konnte, die sich – wenn er geschickt vorging – beständig vergrößerte. Die große Bandbreite an Behandlungsmethoden sorgte für die nötige Abwechslung. Für den Nervenarzt tat sich ein weites therapeutisches Experimentierfeld auf, in dem er sich nach Belieben bewegen konnte. „Die Neurasthenie, diese proteusartige Krankheit, verlangt auch eine proteusartige Therapie", postulierte der deutsche Badearzt Schütze selbstbewusst im *Handbuch der Neurasthenie.*[21] Das Variieren und Ausprobieren von immer neuen

18 Holst, Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis, S. 22.

19 Moritz Benedikt: Über Neurasthenie. In: AWMZ 36 (1891), S. 158.

20 Albert Villaret (Hg.): Handwörterbuch der gesamten Medizin. Bd. 2. Stuttgart 1891, S. 584; Arthur Schwarz: Über akute nervöse Erschöpfung. In: WMW 44 (1896), Sp. 886–888, Sp. 931–933. „In den günstigsten Fällen von Neurasthenie pflegt die Krankheit nur 1 bis 2 Jahre zu dauern", schrieb der Münchener Nervenarzt Rudolph von Hösslin. Für die „ungünstigen Fälle" seien Jahrzehnte zu veranschlagen. Rudolph von Hösslin: Verlauf, Prognose, Diagnose. In: Müller, Handbuch der Neurasthenie, S. 192.

21 C. Schütze: Die balneologische Behandlung der Neurasthenie. In: Müller, Handbuch der Neurasthenie, S. 433. Zum therapeutischen Arsenal der Nervenärzte siehe die detaillierte Zusammenstellung bei Theodor Zerner: Die Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 42 (1892), Sp. 1841–1843, Sp. 1881–1883.

Behandlungsverfahren konnte von der Erfahrung und Kompetenz des Arztes zeugen sowie von dessen Bemühen, dem Kranken mit allen nur verfügbaren Mitteln helfen zu wollen.

Es verwundert daher nicht, dass häufige Konsultationen unterschiedlicher Ärzte als charakteristisches Verhalten von Neurastheniepatienten galten. Offiziell hielten die Ärzte vom Einholen unterschiedlicher Fachmeinungen – als Profiteure dieses Umstands – nicht viel. In der Standespresse (bezeichnenderweise nicht aber in den populären Broschüren) erschienen immer wieder Artikel, in denen die Patienten vor einem schnellen Wechsel gewarnt wurden. „Nichts ist gefehlter", urteilte etwa Emil Redlich, „als wenn der Kranke von einem Arzt zum anderen läuft, und leider tun gerade das die Neurastheniker so gerne. Diese Massenconsilien aller möglichen Spezialisten: ratlos steht der Kranke da inmitten der Brandung medicinischer Wissenschaften."[22] Da der Neurasthenie ein chamäleonartiges Erscheinungsbild zugrunde lag, dürfte tatsächlich kaum ein ärztliches Gutachten dem anderen geglichen haben. Der Besuch bei einem neuen Arzt bot für den Patienten nur scheinbar Neues und noch nicht Berücksichtigtes.

Innerhalb der Ärzteschaft hingegen stand die Neurastheniediagnose des Öfteren in Verdacht, weniger aus medizinischen denn aus ökonomischen Motiven gestellt worden zu sein. Moritz Benedikt konstatierte einen „mercantilen therapeutischen Spekulationsgeist", der in erster Linie die monetäre Situation des Arztes verbessere. „Wenn ein Anstaltsbesitzer mich fragte, ob er ein kompliziertes elektrisches Bad einrichten solle, gab ich ihm die Antwort, wenn er sich nützen wolle, ja, wenn er den Patienten nützen wolle, so seien die Kosten verloren."[23] Von daher gesehen war die Neurasthenie für den Arzt ungemein attraktiv – und bestens geeignet, die Ausübung seiner medizinischen Tätigkeit mit finanziellen Interessen zu verbinden. Nicht zufällig sahen sich auch die leitenden Ärzte von privaten Heilanstalten dem Vorwurf von Kollegen ausgesetzt, mit der Behandlung von Nervenkranken ein „zeitgemäßes lucratives Geschäft" zu betreiben.[24] Ganz unberechtigt war diese Kritik nicht. In den Praxen und privat geführten Nervenheilanstalten tummelte sich ein Publikum, das über großzügige finanzielle Mittel verfügen musste, um die langwierigen und kostspieligen Therapieversuche bezahlen zu können.[25]

---

22 Emil Redlich: Über Psychosen bei Neurasthenikern. In: WMP 43 (1902), Sp. 657.

23 Benedikt, Zur Therapie der Neurasthenie, Sp. 234.

24 So auch die Grazer Anstaltsärzte Gugl und Stichl, Neuropathologische Studien, S. 7. Adolf Strümpell sprach verächtlich von den Neurologen als den „vielbeschäftigten Spezialisten der Großstadt", die „hauptsächlich an der wirtschaftlichen Hebung" ihres Standes gearbeitet hätten. Strümpell, Aus dem Leben eines deutschen Klinikers, S. 189.

25 Der steirische Schriftsteller und Reichstagsabgeordnete Bartholomäus Carneri (1821–1909) schrieb: „Dem, der als sein eigener Herr freiwillig sein Nervensystem zerrüttet, um in den Sklavenketten der

So wie in anderen europäischen Großstädten auch, war in den 1890er Jahren in Wien die Neurasthenie eine Modekrankheit geworden. Schenkt man den zahlreichen Äußerungen der Ärzte und ihren Aufzeichnungen Glauben, so suchten die Patienten geradezu in Scharen Spezialisten auf, um sich wegen ihrer neurasthenischen Beschwerden beraten zu lassen. Die Rede der Mediziner war ganz von Nerven-Superlativen dominiert. „Ich habe jüngst an einem Nachmittage sechs Leute gesehen, die an neurasthenischen Erscheinungen gelitten haben, man hat gar keine Vorstellung, eine wie unglaubliche Anzahl von Menschen jetzt daran leidet", schrieb Mitte der 1880er Jahre der Internist Hermann Nothnagel (1841–1905).[26] In der zeitgenössischen Wiener Ärzteschaft hatte seine Praxis einen geradezu legendären Ruf, und Nothnagel wurde zum Symbol für einen Arzt, der wissenschaftlichen und ökonomischen Erfolg mit ärztlichem Ethos kombinierte. Erwin Stransky schrieb in seinen Erinnerungen mit feiner Ironie, dass der Nothnagel seine Einnahmen stets ordnungsgemäß den Finanzstellen vorlegte und „ganz offiziell als der Mann mit der größten Steuerleistung Wiens bekannt war".[27]

Auch andere Ärzte meinten in dieser Stadt eine geradezu epidemische Verbreitung der Neurasthenie registriert zu haben: „Jeder Arzt, der in der Großstadt seine Berufstätigkeit entfaltet, wird nach kurzer Zeit die Wahrnehmung machen, daß das Gros seiner Patienten Nervenkranke sind", bemerkte Ludwig Frey im Hinblick auf die Situation in Wien. In der Hauptstadt der Donaumonarchie schien die Krankheit „in einer unglaublich intensiven Weise" verbreitet gewesen zu sein. Die alltägliche Präsenz der Neurasthenie im Straßenbild der Stadt betonte auch der Internist Alois Strasser: „Auf jedem Schritt und Tritt, auch außerhalb der Anstalten, im gewöhnlichen gesellschaftlichen Verkehre, treffen wir Neurastheniker."[28] Richard von Krafft-Ebing, der 1889 als Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie nach Wien berufen

---

modernen Gewinnsucht mehr zu besitzen oder brillianter zu glänzen denn sein Nachbar, vermögen wir keine Teilnahme entgegen zu bringen. Er hat die Mittel, den teuersten Psychiater zu bezahlen." B[artholomäus] Carneri: Der moderne Mensch. Versuche über Lebensführung. Bonn ³1893, S. 47.

26 Zit. nach Averbeck, Die akute Neurasthenie, S. 44.

27 Erwin Stransky: Aus einem Gelehrtenleben um die Zeitenwende. Rückschau, Ausblick, Gedanken. Unpubl. Ms., Handschriftensammlung des Instituts für Geschichte der Medizin, Universität Wien, HS 2.065, S. 178. Als 1893 der Straßburger Internist Bernhard Naunyn, der sich für eine Professur in Wien beworben hatte, Nothnagel traf, schwärmte dieser von der „großartigen Praxis", die einem diese Stadt böte. Allein an diesem einen Tag hatte Nothnagel – noch bevor er sich mit dem Gast getroffen hatte – mehr als 40 Konsultationen durchgeführt. B[ernhard] Naunyn: Erinnerungen, Gedanken und Meinungen. München 1925, S. 481. Zu Nothnagel, der ab 1882 die I. Medizinische Klinik in Wien leitete, siehe Max Neuburger: Hermann Nothnagel. Wien 1922 sowie Lesky, Die Wiener medizinische Schule, S. 314–324.

28 Frey, Über die Nervosität des Jahrhunderts, S. 8; A[lois] Strasser: Über Neurasthenie. In: MCCB 36 (1901), S. 626.

worden war, sah sich an einem Ort, wo es „von Neurasthenikern wimmelt". In seiner neu eröffneten Privatpraxis stand die Neurastheniediagnose bald an erster Stelle. Im Jahre 1893 stellte Krafft-Ebing bei rund sechshundert Patienten, die ihn aufsuchten, die Diagnose der Neurasthenie.[29] Auch für damals noch weniger bekannte Ärzte wurde die Neurasthenie zur alltäglichen Diagnose. Sigmund Freud schrieb im Sommer 1893 in einem Brief an seinen Freund Wilhelm Fließ nach Berlin: „Ich sehe jetzt soviel Neurasthenien, daß ich die Arbeit ganz wohl im Verlauf von zwei bis drei Jahren auf [Patienten dieses Typs] beschränken kann."[30]

Die Diagnose der Neurasthenie ging den Ärzten deshalb so leicht von der Hand, da die Beschwerden einem Deutungsmuster eingeschrieben werden konnten, das nach allen Seiten hin offen war. Krafft-Ebing, der sich um differenzialdiagnostische Genauigkeit bemühte, zeigte sich verärgert darüber, dass Fachkollegen und Heilpraktiker sich dazu verleiten ließen, das „Alltagsbild der Neurasthenie überall zu finden".[31] Benedikt nahm sich kein Blatt vor den Mund und sprach von einem der „mißbrauchtesten Worte der modernen Medizin". Die Häufigkeit der Diagnose Neurasthenie, so Benedikt, stehe „im verkehrten Verhältnis zur Intelligenz und zur Gewissenhaftigkeit des Arztes".[32] In diese Kerbe schlugen auch namhafte deutsche Psychiater. Julius Koch, der sich in den 1890er Jahren mit einem mehrbändigen Werk über die „psychopathischen Minderwertigkeiten" einen Namen gemacht hatte, nannte die Neurasthenie ein „bequemes Ruhekissen der Selbstzufriedenheit".[33]

Auch wenn die Neurasthenie den privaten Praxisbetrieb stimulierte, so wäre es nicht richtig, den Ärzten pauschal Gewinnsucht zu unterstellen. Für prominente Wie-

---

29 Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 117 und S. 51. Auch in den Aufzeichnungen von Emil Redlich, der bis 1914 über 6.000 Fälle von Nerven- und Geisteskrankheiten in seiner Privatpraxis behandelt hatte, stand die Diagnose der Neurasthenie an erster Stelle. Redlich, Statistisches zur Ätiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten, S. 1423.

30 Sigmund Freud: Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. Frankfurt/M. 1986, S. 43 (Brief vom 10. Juli 1893).

31 Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 37. „Wofür muß gewöhnlich die Neurasthenie nicht alles herhalten!", ließ 1893 ein Wiener Arzt seinem Unmut freien Lauf: „Energielosigkeit, Feigheit, Faulheit, Rücksichtslosigkeit und Jähzorn hat sie mit dem Mantel der Liebe zu bedecken. Dies sind aber Charaktereigenschaften und Unarten, für die man Schonung, Rücksicht und Teilnahme haben kann, welche jedoch nicht als Krankheit aufgefaßt werden dürfen. Irgendwo muß eine Grenze sein, welche das Krankhafte von dem noch in den Rahmen des Gesunden gehörig scheidet." Hofmann: Rezension zu L. Bouveret. Die Neurasthenie. In: AWMZ 38 (1893), S. 30.

32 Benedikt, Volksnervenheil- und Pflegeanstalten, S. 17.

33 J[ulius] L[udwig] A[ugust] Koch: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Bd. 2. Ravensburg 1891, S. 210. Kochs polemischer Einwurf muss freilich als Strategie, seinem eigenen Konzept mehr Autorität zu verleihen, gesehen werden. Siehe auch Shorter, Moderne Leiden, S. 374.

ner Ärzte wie Nothnagel, Krafft-Ebing oder Redlich, die über wissenschaftliche Reputation und eine gesicherte Stelle an der Universität oder an einer Anstalt verfügten, mochte eine gut gehende Privatpraxis willkommene Zusatzeinkünfte bescheren, existenziell abhängig waren sie jedoch von dieser Tätigkeit nicht. Für die ärztliche Nachwuchsgeneration sah die Situation freilich anders aus. Gerade weil die Neurologie ein so junges Spezialfach war und die institutionelle Verankerung auf universitärer Ebene noch in den Kinderschuhen steckte, waren viele Nervenärzte auf die Einkünfte aus ihrer privatärztlichen Tätigkeit angewiesen, insbesondere dann, wenn sich die eigenen Forschungsabsichten außerhalb etablierter Fachmeinungen bewegten.

Albrecht Hirschmüller weist darauf hin, dass Ende des 19. Jahrhunderts die beruflichen und akademischen Optionen eines an Nervenkrankheiten interessierten Arztes – trotz der euphorischen Aufbruchsstimmung in der Neurologie – nur begrenzt waren und große persönliche Opfer erforderten. Nach Hirschmüller blieben einem Nachwuchsforscher auf dem Gebiet der Neurologie drei Wege offen. Er konnte sich erstens als Internist mit dem Schwerpunkt auf neurologische Fragestellungen verstehen, was bedeutete, dass bei der Arbeit an der Klinik vor allem Patienten mit organischen Erkrankungen zu betreuen waren und „funktionelle Nervenkrankheiten" nur in Ausnahmefällen untersucht werden konnten. Zweitens bot sich dem jungen Arzt die Möglichkeit, sich als Neuropsychiater zu definieren und sich um eine Stelle an einer psychiatrischen Klinik umzusehen. Das wissenschaftliche Arbeiten in diesem Umfeld stand hierbei ebenfalls stark unter dem Einfluss organischer beziehungsweise anatomischer Fragestellungen. Hirnanatomie, Neurophysiologie und klinische Psychiatrie bestimmten den Alltag und machten eine intensive Beschäftigung mit Neurosen am Arbeitsplatz fast unmöglich.[34]

Entschied sich der junge Arzt für keinen der beiden Wege, so konnte er versuchen, an einer neurologischen oder an einer elektrotherapeutischen Ambulanz unterzukommen. Gelang auch dies nicht, so blieb nur die freie Praxis als Erwerbsquelle, was eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten erforderte, jedoch die Möglichkeit bot, auf Basis eigener Erfahrungen und Untersuchungsergebnisse wissenschaftlich unabhängig arbeiten zu können. Nicht nur innermedizinische Belange machten das Betreiben einer Privatpraxis zu einer existenzsichernden Notwendigkeit. Besonders Ärzte jüdischer Provenienz, denen der Zugang zu einer Stelle an der Universität verwehrt blieb, mussten sich um alternative Möglichkeiten umsehen und erkannten in der Neurastheniediagnose eine attraktive Option, ihre Praxis zu etablieren.[35] Der berufliche Erfolg eines niedergelassenen Nervenarztes hing vor allem

34 Hirschmüller, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, S. 66 f.

35 Siehe dazu die Studie von Wolfgang Krauss: Die physikalische Medizin und die jüdischen Ärzte. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 14 (1995), S. 83–120.

davon ab, ob es ihm gelang, eine ausreichende Anzahl von Patienten zu gewinnen. Mangelnder Behandlungserfolg drohte durch Ausbleiben der Patienten auch die materielle Existenz zu gefährden, daher mussten sich die Ärzte nach deren Wünschen und Erwartungen richten. Für einen jungen Arzt, der den Schritt in die Selbstständigkeit gewagt hatte, stellte die Neurasthenie ein attraktives Krankheitsbild dar. Der „chronische" Charakter des Leidens brachte es mit sich, dass es mit einer Konsultation allein nicht getan war, und die zahlreichen Therapiemöglichkeiten gaben dem Arzt die Möglichkeit, auf immer neue Fragen auch neue Antworten bereitzustellen. Freud schrieb: „Wenn man von der Behandlung Nervenkranker leben wollte, musste man offenbar ihnen etwas leisten können. Mein therapeutisches Arsenal umfasste nur zwei Waffen, die Elektrotherapie und die Hypnose, denn die Versendung in die Wasserheilanstalt nach einmaliger Konsultation war keine zureichende Erwerbsquelle."[36]

Die Elektrotherapie war eine häufige Behandlungsmethode, mit der die Ärzte die Neurasthenie zu heilen versuchten, auch wenn, wie Freud bemerkte, die Anwendung der elektrischen Ströme „fast niemals half".[37] Die Erfolglosigkeit der Ärzte in der Behandlung der Nervenkrankheiten sowie ihre ökonomischen Interessen nahmen kritische Geister aufs Korn. In *Strichler der Nervöse*, einer 1908 in Wien erschienenen Broschüre, die sich um den Lebensalltag eines nervösen Beamten dreht, beschwert sich dieser über die Ärzte:

> „Die Kerle! Keiner weiß etwas, wo es mir fehlt, ich beiß' ins Gras. Noch eines werde ich probieren: Ich lasse mich elektrisieren." Faradisiert wurde Strichler nun, der Arzt war feierlich im Tun. Und sprach: „Ich rate, lieber Herr, kommen Sie täglich zu mir her. Sie werden leichter fühlen sich, das glauben Sie mir sicherlich." Herr Strichler fühlte dies gar bald, es schmolz zusammen sein Gehalt.[38]

Was die tatsächlichen Erfolge der therapeutischen Bemühungen der Ärzte betraf, so gaben sich kritische Köpfe keinerlei Illusionen hin. Am deutlichsten wurde Paul Möbius: „Wenn man die Bücher über Neurasthenie liest und vernimmt, wie viele und wie mächtige Mittel und Methoden wir besitzen und wie exakt, wie physiolo-

36 Sigmund Freud: Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse, hg. von Ilse Grubrich-Simitis. Frankfurt/M. [11]1999, S. 47.

37 Ebd.

38 Dworzak, Strichler der Nervöse, S. 81. Auch Ettore Schmitz brachte in seinem Roman *Zeno Cosini* gegenüber der Elektrotherapie pointiert Kritik vor. Cosini wird als ein von Nikotin und Schlaflosigkeit geplagter Student gezeichnet, der über siebzigmal erfolglos von einem Arzt elektrisiert wird und schließlich die Behandlung abbricht. Svevo, Zeno Cosini, S. 40.

gisch alles begründet ist, da wundert man sich, daß die Kranken noch nicht aufgehört haben, krank zu sein."[39]

Der Sarkasmus, den Möbius in dieser Passage anklingen ließ, richtete sich nicht nur gegen Neurologen und Psychiater, sondern auch gegen jene Ärzte, die sich als „Spezialisten" für die Behandlung der Neurasthenie ausgegeben hatten, ohne dass sie über detailliertes neurologisch-psychiatrisches Wissen verfügten. Man kann davon ausgehen, dass eine große Anzahl von Neurasthenikern von Ärzten und Heilkundigen betreut wurde, die über keine vertiefte Ausbildung auf dem Gebiet der Nervenheilkunde verfügten. Die medizinischen Spezialfächer waren um 1900 weder formell noch institutionell genau geregelt, sodass auf den Praxisschildern und in den Anzeigen praktische Ärzte Spezialgebiete angeben konnten, von denen sie nur geringe Kenntnisse besaßen.[40] Zerstrittenheit und fehlende Durchsetzungskraft der ärztlichen Standesorganisationen verhinderten vor dem Ersten Weltkrieg eine genaue Regelung und Kontrolle dessen, was unter einer medizinischen Spezialdisziplin zu verstehen sei, sodass der Missbrauch des Begriffs „Spezialist" zu Reklamezwecken weit verbreitet war.

Aus der Sicht der Neurologen und Psychiater mochte dies Misstrauen und Ärgernis hervorrufen. Aber andererseits war klar, dass in der Frage der Behandlung der Neurasthenie ohnehin kein Monopolanspruch durchzusetzen war. Am Ende des 19. Jahrhunderts war die „Nervenheilkunde" keine homogene Disziplin, die über eindeutige Konturen verfügte. Zwar waren die Bemühungen um fachliche Ausdifferenzierung und professionelle Gestaltung der Disziplin voll im Gange, aber dennoch blieb ein großer Spielraum, der durch Splitterwissen aus unterschiedlichen Disziplinen ausgefüllt war. Mit den Nerven beschäftigten sich nicht nur Psychiatrie und Neurologie, sondern auch innere Medizin, Anatomie, Physiologie und Pathologie, sodass die Neurasthenie zu keinem Zeitpunkt ein exklusives Forschungssegment einer bestimmten Fachdisziplin war. Als Nervenarzt musste man nicht unbedingt Neurologe oder Psychiater sein, sondern konnte seinen Kompetenzanspruch auch aus den medizinischen Grundlagenwissenschaften ableiten. Darüber hinaus zeigte sich am Beispiel der Therapie der Neurasthenie, dass auch akademisch ausgebildete Spezialärzte überfordert waren. Praktische Ärzte, Hausärzte und Heilkundige hatten in der Behandlung der Neurasthenie oftmals bessere Erfolge.[41] Auch die Naturheil-

39 Möbius, Zur Lehre von der Nervosität, S. 79.

40 In Fachkreisen wurden solche Ärzte, die ihr Fachwissen in halbprofessionellen Schnellkursen erworben hatten, „Vier-Wochen-Spezialisten" genannt. Hirschmüller, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, S. 44.

41 So die Beobachtung des Wiener Internisten A[lois] Strasser: Die hausärztliche Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 58 (1908), Sp. 42–44.

praktiker profitierten von den Unsicherheiten der akademisch ausgebildeten Ärzte und machten sich für das Herausstellen der eigenen Heilkompetenzen die Vorstellung von der wachsenden Nervosität zunutze. „Man heißt unsere Zeit spöttisch diejenige der Nervengebrechlichkeit und es ist so: Die Schar der Nervenschwächlinge nimmt von Tag zu Tag riesigere Dimensionen an", schrieb 1892 ein steirischer Naturarzt in der Grazer *Zeitschrift für Gesundheitspflege* und unterließ es nicht, auf die Wirksamkeit seiner naturnahen Kuren hinzuweisen.[42]

Eben weil sich so viele medizinische Teildisziplinen und heilpraktische Initiativen in der Diagnose und Therapie der Neurasthenie zu engagieren suchten, erhielt die Lehre von der Neurasthenie ein so buntes und pluralistisches Gepräge. Ein Richtungsstreit, der diametrale Standpunkte forciert und in erstarrten Fronten geendet hätte, blieb aus, obwohl fachliche Ecken und Kanten zur Genüge vorhanden waren, an denen sich ein harter Schlagabtausch hätte entzünden können. Denn hinsichtlich der konzeptionellen Verortung sowie in therapeutischen Grundfragen konnten sich die Ärzte zwischen antagonistischen Positionen wiederfinden: War das Krankheitsbild somatisch oder psychisch, organisch oder funktionell zu interpretieren, biologisch oder kulturell zu deuten, als Zeichen des Fortschritts oder des Niedergangs zu werten; sollte Ruhe- oder Arbeitstherapie angeordnet werden, Strom oder Hypnose bevorzugt, Höhenluft oder Meeresbrise empfohlen werden? Eine Menge offener Fragen, die Anlass zu pointierten Stellungnahmen und festen Positionen hätten geben können. Aber zu keinem Zeitpunkt setzte sich ein hegemoniales Deutungsschema durch, das heftige Gegenreaktion provoziert hätte. Der ärztliche Grundton blieb meist verbindlich und war selten spitz oder gar diffamierend. Die Neurasthenie fungierte als kleinster gemeinsamer Nenner für eine Vielzahl offen gebliebener Fragen.[43]

3.3 Patienten als Konsumenten: Zur Popularisierung der Neurasthenie

Leopold Löwenfeld konstatierte 1904 in seinem Standardwerk *Die moderne Behandlung der Nervenschwäche*, dass „in den letzten Jahren in ärztlichen wie nichtärztlichen Kreisen ein ganz außergewöhnlicher Eifer, unseren Heilschatz gegen nervöse Leiden zu mehren, zutage getreten" sei. Die Zahl der neuen Pillen und Behand-

42 Der Naturarzt Franz Krainer. Ein steirischer Apostel natürlicher Heilkunde und Gesundheitspflege. In: Zeitschrift für Gesundheitspflege 1 (1892), S. 1; Christa Schillinger: Franz Krainer (1818–1900). Ein steirischer Naturarzt und Hydropath in Klöch und Graz. In: Blätter für Heimatkunde 72 (1998), S. 62 f. Adolf Strümpell konzedierte, dass in der Therapie der Neurasthenie „unzählige Kurpfuscher und Charlatane die größten Erfolge erzielen". Strümpell, Bemerkungen über die balneologische Behandlung der Neurasthenie, S. 89.

43 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 86.

lungsmethoden, die Ärzten und Patienten angepriesen wurde, sei derart im Wachsen, dass es schwer falle, das Angebotene überblicken zu können.[44] Löwenfeld stand dem Arzneimittelboom kritisch gegenüber, da er sich in seiner Rolle als Therapeut übergangen fühlte. Der Konsum von pharmazeutischen Erzeugnissen ersparte vielen Neurasthenikern den Weg zum Arzt. Daher war es selbst für Spezialisten der medikamentösen Behandlung wichtig zu betonen, dass die Neurasthenie „nicht die Arznei, sondern die Ärzte heilen".[45]

Im Folgenden soll gezeigt werden, dass der Aufstieg der Neurasthenielehre in einem Zusammenhang mit dem Ende des 19. Jahrhunderts expandierenden Gesundheitsmarkt zu sehen ist: In diesem Zeitraum wurden erstmals auch auf dem Gesundheitssektor die Prinzipien des Marktes durchgesetzt; medizinische Leistungen wurden durch Ärzte, Krankenhäuser und Heilanstalten, Apotheken sowie Arzneimittelhersteller angeboten und durch Kranke, die wieder gesund werden wollten, aber auch durch Gesunde, die Krankheit vermeiden wollten, nachgefragt.[46] Für die nervösen Beschwerden der Patienten hatte die pharmazeutische Industrie „fast immer was Neues" zu bieten.[47] In den Annoncenteilen populärer und populärwissenschaftlicher Zeitschriften war die Neurasthenie in Verbindung mit visuellen Werbebotschaften präsent. Die Palette der beworbenen Arzneimittel war breit und reichte von diversen Nervenstärkungs- und Beruhigungsmitteln bis hin zu Spezialpillen bei heiklen Problemen, wie etwa der „diskreten Nervenschwäche", worunter männliche Potenzstörungen zu verstehen waren. Hier erzeugten die Debatten um die neurasthenischen Krisen neue Bedürfnisse, und unternehmerisch denkende Männer wie Frauen wussten aus dieser Entwicklung Kapital zu schlagen, indem sie erkannten, dass wachsendes Angebot stärkeres Konsumverhalten nach sich zog.

In den Vereinigten Staaten zeigte sich zuerst, dass sich mit Hilfe der Neurasthenie binnen kürzester Zeit pharmazeutische Unternehmen verwirklichen ließen. Schon Beard hatte mit Blick auf die amerikanischen Apotheken von „wahren Palästen" gesprochen, in denen die Konsumenten aus einer „ungeheuren Menge" von Präparaten wählen konnten.[48] 1882 kreierte der amerikanische Arzt Franklin Miles ein

---

44 Leopold Löwenfeld: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. Wiesbaden [4]1904, S. 2.

45 J[osef-Isidor] Wilheim: Die medicamentöse Behandlung. In: Müller, Handbuch der Neurasthenie, S. 329.

46 Zum Begriff des Gesundheitsmarktes und der Rolle der pharmazeutischen Industrie um 1900 siehe Lutz Sauerteig: Die Eroberung des Gesundheitsmarktes. Pharmazeutische Industrie und Gesundheitswesen um die Jahrhundertwende. In: Wirtschaft & Wissenschaft 4 (1996), Nr. 4, S. 35 f.

47 Wolfgang Wimmer: „Wir haben fast immer was Neues": Gesundheitswesen und Innovationen der Pharma-Industrie in Deutschland, 1880–1935. Berlin 1994.

48 Beard, Die Nervenschwäche, S. 8.

Mittel, das er „stärkendes Nervin“ nannte. Das Produkt verkaufte sich so gut, dass Miles bald einer großen Pharmafirma vorstand. Eine ähnlich Karriere hatte auch Lydia Pinkham vorzuweisen, eine Geschäftsfrau, die sich im Fahrwasser der Neurastheniedebatten mit der Vermarktung von Gemüsemixturen (vegetable compounds) einen Namen gemacht hatte. Die Zielgruppe ihrer nervenstärkenden Mittel waren jedoch nicht jene Männer der mittleren Gesellschaftsschichten, die männliche Nervenärzte konsultierten, sondern all jene „nonelite women“ der unteren Gesellschaftsschichten, die sich für ihre Beschwerden keinen teuren Spezialisten leisten konnten. Frauen bräuchten keine Ärzte, sie könnten ihre Probleme mit in jedem Kaufladen erhältlichen Mitteln selbst lösen. “Let the doctors alone”, lautete ihre auf Selbstmedikation zielende Parole.[49] Das größte Kapital aus der Neurastheniekonjunktur zog jedoch die Getränkeindustrie. Auf der Suche nach einem leichten und bekömmlichen Mittel gegen neurasthenische Kopfschmerzen mixte 1886 John S. Pemberton, ein Drogist aus Atlanta, künstliches Mineralwasser mit einem Sirup, den er mit Extrakten der peruanischen Coca-Blätter und der afrikanischen Cola-Nuss angereichert hatte. Das neue Erfrischungsgetränk wurde bald mit großem Erfolg vermarktet und eroberte – analog zu Beards Neurasthenie – auch Europa.[50]

Abbildung 2: Inserate für „nervenstärkende Mittel“ in populären Zeitschriften.

In den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg setzte sich der moderne Werbestil durch. Die industriellen Produktionsmöglichkeiten bedingten immer raschere Produktinnovationen, die in möglichst kurzer Zeit einem breiten Publikum bekannt gemacht werden sollten. Zu diesem Zwecke bedurfte es eines offensiven Stils und

49 Dona L. Davis: George Beard and Lydia Pinkham: Gender, Class, and Nerves in the Late 19th Century America. In: dies. and Setha M. Low (Hg.): Gender, Health and Illness: The Case of Nerves. New York 1989, S. 97.

50 Peter Schäfer: Alltag in den Vereinigten Staaten. Von der Kolonialzeit bis zur Gegenwart. Graz-Wien-Köln 1998, S. 261 f.

einer effektiven Symbolik, die dem Konsumenten ein sensationelles Ergebnis versprachen. Das Anwachsen einer konsumfähigen und konsumorientierten städtischen Mittelschicht sorgte für die entsprechende Nachfrage.[51] Auch medizinischen Anbietern half die Werbung, ihre Leistungen einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.[52] Die Popularisierungsrhetorik, die das Genre der Nervositäts- und Neurasthenieliteratur kennzeichnet, steht in engem Zusammenhang mit dieser Entwicklung. Die Nervenärzte sahen in der Publikation von Artikeln in der populären Massenpresse eine gute Möglichkeit, auf sich und ihre Leistungsangebote aufmerksam zu machen und damit Einflussnahme auf das gesundheitliche Verhalten der Leserschaft zu gewinnen. Der Multiplikatoreffekt, der sich aus der Verbreitung der zahlreichen Schriften zur Nervosität und Neurasthenie ergab, ist nicht zu unterschätzen.[53]

Zweifellos standen populärmedizinische Literatur und Nervenkonjunktur in einem engen Zusammenhang. Ein gutes Beispiel dafür ist erneut Mantegazzas populäre Schrift *Il secolo nevrosico*, auf Deutsch *Das nervöse Jahrhundert*. Mantegazza schrieb dieses Buch als nervenhygienischer Schriftsteller, der in journalistischem Stil den Leser auf einen schmalen Grat zwischen Fiktion und medizinischer Belehrungen führte. Die Facetten der Neurasthenie wurden in einer satirischen Art und Weise erzählt. Wie Beard war auch der Florentiner Anthropologe von der Elektrizität fasziniert. Für ihn lag die Nervosität buchstäblich in der Luft, und „so müßte man in unserem Jahrhundert mit Rübenpastete durchknetet auf die Welt kommen, um nicht dem mächtigen Einfluß der uns umgebenden elektrischen Nervositätsatmosphäre zu unterliegen". Neben der Begeisterung für die technische Signatur seiner Zeit vertrat er aber auch eine Position, die dem Subjekt das Recht auf autonome Entschei-

51 Joachim Radkau: „Die Nervosität des Zeitalters." Die Erfindung von Technikbedürfnissen um die Jahrhundertwende. In: Kultur und Technik 19 (1994), S. 53; Peter Borscheid und Clemens Wischermann (Hg.): Bilderwelt des Alltags. Werbung in der Konsumgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts. Stuttgart 1995.

52 Clemens Wischermann: Werbung zwischen Kommunikation und Signifikation im 19. und 20. Jahrhundert. In: Michael North (Hg.): Kommunikationsrevolutionen. Die neuen Medien des 16. und 19. Jahrhunderts. Köln-Weimar-Wien 1995, S. 193. Siehe auch Jochen Binder: Zwischen Standesrecht und Marktwirtschaft. Ärztliche Werbung zu Beginn des 20. Jahrhunderts im deutsch-englischen Vergleich. Frankfurt/M. 2000.

53 Heinz-Peter Schmiedebach: The Public's View of Neurasthenia in Germany: Looking for a New Rhythm of Life. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 219. Um 1900 war es „Sitte geworden, die medizinische Wissenschaft in der Weise zu popularisieren, sodaß fast jeder, auch der ungebildetste Laie jeden Standes und Alters sich heutzutage berufen fühlt, über medizinische Urteile zu sprechen und Ratschläge zu erteilen", notierte Leo Hirschlaff: Zur Gesundheitspflege des Nervensystems. In: Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene 5 (1903), S. 318.

dung zurückgab. Denn die Nervosität konnte nach Mantegazza auch im Sinne einer Verhaltensoption begriffen werden, die soziale und intellektuelle Vorteile mit sich brachte: „Viele Frauen geben sich als nervös aus und sind es gar nicht; viele Männer klagen über ihre Nervosität und hoffen so auch die geistigen Fähigkeiten vieler Nervöser zu haben."[54]

Mit der populärwissenschaftlichen Ausrichtung seiner Schrift zog Mantegazza eine große Leserschaft an sich. Das Thema war in Mode, der Autor hatte mit den beschriebenen Gefühlsbefindlichkeiten selbst Erfahrungen gemacht und reflektierte darüber mit Hilfe von eindrücklichen Metaphern und Allegorien, zudem ließ die schillernde Darstellung jeden das finden, was er an Information über die Nervosität benötigte. Nicht zuletzt sicherte der prägnante Titel dem Buch breite Aufmerksamkeit. Moritz Benedikt bewunderte Mantegazza ob seiner vielseitigen Begabungen und traf den italienischen Arzt auch einmal persönlich, wobei die betont populäre Art seiner Schriften zum Gegenstand der Unterredung wurde. Augenzwinkernd beklagte der italienische Arzt seine dürftige Einkommenssituation in seinem akademischen Hauptberuf und bekannte Benedikt gegenüber ein, dass er „viel publizieren müsse, und zwar so, daß es ihm eine beträchtliche Revenue bringe".[55] Diese Bemerkung über die ökonomischen Triebfedern ärztlicher Publikationstätigkeit erinnert an eine Anekdote, die Adolf Strümpell von seinem ehemaligen Assistenten Paul Möbius erzählt. Dieser hatte sein in der Folge auflagenstärkstes und zugleich umstrittenstes Buch mit einem provokant-diffamierenden Titel versehen: *Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes*, erstmals 1900 erschienen. Als Strümpell einmal Möbius wegen des Titels zur Rede stellte, bekam er zur Antwort: „Ach, das war ja nur Reklame für den Buchhändler!"[56]

An diesen Beispielen lässt sich zeigen, dass bei einer Sichtung der populären Literatur zur Nervosität ökonomische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Neben

---

54 Mantegazza, Das nervöse Jahrhundert, S. 91 und S. 151.

55 Moritz Benedikt: Aus meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen. Wien 1906, S. 162; Adolf Kronfeld: Die Nervosität der Schuljugend. In: WMW 46 (1896), Sp. 73. Benedikts Unterhaltung mit Mantegazza fand genau in dem Jahr statt, als der italienische Arzt mit seiner Schrift *Das nervöse Jahrhundert* auch im deutschsprachigen Raum reüssierte (1888). Von Interesse ist der eigentliche, von Benedikt herbeigeführte Anlass für die Begegnung der beiden Ärzte. Benedikt war zu diesem Zeitpunkt ein überzeugter Vertreter der Degenerationslehre und hatte auch eigene Forschungen über den – wie er es nannte – *Homo degeneratus* angestellt. Mantegazza hingegen hatte sich in mehreren Schriften gegen die Entartungslehre ausgesprochen. Benedikt sah sich gedrängt, auf seiner Italienreise den bekannten Florentiner Arzt von seinen Theorien zu überzeugen. Die Mission verlief Benedikt zufolge erfolgreich, da er Mantegazza von einem „Saulus zum rechten Paulus" gemacht habe. [Moritz] Benedikt: Ferial-Brief aus Italien. In: IKR 2 (1888), S. 630 f.

56 Strümpell, Aus dem Leben eines deutschen Klinikers, S. 141.

professionellen und wissenschaftlichen Interessen bewegte die Nervenärzte auch ein finanzielles Interesse, das mit der Intention einherging, sich einer breiteren Öffentlichkeit als Experten vorstellen zu können. Auch die auflagenstarken deutschsprachigen Familienzeitschriften des ausgehenden 19. Jahrhunderts wie *Gartenlaube*, *Westermannns Illustrierte deutsche Monatshefte* oder *Über Land und Meer*, in denen eine Reihe von Beiträgen über die Frage der Zunahme der Nervosität erschien, waren wirksame Transmissionsriemen, die ärztliche Positionen einem breiteren Publikum bekannt machten. Die Redaktionsteams dieser Zeitschriften hatten erkannt, dass medizinische Themen auf große Resonanz stießen, und verpflichteten mit Vorliebe Ärzte als Autoren, die über aktuelle Trends aus der Praxis berichteten und therapeutische Ratschläge aller Art erteilten. Um 1900 wussten nicht mehr nur Angehörige des Bildungsbürgertums, sondern auch große Teile der Arbeiterschaft um die Risiken der Nervenschwäche.[57]

Eine indirekte Bestätigung des großen Einflusses, den populäre Abhandlungen auf die Leserschaft ausübten, sind die in der medizinischen Literatur häufig geäußerten Bemerkungen der Ärzte über die erstaunlich hohen Kenntnisse ihrer Patienten. Nach diesen Berichten ließen viele Kranke bei ihrem Erstbesuch in der Praxis einen regelrechten Wortschwall los, der ihre Erfahrungen mit dem Leiden, aber auch die zu erwartende ärztliche Untersuchung, Diagnostik und Behandlung im Detail beschrieb. Diese Patienten hatten sich auf ihren Arztbesuch speziell vorbereitet und trugen sogar ihre schriftlichen Aufzeichnungen beziehungsweise ihre eigenen Notizbücher mit sich, mit deren Hilfe sie dem Nervenexperten ihre Symptome und ihre eigenen Deutungen vortrugen.[58] Der suggestive Einfluss, der von den populären Schriften zur Nervosität ausging, wurde von den Ärzten als sehr groß eingeschätzt und rief bei ihnen gemischte Gefühle hervor. Denn die Beschäftigung mit den medizinischen Grundlagen der Krankheit wurde manchen Patienten zur Obsession. Sehr bald fanden die Ärzte heraus, dass ihre Patienten in der Beschreibung ihrer Symptome dieselben Begriffe und Phrasen verwendeten, die in den Broschüren, Aufsätzen oder Lexika beschrieben worden waren. Hugo Gugl hatte dies in der Grazer Nervenheilanstalt Mariagrün immer wieder beobachtet: Mit „gieriger Hast" hätten sich die Patienten auf alles gestürzt, „was nur irgendwie mit Nervosität zusammenhängt". Was dies zur Folge haben konnte, sprach der Göttinger Psychiater

57 Siehe dazu die Analyse von Schmiedebach, The Public's View of Neurasthenia in Germany, S. 220–235. Zur populärwissenschaftlichen Publizistik siehe umfassend Andreas W. Daum: Wissenschaftspopularisierung im 19. Jahrhundert. Bürgerliche Kultur, naturwissenschaftliche Bildung und die deutsche Öffentlichkeit, 1848–1914. München 1998, bes. S. 537–543.

58 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 137. Freud berichtet von der Angewohnheit der „sogenannten Neurastheniker", jede Praxis mit einem Notizbuch unter dem Arm zu betreten und daraus vorzutragen. Sigmund Freud: Psychopathologie des Alltagslebens. Frankfurt/M. 1996, S. 127.

August Cramer aus: Der Neurastheniker präsentiere seine Symptome „nicht so wie er sie wirklich hat, sondern wie er sie gelesen hat".[59]

Die Ratgeberliteratur zur Nervosität war um 1900 eine Massenerscheinung. In diesem Genre dominierten wissenschaftliche Redundanz und ökonomisches Profitstreben. Das publizistische Geschäft mit den Nervenkrankheiten florierte insbesondere in den Kurorten, wo Patienten auf ihren Spaziergängen an jeder Ecke über aufgelegte Schriften stolperten. August Cramer, der sich im Zuge seiner Recherchen längere Zeit in einem böhmischen Kurort aufhielt, sah neben den „modernsten Romanen nicht weniger als einige 20 derartige kleinere Monographien über Neurasthenie und Nervosität, zum Teil von Laien, zum Teil von gänzlich unbekannten Autoren, aufliegen".[60] Aber nicht nur Laien und unbekannte Autoren taten sich mit einer Vielzahl von Schriften zur Nervosität hervor. Auch unter den Nervenärzten selbst stach der eine oder andere mit besonderem publizistischem Eifer hervor. Josef-Isidor Wilheim veröffentlichte zwischen 1890 und 1910 jeweils im Jahresabstand eine neue Schrift zu Diagnose und Behandlungsformen von Nervosität und Neurasthenie und war damit – nach quantitativen Maßstäben betrachtet – der produktivste österreichische Autor nervenärztlicher Ratgeberliteratur.[61] Die diagnostische, therapeutische und nicht zuletzt die terminologische Beliebigkeit im Umgang mit Nervosität und Neurasthenie wurde von nicht wenigen Ärzte als Ärgernis empfunden. Hatte man nicht auch in der populären Ratgeberliteratur die Pflicht, den wissenschaftlichen Stand der Diskussion zu berücksichtigen? 1904 beschwerte sich ein aufgebrachter Nervenarzt darüber, dass es den meisten Autoren „ganz gleichgültig" sei, „was Neurasthenie überhaupt ist".[62]

3.4 Diagnostische Indifferenzen

Was bedeutete eigentlich Nervosität, was bedeutete Neurasthenie? Gewiss, die Neurasthenie stand um 1900 hinsichtlich ihrer medizinischen Bedeutung weit über dem althergebrachten Begriff der Nervosität. Dennoch firmierten Neurasthenie und Nervosität in der Literatur meist als Zwillingsbegriffe, die für synonyme Inhalte standen.[63]

---

59 Gugl, Die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie, S. 126; A[ugust] Cramer: Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Jena 1906, S. 29.

60 A[ugust] Cramer: Die Neurasthenie. In: Max Lewandowsky (Hg.): Handbuch der Neurologie. Bd. 5. Berlin 1914, S. 603.

61 Der Autorenkatalog der Wiener Universitätsbibliothek verzeichnet für diesen Zeitraum nicht weniger als 33 publizierte Schriften von Wilheim zur Nervosität, davon zahlreiche Neuauflagen.

62 O[tto] Fischer: Rez. zu Alfred Baumgarten: Neurasthenie. In: PMW 29 (1904), S. 314.

63 1894 verzeichnete das *Diagnostische Lexikon für praktische Ärzte* unter dem Stichwort der Nervosität

Wie standen nun die beiden Begriffe zueinander? Welche graduellen Unterschiede waren zu konstatieren und warum hatte sich stillschweigend die Auffassung eingenistet, dass Nervosität und Neurasthenie kompatible, wenn nicht sogar deckungsgleiche Diagnosen waren? Die Durchsicht der zeitgenössischen Fachliteratur ergibt hierzu einen erstaunlichen Befund. Denn Fragen wie diese spielten unter den Psychiatern und Neurologen kaum eine Rolle. Wilhelm Stekel, der sich 1907 – schon von der Psychoanalyse her kommend – mit der Frage der Nervosität auseinander setzte, fand diesen Umstand „in einer Zeit, die so definitionshungrig ist wie die unsere, merkwürdig, aber doch wahr: Es existiert eigentlich bis heute keine allgemein anerkannte Definition der Nervosität".[64]

Für eine Reihe von Ärzten stellte sich das Problem einer genauen Definition und der Differenzierung der Begriffe erst gar nicht, da sie es prinzipiell nicht für zweckmäßig hielten, die beiden Begriffe voneinander zu unterscheiden. Für sie war Neurasthenie kurzerhand der Parallelbegriff für Nervosität.[65] Andere betonten ebenfalls die weitgehende Kongruenz der beiden Diagnosen, sprachen sich aber insofern für eine Differenzierung aus, als sie in der Neurasthenie eine Subvariante der Nervosität erblickten. Für einen deutschen Nervenarzt war die Nervosität „ein wichtiges prädisponierendes Moment zur Neurasthenie, aber nicht diese selbst".[66] In der Praxis orientierten sich die Ärzte an der allgemeinen Körperbefindlichkeit des Patienten. Dominierten Ermüdungs- und Erschöpfungssymptome, wurde die Diagnose häufig auf *Neurasthenie* gestellt. Damit befand man sich weitgehend im Einklang mit akademischen Autoritäten der Neurasthenielehre. Von der „Ermüdung der Nervenelemente" sprach Richard von Krafft-Ebing, eine „krankhafte Steigerung und Fixierung physiologischer Vorgänge der Ermüdung" vermutete Wilhelm Erb.[67] Paul Möbius setzte für die Diagnose der Neurasthenie ebenfalls auffällige Ermüdungserscheinungen seiner Patientinnen und Patienten voraus: „Die Symptome der Neurasthenie sind die der Ermüdung; die Neurasthenie ist eine durch Tätigkeit herbeigeführte gesteigerte Ermüdbarkeit." Eine prägnante Charakterisierung fand schließlich Moritz Benedikt, der von „Ermüdungsempfindsamkeit" sprach. Auf den Leitmerkmalen

zwei Seiten, unter der Eintragung Neurasthenie hingegen fünfzehn Seiten. Siehe Leopold Löwenfeld: Nervosität. In: Anton Bum und M. T. Schnirer (Hg.): Diagnostisches Lexikon für praktische Ärzte. Bd. 3: Wien-Leipzig 1894, S. 379 f. Siehe darin auch Löwenfelds Artikel über die Neurasthenie, S. 418–432.

64 Stekel, Die Ursachen der Nervosität, S. 6.

65 Fuchs, Einführung in das Studium der Nervenkrankheiten, S. 385.

66 Theodor Dunin: Über den Begriff der Neurasthenie. In: Medicinische Blätter 29 (1906), S. 631.

67 Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 284; Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 37. Zur neurophysiologischen Deutung der Neurasthenie als pathologische Ermüdungsform des Arbeiterkörpers siehe Rabinbach, Motor Mensch, S. 182–193.

der Ermüdung und Erschöpfung aufbauend, erklärten diese Ärzte, mit der Diagnose der Neurasthenie keine größeren Schwierigkeiten zu haben. Erb bemerkte, dass die Neurasthenie „theoretisch und praktisch wohl zu definieren und als eine ganz berechtigte und überall leicht zu erkennende Krankheitsform zu betrachten" sei. Diese Auffassung teilte auch Krafft-Ebing. „Jeder Erfahrene wird zugeben", schrieb er in seinem *Lehrbuch der Psychiatrie*, „daß die Neurasthenie als ein einheitliches, jederzeit leicht erkennbares Krankheitsbild dasteht."[68]

Dieser Optimismus mochte für die Arbeit in den Privatpraxen berechtigt sein, im Kontext der Forschungslage stellte sich die Situation allerdings weitaus schwieriger dar. Denn neben der Nervosität waren auch noch andere Parallelbegriffe der Neurasthenie im Umlauf, und insbesondere bei konnotativ so problematischen Diagnosen wie der Hysterie war die Frage der Abgrenzung nicht zu umgehen. Eine stringente, neurologisch-psychiatrisch stabilisierte Unterscheidung gab es bei diesem Begriffspaar nicht. Was Neurasthenie und Hysterie genau charakterisierte und voneinander unterschied, war den Autoritäten selbst nicht klar. Hinzu kam, dass sowohl Beard, der großes Interesse hatte, der Neurasthenie ein selbstständiges Profil zu geben, als auch Jean-Martin Charcot, der an der Pariser Salpêtrière die Hysterie neu zu deuten suchte, von Mischformen, von so genannten „hystero-neurasthenischen" Zuständen gesprochen und die fließenden Übergänge betont hatten. Die meisten Nervenärzte, gleich, ob sie sich – je nach Forschungsinteresse – dem einen oder dem anderen Begriff widmeten, sahen das nicht anders. Krafft-Ebing sprach 1893 davon, dass die klinischen Symptome der Neurasthenie auch bei anderen Neurosen vorkommen würden, ja „geradezu als von diesen entlehnt angesehen werden dürfen". Für den Budapester Nervenarzt Julius Donath war zwei Jahre später eine Grenze zwischen Neurasthenie und Hysterie „überhaupt nicht zu ziehen". Otto Binswanger wiederum, der 1904 auf über tausend Seiten ein Monumentalwerk über die Hysterie vorlegte, kam zu der Auffassung, dass „etwa die Hälfte der Krankenbeobachtungen gleichzeitig die Krankheitserscheinungen der Hysterie und Neurasthenie darbieten".[69] 1914, ein Dezennium später und nach Jahrzehnten intensiver Diskussion über differenzialdiagnostische Feinheiten in der Neurosenfrage, zog der Wiener Psychiater Emil Raimann eine frustrierende Bilanz. Die Erwartung, dass der Fortschritt in Psychiatrie und Neurologie von der besseren Umgrenzung sowie der schärferen Erfassung der Krankheitsbilder abhänge, sei in den abgelaufenen Jahren in vielerlei

68 Möbius, Zur Lehre von der Nervosität, S. 68; Benedikt, Über Neurasthenie, S. 125; Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 283; Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 483.

69 Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 483; Donath, Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica, Sp. 1145; Otto Binswanger: Die Hysterie. Wien 1904, S. 17.

Hinsicht enttäuscht worden; in Fragen der Abgrenzung der Krankheitsbilder klangen „die Stimmen berufener Autoren resignierter denn je".[70]

Um besser zu verstehen, warum die Neurasthenie die etablierte Neurosentrias von Nervosität, Hysterie und Hypochondrie sprengen konnte, muss man sich die sozial- und geschlechterspezifische Bedeutung beziehungsweise Funktion der neuen Diagnose vor Augen halten. Edward Shorter zufolge diente die Neurasthenie insbesondere für Patienten der Mittel- und Oberschicht als Feigenblatt, „dessen vornehmster Zweck es war, die Empfindungen der Kranken und ihrer Angehörigen oder ‚Freunde' zu schonen".[71] Ohne Zweifel substituierte die Neurasthenie eine Reihe von älteren Diagnosen, die sich aufgrund ihrer emotionalen Begleitvorstellungen für den Praxisalltag nicht mehr eigneten. Schon der Nervositätsbegriff hatte in gewisser Weise eine euphemistische Funktion. In der alltäglichen Konversation war um 1880 die Nervosität als „noblere und schonendere Umschreibung von ‚hysterisch' in Gebrauch".[72] Die Neurasthenie ihrerseits verstärkte diesen Trend noch. Die Vergabe von Diagnosen war insbesondere bei Männern ein heikles Unterfangen, da soziale Herkunft und gesellschaftliche Stellung zu berücksichtigen waren. Krafft-Ebing hatte in Gesprächen mit seinen Mitarbeitern an der Grazer Nervenheilanstalt Mariagrün davon gesprochen, dass es im Umgang mit männlichen Nervenkranken ein „unerläßliches Postulat" sei, die Worte Hysterie und Hypochondrie gänzlich zu vermeiden.[73] In diesem Punkt konnten die Ärzte nicht sensibel genug sein, denn „häufig begegnet man schon exquisit Hysterischen und Hypochondern, die es übel vermerken, wenn man ihre Krankheit mit dem wahren Namen und nicht als Neurasthenie bezeichnet".[74] Hier wurde der Neurasthenie aus klientelstrategischen Gründen der Vorzug gegeben.

In konservativen Ärzte- und Patientenmilieus sah man den Eintritt der Neurasthenie in den diagnostischen Kanon als wichtigen Schritt im Kampf gegen die Verbreitung der männlichen Hysterie. Ein praktischer Arzt drückte das so aus: Da man mit der Diagnose Hysterie „kein medizinisches, sondern ein moralisches Urteil" ausspreche, müsse man die Wahrheit „verhüllt auftreten lassen". Die Entscheidung

70 Emil Raimann: Zur Hysteriefrage. In: WKW 27 (1914), S. 1412. Auch bei den Abgrenzungskriterien zwischen Neurasthenie und Hypochondrie blieben die Neurologen und Psychiater stecken. Emil Redlich, der 1902 den Forschungsstand über die Hypochondrie zusammenfasste, sprach von „unlösbaren Widersprüchen", die in der Ärzteschaft „die denkbar größte Konfusion" verursacht hätten. Redlich, Über Psychosen bei Neurasthenikern, S. 598.

71 Shorter, Moderne Leiden, S. 374 f.; ähnlich Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 32.

72 Maienfisch, Nervosität und Nervenschwäche, S. 1.

73 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 18.

74 So R[ichard] Wagner: Zur Begriffsbestimmung und Therapie der Neurasthenie. In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte 18 (1888), S. 242.

schien einfach zu sein: Neurasthenie war „die funktionelle Störung des männlichen Geschlechts, Hysterie die des weiblichen".[75] Die Ablösung des Begriffs der (männlichen) Hysterie durch den unbelasteten, aus Amerika importierten Begriff Neurastheniewurde wiederholt und mit großem Nachdruck gefordert. 1911 schlug ein Arzt in der populärwissenschaftlichen Zeitschrift *Die Umschau* vor, den Ausdruck Hysterie „gänzlich auszurotten", da die Alternative ebenso einfach wie dringend geboten sei. Die zahlreichen Missverständnisse mit der „peinlichen Hysteriediagnose" könnten ein für alle Mal aus der Welt geschafft werden, wenn man an ihre Stelle die Neurasthenie setzen würde: „Das [die Neurasthenie] ist es, was wir Hysterie nennen."[76] Diese Zitate suggerieren eine banale Lösung des Problems der Differenzialdiagnose bei Neurosen. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass mit der Neurasthenie nicht bloß Fragen der Etikettierung von unscharfen Krankheitsbildern, sondern prinzipielle Probleme über das Verhältnis von Nervenkrankheiten, Diagnosen und Geschlecht neu verhandelt wurden.

3.5 „Männerkrankheit" Neurasthenie

Die Neurasthenie führt in die Welt der zunehmend erodierten Geschlechterordnung am Ende des 19. Jahrhunderts. Im folgenden Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, warum die Neurasthenie besonders in den männlichen bürgerlichen Mittelschichten auf große Resonanz stieß – trotz aller latenten Unsicherheiten und Verunsicherungen, die mit Konzept, Begriff und Diagnose verbunden waren. Im Kapitel über Beard und die „Erfindung" der Neurasthenie ist der Aspekt der geschlechterspezifischen Funktionalität der Diagnose schon angedeutet worden. Männer, die sich von den wachsenden Belastungen der urbanen Moderne überfordert fühlten, fanden in der Neurasthenie ein medizinisch sinnstiftendes wie sozial attraktives Deutungsangebot. Die Neurasthenie brachte Ordnung und Eindeutigkeit in die diffuse Welt der Neurosen und gab den Bedürfnissen von Männern Raum, ihre Ängste, Befürchtungen und Unsicherheiten zu artikulieren. Nervosität und Neurasthenie drangen tief in jene Berufs- und Gesellschaftszirkel ein, die an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als Bastionen der Männlichkeit galten: in die Medizin und in das Militärwesen.

Am Beispiel der Diskurse um die Nervenkrisen von Medizinstudenten, Ärzten und Offizieren wird deutlich, dass die Stärke der Neurasthenie in ihrer sozialen Multifunktionalität lag. Sie öffnete neue Räume der Selbst- und Fremdwahrneh-

75 Friedrich Scholz: Von Ärzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien. München ²1900, S. 106; Friedrich Richter: Die Neurasthenie und Hysterie. Berlin 1884, S. 3.

76 Armin Steyerthal: Hysterie. In: Die Umschau 15 (1911), S. 810.

mung maskuliner Schwäche und nahm damit die Hilf- und Kraftlosigkeit von Männern, die sich mit ihrem Körper in überaktive oder apathische Verhaltensweisen gestürzt hatten, in Schutz. Die Neurasthenie war ein soziales Refugium für Männer, die sich zu viel zugemutet hatten und auf der Suche nach einem anderen Leben waren. In diesem Sinne trug die Neurasthenie mit dazu bei, den biologischen Rigorismus der Geschlechterordnung aufzuweichen und kulturell definierte, flüssige Deutungen von „männlich" und „weiblich" zu stärken. Gleichzeitig stabilisierte die Neurastheniediagnose die Geschlechterdifferenz, da sie männliche Ärzte für männliche Patienten reserviert hatte und umgekehrt Patientinnen weitgehend davon ausschloss. Von dem „neuen" Krankheitsbild der Neurasthenie, das mit positiven Begleitvorstellungen ausgestattet worden war, profitierten in erster Linie Männer, nicht so sehr Frauen.

Die meisten um 1880 zur Nervosität publizierten Schriften bezeichneten das Leiden als Frauenkrankheit. Ein spitzer und diffamierender Ton kennzeichnete diese Abhandlungen, die als Angriff gegen die Frauenbewegung gelesen werden konnten. Konservative Ärzte, die sich in der Frage der Geschlechtszugehörigkeit des Leidens auf einen eindeutigen Standpunkt eingeschworen hatten, sahen die zunehmende Verbreitung der Nervosität beim Manne mit großer Besorgnis und reagierten auf die Nervosität mit polemischen Reflexen und offener Misogynie.[77] In der Argumentation der Ärzte schimmerte immer wieder die konservative Hysterielehre durch. Sigmund Franck etwa verstieg sich 1880 zu der Behauptung, dass „nervös nichts anderes ist, als ein genitales Leiden bei dem weiblichen Geschlecht, und ist ein solches von einem wirklich(en) Fachgynäkologen nicht erkannt worden, so ist ein derartiges doch vorhanden".[78] Eine naturalistische Position, die auf die anatomische Diskussion des 18. Jahrhunderts über die unterschiedliche Stärke der Konstitution von Mann und Frau rekurrierte, vertrat der Budapester Arzt Ladislaus Pollák. Seiner Ansicht nach waren nicht die Unterleibsorgane, sondern die „generell zartere Konstitution" des femininen Nervensystems für die Nervosität der Frauen verantwortlich zu machen.[79] Nach der Überzeugung der meisten Nervenärzte und Gynäkologen hatte die Nervosität ein entschieden weibliches Antlitz.

---

77 Für einen deutschen Frauenarzt war die Nervosität gleichbedeutend mit dem Eintritt der Frauen ins politische und öffentliche Leben: „Alle großen Eseleien in der Gesellschaft sind Ausflüsse großer Nervosität der den Ton angebenden Frauen, gleichwie der von denselben beherrschten schwachen Männern." Eduard Reich: Studien zur Ätiologie der Nervosität bei den Frauen. Neuwied und Leipzig ²1877, S. 41.

78 Sigmund Franck: Nervös. In: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 3 (1880), S. 322.

79 Ladislaus Pollák: Zur Frage der „Nervosität". In: Pester Medizinisch-Chirurgische Presse 16 (1880), Sp. 844.

Die Modernität der Neurasthenie wird besonders deutlich, wenn man die Debatte über die Ursachen der weiblichen Nervosität ins Auge fasst. Das hegemoniale Deutungsmuster der weiblichen Nervosität im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts war die Reflextheorie;[80] nach dieser wurden Empfindungsanomalien durch neurophysiologische Stimuli hervorgerufen, die nach dem Zufallsprinzip durch den ganzen Körper wanderten und jedes Organ reizen konnten. Da die Impulse von einer bewussten Steuerung unabhängig waren, konnten die Laufbahnen weder vorausgesagt noch kontrolliert werden. Alle Körpergegenden konnten Auslöser wie Empfänger der Reflexe sein, doch gab es solche, die in einem besonderen Maße betroffen waren. Dazu zählten die Genitalien und das Gehirn. Zwischen diesen Organen verlief die Kommunikation der Reize meist nur in eine Richtung; von der unteren Körpergegend zur oberen, von Becken und Uterus über das Rückenmark in die zentralen Regionen des Gehirns. Auf Basis dieser Theorie erklärten sich die Ärzte die weibliche Nervosität, die streng genommen nichts anderes als uterusbedingte Hysterie meinte. In weiterer Konsequenz hieß dies, dass die Behandlung in den Kompetenzbereich der Frauenärzte und Chirurgen fiel, die eine Besserung nervöser Zustände mit Hilfe der operativen Gynäkologie zu erreichen suchten. Klitoridektomie und Ovarektomie zählten zu den häufigsten Eingriffen, stießen aber aufgrund des ausbleibenden Behandlungserfolgs auf immer stärkere Kritik. Scharfe Worte der Ablehnung fand 1880 der Kölner Frauenarzt August Rheinstaedter. In den gynäkologischen Pensionaten würden Frauen „mit Sonden und Stiften monate-, ja jahrelang tractirt", ohne dass irgendeine erkennbare Besserung festzustellen sei: „Im günstigsten Falle wird Nichts dadurch geschadet, aber der bona fide handelnde Arzt und die vertrauensselige Patientin warten vergeblich auf die Heilung der nervösen Beschwerden."[81] In nicht seltenen Fällen waren es wohl die chirurgischen Eingriffe der Ärzte selbst, die Frauen in psychische Schwierigkeiten brachten. Die Neurastheniespezialisten berichteten häufig von Patientinnen, bei denen eine frühere, nur auf Verdacht hin durchgeführte Genitaloperation die Symptome erst ausgelöst hätte.[82]

Starken Rückhalt erhielt die Kritik an den Eingriffen durch Berichte von Chirurgen, die Männern die Hoden entfernt hatten und später feststellten, dass ihre Pati-

80 Zur Reflextheorie siehe Edwin Clarke, L. S. Jacyna: Nineteenth-Century Origins of Neuroscientific Concepts. Berkeley 1987, S. 101–156 und Edward Shorter: Medizinische Theorien weiblicher Nervenkrankheiten im Wandel. In: Labisch, Spree, Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, S. 170–180.

81 August Rheinstaedter: Über weibliche Nervosität. Leipzig 1880, S. 1493 f. Zur operativen Gynäkologie siehe Schmersahl, Medizin und Geschlecht, S. 195–201 und Shorter, Moderne Leiden, S. 125–166.

82 O[...] Kaiserling: Nervosität im Anschluß an gynäkologische Operationen. In: MCCB 41 (1906), S. 114; J[osef] Wilheim: Die Nervosität der Frauen. Ihre Symptome und Heilung. Wien 1896, S. 17.

enten in einem hohen Maße an nervösen Folgesymptomen litten.[83] Die These, wonach Operationen an den Genitalien die schon vorhandene Nervosität verschlimmern, gewann damit stark an Überzeugungskraft und forcierte das Professionalisierungsstreben der Neurologen, die das Scheitern der operativen Vorgangsweisen als Chance begriffen, ihre eigenen therapeutischen Methoden durchzusetzen.[84] Für Patientinnen brachte die steigende Bedeutung der Neurologie eine große Erleichterung. Zu Recht betont Radkau, dass die Neurastheniediagnose für die Frau einen echten Fortschritt darstellen konnte, da dadurch der falsche Eifer der Chirurgen abgeschwächt und neue Formen der Therapie angewandt werden konnten. Auch wenn der Neurasthenie ein Nahverhältnis zur gestörten Sexualität nachgesagt wurde, so änderte dies nichts an dem Umstand, dass die Diagnose mit den lokalistischen Uterustheorien rund um die Hysterie nichts gemeinsam hatte.[85] Aber wurde die Diagnose der Neurasthenie überhaupt an Frauen vergeben?

Beard hatte der Neurasthenie noch keinen geschlechtsspezifischen Charakter gegeben, aber die Nervenärzte in Deutschland und Österreich-Ungarn ließen in ihren Arbeiten eine deutliche Tendenz erkennen. Die Neurastheniediagnose betraf in erster Linie Männer, nicht so sehr Frauen. An Statistiken und Wortspenden, die den männerdominierten Charakter der Nervenschwäche unterstreichen, mangelte es nicht. Am Grazer Sanatorium in Mariagrün zählten die beiden Nervenärzte Hugo Gugl und Anton Stichl in fünf Jahren (1886–1891) unter 209 aufgenommenen Neurastheniepatienten 144 Männer und 65 Frauen.[86] Krafft-Ebing ließ für seine Studie über die Neurasthenie eine Statistik anfertigen, die auf den Aufnahmen an der Nervenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien basierte. Die Auswertung für das Jahr 1893 ergab, dass 660 Männer und 347 Frauen, insgesamt also 1.007 Patienten, diese Diagnose erhalten hatten.[87] Ein ähnliches Verhältnis zeigte sich für das-

83 Siehe dazu die Studie von M[ax] Weiss: Nervöse und psychische Störungen nach Exstirpation beider Hoden. In: Wiener Medizinische Presse 31 (1890), Sp. 961.

84 Schmersahl, Medizin und Geschlecht, S. 206–212.

85 Joachim Radkau: Die Männer als schwaches Geschlecht. Die wilhelminische Nervosität, die Politisierung der Therapie und der mißglückte Geschlechterrollentausch. In: Thomas Kornbichler und Wolfgang Maaz (Hg.): Variationen der Liebe. Historische Psychologie der Geschlechterbeziehung. Tübingen 1995, S. 280 f.

86 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 15.

87 Jeder vierte Patient, der 1893 in die Klinik von Krafft-Ebing gekommen war, sah sich mit dieser Diagnose konfrontiert. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 55. Auch an Erbs neurologischer Abteilung in Heidelberg dominierte die männliche Neurasthenie; von 283 Patienten, die aufgenommen wurden, waren 207 Männer und 76 Frauen. Siehe Gertrud Schneider: Diagnose und Therapie der Neurasthenie anhand des Fallgutes der Heidelberger „Medicinischen Klinik" um die Jahrhundertwende. Med. Diss. Heidelberg 1975, S. 58.

selbe Jahr in seiner Privatpraxis, die 434 Männer und 163 Frauen mit der Neurastheniediagnose verließen.[88]

Andere Wiener Nervenärzte und Psychiater kamen bei der statistischen Auswertung ihrer Aufzeichnungen zu ähnlichen Ergebnissen. Emil Redlich, dessen Privatpraxis bis zum Ersten Weltkrieg von rund 6.000 Patienten aufgesucht worden war, hatte in 1.145 Fällen Neurasthenie oder Nervosität diagnostiziert, davon 808 Mal bei Männern und 337 Mal bei Frauen. Adolf Gorhan hatte in dieser Frage zwar keine statistischen Angaben gesammelt, wusste aber „aus Erfahrung" zu berichten, dass die Neurasthenie „beim Manne häufiger vorkommt als bei der Frau".[89] In Georg Guttmanns populärer Broschüre *Männer-Krankheiten* wurde die Neurasthenie als die Krankheit des Mannes schlechthin präsentiert. Und auch in den medizinischen Handbüchern und gängigen Lexika – wie etwa in *Meyers* oder *Brockhaus Konversationslexikon* – hatte die männliche Neurasthenie einen Fixplatz.[90] Steigendes ärztliches Interesse an der Neurasthenie und verstärkte empirische Auseinandersetzung mit dem Leiden korrelierten mit der sich durchsetzenden Anschauung, dass man den Konnex von Geschlecht und Nervenkrankheiten neu zu denken hatte.

Erst unter einem geschlechter- und männergeschichtlichen Blickwinkel erschließt sich das Faszinationspotenzial der Neurasthenie: Deren schlagartiges Auftreten um 1880 und all das Neue, das mit dem Begriff verbunden wurde, lassen sich mit dieser Lesart begreifen und verstehen. Natürlich waren nervöse Erregungs- und Erschöpfungszustände nicht neu, aber sie wurden hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifischen Zuschreibung neu gedacht. Mit Beard, der diesen Aspekt noch hinter seinem spektakulären Konzept der *American Nervousness* versteckte, setzt eine tief gehende Medikalisierung männlicher Gefühlsanomalien und Verhaltensformen ein. Die Neurastheniekonjunktur markiert nicht nur die erste große Debatte über die psychischen Überforderungen einer modernen Gesellschaft, sondern sie bedeutet auch ein medizinisch inspiriertes und medizinisch angeleitetes, systematisches Nachdenken über die weichen, „femininen" Seiten des Mannes.

Um besser zu verstehen, warum die Neurasthenie in der Männerwelt so großen Erfolg hatte, ist es notwendig, die emotionalen Konnotationen der Diagnose zu klären. Man kann die Neurasthenie als ein medizinisches Schirmkonzept lesen, un-

---

88 Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 51. Insgesamt hatten im Jahr 1893 Krafft-Ebing 1.331 Personen aufgesucht. Das Beispiel verdeutlicht Dimension und Dominanz der Neurasthenie im nervenärztlichen Praxisbetrieb.

89 Redlich, Statistisches zur Ätiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten, S. 1423; Gorhan, Über das Wesen und die Behandlung der erworbenen Neurasthenie, Sp. 2055; ähnlich auch Hugo Langstein: Die Neurasthenie (Nervenschwäche) und ihre Behandlung in Teplitz-Schönau. Wien 1886, S. 12.

90 Georg Guttmann: Männer-Krankheiten. Berlin [6]1911, bes. S. 132–138; Meyers Konversationslexikon. Bd. 12. Leipzig-Wien [5]1897, S. 854; Brockhaus Konversations-Lexikon. Bd. 12. Leipzig [14]1908, S. 253 f.

ter dem bürgerliche Männer ihre Schwächen und Ängste ausleben konnten, ohne ihr gesellschaftliches Ansehen zu verlieren. Neurastheniker hatten das Image des überarbeiteten, gestressten Arbeitsmenschen, des „Workaholics", der Karriere und hohe gesellschaftliche Akzeptanz aufwies. Neurasthenie war das Leiden von Männern, die Erfolg hatten, angesehene Berufe ausübten und am „Puls der Zeit" waren. Nicht zufällig wurde hierbei Beards Neurasthenietext als Referenzliteratur bezeichnet. Er offerierte eine Vielzahl von Deutungsoptionen, die den Nervenzusammenbruch eines Mannes zu einem Ereignis machen konnten, das nur die „Besten der Nation" betraf.[91] Herbert Spencer hatte im New York der frühen 1880er Jahre die Beobachtung gemacht, dass es in den elitären Männerzirkeln zum guten Ton gehörte, an Neurasthenie zu leiden. Neurasthenie war in diesen Kreisen kein Stigma, sondern „a badge of honor".[92] Auch in Wien, Berlin und München wurde das Bekenntnis zu dieser Krankheit zum Ausweis für den Eintritt in eine moderne männliche Leistungsgesellschaft, die sich über ihre negativen Auswirkungen definierte: „Nur die Neurastheniker leisten etwas", lautete einer der Witzsprüche, der in besseren Gesellschaftskreisen augenzwinkernd die Runde machte und den exklusiven Touch der Krankheit unterstreichen sollte.[93] Neurasthenie war „edles Metall", das man sich an die Brust heften konnte, und solcherart konnten Neurastheniker die Zerrbilder des „hysterischen Mannes" selbstbewusst von sich weisen.[94]

Die These, wonach es vor allem Männer waren, die an der Neurasthenie erkrankten, wurde von den Psychiatern primär damit begründet, dass diese den pathogenen Impulsen des modernen Lebens weitaus stärker ausgesetzt seien als Frauen.[95] Beards kulturelle Definition der Neurasthenie bildete die Erklärungsfolie dafür. Es waren nicht die „schwachen Nerven" des Mannes in dem Sinne, dass ein fragiles und physiologisch unterentwickeltes (und damit feminin anmutendes) Nervenkostüm kollabierte. Die Ursachen dafür lagen woanders, nämlich im angespannten Berufs- und Erwerbsleben, in substanzraubenden Tätigkeiten und damit in der überproportionalen Partizipation an der Moderne. Diesen Männern war Respekt zu zollen, da sie ihre Nervenkräfte überdurchschnittlich beanspruchten und Opfer ihrer

91 Ziemmsen, Die Neurasthenie und ihre Behandlung, S. 3.

92 Melvin Gray: Neuroses. A Comprehensive and Critical View. New York 1979, S. 207. Die Bedeutung der positiven Begleitvorstellungen der Neurasthenie für Männer aus dem Bildungsbürgertum betont auch Showalter: Hysteria, Feminism and Gender, S. 294–297.

93 Zit. nach Bumke, Über nervöse Entartung, S. 98.

94 Kollarits, Charakter und Nervosität, S. 243; Lothar Brieger-Wasservogel: Der hysterische Mann. In: Die Wage 15 (1912), S. 224–228.

95 Krafft-Ebing formulierte das so: „*A priori* ließe sich sagen: das Weib ist weniger widerstandsfähig gegen Neurasthenie hervorrufende Schädlichkeiten, aber solchen viel weniger ausgesetzt als der Mann." Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthenische Zustände, S. 55.

rastlosen Tätigkeit geworden waren. In dieser Denkschiene hatte die Neurasthenie exkulpierenden Charakter: Selbst gesunde Männer konnten von den heftigen Eskapaden des modernen Lebens aus der Bahn geworfen werden, und je stärker die Männer durch ihre berufliche und soziale Stellung an dieser Entwicklung partizipierten, desto höher war eben auch das Risiko, an Neurasthenie zu erkranken. Männer, die sich mit dieser Diagnose konfrontiert sahen, konnten also unter diesem Deckmantel „unmännliche" Eigenschaften und Gefühle wie Erschöpfung, Gereiztheit oder Empfindsamkeit artikulieren, ohne dass sie in ihrem sozialen Umfeld Imageverluste in Kauf nehmen mussten. In anderen Worten: Mit der Neurasthenie schufen männliche Ärzte flexible Schutz- und Aufenthaltsräume, in denen die maskulinen Krisen unterschiedlichster Herkunft und Gestalt ausgelebt werden konnten.

Freilich spiegelt diese konstruktivistische Sichtweise kein homogenes Meinungsbild wider. Des Öfteren zeigt sich in der Darstellung der Nervenkrisen – implizit oder explizit – auch das Image eines femininen Leidens. Konservativ-patriarchalische Männer hatten sich in der Nervendebatte auf unzweideutige Positionen festgelegt. Sprüche wie „Ich weiß gar nicht, was Nerven sind" oder „Der Mensch hat überhaupt keine Nerven" brachten trotzige Männlichkeitsgesten zum Ausdruck und mochten Macho-Attitüden Gewicht verleihen.[96] Aber gerade in diesem Milieu war die Einführung der Neurasthenie geeignet, die Verhaltensmuster von Unempfindlichkeit und Gefühlskälte zu hinterfragen und zu relativieren.

Der ärztliche Rückhalt, der mit der Diagnose der Neurasthenie mitgeliefert wurde, war durchaus präsentabel: Neurasthenische Männer konnten den Vorwurf, „schwächlich" zu sein, mit dem Hinweis auf die medizinische Fachmeinung abstreifen, da es „häufig von Geburt aus kräftige, eiserne Naturen waren, die den Nervenjammer kennenlernten".[97] Die Ikonografie des Krankheitsbildes offerierte zudem erstaunliche Varianten: „Die schlimmsten Formen [der Neurasthenie] findet man nicht selten bei den gewaltigsten, muskelkräftigsten Körpern, während häufig relativ zart gebaute Männer besser widerstehen und sich rascher erholen."[98] Demnach hatte also ausgerechnet der fragile, „feminin" gebaute Manneskörper die größte Resistenz aufzuweisen. Die Zitate zeigen, dass in der Frage der Geschlechterbeziehungen die Auseinandersetzung mit dem Begriff der Neurasthenie bewusstseinsbildend wirken konnte: Tradierte Klischees und mentale Sedimente befanden sich hiermit langsam, aber stetig in einem Erosionsprozess. Stereotype wie das von der „schwa-

96 Martius, Über Nervosität, S. 3.

97 Gorhan, Über das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie, Sp. 2055.

98 Averbeck, Die akute Neurasthenie, S. 36. Schon Beard hatte wiederholt darüber berichtet, dass ein Großteil seiner Patienten hoch gewachsene, muskulöse Männer waren. Neurastheniker seien „oftmals wahre Riesen", schrieb auch Fritz Zilz: Nervosität und Kultur. In: *Deutsche Zeitung* Nr. 101 (1. Mai 1903).

chen, passiven Frau" und dem „starken, aktiven Mann" waren nun zu hinterfragen. Dabei konnte man sich – analog dem epidemiologischen Verlauf der Neurasthenie – auf aktuelle Trends jenseits des Atlantiks berufen. Der *Feminismus der Amerikaner*, so der Titel eines Aufsatzes aus dem Jahre 1908, zeigte eine neue Form der Auseinandersetzung mit Nervenkrankheiten bei Männern. Die Diktion war mit der diagnostizierten Feminisierung der amerikanischen Männerwelt weder spöttisch noch diffamierend. Der Autor, Wilhelm Cremer, schrieb: „Man darf in dem Begriff des Femininen durchaus nichts Minderwertiges oder sogar Verächtliches sehen. Man ist noch lange nicht mutig, wenn man keine Nerven hat."[99]

Man darf aber den Anteil der Neurasthenielehre an der Neuordnung von Geschlecht und Kultur um 1900 nicht überschätzen. In den alltäglichen Geschlechterbeziehungen änderte sich mit der Neurasthenie kaum etwas. Männer aus dem Bürgertum, die an Neurasthenie litten und sich auf Anraten der Ärzte einige Zeit von ihrem gewohnten Arbeits- und Freizeitumfeld zurückzogen, sahen sich schnell mit der sozialen Realität der Frauen konfrontiert und fühlten an ihrem eigenen Körper, was Passivität, Isolation oder Abhängigkeit bedeuteten. Das konnte zu einem besseren Verständnis für die Situation ihrer Frauen beziehungsweise für die Anliegen der Frauenbewegung führen. Umgekehrt ließ sich mit der Krankheit aber auch eine patriarchalische Attitüde fortsetzen. Die Diagnose der Neurasthenie rüttelte in der Regel nicht an der sozialen Stellung des Mannes, weder in der Ehe noch in der Verwandtschaft, da es das große berufliche Arbeitspensum des Mannes symbolisierte, von dem er sich zu erholen hatte. Für Frauen konnte der Aufenthalt ihrer Männer zu Hause eine größere Arbeitsbelastung als sonst bedeuten. Nicht wenige mochten Erleichterung verspüren, wenn die Nervenkrise des Mannes überwunden war und dieser wieder seinen gewohnten Tätigkeiten nachgehen konnte. Als männlicher Habitus verstanden, war die Neurasthenie Teil eines sozialen Erkenntnis- und Anerkennungsaktes, der bestehende Herrschaftsverhältnisse perpetuierte.[100]

So zahlreich die ärztlichen Abhandlungen und Wortmeldungen über die Nervosität der Frauen sind,[101] so spärlich sind die Beiträge, in denen explizit die weibliche Neurasthenie thematisiert wird. Diskussionen um nervöse Störungen bei Frauen endeten häufig mit dem Hinweis auf deren Hysterie. Diejenigen Ärzte, die sich mit der

99 Wilhelm Cremer: Der Feminismus der Amerikaner. In: Neue Revue. Halbmonatsschrift für das öffentliche Leben 1 (1908), S. 482 f. Zum Diskurs über die „Feminisierung" der Kultur siehe Hannelore Bubitz, Christine Hanke, Andrea Seier: Der Gesellschaftskörper. Zur Neuordnung von Kultur und Geschlecht um 1900. Frankfurt/M.-New York 2000, S. 44–56.

100 Pierre Bourdieu: Die männliche Herrschaft. In: Irene Dölling und Beate Krais: Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt/M. 1997, S. 153–217, bes. S. 166–173.

101 Siehe etwa J[osef-Isidor] Wilheim: Die Nervosität der Frauen. Ihre Symptome und Heilung. Wien 1896; Wilhelm Neutra: Briefe an nervöse Frauen. Minden 1909.

Neurasthenie unter den Frauen beschäftigten, taten dies im Interesse ihrer materiell gut gestellten Privatpatientinnen, also im Sinne eines diagnostischen Etikettentausches. Wie bei Männern konnte damit die Hysterie umgangen werden; negative gesellschaftliche Konsequenzen waren dadurch vermieden.[102] Gegenüber den Männern hatten die Frauen den Nachteil, dass die Neurasthenielehre die Strapazen des männlichen Erwerbslebens betonte und auf Berufe fokussierte, in denen Frauen um 1900 noch eine Rarität waren. In diesem Sinne verstärkte die moderne Neurasthenielehre die Diskriminierung der Frauen. Eben weil sie von den akademischen Berufen ausgeschlossen waren, kamen für sie auch nicht die neuen kulturellen Erklärungsmuster in Betracht, die das Konzept der Neurasthenie bereithielt.

Für die Nervosität der Frauen – hier war der Begriff der Nervosität bewusst gewählt und von dem der Neurasthenie unterschieden worden – hielten die Ärzte mit Vorliebe biologische Begründungen parat, die sich auf vermeintliche physiologische Anomalien bezogen. Möbius' umstrittene Schrift *Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes* ist das bekannteste Beispiel für diese Haltung.[103] Aggressiver Antifeminismus spielt innerhalb der Diskurse um die Neurasthenie kaum eine Rolle, doch hatte der auf Männer zugeschnittene Begriff implizit eine frauendiskriminierende Funktion. Bürgerliche Autorinnen, die sich mit der Nervosität bei Frauen beschäftigten, drängten jedoch angesichts der weiten Verbreitung der Neurasthenie bei Männern ihre Leserinnen zu mehr Selbstbewusstsein. Das Erleben der nervösen Krisen stand nicht nur für Schwäche und Hilflosigkeit der Frau, sondern auch für ihre Fähigkeit, über eine intensive Körperwahrnehmung neue Gefühlswelten zu entdecken. Nervosität war mit dem Bild der modernen Frau durchaus zu vereinbaren: „Ihr Novizen der Nervosität, die ihr euch noch nicht lange damit befaßt habt, nervös zu sein, ihr wißt ja gar nicht, was euch bevorsteht, welche Genüsse euch erwarten!", hieß es in einer populären Broschüre für Frauen, die zur Beschäftigung mit der eigenen Nervosität anregte.[104]

---

102 Max Kahane: Über Neurasthenie beim Weibe. In: WMW 60 (1910), Sp. 2626; siehe auch den Sitzungsbericht in: WKW 23 (1910), S. 521.

103 Ute Planert: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität. Göttingen 1998, S. 79–81.

104 Camill Lederer: Ein Tag aus dem Leben einer nervösen Frau. Wien 1902, S. 1. Siehe dazu Eva Klingenstein: Die Frau mit Eigenschaften: Literatur und Geschlecht in der Wiener Frauenpresse um 1900. Wien-Köln-Weimar 1997, S. 182–195; Ulrike Döcker: Die Ordnung der bürgerlichen Welt. Verhaltensideale und soziale Praktiken im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1994, S. 266 f.

3.6 Nervöse Ärzte und Offiziere

> Ein Arzt, der mich länger als Nervenkranken behandelte, sagte schließlich: „Nein! An Ihren Nerven liegt's nicht, ich selber bin nur nervös."
> Friedrich Nietzsche[105]

Ein plausibles Argument für die These, wonach die Neurasthenie in erster Linie die Männer schützen sollte, lässt sich aus dem freizügigen und offenen Umgang mit der Diagnose im Ärztemilieu selbst ableiten. Immer wieder stößt man in der Fachliteratur auf Hinweise, die auf eine häufige Verbreitung der Krankheit unter den Ärzten schließen lassen. Ein Nervenarzt, der sich 1904 unter dem Titel *Berufswahl und Nervenleben* mit der Verbreitung der Neurasthenie auseinander setzte, stellte die Ärzte in die erste Reihe jener Berufe, die als besonders nervengefährdend eingeschätzt wurden.[106] Joachim Radkau meint, dass namhafte Protagonisten des Nervendiskurses aus ihrer persönlichen Erfahrung mit dem Leiden kein großes Geheimnis machten und wohl nicht zuletzt deshalb zu eifrigen Apologeten der Neurasthenielehre wurden.[107] Diese Einschätzung findet sich durch eine Reihe von Belegen bestätigt. Schon Beard hatte sich selbst für einen ausgesprochenen Neurastheniker gehalten und fand die Symptome auch bei vielen seiner Kollegen, die ihn in seiner Praxis aufsuchten. In den deutschsprachigen medizinischen Milieus war das nicht anders. Zahlreiche Ärzte ließen in ihren Schriften ein persönliches Nahverhältnis mit der Nervenschwäche erkennen. Willy Hellpach etwa schrieb über seine Erfahrungen als nervöser Großstädter:

> Ich trete aus dem Hause und gerade fährt die elektrische Bahn fort. Ich muß mich quer übers Trottoir winden; ein paar Kleinstädter hemmen den Menschenstrom; eine Droschke

105 Friedrich Nietzsche: Ecce Homo. Zit. nach Peter Utz: Tanz auf den Rändern. Robert Walsers „Jetztzeitstil". Frankfurt/M. 1998, S. 59.

106 Aug[ust] Hoffmann: Berufswahl und Nervenleben. Wiesbaden 1904, S. 21 f.

107 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 14. Wilhelm Stekel widmete in seiner satirischen Studie *Nervöse Leute* ein Kapitel der Figur des Arztes, der selbst an seinen Nerven krankt: „Der nervöse Arzt ist selten, man könnte sagen fast nie, ein Operateur. Er meidet alles, was rasches, energisches Handeln voraussetzt. Er wird entweder ein guter, vorsichtiger – o, wie vorsichtiger Kinderarzt, wobei die Ängstlichkeit der Mütter an seiner Verfassung ein psychisches Äquivalent findet. Oder er wird der richtige Internist, der sich durch seine weitblickenden Diagnosen einen berühmten Namen macht. Am häufigsten aber wendet er sich jenen Krankheiten zu, die er aus eigener Erfahrung so gründlich kennt: Er wird Nervenarzt." Wilhelm Stekel: Nervöse Leute. Kleine Federzeichnungen aus der Praxis. Wien 1911, S. 69.

kommt in rasendem Tempo um die Ecke. Ich muß auf die nächste Straßenbahn warten; kaum finde ich oben einen Stehplatz; mein Nebenmann raucht eine fürchterliche Zigarre; Ruß fliegt mir an den frischen Leinenkragen; der Wagen fährt bald rasend, so daß alles gegeneinander taumelt, bald hält er, weil ein Lastwagen das Geleise versperrt.[108]

Das ärztliche Bekenntnis zur Neurasthenie signalisierte Solidarität mit dem Leser, gleichwohl es auch Teil einer geschickten Selbstinszenierung war, bei der man sich als emphatischer Arzt ausgab, der die Krankheit seiner Patienten am eigenen Körper erfahren hatte und deshalb besser verstehen konnte.[109] Aber auch in selbstreflexiven Schriften tauchte der Topos der eigenen Neurasthenie häufig auf, selbst bei Ärzten, die für ihre „harte" Männlichkeit und ihre autoritäre Attitüde bekannt waren. Es entbehrt also nicht einer gewissen Ironie, dass nicht wenige Nervenärzte aus eigener Erfahrung wussten, wovon sie sprachen.[110]

Nach übereinstimmender Meinung hatte sich der Arzt seine Neurasthenie meist schon in seiner Studentenzeit zugezogen. Das Problem war demnach auch auf der Universität nicht nur theoretisch zu erörtern, sondern besaß schon im Hörsaal beziehungsweise in den Besprechungsräumen der Klinik eine praktische Dimension. Der nervöse Medizinstudent, der seine Nerven durch intensives Studium über Gebühr strapaziert, ist um 1900 im Standesdenken der Ärzte ein fixer Topos. Als Begründung führten die Mediziner überfüllte Lehrpläne sowie die in ihrem Fach ausgeprägte Arbeitsbereitschaft der Studenten an. Auch hier zeigt sich, dass die Neurasthenie für Mitglieder der Leistungsgesellschaft reserviert war, für Männer, die sich selbst einem hohen Erfolgsdruck aussetzten oder ausgesetzt sahen. Der Ehrgeiz der angehenden Ärzte, die Examina im Sturmlauf zu absolvieren, führte in nicht wenigen Fällen zu einer *Prüfungs-Neurasthenie*, die in der „Hetzjagd des Fertigwerdens" nicht mehr wegzubekommen war.[111] Moritz Benedikt berichtete in einem Vortrag vor Wiener Ärzten, dass er seine „nervösen Schüler" und „neurasthenischen

108 Willy Hellpach: Nervosität und Kultur. Berlin 1902, S. 28. Zu Hellpach und seinen persönlichen Erfahrungen mit der Nervosität siehe seine Autobiographie: Wirken in Wirren. Lebenserinnerungen. Bd. 1. Hamburg 1948, S. 428–430.

109 P[aul] Näcke: Die Rumination, ein seltenes und bisher kaum beachtetes Symptom der Neurasthenie. In: NC 12 (1893), S. 2–4. Freund, Nervosität unseres Zeitalters, S. 11; Mantegazza, Das nervöse Jahrhundert, S. 13 f.

110 Max Nonne: Anfang und Ziel meines Lebens. Erinnerungen. Hamburg 1971, S. 182 f.; Stransky, Aus einem Gelehrtenleben um die Zeitenwende, S. 164; ders.: Die innere Werkstatt des Psychiaters. Wien 1926.

111 Max Kahane: Prüfungs-Neurasthenie. In: WMP 41 (1900), Sp. 213 f. Zur Frage der geistigen Überarbeitung als Ursache der studentischen Neurasthenie siehe auch Theodor Ziehen: Neurasthenie. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 10. Berlin-Wien ⁴1911, S. 525.

Rigorosanten" regelmäßig zur Ablegung von Prüfungen anspornen müsse. In Budapest hielt Jenö Kollarits sogar eigene Sprechstunden für seine „nervösen Studenten" ab.[112] Umgekehrt mochten sich einige Ärzte, die den Medizinstudenten Unterricht erteilten, selbst zum praktischen Studium des Nervositätsphänomens eignen. So berichtete etwa ein Psychiater, der die *Prognose der Studienneurasthenie* erörterte, dass er schon in seiner Studienzeit ausgiebig Gelegenheit hatte, die Neurasthenie aus nächster Nähe zu beobachten, und zwar an fünf Fällen, die „alle Ärzte" waren.[113]

Dass es sich bei der Neurasthenie in der Ärzteschaft nicht bloß um eine ironische Randnotiz handelte, sondern um ein Thema, das im Wiener medizinischen Milieu breite Aufmerksamkeit fand, zeigt eine Festrede des Chirurgen Eduard Albert (1841–1900). Dieser erklärte in der ersten großen Sitzung der Gesellschaft der Ärzte nach Neujahr 1900 die Neurasthenie kurzerhand zum medizinischen Eingangsproblem des neuen Jahrhunderts. Um die wachsende Nervosität der Wiener Medizinstudenten und Ärzte einzudämmen, forderte er die Einführung eines neuen, „nervenschonenden" Studienplans, der die männlichen Studenten – Albert war ein fanatischer Gegner des Frauenstudiums – besser vor dem Leiden schützen sollte. Da es bis zur Umsetzung des neuen Studienplans aber noch eine Weile dauern würde, machte Albert seinen Fakultätskollegen einen kuriosen Vorschlag. Um das rasche Tempo, mit dem die Studenten ihre Rigorosen erledigten, zu senken, müsse kurzfristig zur „wirksamsten Therapie" gegriffen werden, nämlich allzu eifrige Kandidaten „aus einem Gegenstande zu werfen, um ihnen dadurch eine heilsame Verlangsamung des Tempos der Examina aufzuerlegen". Das absichtliche Durchfallenlassen von strebsamen Studenten sollte diese vor dem Risiko der nervösen Erschöpfung bewahren.[114]

Dass es ausgerechnet die Ärzte waren, die an der von ihnen so heftig debattierten Neurasthenie litten, trug nicht eben zur Beruhigung der Patienten bei. Selbst ausgewiesenen Spezialisten, die über die auslösenden Momente des Leidens genau Bescheid wissen mussten, blieb die Erfahrung mit den Nervenkrisen nicht erspart. Die Ärzteschaft machte erst gar nicht den Versuch, die delikate Angelegenheit von der grassierenden Nervenschwäche in den eigenen Reihen als interne Angelegenheit zu behandeln. Aus dem Umstand, dass dieses Leiden in Medizinerkreisen die Runde machte, wurde kein großes Geheimnis gemacht. Denn nicht nur hinter vorgehaltener Hand, im Kreise der Fachkollegen, sondern auch im populärmedizinischen

112 Benedikt, Über Neurasthenie, S. 138; Kollarits, Nervosität und Charakter, S. 119.

113 Ragnar Friberger: Über die Prognose der Studienneurasthenie. In: DZN 40 (1910), S. 294.

114 Kahane, Prüfungs-Neurasthenie, Sp. 214. Zu den zeitgenössischen Debatten um die Neurasthenie der Ärzte und der Zulassung der Frauen zum Medizinstudium siehe Hans-Georg Hofer: Jenseits der männlichen Abwehrfront. Arztberuf und Medizinstudium im Spiegel der Neurastheniedebatten um 1900. In: Sonia Horn (Hg.): Medizinerinnen [im Druck].

Schrifttum und selbst in öffentlichen Vorträgen wurden Ärzte als Protagonisten der Nervenschwäche präsentiert.[115]

Mit dem Einzug der Neurasthenie in die Ärzteschaft ging eine Diskussion über die therapeutischen Kompetenzen des Arztes einher. Debattiert wurde vor allem die Rückkehr ärztlicher Empathie. Der Umgang mit dieser Krankheit erforderte „höchstes Können, eine unbegrenzte Rücksicht und die innigste Teilnahme am Zustand des Patienten".[116] Neben der wissenschaftlichen Qualifikation und der professionellen Ausrichtung war es auch die Fähigkeit zu therapeutischen Nahbeziehungen, die den guten Arzt auszeichnen sollte. In nervöser Eintracht sollte er seinen Patienten in Gefühlswelten weiterhelfen können, über deren Gestalt und Form er selbst nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch Bescheid wusste. Eine Arzt-Patient-Beziehung, die auf einem Gleichklang von Nervenempfindungen basierte, wurde als die beste Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung der Neurasthenie gesehen. Das kognitive Erfassen des Krankheitsbildes Neurasthenie funktionierte demnach nicht mit dem Mikroskop, nicht im Seziersaal des Pathologischen Instituts und auch nicht mit experimenteller Labormethodik, sondern in kommunikativer wie emotionaler Harmonie mit den Patienten. Emil Redlich, dessen Wiener Privatpraxis eine der frequentiertesten Anlaufstationen für Neurastheniker war, brachte 1902 in einem Resümee zum Ausdruck, dass erst ein „jahrelanger intimer Umgang mit dem Kranken" den Arzt befähige, zu einem fundierten Urteil über seine Beschwerden zu kommen.[117] Um sich über den Zustand eines nervösen Patienten ein vollständiges Bild machen zu können, bedürfe es einer intensiven Auseinandersetzung mit der ganzen Persönlichkeit.

Der Prototyp des nervösen Offiziers um 1900 ist Schnitzlers *Leutnant Gustl*. Der k. u. k. Leutnant, der von seinen Zwängen und Obsessionen überwältigt durch die nächtlichen Straßen Wiens irrt, ist der neurasthenische Patient par excellence. Die Monologtechnik, die den nervösen Habitus des Offiziers, seine Gedankenfluchten und Stimmungswechsel offen legt, war in der deutschen Literatur bis dato einzigartig.[118] Der zeitgenössischen Ärzteschaft war Schnitzlers Figur jedoch wohl bekannt.

---

115 Vgl. S[igmund] Erben: Nervosität. Wien 1904, S. 7. Zur Nervosität bei den Chirurgen siehe exemplarisch Philipp Portwich: Bildungsbürgertum und „nervöser" Zeitgeist der Jahrhundertwende im Spiegel einer Kasuistik – zum Wirken von Heinrich Helferich. In: NTM 7 (1999), S. 161–169.

116 Berger, Die Nervenschwäche, S. 7.

117 Emil Redlich: Über Psychosen bei Neurasthenikern. In: WMP 43 (1902), Sp. 593. Über den Hamburger Psychiater Max Nonne, der für seine Abneigung gegenüber neurasthenischen Patienten bekannt war und sich den Ruf eines „groben Doktors" eingehandelt hatte, urteilte eine Patientin: „Ich glaube, von Nerven verstehen Sie gar nichts." Nonne, Anfang und Ziel meines Lebens, S. 182 f.

118 Worbs, Nervenkunst, S. 237. Siehe auch Thomas Freeman: 'Leutnant Gustl', a case of male hysteria? In: Modern Austrian literature 25 (1992), S. 41–51.

Die empörten Reaktionen der deutschnationalen Presse und der Militärs, die Schnitzler seinen Offiziersrang kosteten, standen in keinem Verhältnis zu den Erkenntnissen, die seit längerem in der nervenärztlichen Literatur kursierten. In den Fallgeschichten der Neurasthenieliteratur nahmen Offiziere eine vorrangige Stellung ein.[119] Mehr noch: In den Augen vieler Ärzte repräsentierten gerade Offiziere den Idealtypus der Neurasthenie.

Bei der Annäherung an die Frage, in welchem Verhältnis Neurasthenie und Militär vor dem Ersten Weltkrieg standen, sieht sich mit einer merkwürdigen Ambivalenz konfrontiert. Einerseits wurde die militärische Laufbahn als Nerventherapie hochstilisiert, da diese – von Kanzleidiensten und Offiziersmessen abgesehen – ausreichend Gelegenheit zu Sport und Bewegung in frischer Luft bot. Andererseits wurde der militärische Dienst selbst als Ursache für nervöse Störungen gesehen. Das widerspruchslose Hinnehmen von Entscheidungen, verbunden mit persönlichen Animositäten im Kader, beurteilten die Nervenärzte als außerordentlich belastend. Wilhelm Stekel (1868–1940) sah im Militärapparat eine Brutstätte psychischer Konflikte, die zur Ausbreitung der Nervosität erheblich beigetragen habe.[120] Subordination und Neurasthenie wurden meist in einem Atemzug genannt.[121] In der strengen Hierarchie fühlten sich viele Offiziere eingeengt, da sie ihren individuellen Bedürfnissen nicht nachgehen konnten. Der straffe militärische Dienst gestattete keine befreiende Entladung der Affekte, sodass sich die Reizbarkeit der Offiziere mit der Dauer ihrer Dienstzeit steigerte. Bei älteren Offizieren in hohen Positionen bedurfte es nur eines geringen Anstoßes – wie etwa den einer verunglückten Parade –, um die Symptome der Nervenschwäche vollends zur Entwicklung zu bringen. Aber auch ein Übermaß an körperlicher Inanspruchnahme – „forcierte Märsche, Distanzritte oder exzessive Dauerfahrten auf dem Rade" – galt als den Nerven abträglich.[122]

Das Ausbrechen aus diesem System erfolgte plötzlich und meist ohne Einverständnis mit den Vorgesetzten. Die Therapie der Nervosität im Militärstand bestand darin, mit den Normen zu brechen. Das Verhalten der nervösen Männer in der Öffentlichkeit zeigte das Bedürfnis nach selbstbestimmter Lebensführung. Ohne Ziel

---

119 Siehe [Josef] Wilheim: Die modernen Nervenheilanstalten. Welchen Nutzen haben sie für Nervöse? Wien 1904, S. 55 f. Nach dem deutschen Nervenarzt und Gynäkologen Freund stellten die Offiziere ebenfalls „ein sehr bedeutendes Kontingent zur Klasse der Nervösen". Freund, Nervosität des Zeitalters, S. 17.

120 Stekel, Die Ursachen der Nervosität, S. 22. Der nervöse Habitus der Offiziere war ein beliebtes Sujet der zeitgenössischen Satire. Siehe etwa Anton Kuhs *Erlebnisse eines Monokels*. In: ders.: Luftlinien. Feuilletons, Essays und Publizistik, hg. von Ruth Greuner. Wien 1981, S. 7–9.

121 Kollarits, Charakter und Nervosität, S. 176.

122 Fr[iedrich] A[ugust] Düms: Handbuch der Militärkrankheiten. Bd. 3: Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschließlich der Militärpsychosen. Leipzig 1900, S. 528.

und vorgegebene Route liefen Offiziere rastlos und „mit nervöser Hast spazieren", von einem unbändigen Willen gepackt, spontan und nach eigenen Wünschen in den Tag zu leben.[123] War die Neurasthenie den Vorgesetzten bekannt, so konnten Offiziere um einen Kuraufenthalt in einer Nervenheilanstalt ansuchen. Ein solcher Aufenthalt konnte die Nervenschwäche beseitigen, doch war damit auch die Gefahr verbunden, sich so weit in zivile Alltagswelten einzuleben, dass an eine Rückkehr in den militärischen Betrieb nicht mehr zu denken war. Ehemals schneidige Offiziere, die mit ihren Nerven zu kämpfen und einen Therapieaufenthalt absolviert hatten, konnten vor jungen Rekruten ihre Autorität nicht mehr ausspielen. In der „Schule der Männlichkeit" versagten die gestrengen Lehrer vor ihren Schülern.[124] Ein Offizier, dem ein solches Schicksal widerfahren war, gestand seinem Nervenarzt:

> Ich fühle, daß bei mir alles aus dem Leim gegangen ist. Die Organe meines Körpers gehorchten früher meinem Willen, den ich wie meine Compagnie befehligen konnte, so daß alles klappte; heute sind sie eine disziplinlose Horde geworden. Nichts will mir jetzt gehorchen und selbst mein Wille ist dieser Disziplinlosigkeit nicht mehr gewachsen.

Disziplinlosigkeit, Willensschwäche, Kontrollverlust über den eigenen Körper: Für den Wiener Nervenarzt Hanns Hirschkron, zu dessen Patienten der zitierte Offizier gehörte, markierte diese Skizze „kurz, klar und treffend" den spezifischen Charakter der Nervosität.[125] Der Umstand, dass Offiziere zu den häufigsten Patienten der Nervenärzte zählten, spiegelte sich in den therapeutischen Methoden deutlich wider. Ein autoritärer Gestus war schon vor dem Ersten Weltkrieg zu erkennen. Psychischer Drill, Kräftigung der Willenstätigkeit und Beherrschung der Nerven waren die Ingredienzien einer Behandlung, die unter dem Begriff „Willensgymnastik" firmierte und nach genau festgelegten Regeln durchgeführt wurde. Vorrangiges Ziel waren vollständige Körperbeherrschung und eine nüchterne, emotionslose Sicht der Dinge. Leopold Löwenfeld, einer der Initiatoren dieser Art von Therapie, arbeitete mit seinen männlichen Patienten nach einem strengen Reglement. Körperbewegungen, von denen sich der Arzt eine therapeutische Wirkung erhoffte, waren „mit Prä-

---

123 Gugl, Stichl, Neuropathologische Studien, S. 158.

124 Ute Frevert: Das Militär als „Schule der Männlichkeit". Erwartungen, Angebote, Erfahrungen im 19. Jahrhundert. In: dies. (Hg.): Militär und Gesellschaft im 19. und 20. Jahrhundert. Stuttgart 1997, S. 145–173. Zu Hysterie und Neurasthenie im deutschen Militärwesen siehe Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, passim.

125 Hirschkron, Die Nervenschwäche, S. 70. Eine „fatalistische Willensschwäche" namentlich unter den jüngeren Offizieren konstatierte auch der Vorstand der psychiatrischen Abteilung des Garnisonsspitals Nr. 1 in Wien, Bruno Drastich: Der geistig Minderwertige in der Armee und dessen Beurteilung durch die hiezu berufenen Organe. Wien 1906, S. 8.

zision, rasch und mit vollem Kraftaufwand" auszuführen und sukzessive zu steigern.[126] Wenn auch nicht militärisch gearbeitet wurde, so war in einzelne Privatpraxen und Nervensanatorien, die sich dem Prinzip der „Willensgymnastik" verschrieben hatten, die Atmosphäre des Kasernenhofs eingezogen.

Eine ambivalente Einschätzung erfuhr die Nervosität in der Duellkultur der Offiziere. Auf der einen Seite wurde konzediert, dass diese Form der Auseinandersetzung mit einer erhöhten Nervenanspannung einhergehe, die sich angesichts der existenziellen Gefährdung der Duellanten nicht vermeiden lasse. Ein gewisses Maß an Aufregung und Emotion gehöre auf dem Felde der Ehre sogar dazu. Die Toleranz gegenüber der männlichen Nervosität war in diesem Punkt aber nur eine scheinbare. Für ein gelungenes Duell war Nervosität nicht nur eine geduldete Begleiterscheinung, sondern sogar Voraussetzung, um das Lernziel, die bessere Beherrschung des eigenen Körpers, erreichen zu können. Das Duell wurde somit als Nervenprobe, als „Teil eines heimlichen Lehrplans" gesehen, das zu einem höheren Maß an männlicher Selbstbeherrschung und Affektkontrolle führen sollte.[127] Duellanten, die in den entscheidenden Momenten die Beherrschung über den eigenen Körper verloren hatten oder gar in Ohnmacht fielen, zogen sich die Verachtung ihres Gegners zu und galten fortan als nicht weiter satisfaktionsfähig.

Anders als den Dienst der Offiziere beurteilten die Nervenärzte und Psychiater den zeitlich begrenzten Militärdienst der Rekruten. Wilhelm Erb hatte schon in den frühen 1890er Jahren den Aufenthalt in der Armee als „treffliches Erholungsmittel für das Nervensystem" bezeichnet.[128] Eine Reihe von deutschen und österreichisch-ungarischen Nervenärzten sah dies ähnlich und schloss sich Erbs Meinung an. „Wer mit neurasthenischen Gedanken umhergegangen ist, hat nun keine Zeit, sich mit diesen weiter zu beschäftigen", schrieb Jenö Kollarits im Hinblick auf den vorgegebenen Tagesablauf und den körperlichen Drill, der die Nerven der Rekruten schnell disziplinierte. Auch für einen anderen Budapester Neurologen, Ernst Jendrassik, war der Militärdienst eine „prompt wirkende Sanatoriumskur".[129] Der deutsche Inter-

126 Leopold Löwenfeld: Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. Wiesbaden 1897, S. 118. Zum Willenskult in der deutschen Armee siehe Ursula Breymayer, Bernd Ulrich und Karin Wieland (Hg.): Willensmenschen. Über deutsche Offiziere. Frankfurt/M. 1999.

127 Ute Frevert: Ehrenmänner: Das Duell in der bürgerlichen Gesellschaft. München 1991, S. 195. Zum Duell in der österreichisch-ungarischen Armee siehe István Deák: Der K. (u.) K. Offizier, 1848–1918. Wien-Köln-Weimar 1991, S. 159–168. Deák geht davon aus, dass um 1900 insgesamt die Zahl der Duelle in Deutschland weitaus geringer war als in Österreich-Ungarn, da die deutschen militärischen Ehrenausschüsse solche Vergehen (zum Beispiel Ehebruch mit der Frau eines Offizierskameraden), die in Österreich-Ungarn mit einem Duell geregelt wurden, mit prinzipieller Satisfaktionsunfähigkeit belegten.

128 Erb, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, S. 298.

129 Kollarits, Charakter und Nervosität, S. 176; E[rnst] Jendrassik: Über Neurasthenie. Leipzig 1906, S. 700.

nist Wilhelm His, dessen Vortrag *Die Nervosität als Kulturerzeugnis* 1908 die *Österreichische Krankenpflege-Zeitung* druckte, bezweifelte, dass die Nervosität durch den Einfluss eines Krieges beseitigt werden könne; dies hieße, „den Teufel mit dem Beelzebub austreiben". Andererseits glaubte auch er fest an die therapeutische Wirkung militärischer Umgangsformen. Der Heeresdienst sei als „eine wahre Gesundschule" anzusehen; Drill und Disziplin hätten sich als „vortreffliches Antidot gegen allzugroße Reizsamkeit" erwiesen.[150] Von jenen Militärärzten, die sich auf die Erkennung und Vorbeugung von Geistes- und Nervenkrankheiten in der Armee spezialisiert hatten, wurde diese Position nicht geteilt. Im *Handbuch der Militärkrankheiten*, dem mehrbändigen Standardwerk zur Militärmedizin um 1900, beschwerte sich ein erfahrener Militärarzt über die allerorts um sich greifende Praxis, junge Männer mit neurasthenischen Symptomen zum freiwilligen Militärdienst zu überreden. Der Ansicht, wonach mit der strammen militärischen Zucht auch das launenhafte und gereizte Wesen der Rekruten korrigiert werden könne, widersprach er entschieden: „Die Armee ist keine Besserungsanstalt. Solche Leute erlangen unter den Einflüssen des Militärdienstes niemals gesunde Nerven."[151]

Kamen neben dem Problem der Subordination und der Verhaltenszwänge noch andere auslösende Momente in Betracht, mit denen die Ärzte die Nervosität im Heeresdienst erklärten? Welche Rolle spielten Krieg und Kriegsvorbereitung? Einem deutschen Nervenarzt zufolge war es in erster Linie die „fieberhaft vorwärts getriebene Kriegsvorbereitung" der Militärs, die das Ansteigen neurasthenischer Symptome nach sich zog.[152] Diese Position, die Mitte der 1890er Jahre, zwei Jahrzehnte vor Beginn des Ersten Weltkrieges, geäußert wurde, war jedoch die Ausnahme. Krieg und Kriegsvorbereitung spielen als auslösende Faktoren der Nervosität in der militärmedizinischen Literatur vor 1914 kaum eine Rolle. Radkau meint, dass sich noch vor dem Ersten Weltkrieg ein „neues, hartes und unsentimentales Leitbild von Männlichkeit" konstituierte, das bis in die Körpersprache hinein zu wirken begann. Gewiss: Als Reflex der Neurastheniedebatte wurde die Nervenstärke im deutschen Militär schon in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg als Verhaltensnorm fi-

150 Wilhelm His: Die Nervosität als Kulturerzeugnis. In: Österreichische Krankenpflege-Zeitung 6 (1908), S. 109.

151 Dums, Handbuch der Militärkrankheiten, S. 505. Oskar Kokoschka, der kurz nach Kriegsbeginn in Wiener Neustadt die Ausbildung zum Offizier begann, war einerseits überzeugt von der therapeutischen Wirkung des Militärdienstes: „Das Exerzieren und Frühaufstehen vertreibt meine ganzen schlechten Nerven." Andererseits litt er unter dem monotonen körperlichen Drill und dem „nutzlosen Einerlei unter nervösen Offizieren, die lauter Musterabteilungen haben wollen". Oskar Kokoschka: Briefe I (1905–1919), hg. von Olda Kokoschka und Heinz Spielmann. Düsseldorf 1984, S. 205 (Brief an Romana Kokoschka, Februar 1915).

152 Freund, Nervosität unseres Zeitalters, S. 17.

xiert. So erhoben die neuen Exerzierreglements von 1888 und 1906 den „Willen" zur Kardinaleigenschaft des Soldaten, der sich und seine Nerven in jeder Kampfsituation kontrollieren konnte.[153] Im medizinisch-psychiatrischen Diskurs lassen sich für diese These jedoch kaum Anhaltspunkte finden. Jene Vorstellungen, in deren Mittelpunkt das Abstreifen neurasthenischer Kraftlosigkeit und die Verhärtung von „Männlichkeit" stand, kamen in der Psychiatrie erst mit dem Kriegsbeginn an die Oberfläche. Für die Einschätzung und Bewertung der Risiken eines modernen Krieges erwiesen sich die psychiatrischen Parolen von einem „therapeutischen Kriegserlebnis" als geradezu fatal. Dies berührt aber einen neuen historischen Kontext und wird im nächsten Kapitel näher ausgeführt. Davor soll aber noch auf den allmählichen Bedeutungsverlust der Neurasthenie in der Psychiatrie um 1900 eingegangen werden. Dies ist deshalb wichtig, weil sich damit zeigen lässt, dass der Diskurs um die Neurasthenie keine inhärent kriegstreibende Dynamik aufwies, die im militärischen Kraftrausch des Sommers 1914 kulminierte. Die Überwindung nervöser und neurasthenischer Zustände durch eine militärische Aktion zählte bis dahin nicht zu den Lösungsvorschlägen, die von Psychiatern vorgebracht wurden. Eher das Gegenteil war der Fall. Dem Problem der wachsenden Nervosität und der neurasthenischen Kraftlosigkeit trat man in den Jahren vor dem Krieg gelassen und distanziert entgegen.[154]

3.7 Zwischenbilanz

Diese nach 1900 feststellbare Gelassenheit der Psychiater in der Frage der Nervenkrankheiten hatte mehrere Gründe. Zum einen gewann die Auffassung, dass die Vorteile des modernen Lebens gerade durch nervös-neurasthenische Zustände bedingt seien, an Boden. Diese Argumentation zeichnete sich durch einen gleichmütigen Gestus aus und betonte die positiven Effekte, die mit der Ausbreitung dieses Krankheitsphänomens verbunden seien. Oswald Bumke stellte 1912 die Suggestivfrage: „Vielleicht sind wir heute nervöser, aber wir sind es doch wohl nur deshalb,

153 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 389–391; Frevert, Das Militär als „Schule der Männlichkeit", S. 159.

154 Diese Einschätzung trifft sich mit den Ergebnissen der neueren Ursachenforschung des Ersten Weltkrieges, die auf die Entspannungssymptome in den internationalen Beziehungen und auf die Handlungsspielräume der politischen Akteure vor 1914 aufmerksam macht. Siehe dazu Holger Afflerbach: Der Dreibund. Europäische Großmacht- und Allianzpolitik vor dem Ersten Weltkrieg. Wien 2002 und Friedrich Kießling: Gegen den „großen Krieg"? Entspannung in den internationalen Beziehungen 1911–1914. München 2002.

weil wir mehr leisten, intensiver leben. Möchten wir es anders?"[155] Natürlich hätten die rasanten Fortschritte der letzten Jahrzehnte das Nervensystem des Menschen gefordert, aber die Auswirkungen seien doch weniger dramatisch geblieben als befürchtet. Es ist wichtig zu sehen, dass sich diese Position erneut an Beards Konzeption der Neurasthenie als ebenso unvermeidbare wie unverzichtbare Eigenschaft des modernen Menschen orientierte. Akzeptierte man die Nervosität als ein positives Begleitmerkmal der Moderne, so bedeutete dies, dass es gar nicht mehr notwendig war, dagegen zu opponieren. In Budapest behauptete Kollarits im selben Jahr wie Bumke, dass es nun gar nicht mehr das Ziel der Ärzte sein könne, das Leiden aus der Welt zu schaffen, da „die Nervosität der Ursprung alles Schönen und Guten und jedes Fortschritts" sei.[156] Die Zitate zeigen, dass sich nach 1900 viele Nervenärzte von den düsteren Szenarien der Degeneration gelöst hatten und zu einer gelassenen Sicht der Nervenkrankheiten gelangt waren.

Eine zweite Position, die einer „Normalisierung" der Nervosität entgegenarbeitete, war dadurch charakterisiert, dass die Modernität beziehungsweise die Existenz der Krankheit bestritten wurde. Insbesondere der Kausalzusammenhang von Urbanität und Nervosität wurde hinterfragt. Der Berliner Nervenarzt Albert Moll sprach von „subjektiven Eindrücken und Erfahrungen einzelner Personen" und meinte damit jene Ärzte, die mit verallgemeinernden Analogien argumentiert hätten. Die Frage, warum die Neurasthenie in den modernen Metropolen in einem besonders hohen Maße registriert worden war, hatte nach Moll andere Gründe. Seiner Ansicht nach hatte dies mit der überdurchschnittlich hohen Anzahl von Nervenärzten in der Stadt zu tun. Für Nervenkranke sei es in der Stadt wesentlich leichter, sich in eine ärztliche Praxis zu begeben, als auf dem Land. Der Anreiz für die Städter, dies zu tun, sei unterschätzt worden. Moll erklärte die „wachsende Nervosität" schlichtweg als Produkt des expandierenden Gesundheitsmarktes. Mit dem wachsenden Angebot an Spezialärzten für Nervenkrankheiten sei unter den Patienten eine Nachfrage stimuliert worden, die es unter anderen Bedingungen gar nicht gegeben hätte. Aus den gefüllten Wartezimmern ihrer Praxen hätten die Ärzte den falschen Schluss gezogen, dass die Nervosität epidemisch um sich greife und ein spezifisch urbanes Phänomen sei.[157]

Die dritte Ebene betraf die wissenschaftlichen Defizite, die immer deutlicher zutage traten. Die Nervenärzte der 1880er und frühen 1890er Jahre hatten selbstbe-

155 Bumke, Über nervöse Entartung, S. 104.

156 Kollarits, Charakter und Nervosität, S. 243. Auch Löwenfeld stellte fest: „Ein großer Teil dessen, was unsere Zeit an bedeutenden Leistungen auf den Gebieten der Kunst, der Wissenschaft und der Industrie zu verzeichnen hat, ist das Verdienst von Persönlichkeiten, die in höherem oder geringerem Maße mit Nervosität behaftet sind." Löwenfeld, Die moderne Behandlung der Nervenschwäche, S. 6.

157 Albert Moll: Der Einfluß des großstädtischen Lebens und des Verkehrs auf das Nervensystem. In: Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene 4 (1902), S. 124.

wusst behauptet, das Krankheitsbild der Neurasthenie nach eindeutigen Kriterien einordnen und benennen zu können. Von diesem Optimismus war nach der Jahrhundertwende nicht mehr viel zu bemerken. Eine generelle Unsicherheit über das, was denn nun eigentlich unter dieser Krankheit zu verstehen sei, machte sich breit. Als feuilletonistisches Modethema und praktische Diagnose stand die Neurasthenie nach wie vor hoch im Kurs, aber als Forschungsproblem hatte sie erheblich an Attraktivität verloren. Die inflationär gehandhabte Verwendung der Diagnose schürte das Bedürfnis nach scharfen Trennlinien. 1895 stellte sich Freud nach einer Phase der intensiven Beschäftigung mit der Neurasthenie auf den Standpunkt, dass man über die Neurasthenie nichts allgemein Gültiges sagen könne, „solange man diesen Krankheitsnamen all das bedeuten läßt, wofür Beard ihn gebraucht hat". Sein Versuch, herauszufinden, was denn unter der „echten Neurasthenie" zu verstehen sei, steht im Kontext der zeitgenössischen Bemühungen nach einer präzisen Charakterisierung des Krankheitsbildes.[158] Eine andere kritische Stimme, die das unscharfe Profil der Neurasthenie bemängelte, kam 1901 ebenfalls aus Wien. Der Internist Alois Strasser war der Ansicht, dass „man jetzt alle Ursache habe, der Bezeichnung Neurasthenie das allergrößte Mißtrauen entgegenzubringen". Deutliche Worte der Ablehnung fand ein Jahr später auch der Münchener Psychiater Emil Kraepelin. Nach seiner Einschätzung hatte das Krankheitsbild seine Eindeutigkeit „nicht nur im ätiologischen und klinischen Sinne, sondern namentlich auch hinsichtlich der Prognose und Behandlung vollständig verloren, soweit überhaupt davon je die Rede sein konnte".[159]

Nach der Jahrhundertwende zeigten sich immer mehr Nervenärzte und Psychiater verärgert darüber, dass man trotz ausgiebiger Erörterungen des Problems zu keinen schlüssigen Ergebnissen gekommen war. Die Fragen, die man sich stellte, gingen nun in ein und dieselbe Richtung: War die Neurasthenie überhaupt (noch) eine häufige Krankheit?[140] Welche Bedeutung kam ihr in der Neurosenlehre zu? Und was konnte man überhaupt aus der Beschäftigung mit ihr lernen? 1914 zog der Göttinger Psychiater und Neurastheniespezialist August Cramer Bilanz. Obwohl sich zahlreiche Ärzte in den vorangegangenen Jahrzehnten mit der Frage der nervösen Störungen beschäftigt hätten, sei die Bezeichnung Neurasthenie ein Sammelbegriff und das dazugehörige Krankheitsbild „immer verwaschener" geworden. Letztendlich, so

158 Im Falle Freuds lag das Abtrennungsinteresse im Bereich eines von ihm signifikant eingestuften spezifischen Symptomenkomplexes, den er unter dem Begriff *Angstneurosen* zusammenfasste. Freud, Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose" abzutrennen, S. 27–31; May-Tolzmann, Freuds frühe klinische Theorie, S. 102–105.

159 Strasser, Über Neurasthenie, S. 628; [Emil] Kraepelin: Die Diagnose der Neurasthenie. In: MCCB 37 (1902), S. 610.

140 Siegmund Kreuzfuchs: Ist die Neurasthenie eine häufige Krankheit? In: MCCB 42 (1907), S. 99.

Cramer, habe sich nur das eine herausgebildet, nämlich „daß man zwischen neurasthenischen Fällen, welche auf einer mehr degenerativen Grundlage entstehen, also auf Grund einer endogenen Veranlagung, und solchen, welche mehr auf Grund exogener Einflüsse zur Entwicklung kommen, unterscheiden" müsse.[141]

Dieser Befund war einerseits redundant, da er im Wesentlichen dem Diskussions- und Erkenntnisstand der 1880er Jahre entsprach. Aber andererseits waren damit auch die polaren Diskussionsfelder präzise benannt, in und zwischen denen das Wissen von der Neurasthenie produziert wurde. Und dieses Wissen hatte sich trotz seiner diffusen Konturen zur Kennzeichnung und Kritik der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse als geeignet erwiesen. Damit lässt sich am Ende des ersten Teils zusammenfassend festhalten: Das Beispiel der Neurasthenie zeigt, dass an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert bestimmte medizinische Wissensformationen für die Weltdeutungen und Selbstwahrnehmungen historischer Subjektive und Kollektive eine wichtige Rolle spielten. Beards kontextsensitive Konzeption der Neurasthenie wurde zum Ausgangspunkt für eine Vielzahl von Deutungsoptionen, mit denen die Auswirkungen des modernen Lebens auf die Menschen beschrieben werden konnten. Während die Anhänger der biologischen Interpretationsvariante stärker auf die Gefahren dieser Krankheit aufmerksam zu machen suchten und unaufhaltsame Mechanismen des Niedergangs befürchteten, betonten die Vertreter einer kulturellen Lesart die zeitspezifische Gebundenheit der Neurasthenie. Diese Ärzte sahen in der Krankheit nicht nur eine fatale Zwangslage, sondern auch die Gelegenheit, die psychophysischen Fähigkeiten des modernen Menschen zu erweitern und an seine geänderten Lebensbedingungen anzupassen. Die Neurasthenie war solcherart Teil eines mentalen Nachholprozesses, der gegenüber einer „vorausgeeilten" Modernisierung eingeleitet worden war. Beiden Deutungsvarianten gemeinsam war der Umstand, dass es sich hierbei um neurologisch-psychiatrisch generierte Wissensbestände handelte, die den Menschen um 1900 ein besseres Verständnis für die Veränderungen der lebensweltlichen Wirklichkeiten ermöglichten. Die Neurasthenie kann solcherart als eine neue reflexive Deutungskategorie jener ökonomischen, technischen und sozialen Transformationsprozesse verstanden werden, die sich an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert auf nahezu allen Gebieten des Lebens vollzogen.

141 Cramer, Die Neurasthenie, S. 603.

TEIL 2: KRIEG UND KRISENBEWÄLTIGUNG IN DER ÖSTERREICHISCHEN PSYCHIATRIE

4. KRIEG

Gegenüber den militärischen Auseinandersetzungen des 19. Jahrhunderts brachte der Erste Weltkrieg eine neue Dimension von „Krieg" mit sich. Die Aufbietung von Massenheeren, der Einsatz von Maschinenwaffen und die Mobilisierung aller verfügbaren Kräfte führten zu einem Krieg, in dem das entfesselte Destruktionspotenzial moderner Gesellschaften auf eine zutiefst erschreckende Art und Weise in Erscheinung trat. Die Zerstörungswucht dieses Krieges bedeutete einen Zeitenbruch und hatte auf die Konstruktion und Erfahrungsrealität der Moderne ebenso abrupte wie nachhaltige Auswirkungen. *Shell-shock* und *Kriegsneurose* sind in der neueren Forschungsliteratur zur Mentalitäts- und Kulturgeschichte des Ersten Weltkrieges zu Schlüsselbegriffen und oft gebrauchten Metaphern geworden.[1] Sie stehen für den totalen Angriff der Maschine auf Körper, Seele und Sinne, für den Zerfall von vertrauten Erzählstrukturen und den Ausfall des individuellen wie kollektiven Gedächtnisses. Die Begriffe verweisen auf die traumatischen Erfahrungen und Folgewirkungen des „Großen Krieges", der am Eingang des 20. Jahrhunderts die europäischen Gesellschaften erschütterte. Damit sind sie hinsichtlich ihrer Bedeutung weit über den Status psychiatrischer Labels hinausgewachsen und haben gegenwärtig – in der neuen Militärgeschichte, die sich den Alltagserfahrungen und Kriegserlebnissen der Soldaten gewidmet hat, oder in den Kulturwissenschaften, die mit dem (weitgehend psychoanalytisch definierten) Trauma-Konzept ein neues Deutungsmuster für Moderne und Modernität etablierten – ihren festen Platz.[2]

4.1 Psychiatrie und Krieg: Anmerkungen zum Forschungsstand

Dem Ersten Weltkrieg gilt als einer der entscheidenden Zeitenwenden des 20. Jahrhunderts die ungebrochene Aufmerksamkeit der Geschichtswissenschaften. Dabei ist in den letzten Jahrzehnten die Gewichtung der forschungsleitenden Interessen

1 Jay Winter: Shell-shock and the Cultural History of the Great War. In: Journal of Contemporary History 35 (2000), S. 7–11; Paul Lerner und Mark S. Micale: Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction. In: dies. (Hg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge 2001, S. 1–27.

2 Inka Mülder-Bach: Einleitung. In: dies.: (Hg.): Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkriegs. Wien 2000, S. 7–18; Elisabeth Bronfen, Birgit R. Erdle und Sigrid Weigel (Hg.): Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster. Köln-Weimar-Wien 1999.

mehrfach verschoben worden. Nach politikgeschichtlichen Herangehensweisen, die Eliten und deren Entscheidungen in den Vordergrund rückten, und historisch-sozialwissenschaftlichen Studien, die stärker auf die Analyse von gesellschaftlichen und ökonomischen Problemstellungen abzielten, konzentrierte sich in den 1990er Jahren das Interesse insbesondere auf die Erforschung der erfahrungs- und erlebnisgeschichtlichen Dimensionen. Im Mittelpunkt stand nun der Mensch mit seinen in Extremsituationen sich zeigenden Wahrnehmungs- und Verhaltensformen. Es ging darum, „die historische Wirklichkeit des Ersten Weltkriegs so zu rekonstruieren, wie sie sich für die Zeitgenossen *darstellte* – wie also der Krieg auf die Menschen wirkte, wie sie diesen wahrnahmen und erlebten".[3] Diese Erfahrungs- und Wahrnehmungsgeschichte des Ersten Weltkrieges stützte sich in erster Linie auf die Auswertung von Feldpostbriefen, Schützengrabenzeitungen und Tagebüchern, versuchte aber auch die Bandbreite medizinischer Quellen wie gedruckte Schriften aller Art, Gutachten und Krankengeschichten zu integrieren.

Der Wert dieser „Militärgeschichte von unten" bestand vor allem darin, dass man ein genaueres Bild von den psychischen und emotionalen Dimensionen erhielt, welche die „Kriegserlebnisse" der Soldaten prägten.[4] Diese standen von Beginn des Krieges an, insbesondere aber in der Nachkriegszeit, im Zentrum einer nationalistischen Ideologisierung, die auf die Umdeutung der Katastrophe in eine Katharsis hinauslief. Den Mythen um eine im Krieg erneuerte Männlichkeit, die ihre innere Stärke und moralische Überlegenheit aus der Abwehr des äußeren Feindes gewonnen habe, trat die alltagshistorische Weltkriegsforschung entschieden entgegen. Es war der Versuch, wie es in einer Quellenanthologie von Bernd Ulrich und Benjamin Ziemann heißt, die „Wirklichkeit der Front zu rekonstruieren, besser noch: wiederzugewinnen und sie von den ausgebrannten Schlacken ihrer ideologischen Deformierungen zu befreien, heißen sie ‚Frontgemeinschaft' oder ‚im Felde unbesiegt'".[5] In diesem Zusammenhang sind die Kriegsneurosen nicht nur zum Ausgangspunkt für ein besseres Verständnis der erlebnis- und erfahrungsgeschichtlichen Dimensionen des Ersten Weltkrieges geworden, sie haben auch die seelischen Verwüstungen und traumatischen Folgeerscheinungen dieses Krieges in Erinnerung gerufen. Die

3 So Christian Geinitz: Kriegsfurcht und Kampfbereitschaft. Das Augusterlebnis in Freiburg. Eine Studie zum Kriegsbeginn 1914. Essen 1998, S. 12.

4 Bernd Ulrich: „Militärgeschichte von unten". Anmerkungen zu ihren Ursprüngen, Quellen und Perspektiven im 20. Jahrhundert. In: Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 473–505; Wolfram Wette (Hg.): Der Krieg des kleinen Mannes. Eine Militärgeschichte von unten. München ²1995.

5 Bernd Ulrich, Benjamin Ziemann: Frontalltag im Ersten Weltkrieg. Wahn und Wirklichkeit. Frankfurt/M. 1994, S. 20. Zur Alltags- und Mentalitätsgeschichte des Ersten Weltkrieges siehe Gerhard Hirschfeld, Gerd Krumeich, Dieter Langewiesche und Hans-Peter Ullmann (Hg.): Kriegserfahrungen. Studien zur Sozial- und Mentalitätsgeschichte des Ersten Weltkriegs. Essen 1997.

Konfrontation mit den zerstörerischen Kräften des modernen Krieges zeigte sich bei den erkrankten Soldaten in dramatischer Art und Weise. Mit ihren rhythmisch zuckenden Bewegungen schienen sie die Schockenergien des Krieges zu perpetuieren. Eine Mentalitäts- und Wissenschaftsgeschichte des Ersten Weltkrieges könne daher, so vermerkt die Historikerin Doris Kaufmann in einem Aufsatz, ohne den Hinweis auf die „Kriegsneurosen" nicht mehr auskommen. Wie keine andere Verletzung hätten die psychischen Traumatisierungen der Soldaten für die Kriegserfahrungen des Ersten Weltkrieges Signalcharakter.[6]

In der deutschen und insbesondere in der österreichischen Medizingeschichte ist der Erste Weltkrieg noch wenig erforscht. Auch methodische Fragestellungen wurden bislang weitgehend ausgespart. Auf die Rhythmen der „paradigmatischen Erneuerung"[7] in der historischen Forschung über den Ersten Weltkrieg wurde von der Medizingeschichte nicht effizient genug reagiert. Während für die deutsche Situation ein Sammelband sowie einige neuere Arbeiten hervorzuheben sind, die im Rahmen einer Sozial- und Kulturgeschichte medizinischer Spezialdisziplinen in der Moderne den Ersten Weltkrieg miteinbeziehen und in einen größeren historischen Kontext stellen,[8] so ist Österreich-Ungarn bislang weitgehend vernachlässigt worden. Eine breite, an wissenschafts- und kulturgeschichtlichen Methoden orientierte Darstellung der Medizin im Ersten Weltkrieg fehlt bislang.[9] Dies hat damit zu tun,

6 Kaufmann, „Widerstandsfähige Gehirne" und „kampfunlustige Seelen", S. 206.

7 Gerd Krumeich: Kriegsgeschichte im Wandel. In: Gerhard Hirschfeld, Gerd Krumeich und Irina Renz (Hg.): „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ..." Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs. Frankfurt/M. 1996, S. 11. Siehe auch Michael Epkenhans: Neuere Forschungen zur Geschichte des Ersten Weltkrieges. In: Archiv für Sozialgeschichte 38 (1998), S. 458–487.

8 Zu nennen sind für die deutsche Situation die Sammelbände von Wolfgang U. Eckart, Christoph Gradmann (Hg.): Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Pfaffenweiler 1996 und Johanna Bleker, Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): Medizin im Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Frankfurt/M. 1987. Grundlegend auch Robert Weldon Whalen: Bitter Wounds. German Victims of the Great War, 1914–1939. Ithaca-London 1984. Für einen Überblick siehe Wolfgang U. Eckart und Christoph Gradmann: Medizin im Ersten Weltkrieg. In: Rolf Spilker und Bernd Ulrich (Hg.): Der Tod als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918. Bramsche 1998, S. 203–215. Zu den medizinischen Spezialdisziplinen im Ersten Weltkrieg siehe Lutz D. H. Sauerteig: Sex, Medicine and Morality during the First World War. In: Roger Cooter, Mark Harrison and Steve Sturdy (Hg.): War, Medicine and Modernity. Phoenix Mill 1998, S. 167–188; Cay-Rüdiger Prüll: Pathology at War 1914–1918: Germany and Britain in Comparison. In: Roger Cooter, Mark Harrison and Steve Sturdy (Hg.): Medicine and Modern Warfare. Amsterdam-Atlanta 1999, S. 131–162 sowie die Beiträge in Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg.

9 Aspekte der österreichischen Medizin des Ersten Weltkrieges behandeln Brigitte F. T. Biwald: Vom Helden zum Krüppel. Das österreichisch-ungarische Militärsanitätswesen und dessen Auswirkungen auf die Gesellschaft im Ersten Weltkrieg. Phil. Diss. Wien 2000; Daniela C. Angetter: Dem Tod geweiht und doch gerettet. Die Sanitätsversorgung am Isonzo und in den Dolomiten 1915–18. Frank-

dass die Geschichte der Medizin dieses Krieges lange Zeit als disziplininterne Angelegenheit betrachtet wurde, die einem bestimmten Zweck – der Darstellung der eigenen Leistungen – dienen sollte. So wie die österreichische Militärhistoriografie in der Zwischenkriegszeit in den Händen von ehemaligen Offizieren der k. u. k. Armee monopolisiert war und weitgehend apologetische Intentionen verfolgte,[10] so wurde auch die Medizingeschichte dieses Krieges von Ärzten geschrieben, die im Dienst der Armee gestanden hatten und ihre Rolle in ein günstiges Licht gestellt wissen wollten. In den medizinischen Bilanzpublikationen wurde die Medizin als eine heroische und pflichtbewusste Disziplin stilisiert. Die Rückblenden auf die Rolle des Arztes im Krieg, dem als „a priori Pazifisten nichts anders übrig blieb, als innerhalb des nationalen Unglücks das beste zu leisten", waren Initiativen zur Glorifizierung der ärztlichen Leistungen im Krieg.[11] Der Militärarzt wurde als heroische Figur dargestellt, die in einer Welt der Schmerzen und des Leides pflichtbewusst die an ihn gestellten Anforderungen erfüllt habe. Diese Haltung verband sich häufig mit einer nachträglichen Rechtfertigung der ärztlichen Tätigkeit im Krieg als „nationale Notwehr" und fand ihren Ausdruck im Untertitel der wichtigsten Bilanzpublikation der österreichischen Militärmedizin des Ersten Weltkrieges: „Helden im weißen Kittel".[12]

Während die Kriegsneurosen in der deutschen Armee des Ersten Weltkrieges durch mehrere Arbeiten, insbesondere durch die von Paul Lerner, Doris Kaufmann und Bernd Ulrich, gut untersucht sind,[13] blieb die österreichisch-ungarische Situa-

---

furt/M. 1995; Elisabeth Dietrich: Der andere Tod. Seuchen, Volkskrankheiten und Gesundheitswesen im Ersten Weltkrieg. In: Klaus Eisterer, Rolf Steininger (Hg.): Tirol und der Erste Weltkrieg. Innsbruck-Wien 1995, S. 255–275.

10 Holger H. Herwig: Of Men and Myths. The Use and Abuse of History and the Great War. In: Jay Winter, Geoffrey Parker, and Mary Habeck (Hg.): The Great War and the Twentieth Century. New Haven-London 2000, S. 299–330, bes. 306–310; Rudolf Jeřábek: Die österreichische Weltkriegsforschung. In: Wolfgang Michalka (Hg.): Der Erste Weltkrieg. Wirkung, Wahrnehmung, Analyse. München-Zürich 1994, S. 953–971.

11 Karl Kassowitz: Der österreichisch-ungarische Truppenarzt an der Front. In: Clemens Pirquet (Hg.): Volksgesundheit im Krieg. I. Teil. Wien 1926, S. 134.

12 Burghard Breitner (Hg.): Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege 1914–1918. Helden im weißen Kittel. Wien 1936.

13 Einen hervorragenden Überblick zur Forschungsliteratur geben Lerner, Micale, Trauma, Psychiatry, and Histor, S. 16–19. Grundlegend weiterhin Paul Lerner: Hysterical Cures: Hypnosis, Gender and Performance in World War I and Weimar Germany. In: History Workshop Journal 45 (1998), S. 79–101; ders., Rationalizing the Therapeutic Arsenal, S. 121–148; ders.: „Ein Sieg deutschen Willens": Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg, S. 85–107. An die Arbeiten von Lerner anschließend Heinz-Peter Schmiedebach: Medizinethik und „Rationalisierung" im Umfeld des Ersten Weltkriegs. In: Andreas Frewer, Josef N.

tion in der Forschung weitgehend unbeachtet. Weder in den allgemeinen Sammelbänden zur Medizingeschichte des Ersten Weltkrieges noch in den spezifischen Publikationen zu Schock, Trauma und Psychiatrie in diesem Krieg ist die Doppelmonarchie ausreichend berücksichtigt worden. Aber auch die österreichische Medizin- und Militärhistoriografie selbst hat sich dieser Themenkomplexe bisher zu wenig angenommen.

Wichtige, aber nur Teilaspekte der Thematik betreffende und professionspolitisch ausgerichtete Forschungsimpulse kamen in den 1970er Jahren von der psychoanalytischen Kriegsforschung. Ausgangspunkt dieser Forschungen war die Suche nach Freuds *Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker*, das dieser 1920 im Auftrag der *Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen* verfasst hatte.[14] Auf Freud, der sich nach anfänglicher Zurückhaltung zunehmend für die Kriegsneurosen interessierte und diese auch in seine theoretischen wie forschungspolitischen Überlegungen einbezog, konzentrierte sich insbesondere Kurt Robert Eissler (1908–1999). Als Psychoanalytiker und Direktor der Freud Archives an der Library of Congress in Washington veröffentlichte er 1979 seine Studie über *Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen*. Die darin geschönte Position der Psychoanalyse im Ersten Weltkrieg ist durch die Arbeiten von Peter Büttner (die Eissler nicht zur Kenntnis genommen hatte) und Johannes Reichmayr korrigiert worden, sodass man in Bezug auf die Psychoanalyse und den Ersten Weltkrieg von einem differenzierten Bild und einem guten Forschungsstand sprechen kann.[15] Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang

---

Neumann (Hg.): Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950. Frankfurt/ M.-New York 2001, S. 57–84. Weiterhin Kaufmann, Science as Cultural Practice, S. 125–144 und Ulrich, Nerven und Krieg, S. 163–191. Historisch-soziologische Deutungen offeriert Ulrich Bröckling: Disziplin. Soziologie und Geschichte militärischer Gehorsamsproduktion. München 1997, S. 199–240. Als Überblick siehe auch Ben Shephard: A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Cambridge 2001; Hans Binneveld: From Shellshock to Combat Stress. A Comparative History of Military Psychiatry. Amsterdam 1997; Peter Riedesser und Axel Verderber: „Maschinengewehre hinter der Front". Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Frankfurt/M. 1996; Günther Komo: Für Volk und Vaterland: Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen. Hamburg 1992 und Karl-Heinz Roth: Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen: Der Konflikt der Psychotherapeuten und Schulpsychiater um die deutschen „Kriegsneurotiker". In: 1999. Zeitschrift für die Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 2/3 (1987), S. 8–75.

14 Sigmund Freud über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse. Ein Auszug aus dem Protokoll des Untersuchungsverfahrens gegen Wagner-Jauregg im Oktober 1920. In: Psyche 26 (1972), S. 939–951.

15 K[urt] R[obert] Eissler: Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. Wien 1979; Peter Büttner: Freud und der Erste Weltkrieg. Eine Untersuchung über die Beziehung von medizinischer Theorie und gesellschaftlicher Praxis der Psychoanalyse. Phil.

auch auf zwei – inhaltlich weitgehend identische – Aufsätze der Wiener Historikerin Elisabeth Malleier, die vor allem auf die Verlaufsgeschichte der psychiatrischen Debatten um die männliche Hysterie eingeht. Malleier bringt medizin- und geschlechtergeschichtliche Aspekte der Kriegsneurosen in einen schlüssigen Zusammenhang und ist auch mit der einschlägigen Forschungsliteratur vertraut, jedoch basieren ihre Forschungen auf einer nur eingeschränkten Quellenbasis; manches wird nur skizzenhaft angedeutet und nicht näher ausgeführt. In der Charakterisierung der Wiener Kriegspsychiatrie folgt Malleier im Wesentlichen der Studie von Eissler.[16]

Zweifellos ist Eisslers Monografie als wichtige Forschungsarbeit einzuschätzen, auch deshalb, weil damit sechs Jahrzehnte nach dem Ende des Ersten Weltkrieges die erste Studie vorlag, die den Umgang der Wiener Psychiatrie mit den psychischen Verwundungen der Soldaten kritisch ins Bewusstsein rief. Die Arbeit basiert einerseits auf der Auswertung eines archivalischen Quellenkorpus, andererseits auf Interviews, die der Autor mit Ärzten und vor allem mit Walter Kauders, also mit jenem Patienten, auf dessen Initiative hin die Untersuchung gegen den Psychiater Julius Wagner-Jauregg (1857–1940) eingeleitet worden war, machen konnte. Zu den methodischen Vorzügen dieser Studie zählten somit die Kombination von Arzt- und Patientenperspektive, die Eissler ausgewogen gewichtete und pointiert kontrastierte, die detaillierte Wiedergabe psychiatrischer und psychoanalytischer Verhandlungspositionen und nicht zuletzt die spannende, erzählende Darstellung der Materie. Im Weiteren zeichnet sich die Studie durch eine vorsichtige und problembewusste Einschätzung ärztlicher Interessenkonflikte im Krieg aus. Aus der eigenen Erfahrung als Militärpsychiater der US-amerikanischen Armee im Zweiten Weltkrieg wusste Eissler um das Dilemma der Heilberufe im Krieg.[17]

Diss. Heidelberg 1975; Johannnes Reichmayr: Psychoanalyse im Krieg. Zur Geschichte einer Illusion. In: Peter Passett, Emilio Modena (Hg.): Krieg und Frieden aus psychoanalytischer Sicht. Basel-Frankfurt/M. 1983, S. 56–58. Gekürzte Fassung des Aufsatzes in ders.: Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse. Frankfurt/M. 1994, S. 52–63.

16 Elisabeth Malleier: Formen männlicher Hysterie. Die Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg. In: Elisabeth Mixa et al. (Hg.): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck-Wien 1996, S. 147–163; dies.: Die Kriegsneurose in der Wiener Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Wiener Geschichtsblätter 49 (1994), S. 206–220. Keine neuen Forschungsergebnisse, da Eisslers Studie nur zusammenfassend, bei Magda Whitrow: Julius Wagner-Jauregg (1857–1940). London 1993 und bei Elisabeth Drainin: Kriegsneurosen. In: Britta Keintzel (Hg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien 1999, S. 74–89.

17 Über seine Tätigkeit als Psychiater in der US-Armee hat Eissler mehrere Aufsätze publiziert. Kurt Eissler: Malingering. In: George Wilbur, Werner Münsterberger (Hg.): Psychoanalysis and Culture. New York 1951, S. 218–410; ders.: Die Seele des Rekruten. Zur Psychopathologie der US-Armee. In: Kursbuch 67 (1982), S. 9–28.

Im Zentrum seiner Untersuchung stand eine Wiener Ärztebegegnung unter besonderen Umständen. Nach dem Krieg hatte sich unter dem Druck von Heimkehrerverbänden und der sozialdemokratischen Partei die *Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen* gebildet, die unter anderem die Vorwürfe gegen führende Wiener Psychiater, vor allem gegen den Vorstand der Psychiatrischen Klinik, Julius Wagner-Jauregg, untersuchte. Im Zuge der Vorerhebungen holte die Kommission ein Expertengutachten von Freud ein, das die Vorwürfe weitgehend entkräftete, und auch während der im Herbst 1920 stattfindenden Verhandlung gegen Wagner-Jauregg trat Freud als wissenschaftlicher Gegenspieler, aber milder Gutachter auf.[18] Zu Recht betonte Eissler, dass es sich bei der Auseinandersetzung zwischen Freud und Wagner-Jauregg nicht um eine Fußnote Wiener Psychoanalyse- und Psychiatriegeschichte handelt, sondern um eine medizin- und wissenschaftsgeschichtlich bedeutende Episode, die als Kulminationspunkt eines schon länger schwelenden Richtungsstreits gewertet werden kann. Aus dieser Perspektive formulierte er sein forschungsleitendes Interesse, und damit tritt gleichzeitig ein zentrales Problem dieser Arbeit offen zutage. Denn das „historisch Wichtige und Interessante" am Fall Wagner-Jauregg war für ihn, dass sich „in überzeugender Weise rekonstruieren läßt, welche der zwei Auffassungen die richtige war".[19] Als Psychoanalytiker ging es Eissler also darum, anhand der Verlaufsgeschichte dieser Verhandlung zu zeigen, mit welchen Argumenten Freud sich gegen seinen wissenschaftlichen Kontrahenten Wagner-Jauregg – und damit auch gegen die Wiener Universitätspsychiatrie – durchsetzen konnte. Die einseitige, hagiografisch verzerrte Darstellung Freuds und der Psychoanalyse im Ersten Weltkrieg sowie der Fokus auf das wissenschaftliche Duell zweier Ärzte, von denen einer den Sieg davontrug, verdeckten die komplexen und oft widersprüchlichen Entwicklungen in der österreichischen und insbesondere in der Wiener Psychiatrie des Ersten Weltkrieges. Aber mit Eisslers Darstellung der Ereignisse von 1920 hatte die moralische und wissenschaftliche Überlegenheit der Psychoanalyse eine neue Meistererzählung.

Aufgrund seiner Tätigkeit als Militärpsychiater im Zweiten Weltkrieg war für Eissler die Thematik der Kriegsneurosen und der Simulation „reichlich gefühlsdurchtränkt".[20] Seine emotionale Betroffenheit trat in der narrativen Empathie der Studie überzeugend hervor, aber gleichzeitig nahm er seine Erfahrungen auch zum Anlass – und retrospektiv zum Maßstab – um Wagner-Jauregg und anderen Protagonisten der Wiener Psychiatrie wissenschaftliche und moralische Defizite nachweisen zu können.

---

18 Die Verhandlung gegen Wagner-Jauregg diskutiere ich ausführlich im Kapitel 7 *Elektrische Korrekturen*.

19 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 125.

20 Ebd., S. 13.

Aus seiner wissenschaftlichen, ideologischen und persönlichen Abneigung gegen den einflussreichen Psychiater machte Eissler kein Hehl. Für den Psychoanalytiker war Wagner-Jauregg eine „innerlich konfliktreiche Persönlichkeit", die nicht nur im Fall Kauders „als Therapeut versagt", sondern in der gesamten psychiatrischen Diskussion um die Behandlung der Kriegsneurosen eine unoriginelle Figur abgegeben habe: „Die Kriegsneurosen wären eine glänzende Gelegenheit für Experimente und für die Entwicklung neuer Techniken gewesen [...]. Man findet bei Wagner-Jaureggs Aussage [vor der Kommission] keinen Ansatzpunkt, der in irgendeiner Hinsicht etwas Neues auf dem Gebiet der Psychiatrie versprochen hätte."[21]

Eisslers Intention hingegen war es, „die Behandlung der Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg von einem modernen Standpunkt aus (zu) besprechen", wobei er „modern" mit dem psychoanalytischen Wissensstand der 1970er Jahre gleichsetzte. Aus dieser Perspektive erschienen ihm die strengen therapeutischen Vorgehensweisen der Psychiater als Fehltritte von Unwissenden. Als hervorragende Organiker hätten sie nur wenig von der menschlichen Seele gewusst: „Kein Wunder, daß sie in ihrem blinden Eifer so vielen weh taten."[22] Die drakonischen Methoden der Psychiater des Ersten Weltkrieges lassen sich aber eben nicht mit deren mangelnden psychologischen Kompetenz erklären. Denn wie noch im Kapitel über die Behandlung der Kriegsneurosen gezeigt werden wird, waren jene Psychiater, die – analog zum Konzept der traumatischen Neurose des deutschen Neurologen Hermann Oppenheim – hinter den Symptomen der erkrankten Soldaten eine Schädigung der mikroorganischen Substanz vermuteten, für eine behutsame und zurückhaltende Haltung eingetreten, während eben die Vertreter der psychologischen Deutung für einen unnachgiebigen Umgang mit den Soldaten plädierten.

Die Verhandlung von 1920 diente sowohl den Wiener Psychiatern, die sich um den angeklagten Wagner-Jauregg geschart hatten, als auch den Psychoanalytikern, die mit Freud und dessen Gutachterrolle ihre Chance gekommen sahen, in erster Linie zur Selbstdarstellung. Eissler unterschätzte, dass sowohl die Psychiater – durch

---

21 Ebd., S. 106 und S. 241. Zu den wichtigsten Forschungsinhalten Wagner-Jaureggs zählten die Kriegsneurosen tatsächlich nicht, doch suggeriert diese Kritik eine wissenschaftliche Leerlaufphase des Wiener Psychiaters im Ersten Weltkrieg, die in dieser Schärfe überzogen ist. Die Prioritäten Wagner-Jaureggs in der Forschung lagen auf einem anderen Gebiet. Der Krieg und die massenhafte Zuweisung von Soldaten an die Klinik setzten die Hemmschwellen zur Durchführung von riskanten Experimenten herunter und gaben ihm die Möglichkeit, seine schon lange geplanten Versuche mit Malaria- und Geisteskranken zu realisieren. Siehe dazu Edward M. Brown: Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. In: History of Psychiatry 11 (2000), S. 379; Magda Whitrow: Wagner-Jauregg and fever-therapy. In: Medical History 34 (1990), S. 294–310.

22 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 107.

die öffentliche Erregung peinlich berührt – großes Interesse hatten, ihre Tätigkeit in einem günstigen Licht erscheinen zu lassen und dazu vor der Kommission keine Gelegenheit ausließen, als auch Freud, der sich mit seinen Mitarbeitern nach dem Budapester Kongress von 1918 stark im Aufwind befand, die Gelegenheit zur Selbstinszenierung zu nutzen wussten. Daher sind die Aussagen der im Zuge der Verhandlung befragten Ärzte und Psychiater keineswegs als repräsentativ zu nehmen.

Um das enge, aber nicht immer friktionsfreie Verhältnis von Psychiatrie und Krieg historisch charakterisieren zu können, ist es notwendig, die doppelte Retrospektive von 1920 zu verlassen und die Entwicklung vom Beginn des Ersten Weltkrieges an zu betrachten. Dabei wird deutlich werden, dass sich die österreichische und insbesondere die Wiener Psychiatrie nicht auf die Frage reduzieren lässt, ob Soldaten, die an Kriegsneurosen litten, wieder an die Front geschickt worden waren oder nicht. Die Erwartungshaltungen der Psychiatrie an diesen Krieg, ihre spezifischen Motive, einen Waffengang zu bejahen, und ihre Enttäuschung über das Scheitern der kathartischen Vorstellungen, das Bewusstsein der steigenden Bedeutung der eigenen Disziplin für die Kriegsführung angesichts der psychischen Zusammenbrüche der Soldaten, die Herausforderung, die Symptome zu erklären, einzuordnen und, vor allem, diese zu beseitigen – all dieses und mehr wird für die österreichische Wiener Situation zu berücksichtigen sein, will man ein genaueres und differenzierteres Bild des psychiatrischen Umgangs mit den Kriegsneurosen erhalten.

4.2 Moderne, Medizin und Krieg

Was heißt es, von einem „modernen Krieg" zu sprechen? Der Begriff war im militärischen Sprachgebrauch um 1900 viel benutzt, doch bezog er sich meist rückwirkend auf die Kriege von 1866 und 1870/71 sowie auf militärische Auseinandersetzungen in außereuropäischen Gebieten (Spanisch-Amerikanischer Krieg 1898, Russisch-Japanischer Krieg 1904). Die zeitlich und räumlich begrenzten Kampfhandlungen waren für eine realistische Vorstellung eines kommenden Krieges in Europa nur bedingt geeignet. Eher waren da schon die Thesen des polnischen Aristokraten und Bankiers Johann von Bloch ernst zu nehmen, der in seinem monumentalen sechsbändigen Werk *Der Krieg* (1898) auf die drohenden Gefahren eines Zukunftskrieges hinwies. Bloch ging davon aus, dass die technischen Entwicklungen der vorangegangenen Jahrzehnte nicht nur Verkehrseinrichtungen und Industriemaschinen, sondern auch in hohem Grade Kriegswaffen und deren Wirkungen beeinflusst hatten. Aus der Perfektionierung der Schusswaffen zog Bloch folgerichtig die Konsequenz, dass ein Kampf geschlossener Truppenkörper obsolet geworden war. Die Kämpfer müssten in aufgelösten Linien und unter fortwährender Deckung

agieren. Jedes offensive Vorgehen würde im dichten Hagel der gegnerischen Geschosse fast unmöglich werden, sodass vorwärts dringende Einheiten bald gezwungen wären, sich in die Erde einzugraben. Damit sah Bloch den Stellungskrieg voraus. Seinen Zweifel an der Durchführbarkeit eines Angriffskrieges verband er mit der Sorge, ob die zivilisierten Menschen der europäischen Kulturwelt im Falle eines solchen Szenarios überhaupt bestehen könnten. Bloch stellte in Frage, ob der Mensch der Jahrhundertwende genügend „starke Nerven" besitze, um die schrecklichen Einwirkungen des modernen Schlachtfeldes zu ertragen.[23]

Wie könnte man sich also im Rahmen der Themenstellung dem Begriff des „modernen Krieges" annähern?

1. Der in den Jahrzehnten vor dem Krieg beschleunigte Modernisierungsprozess auf dem technisch-ökonomischen Sektor, namentlich die Durchsetzung der industriellen Massenproduktion für Gebrauchsgüter, musste auch die militärische Auseinandersetzung auf eine neue Grundlage stellen. Experten wie Bloch hatten die dominante Rolle der Technologie im Maschinenkrieg erkannt: Krieg in der Moderne, das bedeutet eine planmäßig-gezielte Indienststellung der industriellen Ressourcen eines Landes für Kriegszwecke, meint Effizienzsteigerung des Wirtschaftslebens und rationalisierte Steuerungsprozesse zur Hebung der militärischen Schlagkraft. Erst mit der Einarbeitung der technisch-industriellen Entwicklung in die Kriegsführung konnte das enorme Destruktionspotenzial aufgeboten und immer wieder erneuert werden.[24]

2. Wenn von Technisierung und Verwissenschaftlichung geprägte „Enthemmungsvorgänge" als ein Leitcharakteristikum des modernen Krieges bezeichnet werden können,[25] so ist auch davon auszugehen, dass die Gewalteinwirkung und -wahrnehmung eine neue Dimension erreichte. Schocksymptome waren den Ärzten unter wechselnden Bezeichnungen schon seit den Kriegen des Altertums bekannt. Der Erste Weltkrieg sprengte aber buchstäblich alle bisher mit dem Krieg verbundenen Sinneskategorien. „Eine Generation, die noch mit der Pferdebahn zur Schule gefahren war, stand unter freiem Himmel in einer Landschaft, in der nichts unverändert geblieben war als die Wolken, und in der Mitte, in einem Kraftfeld zerstörender Ströme und Explosionen, der winzige gebrechliche Menschenkörper", schrieb

23 Nach Alfred H. Fried: Handbuch der Friedensbewegung. Berlin-Leipzig ²1911, S. 79–86.

24 Bernd Hüppauf: Modernity and Violence: Observations Concerning a Contradictory Relationsship. In: ders. (Hg.): War, Violence and the Modern Condition. Berlin-New York 1997, S. 17 f.; Daniel Pick: War Machine. The Rationalization of Slaughter in the Modern Age. New Haven-London 1993.

25 Mitchell G. Ash: Wissenschaft – Krieg – Modernität: Einführende Bemerkungen. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 19 (1996), S. 71.

Walter Benjamin in *Erfahrung und Armut*.[26] Der massive Einsatz maschineller Kampfgeräte bedeutete eine radikale Veränderung der Subjekterfahrung, eine neue soldatische Realität, die im Zeichen von schockartigen Wahrnehmungsprozessen stand. Die Entfesselung der Destruktionsenergien und die Erstarrung der Kampflinien konfrontierten die Soldaten mit extremen Belastungen im psychisch-emotionalen Bereich. Gefühle der Ohnmacht, des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit konnten sich zu schwersten Sinnkrisen und traumatischen Störungen steigern.

3. Konstatiert man für den Krieg der Moderne ein verdichtetes Beziehungsgeflecht von Wissenschaft und Krieg, so nimmt neben der Technik auch die Medizin eine gewichtige Position ein. „Die Zeiten sind vorüber, in denen nur mehr der Soldat und der Feldherr über den Ausgang des Krieges entschieden haben. Heute kämpft die ganze Wissenschaft mit, und es siegt die bessere Technik, die bessere Organisation, oder sie hilft mindestens den Sieg erringen. Es siegt aber auch die bessere ärztliche Vorbereitung und Unterstützung", schrieb im dritten Kriegsjahr Wilhelm Stekel.[27] Die Medizin tritt uns im Ersten Weltkrieg nicht mehr als eine Gruppe von Blessiertenträgern, Wundärzten und Operateuren entgegen, die nach der geschlagenen Schlacht die versehrten Körper der Opfer versorgen, sondern als eine hoch spezialisierte Schlüsselwissenschaft, deren Vertreter auf allen militärischen Gebieten und in allen Instanzen präsent sind. Der gesellschaftliche und institutionelle Bedeutungsgewinn, den die Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erlangt hatte, beschleunigte sich in diesem Krieg. Mark Harrison spricht in diesem Zusammenhang von der „Medikalisierung des Krieges".[28]

Dies zeigt auch das Beispiel der österreichischen Militärmedizin. Zum ersten Mal und im großen Stil kamen im Ersten Weltkrieg medizinische Fachwissenschaften zum Einsatz. Ein halbes Jahrhundert nach ersten Versuchen, das Militärsanitätswesen systematisch zu organisieren (1859 und 1866), waren gezielte Strategien und Vorgangsweisen entstanden, die an der Front und im Hinterland angewandt wurden. 1917 standen der österreichisch-ungarischen Armee über 7.000 Militärärzte zur Verfügung, die ihren Dienst zum größten Teil in Sanitätsanstalten versahen. Zum Einsatz kamen neben herkömmlichen Lazaretten mobile Feld-Zahnkliniken, bakterio-

26 Walter Benjamin: Erfahrung und Armut. In: ders.: Gesammelte Schriften II/1, hg. von Rolf Tiedemann und Hermann Schweppenhäuser. Frankfurt/M. 1977, S. 214.

27 Wilhelm Stekel: Unser Seelenleben im Kriege. Psychologische Betrachtungen eines Nervenarztes. Berlin 1916, S. 80.

28 Mark Harrison: Medicine and the Management of Modern Warfare. In: History of Science 34 (1996), S. 380; ders.: The Medicalization of War – the Militarization of Medicine. In: Social History of Medicine 9 (1996), S. 267–276.

logische und chemische Feldlaboratorien, Desinfektions-Kolonnen, Hygienestationen und Epidemieabteilungen. Augen- und Ohrenärzte wurden eingesetzt, Röntgenologen mit transportablen Apparaten und mobile Chirurgengruppen, die hinter der Front mit eigens ausgestatteten Automobilen den Kämpfen nachfuhren. Auch 151 Sanitätseisenbahnzüge, zum Teil speziell adaptiert, und 65 Sanitätsautokolonnen (mit je zehn Fahrzeugen) standen der österreichisch-ungarischen Armee zur Verfügung.[29] Clemens Pirquet (1874–1929), nach dem Krieg Vorstand der Wiener Kinderklinik und Herausgeber einer zweibändigen medizinischen Bilanzpublikation über den Krieg, schrieb:

> In einem gewissen Sinne hat aber die ärztliche Wissenschaft auch mit Schuld an der langen Dauer des Krieges: eine Aufbietung so unendlicher Heeresmassen hätte ohne sanitäre Vorkehrungen und Kenntnisse wahrscheinlich binnen kurzer Zeit zu einer solchen Häufung epidemischer Krankheiten geführt, daß die Mehrzahl der Kombattanten durch die Epidemien kampfunfähig geworden wäre.[30]

Pirquet deutet hier an, was den Ersten Weltkrieg aus der Sicht der Medizin mit zu einem modernen Krieg macht: In diesem Krieg werden erstmals militärische und gesundheitliche Interessen komplementär gedacht und als strategische Ressourcen definiert. Den fachmedizinisch ausgebildeten Militärärzten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu: in der Musterung und Auswahl der Kämpfer, in deren Betreuung im Verwundungsfall sowie in deren schneller Rückführung in den Kampfverband. Eine ausgeklügelte Sanitätslogistik wird zum Forschungsziel der „ärztlichen Kriegswissenschaft", die in der gezielten Koordination von medizinischen und militärischen Kompetenzen die Grundbedingung jeder erfolgreichen Kriegsführung sieht. „Die Geschichte dieses Krieges wird mit nachdrücklicher Betonung den so hervorragenden Anteil der ärztlichen Wissenschaft an der Schlagfertigkeit der Heere festzustellen haben", schrieb am Ende des zweiten Kriegsjahres Alexander Fraenkel, leitender Redakteur der *Wiener klinischen Wochenschrift*.[31] Auch in der Psychiatrie wird die Forderung nach optimalen Rekonvaleszenz- und Rückführungsstrategien erkannt und explizit formuliert. „In diesem Krieg", notierte 1915 der Grazer Psychiater Fritz Hartmann, „wird jenes Volk siegen, das zuerst gesundet."[32]

---

29 Johann Steiner: Der militärärztliche Dienst des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterlande und der bei der Armee im Felde. In: Pirquet, Volksgesundheit im Krieg, S. 89–104; Ernst Becher: Krankentransport im Weltkriege. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 298–304.

30 Clemens Pirquet: Einleitung. In: ders., Volksgesundheit im Krieg, S. 13.

31 Alex[ander] Fraenkel: Der Krieg und die Ärzte. Zur Jahreswende 1915/16. In: WKW 29 (1916), S. 1.

32 Fritz Hartmann: Übungsschulen für „Gehirnkrüppel". In: MVS 52 (1915), S. 98.

4. Eine moderne Kriegsführung, die sich auf ein intensiviertes Zusammenwirken von Militär und Medizin stützt, deutet auch die Aufgaben der handelnden Subjekte neu: Der „Faktor Mensch" – in der Gestalt des männlichen Soldaten – wird als optimierbare Ressource betrachtet und auf seine Verwendbarkeit im Kampf hin überprüft.[33] Ausmusterungskriterien, die nach medizinischen Überlegungen gestaltet sind und militärische Tauglichkeit möglichst präzise feststellen sollen, werden ausdifferenziert; neue, spezialisierte Wissenschaftsbereiche wie die Psychiatrie werden zur Perfektion der militärischen Schlagkraft herangezogen. Die wissenschaftlich-rationale Steuerung des Kriegsgeschehens bezieht sich nicht nur auf technologische Umwälzungen, sie fragt auch nach spezifischen und adaptierbaren Kampfeigenschaften, die durch Experten definiert und umgesetzt werden sollen.[34]

Der Idealtypus des modernen Kriegers zeichnete sich nicht mehr nur durch körperliche Kraft aus, sondern er hatte auch hinsichtlich seiner mentalen Eigenschaften Stabilität zu beweisen. Im Präzisionskrieg technischer Waffensysteme war der nervenkranke Soldat nicht brauchbar; eine ängstliche, zitternde Hand am Abzug, ein von Kopfsausen, Lähmungen und Schüttelkrämpfen geplagtes Nervenbündel – mit solchen Männern konnte kein Krieg gewonnen werden.[35] Der industrialisierte Krieg erforderte ein gesteigertes Pflichtbewusstsein, das sich in moralischer Stärke, psychischer Energie und Willenskraft manifestieren sollte. Beherrscht, zäh, willensstark, kontrolliert – in solchen und ähnlich gearteten Begriffen spiegelten sich die ausgeweiteten normativen Erwartungen an den Soldaten wider. Die zeitgenössische Diktion fasste diese Schlüsseleigenschaften des modernen Kämpfers bevorzugt unter dem Begriff der Nervenstärke zusammen. Nach Friedrich A. Düms, einem der führenden Ärzte der deutschen Militärmedizin um 1900, konnte daher die „Forderung nicht dringend genug erhoben werden, daß bei der Auswahl geeigneter Kräfte, zumal für den Offizierseinsatz, die Berücksichtigung von gesunden Nerven, eines gesunden Nervensystems mit an erster Stelle steht".[36]

---

33 Horst Gundlach: Faktor Mensch im Krieg. Der Eintritt der Psychologie und Psychotechnik in den Krieg. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 19 (1996), S. 131–143.

34 Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, Kap. 2.

35 Oskar Kallós: Der schlechte Schütze, dessen somatoneurologische Ursachen und Abhilfe. In: Zdislaus Ritter v. Juchnowicz-Hordynski und Erhard Glaser (Hg): Militärmedizin und ärztliche Kriegswissenschaft. Wien-Leipzig 1914, S. 311–315. Bereits 1912 erschien in der populärwissenschaftlichen Zeitschrift *Die Umschau* ein Inserat über „gefahrlose Selbstverteidigung": „Die Repetier-Gas-Pistole schützt [...] den unsicheren Schützen und nervösen Zieler, da die vernichtende Gaswolke nach vorn einen großen Streukegel besitzt." Die Umschau 16 (1912), S. 535.

36 Düms, Handbuch der Militärkrankheiten, Bd. 3, S. 532.

4.3 Spielarten ärztlicher Kriegsbejahung

Wie viele andere akademische Disziplinen stand auch die Medizin im Sommer 1914 im Sog der verbreiteten Kriegsbejahung. Weite Teile der Ärzteschaft solidarisierten sich mit dem aggressiv-expansionistisch vorgetragenen Kurs der Politik und stellten sich hinter die Kriegsziele der Militärs.[37] In den Fachzeitschriften wurden Aufrufe abgedruckt, sich in den Dienst der „nationalen Sache" zu stellen. An den spontanen oder inszenierten euphorisch-naiven Kundgebungen der kriegsbegeisterten Massen, die in den Städten abgehalten wurden, nahmen auch Ärzte teil. Der Psychiater Erwin Stransky (1877–1962) schrieb am Tag der allgemeinen Mobilmachung in sein Tagebuch: „Es geht los, wirklich, ernstlich! Was mir schon seit Jahren unvermeidbar schien, was ich angesichts der ungeheuren Spannung schon ersehnt habe, es ist endlich da!"[38] In der Ärzteschaft hatte man mit einem Krieg gerechnet. Stransky sprach von einer „inneren Kriegsbereitschaft" und meinte damit eine mentale Imprägnierung, die sich in den Jahren vor dem Krieg breit gemacht habe: Mit großer Macht sei die Überzeugung gewachsen,

> daß der krisenhafte Zustand irgendwie ein Ende finden müsse; und von da an war eine mehr oder weniger stoische, fast fatalistische Ruhe in vielen von uns gegenüber den niemals mehr aufhörenden außenpolitischen Unruhen der seelische Grundton; so war es zur Zeit der Marokkokrise, vor allem aber zur Zeit des großen Balkankrieges, ja man kann fast sagen, daß in diesen Krisenperioden mancher von uns in sich fast eine ungeduldige Erwartung des Losschlagens fühlte, nach diesem sich wie nach einer inneren Erlösung sehnend [...]. Der Krieg hat uns sozusagen innerlich längst marschbereit gefunden, als er wirklich kam.[39]

---

37 Zur „Entscheidung für den Krieg" aus der Perspektive Österreich-Ungarns siehe Manfried Rauchensteiner: Der Tod des Doppeladlers. Österreich-Ungarn und der Erste Weltkrieg. Graz-Wien-Köln [2]1994; Fritz Fellner: Austria-Hungary. In: Keith Wilson (Hg.): Decisions for War 1914. London 1995, S. 9–25; Günther Kronenbitter: „Nur loslassen." Österreich-Ungarn und der Wille zum Krieg. In: Johannes Burkhardt, Josef Becker, Stig Förster und Günther Kronenbitter: Lange und kurze Wege in den Ersten Weltkrieg, München 1996, S. 159–187; Samuel R. Williamson, Jr.: Austria-Hungary and the Origins of the First World War. Basingstoke 1991.

38 Erwin Stransky: Kriegstagebuch, 31. Juli 1914, ÖNB, Handschriften-, Autographen und Nachlaß-Sammlung, Nachlaß Stransky, S.n. 24.120. Zur ärztlichen Kriegsbejahung siehe Heinrich von Schullern: Erinnerungen eines Feldarztes aus dem Weltkrieg. Hall 1934, S. 5; Bruno Kisch: Wanderungen und Wandlungen. Die Geschichte eines Arztes im 20. Jahrhundert. Köln 1966, S. 138–141; Ingo Tamm: „Ein Stand im Dienst der nationalen Sache" – Positionen und Aufgaben ärztlicher Standesorganisationen im Ersten Weltkrieg. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin im Ersten Weltkrieg, S. 11–21; Godwin Jeschal: Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg. Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstages. Pattensen 1977, S. 27–29.

39 Erwin Stransky: Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkte angewandter Psychiatrie. Wiesbaden 1918, S. 36 f.

Schon im Februar 1913 hatte die Gesellschaft der Ärzte Wiens eine außerordentliche Sitzung veranstaltet, in der „sanitäre Kriegsbereitschaft" demonstriert wurde. Für Alexander Fraenkel (1857–1941), einen der Vortragenden, gehörten die Vorbereitungen für den kommenden Krieg zu den „allergrößten organisatorisch-administrativen Leistungen", wobei im Verhältnis der militärischen zur sanitären Rüstung sogar ein „Maßstab für die Einschätzung der kulturellen Höhe eines Staates" zu erblicken sei.[40]

Eine alleinige Herleitung der ärztlichen Befürwortung des Krieges aus der verstärkten Identifikation mit Monarchie, Politik und Militär greift jedoch zu kurz. Die positive Haltung gegenüber der Kriegspolitik hatte nicht nur mit der militärischen Sozialisation der gebildeten Führungsschichten zu tun, sie hatte auch ihre spezifisch medizinischen Komponenten. Das naturwissenschaftliche Selbstverständnis der Ärzte hatte Denkmuster entstehen lassen, die den Krieg unter sozialdarwinistischen und rassenhygienischen Aspekten interpretierten.[41] Hand in Hand mit der darwinistischen Metaphorik ging die Auffassung, dass der Krieg zwischen zwei oder mehreren Staaten auf einem unabänderlichen Naturgesetz beruhe. Am Beispiel von Leopold Löwenfeld mag die suggestive Kraft dieses Ansatzes deutlich werden. Löwenfeld sah noch 1916 den Krieg durch eine zwingende Kausalität herbeigeführt; strenge naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten im seelischen Leben der gegnerischen Völker hätten die militärische Auseinandersetzung unvermeidlich gemacht. Löwenfeld hielt es für eine Illusion zu glauben, dass „irgendwelche Handlungen und

---

40 Alexander Fraenkel: Einige Bemerkungen zur Frage unserer sanitären Kriegsbereitschaft. In: WKW 26 (1913), S. 337; J[ulius] Hochenegg: Die sanitäre Kriegsbereitschaft unseres Vaterlandes. In: MK 9 (1913), S. 348–350.

41 Siehe Heinz-Peter Schmiedebach: Sozialdarwinismus, Biologismus, Pazifismus – Ärztestimmen zum Ersten Weltkrieg. In: Bleker, Schmiedebach, Medizin und Krieg, S. 93–121. Zu den Anfängen des sozialdarwinistischen Denkens siehe Richard Weikard: The Origins of Social Darwinism in Germany 1859–1895. In: Journal of the History of Ideas 54 (1993), S. 469–488. Darwinistisches Gedankengut war auch in der kriegsbejahenden Diktion der Militärs zu finden. „Wie im Leben der einzelne und in jenem der Gesellschaft der Kampf der Individuen und der verschiedenen Gesellschaftsklassen untereinander niemals aufhört", schrieb 1910 ein österreichischer General, so könne auch der „Kampf zwischen Völkern und Staaten" kein Ende haben. Emil von Moinovich: Gedanken über den modernen Krieg. In: Österreichische Rundschau 25 (1910), S. 257. Auch für den Chef des Generalstabs der k. u. k. Armee, Conrad von Hötzendorf (1852–1925), war der Krieg ein immer wiederkehrendes Ereignis, dem entgegenzuarbeiten gegen naturwissenschaftliche Logik sei. Zu den sozial- und militärdarwinistischen Spielarten in Österreich vor dem Ersten Weltkrieg siehe Werner Michler: Darwinismus und Literatur. Naturwissenschaftliche und literarische Intelligenz in Österreich, 1859–1914. Wien-Köln-Weimar 1999, S. 448–492. Einen Überblick über die biologischen Erklärungsmuster des Krieges gibt Paul Crook: Darwinism, War and History. The Debate over the Biology of War from the "Origin of Species" to the First World War. Cambridge 1994.

Unterlassungen es erreicht hätten, von dem uns aufgezwungenen Krieg verschont zu bleiben". Pazifistischen Zukunftsszenarien konnte er nichts abgewinnen. Selbst nach einem Friedensschluss werde angesichts der gleich bleibenden Gefahrenkonstanten das Volk „noch weit mehr militarisiert werden müssen", als es vor dem Krieg der Fall gewesen sei.[42]

Maßgeblich sozialdarwinistisch beeinflusst waren zwei weitere medizinische Argumente, die dem Krieg positive Effekte abgewinnen konnten und ihn in den Rang eines sinnstiftenden Ereignisses hoben. Gemeint ist zunächst die Auffassung, dass der Waffengang für die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaften fruchtbar sei. Krieg war aus dieser Perspektive „ein Experiment in gewaltigsten Dimensionen, wie es ein Laboratorium vielleicht planvoller und exakter in Einzelheiten, keineswegs aber in den Hauptergebnissen möglich machen könnte".[43] Darauf aufbauend wurde der Krieg als genuin forschungskreatives Ereignis gesehen, das eine beschleunigte Fortschrittsentwicklung nach sich ziehe: „Die Wissenschaft stellt ihre [...] ärztlichen Jünger dem Krieg zur Verfügung; der Krieg ist aber dankbar dafür, indem er den Ärzten reichlich Gelegenheit gibt, ihre Erfahrungen und Kenntnisse zu vermehren. Wir lernen und üben uns im Frieden für den Krieg, und im Krieg lernen wir wieder für unsere Friedenstätigkeit!"[44]

Von der entfesselten Zerstörungsgewalt des Maschinenkrieges, die sich schon im ersten Kriegsjahr in aller Deutlichkeit zeigte, ließen sich die Vertreter dieses Gedankens nur wenig beeindrucken. 1916 leitete der österreichische Generalstabsarzt Paul von Myrdacz seine *Militärärztliche Neujahrsbetrachtung* mit den Worten ein: „Ein großer, auskunftsreicher Lehrmeister ist der nun schon 17 Monate währende Krieg."[45] Auch Leopold Freund, der 1917 in Wien über *Die Aufgaben der Medizin im Weltkriege* referierte, hielt den Krieg für ein „hochinteressantes Massenexperiment, in welchem die Richtigkeit und Verlässlichkeit der im Frieden erforschten Theorien und Methoden zum Wohle des Vaterlandes praktisch bestätigt wurden".[46] Der Topos vom Krieg als Katalysator ärztlichen Erkenntnisfortschritts findet sich quer durch die medizinischen Teildisziplinen und war sowohl zu Kriegsbeginn als auch nach der Niederlage weit verbreitet.

---

42 Leopold Löwenfeld: Mußte er kommen? Der Weltkrieg, seine Ursachen und Folgen im Lichte des Kausalitätsgesetzes. Wiesbaden 1916, S. 21 und S. 66.

43 Erwin Stransky: Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde. Wien 1916, S. 1. Siehe dazu Wolfgang U. Eckart: „Der größte Versuch, den die Einbildungskraft ersinnen kann" – Der Krieg als hygienisch-bakteriologisches Laboratorium und Erfahrungsfeld. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg, S. 299–319.

44 A[lbert] Köhler: Zur Chirurgie im Felde. In: MK 10 (1914), S. 1426.

45 [Paul] Myrdacz: Militärärztliche Neujahrsbetrachtung. In: Der Militärarzt 50 (1916), Sp. 1.

46 Leopold Freund: Die Aufgaben der Medizin im Weltkriege. Wien 1917, S. 22.

Neben der Vorstellung, dass der Krieg fachlichen Erkenntnisgewinn mit sich bringe, wurde dem Kriegsgeschehen selbst ein therapeutischer Charakter zugesprochen. Krieg war nach diesem Denkschema ein Mittel zur Selbstreinigung von allen kranken, verweichlichten und überreizten Kulturerscheinungen der Vorkriegszeit, die auf die Volksgesundheit einen verschlechternden Einfluss ausgeübt hätten.[47] Nach Jahrzehnten, in denen die Nervenärzte öffentlichkeitswirksam den schädlichen Einfluss des modernen Lebens auf das Nervensystem gepredigt hatten, behaupteten sie nun das Gegenteil. Wie der Internist Hugo Salomon 1917 in einem Vortrag in Wien ausführte, seien die fortwährende Hast und Nervosität, der Lärm im Dasein des täglichen Lebens, die sausende Fahrt im Auto, vor allem aber der Aufenthalt der Kämpfer in den „donnernden Wäldern von Eisen und Stein" ein ausgezeichnetes Training für das Nervensystem.[48] In der von Salomon formulierten Frage, „wie wir unser Nervensystem beherrschen lernen statt uns von ihm beherrschen zu lassen", lag für viele Ärzte die tiefere Bedeutung des Krieges. Krieg stählte die Nerven, härtete den Geist ab und schuf eine neue Generation willensstarker Menschen. „Wir fühlen es alle und wir können nicht anders fühlen. Wer krank war, der muß gesunden", notierte Wilhelm Stekel.[49] Am deutlichsten formulierte diesen Gedanken Albert Eulenburg, einer der produktivsten Ärzte der Nervositätsliteratur. Eulenburg begrüßte den Krieg als ein „mit fast allmächtiger Heilkraft ausgestattetes Stahlbad [...] für die im Staub langer Friedensjahre verdorrenden und verschmachtenden Nerven".[50]

Auch dieses Argument wurde von Ärzten und Psychiatern im Laufe der Kriegsjahre immer wieder vorgebracht. 1916 zeigte sich Stefan Jellinek fest in der Überzeugung, dass der Krieg für „die vielen Friedensneurastheniker" ein „Stahlbad im

47 Die Vorstellung von der kathartischen Wirkung des Krieges muss im Kontext der verbreiteten intellektuellen Kriegsbejahung gesehen werden. Siehe etwa Heinrich Gomperz: Philosophie des Krieges in Umrissen. Gotha 1915, Kap. 2: Der Segen des Krieges. Zur Kriegsapologie österreichischer Intellektueller und Schriftsteller siehe neben der in der Einleitung zitierten Literatur Eberhard Sauermann: Literarische Kriegsfürsorge. Österreichische Dichter und Publizisten im Ersten Weltkrieg. Wien-Köln-Weimar 2000; Steven Beller: The Tragic Carneval: Austrian culture in the First World War. In: Aviel Roshwald and Richard Stites (Hg.): European culture in the Great War. The arts, entertainment, and propaganda. Cambridge 1999, S. 127–161; Klaus Amann, Hubert Lengauer (Hg.): Österreich und der Große Krieg 1914–1918. Die andere Seite der Geschichte. Wien 1989. Für Deutschland siehe neben der bereits in der Einleitung genannten Literatur Helmut Fries: Die große Katharsis. Der Erste Weltkrieg in der Sicht deutscher Dichter und Gelehrter. 2 Bde. Konstanz 1994; Wolfgang J. Mommsen (Hg.): Kultur und Krieg. Die Rolle der Intellektuellen, Künstler und Schriftsteller im Ersten Weltkrieg. München 1996.

48 Hugo Salomon: Krieg und Abhärtung. In: WMW 67 (1917), Sp. 220.

49 Stekel, Unser Seelenleben im Kriege, S. 9.

50 Albert Eulenburg: „Kriegsnervosität". In: Die Umschau 19 (1915), S. 1.

wahren Sinn des Wortes" geworden sei.[51] Zwei Jahre später beschwor der Psychiater Erwin Stransky die kathartischen Fantasien vom „Sanatorium Krieg", in dem die Nervenschwäche der Männer ein Ende gefunden habe,[52] und selbst in der bilanzierenden Rückschau hielten Ärzte an der Vorstellung von der therapeutischen Funktion des Krieges für nervöse Männer fest: „Das verwöhnte Großstadtkind wurde unter dem harten, unausweichlichen Anpassungszwange in wenigen Wochen zum abgehärteten Krieger."[53]

4.4 Der unterschätzte Krieg

Was verstand die Militärmedizin unter Kriegsvorbereitung? Ein Blick in die Fachpublizistik ergibt ein ambivalentes Bild. Denn auf der einen Seite wurden im Milieu der Militärmedizin die Auswirkungen eines zukünftigen Krieges detailliert aufgeschlüsselt und auf der Basis eines umfangreichen Maßnahmenkataloges diskutiert. Für den „Zukunftskrieg" sollten die bestmöglichen Vorbereitungen getroffen werden, um im entscheidenden Moment die vorrückenden Armeen zu unterstützen und personelle Rückschläge ausgleichen zu können.

Die Zuversicht der Ärzte stützte sich vor allem auf Studien, die den Kriegsverlauf exakt vorhersehbar machen sollten. Mit mathematischer Genauigkeit wollten etwa die beiden österreichischen Militärärzte Karl Cron und Emil Hochmann 1908 vorführen, wie mit Hilfe von Rechenmethoden, Formeln und Tabellen eine präzise Verluststatistik von Verwundeten und Kranken im nächsten Krieg prognostizierbar sei. Die Krankenstände im Feld seien exakt vorhersehbar und die Zahl der eingesetzten Ärzte genau zu kalkulieren.[54] Diese Berechnungen basierten wiederum auf ballistischen Analysen, in deren Mittelpunkt die Prognose von Einfallswinkeln, Flughöhen und Trefferwahrscheinlichkeiten von Artilleriegeschossen stand.[55] Dementsprechend sollte die Verwundetenfürsorge nach einem gestaffelten System (Hilfsplatz, Verbandsplatz, Feldspital) organisiert und der Transfer von Verwundeten und Kranken

51 Stefan Jellinek: Zur militärärztlichen Konstatierung der Kriegsneurosen. In: WKW 29 (1916), S. 193.

52 Erwin Stransky: Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkte angewandter Psychiatrie. Wiesbaden 1918, S. 44.

53 Alfred Greil: Der Krieg als medizinischer Lehrmeister, der Kriegsgewinn eines Theoretikers. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 28.

54 Karl Cron, Emil Hochmann: Über Krankenstände im Felde und ihre vorherige Abschätzung. Wien 1908, S. 15–20. Siehe auch Heinrich Teisinger: Behelf zum Studium unseres Heerwesens. Wien 1901, S. 23 f.

55 Karl Cron: Kriegswaffen und Feld-Sanitätsdienst. Ein Compendium der Waffenlehre und Waffenwirkung für Militärärzte. Wien 1899, S. 10–16.

festgelegt werden. Die Auswirkungen eines drohenden Maschinenkrieges schienen vorhersehbar, da die technischen Details der Kriegsführung entschlüsselt waren.

Zu den kritischen Stimmen, die den Wert von kriegsmathematischen Berechnungen in Zweifel zogen, zählte der Wiener Militärhistoriker Carl von Binder-Krieglstein, der in den 1890er Jahren ein dreibändiges Werk mit dem Titel *Zur Psychologie des großen Krieges* veröffentlichte. Seine militärwissenschaftlichen Analysen endeten mit 1870/71, doch der Offizier hatte erkannt, dass einer Vorausbestimmung des zukünftigen Krieges mit statistischen Analysen über Truppenstärke, Trefferwahrscheinlichkeiten und Verluste nicht mehr beizukommen war: „Nein, in den Ziffern und Zahlen liegt der Geist des modernen Krieges nicht, sondern man muss sich, um ihn zu verstehen, an die Psyche des Krieges wenden, der außerordentlichen, tiefen, entscheidenden Eindrücke gedenken, welche der Kampf in den modernen Massen, für die er ein Ausnahmezustand ist, erregt."[56] Darüber, dass ein moderner Krieg durch die Verwendung von technisch hoch entwickelten Waffensystemen auch neuartige Verletzungen hervorrufen würde, waren sich die Ärzte einig. Aber genauso wie die Militärs unterschätzten auch sie die tatsächlichen Auswirkungen eines industriell geführten Krieges. Bei aller Aufmerksamkeit, die Ärzte den neuesten Waffenentwicklungen schenkten, wie sehr sie über deren technische Eigenschaften und Einsatzmöglichkeiten Bescheid wussten: In der Einschätzung der Zerstörungskraft unterlagen sie einer aus heutiger Sicht fast naiv anmutenden Selbsttäuschung. Paul Bleicher, ein österreichischer Militärarzt, prahlte mit den schier unbegrenzten Möglichkeiten der Militärmedizin: „Mag auch die Waffentechnik in der Erfindung zerstörender Kriegswaffen noch größere Erfolge erzielen als bisher, so werden die sanitären Vorsorgen dafür bürgen, dass die Fortschritte der modernen Kriegschirurgie die vernichtenden Wirkungen der Waffen zu paralysieren imstande sein werden."[57]

In der österreichischen Militärmedizin wurde über die Problematik von psychischen Störungen durch Kriegshandlungen kaum reflektiert. Die wenigen Kriegstheoretiker, die sich mit der Psyche im Krieg beschäftigten, wie der böhmische Major Heinrich Teisinger, variierten die Ideen des preußischen Militärstrategen Carl von Clausewitz (1780–1831) und analysierten retrospektiv die Schlachten des 19. Jahrhunderts.[58] Wohl wurde die Zunahme von nervösen Störungen in der Armee be-

56 C[arl[von B[inder]-K[rieglstein]: Zur Psychologie des grossen Krieges. Bd. 3: Statistik und Psyche. Wien-Leipzig 1897, S. 50.

57 Paul Bleicher: Der Zukunftskrieg vom militärärztlichen Standpunkt. In: Der Militärarzt 33 (1899), Sp. 210. Andere Autoren suchten mit philanthropischen Argumenten die Zerstörungskraft des Krieges herunterzuspielen. Siehe Willy Mettin: Sind die modernen Kriege humaner geworden? Med. Diss. Berlin 1906 und Hanns Günther: Sind die Kriege gefährlicher geworden? In: Die Umschau 18 (1914), S. 812.

58 Heinrich Teisinger: Zum Studium psychischer und anderer Friktionen im Kriege. Wien 1905.

klagt, doch bezogen sich solche Diagnosen auf das Alltagsleben im Dienstbetrieb, dem eine einseitige disziplinäre Überlastung der Soldaten nachgesagt wurde: die intensive Inanspruchnahme der geistigen Kräfte beim Militär durch das Einlernen neuer Reglements, die Alkoholprobleme des Kaderpersonals oder die Aufregungen der Offiziere beim Spielen in den Kasinos. Auf einen etwaigen Kampfeinsatz, der schwerwiegende Belastungen und Erschütterungen des Nervensystems der Soldaten bringen könnte, nahmen solche Stimmen nicht Bezug. Unter einem Titel wie *Traumatische Neurose im Anschlusse an Kopfverletzungen* wurden nicht etwa die Auswirkungen von Schusswaffen diskutiert, sondern Unfälle im alltäglichen Dienstbetrieb analysiert; im Mittelpunkt standen der Sturz eines Offiziers in der Reitschule und seine Folgen, der Fall eines Soldaten in eine Grube im Zuge eines Nachtmarsches, die Frage einer weiteren Diensttauglichkeit beziehungsweise die Legitimität von Versorgungsansprüchen. Von einem „Krieg" ist in der vom Militärsanitätskomitee ausgezeichneten Preisschrift kein einziges Mal die Rede.[59] Auch das Standardwerk der österreichischen Militärmedizin, vom Grazer Generalstabsarzt Paul Myrdacz (1847–1930) am Vorabend des Krieges in fünfter Auflage veröffentlicht, enthielt keinerlei Hinweise auf Kriegsfolgen psychischer Natur.[60]

Warum wurde dem Problem der außerordentlichen seelisch-nervlichen Belastungen im Krieg so wenig Bedeutung zugemessen? Der Schweizer Historiker Martin Lengwiler zeigt in seiner Arbeit über die Anfänge der deutschen und schweizerischen Militärpsychiatrie von 1870 bis 1914, wie das Interesse der Militärpsychiater an den psychopathologischen Wirkungen des Krieges allmählich versickerte und von neuen Erklärungsmustern und professionspolitischen Prioritäten überlagert wurde. Nach dem Deutsch-Französischen Krieg hatten die Ärzte bei den heimkehrenden Veteranen eine beunruhigende Häufung von psychischen Krankheiten festgestellt. Die Anschauung von der ätiologischen Signifikanz des Krieges hielt sich bis in die 1880er Jahre, und die Kriegspsychosen waren in psychiatrischen Fachzeitschriften ein häufig behandelter Gegenstand. Nach der Jahrhundertwende, als eine neue Generation von militärpsychiatrisch engagierten Ärzten den Ton angab, galten Krieg und Militär nur mehr als Gelegenheitsursache von Geisteskrankheiten. Die psychiatrische Ursachenlehre fokussierte auf die individuelle vormilitärische Biografie des Erkrankten, auf die pathologische Disposition, die der Militärdienst nur ausgelöst, nicht aber verursacht hätte.[61] Der präventive Schutz des Militärwesens vor psychisch

59 Paul Bleicher: Traumatische Neurosen im Anschlusse an Kopfverletzungen, ihr Einfluß auf die Diensttauglichkeit, ihre Bedeutung bei Versorgungsansprüchen. In: Der Militärarzt 43 (1907), Sp. 129–134, Sp. 147–153, Sp. 161–165.

60 Paul Myrdacz: Handbuch für k. u. k. Militärärzte. Wien [5]1913.

61 Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, S. 186–189.

Kranken, die Optimierung der Rekrutierungspraxis wie der soldatischen Ausbildung standen im Vordergrund. Demgegenüber blieben die Beschäftigung mit Kriegstraumata, die psychiatrische Versorgung im Felde sowie die therapeutische Intervention Randthemen. Alarmzeichen wie der Russisch-Japanische Krieg (1904/05), in dem Schockphänomene in großer Zahl aufgetreten und auch dokumentiert worden waren, wurden ignoriert. Daran änderten auch die ausführlichen Berichterstattungen russischer Ärzte und die Erfahrungen mit nervenkranken russischen Offizieren, die in deutschen Genesungsheimen therapiert wurden, nichts.[62]

Die Militärärzte gingen auch in der Erwartung kommender Kriegsfolgen von anderen Prioritäten aus. Der Berliner Internist Wilhelm His (1863–1934), der sich bei Kriegsausbruch in einem Artikel über zu erwartende Krankheiten des Heeres äußerte, befürchtete Cholera, Pocken, Malaria, ja sogar Skorbut und die Pest. Psychische Krankheiten waren für ihn jedoch kein Thema.[63] Das Augenmerk der Militärmedizin richtete sich auf die Infektionskrankheiten: Typhus, Cholera, Ruhr, Fleckfieber und Malaria galten in den Jahrzehnten vor dem Ersten Weltkrieg noch immer als gefürchtete Kriegsseuchen. Der scheinbar überproportionalen Sorge der Militärmediziner um die Infektionskrankheiten standen militärstrategische Überlegungen zur Seite. Krankheit wurde im 19. Jahrhundert nicht nur als ein politisches, sondern auch als ein militärisches Problem erkannt: In allen größeren Kriegen dieses Jahrhunderts hatten die Ausfälle an kampffähigen Soldaten durch Krankheiten und Seuchen ein Vielfaches gegenüber den erlittenen Verlusten durch Kampfhandlungen betragen. Noch im Krimkrieg waren zu jedem gefallenen Soldaten neun weitere hinzugekommen, gestorben an Infektionskrankheiten.[64] In der Konsequenz hieß das: Je besser und effizienter die medizinischen Vorsorge-, Begleit- und Versorgungsmaßnahmen waren, desto größer konnte die reale personelle Schlagkraft einer Armee veranschlagt werden.

---

62 „Wir müssen annehmen, daß der Krieg mit all seinen schweren Lebensbedingungen auf die Gesundheit einen größeren und tieferen Eindruck zu machen imstande ist, als wir es bis jetzt geglaubt haben", begann 1907 der russische Psychiater Schumkow seinen Aufsatz über Kriegsneurosen. In: Russische medizinische Wochenschrift 5 (1907), S. 133; G[eorg] Honigmann: Über Kriegsneurosen. In: Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin 24 (1907), S. 120. Nicht nur in Fachpublikationen wurde auf die Gefahren des Krieges hingewiesen. Ein anonymer Schreiber sinnierte 1905 in einer populären Zeitschrift, ebenfalls unter dem Eindruck des fernen Krieges im Osten, dass auf dem „modernen Kriegsschauplatz bald ebensoviel Nervenärzte wie Chirurgen nötig sein werden". Anonym: Was ist der Krieg? In: Der Türmer 7 (1904/05), S. 211.

63 Wilhelm His: Krankheiten, mit denen während des Krieges zu rechnen ist. In: MK 10 (1914), S. 1463–1468, S. 1485–1490.

64 Roger Cooter: War and Modern Medicine. In: W. F. Bynum and Roy Porter (Hg.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Bd. 2. London-New York 1993, S. 1542 f.

Von diesem Blickwinkel aus gesehen ist es verständlich, dass die Medizin ihre „ärztliche Kriegsbereitschaft" unter dem Aspekt militärhygienischer Maßnahmen definierte. Strenge Abwehrregeln gegen Infektionskrankheiten sollten die Gesundheit der zu Felde ziehenden Truppe gewährleisten. Vom militärmedizinischen Standpunkt aus waren optimale Rahmenbedingungen geschaffen worden, die auf eine anhaltende Schlagfertigkeit der Armeen hoffen ließen.[65]

Sommer und Herbst 1914 brachten für die Sanitätsstrategen eine große Enttäuschung. Schon wenige Wochen nach Kriegsbeginn wurden die Kriegsvorbereitungen als äußerst mangelhaft empfunden. Selbst die kriegschirurgischen und -hygienischen Maßnahmen, die am besten vorbereitet worden waren, versagten. Die Lazarette füllten sich weitaus schneller, als es in den schlimmsten Szenarien vorausberechnet worden war. Der Mobilisierungsplan der österreichisch-ungarischen Armee hatte 191 Anstalten mit 16.708 Betten vorgesehen, aber schon nach fünf Monaten Krieg, im Dezember 1914, verzeichnete das Rote Kreuz, das das Rückgrat der freiwilligen Sanitätspflege bildete, allein über 500 Anstalten mit knapp 80.000 Betten.[66] Die bis ins kleinste Detail berechneten und reglementierten Vorschriften erwiesen sich als Hemmnis einer flexiblen Sanitätsorganisation und waren in der Anfangsphase häufig Anlass für Kompetenzstreitigkeiten. Der Pedanterie der Sanitätsstrategen, die auf die Einhaltung der Reglements pochten, stand der wachsende Missmut der Frontärzte gegenüber, die in einer konsequenten Ignoranz der Vorschriften eine Verbesserung der Sanitätsleistung erblickten. Hinter den Kampflinien wurde militärärztliches Handeln der Kriegsrealität angepasst, „und so war die Schulung der Militärärzte in der sogenannten Sanitätstaktik eine verlorene Mühe".[67]

Im Herbst 1914 herrschten an den Fronten chaotische Zustände, die sämtliche Pläne über die Organisation des Sanitätsdienstes über den Haufen warfen. Nur mühsam gelang die Eindämmung auftretender Seuchen wie Typhus, Cholera oder Ruhr. An der Front und in der Etappe wurde die Spezialisierung der letzten Jahrzehnte aufgehoben; Gynäkologen wurden für eine psychiatrische Expertise herangezogen, Zahnärzte hatten chirurgische Eingriffe zu leisten und Augenärzte arbeiteten Pläne zur Bekämpfung von Seuchen aus.[68] Andere, hastig rekrutierte Ärzte waren für ihren

65 Anonym: Ärztliche Kriegsbereitschaft. In: WMW 64 (1914), S. 1885; Jaroslav Hladik: Kurzes Lehrbuch der Militärhygiene. Wien-Leipzig 1914, S. 421–426.

66 Johann Steiner: Der militärärztliche Dient des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterlande und bei der Armee im Felde. In: Pirquet, Volksgesundheit im Kriege, S. 85.

67 Kassowitz, Der österreichisch-ungarische Truppenarzt an der Front, S. 135; Raschofsky, Militärärztliche Organisation und Leistungen der Feldspitäler der österreichisch-ungarischen Armee im Kriege 1914–1918. In: Pirquet, Volksgesundheit im Kriege, S. 117.

68 Kisch, Wanderungen und Wandlungen, S. 149 f. Zu den Kriegsseuchen siehe Dietrich, Der andere Tod, S. 256–258; I[ganz] Kaup: Kriegsseuchen im Ersten Weltkriege. Mit besonderer Berücksichtigung

Einsatz nur mangelhaft ausgebildet. Auf 1.000 Soldaten kamen zu Kriegsbeginn zwei Ärzte, und dieses Verhältnis konnte bis 1918 – obwohl ab 1916 Medizinstudenten mit mindestens vier Studiensemestern als Sanitätsunteroffiziere hinzugezogen wurden – nicht gesteigert werden.[69] Die Überforderung der einberufenen Ärzte und der spontan in Dienst gestellten Medizinstudenten erschwerte den gezielten Abtransport in Spezialspitäler des Hinterlandes. Ärzte, die in ihrem Arbeitsgebiet tätig waren, fühlten „verzweifelnd den Boden unter sich wanken" und

> junge frisch promovierte, Feldlazaretten zugeteilte Ärzte standen dem unaufhörlichen Zustrom von Schwerverwundeten anfangs ganz gebannt, fassungslos, konsterniert, affektüberwältigt, von lähmendem Entsetzen gepackt gegenüber, fügten sich aber bald in affektbeherrschte Sachlichkeit und überlegene Ruhe der Ärzte und Pflegepersonen.[70]

Die wiedererlangte Kontrolle über die Nerven konnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Sanitätsdienst nur mangelhaft funktionierte und eine effiziente Rückführung der verwundeten Soldaten nicht gewährleisten konnte. An der russischen Front wurde die Krise des Sanitätswesens besonders deutlich. Der Nachschub an Medikamenten und Behelfsmaterial kam durch die Weite des Raums und die schlechte Infrastruktur immer wieder ins Stocken. Die Feldspitäler wurden in den meisten Fällen in beschlagnahmten Bauernhäusern, Scheunen und Ställen eingerichtet und durch Barackenbauten ergänzt. Hygienische Mindeststandards konnten nicht eingehalten werden. Schwerverwundete wurden, da Leinentücher fehlten, auf Stroh gebettet. Inspizierende Ärzte zeigten sich über den Zustand in den Lazaretten schockiert: „Stroh zerstreut auf den Treppen und Gängen, die Mannschaft mangelhaft bekleidet, mangelhaft gelagert, die Luft von Jauche und Eiter übelriechend."[71] Die plötzliche Verlegung der Feldspitäler und die mangelnde Kommunikation brachten es mit sich, dass die Krankentransporte oft tagelang in der Etappe herumirrten und ihr Ziel nicht erreichten.

Das Kranken- und Verwundetentransportwesen hatte zu Beginn des Krieges ebenfalls mit organisatorischen Problemen und veralteter Ausrüstung zu kämpfen. Der Abtransport der Verwundeten von der Front erfolgte zunächst durch pferdebespannte Krankenwagen. Erst im Laufe des Krieges gelang die Aufstellung von Sanitätsautokolonnen, von denen jede aus zehn Krankenautos mit Platz für vier bis

---

der österreichisch-ungarischen Armee. In: MMW 85 (1938), S. 1177–1180, S. 1227–1231, S. 1275–1278, S. 1316–1319.

69 Holger H. Herwig: The First World War. Germany and Austria-Hungary 1914–1918. London-New York 1997, S. 301.

70 Greil, Der Krieg als medizinischer Lehrmeister, S. 28.

71 Raschofsky, Militärärztliche Organisation und Leistungen der Feldspitäler, S. 113.

sechs Liegende bestand. Die Kolonnen wurden insbesondere für den Transport der Verwundeten von den Verbandsplätzen in die Feldspitäler und zu Sammelstationen an den Eisenbahnendpunkten eingesetzt. Von dort erfolgte der Transport der Kranken mit der Bahn in das Hinterland.[72] Die beschränkten personellen und materiellen Ressourcen sowie die Überwindung großer Distanzen machten die Eisenbahn zum idealen Hilfsmittel kriegsmedizinischer Intervention. Bade- und Desinfektionszüge, die bis an die Schienenendpunkte vorgezogen werden konnten, boten den vorbeikommenden Truppen die Möglichkeit zur gründlichen Reinigung und zum Wäschewechsel. Überfüllte Kriegsspitäler und die Benachteiligung gegenüber Waffentransporten ließen die Züge jedoch immer wieder anhalten und brachten oft tagelange Verzögerungen mit sich. In den Alpen zwang das schwierige Gelände beim Abtransport der Kranken und Verwundeten zu improvisierten Hilfsmaßnahmen.[73]

Für die österreichische Militärmedizin, die sich für einen kommenden Krieg bestens ausgerüstet und vorbereitet gewähnt hatte, waren die ersten Kriegsmonate eine Enttäuschung. Die Zerstörungsgewalt der Maschinenwaffen, die Zahl der Verwundeten und Kranken sowie das Ausmaß der Seuchen waren unterschätzt worden. Wie stand es nun aber mit den psychischen Wirkungen des Krieges? Die an einen Waffengang geknüpften kathartischen Erwartungshaltungen waren insbesondere in den Kreisen der Nervenärzte und Psychiater groß gewesen. Den Ereignissen an der Front wurde daher mit großer Spannung entgegengesehen. Wie würde sich der Krieg auf die Nerven jener Männer auswirken, die sich um ihre nervöse Gesundheit besonders besorgt gezeigt hatten? Was erwartete die Soldaten an der Front an neuen Belastungen? Und welche Beobachtungen und Erfahrungen würden Ärzte mit nervösen Erkrankungen in den Lazaretten machen können?

72 Gottfried Hueber: Der Statistiker sieht Dich an. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 371 f.

73 Steiner, Der militärärztliche Dienst, S. 106; Biwald, Vom Helden zum Krüppel, S. 197–216.

5. ERLEICHTERUNG UND VERUNSICHERUNG

Sieger bleibt, wer die besseren Nerven hat – das wurde auch in diesem schweren Kriege tausende Male gesagt und sicher mit Recht; man beobachtet dies in Kämpfen, in welchen sich nur einige Mann gegenüberstanden, man sieht es in den großen Schlachten, man wird es auch in der endlichen Abrechnung wahrnehmen.

Hans Gross, 1915[1]

Unser Geschlecht, das man das neurasthenische genannt hat, zeitigt Helden, welche imstande sind, so Außerordentliches zu ertragen, daß wir staunend gestehen müssen: Wir sind neurasthenisch geworden, weil uns eine kleine Zeit kleine Aufgaben gestellt hat, bei denen wir unsere Leistungsfähigkeit nicht erproben konnten. Das ist eine der wichtigsten Lehren des Krieges; er hat unsere falschen Vorstellungen von der Nervenkraft unserer Generationen korrigiert.

Wilhelm Stekel, 1916[2]

Im November 1914 startete die Wiener *Neue Freie Presse* eine Artikelserie: Paul Goldmann (1865–1935), Auslandskorrespondent in Berlin, berichtete ausführlich über seine Einladung in das Hauptquartier des deutschen Generalstabes. Höhepunkt des Journalistenbesuchs war das gemeinsame Abendessen mit dem deutschen Generalfeldmarschall Paul von Hindenburg. Im Zuge der Tischgespräche ließ Hindenburg keinen Zweifel daran, dass er die militärische Lage der Mittelmächte optimistisch beurteilte. Die zuversichtliche Stimmung des Oberbefehlshabers der gerade erst stabilisierten Ostfront basierte allerdings nicht auf militärtechnischen oder -strategischen Überlegungen; Hindenburg leitete sie vielmehr von einer „Allianz der gesunden Nerven" her, die Österreich-Ungarn und Deutschland eine kriegsentscheidende Überlegenheit verleihe. Dem Journalisten erklärte er: „Der Krieg mit Rußland ist gegenwärtig vor allem eine Nervenfrage. Wenn Deutschland und Österreich-Ungarn die stärkeren Nerven haben und durchhalten werden – und sie werden sie haben und durchhalten, so werden sie siegen."[3]

---

1 Hans Gross: Nerven, Familienblätter und Krieg. Die Umschau 19 (1915), S. 221.

2 Stekel, Unser Seelenleben im Kriege, S. 86.

3 Paul Goldmann: Beim Generalfeldmarschall von Hindenburg. Ein Abend im Hauptquartier. Berlin

5.1 Nervenstärke im „Kulturkrieg"

Mit dieser Einschätzung befand sich Hindenburg in prominenter Gesellschaft. Kaiser Wilhelm II. hatte schon 1910 in einer Rede vor angehenden Marinesoldaten behauptet, dass der nächste Krieg durch „starke Nerven" entschieden werde – und wiederholte diese Äußerung im Dezember des ersten Kriegsjahres.[4] Der kaiserliche Aufruf zur Stärkung der Nerven zielte auf die Mäßigung des Alkoholkonsums im Offizierskorps, war aber auch im Sinne einer umfassenden Aktivierung männlicher Kampfqualitäten zu verstehen.[5] Die physiologische Phrase von den „starken Nerven" rekurrierte auf eine vormoderne Denkweise der Medizin, die Muskeln und Nerven noch nicht unterschieden hatte. Starke Nerven, Sehnen und Muskeln – als gebündelte Körperstränge gedacht – garantierten eine gesunde Konstitution und waren über Jahrhunderte hinweg unverzichtbare Eigenschaften des Soldaten, der auf dem Kampfplatz die Kraft seiner Fasern benötigte. Im Denken der Entscheidungsträger und Wortführer von 1914 schwingen solche Assoziationen – parallel zu modernen Deutungen der Nervosität – noch mit. „Jeder Nerv, jeder Muskel muß aufs äußerste gespannt sein", forderte einer der Herausgeber der *Österreichischen Rundschau* seine Leser auf, um den „Willen zum Sieg" möglichst stark werden zu lassen. Nicht mit „geschäftiger Unruhe, sondern mit fester, eiserner Entschlossenheit und Besonnenheit" sei dieser Krieg zu führen.[6] Quer durch alle politischen, ethnischen und so-

---

1914, S. 17. Stefan Zweig bemerkte in einer Tagebuchnotiz, dass Goldmann in privaten Gesprächskreisen eine andere Version der Abendunterhaltung mit Hindenburg äußerte. Nach dieser hätte sich der deutsche Heerführer über den österreichischen Generalstab sehr beklagt und den mangelnden Einsatz der österreichisch-ungarischen Armee an der Ostfront kritisiert. Stefan Zweig: Tagebücher. Frankfurt/M. 1984, S. 118 (Eintragung 20. November 1914). Im März 1915 schrieb Zweig: „Es ist alles so erschöpft vom Warten, so ganz ohne Hoffnung auf ein wahrhaft gutes Ende [...]. Man schwätzt nicht mehr von den Separatfrieden Frankreichs und Rußlands, man weiß jetzt, daß es nur Erlösung durch Erschöpfung gibt. Tatsächlich, es war Hindenburgs bestes Wort, als er sagte, es käme darauf an, wer die besseren Nerven hätte."

4 1909 hatte der englische Militärarzt Sheldon Evans in der Zeitschrift *The military surgeon* einen Artikel über „Battleship Neurasthenia" veröffentlicht und darin die These vertreten, dass die nervöse Erschöpfung besonders häufig unter Seeoffizieren zu finden sei. Der Einsatz auf den Kriegsschiffen, namentlich der Wachdienst, der den Horizont nach feindlichen Schiffen abzusuchen hatte, galt als besondere Belastung der Nerven. Siehe [Willy] Katz: Kriegsschiffneurasthenie. In: Der Militärarzt 43 (1909), Sp. 207. Zur „Nervenrede" Wilhelms vor den Marineoffizieren siehe den Bericht eines Offiziers: Gesunde Nerven und Seekrieg. In: Marine-Rundschau 1910, S. 1099–1111 sowie Ulrich, Nerven und Krieg, S. 164.

5 So die Auslegung der Rede durch den Grazer Militärkommandanten Erwin v. Mattanovich: Kamerad Alkohol? Graz 1915, S. 8–10.

6 Leopold Freiherr von Chlumecky: Der Wille zum Sieg. In: Österreichische Rundschau 40 (1914), S. 283 f.

zialen Gruppen wurde die Bevölkerung zu einer Mobilisierung der Nerven aufgerufen. Hans Gross (1847–1915), Leiter des Grazer Kriminologischen Instituts, propagierte, dass nun nicht nur die Soldaten im Felde, sondern auch die Zuhausegebliebenen „sehnenstarke Nerven" bräuchten, um den Anforderungen der Kriegszeit gewachsen zu sein.[7]

Wichtigste Voraussetzung für den Nervenkrieg waren Affektkontrolle und emotionale Stabilität. In den Militärkanzleien, die im Sommer 1914 auf Hochtouren liefen, wurden diese Verhaltensregeln am schnellsten umgesetzt. Conrad von Hötzendorf, Generalstabschef der österreichisch-ungarischen Armee, verordnete seinen Offizieren Ruhe und zurückhaltende Umgangsformen. Jedes „nervöse Überhasten" sei zu vermeiden, da es den Dienstablauf schädige und einen unnötigen Kräfteverbrauch zur Folge hätte. Entscheidungsabläufe seien stets in einer gelassenen Atmosphäre zu gestalten. In seinem Beraterstab duldete Hötzendorf nur Männer, die sich und ihre Nerven unter Kontrolle hatten: „Vor allem ließ ich niemals Nervosität aufkommen."[8] Mit dieser Einstellung ging der Heerführer als Vertreter eines neuen mentalen Klimas beispielhaft voran: „Das Herrlichste in dieser Kriegszeit ist ein ruhiger Mensch."[9] Nervenstärke, Ruhe, Entschlossenheit, Besonnenheit – das waren die Fahnenworte, die nach einer nervösen und zerfahrenen Epoche den idealen Soldaten- und Offizierstypus kennzeichnen sollten.

Auch bei den deutschen und österreichischen Psychiatern stießen die wilhelminischen Nervenparolen auf große Zustimmung. Eulenburg, der sich durch das Kaiserwort aufgerufen sah, einen Artikel über die *Kriegsnervosität* zu verfassen, lieferte die psychiatrische Legitimation dazu. Mit dem Ausspruch von den „besseren Nerven" deutscher Soldaten im Krieg hätten Wilhelm und Hindenburg „millionenmal" Recht.[10] In den ersten Monaten des Krieges wurde die Redewendung von den überlegenen Nerven ein wichtiger Bestandteil nationalistischer Kriegsrhetorik, die von den Psychiatern mitgetragen wurde. Der Wiener Psychiater Erwin Stransky erinnerte in einem Vortrag seine Zuhörer daran, „daß auf mitteleuropäischer, also auf unserer Seite, die besseren Nerven sind". Im Gegensatz zu den „eminent psychopathisch veranlagten Russen und Romanen" könne der Krieg in Deutschland und Österreich kaum Geistesstörungen hervorrufen.[11] Diese psychiatrische Diagnose, die

7 Gross, Nerven, Familienblätter und Krieg, S. 221.

8 Feldmarschall Conrad (von Hötzendorf): Aus meiner Dienstzeit 1906–1918. 4. Band: 24. Juni 1914 bis 30. September 1914. Wien-Leipzig-München 1925, S. 239. „Ein neurasthenischer Zustand [...] soll und kann bei den Heeresführern nicht geduldet werden", meinte ein deutscher Nervenarzt schon in den 1880er Jahren. Averbeck, Die akute Neurasthenie, S. 35.

9 Gottfried Traub: Der Krieg und die Seele. Stuttgart-Berlin 1914, S. 25.

10 Eulenburg, „Kriegsnervosität", S. 1.

11 Erwin Stransky: Einiges zur Psychiatrie und Psychologie im Krieg. Wien 1915, S. 1. Stransky erwies

alle Züge jener nationalistischen Kriegswissenschaft trägt, die Freud in seinem Aufsatz *Zeitgemäßes über Krieg und Tod* (1915) kritisierte,[12] lässt sich in die Reihe der zahlreichen öffentlichen Parolen einreihen, die zu Kriegsbeginn den eigenen Status aufwerten und Siegeszuversicht verbreiten sollten. Sie zeigt, dass die Psychiatrie an der Ausweitung ihrer gesellschaftlichen Deutungskompetenz konsequent arbeitete. Wenn dieser Krieg durch Nerven entschieden würde, so käme auf diese Wissenschaftsdisziplin eine besondere Verantwortung zu, da sie auf die Mobilisierung und Entfaltung der nationalen Nervenstärke zu achten habe; es sei dies das „wichtigste Kapital für den Weltkrieg".[13]

Die emphatische Beschwörung der Nervenstärke war aber nicht nur Ausdruck des neuen, nationalpatriotisch gestimmten Selbstbewusstseins einer Wissenschaftsdisziplin, die sich für den Kriegseinsatz der ganzen Bevölkerung verantwortlich fühlte, sondern auch Teil der zu Kriegsbeginn reichlich produzierten Mobilmachungsprosa, die zum Zwecke nationaler Selbstvergewisserung und einheitlicher Vermittlung der Siegeszuversicht aufgeboten wurde.[14] Mit dem Hinweis, dass es nun auf die Nerven ankomme, war klargestellt, dass dieser Krieg eine neue Dimension in der Mobilisierung nationaler und anthropologischer Energien eröffnet hatte. Es ging um einen Krieg der Körper, Seelen und Sinne, um eine Integration emotionaler und mentaler Kompetenzen in den Kriegsdienst, um Zusammenhalt – und nicht zuletzt um das Projekt einer durchgreifenden Neuerung des Lebens selbst, die eine Epoche nervöser Zerfahrenheit und neurasthenischer Kraftlosigkeit beschließen sollte. Die Nerven wurden Teil des „Kulturkrieges" der Publizisten, Intellektuellen und Wissenschafter, die in zahlreichen Vorträgen, Reden und populären Broschüren den Krieg als notwendig für die Erhaltung der geistigen Kräfte der Nation stilisierten. Deutschnationale Psychiater wie Stransky wollten den „Satz von dem gesünderen Nervensystem und der gesünderen Psyche des Großteiles der Bevölkerung Mitteleuropas

---

sich bis ins letzte Kriegsjahr als eifriger Apologet „mitteleuropäischer Nervenstärke". Erwin Stransky: Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkte angewandter Psychiatrie. Wiesbaden 1918, Kap. I: Von unseren gesünderen Nerven im Daseinskriege Mitteleuropas.

12 Freud schrieb: „Selbst die Wissenschaft hat ihre leidenschaftslose Unparteilichkeit verloren; ihre aufs tiefste erbitterten Diener suchen ihr Waffen zu entnehmen, um einen Beitrag zur Bekämpfung der Feinde zu leisten. Der Anthropologe muß den Gegner für minderwertig und degeneriert erklären, der Psychiater die Diagnose seiner Geistes- oder Seelenstörung verkünden." Sigmund Freud: Zeitgemäßes über Krieg und Tod (1915). In: ders.: Das Unbehagen in der Kultur. Und andere kulturtheoretische Schriften. Frankfurt/M. 1994, S. 135.

13 So der deutsche Medizinalrat Emanuel Roth: Kriegsgefahr und Psyche. In: Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 21 (1915), S. 2.

14 Bröckling, Disziplin, S. 209.

[...] nicht genug unterstrichen wissen, denn es ergibt sich daraus mit geradezu zwingender Gewalt die ungeheure innere Überlegenheit mitteleuropäischer Kultur über die sogenannte ‚Zivilisation' Westeuropas und über die in der Keimanlage schon jetzt im halbbarbarischen Stadium unverkennbare Psychopathie der Ostkultur".[15] Ein den „deutschen Idealen" verpflichtetes Bollwerk der homogenen Kultur, der gesunden Männlichkeit und der Stabilität geistiger Werte wird in einen scharfen Gegensatz zur „entarteten Zivilisation" der Feindesmächte gesetzt.

Stransky zeigte sich insbesondere von den Ideen Friedrich Naumanns beeinflusst, dessen Schrift *Mitteleuropa* im Oktober 1915 erschien. Diese erzielte in der Öffentlichkeit eine große Resonanz und fand auch unter Psychiatern Anklang, da sich die Hauptargumente Naumanns psychiatrisch variieren und für patriotische Zwecke einsetzen ließen. *Mitteleuropa* war ein nationalpolitisches Konstrukt der deutsch-österreichischen Bevölkerungsgruppe, die ihre dominante Position innerhalb der Monarchie zu festigen suchte, aber auch die Antwort auf die militärische Pattstellung, die sich zwischen den Mittelmächten und der Entente abzeichnete. Naumanns Ausgangspunkt war die Annahme, dass durch die moderne Waffentechnik der Krieg von keiner Seite mehr gewonnen werden könne. Die Erstarrung lasse die militärischen Auseinandersetzungen allmählich in den Hintergrund treten, ohne dass der Krieg selbst, mit wirtschaftlichen und kulturellen Mitteln fortgeführt, ein Ende finden werde. In dieser von permanenter Kriegsbereitschaft geprägten Defensivsituation sei eine „Politik des Schützengrabens" gefragt, die durch einen Zusammenschluss der deutschen Bevölkerungsgruppe gewährleistet werden könne. Die hegemoniale Energie „deutscher Kultur" würde nicht nur der Bedrohung von außen trotzen, sondern auch die Nationalbewegungen innerhalb der Monarchie zurücktreten lassen. Denkfiguren wie diese fanden unter deutsch-österreichischen Psychiatern Zustimmung und bestätigten Stransky in der Ansicht, dass die Erhaltung der Nervenstärke zum wichtigsten Kriterium der Bevölkerung werden sollte, um den „gesunden Kern" Mitteleuropas weiter zu erhalten.[16]

---

15 Erwin Stransky: Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde. Wien 1916, S. 13.

16 Erwin Stransky: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 555; ders.: Krieg und Geistesstörung, S. 7–9. Zur Geschichte von Naumanns und anderer Mitteleuropa-Konzepte existiert umfangreiche Literatur. Siehe Achim Müller: Zwischen Annäherung und Abgrenzung. Österreich-Ungarn und die Diskussion um Mitteleuropa im Ersten Weltkrieg. Marburg 2001; Richard G. Plaschka u. a. (Hg.): Mitteleuropa-Konzeptionen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Wien 1995; Jacques Le Rider: Mitteleuropa. Auf den Spuren eines Begriffes. Wien 1994; John W. Boyer: Some Reflections on the Problem of Austria, Germany, and Mitteleuropa. In: Central European History 22 (1989), S. 301–315; Moritz Csáky: Österreich und die Mitteleuropaidee. In: Europäische Rundschau 14 (1986), S. 99–107.

Barbara Beßlich hat überzeugend herausgearbeitet, dass es sich bei den Angriffen der „Kulturkrieger" um eine kompensatorische Reaktion auf die Krisen der pluralisierten, nervösen Lebenswelt vor 1914 handelt. Der Wunsch nach existenzieller Veränderung sei mit der Projektion der überwunden geglaubten Schwäche auf den Gegner einhergegangen: „Das, woran die Zeitgenossen vor 1914 gelitten hatten, schien ihnen durch den Krieg beseitigt und wurde nationalstereotyp dem Gegner als Charakteristikum aufgebürdet. Der ‚Kulturkrieg' verwandelte die selbstbespiegelnde Zivilisationskritik in eine ideologische Attacke gegen den Feind und ordnete dem nationalen Selbstbild die sozial-kulturellen Utopien der Jahrhundertwende als eingelöste Realität zu. An die Stelle der Selbstkritik rückte der Angriff auf den Anderen und die Suggestion der eigenen Überlegenheit."[17]

5.2 Enttäuschte Erwartungshaltungen

Was dachten die Psychiater abseits der militärischen und kulturkriegerischen Debatten über die Nervenparolen? Welche psychiatrischen Erwartungshaltungen und Befürchtungen zeigten sich zu Kriegsbeginn in Bezug auf die Nervosität? Und wie ließ sich die für eine erfolgreiche Kriegführung geforderte „Affektbändigung des Alltagslebens" realisieren?[18] Zieht man zu Stransky andere Wortmeldungen hinzu, so zeigt sich ein ambivalentes Bild. Hinter den Kulissen waren die neuro-nationalistischen Stimmen deutlich leiser. Den Kriegsereignissen sah man mit angespannter Neugier und gemischten Gefühlen entgegen. Wie konnte von einer Überlegenheit der nationalen Nerven die Rede sein, wenn doch gerade die Jahrzehnte vor dem Krieg einen besonders hohen Anstieg der Nervenschwäche gebracht hatten? Mussten die Männer, die schon vor 1914 mit ihrer Nervosität zu kämpfen hatten, an der Front nicht binnen kürzester Zeit zusammenbrechen? Fragen wie diese wurden in den Diskussionsforen häufig angesprochen. Viele Mediziner gaben ihrer Erleichterung darüber Ausdruck, dass die geschwächten Nerven der ausgezogenen Männer nun doch stark genug waren, um den Anforderungen des Krieges standzuhalten. Denn wie der Budapester Neurologe Julius Donath bemerkte, schien in diesem Krieg

> nichts wahrscheinlicher, als daß die Kinder unseres als nervös verschrieenen Zeitalters den riesigen Strapazen eines Krieges der Millionenheere mit seinen Frontlängen von Hunderten Kilometern, seinen eintönigen, schmutzigen und nassen Schützengräben, den erstaun-

17 Beßlich, Wege in den „Kulturkrieg", S. 4.

18 Stransky, Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde, S. 15.

> lich vervollkommneten, furchtbaren Vernichtungswerkzeugen, den Kämpfen zu Wasser, zu Lande, unter See, in den Lüften, sowie den wochenlang dauernden Schlachten – wie dies alles noch nicht da gewesen – nicht die nötige Widerstandsfähigkeit werden entgegensetzen können.[19]

Donath zeigte sich erstaunt über das weitgehend intakte Nervensystem der Männer, die sich mit einem Kriegsgeschehen konfrontiert sahen, das in diesen Ausmaßen völlig unerwartet gekommen war. Auch für Alexander Pilcz (1871–1954), einen Wiener Psychiater, der sich mit rassenpsychiatrischen Studien einen Namen gemacht hatte, war die Sorge nicht unbegründet gewesen, dass „das nervös-degenerierte Zeitalter mit einem nervös-psychischen Zusammenbruch von Legionen von Menschen reagieren würde". Erleichtert verwies Pilcz im Frühjahr 1915 in einem Vortrag vor der Wiener Leogesellschaft auf die geringe Zahl an Nervenerkrankungen, die der Krieg mit sich gebracht habe. Wider alle Erwartungen müsse mit Entschiedenheit betont werden, dass die „psychisch-nervöse Widerstandskraft der österreichischen Völker eine überraschend hohe (sei)". Pilcz, der zu Kriegsbeginn die psychiatrische Abteilung des ersten Garnisonsspitals in Wien übernommen hatte, betonte gegenüber seinen Zuhörern, dass er nun für nervöse Attitüden kein Verständnis mehr habe. Die Bilanz, die der Wiener Psychiater nach 15 Monaten Krieg zog, war eindeutig: Wer Neurastheniker sei, könne nun im Felde seine „mehr oder minder eingebildeten Beschwerden und Leiden, sozusagen seine Nerven vergessen lernen". Von der Vorstellung, dass der Krieg eine kathartische Wirkung entfalte, war Pilcz fest überzeugt. Es sei eine „Erfahrungstatsache", dass „viele leicht Nervöse durch den Felddienst an ihren Nerven sogar gesünder geworden sind, sodaß auf sie der Krieg gleich einem Stahlbad kräftigend einwirkte".[20]

In den ersten Berichten der Nervenärzte über die Erfahrungen nervöser Männer mit dem Krieg lassen sich zahlreiche ähnliche Positionen ausmachen. Der Jenaer Psychiater Otto Binswanger (1852–1929), einer der führenden deutschen Neurastheniespezialisten, sah im Krieg ein nervenhygienisches Erlebnis, das die jungen Kriegsfreiwilligen von ihren Leiden befreit habe:

> Ich hatte eine ganze Reihe nervenschwacher Jünglinge im Lauf des letzten Jahres und zur Zeit des Ausbruches des Krieges in Behandlung: ängstliche, kleinmütige, zaudernde, wil-

19 Julius Donath: Beiträge zu den Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems. In: WKW 28 (1915), S. 725. Auch Willy Hellpach, der zu Kriegsbeginn eine große Zahl von Nervenerkrankungen befürchtet hatte, bemerkte später, dass diese Erwartung zunächst „höchst erfreulich enttäuscht" wurde. Hellpach, Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken, S. 1259.

20 Alexander Pilcz: Kriegspsychiatrische Erfahrungen. Festvortrag, gehalten am 1. Dezember 1915 in der Generalversammlung der Österreichischen Leogesellschaft. In: Die Kultur 16 (1915), S. 60.

> lensschwache Menschenkinder [...], da kam der Krieg. Das Krankhafte fiel wie mit einem Schlage von ihnen ab, sie meldeten sich bei der Truppe und – was mir noch merkwürdiger erscheint –, sie haben sich alle, bis auf eine einzige Ausnahme, bis zum heutigen Tage bewährt, und diese einzige Ausnahme ist nicht seelisch, sondern körperlich zusammengebrochen. Also selbst bei diesen angekränkelten Naturen hat der große Reiniger „Krieg" sein Werk getan.[21]

Das plötzliche Abfallen aller nervösen Beschwerden im Kampfeinsatz an der Front – solche und ähnliche Feststellungen waren zu Kriegsbeginn häufig zu hören gewesen. An dieser Stelle ist es angebracht, noch einmal auf Eulenburgs oft zitierten Artikel über die *Kriegsnervosität* zurückzukommen. Die Vermutung, dass der betagte Psychiater (Eulenburg war zu Kriegsbeginn 74 Jahre alt) seine Stahlbadfantasien auf neurasthenische Männer angewandt haben wollte, liegt nahe, aber genau genommen bezog sich sein Wort vom Krieg als einer „Reinigungs-, Abhärtungs- und Verjüngungskur" nicht nur auf neurasthenische Kriegsfreiwillige, sondern ganz generell auf die „gesunden und widerstandsfähig angelegten Naturen". Die Frage, die sich daran anschloss, war folgende: Warum sollte auf nervengesunde Männer, die über eine robuste Konstitution verfügten, der Krieg einen revitalisierenden Einfluss ausüben?[22] Mit solchen Widersprüchen schienen sich die Nervenärzte und Psychiater aber nicht weiter aufzuhalten; die suggestive Kraft der Stahlbadmetaphorik verkehrte so manche Argumentationslogik in hohle Phraseologie. In Propagandaschriften überboten sich noch 1916 die Kriegshetzer mit zynischen Variationen der Stahlbad-Doktrin: „Nach mehr als zweijähriger Kriegszeit sind die Nerven der deutschen Krieger noch längst nicht verbraucht, sie sind im Gegenteil durch den ausgiebigen Gebrauch frischer Luft kräftiger und stählerner geworden."[23] Ähnlich

---

21 Otto Binswanger: Die seelischen Wirkungen des Krieges. Stuttgart-Berlin 1914, S. 22.

22 Der Begriff „Stahlbad" hatte schon in den Jahrzehnten vor 1914 zum therapeutischen Vokabular der Nervenärzte gezählt. In balneologischen Kreisen wurden eisenhältige Quellen (in zeitgenössischer Diktion: „Stahlquellen") als ein wertvolles Behandlungsmittel gegen Nervenkrankheiten aller Art, insbesondere aber bei Neurasthenie, gehandelt, da dieser ein enges Verhältnis zur Blutarmut (Anämie) nachgesagt wurde. Die Vorstellung, dass neurasthenische Beschwerden ihre Ursache in einer chemischen Veränderung der Nervensubstanz hätten, stammte von Beard und ging auf seine erste Veröffentlichung (1869) zurück. Die Zufuhr von Eisenpräparaten – mit dem Ziel, den Eisengehalt im Blut der Kranken zu heben und über diesen Umweg schließlich auch die Nervenschwäche zu beseitigen – konnte nach Ansicht der Ärzte mit dem Trinken von „Eisenwässern" erreicht werden. Ergänzend dazu wurden die eisenhältigen Quellen der Kurorte aber auch zum Baden empfohlen. Den Aufenthalt in einem „Stahlbad" verschrieben die Nervenärzte vor allem für „schwache, widerstandslose Constitutionen", die an „erschlafften Nerven" litten. C[...] Schütze: Die balneologische Behandlung der Neurasthenie. In: Müller, Handbuch der Neurasthenie, S. 442–448.

23 Gotthard Würfel: Der Sieg der deutschen Volksgesundheit im Weltkrieg. Stuttgart-Berlin 1916, S. 30 f.

war, um ein Beispiel aus dem Wiener Kontext anzufügen, auch die Position Wilhelm Stekels, der sich vor dem Krieg ebenfalls ausführlich mit der Nervosität auseinander gesetzt hatte. In seiner 1916 veröffentlichten Schrift *Unser Seelenleben im Kriege* diagnostizierte er zunächst eine durch den Krieg zusätzlich gesteigerte „abnorme Reizbarkeit" der Massen, die nur der kämpfende Soldat an der Front loswerden könne: „Der Krieger hat es noch am besten. Er kann die Gereiztheit an seinem Feinde abreagieren und dient so seinem Vaterland."[24] Der ausziehende Soldat wurde bei Stekel zum privilegierten Patienten, der im Krieg eine aktive Therapie der Nervosität erhielt.

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu sehen, dass zu Beginn des Krieges mit dem Begriff der „Kriegsneurose" nicht nur die psychische Belastung an der Front, sondern auch die emotionale Nervosität des Hinterlandes assoziiert wurde. Das Schwanken zwischen Kriegsbegeisterung und der Sorge, Angehörige im Feld zu verlieren, zeigte sich nach Ansicht der Psychiater in gesteigerter Reizbarkeit und quälender Schlaflosigkeit: „Zahllos sind die Menschen, die jetzt mit offenen Augen in das Dunkel der Nacht starren, um Brüder, Väter, um Männer und Freunde zittern."[25] Damit schienen es vor allem Frauen zu sein, die von der Kriegsnervosität betroffen waren. In der Anfangsphase des Krieges, als die Vorstellung von der revitalisierenden Funktion der Kriegserfahrungen weit verbreitet war, bekam die Nervosität noch einmal ein feminines Antlitz. Aber was die Psychiater für die Freiwilligen an der Front behaupteten, galt ihnen auch für die Daheimgebliebenen: Der therapeutischen Macht der Kriegsereignisse könne sich niemand entziehen. Stekel stellte für die „Legion der Nervösen", die zu Hause geblieben waren, eine günstige Prognose: „Wer krank ist, muß gesunden."[26]

Die Eisen- und Stahlbadmetaphorik spukte nicht nur in den Köpfen der patriotischen Wiener Nervenärzte, sondern auch in jenen der Psychoanalytiker. Hanns Sachs notierte 1916 einige Fälle von „Kriegs-Verlesen", darunter auch den folgenden, der ihm selbst widerfahren war:

> In der Tramway sitzend dachte ich darüber nach, daß manche meiner Jugendfreunde, die immer als zart und schwächlich gegolten hatten, jetzt die allerhärtesten Strapazen zu ertragen imstande sind, denen ich ganz bestimmt erliegen würde. Mitten in diesem unerfreulichen Gedankenzuge las ich im Vorüberfahren mit halber Aufmerksamkeit die großen schwarzen Lettern einer Firmentafel: „Eisenkonstitution". Einen Augenblick später fiel mir

24 Stekel, Unser Seelenleben im Kriege, S. 4.

25 Wilhelm Stekel: Der Wille zum Schlaf! Altes und Neues über Schlaf und Schlaflosigkeit. Wiesbaden 1915, S. 37.

26 Stekel, Unser Seelenleben im Kriege, S. 9.

> ein, daß dieses Wort für eine Geschäftsaufschrift nicht recht passe; mich rasch umdrehend, erhaschte ich noch einen Blick auf die Inschrift und sah, daß sie richtig „Eisenkonstruktion" lautete. [27]

Jene Ärzte, die von Beginn des Krieges an die ausziehenden Truppen begleiteten und sich selbst ein Bild vom psychischen Zustand der Soldaten machen konnten, waren in ihrer Einschätzung vorsichtiger. Schon in den ersten Augusttagen mussten Männer mit nervösen Symptomen in die Garnisonslazarette eingeliefert werden, da sie nicht in der Lage waren, mit ihrem Kampfverband in den Krieg zu ziehen. Unter den Kriegsfreiwilligen, die es ins Feld hinausdrängte, schien die Neurasthenie bald in epidemischer Weise um sich gegriffen zu haben. Der österreichische Militärarzt und Psychiater Georg Stiefler behauptete, dass schon während der Mobilmachungsperiode und in den ersten Wochen des Krieges eine „Hochflut von Nervösen und Psychopathen" zu beobachten gewesen sei.[28] Im Herbst 1914 glaubten die meisten Ärzte jedoch, es mit Einzelfällen zu tun zu haben. Abschwächende Worte fand etwa der Wiener Neurologe Otto Marburg, der das „neurasthenische Bild" verhältnismäßig selten auftreten sah. Nur zwei von tausend Soldaten in der deutschen beziehungsweise sechs von tausend Soldaten in der österreichisch-ungarischen Armee, berichtete Marburg, seien an Neurasthenie erkrankt.[29]

Ein ähnliches Bild zeichnete auch Erwin Stransky, der 1914 als Militärarzt mit einem Infanterieregiment nach Galizien gegangen war. In seinem zusammenfassenden Dienstbericht an das Militärkommando hieß es, dass „Erschöpfungsneurosen" sowohl in der Mannschaft als auch im Offizierskorps recht häufig aufgetreten seien; in den meisten Fällen hätten sich diese Fälle aber nach einer kurzen Erholungspause wieder von selbst gelöst. Vergleicht man Stranskys Bericht und seine Tagebuchaufzeichnungen mit seiner psychiatrischen Kriegspublizistik, so zeigt sich ein scharfer Kontrast, der den propagandistischen Charakter seiner Schriften unterstreicht. Von der maskulinen Nervenstärke deutsch-österreichischer Soldaten konnte keine Rede sein. In den Feldlazaretten zeigte sich ihm eine immer größer werdende Anzahl nervöser Soldaten, die Hilfe benötigte. Regimentsarzt Stransky empfahl den Wiener Militärbehörden dringend, umfassende militärpsychiatrische Maßnahmen einzuleiten. Das Artilleriefeuer bringe „nervöse Reaktionsstadien" mit sich, die sich in „mannigfaltigen pathologischen Affektzuständen" entladen könnten. Um den

27 Hanns Sachs: Drei Fälle von „Kriegs"-Verlesen. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse 4 (1916/17), S. 159.

28 Georg Stiefler: Über Psychosen und Neurosen im Kriege. (II.) In: JPN 38 (1917), S. 162.

29 Otto Marburg: Zur Frage der Beurteilung der traumatischen Neurose. In: WKW 29 (1916), S. 282.

„Kampfgeist der Truppe" zu erhalten, müsse eine größere Zahl an psychiatrisch gebildeten Frontärzten zum Einsatz kommen.[30]

Wie wirkte sich der Krieg auf die Neurastheniker aus? Von Beginn des Krieges an sahen sich die empfindsamen Männer in Uniform mit neuen Realitäten konfrontiert, die ihre Hoffnungen auf eine die Nerven kräftigende Wirkung zerstörte. Der Journalist Egon Erwin Kisch führte 1914/15 über seinen Kriegseinsatz in Serbien Tagebuch und beschrieb darin eindrücklich seine Erfahrungen mit der Nervosität im Krieg. Auch Kisch verglich im August 1914 den Kriegseinsatz mit einem „Freilufterlebnis", das „wohltuend" auf seine Nerven gewirkt habe. Man darf sich von dieser Formulierung nicht täuschen lassen: Kisch bezog diese Einschätzung in erster Linie auf Naturerlebnisse sowie auf die Bedürfnislosigkeit des Lagerlebens und eben nicht auf das Kriegserleben, das „Stahlbad" des Waffenganges. Im Gegenteil: Die Konfrontation mit den Realitäten des Maschinenkriegs bewirkte alles andere als einen therapeutischen Effekt. Schon der erste, von der österreichischen Artillerie begleitete Kampfeinsatz brachte Kisch und seine Kameraden aus der Fassung: „Alles wurde nervös." Im gegnerischen Feuer steigerte sich die psychische Belastung des Soldaten und Journalisten ins Unerträgliche. Kisch, „nach jedem notierten Worte nervös zusammenzuckend", schien es, als ob er „den Höhepunkt grausamen, menschlichen Erlebens niederschreiben müßte".

Nach diesem Tag waren bei Kisch alle Fantasien über eine kathartische Wirkung des Krieges verflogen. Obwohl er den Artilleriebeschuss körperlich unverletzt überstanden hatte, bemerkte er an den darauf folgenden Tagen Schreck- und Angstgefühle, die nicht mehr von ihm wichen; die „Folter des Granatfeuers", so Kisch, steckte „in allen Gliedern und Nerven". Die Explosionen der Stahlgeschosse setzten in den nächsten Kriegswochen die Grenzen des Aushaltens immer höher. Das letzte Stöhnen eines Zugführers im Kreise seiner Kameraden – „wie einen Nervenriß empfinden die Nachbarn dieses Wimmern, so schnell es auch verzittert ist. Ich wende mich ab, man ist gerade nervös genug von dem Lärm und der Gefahr da herum. Und jetzt noch das Gekreisch eines Schwerverletzten hören zu müssen?" Als dann eine serbische Gegenoffensive Kischs Einheit zur Flucht zwang, waren die Belastungen so groß, dass er seinem Tagebuch anvertraute: „Den ganzen Morgen weine ich grundlos und unvermittelt, am Nachmittag lache ich, kurzum ich bin ganz

30 Erwin Stransky: Anbefohlener dienstlicher Bericht über meine Erfahrungen im Felde als Chefarzt des k. u. k. Inf.-Reg. 55 (1915), mit Anhang (1918). Handschriftensammlung des Instituts für Geschichte der Medizin, Universität Wien, HS 3.728. Zu Stranskys Einsatz als Regimentsarzt und Militärpsychiater an der russischen Front 1914/15 vgl. seine in der Österreichischen Nationalbibliothek (Handschriften-, Autographen- und Nachlaß-Sammlung) aufbewahrten Kriegstagebücher: Nachlaß Erwin Stransky, Kriegstagebücher, S.n. 24.120–24.128.

kindisch geworden." Nach sechs Wochen Krieg hatte Kisch – um in die Perspektive der Ärzte zu wechseln – Symptome aufzuweisen, die frappant denen der Neurasthenie ähnelten.[31]

5.3 Die privilegierte Diagnose: Neurasthenie

Die Kriegsneurose schien zunächst einfach ein Problem „schwacher Nerven" zu sein. Die Aufregungen an der Front, die körperlichen Anstrengungen bei langen Märschen und Gefechtshandlungen, der Lärm der Geschütze, all das würde sich bei einem Heimaturlaub wieder korrigieren lassen. Vom Simulationsverdacht blieben die „Kriegsneurastheniker" von 1914 in der Regel noch verschont. Ein Militärarzt schrieb über seine Erfahrungen in einem Lazarett:

> Anders ist es schon mit den Neurasthenikern, die haben vielfach den besten Willen, aber „die Nerven" sind wirklich zu „schwach", sie können sich nicht zusammenraffen; unter Strapazen und Gefahren, die den Gesunden stählen, brechen sie zusammen. Hoffen wir, daß Kultur und Hygiene, an deren Fortschritt gerade die Ärzteschaft so tätig mitgewirkt hat, in diesem Sinne keine weit verbreitete Verzärtelung erzeugt haben.[32]

Mit ein Grund, warum den Neurasthenikern Verständnis entgegengebracht wurde, war das auffallend häufige Vorkommen des Leidens in den oberen militärischen Rängen. Der Typus des „nervösen Offiziers" der Vorkriegszeit fand im „Kriegsneurastheniker" von 1914 seine Fortsetzung. Die Nervenärzte an der Front machten immer wieder die Beobachtung, dass vor allem Offiziere dem Druck nicht gewachsen waren. Kurt Mendel, ein Berliner Neurologe, der mit Begeisterung den Krieg begrüßt (und die redaktionelle Leitung der Zeitschrift *Neurologisches Centralblatt* zurückgelegt hatte, um prompt ins Feld hinauseilen zu können), schrieb über seine Eindrücke:

---

31 Egon Erwin Kisch: Soldat im Prager Korps. Leipzig-Prag [5]1922, S. 35, S. 92–99 und S. 114–136. Die weiteren Aufzeichnungen seien hier kurz zusammengefasst: In den Herbst- und Wintermonaten 1914/15 hielt Kisch, an seinen Tagebucheintragungen arbeitend, noch durch. Eine Granatexplosion, durch die er schwer verwundet wurde, beendete den Kriegseinsatz im März 1915 abrupt. Kisch, nach anfänglicher Todesangst von der Befürchtung ergriffen, dass eine medizinische Behandlung nur kriegsverlängernde Funktion hätte („wie, wenn der Arzt mir lächelnd ein Pflaster aufpappen und mich wieder in den Dienst schicken würde?"), versuchte alles, um sein Frontdasein unterbrechen zu können. Er entschloss sich, neben seinen körperlichen Verwundungen „den Ärzten eine ‚traumatische Neurose' vorzuspielen" und gleichzeitig eine Offiziersbeförderung anzustreben, um nach acht Monaten Krieg einen Heimat- beziehungsweise Genesungsurlaub antreten zu können – ein Kunststück, das gelang.

32 Anonym: Zivilarzt im Militärreservelazarett. In: MK 10 (1914), S. 1409.

> Häufiger als bei Mannschaften sah ich neurasthenische Krankheitsbilder bei Offizieren; letztere boten dann fast durchaus das gleiche Bild, welches am besten als „nervöser Erschöpfungszustand" zu benennen ist: eine allgemeine Energielosigkeit, ein Mangel an Dispositions- und Entschlußfähigkeit, das Gefühl des völligen körperlichen Zusammenbruchs und besonders eine starke Neigung zum Tränenvergießen; oft sah ich herkulisch gebaute Offiziere, die zahlreiche Gefechte „ohne mit der Wimper zu zucken" mitgemacht hatten, wie die Kinder weinen [...]. Bei diesem nervösen Erschöpfungszustand fehlte jeglicher Zug von Hypochondrie, Hysterie oder Melancholie, es waren Neur„asthenien" in des Wortes eigentlichster Bedeutung.[33]

In den ersten beiden Kriegsjahren erlebte die Neurasthenie eine erneute Konjunktur. Sie war in den Nervenstationen der Militärspitäler die am häufigsten gestellte Diagnose. Für diese Einschätzung finden sich in der psychiatrischen Kriegsliteratur zahlreiche Belege. Stefan Jellinek etwa, an dessen Nervenabteilung des Wiener Garnisonsspitals Nr. 2 bis Ende 1915 rund 20.000 Patienten behandelt worden waren, gab an, dass die überwiegende Anzahl Neurastheniker gewesen sei. Für ihn war die Neurasthenie die „häufigste Diagnose des Tages".[34] Von seiner Tätigkeit an der Grazer Nervenklinik berichtete Heinrich di Gaspero Ähnliches. Die „diffuse Asthenie des Nervensystems" sei unter den eingelieferten Soldaten am häufigsten zu finden.[35]

Wie schon in den Jahrzehnten vor dem Krieg hatte die Neurastheniediagnose eine eindeutig klassenspezifische Note. Ein österreichischer Militärarzt sprach 1915 von „nun fast alltäglich" auftretenden, „ganz merkwürdigen Neurastheniefällen", die besonders unter den Offizieren verbreitet seien.[36] Von allen Fronten wurden den Militärbehörden ähnlich lautende Einschätzungen mitgeteilt.[37] Für Fritz Hartmann, der 1918 einen umfassenden Bericht über *Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges* veröffentlichte, waren Symptome der nervösen Erschöpfung sogar „die alleinige

33 Kurt Mendel: Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. In: NC 34 (1915), S. 6.

34 Jellinek, Zur militärärztlichen Konstatierung der Kriegsneurosen, S. 189 f.

35 H[einrich] di Gaspero: Beitrag zur Kenntnis der nervösen Erkrankungen im Kriege. In: MVS 53 (1916), S. 19 f. Die anfänglich dominierende Stellung der Neurasthenie in der kriegspsychiatrischen Diagnostik betonen auch der Budapester Psychiater Ernst Emil Moravcsik: Die Psychosen des Krieges. In: WMW 66 (1916), S. 1485–1491, S. 1516–1523 sowie der deutsche Sanitätsrat [...] Riebeth: Über Neurasthenie bei Kriegsteilnehmern. In: PNW 17 (1915/16), S. 71–76.

36 L[azarus] Sztanojevits: Neurologisches während des Feldzuges. In: MK 11 (1915), S. 1156.

37 Gustav Cartellieri: Kriegsverletzungen der Seele. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 353 f. Schon im Oktober 1914 erhielt das Innsbrucker Militärkommando die Nachricht von einer großen Zahl von Offizieren, die an der Ostfront einen „Nervenschock" erlitten hatten. Siehe Gerhard Oberkofler und Eduard Rabofsky: Tiroler Kaiserjäger in Galizien. In: Sabine Weiss (Hg): Historische Blickpunkte. Festschrift für Johann Rainer. Innsbruck 1988, S. 518.

Domäne der Offiziere".[38] Neurasthenie galt als die Krankheit der mittleren und oberen militärischen Ränge, als ein Leiden der Offiziere, das nicht nur durch Kampfhandlungen, sondern auch durch die große militärische Verantwortung verursacht wurde. In diesen Fällen war die Neurasthenie genau die Diagnose, mit der ein Heimaturlaub oder Kuraufenthalt bewilligt werden konnte, ohne dass man dem Vorwurf der Feigheit oder eines anderen unmännlichen Verhaltens ausgesetzt war. Vor der Mannschaft hatten die Offiziere keine Scheu, ihre „angegriffenen Nerven" zu beklagen und eine längere Abwesenheit von der Front mit dem Hinweis auf einen Sanatoriumsaufenthalt zu begründen.[39]

Auch für Militärärzte selbst boten neurasthenische Beschwerden einen willkommenen Anlass, den Kriegsalltag zeitweilig oder ganz hinter sich zu lassen. Eine „hochgradige Nervenschwäche" wurde von den Militärbehörden problemlos als Ablösungsgrund anerkannt.[40] Der klassenspezifische Charakter der Neurasthenie zeigte sich insbesondere in der Art und Weise, wie man mit den Offizieren therapeutisch umging. Im Gegensatz zu gewöhnlichen Soldaten kamen sie in den Genuss einer privilegierten Behandlung, die im Wesentlichen nach den Prinzipien der Vorkriegszeit gestaltet war. K. u. k. Offizieren, die an „nervöser Erschöpfung" litten, wurde ein Aufenthalt in den renommierten Kurorten der Monarchie oder in der Metropole Wien gewährt. Dort konnten die Offiziere Zuflucht suchen: vor den Kämpfen an der Front, die sich als weitaus schwieriger gestaltet hatten als angenommen, vor dem Schock des Maschinenkriegs und vor der bedrückenden Ahnung, dass nach Ende dieses Krieges nichts mehr so sein würde, wie es zuvor gewesen war. In diesen Refugien des Krieges war das therapeutische Instrumentarium breit gefächert und ließ Platz für persönliche Wünsche. Die Umgangsformen waren dem hohen gesellschaftlichen Status der Offiziere angepasst. Für die behandelnden Ärzte waren die Kriegspatienten nach wie vor „Kurgäste", die unter Aufsicht „eine mehrwöchentliche ruhige Badekur" zu absolvieren hatten.[41] Jeder Behandlungstag brachte neue balneologische Spezialitäten zur Anwendung: Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- und Kohlensäurebäder, dazu verschiedene Mineralwässer- und andere Trinkkuren. In diesen „Stahlbädern" arbeiteten die Ärzte mit den Offizieren noch genauso, wie sie es zu Friedenszeiten gewohnt gewesen waren.

---

38 Fritz Hartmann: Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges. In: APN 59 (1918), S. 1129.

39 Matthias Ladurner-Parthanes: Kriegstagebuch eines Kaiserjägers. Nach dem Originalmanuskript bearbeitet von Josef Rampold. Bozen 1996, S. 167.

40 Heinrich von Schullern: Erinnerungen eines alten Feldarztes aus dem Weltkrieg. Hall 1934, S. 41.

41 [...] Fellner: Beiträge zu den Kriegsschädigungen des Nervensystems. In: Kriegsärztliche Berichte aus Franzensbad 1914–1915, hg. vom Komitee der „Kriegsärztlichen Abende" in Franzensbad. Prag 1915, S. 43 f.

Von den Offizieren wurden die offerierten Rückzugsnischen dankbar angenommen. Mit der Diagnose „Neurasthenie stärkeren Grades!" war noch 1918 der Anspruch auf eine besondere Behandlung verbunden. „Im Lazarett ging es mir als hochgradigem Neurastheniker sehr gut. Ich bekam vorzügliche Verpflegung, mußte täglich ein Brombad nehmen, und von Josefstadt hatte ich mir ein Päckchen Urlaubsscheine, die ich schon dort abstempelte, mitgenommen. Ich fuhr also übers Wochenende immer unentgeltlich nach Hause", erinnerte sich ein ehemaliger österreichischer Offizier.[42] Typisch war dieser Fall allerdings nicht. Für die meisten Offiziere, die an einer Nervenschwäche litten, hatten sich die Bedingungen mit Fortdauer des Krieges verschlechtert. Spätestens ab 1916 wurden die Privatsanatorien in Lazarette umgewandelt und für Verwundete aller militärischen Ränge in Anspruch genommen. Die Zeiten, in denen neurasthenische Offiziere in Kurorten und Sommerfrischen „in heilloser Weise verwöhnt wurden und dadurch verbummelten", waren vorbei.[43]

Dennoch machte die Allianz von Militärärzten und Kriegsbürokratie für Offiziere immer wieder Lücken auf, in denen man gut durch den Krieg kommen konnte. Ein Beispiel dafür ist die Kriegsbiografie des Wiener Psychoanalytikers Richard F. Sterba. 1916 wird der achtzehnjährige Gymnasiast von der Armee eingezogen, in einer Offiziersschule ausgebildet und an die Isonzofront geschickt. Dort erlebt er die Schrecken des Maschinenkrieges, doch er hat Glück. Eine Erkrankung verhilft ihm zum Rücktransport nach Wien, wo er in einem Kriegsspital schnell genesen und – dank seiner musikalischen Talente und der Hilfe eines einflussreichen Geistlichen – dort insgesamt sieben Monate verbringen kann. Eine Tapferkeitsmedaille und eine Beförderung verhelfen ihm zum Eintritt in die Offizierswelt des Hinterlandes, die noch 1917 von weitgehenden Privilegien gekennzeichnet war. Sterba kann sich ungehindert seinen Interessen widmen: Er gründet ein Streichquartett, geht täglich abends ins Theater oder in die Oper und beginnt sich mit den Schriften Freuds zu beschäftigen. Als sich die Forderung der Militärbehörden nach einem erneuten Dienstantritt nicht weiter aufschieben lässt, bewahren ihn bürokratische Unregelmäßigkeiten im Kriegsministerium vor dem Transfer an die Front: Die Organisation seiner Tauglichkeitsüberprüfung zieht sich über ein weiteres halbes Jahr hin. Sterba wird beurlaubt und lässt sich – die den Offizieren zugestandene Reisefreiheit innerhalb der Monarchie nutzend – in Salzburg nieder, wo er bei Verwandten unterkommt. Im Frühjahr und Sommer 1918 verbringt er in der Stadt eine „herrliche Zeit", die nur durch die Furcht getrübt wird, wieder an die Front kommandiert zu

42 Leo Schuster: „... Und immer wieder mußten wir einschreiten!" Ein Leben „im Dienste der Ordnung", hg. von Peter Paul Kloß (= Damit es nicht verlorengeht ... 8). Wien-Köln-Graz 1986, S. 113.

43 [Ludwig] Weber: Zur Behandlung der Kriegsneurosen. In: MMW 64 (1917), S. 1254.

werden. Doch erweist sich die Angst letztlich als unbegründet. In der Tauglichkeitsuntersuchung, die kurz vor Kriegsende in Innsbruck stattfindet, wird Sterba mit der Diagnose „Herzneurose" als für den Felddienst untauglich erklärt.[44]

Die Schriftstellerin Pat Barker hat in ihrem Kriegsroman *Regeneration* eindrucksvoll beschrieben, dass psychiatrische Diagnosen und Therapien im Krieg klassenspezifischen Kriterien folgten. In allen europäischen Armeen des Ersten Weltkrieges wurde auf die emotionalen Bedürfnisse und sozialen Interessen der Offiziere stärker Rücksicht genommen als auf die der Mannschaft.[45] Selbst nach der Kriegstagung der deutschen Nervenärzte in München (1916), die eine deutliche Verschärfung in der Anwendung der Therapie von Kriegsneurosen nach sich zog, betonten die Wortführer einer staatstreuen Kriegspsychiatrie, dass mit Angehörigen des Offizierskorps schonend zu verfahren sei.[46] Die Diagnose der Neurasthenie leistete dabei gute Dienste. Nervenschwäche und Nationalpatriotismus waren kein Widerspruch. Exemplarisch lässt sich dies an den Kriegsschriften von Willy Hellpach zeigen. Als Militärarzt in einem Nervenlazarett für Offiziere wurde er nicht müde, den Elitenstatus der Neurasthenie zu betonen. „Kriegsneurastheniker" seien „die wirklich besten unter den Nervengeschädigten", Männer, die in der „Gipfellinie des Vorbildlichen und Führenden oder Führungsgeeigneten" zu finden waren. Mit den Offizierspatienten fühlte sich der Nervenarzt auf derselben sozialen Stufe. Hellpach drückte das so aus: Offiziere seien als „Kulturmenschen" gegenüber den „hysterischen Mannschaften" die an „Wert unbedingt Überlegenen". Aus diesem Grund hätten sie auch große Aufmerksamkeit und moderate Behandlungsmethoden verdient:

> Der ganze ärztliche Ton, der auf die Hysterie zugeschnitten ist, paßt nicht für die Neurasthenie. Der Hysterische braucht die harte Faust, Unerbittlichkeit bis zur Gewaltsamkeit, denn der hysterische Krankheitswille muß [...] im überwuchtigen Stoß niedergerungen werden. Der Neurastheniker aber braucht Teilnahme, Trost, Zuspruch, ein warmes Herz [...], er braucht in der therapeutischen Kleinarbeit alles das, was dem Hysterischen Gift ist und die Hysterie verewigt. Packt man den Neurastheniker an wie den Hysteriker, so läuft man Gefahr ihm zu schaden [...] – ihn womöglich zu hysterisieren.[47]

---

44 Richard F. Sterba: Erinnerungen eines Wiener Psychoanalytikers. Frankfurt/M. 1985, S. 20–23.

45 Pat Barker: Regeneration. London 1991. Die deutschsprachige Ausgabe erschien 1997 in der Übersetzung von Matthias Fienbork unter dem Titel *Niemandsland*. Auf die klassenorientierte Diagnosepolitik der Psychiater hat zuerst Eric J. Leed hingewiesen: No Man's Land. Combat & Identity in World War I. Cambridge 1979, S. 163 f. Zur Situation in der italienischen Armee siehe Bruna Bianchi: Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy during the Great War. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 243–248.

46 Riedesser, Verderber, „Maschinengewehre hinter der Front", S. 36; Komo, Für Volk und Vaterland, S. 65–70.

47 Willy Hellpach: Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken. In: MK 13 (1917), S. 1261.

Auch in der österreichisch-ungarischen Armee wurde die Neurasthenie überwiegend bei Offizieren diagnostiziert und mit solidarischen Therapien verbunden. Julius von Wagner-Jauregg berichtete 1917 ausführlich von einem „nervösen Offizier", dem als Simulationsverdächtigen die „goldene Brücke" gebaut wurde; auf Wunsch des Patienten wurde statt der üblichen Behandlung mit dem elektrischen Strom „konservativ-mechanische Therapie" (damit waren Übungen mit Turngeräten gemeint) verabreicht.[48] Einfache Soldaten hingegen hatten, vor allem wenn sie nicht deutsch-österreichischer Herkunft waren, in den Nervenabteilungen der Wiener Militärspitäler einen schweren Stand. Für ungarische Handwerker, polnische Bauern oder ruthenische Arbeiter kam die Diagnose Neurasthenie nicht in Frage. Zuordnungen wie „psychopathische Minderwertigkeit mit hypochondrischer Verstimmung und hysterischen Symptomen" waren bei Offizieren undenkbar. Angehörige der Mannschaft sahen sich mit solchen diffamierenden Klassifizierungen jedoch häufig konfrontiert.[49]

Diese Beispiele zeigen, dass die Grenzen innerhalb der psychiatrischen Terminologien nicht nur aufgrund fachinterner Probleme verwischt wurden. Die Einteilung von Symptomen, das Stellen einer Diagnose, die Zuweisung von Therapien – medizinisches Handeln im Krieg hatte viel mit den subjektiven Motiven des Arztes, seiner Weltanschauung und seinem sozialen Hintergrund zu tun. Wenn die Neurasthenie schon vor 1914 durch soziale Zuschreibungskriterien gekennzeichnet war, so änderte sich das auch während des Krieges nicht. Der Tübinger Psychiater Robert Gaupp (1870–1953) schrieb rückblickend dazu: „Ob ein Tremor, eine Reflexsteigerung oder ein Kopfschmerz neurasthenisch, endogen-psychopathisch oder hysterisch

---

Das Verhältnis von „Neurasthenikern" zu „Hysterikern" betrug auf Hellpachs Station für die einfachen Mannschaften 46 zu 29 Prozent, für die Offiziere hingegen 53 zu 7 Prozent. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Fritz Hartmann an der Grazer Nervenklinik. Hartmann, Die k.k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges, S. 1234 f. Hans Curschmann, der 1916 eine Umfrage zu den Nervenerkrankungen der Offiziere in den Lazaretten Südwestdeutschlands durchführte, bekam von „sehr erfahrenen Fachgenossen" einhellig zur Antwort, dass unter diesen überwiegend neurasthenische Zustände dominierten. Als Begründung führten die Ärzte die „höheren psychischen Qualitäten" der Offiziere an. Als die „ethisch guten Elemente" hätten sie gegenüber der Mannschaft ein größeres Ehrgefühl entwickelt. Hans Curschmann: Zur Kriegsneurose bei den Offizieren. In: DMW 43 (1917), S. 291–293.

48 Julius v. Wagner-Jauregg: Erfahrungen über Kriegsneurosen III. In: WMW 67 (1917), Sp. 190 f. Ähnliche Beispiele auch bei Kurt Goldstein: Über die Behandlung der Kriegshysteriker. In: MK 13 (1917), S. 755.

49 Die klassenspezifische Zuweisung von Diagnosen geht aus dem vollständig erhaltenen Kriegsbestand der Wiener Nervenheilanstalt Rosenhügel eindrucksvoll hervor. Für die oben genannten Beispiele siehe ÖStA-KA, Militärspitäler, Nervenheilanstalt Rosenhügel, Karton 3 (1300–1499) 1916, Prot.-Nr. 1304, 1334 und 1356.

ist, kann nicht durch die klinischen Erscheinungsformen des Symptombildes, sondern muß aus dem Gesamttatbestand geschlossen werden."[50] Dieser „Gesamttatbestand" des Patienten war stets variierbar – und unterlag allein der Beurteilung des behandelnden Psychiaters: Je nach dem allgemeinen Eindruck, der Gestalt der Symptome, der sozialen Herkunft und nicht zuletzt je nach der militärischen Stellung konnten unterschiedliche Diagnosen vergeben und verschiedene Behandlungsmethoden angewendet werden.

5.4 Der „verweiblichte" Kriegsgegner: Hysterie

Philipp Jolly, Stabsarzt auf einer Nervenstation in Nürnberg, begutachtete im Herbst 1914 einen nervenkranken Soldaten, dessen Kopf und Oberkörper unaufhörlich von heftigen rhythmischen Bewegungen gebeutelt wurden. Jolly beschäftigte sich eingehender mit dem Mann und errechnete, dass dieser seine zuckenden Bewegungen „durchschnittlich etwa 220(mal) in der Minute, also am Tage zu 15 Stunden etwa 198.000(mal)" vollführte. Helfen konnte der Arzt seinem Patienten, dessen dramatisches Erscheinungsbild bald als das eines typischen „Kriegszitterers" bezeichnet wurde, nicht. Noch Monate nach Jollys zahlreichen Behandlungen, die allesamt keine Besserung des Zustandes herbeigeführt hatten, lag der Mann mit seinen schüttelfrostartigen Symptomen auf der Nervenstation. Auch hinsichtlich der Diagnose hatte sich der Nervenarzt schwer getan. Die meisten Patienten auf seiner Abteilung waren von ihm als Neurastheniker klassifiziert worden. Bei dem von ihm geschilderten Fall hatte Jolly allerdings etwas anderes diagnostiziert. Analog zu den Erfahrungen mit Zitterzuständen, die er im Frieden „besonders bei Frauen" beobachtet haben wollte, ordnete der Arzt die funktionellen Bewegungsstörungen seines Patienten dem Begriff der Hysterie unter.[51]

Neben den Nervenverletzungen, die durch Schüsse oder Granatsplitter hervorgerufen worden waren, traten bei den Soldaten Symptome auf, die in den Augen der Ärzte frappierend an eine männliche Form der Hysterie erinnerten. Für die Militärpsychiatrie war zu Kriegsbeginn das Vorkommen der Hysterie bei Männern weder neu noch besonders spektakulär. Der in der psychiatrischen Memoirenliteratur (am deutlichsten bei Max Nonne) vertretene Standpunkt, dass es sich bei der männlichen Hysterie um eine seltene oder gar bis dato unbekannte Krankheit handle, stimmte

50 Zit. nach Oswald Bumke: Kriegsneurosen. Allgemeine Ergebnisse. In: O[swald] Bumke, O[tfrid] Foerster (Hg.): Handbuch der Neurologie. Erg.-Bd., Teil 1. Berlin 1924, S. 59.

51 Ph[ilipp] Jolly: Erfahrungen auf der Nervenstation eines Reserve-Lazaretts. In: Schmidts Jahrbücher der in- und ausländischen Medizin 82 (1915), Bd. 321, S. 145.

mit dem damaligen Stand der Forschung nicht überein und war eine lancierte Legende.[52] Auch wenn die Psychiater die „hysterische Zitterneurose" häufig als eine spezifisch weibliche Krankheitsform beschrieben hatten,[53] so war das Vorkommen dieser Symptome 1914 auch bei Männern längst ein Gemeinplatz. Schon in den 1860er und 1870er Jahren hatten in Wien die Nervenpathologen und Elektrotherapeuten Moritz Benedikt, Moritz Rosenthal und Josef-Isidor Wilheim von der *Hysteria virilis*, der Hysterie beim Manne, gesprochen.[54] In konservativen Medizinerkreisen blieb sie ein Tabubegriff, dessen Anwendung auf Männer als unehrenhaft empfunden wurde. Charcots Aufsehen erregende Forschungsergebnisse an der Pariser Salpêtrière, die Freud 1886 der Wiener Ärzteschaft vorstellte, stießen auf kritisches Interesse, aber auch auf offene Ablehnung. Scharfe Worte der Zurückweisung fand vor allem Theodor Meynert, der sich entschieden gegen eine psychiatrische Anerkennung der Hysterie beim Manne aussprach. Die Verwendung dieses Terminus sei, so Meynert, „bei dem Geschlechte ohne ‚Hysterom' nicht ansprechend".[55] Die meisten Psychiater und Nervenärzte verdrängten die männliche Hysterie, obwohl sie deren Existenz nicht leugneten. Wilhelm Neutra, Chefarzt der Nervenabteilung des Badener Garnisonsspitals, charakterisierte diese Haltung so: „Wenn es auch sicher ist, daß die Hysterie der Männer nicht so selten ist, wie gewöhnlich von Laien angenommen, so erschien doch die Kriegshysterie fast wie eine neue, sogar den meisten Ärzten unbekannte Krankheit."[56]

---

52 Darauf hat Paul Lerner aufmerksam gemacht: Psychiatry and Casualties of War in Germany, 1914–18. In: Journal of Contemporary History 35 (2000), S. 13. Max Nonne hatte in seinen Lebenserinnerungen geschrieben: „Schon nach wenigen Monaten zeigte sich uns ein Bild, das wir früher nur ganz selten gesehen hatten – das Bild der Hysteria virilis, der ‚männlichen Hysterie'. Es war ein solches Bild schon von Charcot in Paris gezeichnet worden. Wir hatten damals gesagt: ‚So etwas kommt nur bei den Franzosen vor, in Deutschland gibt es keine Hysterie der Männer.' Jetzt sahen wir sie oft und in allen Formen." Nonne, Anfang und Ziel meines Lebens, S. 177 f.

53 Richard von Krafft-Ebing: Zwei Mädchen mit hysterischer Zitterneurose. In: NC 18 (1899), S. 190.

54 Moritz Benedikt: Über Hysterie. In: WMW 18 (1868), Sp. 107; M[oritz] Rosenthal: Klinik der Nervenkrankheiten. Stuttgart ²1875, S. 467; Wilheim, Die nervöse Erschöpfung, S. 238.

55 Theodor Meynert: Beitrag zum Verständnis der traumatischen Neurose. In: WKW 2 (1889), S. 475. Zur reservierten Aufnahme von Charcots Thesen in der Wiener Ärzteschaft siehe Malleier, Die Kriegsneurose in der Wiener Psychiatrie, S. 206–208 und Peter Gay: Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt/M. ⁴2001, S. 65–67. Zu Charcot und zur männlichen Hysterie im französischen Kontext siehe die Arbeiten von Mark S. Micale: Charcot and the Idea of Hysteria in the Male. Gender, Medical Science, and Medical Diagnostics in Late Nineteenth-Century France. In: Medical History 34 (1990), S. 363–411; ders.: Jean-Martin Charcot and *les névroses traumatiques*: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 115–139.

56 Wilhelm Neutra: Seelenmechanik und Hysterie (Psychodystaxie). Vorlesungen über allgemeine und medizinisch angewandte Lustenergetik (Psychosynthese). Leipzig 1920, S. 154.

Ein ähnlich ambivalentes Bild zeigt auch die militärmedizinische Vorkriegsliteratur. Die Militärärzte Österreich-Ungarns kannten in ihrem Morbiditätsschema keine eigene Rapportnummer für die Hysterie, sondern reihten diese mit anderen Nervenerkrankungen (Neurasthenie, traumatische Neurose) unter einer Positionsnummer (IV.-31) ein. In offiziellen Militärstatistiken war daher eine Krankheitskategorie, die hysterische Störungen in der Armee präzisieren konnte, nicht existent. Die führenden Wiener Militärpsychiater vor dem Ersten Weltkrieg, Emil Mattauschek (1870–1935) und Bruno Drastich (1866–1931), beschäftigten sich mit der männlichen Hysterie nur am Rande.[57] Im Vergleich zu Deutschland, wo die Diagnose schon vor 1900 im militärpsychiatrischen Kanon etabliert war, blieb Österreich-Ungarn zurück. Nicht aus dem Josephinum, der renommierten militärärztlichen Akademie Wiens, sondern aus einem Garnisonsspital an der Peripherie der Monarchie kamen nach 1900 erste Beiträge, die sich mit der Hysterie in der k. u. k. Armee beschäftigten. Artur Mann, Militärpsychiater am Krakauer Garnisonsspital, hatte 1907 in zwei Artikeln die Hysterie als eine häufige Erkrankung des Militärpersonals charakterisiert.[58] Ihr Auftreten erklärte er mit rassenpsychiatrischen Argumenten und der unterschiedlichen Zusammensetzung der Armee. Da „Slawen, Romanen und Juden viel mehr" zu Hysterie disponiert seien als „Germanen", sei deren Vorkommen in der österreichisch-ungarischen Armee nicht weiter verwunderlich. In beiden Artikeln nimmt die Simulationsfrage einen breiten Raum ein. Männliche Hysteriker waren für den Krakauer Militärpsychiater meist mit Simulanten gleichzusetzen, die sich dem Militärdienst entziehen wollten.

Dass die Hysterie schon vor 1914 im militärmedizinischen Milieu thematisiert worden war, bedeutete also nicht, dass ihr damit das stigmatisierende Beiwerk genommen war. Die eindeutig geschlechtsspezifische Zuschreibung der Krankheit besaß nach wie vor Gültigkeit: „Gegenwärtig ist die Verhältniszahl zwischen maskuliner und femininer Hysterie auf 1 zu 6 zu fixieren."[59] Als eine unerwünschte

57 Bruno Drastich: Der geistig Minderwertige in der Armee und dessen Beurteilung durch die hiezu berufenen militärischen Organe. Wien 1906; ders.: Die Psychiatrie in ihrer Bedeutung für die Armee. In: Allgemeine Militärärztliche Zeitung 1908, S. 23 f.; Emil Mattauschek: Neurosen und Militärdiensteignung. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 86–89, Sp. 106–109, Sp. 120–124; Hugo Zuzak: Militärdienst und Geistesstörung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen im Mannschaftsstande nach Entstehung, Verlauf, Ausgang und therapeutischer Beeinflußbarkeit. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 109 f., 124 f., 155 f. Zur männlichen Hysterie im deutschen Militär vor 1914 siehe Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, S. 77–104. Zu Konstruktionen militärischer Männlichkeit in Österreich-Ungarn arbeitet die Wiener Historikerin Christa Hämmerle. Ihr Forschungsprojekt trägt den Titel „Zwischen Akzeptanz und Verweigerung: Männlichkeit und Militär in der Habsburgermonarchie (1848–1918)".

58 A[rtur] Mann: Hysterie beim Militär. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 197–199, Sp. 219–221; ders.: Die Hysterie des Soldaten. In: Der Militärarzt 42 (1908), Sp. 52–58, Sp. 76–78, Sp. 90–94.

59 Friedrich Valek: Beitrag zur Kenntnis der Hysterie. In: Der Militärarzt 46 (1912), Sp. 209–212.

Begleiterscheinung der wachsenden Personalstände in den Armeen nahm man ihre Existenz zwar zur Kenntnis, bot aber gleichzeitig einen stereotypen medizinischen Einordnungsapparat auf, der den Hysteriker zu einer Persona ingrata machte. Mann bekräftigte kurz vor Kriegsbeginn in einem weiteren Artikel sein Bestreben, „die Armee von psychisch nicht einwandfreien Elementen zu säubern, um eben im Kriege nicht noch mehr Psychosen entstehen zu sehen".[60]

Zu Kriegsbeginn galten in den Augen vieler Ärzte Virilität und Hysterie nach wie vor als ein antagonistisches Begriffspaar, das in der maskulinen Soldatenwelt des Krieges völlig fehl am Platz war. Der mit romantisch-heroischen Männerriten ausgestattete Kämpfer von 1914, der begeistert in das „Stahlbad" der Waffen zog, war von einer strikt gezogenen Grenze der Geschlechterrollen geprägt. Jegliche Unschärfe oder Verwischung mit weiblichen Attributen war unerwünscht, ja sogar gefährlich, da es sich in diesem Krieg um eine Männerprobe handelte, in der schwächlich-effeminierte Soldaten den Siegeswillen ihres Volkes untergraben konnten. Weibliche Attribute hatten in dieser Männlichkeitskonstruktion nichts zu suchen, wurden aber mit Vorliebe dem Gegner zugeschrieben. Um beim Beispiel Deutschland zu bleiben: Die französische Nation galt nach Meinung führender deutscher Offizierskreise seit dem Krieg von 1870/71 als hochgradig effeminiert.[61] In medizinischer Hinsicht hatte dieses Stereotyp insofern Konsequenzen, als den französischen Soldaten auch bestimmte „Frauenkrankheiten" zugewiesen wurden, darunter die männliche Hysterie, von der Max Nonne und andere deutsche (aber auch österreichische) Psychiater glaubten, dass diese hierzulande so gut wie nicht existiere. Jean-Martin Charcots Forschungen über die *Hysteria virilis* seien – so die Meinung vieler Ärzte – eben nur beim französischen Mann möglich gewesen, der als Angehöriger einer verweiblichten Nation zu solch ungewöhnlichen Krankheitsformen neige.[62]

Solche Gedankengänge knüpften an ein weiteres Vorurteil an, das ebenfalls seit dem Deutsch-Französischen Krieg existierte. Der „Nationalcharakter" der Franzosen galt in den Augen vieler deutscher Ärzte nicht nur als effeminiert, sondern wies generell Symptome „psychischer Entartung" auf. Der Psychiater und Militärarzt Carl Stark (1836–1896) hatte 1871 in seiner Schrift *Die psychische Degeneration des fran-*

60 Artur Mann: Einige psychische Erkrankungen während der Kriegsvorbereitung. In: Juchnowicz-Hordynski, Glaser, Militärmedizin und ärztliche Kriegswissenschaft, S. 459.

61 Ute Frevert: Nation, Krieg und Geschlecht im 19. Jahrhundert. In: Manfred Hettling, Paul Nolte (Hg.): Nation und Gesellschaft. Historische Essays. München 1996, S. 157. Zur nationalistischen Habitusformierung und zur Militarisierung der Männlichkeit im deutschen Kaiserreich nach 1870/71 siehe Svenja Goltermann: Körper der Nation. Habitusformierung und die Politik des Turnens 1860–1890. Göttingen 1998, bes. S. 290–324.

62 Adolf Strümpell: Lehrbuch der Speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. 3. Leipzig [10]1896, S. 573; Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 635.

zösischen Volkes erstmals auf eine angeblich verminderte geistige Gesundheit des Kriegsgegners hingewiesen.[63] 1914 erhielten psychiatrische Diffamierungsstrategien des Gegners eine Neuauflage. „Emotivität, Eitelkeit und Suggestibilität" waren für den Münchener Nervenarzt Leopold Löwenfeld die drei Hauptzüge der französischen Nation, die sich in einem permanenten Zustand der „hochgradigen Erregung" und „intellektuellen Minderwertigkeit" befinde.[64]

Löwenfelds Schrift *Psychopathia gallica* steht in einer besonders subtilen Tradition von Stereotypenlegitimierung: Die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Medizin und Anthropologie entwickelte Strategie, Fremdes, Unliebsames, Unerwünschtes oder Feindliches dem Pathologieverdacht auszusetzen, war stets mit dem Anspruch auf „Wissenschaftlichkeit" aufgetreten. Die Intention solcher Studien war die Isolierung von scheinbar naturgesetzlichen Differenzen, die den eigenen Status klar definierbar und kontrastiv einsetzbar machen konnte. Mit Hilfe von Löwenfelds Pamphlet ließ sich eine strikte Grenze zum eigenen, gesunden und virilen Selbstverständnis ziehen. In Wien war es wieder Erwin Stransky, der an die Spitze der Psychiaterfront trat. Das „maskulin gebliebene Mitteleuropa" galt ihm als ein Bollwerk gegen den „romanischen Feminismus", der sich als „eines der sichtbarsten Zeichen völkischer Entartung" entpuppt habe.[65]

Mit der Kenntnis der psychiatrischen Diffamierungsliteratur von 1914 lässt sich besser verstehen, warum die bald massenhaft auftretenden Kriegsneurosen und „hysterischen Reaktionen" bei den konservativen Psychiatern eine Verstörung ihres Weltbildes und heftige Abwehrreflexe hervorriefen. Die „psychopathische Disposition" lag nun nicht mehr bei den „anderen", sondern in den eigenen Reihen, bei den Männern, von deren überlegener Nervenstärke Kaiser, Militärs und Psychiater so überzeugt gewesen waren. Der zitternde Kriegshysteriker war die Inversion des heroischen Soldaten. Beherrschte Mannesnatur und ehrenhaftes Verhalten waren nicht mehr länger aus der Gestalt dieser Soldaten herauszulesen. Die nationalgeschlechtlichen Stereotype waren für die militärische Selbstvergewisserung nicht länger geeignet. Wegen der Zuordnung der Hysteriediagnose machte sich sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten Unmut breit. 1915 wurde in Deutsch-

63 Carl Stark: Die psychische Degeneration des französischen Volkes, ihr psychologischer Charakter, ihre Symptome und Ursachen. Stuttgart 1871.

64 Leopold Löwenfeld: Über den Nationalcharakter der Franzosen und dessen krankhafte Auswüchse (Die Psychopathia gallica) in ihren Beziehungen zum Weltkrieg. Wiesbaden 1914, S. 10. Löwenfelds Schrift erschien als 100. (Jubiläums-)Band in der von ihm herausgegebenen Reihe *Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens*, die sich an „Gebildete aller Stände" richtete. Siehe auch die Rezension von Emil Raimann in WKW 29 (1916), S. 592.

65 Stransky, Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde, S. 13.

land – wenn auch nur für kurze Zeit – die Diagnose der Hysterie von den Sanitätsstrategen verboten.[66]

5.5 Unfall und Simulation: Traumatische Neurose

Eine zweite, ebenso häufig vergebene wie umstrittene Diagnose war zu Kriegsbeginn die „traumatische Neurose". So wie alle anderen medizinischen Bezeichnungen der psychischen Traumatisierungen der Soldaten hatte auch dieser Begriff 1914 schon eine längere Geschichte und transportierte sozialpolitisches und epistemologisches Konfliktpotenzial mit sich. In den 1860er Jahren hatte der englische Chirurg John E. Erichsen Reisende nach Eisenbahnunfällen untersucht, die unter schwerem Schock standen, die aber keine organisch nachweisbaren Verletzungen erlitten hatten. Die Folgeerscheinungen hatte Erichsen 1866 *Railway-Spine* (Eisenbahn-Wirbelsäule) genannt, da er annahm, dass die gewaltigen Erschütterungen feinste Verletzungen des Rückenmarks hervorgerufen hätten.[67] In der deutschen Medizin wurde die losbrechende Debatte um Status und Definition der Unfallnervenkrankheiten von dem Berliner Neurologen Hermann Oppenheim geprägt, der 1889 den Begriff der „traumatischen Neurose" vorschlug. Der Theorie lag ein mechanisch-physikalischer Erklärungsansatz zugrunde. Oppenheim dachte sich die Krankheit als eine Folge der Zerreißung und Verlagerung feinster Elemente in Gehirn, Rückenmark und Nervensystem, die sich in der Konfusion der motorischen Impulse manifestiere.[68]

---

66 Peter Riedesser, Axel Verderber: Aufrüstung der Seelen. Militärpsychologie und Militärpsychiatrie in Deutschland und Amerika. Freiburg 1985, S. 11.

67 Zu den Eisenbahnunfällen und deren theoriebildenden Auswirkungen auf Medizin und Psychiatrie existiert umfangreiche Forschungsliteratur. Grundlegend nach wie vor Esther Fischer-Homberger: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern-Stuttgart-Wien 1975 sowie Wolfgang Schivelbusch: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1989. Für die britische und amerikanische Perspektive siehe Thomas Keller: Railway Spine Revisited: Traumatic Neurosis or Neurotrauma? In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 50 (1995), S. 507–524; Eric M. Caplan: Trains, Brains and Sprains: Railway Spine and the Origins of Psychoneuroses. In: Bulletin of the History of Medicine 69 (1995), S. 387–419; ders.: Trains and Trauma in the American Gilded Age. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 57–77; Ralph Harrington: The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth Century Britain. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 31–56.

68 Hermann Oppenheim: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den 5 Jahren 1883–1888 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1889. Zu Oppenheim und der Theorie der traumatischen Neurose siehe umfassend Paul Lerner: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim, 1889–1919. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 143–154.

Oppenheims Theorie der traumatischen Neurose muss in einem engen Zusammenhang mit den Sozialreformen der 1880er Jahre, insbesondere mit der Einführung der Arbeiter- und Unfallversicherung, gesehen werden.[69] Mit diesen Gesetzen reagierte der Staat auf die Risiken einer zunehmend industriell geprägten Arbeitswelt, die sich in einer wachsenden Zahl von „nervösen" Krankheiten manifestierten, und auf die Forderung der Berufsgenossenschaften und Interessengruppen, die auf bürokratische Anerkennung und Entschädigungsleistungen drängten. Dabei sollte nicht nur den Opfern der Unfälle im Eisenbahnwesen, sondern auch denen in Industrie und Landwirtschaft mit einheitlichen Regelungen geholfen werden. Die Ausweitung der Versicherungsleistung auf alle gesellschaftlichen Klassen war schon während des Gesetzgebungsprozesses heftig umstritten. Im Mittelpunkt der Debatte stand die Frage nach Dauer und Höhe der gewährten Entschädigung der Opfer. Aber auch über die Aufteilung der Kosten der Versicherungsleistungen zwischen Unternehmer und Arbeiter und über die zu erwartenden Folgeeffekte der Gesetzgebung auf das ökonomische Gleichgewicht des Staates wurde diskutiert. Schließlich konnten die Interessenkollisionen doch in einen Konsens überführt werden. In der österreichischen Unfallversicherung, die 1887/88, drei Jahre später als in Deutschland (1884), eingeführt wurde, waren – als Kernstück des Gesetzes – folgende Leistungen vorgesehen: Für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit erhielt der durch einen Arbeitsunfall zu Schaden gekommene Versicherte eine Rente, die sich im Falle gänzlicher Erwerbsunfähigkeit auf 60 Prozent des Jahresverdienstes belief. Bei einer teilweisen Erwerbsunfähigkeit wurde ein dem Grad der Erwerbsunfähigkeit entsprechender Prozentsatz der vollen Rente (maximal 50 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes) gewährt.[70]

In den 1890er Jahren lagen erstmals genaue Aufzeichnungen über die Unfallhäufigkeit vor. Die empirischen Studien zeigten durchgehend, dass die Unfallversicherung dringend notwendig gewesen war; die Zahl der durch einen Unfall beeinträchtigten oder erwerbsunfähig gewordenen Arbeiter ging allein in Österreich in die Zehntausende. Wenngleich die Höhe der gewährten Unfallrenten bescheiden ausgefallen war, so konnte doch das soziale Elend der Betroffenen und ihrer Familien abgewendet werden. Allerdings zeigten die erhobenen Daten auch, dass die Zahl der Unfälle binnen kürzester Zeit in die Höhe geschnellt war. Die Kurve der

69 Zur Einführung der Unfall- und Krankenversicherung in Österreich (1887/1888) siehe Herbert Hofmeister: Landesbericht Österreich. In: Peter A. Köhler und Hans F. Zacher (Hg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin 1981, S. 533–573 und Emmerich Talos: Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien 1981, S. 58–69.

70 Talos, Staatliche Sozialpolitik in Österreich, S. 64.

Unfallanzeigen wurde steil nach oben gezeichnet: Hatte die Zahl der erfassten Unfälle im Jahre 1890 noch 16.041 betragen, so betrug sie 1897 schon 69.283. Innerhalb von sieben Jahren war die Zahl der Unfallanzeigen also um mehr als das Vierfache gestiegen.[71]

Die Veröffentlichung dieser Statistiken rief die Kritiker des Gesetzes auf den Plan. Sie sahen die Befürchtung bestätigt, dass mit der Einführung der Unfallversicherung das Problem der Zunahme nervöser Leiden in der Arbeiterschaft nicht abgeschwächt, sondern verschlimmert werden würde. Der enorme Anstieg der Unfälle und Rentenansprüche könne mit dem Hinweis auf die Risiken des Arbeitslebens nicht begründet werden, da gerade in diesem Bereich zahlreiche arbeitsrechtliche und sozialmedizinische Verbesserungen umgesetzt worden seien. Die Ursache des Anstiegs der Krankheit sei vielmehr woanders zu suchen: Ein Großteil der Antragsteller würde die vielfältigen und unspezifischen Symptome der traumatischen Neurose wie Bewegungsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Zittern und Schlaflosigkeit nur simulieren, um in den Genuss der Unfallrente zu kommen. Damit wurde unterstellt, dass eine wachsende Zahl der Arbeiterschaft bloß ihrer Neigung zur Arbeitsscheu nachgebe und mit der Abgabe der Unfallanzeige einen bequemen Weg der Existenzsicherung wähle.[72]

Gegen die traumatische Neurose Oppenheims, die den Unfallopfern in der Regel den Zuspruch der Rente sicherte, formierte sich bald medizinischer Widerstand.

---

71 Ebd., S. 65.

72 Eine systematische Untersuchung der politischen und medizinischen Debatten um die „traumatische Neurose" steht für Österreich noch aus. Mein Eindruck ist, dass die österreichische Diskussion gemäßigter verlief als die deutsche und keine Aufspaltung der Diskutanten in zwei Lager nach sich zog. Michael Hubenstorf arbeitet an einem Buchprojekt über Soziale Medizin in Österreich, 1890–1914. Disziplingenese und wissenschaftliche Innovation. Zur neueren Forschungsliteratur betreffend die deutsche Situation siehe Greg Eghigian: Making Security Social: Disability, Insurance, and the Birth of the Social Entitlement in Germany. Ann Arbor 2000; ders.: The German Welfare State as a Discourse of Trauma. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 92–112; ders.: Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die „Rentenneurosen" 1890–1926. In: Jürgen Reulecke und Adelheid Gräfin zu Castell-Rüdenhausen (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1991, S. 203–223; Wolfgang Schäffner: Event, Series, Trauma: The Probalistic Revolution of the Mind in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 81–91; ders.: Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 104–120; Heinz-Peter Schmiedebach: Die „Traumatische Neurose" – Soziale Versicherung und der Griff der Psychiatrie nach dem Unfallpatienten. In: Michael Hubenstorf et al. (Hg.): Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader. Husum 1997, S. 123–134. Historisch-soziologische Analysen zu Unfall, Industrialisierung und Medizin in der Moderne offerieren diverse Aufsätze in Roger Cooter and Bill Luckin (Hg.): Accidents in History: Injuries, Fatalities and Social Relations. Amsterdam-Atlanta 1997.

Umstritten war neben der Frage der Eigenständigkeit des Krankheitsbildes vor allem die Kausalität zwischen Trauma und nachfolgenden nervösen Leiden. Bestand dieser ursächliche Zusammenhang tatsächlich? Oder war er nur von den Befürwortern der Unfallversicherung erfunden, von der Medizin erdacht und von den Opfern simuliert worden? War mit der versicherungsrechtlichen Anerkennung der traumatischen Neurose sozialmedizinischer Fortschritt erzielt worden oder hatte man falsche Anreize für die Arbeiterklasse geschaffen und betrügerischen Absichten Tür und Tor geöffnet? Und wie war mit den wissenschaftlichen Defiziten der Krankheitslehre in der Praxis umzugehen? In welchen Fällen waren die geforderten Entschädigungsansprüche gerechtfertigt, in welchen nicht? Wie ließ sich zwischen einer realen Schockwirkung und einer eingebildeten unterscheiden? Welche diagnostischen Kriterien und Simulationsproben waren heranzuziehen?

Um solche und ähnliche Fragen drehte sich der „Simulationsstreit" der Psychiater, der 1890, auf dem 10. Internationalen Ärztekongress in Berlin, kulminierte. Zwei Parteien standen sich gegenüber. Die eine, die sich um Oppenheim geschart hatte, nahm nur einen geringen Anteil der Simulation in Fällen der traumatischen Neurose an. Die andere Fraktion, vertreten durch den Hallenser Psychiater Adolph Seeligmüller, hielt den Anteil der Simulation für weit bedeutender und drängte auf eine Revision der Lehre unter stärkerer Berücksichtigung von psychologischen Gesichtspunkten.[73] Diese antagonistischen Positionen der Psychiater kamen nicht nur aufgrund wissenschaftlicher Meinungsverschiedenheiten zustande. Persönliche Rivalitäten, antisemitische Ressentiments sowie unterschiedliche ideologische Interessen und sozialpolitische Intentionen flossen in die Debatten ein und erschwerten einen Konsens. Vor allem Oppenheim war von den Anfeindungen betroffen und zog sich, nachdem ihm auch an der Berliner Medizinischen Fakultät das Ordinariat verwehrt geblieben war, aus der Debatte um die traumatischen Neurosen etwas zurück.[74]

In den 1890er Jahren und im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts schwelte der Konflikt um die Frage des Anteils der Simulation weiter, ohne dass es darüber zu einer weiteren offenen Auseinandersetzung gekommen wäre. Da psychologische und soziologische Interpretationen in der Bewertung nervöser Leiden immer stärker an Bedeutung gewannen, widmeten die Psychiater dem Problem der unrechtmäßig erworbenen Entschädigungen große Aufmerksamkeit. Vor allem diejenigen, die als

73 Fischer-Homberger, Die traumatische Neurose, S. 56–73.

74 In der Folge konnte Oppenheim, der in Berlin eine private Poliklinik gegründet und sich auch wissenschaftlich weitgehend unabhängig vom akademischen Establishment gemacht hatte, großen Erfolg verzeichnen. Mit seinem *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, das erstmals 1894 erschien und bis zum Ersten Weltkrieg mehrere Auflagen erzielte, wurde er eine der Autoritäten der deutschen Neurologie. Lerner, From Traumatic Neuroses to Male Hysteria, S. 145–149.

Gutachter mit den Unsicherheiten praktisch konfrontiert waren, drängten auf eine wissenschaftlich befriedigende Lösung des Problems.[75] Die Kompetenzausweitung der Ärzteschaft auf zentrale Fundamente des entstehenden Wohlfahrtsstaates war mit einem beträchtlichen Maß an Konfliktenergien verbunden, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten belasteten. Mit der Einführung der Unfallversicherung war den Ärzten eine neue Rolle zugekommen, da sie über die Legitimität der Rechtsansprüche körperlich oder psychisch geschädigter Patienten zu entscheiden hatten. Sie waren nun nicht mehr nur Experten für die Heilung von Krankheiten, sondern auch Experten für medizinjuristische Gutachten, auf deren Basis rechtliche Entscheidungen gefällt wurden.

Von österreichisch-ungarischer Seite war auf dem Berliner Kongress Zurückhaltung propagiert worden. Moritz Benedikt, der mit einem Referat vertreten war, warnte vor einer Vereinfachung und Zuspitzung der komplexen Thematik auf die Simulationsfrage.[76] Doch auch in Österreich zeigte sich bald eine deutliche Verschlechterung des Klimas. Simulierende Unfallpatienten vermuteten die gutachtenden Ärzte in erster Linie in den Reihen der Arbeiterschaft, die ihrerseits wieder die Ärzte verdächtigte, die Interessen der Arbeitgeber stärker zu berücksichtigen. Benedikt warnte 1901 erneut vor der um sich greifenden Praxis, die traumatische Neurose ausschließlich als Simulationsproblem zu identifizieren: „Je weniger wir von einer Krankheit wissen, desto mehr werden wir geneigt sein, in einem Falle, wo es im Interesse des Betreffenden liegt, zu simulieren, Simulation herauszufinden. Es werden dann manche als Simulanten monate-, selbst jahrelang verfolgt, die schwer krank sind."[77]

Vor allem Unfallpatienten mit „nervösen Zitterzuständen" begegneten die Unfallärzte mit großem Misstrauen. Dem Erstellen eines Gutachtens gingen nicht selten „inquisitorische ärztliche Untersuchungen" voraus, um eine ungerechtfertigte Zuerkennung der Unfallrente zu vermeiden.[78] Damit gerieten auch Nervosität und Neurasthenie in Verdacht, vorgetäuschte Leiden zu sein. Der Unfallpatient galt als ein Prototyp der Nervosität, die – anlagebedingt – durch den Schock ausgelöst worden sei. Der Wiener Internist Siegmund Erben (1863–1942), Leiter der spezialärztlichen Ambulatorien für Nervenkrankheiten beim Verband der Wiener Genossenschaftskrankenkassen, schrieb: „Oft sieht man schon beim Hereinkommen eines

75 Emil Raimann: Traumatische Neurosen. In: WMW 72 (1922), Sp. 1648 f.

76 Fischer-Homberger, Die traumatische Neurose, S. 73. Zurückhaltende Worte fand auch Julius Donath: Über traumatische Neurosen. In: WMW 40 (1890), Sp. 1650–1652, Sp. 1683–1685.

77 Moritz Benedikt: Über traumatische Neurosen. In: MCCB 36 (1901), S. 89.

78 S[iegmund] Erben: Über die geläufigste Form der traumatischen Neurose. In: WMW 54 (1904), Sp. 210.

Menschen [mit traumatischer Neurose] die Nuancen des Nervösen. Wenn er lebhaft mit den Augen agiert, in seinem ganzen Gehaben eine Hast und Unruhe zeigt, leicht ins Schreien hereinkommt, das ganze Gesicht beim Sprechen mitbewegt, die Augenbrauen in die Höhe zieht, die Gesichtsfarbe wechselt – so sind das Kennzeichen eines Neuropathen."[79] Was war bei diesen Kranken Maskerade, was nicht? 1912 legte Erben eine Monografie vor, die diagnostische Techniken zur „Entlarvung von Simulanten" detailliert beschrieb und zum Standardwerk der Simulationsforschung avancierte.[80] Dennoch blieb er in der Einschätzung der Unfallneurosen differenziert und zählte auch im Krieg zu jenen Ärzten, die in der Frage der Simulation von Nervenkrankheiten zur Zurückhaltung mahnten. In den Kriegssitzungen des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie betonte Erben mehrfach, dass von einer seuchenähnlichen Verbreitung der traumatischen Neurose keine Rede sein könne. Nach einer systematischen Durchsicht und Auswertung der Akten der Wiener Arbeiterunfallversicherung war Erben zu dem Ergebnis gekommen, dass durchschnittlich nur bei einem von tausend gemeldeten Unfällen nervöse Beschwerden angeführt worden waren.[81]

5.6 Ikonologie der Kriegsneurose: Der „Zitterer"

Bei allem zur Schau gestellten Optimismus, der stereotyp wiederholten Redewendung von den „besseren Nerven" und der mit Erleichterung vorgetragenen Feststellung, „daß man zu Unrecht von einer nervösen oder degenerierten Zeit oder Rasse gesprochen hat",[82] zeigte der Kriegsverlauf eine andere Realität. Noch vor dem Kriegseintritt Italiens im Mai 1915 sahen sich die Ärzte mit Soldaten konfrontiert, die an ihren Körpern fortwährend zitterten und an schweren Schockzuständen litten. Das Erscheinungsbild dieser Soldaten verunsicherte die Psychiater. Wohl hatten sie schon kurz nach Kriegsbeginn eine deutliche Zunahme nervöser Krankheiten registriert, aber dieser Umstand war mit dem Verweis auf die Kriegsfreiwilligen erklärt worden, auf Männer, die sich aus eigenem Antrieb heraus unvorbereitet in das

79 S[iegmund] Erben: Vorschläge zur Beurteilung und Behandlung der Unfallneurosen. In: WMW 61 (1911), Sp. 2243.

80 Siegmund Erben: Diagnose der Simulation nervöser Symptome. Berlin-Wien 1912. Zu Erbens Tätigkeit als Spezialist für Unfallnervenkrankheiten siehe Adolf Kronfeld: Siegmund Erben, Charakter und Werk [Wien 1925]. Handschriftensammlung des Instituts für Geschichte der Medizin, Universität Wien, HS 4.119.

81 Siehe Erbens Diskussionsbemerkungen im Bericht des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien. In: JPN 37 (1917), S. 521.

82 Emil Redlich: Einige Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem. In: MK 11 (1915), S. 470.

„Abenteuer Krieg" gestürzt hätten – und die mit den Strapazen des Bewegungskrieges nicht zurechtgekommen wären. Für diese Fälle wurde zumeist die Diagnose der Neurasthenie vergeben.

Einen ersten Wandel in der Anschauung, dass nicht die körperliche Überanstrengung der kühnen Offensive, ein Übermaß militärischer Aktivität, sondern die quälende Passivität in Abwehrstellungen die dramatischen psychischen Verletzungen hervorriefen, bewirkten die russischen Belagerungen von Przemysl. Die bedeutende Festungsstadt der österreichisch-ungarischen Armee verfügte zu Kriegsbeginn über ein großes Garnisonsspital mit eigener neurologisch-psychiatrischer Abteilung, welcher der Linzer Psychiater Georg Stiefler (1876–1939) vorstand. Schon während der ersten Belagerung der Festung im Herbst 1914, so Stiefler später, habe sich die Abteilung schnell mit Soldaten, die einen „Nervenschock" erlitten hatten, gefüllt. Die Behandlung der Männer habe jedoch gute Erfolge gezeigt; in über 90 Prozent der Fälle sei eine rasche Wiederherstellung der Diensttauglichkeit möglich gewesen. Nach dem Krieg erklärte sich Stiefler die guten Behandlungsergebnisse mit der besonderen Lage seiner Abteilung. Przemysl sei sogar zum Prototyp der „frontnahen Nervenstation" geworden, deren Einrichtung im weiteren Verlauf des Krieges zwar häufig gefordert, aber nur selten realisiert worden sei.[83]

Nicht nur an den Kriegsschauplätzen des Ostens, sondern auch im Hinterland begann man allmählich zu begreifen, dass das Kriegserlebnis an der Front mit den Sommerfantasien von 1914 nichts zu tun hatte:

> Der Krieg beginnt jetzt schauerlich zu werden: Täglich treffen Verwundete ein, die alles eher als begeistert von ihren Erlebnissen an der Front erzählen. Eine Unzahl von Toten bedeckt schon die Schlachtfelder. Das bis vor kurzem unvorstellbare Straßenbild wird einem allmählich geläufig. Hinkende Gestalten mit eingebundenen Köpfen. Automobile rasen durch die Stadt, die die neu mit der Bahn ankommenden Verwundeten in die Spitäler bringen. Daneben wimmeln die Plätze von eben einberufenen Soldaten.[84]

Soldaten, die beurlaubt waren oder aufgrund von Verletzungen einen Spitalsaufenthalt erhielten, trugen die an der Front schnell umgeschlagene Stimmung auch ins Hinterland. Arthur Schnitzler, seit dem Skandal um seinen *Leutnant Gustl* seines

83 Georg Stiefler: Erfahrungen und Vorschläge über die militärärztliche Verwendung und Stellung des psychiatrisch geschulten Neurologen im Kriege, im besonderen bei der Armee im Felde. In: ZgNP 60 (1920), S. 287–293; ders.: In Przemysl belagert, gefangen und befreit. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 181–194.

84 So die Tagebuchnotizen von Richard Seeger (1896–1997) im September 1914. In: Hannes Stekl (Hg.): „Höhere Töchter" und „Söhne aus gutem Haus". Bürgerliche Jugend in Monarchie und Republik (= Damit es nicht verloren geht … 45). Wien-Köln-Weimar 1999, S. 175 f.

militärischen Ranges enthoben und vom Kriegsdienst befreit, war schockiert über das Erscheinungsbild eines befreundeten Schauspielers, der ihn im Zuge eines Genesungsurlaubes im März 1915 besuchte. Nach anfänglichen Gesprächsschwierigkeiten – Schnitzler diagnostizierte insgeheim sofort eine traumatische Neurose – brach es aus dem Soldaten heraus, er erzählte vom Grauen der Schützengräben und den Schrecken des Stellungskrieges. Schnitzler schrieb abends im Telegrammstil in sein Tagebuch: „Sein Tagewerk: die Granaten zu erwarten und Abends 4 bis 6 Kameraden begraben. Seit 3 Monaten. Vorher die offenen Schlachten tausendmal besser. Niemand sehnt sich zurück. Wers sagt, ist ein Lügner."[85] Nach einem halben Jahr Krieg war die Zeit kriegseuphorischer Gefühle vorbei. Auf die Desillusionierung reagierte Schnitzler zunächst als Nervenarzt, indem er die Diagnose stellte. Doch neben der ärztlichen suchte auch die intellektuelle Verstörung nach einer Deutung. Schnitzler fand sie im Scheitern der bellizistischen Emotionen und griff zurück auf das „Augusterlebnis", das sich nun noch einmal – *ex negativo* – wiederholte: „Über alle Details hinaus großartig scheint mir das Fiasko des Kriegs als solchem – ich meine der Idee ‚Krieg'. Nirgends mehr ein Wort von ‚großer Zeit', ‚seelischer Läuterung' – Stahlbad – usw. – jeder, der nur im geringsten im Verdacht war, am Krieg irgendwie etwas Positives, Förderndes, Hohes gemerkt zu haben, verbirgt sein Gesicht voll Scham – und alle, alle schreien sie zum Himmel hinauf: ‚Wir haben es nicht gewollt!'"[86]

Auf drastische Weise zeigte sich an den Körpern der Soldaten die Zerstörungskraft des Krieges. Für all jene, die das Fronterlebnis nicht kannten, war die Gestalt des *Zitterers* das schockierende Abbild eines Kriegs, der sich herkömmlichen Einordnungen entzogen hatte. Mit Befremden und Mitleid starrten die Daheimgebliebenen auf diese Soldaten, die eine schwere, aber rätselhafte Verwundung haben mussten. Denn obwohl sich diese Verwundungen am Äußeren des Invaliden so heftig entluden, so waren diese doch an seinem Körper nicht ablesbar. Die große Aufmerksamkeit, die Ärzte und Bevölkerung diesen Männern widmeten, hatte vor allem mit dem bizarren Erscheinungsbild der Kranken zu tun, da sich die durch rhythmische Vibration gekennzeichnete Ikonologie des zitternden Soldaten allen bisherigen Kategorien der Körperwahrnehmung entzog. Die absurde und scheinbar fremdbestimmte Hyperaktivität machte aus dem Soldaten eine willenlose Marionette des Krieges, ein unkontrolliertes und gleichzeitig mit maschineller Präzision ablaufendes Bewegungswerk, dessen Regelmäßigkeit auf Passanten und Beobachter

85 Arthur Schnitzler: Tagebuch 1913–1916, hg. von der Kommission für literarische Gebrauchsformen der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien 1983, S. 177.

86 Arthur Schnitzler: Briefe 1913–1931, hg. von Peter M. Braunwarth u. a. Frankfurt/M. 1984, S. 128 (Brief vom 25. Dezember 1916).

eine schaurige Faszination ausübte. Franz Kafka, der in einem Prager Versicherungsunternehmen als Jurist arbeitete, schrieb 1916:

> Der Weltkrieg, der alles menschliche Elend gehäuft in sich enthält, ist auch ein Krieg der Nerven, mehr Krieg der Nerven als je ein früherer Krieg. In diesem Nervenkrieg erliegen nur allzuviele. So wie im Frieden der letzten Jahrzehnte der intensive Maschinenbetrieb die Nerven der in ihm Beschäftigten mehr als jemals früher gefährdete, störte und erkranken ließ, hat auch der ungeheuerlich gesteigerte maschinelle Teil der heutigen Kriegshandlungen schwerste Gefahren und Leiden für die Nerven der Kämpfenden verursacht. Und dies in einer Weise, von der sich selbst der Unterrichtete kaum eine Vorstellung machen kann. [...] Der nervöse Zitterer und Springer in den Straßen unserer Städte ist nur ein harmloser Abgesandter der ungeheuren Leidensschar.[87]

Zitternde Hände, zuckende Kopfbewegungen und eine absurd verzerrte Körperhaltung, die jedes Vorwärtskommen zum schwankenden Torkeln machte: Eine neue, bislang ungeahnte Dimension der Kriegserfahrung zeichnete sich am Körper des nervenkranken Soldaten ab und machte auch den Zivilisten klar, dass der Kampf an der Front eine fatale Qualität bekommen hatte, bei der Gewaltwahrnehmung und Leidenserfahrung der Soldaten von einer schier übermenschlichen Macht bestimmt wurden. Denn selbst fernab der Kampfhandlungen, in vertrauter Umgebung und an den Orten, wo Hilfe zur Verfügung gestellt wurde – in den Nervenspitälern –, schien der Krieg noch immer uneingeschränkte Macht über diese Männer zu haben; so als ob der Krieg eine übergroße Zerstörungsenergie in die Körper seiner Opfer eingeleitet und jede eigene Willensäußerung, jede eigenkoordinierte Bewegung vernichtet hätte. In den Krankengeschichten wurden immer wieder die gleichen Symptome notiert: „In der Ruhelage und bei Bewegung fortwährendes Mienenspiel, Zucken der Stirn- und Gesichtsmuskeln. Zittern der Arme und Beine in der Ruhelage; beim Stehen zittern nur die Arme, grobschlägiger Handtremor" – so der *Status praesens* eines österreichischen Soldaten, der 1915 an der italienischen Front „über 12 Stunden im heftigsten Granatfeuer" verbracht und dabei eine „schwere Nervenerschütterung" erlitten hatte.[88] An den Spezialabteilungen der Hinterlandsspitäler zeigten sich den Ärzten ein „Chaos von Erscheinungen",[89] ein „Wirrsal mannigfacher

87 Franz Kafka: Deutscher Verein zur Errichtung und Erhaltung einer Krieger- und Volksnervenheilanstalt in Deutschböhmen in Prag. Zit. nach Wolf Kittler: Grabenkrieg – Nervenkrieg – Medienkrieg. Franz Kafka und der Erste Weltkrieg. In: Jochen Hörisch, Michael Wetzel (Hg.): Armaturen der Sinne. Literarische und technische Medien 1870 bis 1920. München 1990, S. 299.

88 ÖStA-KA, Militärspitäler, Nervenheilanstalt Rosenhügel, Karton 2, Krankheitsgeschichte O. G.

89 Arthur von Sarbó: Über pseudospastische Parese mit Tremor (Fürstner-Nonne) als Folge von Durchnässung, Erfrierung, Erkältung. In: WKW 29 (1916), S. 1072.

Abbildung 3: Die 1916 im k. u. k. Garnisonsspital Nr. 17 in Budapest gemachte Aufnahme zeigt einen entblößten Soldaten in „hysterischer Zwangshaltung". Baron Tibor von Podmaniczky: Die Lumbalpunktion als therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen der Kriegshysterie. In: WKW 29 (1916), S. 1396.

Zuckungen",[90] Bilder, wie Wilhelm Stekel mit mitleidigem Staunen schrieb, „wie sie die kühnste Phantasie nicht erdenken kann:

> Da ist ein Mann, der von Schüttelkrämpfen gebeutelt wird; dort beginnt einer im Zimmer zu springen wie ein Frosch; der dritte geht mit gespreizten Beinen, als trüge er eine mannsdicke Tonne zwischen den Beinen; der vierte hat eine vollständige Lähmung beider Beine, die so unempfindlich sind, daß man dicke Nadeln ins Fleisch stechen kann, ohne daß er einen Schmerz fühlt; der vierte [sic!] hat die Sprache verloren und stößt nur unartikulierte Laute aus; der fünfte erbricht alle Speisen, die er zu sich nimmt; der sechste fällt um, wie er versucht, wieder aufrecht zu stehen."[91]

Auch Sándor Ferenczi, der 1916 die Leitung einer Nervenabteilung in einem Budapester Militärspital übernommen hatte, sah sich bei Betreten der Station mit erschütternden Szenen konfrontiert:

> Der erste Eindruck, den der mit Kriegsneurotikern gefüllte Krankensaal auf mich machte, war ein verwirrender [...]. Sie sehen hier etwa fünfzig Kranke vor sich, die fast alle den Eindruck von Schwerkranken, wenn nicht Krüppeln machen. Viele sind außer stande, den Ort zu wechseln, bei den meisten ruft der Versuch des Ortswechsels ein so heftiges Zittern der Knie und der Füße hervor, daß meine Stimme das Geräusch, das die beschuhten zitternden Füße verursachen, nicht übertönen kann.[92]

90 Siegmund Erben: Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern. In: WKW 29 (1916), S. 1129.

91 Stekel, Unser Seelenleben im Kriege, S. 87.

92 S[ándor] Ferenczi: Über zwei Typen der Kriegsneurose. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse 4 (1916/17), S. 131.

Die Krankensäle der Militärspitäler wurden zu imaginären Kriegsschauplätzen, in denen die traumatischen Erlebnisse an der Front weitere Male hervorbrachen. Die Kriegsneurosen, so Alexander Pilcz, spiegelten „in ungemein plastisch-theatralischer Art Kriegserlebnisse wider, die Kranken phantasieren von feindlichen Überfällen, Fliegerangriffen, Trommelfeuer, Sturmangriffen, wobei sie in höchst aktiver Weise mit agieren".[93]

5.7 Streit und Konsens der Psychiater

Zitter-, Schüttel- und Lähmungssymptome waren den Nervenärzten und Psychiatern nicht erst seit dem Streit um die traumatische Neurose bekannt. Albert Eulenburg etwa hatte schon 1872 – als junger Privatdozent – einen Artikel über den Tremor, dessen Erscheinungsbild er sich mit einer abnormen Erregbarkeit der motorischen Nervenapparate erklärte, veröffentlicht.[94] Im Zuge der Debatten um das Erscheinungsbild der Neurasthenie waren Zitterphänomene ebenfalls häufig thematisiert worden. Und nur kurze Zeit zurück lag auch die Studie des Prager Psychiaters Josef Pelnář (1872–1964), der sich ausführlich mit Zittererscheinungen nach Schockeinwirkung beschäftigt hatte.[95] Aber ähnlich wie bei der männlichen Hysterie beschrieben viele Neurologen und Psychiater auch das „Zittern" als ein bei Männern neuartiges und überraschend häufig auftretendes Krankheitszeichen. „Vor dem Krieg waren die Neurosen mit motorischen Reizsymptomen ein seltenes Demonstrationsobjekt, jetzt sind sie jedem Arzt geläufig geworden", schrieb Siegmund Erben 1916.[96]

So einig und geschlossen die Nervenärzte und Psychiater nach außen hin auftraten, so unschlüssig und gespalten war die Stimmung im Inneren: In der Einschätzung und Bewertung der Schocksymptome waren die Ärzte unterschiedlicher Ansicht. Seit Kriegsbeginn hatten die 1914 schon ein Vierteljahrhundert zurückliegenden Debatten um die traumatische Neurose eine neue Aktualität erhalten – und damit auch einen neuen Streit um die Bewertung und Behandlung der Symptome entfacht. Für die Psychiater bestand akuter Handlungsbedarf. Wollte man in der Bekämpfung der Kriegsneurosen erfolgreich sein, so musste erst ein gemeinsamer Nenner in fachlicher Hinsicht gefunden werden, der auf möglichst breiter Ebene

93 Alexander Pilcz: Lehrbuch der Speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien [5]1920, S. 203.

94 Albert Eulenburg: Zur Therapie des Tremor. In: BKW 9 (1872), S. 554.

95 Josef Pelnář: Das Zittern. Seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. Berlin 1913.

96 Erben, Über die motorischen Reizerscheinungen, S. 1129.

dann auch in der Behandlung umgesetzt werden konnte. Die entscheidende Weichenstellung fand am 22. und 23. September 1916 auf der 8. Jahresversammlung deutscher Nervenärzte in München statt. An der Tagung, die im Hörsaal von Emil Kraepelins psychiatrischer Klinik stattfand, nahmen 241 Ärzte teil.[97]

Wie schon 1890 auf dem Berliner Kongress, ging es 1916 auch in München um den Status der traumatischen Neurose. Oppenheim und seine Anhänger vertraten die Ansicht, dass Artilleriedetonationen in nächster Nähe eine molekulare Schädigung im Zentralnervensystem der Soldaten – und damit traumatische Folgezustände – auslösten. Der Großteil der Tagungsteilnehmer folgte jedoch einer psychologischen Erklärungsthese. Diese Position, federführend vorgetragen von Robert Gaupp (Tübingen) und Max Nonne (Hamburg), ging davon aus, dass Kriegsneurosen eine psychogene Entstehungsgeschichte hätten und dass sie auf dem Wege der Suggestion und Hypnose sowohl geheilt als auch wieder künstlich hervorgerufen werden könnten. Um dieser Ansicht zum Durchbruch zu verhelfen, hatte Nonne aus der Hamburger psychiatrischen Klinik mehrere Soldaten mitgebracht, die als „Kriegsneurotiker" eingeliefert und von ihm symptomfrei gemacht worden waren. Vor den Augen der Kongressteilnehmer gelang es Nonne, mittels Hypnose die Zittererscheinungen erneut hervorzurufen und auch wieder zum Verschwinden zu bringen. Mit diesem Experiment *coram publico*, das auf die anwesenden Ärzte großen Eindruck machte, war der Streit zugunsten der psychologischen Betrachtungsweise entschieden.[98]

Auch in Österreich-Ungarn war zu Kriegsbeginn der Streit um die traumatische Neurose neu entflammt. In Budapest vertrat Arthur von Sarbó die gleiche Meinung wie Oppenheim und sprach von „mikroorganischen Veränderungen", die charakteristisch für den Nervenschock nach Granatexplosionen seien. Ernst Jendrassik hingegen, Internist und Vorstand der II. Medizinischen Klinik in Budapest, favorisierte in Anlehnung an Nonne die psychologische Deutung der Kriegsneurosen.[99] Die

97 Kriegstagung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in München (Referent: Erwin Stransky). In: WMW 66 (1916), Sp. 1690–1694; Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. In: WMW 66 (1916), Sp. 1814–1816, Sp. 1863–1865, Sp. 1910–1912, Bd. 67 (1917), Sp. 151–155; VIII. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte (Kriegstagung) in München am 22. und 23. September 1916. In: NC 35 (1916), S. 792–824; Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 73 (1917), S. 163–233; Heinrich Wietfeldt: Zum 40jährigen Gedenktag der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: MMW 98 (1956), S. 1330. Dazu Lerner, From Traumatic Neurosis to Male Hysteria, S. 163–168.

98 Zu Nonne und der hypnotischen Therapie siehe umfassend Lerner, Hysterical Cures, S. 79–101.

99 Arthur von Sarbó: Über den sogenannten Nervenschock nach Granat- und Schrapnellexplosionen. In: WKW 28 (1915), S. 86–90; Ernst Jendrassik: Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. In: NC 35 (1916), S. 496–500; ders.: Zur Diskussion über die Neurosenfrage. Theorie der Hysterie und Neurasthenie. In: NC 36 (1917), S. 962–969.

Wiener Situation war durch eine Sowohl-als-auch-Haltung charakterisiert. Johann Paul Karplus und Emil Redlich stellten sich zunächst hinter Oppenheim, distanzierten sich dann aber mit Fortdauer des Krieges immer deutlicher. Unter der Einwirkung stumpfer, heftiger Gewalt seien „feinere histologische Veränderungen, Degenerationsprozesse oder andere Alterationen der Ganglienzellen und der Nervenfasern" zu berücksichtigen, postulierten die beiden Neurologen,[100] schränkten dann aber in einem weiteren Aufsatz diese Position ein: „Die Mehrzahl der [deutschen] Autoren legt das Hauptgewicht auf psychisch-emotionelle Momente. Wir müssen uns ihnen anschließen."[101]

Zu den bereits etablierten Begriffen wie Kriegsneurasthenie oder Kriegsneurose trat nun verstärkt die Kriegshysterie hinzu, deren Entstehungsbedingungen auf einem psychologischen Deutungsmuster beruhten. Max Nonne konnte 1917 rückblickend in einem Aufsatz bemerken, dass es 1915 „noch für unerlaubt galt, die Diagnose bei Soldaten auf Hysterie zu stellen. Ich glaube sagen zu dürfen, daß in dieser Auffassung [...] der Kriegsneurosen die Münchener Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte im September 1916 Wandel geschaffen hat."[102]

5.8 Leitsätze zur Behandlung der Kriegsneurosen: Wien und Graz

Auf der Münchener Tagung traten die Vertreter Österreich-Ungarns kaum hervor und griffen auch in den Neurologenstreit nicht ein. In den publizierten Tagungsberichten, die den Inhalt und Ablauf der Zusammenkunft ausführlich dokumentierten, waren die Beiträge der Wiener und Budapester Psychiater wenige unter vielen.[103] Erwin Stransky berichtete später, dass sein Vorschlag, an der Tagung teilzunehmen, sowohl in München als auch in Wien Befremden hervorgerufen habe. Im *Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie* hatte er sich gegen den Vorstand durchzusetzen, der ihn schließlich „auf eigene Gefahr und Verantwortung" hin ziehen ließ. Auf der Tagung in München musste zunächst geklärt werden, ob er als Gast überhaupt

100 Emil Redlich, J[ohann] P. Karplus: Über das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen, resp. Mischformen derselben mit funktionellen Störungen. In: MPN 39 (1916), S. 285; J[ohann] P. Karplus: Über Erkrankungen nach Granatexplosionen. In: WKW 28 (1915), S. 145–148.

101 Emil Redlich und J[ohann] P. Karplus: Über Auffassungen und Behandlung der sogenannten traumatischen Neurosen im Kriege. In: MK 12 (1916), S. 447.

102 Max Nonne: Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysteriformen Störungen bei Kriegsneurosen. In: ZgNP 37 (1917), S. 192.

103 Dokumentiert sind Diskussionsbeiträge von Arthur Schüller, Arthur von Sarbó, Martin Pappenheim und Erwin Stransky.

zum Kongress zugelassen werden konnte.[104] Die Animositäten zwischen österreichischen und deutschen Psychiatern müssen in einem engen Zusammenhang mit der militärischen und politischen Situation gesehen werden. Je länger der Krieg dauerte, desto tiefer wurde Österreich-Ungarn in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Deutschen Reich gezogen, da dessen militärische und kriegswirtschaftliche Hilfe unentbehrlich wurde. An kritischen Abschnitten der Ostfront verstärkten deutsche Einheiten die ausgedünnten Verteidigungslinien. Wichtige militärische Ausrüstungsgegenstände, wie die Gasmaske oder den Stahlhelm, lieferte die deutsche Armee. Als politische Konsequenz dieser Abhängigkeit ging die oberste Heeresleitung Österreich-Ungarns im September 1916 – nur zwei Wochen vor der Münchener Kriegstagung – an den deutschen Kaiser.[105]

Man könnte ob der marginalen Position der österreichischen Psychiater in München den Eindruck gewinnen, dass die österreichisch-ungarische Kriegsmedizin – analog zur militärpolitischen Situation – den Weg der allmählichen Unterordnung und Anpassung an die deutsche Kommandozentrale beschritt und in der Folge das nachvollzog, was auf dem tonangebenden Treffen der deutschen Nervenärzte beschlossen worden war. Nach dem Krieg, als sich die Wiener Psychiater ob ihrer brutalen Therapiemethoden mit massiven Vorwürfen konfrontiert sahen, erfolgte stereotyp der Verweis auf den dominanten Einfluss radikaler deutscher Psychiaterzirkel, deren Methoden man hierzulande modifiziert und abgemildert zur Anwendung gebracht habe. Dieser Abwehrreflex wurde zu einer geschickt lancierten Rechtfertigungsstrategie weiterentwickelt, die 1920 von Freud mit initiiert und von der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen sanktioniert wurde.

Im folgenden Abschnitt werde ich zeigen, dass die insgesamt eher verhaltene Position der österreichischen Nervenärzte in München und auf anderen deutschen Kriegstagungen nicht mit Orientierungslosigkeit, vorauseilender Anpassungsbereitschaft oder Außenseitertum gleichgesetzt werden kann. Als die Vertreter Österreichs im Herbst die deutschen Psychiater streiten sahen, fühlten sie sich ihren Kollegen gegenüber als die fortschrittlicheren. Denn in Wien und in anderen größeren Städten des Hinterlandes, die über eine Klinik mit angeschlossener Nervenstation verfügten, waren bereits Entscheidungen gefällt und entsprechende Schritte in die Wege geleitet worden, die sich weitgehend mit dem deckten, was in München als schließlich verbindliches Ergebnis erreicht wurde.

Spätestens seit der Jahreswende 1915/16 beherrschte die Sitzungen im *Verein für Psychiatrie und Neurologie* in Wien das Thema der Kriegsneurosen. Wie ließen sich

104 Stransky, Aus einem Gelehrtenleben um die Zeitenwende, S. 474.
105 Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 368.

die nationalen „Reservekräfte des Nervensystems" mobilisieren?[106] Im Mittelpunkt der Debatten stand zum einen die Frage, mit welchen Behandlungsmethoden eine möglichst effiziente Rückführung der Soldaten in den militärischen Dienst gewährleistet werden konnte. Zum anderen wurde über die Rolle der Medizin bei der Vergabe von Kriegsrenten und Entschädigungsleistungen diskutiert. Auf der ersten Sitzung des Vereins im Februar 1916 hielt Emil Redlich ein Referat, das beide Punkte berücksichtigte und einen umfassenden Maßnahmenkatalog beinhaltete. Er trug der Versammlung zwölf Punkte vor, die darauf abzielten, möglichst verbindliche Kriterien und effiziente Organisationsformen der Kriegsneurosenbehandlung zu erreichen. Dazu hielt es Redlich zunächst für notwendig, die handlungsanleitenden Prämissen zu fixieren. Er schlug vor, Begriff und Lehre der traumatischen Neurose „möglichst zu vermeiden", da damit „ganz irrige Vorstellungen über die Schwere, selbst Unheilbarkeit des Leidens verknüpft werden". Auf diese Weise war klargestellt, dass in der Bewertung der Kriegsneurosen psychologische Deutungen den Vorrang erhalten sollten. In den folgenden Punkten präzisierte Redlich diesen Leitsatz: „Für das Entstehen dieser nervösen Symptome kommen in erster Linie psychische Momente in Betracht, speziell für die hysterischen Formen. Es handelt sich vornehmlich um sogenannte psychogene Krankheiten. Vielfach spielt auch eine nervöse Disposition mit; viele der Kranken sind schon vor dem Kriege nervös oder mindestens dazu veranlagt gewesen."

Für den psychiatrischen und versicherungsrechtlichen Umgang mit den Patienten bedeutete diese Festlegung nun mehrerlei. Erstens, so Redlich, müsse die Vorhersage bei allen Fällen von Kriegsneurose *prinzipiell* als eine gute bezeichnet werden. Soldaten, die nervöse Symptome aufwiesen, wurden damit *a priori* als wiedergenesungs- und einsatzfähig betrachtet. Als Nächstes müsse auch die Behandlung überwiegend nach „psychischen Prinzipien" gestaltet und in speziellen Spitälern oder Spitalsabteilungen durchgeführt werden. Diese Behandlung sei als obligatorisch zu erklären und müsse in allen Fällen die Wiederherstellung der Einsatz- oder Arbeitsfähigkeit zum Ziel haben. Als dritten Schritt empfahl Redlich sodann, die Unfall- und Invalidenfürsorge nach diesen Gesichtspunkten neu zu organisieren. Fortlaufende Renten seien prinzipiell zu verwerfen und durch zeitlich begrenzte, automatisch endende Zahlungen zu ersetzen. Da die nervösen Symptome vieler Soldaten vom Wunsch nach persönlicher Sicherheit und materieller Versorgung bestimmt seien, müssten Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Den „Begehrungsvorstellungen"[107] der Kriegsbeschädigten sollte ein Riegel vorgeschoben werden. Die Umset-

106 A[rnold] Pick: Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Halle a. S. 1916.

107 Redlich griff hier auf einen Begriff zurück, den 1895 der deutsche Internist und Neurologe Adolf Strümpell in die Diskussion um Simulation und traumatische Neurose eingeführt hatte. Strümpell

zung dieser Vorschläge hielt Redlich für ein dringendes Gebot der Stunde. Um die Schlagkraft der Armee zu erhalten und den Staat vor der Auszahlung ungerechtfertigter Invalidenrenten besser schützen zu können, seien diese Maßnahmen unumgänglich.[108]

Bei den Mitgliedern des Vereins stießen Redlichs Vorschläge auf große Resonanz. Für die Nervenärzte stand außer Zweifel, dass ihre Mithilfe gefragt war, um in der für die Militärs immer drängender werdenden Frage der Kriegsnervenkranken eine Lösung herbeizuführen. Nach weiteren – außerordentlichen – Sitzungen des Vereins im Frühjahr 1916, in denen die Ärzte über die von Redlich vorgestellten Punkte diskutierten, kam es zu einer einstimmigen Beschlussfassung, in der die Leitsätze von Redlich als offizielle Richtlinie des Vereins festgelegt wurden.[109] Julius von Wagner-Jauregg, Vizepräsident des Vereins, übermittelte die Resolution an das k. u. k. Kriegsministerium, „in der Erwartung, daß dieselben [...] bei der Feststellung von Maßregeln für die Behandlung und vor allem für die Versorgung von im Kriege bei Militärpersonen entstandenen Neurosen von Wert sein könnten".[110] Führende Psychiater und Nervenärzte Wiens signalisierten damit von sich aus die Bereitschaft, ihre medizinische Arbeit stärker auf Staats- und Kriegsinteressen hin auszurichten.

Parallel zu den Beschlüssen der Psychiater war auch eine Untersuchungskommission des Wiener Militärsanitätskomitees tätig geworden, deren Vorsitzender Generalmajor Josef Teisinger war. Nach Inspektion mehrerer Spitäler kam dieser zur Überzeugung, dass die „Notwendigkeit einer Einflußnahme des K[riegs]M[inisteriums] auf die Behandlung der Nervenkranken nunmehr dringlich ist".[111] Ein dem

---

ging davon aus, dass bei vielen Unfallopfern der unbewusste Wunsch nach finanzieller Versorgung mächtige psychische Mechanismen hervorzurufen imstande sei, die krankheitsverstärkend wirkten. Der Ansicht, dass die Ursachen der Unfallfolgen auch beim Patienten zu suchen seien, war damit der Weg gebahnt.

108 Emil Redlich: Einleitendes Referat. Diskussion zur Frage der Entschädigung der traumatischen Neurosen im Kriege (Sitzung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien, 8. Februar 1916). In: WKW 29 (1916), S. 630 f.

109 Siehe dazu die Diskussionsbeiträge in den Berichten des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien. In: JPN 37 (1917), S. 516–534 (Sitzungen vom 8. Februar, 22. Februar, 14. März und 11. April 1916). Zusammenfassend Heinrich Obersteiner: Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten fünfzig Jahren seines Bestehens (1868–1918). In: JPN 39 (1919), S. 40.

110 Heinrich Obersteiner, Julius von Wagner-Jauregg: Schreiben an das k. u. k. Kriegsministerium betreffend Behandlung nervenkranker Militärpersonen, 14. Juni 1916, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 43–81.

111 Schreiben von Josef Teisinger (Ambulante Kommission des k. u. k. Kriegsministeriums und des k. k. Ministeriums für Landesverteidigung) an das Präsidialbüro des k. u. k. Kriegsministeriums, 9. Juni 1916, ÖStA-KA, KM 1916 Präs., 15-05/155.

Untersuchungsbericht beigelegter Maßnahmenkatalog deckte sich weitgehend mit den Leitsätzen des Vereins für Psychiatrie und Neurologie. Als ersten und wichtigsten Punkt empfahl die Kommission, die bislang provisorisch gehandhabten Behandlungsmodalitäten zu zentralisieren. Nur Professoren und ausgewiesene Experten der Nervenheilkunde, die das „vollständige Vertrauen der Heeresleitung" genossen, sollten für die Wiederherstellung der Kranken herangezogen und mit der Arbeit in Spezialkliniken betraut werden.[112]

Die Realisierung dieser Vorschläge stellte für die k. u. k. Militärbehörden kein großes Problem dar. Die Wiener Ärzteschaft hatte ihre Bereitschaft zum Handeln schon durch die Beschlüsse im Verein für Psychiatrie und Neurologie demonstriert, und auch aus Prag und Budapest waren ähnliche Stimmen zu vernehmen, die in der Frage der Kriegsnervenkranken auf eine effiziente Zusammenarbeit hoffen ließen.[113] Alexander Marguliés (1870–1921) etwa, Psychiater und Chefarzt des k. u. k. Barackenspitals in Prag-Letna, richtete einen dringenden Appell an die Militärbehörden, in dem es hieß: „Die im Hinterland befindlichen, mit Schütteltremores behafteten Personen sind in fachärztlich geleiteten Nervenanstalten unterzubringen, wo sie einer energischen Kur unterzogen und zur Arbeit angehalten werden sollen. Sobald es ihr Zustand nur irgendwie gestattet, sollen sie wieder der militärischen Dienstleistung zugeführt werden."[114] Diese Position deckte sich weitgehend mit dem Erlass, mit dem im Juni 1915 das Kriegsministerium die Kriegsbeschädigtenfürsorge geregelt hatte. Das Ziel war die vollständige Wiederherstellung der militärischen Dienstfähigkeit beziehungsweise der zivilen Erwerbsfähigkeit der Invaliden: „Der Kriegsbeschädigte soll wieder in Reih und Glied kommen, so wie er in Reih und Glied vor dem Feinde gestanden ist."[115] Die Erledigung des Antrags der ambulanten Untersuchungskommission ließ nicht lange auf sich warten. Die Kriegslage drängte die Militärbehörden zu raschen Maßnahmen. „Sehr dringend!" ist in der Kopfzeile jener Akten eingetragen, die im Kriegsministerium *zur Frage der Behandlung von nervenkranken Militärpersonen* kursierten.

Am 10. Juli 1916 gab das Kriegsministerium eine verbindliche Order heraus, die an alle Militärkommandos der österreichisch-ungarischen Armee erging und ihrem Inhalt nach exakt den Vorschlägen der Wiener Psychiater und der ambulanten Un-

112 K. u. k. Kriegsministerium, Behandlung von nervenkranken Militärpersonen, ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15-05/155.

113 K. u. k. Kriegsministerium, Fachärztliche Behandlung nervenkranker Militärpersonen, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 43–81; Hermann Zingerle, Stefan Hollos: Äußerung über die Errichtung von Nervenheilstätten bei verwundeten Soldaten, 21. Juni 1916, ÖStA-KA, Präs. 15–25/155–2.

114 Alexander Marguliés: Schreiben an das k. u. k. Militärkommando in Prag, 3. Juni 1916, ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15–25/155.

115 Zit. nach Leo Wittmayer: Die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Wien 1918, S. 1.

tersuchungskommission folgte: „Um eine sachgemäße, einen Erfolg in möglichst kurzer Zeit gewährleistende Behandlung der Nervenleiden zu erzielen, sind nervenkranke Militärpersonen ausschließlich in bereits bestehende Spezialnervenheilanstalten oder in solche Militärsanitätsanstalten abzugeben, in welchen erfahrene und erprobte Nervenfachärzte eingeteilt sind", heißt es zu Beginn des Erlasses. Binnen weniger Wochen hatten die sechzehn Militärkommandos Österreich-Ungarns den Nachweis über vorhandene Nervenheilanstalten sowie dort zugeteilte Ärzte dem Kriegsministerium vorzulegen. Sofern in den festgelegten Territorialbereichen keine entsprechenden Einrichtungen beziehungsweise Fachkräfte zur Verfügung standen (wie dies etwa in Galizien der Fall war), waren Soldaten in den nächstgelegenen Spezialspitälern unterzubringen.[116] Der Aufenthalt in den Nervenspitälern wurde nach streng militärischen Richtlinien durchgeführt. So war der freie Ausgang der Soldaten auf ein Minimum zu beschränken, ein Urlaubsansuchen aber grundsätzlich abzuweisen. Mit der Einlieferung in das Spital sollten keinerlei Privilegien verbunden sein, die „Gewöhnungseffekte" bewirken hätten können. Rigorose Kriterien forderte das Kriegsministerium auch in der Frage der Feststellung der militärischen Dienstfähigkeit. Das Einbringen eines Antrags auf Superarbitrierung (Erklärung der Dienstuntauglichkeit) war Mannschaften und Offizieren nur mit einem entsprechenden Gutachten des zuständigen Nervenarztes möglich.[117]

Mit dem Leitsatz der Wiener Psychiater, dass bei Kriegsneurosen prinzipiell eine gute Prognostik anzunehmen sei, rückte die Frage der Wiederherstellung der Dienstfähigkeit in den Mittelpunkt. Arzt und Patient standen dabei in einem strengen Subordinationsverhältnis. Für die Patienten bedeutete dies, dass sie für die Dauer ihres Leidens dem behandelnden Arzt untergeordnet und dessen therapeutischen Behandlungsmethoden ausgeliefert waren. Das Kriegsministerium hatte diesbezüglich eindeutige Worte gefunden: Nervenkranke Militärpersonen hätten den „mitunter auch unangenehmen Anordnungen der Spezialärzte unbedingt Folge zu leisten".[118] Den Psychiatern, die diese Richtlinien selbst entworfen und beim Ministerium eingebracht hatten, gaben die Kriegsbürokraten alle Macht in die Hand. Mit diesen Maßnahmen war im Frühjahr und im Sommer 1916 eine institutionalisierte Behandlung der Kriegsneurosen eingeleitet worden, die primär auf militärische Interessen hin ausgerichtet war. In „kriegswissenschaftlichen Sitzungen" wurden die

116 K. u. k. Kriegsministerium, Neurologen für die Armee im Felde, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 43-81/3; Irrenbettenzuweisung an das Garnisonsspital Nr. 15 in Krakau, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 25-22.

117 K. u. k. Kriegsministerium, Behandlung von nervenkranken Militärpersonen, ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15-25/155-3.

118 Alexander Marguliés: Schreiben an das k. u. k. Militärkommando in Prag, 3. Juni 1916, ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15-25/155.

Militärärzte und Psychiater über die neuen Richtlinien informiert und dazu angehalten, effizient zu handeln.[119] Am schnellsten wurden die angeordneten Maßnahmen in der Hauptstadt der Monarchie umgesetzt. An insgesamt sechs Spezialabteilungen arbeitete die Spitze der Wiener Neurologie und Psychiatrie, darunter Siegmund Erben, Stefan Jellinek, Johann P. Karplus, Otto Marburg, Alexander Pilcz, Emil Redlich, Arthur Schüller und Julius von Wagner-Jauregg. „Nicht eingeteilt, versieht freiwillig den Dienst", war bei diesen Ärzten in den Akten angemerkt worden.[120] Für andere, die in der Armee als Regiments- oder Stabsärzte Karriere gemacht hatten, gehörte die Mitwirkung an den Maßnahmen zur Bekämpfung der Kriegsneurosen zur dienstlichen Pflicht. Die Militärs dankten mit hervorragenden Qualifikationsbeschreibungen. Erwin Stransky etwa, der sich bei der Umsetzung der neuen Richtlinien besonders hervorgetan hatte, wurde als „stramm militärisch" und „sehr diensteifrig" gelobt.[121]

In Graz, dem seit dem Eintritt Italiens in den Krieg als Etappenstation des südlichen Kriegsschauplatzes erhebliche militärische Bedeutung zukam, war die Organisation der Behandlung von nervenkranken Soldaten ebenfalls rasch und mit großem Engagement der Psychiater erfolgt. Fritz Hartmann (1871–1937), Vorstand der Grazer Nervenklinik, hatte bei den Militärbehörden schon im Herbst 1914 auf Erweiterung der räumlichen und personellen Kapazitäten der Klinik gedrängt.[122] Zunächst wurden auf dem Gelände der psychiatrischen Landesheilanstalt Feldhof Krankenbaracken für etwa 300 Kranke errichtet. 1915 pachtete die *Landeskommission für heimkehrende Krieger in Steiermark*, die zur Fürsorge und Nachbehandlung Kriegsbeschädigter zum Zwecke der Wiedererlangung ihrer Berufsfähigkeit gegründet worden war, zwei Privatheilanstalten, um den „Belagraum" zu erhöhen: Die Klinische Nervenheilanstalt vom Roten Kreuz in Graz-Eggenberg (100 Betten, 14 Offiziere, 86 Mann) und die Klinische Nervenheilanstalt vom Roten Kreuz Bad Gesundbrunn in Graz-Gösting (60 Betten) wurden mit der Stammanstalt der Nervenklinik als *k. u. k. Militärabteilungen der k.k. Nervenklinik* vereinigt und der Leitung von

119 Paul Loewy: Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. In: Der Militärarzt 50 (1916), Sp. 378–384.

120 Siehe Nachweisung über die im Territorialbereiche vorhandenen Nervenheilanstalten und Nervenspezialärzte, ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15–25/155–3. Dort findet sich auch eine detaillierte Aufstellung über die zur Behandlung der „Kriegsneurotiker" herangezogenen österreichisch-ungarischen Psychiater und Nervenärzte.

121 ÖStA-KA, Qualifikationsbeschreibungen, Erwin Stransky, Karton Nr. 3368.

122 Fritz Hartmann: Die Fürsorge für nervenkranke Militärpersonen in der Kriegszeit. 1. Bericht für die Landeskommission zur Fürsorge heimkehrender Krieger. Graz 1915, S. 8–13. Vgl. auch Hartmanns Schreiben and das k. u. k. Kriegsministerium, Reformspital auf der psychiatrischen Klinik Graz, ÖStA-KA, KM 1915, 14. Abt., 12–3/50.

Fritz Hartmann übergeben.[123] An den Heilanstalten wurden verschiedene Therapien angewandt, im Besonderen Hydrotherapie, Mechanotherapie und Elektrotherapie. Das bedeutete für die Kranken alle Arten von Bädern in Holzwannen, wechselwarme Duschen, Packungen, Abreibungen, Dampf- und Massagebetten, elektrische Lichtkästen. Zusätzlich zu den physikalischen Methoden forcierte Hartmann die „Arbeit als Heilbedingung", indem er in den Anstalten – je nach Eignung der einzelnen Stationen – Arbeitsstätten zu handwerklicher Betätigung einrichten ließ: Korbflechterei, Papparbeiten, Tischlerei, Schlosserarbeiten, Buchbinderei und Tonarbeiten. Hinzu kam die Möglichkeit zu Blumen- und Tierzucht sowie zum Anbau von diversen Nutzpflanzen. Musikunterricht und Gesangsstunden sowie Kurse im Maschineschreiben rundeten die Behandlung ab. Hartmanns therapeutische Prämisse – Arbeit als Heilbedingung – folgte exakt den Behandlungsprinzipien der Volksheilstätten für Nervenkranke, die nach 1900 im Deutschen Reich und allmählich auch in Österreich-Ungarn errichtet worden waren.[124]

Ein besonderes Anliegen war Hartmann die Errichtung einer speziellen Abteilung für Sprachkranke und Gehirnverletzte, deren Betreuung und Behandlung er als vernachlässigtes Aufgabenfeld der Kriegspsychiatrie erkannt hatte. Für die – horribile dictu – „Gehirnkrüppel", für Männer also, die durch Kopfschüsse an Bewegungs- und Gleichgewichtsstörungen litten und ihr Gedächtnis beziehungsweise ihre Sprachfähigkeit verloren hatten, entwickelte er die „Übungsbehandlung".[125] Hartmann arbeitete dabei mit Grazer Pädagogen zusammen, die über Erfahrungen im Hilfsschulunterricht verfügten und sprachschwache Kinder unterrichtet hatten. Die Übungsbehandlung setzte sich aus zwei Teilen zusammen. Zunächst sollte durch mechanische, physikalische und orthopädische Maßnahmen die Bewegungsfähigkeit der Verletzten wiederhergestellt werden. Danach sollten unter Anleitung von Pädagogen gezielt die noch intakten Regionen des Gehirns gefördert werden. Das erklärte Ziel Hartmanns lag im „Wiederersatz der verloren gegangenen oder behin-

---

123 Hinzu kamen noch einige kleinere Heilanstalten, wie etwa die Nervenheilanstalt Lassnitzhöhe bei Graz oder die Rekonvaleszenzstation vom Roten Kreuze Schloss Pfannberg bei Frohnleiten. Eine detaillierte Beschreibung der für den Krieg adaptierten Heilanstalten gibt Hartmann, Die k. k. Nervenklinik im Dienste des Krieges, S. 1169–1181. Neben Hartmann waren mit der psychiatrischen Versorgung der Kriegsnervenkranken Heinrich di Gaspero (1875–1961) und Max de Crinis befasst. De Crinis, der 1938 die Nachfolge von Karl Bonhoeffer als Ordinarius für Psychiatrie in Berlin antrat, zählte sodann zu den führenden Organisatoren der nationalsozialistischen „Euthanasie" und war im Zweiten Weltkrieg „Beratender Psychiater" der Heeres-Sanitätsinspektion. Siehe Hinrich Jasper: Maximinian de Crinis (1889–1945). Eine Studie zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Husum 1991.

124 Fritz Hartmann: Arbeit als Heilbedingung bei Nervenkrankheiten. Ein Beitrag zur Volksheilstättenbewegung für Nervenkranke. Graz 1917, S. 18–24.

125 Übungsschule für Sprachkranke und andere Gehirnverletzte an der Grazer Nervenklinik, ÖStA-KA, KM 1915, 14. Abt., Präs. 62-5/38 und KM 1915, 14. Abt., 23–46.

derten Funktionen", insbesondere in der Wiedererweckung von sinnlich-räumlichen Orientierungsleistungen, Merkfähigkeit und Sprachleistungen. In weiterer Folge sollte dann für den genesenen Soldaten die Wiederaufnahme seiner bisherigen Berufstätigkeit oder die Erreichung einer neuen Berufstätigkeit gewährleistet werden. Eine neuerliche militärische Verwendung seiner Patienten hielt Hartmann für unmöglich. Mit dieser Initiative, die zahlreichen Schwerverletzten die Reintegration in ihr berufliches wie soziales Umfeld ermöglichte, erlangte Hartmann sowohl in der österreichisch-ungarischen als auch in der deutschen Militärneurologie große Aufmerksamkeit.[126]

Gleichwohl Hartmann in der Behandlung großen Wert auf „eine vollkommen den Defekten angepaßte individualisierende Tätigkeit" legte, waren die ideologischen Motive seines therapeutischen Handelns nicht mehr dem Individuum, sondern dem „Volksganzen" gewidmet. Die Parole des Nervenkrieges beschwor Hartmann zum handlungsanleitenden Programm, die Erhaltung und Wiederherstellung der „nervösen Volksgesundheit" war ihm oberstes Ziel. Würde es gelingen, die Ausbreitung der Nervenleiden durch prophylaktische Maßnahmen und eine effiziente Versorgung zu unterbinden, dann könne dieser Krieg erfolgreich bestanden werden: „Jenes Volk wird siegen, das zuerst gesundet."[127] Die große Bedeutung der Grazer Nervenklinik und ihrer assoziierten Heilanstalten zur Versorgung nervenkranker Soldaten spiegelt die Zahl der therapeutischen Anwendungen wider, die Hartmann mit seinen Mitarbeitern durchführte. Sie stieg von 1.300 im Jahre 1914 auf 66.000 im Jahre 1916; 1917 fiel sie auf 59.000 leicht zurück. Die Nervenheilkunde, so Hartmann, sei in diesem Krieg zu einer „neuen militärmedizinischen und sozialmedizinischen Materie geworden".[128]

Nicht nur in Wien und Graz, sondern auch in allen anderen Städten der Monarchie, die über eine medizinische Fakultät verfügten oder als Garnisonsstädte militärmedizinische Bedeutung erlangt hatten, standen psychiatrische Experten bereit, um

126 Fritz Hartmann: Übungsschulen für „Gehirnkrüppel" (Sprachkranke und andere Gehirnverletzte). In: MVS 53 (1916), S. 17–29, S. 37–45. Kurzfassungen dieser Arbeit veröffentlichte Hartmann in: MMW 62 (1915), S. 769 und 63 (1916), S. 413. Zu den Kopfverletzungen siehe Michael Hagner: Verwundete Gesichter, verletzte Gehirne. Zur Deformation des Kopfes im Ersten Weltkrieg. In: Claudia Schmölders und Sander L. Gilman (Hg.): Gesichter der Weimarer Republik. Eine physiognomische Kulturgeschichte. Köln 2000, S. 78–95.

127 Hartmann, Die Fürsorge für nervenkranke Militärpersonen in der Kriegszeit, S. 2. Hartmann ging noch 1915 von einem baldigen Ende des Krieges aus und entwarf neuro-nationalistische Szenarien für die Nachkriegszeit. Für die „Pazifizierung eroberter Ländergebiete", die mit einer neuerlichen „Verwicklung in Kriegsereignisse" oder gar dem „Entstehen einer Kriegsperiode" einhergehen könne, sei eine umfassende Mobilisierung und Erhaltung der Nervenkraft notwendig. Hartmann, Die Fürsorge für nervenkranke Militärpersonen, S. 11.

128 Hartmann, Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges, S. 1245 und S. 1251.

das Problem der Kriegsneurosen in Angriff zu nehmen. Im Herbst des dritten Kriegsjahres zeigte sich das Armeeoberkommando zufrieden. Die eingeteilten Nervenärzte und Psychiater schienen die hohen Erwartungen zu erfüllen. Die Erfolge in der Behandlung der Kriegsnervenkranken konnten – wie sich ein ranghoher Beamter des Kriegsministeriums ausdrückte – „geradezu als glänzend" bezeichnet werden. Aus militärischer Sicht war „ein großer Fortschritt erzielt und einem dringenden Bedürfnis abgeholfen worden".[129] Das Problem der psychischen Erkrankungen schien durch konsequent umgesetzte sanitätslogistische Maßnahmen sowie durch effiziente therapeutische Arbeit der Nervenärzte und Psychiater beseitigt zu sein.

Bevor auf die einzelnen Behandlungsmethoden – insbesondere auf die elektrischen Zwangsverfahren – näher eingegangen wird, soll zuvor noch nach den psychiatrischen und militärischen Deutungsvarianten des Krieges gefragt werden. Denn auch wenn 1916 die Militärbehörden in Zusammenarbeit mit den Psychiatern zahlreiche Maßnahmen gegen das massenhafte Auftreten der Kriegsneurosen ergriffen hatten, so ging es neben dem Agieren auf einer konkreten Handlungsebene auch um die Frage der Einordnung dieses Phänomens in die kulturelle Deutungsproduktion dieses Krieges. Die Figur des Zitterers machte klar, dass die entfesselte Gewalt an der Front schwere Belastungen für die psychische und emotionale Verfassung der Soldaten mit sich brachte, an der viele zerbrachen. Damit schien sich die zu Kriegsbeginn ausgegebene Parole von den „starken Nerven", die zur Erlangung des Sieges unabdinglich seien, zu bestätigen. Je länger der Krieg dauerte, umso deutlicher zeigte sich, dass militärischer Erfolg nicht nur mit überlegener Strategie und Waffentechnik, sondern auch mit überlegenen Reaktions- und Verhaltensmustern zu tun hatte. Was also bedeutete das Auftreten der Kriegsneurosen für die psychiatrisch-militärische Konstruktion von soldatischer Männlichkeit in diesem Krieg?

---

129 [...] Kaltenborn: Fürsorge für nervenkranke Militärpersonen. ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 45–20/1. Zur Organisation der Hinterlandsspitäler allgemein siehe Eugen Hofmokl: Wiener Spitalsverhältnisse im Kriege. In: WKW 29 (1916), S. 661 f.

6. KRIEGSERLEBNIS, NERVENPROBEN UND KÄMPFERNORMEN

Die Erfahrung des Kriegs hat es in einem ungeheuren Massenexperiment allen bestätigt, dass der Mensch sich leicht zu den äußersten Extremen und wieder zurück bewegen kann, ohne sich im Wesen zu ändern. Er ändert sich, aber er ändert nicht *sich*.

Robert Musil[1]

Nach dem Scheitern der Anfangsoffensiven trat Ende 1914 an allen Fronten eine militärische Pattsituation ein, die den Charakter des Krieges nachhaltig veränderte. Schon in den ersten Gefechten hatte sich gezeigt, dass die neuartigen Maschinenwaffen deutlich höhere Verluste verursachten als angenommen. Auf Kampfplätzen, deren Grenzen variabel und in Beziehung zu Raum und Distanz gesetzt werden konnten, war Agieren und Reagieren noch möglich gewesen. Kampfeinheiten, die auf der Suche nach der bestmöglichen Angriffs- oder Verteidigungsposition im Gelände ständig in Bewegung waren, konnten vorgehen, zurückgehen und umhergehen. Diese Ausweichmöglichkeiten waren mit dem Scheitern des Bewegungskrieges vorbei. Die Erstarrung der Kampflinien potenzierte die Waffenwirkung, da sich die Kampfabschnitte nun wesentlich verkleinert hatten und über lange Dauer unverändert blieben. Über den frisch ausgehobenen Gräben brach die Wucht des Maschinenkrieges in einer bis dahin nicht erfahrenen Intensität auf die Soldaten herein.[2]

Der Stellungskrieg brachte nicht nur alle bisherigen militärstrategischen Konzepte zu Fall, sondern bewirkte auch dramatische Veränderungen im Alltagsleben der Soldaten. Das Ausharren auf engstem Raum machte psychische Resistenz zur Schlüsselqualifikation. Im folgenden Abschnitt soll gezeigt werden, welchen Stellenwert der Nervendiskurs in den individuellen Kriegserfahrungen von Soldaten einnahm

1 Robert Musil: Die Nation als Ideal und Wirklichkeit (1921). In: ders.: Gesammelte Werke, hg. von Adolf Frisé. Bd. 2. Hamburg 1978, S. 1080.

2 Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, bes. Kap. 7 und Kap. 10; Ulrich, Ziemann, Frontalltag im Ersten Weltkrieg; Ziemann, Front und Heimat, Kap. 3; Leed, No Man's Land; Tony Ashworth: Trench Warfare 1914–1918. The Live and Let Live System. London 1995; Modris Eksteins: Tanz über Gräben. Die Geburt der Moderne und der Erste Weltkrieg. Reinbek bei Hamburg 1990, Kap. 4.

beziehungsweise welche Rolle den Nerven im militärischen und medizinisch-psychiatrischen Diskurs über die Kampfqualitäten des Stellungskriegers zugewiesen wurde.[3] Sowohl intellektuelle „Kulturkrieger" als auch „einfache" Soldaten reflektierten ihr Körperbewusstsein, ihre Verletzlichkeit und ihre Ängste, alle seelischen Verwüstungen, die der Krieg an ihnen anrichtete, mit dem Hinweis auf die Nerven. Dabei korrespondierte die alltagskulturelle Ebene der Soldaten mit der diskursiven Konstruktion neuer Leitbilder. Moderne Kriegskulturen leben von Imaginationen, Mythen und Phantasmagorien.[4] Die *Nerven* standen im Mittelpunkt militärischer Defensivrhetorik; sie wurden zur Chiffre für geänderte militäranthropologische Anforderungsprofile und dienten zur Diffamierung des Gegners beziehungsweise zur propagandistischen Überhöhung der Kampfkraft der eigenen Armee. Unter der Oberfläche schwelten die Stahlbad-Fantasien von 1914 weiter und gewannen in jenen Mythen erneut an Kraft, die den nervengestählten Krieger feierten: Im Maschinenkrieg waren nicht alleine industrielle Kriegstechnik und Material, sondern in hohem Maße Körper und Geist entscheidend. Diese Botschaft war kriegsaffirmativ und sollte vorführen, dass der Krieg doch das realisiert hatte, was man sich von ihm erhoffte: eine neue Männlichkeit, die ihre archaischen Instinkte reanimierte und gleichzeitig die mentalen Anpassungszwänge der Moderne vollzogen hatte.[5] Die Konstruktion des modernen Nervenkriegers lebte von dieser habituellen Doppeltransformation: Er zeichnete sich durch eine hohe Gewaltakzeptanz *am* Körper aus, aber der Einbruch maschineller Kriegsenergien *in* den Körper wurde von ihm erfolgreich abgewehrt.

6.1 Nerven und Maschinenkrieg

Oskar Kokoschka begann den Krieg als Freiwilliger in einer Kaserne in Wiener Neustadt, wo er in einem traditionsbewussten k. u. k. Kavallerieregiment seine militärische Ausbildung erhielt. Unter penibler Einhaltung der Ausbildungsregeln probte das Regiment den geplanten Einsatz an der Front. Den Tagesablauf bestimmten Exerzieren, Schießübungen und forsche Ausritte in die Umgebung. Kokoschka, der den Ausbruch des Krieges enthusiastisch begrüßt hatte, blickte den Kampfhandlungen

3 Reimann, Der große Krieg der Sprachen, S. 27–73; Ulrich, Die Augenzeugen, S. 191–226.

4 John Keegan versteht unter Kultur einen „Ballast von gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Assoziationen, Mythen, Tabus, Forderungen, Gebräuchen, Überlieferungen, Verhaltens- und Denkweisen, Sprache und Kunst – ein Ballast, der jede Gesellschaft im Gleichgewicht hält". John Keegan: Die Kultur des Krieges. Hamburg 1997, S. 84.

5 Eva Horn: Die Mobilmachung der Körper. In: Transit. Europäische Revue 16 (1998/99), S. 92–107.

erwartungsvoll entgegen.[6] Der Offiziersanwärter sah eine nachhaltige Korrektur seiner Lebensführung eingeleitet. Die strenge Disziplin, die während der Ausbildung herrschte, war ihm willkommen: „Das Exerzieren und Frühaufstehen vertreibt meine schlechten Nerven."[7] Nach Beendigung der Ausbildung im Frühjahr 1915 wurde das Kavallerieregiment in Marsch gesetzt. Die Verlegung an die Ostfront erschien Kokoschka wie eine „endlose Militärparade": Immer wieder begleiteten Musik und Blumen die Männer, die stolz ihre golden glänzenden Helme und farbenprächtigen Uniformen präsentierten. In weißen Stulpenstiefeln, die sich, wie Kokoschka später schrieb, von dem dunklen Laub der Wälder „nur allzu gut unterschieden", ging die Eliteeinheit ihrem Fronteinsatz entgegen. Im Feldlager angekommen, wurden feudale militärische Rituale zelebriert und Abenteuerromantik verbreitet. Die russischen Soldaten, schon in Feldgrau gekleidet, wurden als Stallburschen und Feiglinge verspottet. Die erste, harmlos verlaufende Feindberührung beschränkte sich auf theatralisches Säbelschwingen und rief bei Kokoschka Fantasien über siegreiche Heerführer und pompöse Reiterdenkmäler hervor. Außerhalb der Dienstzeiten erkundeten die Offiziere die Umgebung. Die Beobachtung einer Frau beim Baden im Fluss zählte für Kokoschka zu den Hochgefühlen seines Kriegserlebnisses: „Wie frisch-fröhlich der Krieg doch ins Leben selbst dieser Kleinstadt hineingefahren ist; die Strategen zu Hause hatten recht, wahrlich, die von einem Stahlbad reden!"

Der Krieg schien also die ersehnte Männlichkeitsprobe zu bringen. Er zeigte sich als ein privilegiertes Abenteuer für nervöse Männer, die sich auf einen heroischen Waffengang vorbereiten und ihren Fantasien freien Lauf lassen konnten. Als der Befehl zum Vorrücken kam, steigerte sich die Spannung. Nach einem opulenten Festbankett des Generals wurden die Vorbereitungen getroffen. Der Aufmarsch des Regiments war eine akkurat durchorganisierte Inszenierung militärischer Männlichkeit – ästhetisches Schauspiel und optisches Blendwerk zugleich. Mit Federbüschen, Orden und Sternen dekoriert, warteten die Männer auf das Signal des Angriffs. Als der kommandierende Offizier an Kokoschka vorbeischritt, war jede Körperregung unter strammer Kontrolle – „Mann und Pferd wie aus Erz".[8] Das abrupte Ende dieser ver-

6 Später schrieb er in seinem Essay *Briefe aus Dresden* (1919): „Nichtsahnend wie die anderen habe auch ich den Marschbefehl für einen Reisepaß gehalten, der dem Abenteuerlustigen die Wunder der Welt versprach." Zu Kokoschkas Kriegserfahrungen siehe Elfriede Wiltschnigg: Der „irrende Ritter". Oskar Kokoschka, seine Beziehung zu Alma Mahler und der Erste Weltkrieg. In: Helmut Konrad (Hg.): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne. Wien 2000, S. 373–391 und Diether Schmidt: „Bitte mit dem Weltkrieg aufhören, ich möchte arbeiten!" Oskar Kokoschka in Dresden 1916 bis 1923. In: Pantheon 44 (1986), S. 125–134.

7 Kokoschka, Briefe I (1905–1919), S. 205.

8 Oskar Kokoschka: Mein Leben. München 1971, S. 149–153.

wirklichten Männerfantasien beschrieb Kokoschka Jahrzehnte später eindrucksvoll in seiner Erzählung *Verwundung*. In der Nähe der weißrussischen Stadt Luck wurde der Angriff mit einer schneidig vorgetragenen Kavallerieattacke begonnen – ein Unternehmen, das direkt in die Katastrophe führte: „Wer hätte sich vorgestellt, daß dies ritterliche Zauberwort [die Attacke] mein schönes Dragonerregiment jäh zu einer blutigen Masse, Mann wie Pferd, verwandeln würde, in welcher immer noch mehr, wie von Gespenstern vorwärtsgepeitschte, scheu gewordene Rosse hetzten, um ebenso samt den Reitern im Feuer zusammenzubrechen."[9] Im Dauerbeschuss russischer Maschinengewehre endete der Kavallerieangriff in einem Gemetzel. Kokoschka, durch einen Kopfschuss, der das Labyrinth eines Ohrs und damit den Gleichgewichtssinn zerstörte, und durch einen Bajonettstich schwer verwundet, gelangte unter glücklichen Umständen wieder zu seinen Truppen und wurde in einem Lazarettzug nach Wien gebracht.

Der Schock saß tief. Von Halluzinationen und traumatischen Erinnerungen gequält, wurde Kokoschka in einem Versehrtenwagen herumgeführt. Im gut geführten Palffy-Spital, einem Offiziersspital, wo junge Aristokratinnen den Tagdienst und Nonnen den Nachtdienst versahen, wurde Kokoschka mit dem Bestreben der Militärs konfrontiert, möglichst viele Verwundete wieder diensttauglich zu machen. Dreimal im Monat besuchte eine Kommission seine Abteilung, deren Vorsitzender den Beinamen „Hyäne der Spitäler" trug. Sein Auftritt gestaltete sich als makabres Ritual, denn vor der Inspizierung und Tadelung der Kranken in ihren Betten spielte der gefürchtete Gast stets einige Takte auf dem Spitalsklavier.[10] Auch Kokoschka wurde wieder für dienstfähig erklärt und im Sommer 1916 als Verbindungsoffizier an die italienische Front geschickt. In den Schützengräben am Isonzo wurde er erneut mit den Auswirkungen des Maschinenkrieges konfrontiert. Das passive Ausharren an der Front raubte ihm die letzten Illusionen und ließ gleichzeitig das Bedürfnis nach aktiver Umgestaltung der tristen Situation entstehen. „Weißt Du, was mein Plan ist?", schrieb Kokoschka, „ich will einmal Herrenhausmitglied werden in Österreich und helfen, daß das Beste bei uns zuhause wieder zur Wirkung kommt, nachdem so viel herumgedoktert und verpfuscht worden ist. Aber ich muß noch viele Bausteine zusammentragen, um zu werden, was ich sein könnte. Der Krieg frißt nur so viel Nerven."[11] Kurze Zeit darauf verlor Kokoschka während eines italienischen Artillerieangriffs das Bewusstsein und wurde mit einem „Granatenschock"

9 Oskar Kokoschka: Verwundung [etwa 1934]. In: ders.: Berichte aus einer eingebildeten Welt. Erinnerungen und Erzählungen, hg. von Gerhard Trenkler. Graz-Wien-Köln 1996, S. 69.

10 Frank Whitford: Oskar Kokoschka. A life. New York 1986, S. 107; Kokoschka, Mein Leben, S. 162. Es handelte sich hier um den Präses der „ambulanten Kommission", Generalmajor Josef Teisinger. Siehe dazu das Kapitel über *Psychiatrische und militärische Allianzen*.

11 Kokoschka, Briefe I, S. 290.

zurück nach Wien transportiert. Ein zweites Mal begannen die Untersuchungen, Invaliditätsprüfungen und medizinischen Experimente, alle zwei Wochen wurde Kokoschka mit starken elektrischen Strömen behandelt, die künstliche Gehirnkrämpfe hervorrufen sollten. Da diese Behandlungen nur wenig Wirkung zeigten, wurde Kokoschka zunächst nach Dresden, dann – im Herbst 1917 – ins schwedische Uppsala geschickt, wo der Arzt Robert Bárány, 1914 mit dem Nobelpreis ausgezeichnet und mit einer Professur an der dortigen Universität ausgestattet, an ihm neue Behandlungsmethoden erprobte. Der Erfolg blieb jedoch erneut aus. Durch Vermittlung von liberalpazifistischen Freunden wurde Kokoschka schließlich dienstuntauglich geschrieben.[12]

Kokoschkas Kriegsbiografie, seine Kriegsaffirmation, seine Desillusionierung und sein Trauma stehen für die Generation der Intellektuellen und für die Exponenten der künstlerischen Avantgarde. Kokoschka suchte den Bruch mit der Vergangenheit, sei es aus persönlichen Motiven oder sei es aus einem tief empfundenen Unbehagen, das ihn 1914 bewogen hatte, auszuziehen, um seinem als krisenhaft empfundenen Leben neue Energien zuzuführen. Auch aus der Perspektive des einfachen Soldaten waren die Nerven ein beständiges Thema, vor allem wenn es darum ging, die Auswirkungen des Maschinenkrieges am eigenen Körper in Worte zu fassen. Soldaten, die zunächst an der Ostfront eingesetzt und 1915 an die italienische Front im Karst des Triester Hinterlandes verlegt worden waren, beschrieben häufig den Frontwechsel als dramatische Steigerung des Kriegserlebnisses. Für die Neuankömmlinge aus dem Osten bedeutete die neue Situation ein Schockerlebnis. Die räumliche Enge, die ungünstigen Bodenverhältnisse, die unruhige Topografie und die Technisierung der Kriegsführung stellten eine gesteigerte Belastung dar.[13]

Ein gutes Beispiel dafür geben die zu einem autobiografischen Erlebnisbericht verarbeiteten Tagebuchaufzeichnungen des steirischen Infanteristen Hans Pölzer (1894–1917), der den Krieg im Osten begonnen hatte und 1915 an die neu eröffnete Front am Isonzo verlegt worden war. Dort sah er sich mit Bedingungen konfrontiert, die der Erfahrung des Stellungskrieges eine neue Dimension verliehen. Die Lehmböden Osteuropas waren für den Bau von Stellungen wie geschaffen gewesen und hatten den Männern ein Gefühl relativer Sicherheit gegeben. „Mein Gott – ein Stellungskrieg bei 1000 Schritten Frontabstand in einer Gegend, wo man selbst in drei Metern Tiefe nicht ein einziges Sandkorn findet! Wir bauten förmlich Wunderwerke von Erdbefestigungen in dem unergründlichen Humus am Rande herrlicher

12 J. P. Hodin: Oskar Kokoschka. Sein Leben, seine Zeit. Frankfurt/M. 1968, S. 221; Schmidt, „Bitte mit dem Weltkrieg aufhören", S. 126. Siehe auch Oskar Kokoschka: Geschichte von der Tochter Virginia. In: ders.: Das schriftliche Werk, hg. von Heinz Spielmann. Bd. 2: Erzählungen. Hamburg 1974, S. 117.

13 Kisch, Wanderungen und Wandlungen, S. 181–184.

Eichen- und Buchenwälder." Mit diesen Erdhütten, die sich hinter einem Dickicht von Draht verbargen und von den Männern stets weiter ausgebaut und verbessert wurden, entstanden Unterkünfte, „die entschieden wohnlicher als die Bahnhofskaserne in Graz waren".[14]

Mit der Verlegung an die italienische Front kamen die Männer in ein Kampfgelände, das sich für einen Grabenkrieg überhaupt nicht eignete. Im vegetationslosen Karst des Triester Hinterlandes mussten unterirdische Schutzvorrichtungen erst in den Fels gesprengt werden. Je nach Frontabschnitt und Intensität der Kampfhandlungen konnte es Monate dauern, bis die Kavernen von den Soldaten bezogen werden konnten. Die meisten Laufgräben der vorderen Kampflinien waren anfangs nur mit Holz, Sandsäcken und Dachpappe verstärkt worden und an manchen Stellen so niedrig, dass die Männer robben mussten, um ihren Körper unter dem Grabenrand fortbewegen zu können. Die „nervenspannende Nähe von 40 bis 50 Schritten zwischen den Gegnern" zwang zu beständiger Aufmerksamkeit.[15] Hinzu kam, dass im Karstgestein das Artilleriefeuer eine ungewohnt starke und unberechenbare Wirkung hatte. Die auf Felsgestein explodierenden Geschosse lieferten die Soldaten einer potenzierten Sprengwirkung aus. Hans Pölzer schrieb über den Moment eines Granateneinschlages in unmittelbarer Nähe: „Ich war in diesem Augenblick kein Mensch, sondern nur ein Lebewesen, dessen Nerven nicht hinreichten, die Fürchterlichkeit des Augenblicks zu fassen und die doch zu stark waren, um zusammenzubrechen."[16]

Da während der Schlachten die getöteten Kameraden nicht beerdigt werden konnten, benützte man Granattrichter, um in diesen die Leichen notdürftig zu verscharren oder sie mit Steinen zu bedecken. Bei einem Artillerieangriff prasselten auf die Männer Erde, Stahl- und Steinsplitter sowie verwesende Körperteile nieder. Um den Verwesungsgeruch der Leichen, der aus dem Niemandsland in die Stellungen kroch, zu unterdrücken, bekamen die Soldaten spezielle „Riechmittel" zur Verfügung gestellt. Die Armeeführung hatte diese Maßnahme aus Sorge um die Kampfmotivation der Soldaten getroffen. Der Geruch des Todes sollte die Abwehrenergien der Krieger nicht beeinträchtigen. Im alltäglichen Überlebenskampf in der Felswüste des Karstes zeigte sich, dass selbst noch die Toten für die Lebenden von großer Bedeutung waren: In den Laufgräben, die nicht vertieft werden konnten und somit keine ausreichende Deckungsmöglichkeit boten, wurde die fehlende Brustwehr durch aufgeschichtete Leichen gebildet – tote Kameraden wurden damit zum Kugelfang.

---

14 Hans Pölzer: Drei Tage am Isonzo. Verfaßt in Rottenmann 1916. Salzburg 1993, S. 4.

15 Vom Höhensinn eines österreichischen Kriegsfreiwilligen. Aus den Tagebüchern und Briefen des auf Doberdo am 9. Mai 1916 gefallenen Leutnants Hermann Selle. Herausgegeben von seinem Vater. Graz 1917, S. 32.

16 Pölzer, Drei Tage am Isonzo, S. 13.

Abbildung 4: Soldaten des 16. Armeekorps in einer Kaverne an der Isonzofront (1916). Bildarchiv der Österreichischen Nationalbibliothek, K 531 C.

Im Falle eines Angriffs, der in der Regel durch ein konzentriertes und lang anhaltendes Artilleriefeuer eingeleitet wurde, versuchten die Soldaten, so gut es ging, in Deckung zu gehen. Die Momente, die im Maschinenkrieg über Leben oder Tod entschieden, waren kurz, kam es doch darauf an, „welcher der vom Trommelfeuer betäubten Männer früher wieder sein Bewußtsein erlangt und die Gewalt über seine Nerven gewinnt".[17] In jeder plötzlich auftretenden Feuerpause war ein weiterer Sturmangriff des Gegners zu erwarten, dessen Stellungen in Rufweite von den eigenen entfernt lagen. Erfolgte der gegnerische Angriff tatsächlich, entschieden Geistesgegenwart und präzise Situationserfassung, vor allem aber konzentrierte Waffenbedienung über Erfolg oder Misserfolg der Verteidigung. Sinnesphysiologische Indifferenz ging mit der Fähigkeit einher, die Signale der gegnerischen Kampfführung richtig zu deuten und dementsprechend danach zu handeln. In diesem

17 Alice Schalek: Am Isonzo. März bis Juli 1916. Wien 1916, S. 242.

Sinne erforderte der Aufenthalt in den Gräben und Kavernen selbst in Zeiten des Beschusses „intensivste Präsenz und äußerste Anspannung".[18]

Ab 1916 wurden im Karstgestein verstärkt Felskavernen angelegt, da die Geländebedingungen Unterstände, wie sie in den weichen Böden Galiziens oder Flanderns angelegt wurden, nicht erlaubten. Während eines Trommelfeuers suchten die Soldaten Zuflucht in den steinernen Höhlen und Gängen der Verteidigungsstellungen. Kamen die Männer nach einem Trommelfeuer aus den Felsgängen hervor, so bot sich „ein ganz anderes Bild. Es gab keinen Schützengraben mehr, weder vor uns, noch rechts oder links von uns, das ganze komplizierte System von Gräben, Löchern, Kavernen, Höhlen und unterirdischen Gängen war weg. Ein Trümmerhaufen und eine Kraterlandschaft bedeckten die Gegend. Wir wußten nicht mehr, wo wir waren."[19] Auf dem modernen Kampfplatz, wo durch fernwirkende Waffen die bisherige unmittelbare Kampfhandlung mit dem Gegenüber verloren ging und von anonymer Distanz abgelöst wurde, herrschte Leere:

> Gegen wen sich wehren, wen angreifen, wie den Feind am Trommelfeuer hindern? Wie soll man sich denn wehren gegen das gnadenlose Wirken lebloser Maschinen, gegen einen Mechanismus, der maschinenhaft wirkt, maschinenhaft bedient wird? Wo sieht man einen Feind, den man fassen kann? Wo einen lebendigen Bedroher? Leer ist das Schlachtfeld. Nichts sieht man vom Feind.[20]

In dieser Kriegslandschaft, wo der Soldat ebenso zufällig getroffen werden wie überleben kann, wurden die anthropologischen Anforderungen an den modernen Soldaten dramatisch verschoben. „Der Mut ist anders geworden, sein Aussehen hat sich gewandelt", schrieb etwa 1915 der Leiter des Grazer Militärkommandos, Feldmarschallleutnant Erwin von Mattanovich (1861–1942), in einer kleinen Broschüre. „Heute sieht der Mut so aus wie der lehmfarbene Mann im Schützenloch, über dem tagelang die schweren Geschosse hinheulen und der zusammengekauert die Einschläge zählt, die Entfernungen schätzt: ‚100 Schritte … 50 Schritte … die nächste Lage muß Dich treffen!' Mit einem Wort: der passive Mut der Nerven hat heute den aktiven Mut der Muskeln zum großen Teil abgelöst."[21]

Im Maschinenkrieg erhielten die mentalen Kompetenzen des Kämpfers eine immense Bedeutungssteigerung. Nicht mehr schneidige Attacken, Muskelkraft – der

18 Ludwig Biró: Die erste Hälfte meines Lebens. Erinnerungen eines Grazer jüdischen Rechtsanwaltes von 1900–1940, hg. von Christian Fleck. Graz-Wien 1998, S. 66.

19 Ebd., S. 68.

20 Kornel Abel: Karst. Ein Buch vom Isonzo. Salzburg-Leipzig 1934, S. 206 f.

21 FML [Erwin] von Mattanovich: Mut und Todesverachtung. Graz 1915, S. 9. „Heldentum ist heute der Zwang, den Tod zu erwarten", notierte Karl Kraus, Aphorismen, S. 439.

Säbel als verlängerter Arm – und kühner Heldenmut im Nahkampf machten den Soldaten aus. Der statische Charakter der Gefechte auf engstem Raum erforderte eine überwiegend passiv agierende Kämpferfigur, die sich trotz der Enge in der Kampfstellung und der brachialen Wucht der Explosionen im psychischen Gleichgewicht halten konnte. Sowohl Militärs als auch Mediziner waren sich dabei über die Vorgaben im Klaren. Nach Überzeugung eines deutschen Kompanieführers, der vor Verdun an mehreren Angriffswellen beteiligt gewesen war, gab es im Hagel der Stahlgeschosse kaum mehr Tapferkeit, sondern „nur Nerven, Nerven, Nerven".[22] Ähnlich äußerte sich ein Arzt, der im Feld einen Artillerieangriff mitgemacht hatte und in einem darüber verfassten Erlebnisbericht eingestand, dass Mut „nichts anderes als Nervensache ist".[23] Charakter, Wille, Ausdauer, Nervenstärke – mit solchen und ähnlich gearteten Schlagworten konstituierte sich der militärische und medizinische Diskurs über moderne Kriegskompetenzen.

In der alltäglichen Erfahrungswelt der Soldaten wurden die Fantasien um den neuen Nervenkrieger schnell auf den Boden der Realität zurückgeholt. Frontkämpfer, denen solche Parolen zu Ohren kamen, reagierten mit ironischer Bitterkeit: „Das Gefasel von Mut, Todesverachtung, Zähigkeit und Tapferkeit ist, wenn es für solche Lagen, in welchen wir uns befanden, gebraucht wird, ein arger Blödsinn",[24] notierte 1916 ein junger Offizier, der den zermürbenden Verteidigungskrieg im Karst mitgemacht hatte. Daran änderten auch die medikamentösen Initiativen der österreichischen Heeresführung, die an besonders gefährdeten Abschnitten der Front neurasthenische Zusammenbrüche präventiv zu vermeiden suchte, nichts. Für nervenstärkende Mittel, die nach Artillerieangriffen an die Truppe ausgegeben wurden, hatten die Soldaten nur Verachtung übrig: „Brom bekommt hier jetzt jeder Mann, denn die Nerven sollen durch solchen Quark nach Erschütterungen besser werden", berichtete ein Medizinstudent seinem Vater.[25]

Dem Maschinenkrieg waren all jene ausgesetzt, die über kürzere oder längere Dauer in der vordersten Linie standen: einfache Mannschaften und Offiziere, Essensträger, Meldegänger, Sanitätsgehilfen und auch Ärzte. Von eiserner Körperbeherrschung konnte selbst bei erfahrenen Frontärzten, die über die Wirkungen des Trommelfeuers Bescheid wussten, keine Rede sein. Während der nächtlichen Feuerüberfälle „fahren wir beim ersten Donnern von den Pritschen, springen in die Kavernen und saufen Rum, wenn wir einen haben, bis wir bewußtlos sind. Tapferkeit sei eine reine Nervenangelegenheit, hörte ich einmal dozieren. Mit unserer Nerven-

22 Zit. nach German Werth: Verdun. Die Schlacht und der Mythos. Augsburg 1989, S. 315.

23 Alois Czepa: Mut und Nerven. In: Die Umschau 19 (1915), S. 981.

24 Pölzer, Drei Tage am Isonzo, S. 13.

25 Vom Höhensinn eines österreichischen Kriegsfreiwilligen, S. 25.

spannkraft ist's vorbei."[26] Innerhalb der Truppe hatten ängstliche und nervöse Soldaten einen schweren Stand. Der Disziplinierungsdruck, der durch Offiziere und Mannschaft ausgeübt wurde, war vor allem für Neulinge beträchtlich. „Nervenkrüppel" war in der Schützengrabengemeinschaft ein Schimpfwort, das mit Feigheit gleichgesetzt wurde und den Betroffenen zum Außenseiter machte. Doch gab es für nervöse Männer auch individuelle Rückzugsmöglichkeiten und versteckte Sonderbewilligungen, die von der Menschlichkeit und der militärischen Position des Vorgesetzten abhingen.[27]

6.2 Kriegspsychiatrie und Militärjustiz

Mit ein Grund, warum die Nerven im Kriegsdiskurs eine so bedeutende Rolle spielten, war die Zunahme der militärischen Verweigerungsformen, die sich an allen Fronten zeigten. Am häufigsten kamen Fälle vor, in denen sich die Soldaten von der Truppe entfernten und auf eigene Faust das Hinterland zu erreichen suchten. Dieses Verhalten klassifizierte die Militärjustiz als Feigheit vor dem Feind oder auch als Desertion. Auf beide Delikte stand die Todesstrafe. Im Frontalltag kam es jedoch immer wieder zu Vorfällen, die schwierig zu bewerten waren, da sie mit den herkömmlichen militärjuristischen Kategorien nicht erfasst werden konnten. Waren Soldaten und Offiziere, die nach einem Artillerieangriff plötzlich ihren Platz im Schützengraben verließen und in der Etappe verschwanden, Deserteure oder Kriegsverwirrte, Feiglinge oder seelisch Verletzte, ehrlose Männer oder gebrochene Helden? Wie war mit Männern umzugehen, die wie Schlafwandler durch die Gegend taumelten, den Linien des Feindes entgegen, oder rückwärts, den Bahnlinien entlang? Die österreichische Militärjustiz, die sich erst wenige Monate vor Beginn des Krieges ein neues Strafprozessrecht auferlegt hatte, sah sich permanent mit solchen Definitionsproblemen konfrontiert.[28] Da war etwa die unübersichtliche Topografie der Grabensysteme, die eine Orientierung schwierig machte. Die verwinkelten Anlagen, die von den gegnerischen Verteidigungsstellungen oft nur wenige Schritte entfernt waren, führten immer wieder zu Missverständnissen. Da der Austausch der Kampfbesatzungen bei Nacht erfolgte und dabei jede Form der Kommunikation unterbunden war, fanden die Einheiten den Weg in die vorgesehene Ruhestellung in der Etappe vielfach nicht mehr. Das Herumirren im Niemandsland löste auf beiden

26 Christoph Leditznig: Sturm und Sonnenschein über den Sieben Gemeinden. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 80.

27 Fritz Weber: Frontkameraden. Klagenfurt-Wien [1934], S. 101.

28 Gabriel von Szöllösy: Das Militärstrafgesetz. Wien 1914.

Seiten ein Chaos aus, in dem zwischen eigenen und gegnerischen Truppen nicht mehr unterschieden werden konnte. Durch die großen Verluste und den häufigen Wechsel der Truppen wurde die Situation zunehmend unübersichtlich.

Nicht nur von der Front in die Etappe war unerlaubtes Entfernen möglich, sondern auch umgekehrt: Groteske Fälle, wie der eines Mannes, der seinen Truppenverband in der Etappe verlassen hatte, an die Front gegangen war, dort mit Tapferkeitsauszeichnungen dekoriert, aber als Deserteur gemeldet und verhaftet worden war, stellten die Militärjustiz vor große Probleme. Selbst wenn nur eine „einfache" Entfernung von der Truppe vorlag, war die Grenze zwischen Heldentum und Feigheit fließend: Wie war mit mehrfach ausgezeichneten Kämpfern, die als abgängig gemeldet und von einem Standgericht bedroht waren, umzugehen?[29] Wie ließ sich das „objektive Tatbestandsmerkmal", insbesondere die Absicht, sich der Wehrpflicht dauerhaft zu entziehen (die Militärjustiz sprach von *animus non revertendi*), präzise feststellen? In der Praxis zeigte sich, dass die Disziplinarstrafen je nach personeller Besetzung der Feldgerichte unterschiedlich ausfielen. Jede Auslegung war denkbar. Scharfmacher ließen die aufgegriffenen Soldaten kurzerhand exekutieren, kam hingegen ein Strafverfahren in Gang, so kamen die juristischen Vorgaben und der bürokratische Aufwand dem Angeklagten entgegen. Da die Zeugenaussagen von Kameraden beziehungsweise von unmittelbaren Vorgesetzten eingeholt wurden, konnten – ausgehend von deren Schilderungen – die extremen Kampfbedingungen und Schrecken des Kriegsalltags für das Verhalten verantwortlich gemacht werden. In diesen Fällen zeigte sich, dass die Nervendiskurse auch die Beurteilungen der Feldgerichte erreicht hatten und eine gewisse Sensibilisierung für die Situation des Angeklagten mit sich gebracht hatten.[30]

Den forensisch arbeitenden Militärpsychiatern kam in den Fällen, wo ein Verfahren eröffnet worden war, eine bedeutende Rolle zu. Das weitere Schicksal des Beschuldigten lag in ihren Händen. Ein medizinisches Gutachten konnte das straffällige Verhalten des Soldaten auf pathologische Zwänge zurückführen und diesen damit entlasten. Das unerlaubte Entfernen aus dem militärischen Zwangssystem lag

29 Siehe dazu die Fallbeispiele in Ernst Lohsing: Feldgerichtliche Erinnerungen eines Deutsch-Österreichers. In: Archiv für Kriminologie, Kriminalanthropologie und Kriminalistik 73 (1921), S. 54–68.

30 Ernst Hanisch: Die Männlichkeit des Kriegers. Das österreichische Militärstrafrecht im Ersten Weltkrieg. In: Thomas Angerer, Brigitte Bader-Zaar und Margarete Grandner (Hg.): Geschichte und Recht. Festschrift für Gerald Stourzh zum 70. Geburtstag. Wien-Köln-Weimar 1999, S. 335. Zu den Desertionen in der k. u. k. Armee siehe Mark Cornwall: Morale and Patriotism in the Austro-Hungarian Army, 1914–1918. In: John Horne (Hg.): State, Society and Mobilization in Europe during the First World War. Cambridge 1997, S. 178 f.; Richard Georg Plaschka, Horst Haselsteiner, Arnold Suppan: Innere Front. Militärassistenz, Widerstand und Umsturz in der Donaumonarchie 1918. Bd. 2: Umsturz. Wien 1974, S. 54–105.

damit nicht mehr in der persönlichen Verantwortung des Angeklagten, sondern in seiner von Krankheit geprägten Biografie. Da der ärztlichen Stellungnahme innerhalb der Militärgerichtsbarkeit ein exklusiver Status zugemessen wurde, konnte das Stellen einer solchen Diagnose die drohenden Konsequenzen – im schlimmsten Fall die Todesstrafe – abwenden.[31]

In diesen Fällen war die psychiatrische Expertise, die das Sich-Entfernen von der Truppe mit der defekten Psyche des Angeklagten erklärte, tatsächlich ein Schutzraum. Da die Psychiater häufig mit einer pathologischen Vorkriegsbiografie der Soldaten argumentierten, verlor das Delikt erheblich an militärjuristischer Bedeutung. Wer aus zerrüttetem Elternhaus kam, erblich vorbelastet war und schon in seiner Jugend immer wieder an nervösen Zuständen gelitten hatte,[32] der konnte auch den Kriegsdienst nicht in dem Maße erfüllen, wie es von den Militärs erwartet wurde.[33] Freilich gab es auch das Gegenteil davon. Frontärzte, die ihre Tätigkeit nach streng militärischen Gesichtspunkten ausrichteten, versuchten jede Lücke, die sich desertierten, angeklagten Soldaten durch ein medizinisches Gutachten geboten hätte, zu schließen. 1916 instruierte etwa der Wiener Neurologe und Bataillonschefarzt Paul Loewy in einer „kriegswissenschaftlichen Sitzung" seine Zuhörer: „Wir Bataillonschefärzte bilden unmittelbar hinter der Front eine Kette von medizinischen Feldgendarmen, die jene Deserteure, welche sich auf weniger leicht eingesehenen Pfaden der medizinischen Wissenschaft ins Hinterland durchschleichen wollen, zu entlarven, abzufangen und wieder in die Front zurückzubefördern haben."[34]

---

31 Mit einem Dissertationsprojekt, das die Bedeutung der Militärpsychiatrie für die Tiroler Militärgerichtsbarkeit im Ersten Weltkrieg herausarbeitet, ist Oswald Überegger an der Universität Innsbruck befasst.

32 Die Argumentation der Psychiater, die Fahnenflucht mit dem Hinweis auf die pathologische Disposition der Soldaten zu erklären, unterscheidet sich von neuzeitlichen Erklärungsversuchen insofern, als nun die krankhafte Persönlichkeit, nicht aber das krank machende Umfeld, die Kriegslandschaft, verantwortlich gemacht wird. Im 17. und 18. Jahrhundert wurde Desertion als „Heimweh" (Nostalgia) benannt und als eine Krankheit dargestellt, die vor allem Schweizer Ärzte als Erklärung für desertierende Söldner anführten. Das „unehrenhafte Verhalten" der Heeresflüchtlinge wurde mit medizinischen Argumenten entkräftet: Atmosphärische Druckunterschiede zwischen den Schweizer Alpenregionen und den Flachlandgebieten der militärischen Einsatzgebiete hätten – so die Ärzte – nostalgische Symptome bei den Schweizer Söldnern hervorgerufen, die in Folge zu Desertionen führen mussten. Die Fahnenflucht war zur Notwendigkeit geworden, um den „Gesundungsprozess" der Kämpfer einleiten zu können. George Rosen: Nostalgia. A "Forgotten" Psychological Disorder. In: Clio Medica 10 (1975), S. 28–51. Zur Desertion siehe Ulrich Bröckling und Michael Sikora (Hg.): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit. Göttingen 1998.

33 Christoph Jahr: Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer 1914–1918. Göttingen 1998, S. 142–144.

34 Paul Loewy: Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. In: Der Militärarzt 50 (1916), Sp. 379.

Pikant und schwierig zu lösen war das Problem der Feigheit und der Desertion bei Offizieren. Der militärische Ehrenkodex und die geforderte Vorbildwirkung auf die Mannschaft setzten die Männer besonders unter Druck, andererseits gaben die privilegierte Stellung und das Wissen um die Abläufe im System subtilere Methoden der Rechtfertigung zur Hand. Der Hinweis auf ein schwaches Nervensystem gehörte auch im Krieg zum Standardrepertoire der Selbstentlastung. Die Entscheidung über Freispruch oder Schuldurteil reichte aus der Sicht der Armeeführung über die juristische Dimension hinaus, ging es doch um die Frage, was den militärischen Leitfiguren an Kampfbelastung zuzumuten war. Über die Nerven des Frontoffiziers brachen zwischen Militäranwälten und Psychiatern regelrecht Deutungskämpfe aus, in denen ein Gutachten das andere jagte.[35]

Ein solcher Fall war etwa der eines österreichischen Berufsoffiziers, den der Wiener Psychiater Alexander Pilcz nach Kriegsende noch einmal aufrollte und an prominenter Stelle publizierte.[36] Der Offizier O. T. war bald nach Kriegsbeginn an der Ostfront leicht verwundet worden und befand sich monatelang wegen einer „Nervenschwäche" in Spitalspflege, später im Urlaub. Als ihm ein militärgerichtliches Ermittlungsverfahren drohte, meldete er sich im Frühjahr 1915 freiwillig ins Feld. An der Front kam es während eines Kampfeinsatzes zu einem folgenschweren Zwischenfall. Bei einem befohlenen Sturmangriff zauderte der Offizier nicht nur, sondern er gab voreilig den Rückzugsbefehl und lief an der Spitze seiner Männer – und vorbei an seinem Vorgesetzten – zurück zum Hilfsplatz. In der Sanitätsanstalt, in die er sich eigenmächtig begab, wurde ein „hysterisch-neurasthenischer Zustand" festgestellt. Da der Vorgesetzte den Vorfall meldete, schaltete sich die Militärjustiz ein. Mit Verdacht auf Feigheit vor dem Feinde wurde der Offizier im Lazarett belangt und in den Feldarrest gebracht, wo er auf seine Verhandlung wartete. Ein neuerlicher Zwischenfall verkomplizierte die Situation. Denn als im Zuge eines feindlichen Artillerieangriffs Granaten in der näheren Umgebung des Arrests einschlugen, erlitt der internierte Offizier einen „Nervenschock" und war einige Tage nicht vernehmungsfähig. Als die Verhandlung dann begann, war dies der Beginn eines aufwändigen Verfahrens. Beim Verhör gab der Angeklagte seine Sichtweise der Dinge wieder und „erzählt[e] viel von seiner nervösen Belastung und seiner Nervosität".[37]

Das Feldgericht entschied sich für den Transfer in rückwärtiges Gebiet und hielt eine medizinische Behandlung für angezeigt. Im Krakauer Garnisonsspital glaubten

35 Lohsing, Feldgerichtliche Erinnerungen eines Deutsch-Österreichers, S. 108 f.; Heinrich Herschmann: Psychopathische Minderwertigkeit und Feldgerichtsbarkeit. In: WMW 69 (1919), S. 1420–1425.

36 Alexander Pilcz: Feigheit vor dem Feinde. – Psychopathische Minderwertigkeit. – Fraglicher Geisteszustand. In: WMW 70 (1920), Sp. 1117–1120.

37 Ebd., Sp. 1117.

die Ärzte, es mit einem Simulanten zu tun zu haben. Ihre Diagnose lautete auf *Psychopathia constitutionalis*. Weitere Verhandlungen folgten, in denen der Offizier sein Verhalten damit verantwortete, „daß er vom Augenblick an, da das Artilleriefeuer eingesetzt hatte, in eine derartige Gemütsverfassung geraten sei, daß er nicht wußte, was er tat". Der Untersuchungsrichter fällte daraufhin einen Freispruch. Über Berufung des Militäranwaltes wurde jedoch eine neuerliche Verhandlung angeordnet, weitere Gutachten wurden in Auftrag gegeben. In der zweiten Hauptverhandlung wiederholten sich die Dinge, auf das freisprechende Urteil reagierte die Militäranwaltschaft erneut mit Einspruch. Schließlich wurde ein Militärsanitätskomiteegutachten angefordert, das im August 1916 von dem Wiener Psychiater Alexander Pilcz verfasst wurde. Pilcz untersuchte den Offizier mehrmals und registrierte ein „eigentümlich zappelig-fahrendes Wesen", das „immer wieder seine unglückliche Veranlagung, seine Neurasthenie" betonte. Sein Gutachten erklärte den Offizier nach dem Militärstrafgesetzbuch für zurechnungsfähig, schützte ihn aber gleichzeitig, da sein Fehlverhalten mit einer „psychopathischen Minderwertigkeit schweren Grades" erklärt wurde: „Es lag eine Angstreaktion eines krankhaft veranlagten Individuums vor."[38]

Diese Beispiele zeigen, dass das Verhältnis von Militär, Krieg und Psychiatrie nicht von einer Position aus bestimmbar ist und es zu kurz gegriffen wäre, wollte man die österreichische Kriegspsychiatrie bloß als eine Wissenschaftsdisziplin mit vorauseilendem militärischem Gehorsam charakterisieren. Die Notwendigkeit, psychiatrische Deutungsmacht und Praxis im Krieg differenziert zu sehen, zeigt auch die Entstehungsgeschichte des Begriffs *Shell-shock* in der britischen Armee. Als der Psychiater Charles Myers 1915 den Artikel *A Contribution to the Study of Shell-shock* veröffentlichte, überzeugte der Neologismus weniger durch seine medizinischen als durch seine euphemistischen und humanitären Qualitäten. Denn damit wurde nicht nur die unehrenhafte Diagnose der männlichen Hysterie umgangen, sondern es wurden auch deutliche Signale für eine realistische Einschätzung der Auswirkungen des modernen Maschinenkrieges gesetzt. Dass die britischen Militärbehörden 1916 – nach der Schlacht an der Somme – diese Diagnose wieder untersagten, da sie den Soldaten den Transport in ein Spital sicherte, zeigt, dass die Kriegsmedizin sich nicht bedingungslos in die Pflicht der Militärs nehmen ließ, sondern auch Nischen schuf, die dem Patienten das Überleben sichern konnten.[39]

---

38 Ebd., Sp. 1120.

39 Nach der vor allem für die Briten verlustreichen Schlacht an der Somme wurde der Begriff *Shell-shock* offiziell verworfen, da diese Diagnose die Rückführung des Soldaten in ein Militärspital des Hinterlandes legitimierte. Die neue, diffus gehaltene Phrase *Not Yet Diagnosed – Nervous* (N.Y.D.N.) ließ mehr Spielraum für die Psychiater zu, die Symptome der erkrankten Krieger nach militärischen Ge-

6.3 Konstruktionen heroischer Defensive

Auch den Nervenärzten und Psychiatern waren somit die psychophysischen Verschiebungen an der Front bewusst. Julius Donath, der als Militärneurologe eingezogen worden war, bekannte in seinem ersten Kriegsaufsatz nostalgisch: „Wie viel einfacher waren in früheren Zeitaltern die Waffen, weniger nervenerschütternd die Kampfweise, wo mehr die Kraft und die Geschicklichkeit den Ausschlag gab."[40] Aber die Rückkehr zu einem aktiven Soldatentum war dem Stellungskrieger durch die Zwänge des Grabendaseins verwehrt. In diesem Milieu der repressiven Enge, die keinerlei Bewegung erlaubte, zerschlugen sich die Hoffnungen auf die Reaktivierung von archaischen Lebensformen und urwüchsiger männlicher Stärke. Die industrielle Moderne konnte durch den Krieg weder korrigiert noch zurückgenommen werden. Eine Anpassung an die Zwänge und Erfordernisse des Stellungskrieges bedeutete, männliche Verhaltenskompetenzen neu zu denken und vor allem neu zu definieren. Erwin Stransky konzedierte die „Hinüberleitung des Krieges von einem Ereignisse zu einem Zustand" und meinte damit eine Verschiebung der „körperlichen Außenfront" in eine „seelische Innenfront", die den Soldaten mit neuen Herausforderungen konfrontiere. Es sei eine passive Männlichkeit, die weiblich und männlich zugleich sei, ein „Heldentum der Wehrlosigkeit", das übermächtige Gewalt erwarte, erleide und erdulde, aber dennoch nicht zerbreche.[41] Der Anforderungskatalog dieser imprägnierten Kriegsmentalität war lang und umfasste das „stille Ausharren im Geschützfeuer, das tatenlose, wehrlose Ertragen unablässiger Gefahr in dem unbeschreiblichen Getöse der platzenden Geschosse, in dem beständigen Regen von Geschoßteilen und Erdklumpen, in dem erstickenden, Auge und Nase verlegenden Dunst der Sprengstoffe".[42]

Die Beherrschung des Kriegskörpers, die Kaltblütigkeit und Ruhe, mit denen nervösen Anzeichen kontrolliert entgegengetreten werden konnte, wurden für eine unabdingbare Voraussetzung des Sieges gehalten. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Emphase, mit der die Nervenstärke des modernen Kriegers betont wurde, für die propagandistische Heroisierung des männlichen Kriegserlebnisses an der Front eine zentrale Rolle spielte. Selbst in den zahlreichen Feldpost-Anthologien, die den Daheimgebliebenen ein authentisches Bild der Kriegserfahrungen versprachen,

---

sichtspunkten zu werten. Nur besonders schwere Fälle sollten – mit einer anerkannten medizinischen Diagnose versehen – von der Front zurückgenommen werden können. Siehe Peter Leese: Shell Shock. Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War. Basingstoke 2002, S. 56 f.

40 Donath, Beiträge zu den Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems, S. 725.

41 Stransky, Krieg und Geistesstörung, S. 51.

42 Otto Dornblüth: Gesunde Nerven. Leipzig [5]1916, S. 142.

schimmerte der Versuch, die patriotischen Energien des Hinterlandes zu mobilisieren, deutlich durch.[43]

Nicht unterschwellig, sondern gezielt und unter Ausnützung aller kriegsliterarischen Techniken, wurde die männliche Defensivmentalität in den in großer Zahl in Journalen und Zeitschriften publizierten Erlebnisberichten gefeiert. 1916 erschien in der *Österreichischen Rundschau* ein Artikel, der unter dem Titel *Vierzig Stunden im Feuer* das Gefühlsleben eines Offiziers während eines russischen Artillerieangriffs beschrieb. Bezeichnenderweise ist der Text als innerer Monolog gestaltet – der Offizier als Ich-Erzähler unmittelbaren Geschehens –, um möglichst genaue Eindrücke von den psychisch-emotionellen Befindlichkeiten des Augenzeugen vermitteln zu können. Der Anlass war hochaktuell: Im Frühsommer 1916, dem Auftakt der Brusilov-Offensive, sahen sich österreichisch-ungarische Soldaten auch an der Ostfront erstmals einem massiven Artilleriefeuer ausgesetzt.[44] Die ungewohnte Dauer und Intensität des Beschusses verwüstete die Schützengräben und rief unter den überlebenden Männern massenhaft Schocksymptome hervor. Der Durchbruch russischer Truppen führte den Militärs auf beiden Seiten vor Augen, dass der Maschinenkrieg Erfolg haben konnte. Gleichzeitig stellte sich aber auch die Frage, wie sich die Soldaten in den Schützengräben besser auf das Trommelfeuer einstellen und ihre defensiven Kampfqualitäten verbessern konnten. Ein Blick an die deutsche Westfront oder auch an den Kriegsschauplatz am Isonzo zeigte, dass das Halten der vordersten Linien auch nach einem Trommelfeuer möglich war. Hiefür bedurfte es freilich einer gesteigerten Widerstandskraft.

Vor diesem Hintergrund wird die Intention des Textes deutlich. Der eindrückliche Monolog des Helden dreht sich um eben jenes neue mentale Anforderungsprofil des Kämpfers, das im militärischen und medizinischen Kriegsdiskurs geschaffen wird. In der Schlüsselszene des Erlebnisberichts wird dies deutlich. Denn mitten im Trommelfeuer erhält der Offizier einen Anruf seiner rückwärtigen Kommandostelle. Da die rundum explodierenden Granaten jede ausführliche Kommunikation über das Feldtelefon unmöglich machen, versteht dieser nur den einen kurzen Befehl, der von seinem Vorgesetzten mehrmals durch die Leitung gebrüllt wird: „Kaltblütig ausharren." Als gleich darauf ein Granattreffer die Verbindung abreißen lässt, ist die

43 „Die Nerven", berichtete etwa im Herbst 1914 ein Ballonbeobachter und Artillerist den daheim gebliebenen Genossen, „die draußen im Felde wie Stahlsaiten gespannt sind, können sich nicht der so rasch wohltuenden Ruhe anpassen. Es tritt geistige und körperliche Schlaffheit ein. Ich habe dies erst kürzlich überstanden." Max Winter (Hg.): Der österreichisch-ungarische Krieg in Feldpostbriefen. München-Berlin 1915, S. 255 f. Siehe dazu Christa Hämmerle: „Wirf ihnen alles hin und schau, daß du fort kommst." Die Feldpost eines Paares in der Geschlechter(un)ordnung des Ersten Weltkrieges. In: Historische Anthropologie 6 (1998), S. 434.

44 Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 347.

Auftragslage für die Männer in den Stellungen wie gehabt. „Also harren wir kaltblütig aus", bekräftigt ein Soldat noch einmal die durchgegebene Parole und kann dabei noch lächeln. Die Tapferkeit der Männer wird belohnt. Im Zug des Offiziers sind kaum Verluste zu beklagen. Schließlich erfolgt, nachdem mehr als vierzig Stunden im Artilleriefeuer heil überstanden sind, die Ablöse. An der Nervenstärke der Soldaten Österreich-Ungarns sollte es nach der Lektüre dieses Berichts keinen Zweifel mehr geben. „Die Russen sind erschöpft, aber wir, wir halten noch mehr aus", bilanziert der Held seinen Einsatz.[45]

In diesem Milieu extremer Belastung, abgeschnitten von jeder Hilfe und mit dem Kriegsgeschehen allein gelassen, wird der Triumph des Nervenkriegers inszeniert. Im Maschinenkrieg können Granaten fragile Drahtleitungen verwüsten, die stählernen Nerven des Kriegers jedoch nicht. Physische Unverletzlichkeit und intakte psychische Balance verdanken sich einer strikten Selbstdisziplin, die der akustischen Instruktion übergeordneter Stellen nicht mehr bedarf. Aus dem Schützengraben kehrt der Offizier mit seiner Mannschaft mit einem doppelt errungenen Erfolg unversehrt zurück: Das Duell mit dem Körper des Feindes um Erschöpfung und psychische Resistenz war gewonnen worden, ebenso der passive Kampf mit der anonymen Kriegsmaschine, deren Zerstörungskraft an der Entschlossenheit und am Durchhaltevermögen der Soldaten abprallen musste – ein Sieg männlicher Willenskraft. Die Überlegenheit der Truppen hinsichtlich ihrer körperlichen *und* mentalen Konstitution, das war genau die Art jener „kriegerisch-mentalen Infrastruktur", die für eine unabdingbare Voraussetzung des Sieges gehalten wurde.[46]

Das häufige Abreißen der Nachrichtenverbindung zu den befehlsgebenden Stellen in den rückwärtigen Gebieten zwang die Offiziere nicht selten, vor Ort spontan und selbstständig Entscheidungen zu treffen. Neben Maßnahmen, die sich meist um die Ausbesserung beziehungsweise Optimierung der Schützengräben und Unterstände drehten, ging es darum, den Zusammenhalt und die Kampfmoral der Truppe zu stärken. Um die extremen psychischen Belastungen bei sich und ihren Mannschaften aus dem Schützengraben zu verbannen, bedienten sich die Offiziere nicht nur des Ausnützens der militärischen Hierarchie. Der im schroffen Ton vorgetragene Befehl, ruhig zu bleiben, konnte die Ängste der Soldaten, die einen neuen Angriff erwarteten, nur in wenigen Fällen mindern. Vielmehr schien eine psychologische

45 Kallimachos (Pseud.): Vierzig Stunden im Feuer. In: Österreichische Rundschau 46 (1916), S. 28–33. Zur telefonischen Kriegführung beziehungsweise generell zu kommunikationstechnischen Aspekten des Ersten Weltkrieges siehe die Studie von Stefan Kaufmann: Kommunikationstechnik und Kriegsführung 1815–1945. Stufen telemedialer Rüstung. München 1996, S. 170–261.

46 Bernd Ulrich: Kampfmotivationen und Mobilisierungsstrategien: Das Beispiel Erster Weltkrieg. In: Heinrich von Stietencron, Jörg Rüpke (Hg.): Töten im Krieg. Freiburg-München 1995, S. 408.

Vorgangsweise gefragt, die auf bewährte, zivile Strategien aus der Vorkriegszeit zurückgriff. In einer Szene aus Karl Kraus' *Die letzten Tage der Menschheit*, in der Feldpostbriefe dem Zensuroffizier vorgelesen werden, ist ein solches Vorgehen angedeutet. Ein Zugsführer berichtet in einem Brief über einen Abwehrerfolg, den er der nervenberuhigenden Lektüre des Textes eines populären Schriftstellers zuschreibt. Der an ihn gerichtete Dankesbrief erzählt ausführlich von der seltsamen Begebenheit: Nach einem schweren Angriff zieht sich der stellvertretende Offizier der Einheit mit seinen Männern in die Unterstände zurück und versucht, die erschöpften Männer zu beruhigen. Zu diesem Zweck wählt der Zugsführer eine Erzählung des deutschen Schriftstellers Otto Ernst. In *An die Zeitknicker* hatte Ernst das hektische Großstadtleben karikiert und ein flammendes Plädoyer zur Bekämpfung der Nervosität gehalten. Kaum dass der Zugsführer die Erzählung vorgelesen hat, werden die Männer zur Abwehr eines Sturmangriffs gerufen, im Zuge dessen die gegnerischen Soldaten mit überraschender Schnelligkeit an die Schützengräben der Verteidiger gelangen. Im Brief an Otto Ernst schreibt der Zugsführer sodann:

> Mir fiel die Unruhe meiner Leute auf; der Gegner hatte schon teilweise den Drahtverhau erreicht. Unter meinen Leuten waren sehr viele junge Krieger, die heute zum erstenmal im Feuer standen. Was konnte ich als Zugsführer anderes tun als ihnen zurufen, ruhig zu feuern? In diesem Augenblick dachte ich an die Worte aus der Mahnung an die Zeitknicker: „Ruuuhig, nur immm-mer ruuuhig!" Gebückt von Mann zu Mann, von Gruppe zu Gruppe kriechend, rief ich ihnen zu. Die Wirkung war bald zu merken. Die Feinde, die schon im Begriff waren, unsern Drahtverhau zu überwinden, wurden von den nun sichtbar ruhig feuernden Schützen abgewiesen. Der Angriff war glatt abgewiesen; wir hatten nur wenig Verluste. So ist es uns geglückt, dem Gegner wieder mal eins auf die Nase zu geben dank unserer Wachsamkeit und dem ruhigen Feuern der Schützen, das ich wiederum in erster Linie ihrer Erzählung verdanke. Sie hat eine ungeheure Wirkung gehabt![47]

Für die neu an der Front eingetroffenen Männer wird das gezielte Schießen zur Nervenprobe. Der kampferprobte Zugsführer, um möglichst effizientes Abwehrfeuer bemüht, koordiniert das Schießen und macht aus ängstlichen Individuen ein Defensivkollektiv, das seine Feuertaufe doppelt besteht – im Kampf gegen den Feind und im Kampf gegen die eigene Nervosität.

Konzentriertes Anlegen, Feuern und Nachladen: Die Handhabung des Gewehrs stellte an die Grabenkämpfer hohe Ansprüche und war – selbst wenn sie wie im

47 Karl Kraus: Die letzten Tage der Menschheit. Frankfurt/M. 1986, S. 375 f. Der Zugsführer bezieht sich in seinem Feldpostbrief auf Otto Ernst: An die Zeitknicker. In: ders.: Vom geruhigen Leben. Humoristische Plaudereien. Leipzig 1910, S. 168–179.

obigen Fall effizient durchgeführt wurde – noch kein Garant für die erfolgreiche Verteidigung eines Abschnitts. Die kurze Distanz zwischen den Kampflinien (das Niemandsland war häufig auf Rufweite beschränkt) sowie die extremen psychischen Belastungen im Schützengraben verlangten nach einer defensiven Waffe, die mit geringem Aufwand wie von selbst schoss und von Soldaten bedient werden konnte, die zu konzentriertem Einzelfeuer nicht mehr fähig waren. Die Waffe, die in einem unübersichtlichen Kampfgelände „blindes" Zielen mit einem Maximum an Geschosswirkung ermöglichte, war das Maschinengewehr.[48] Die hohe Schussfolge von etwa 600 Kugeln in der Minute potenzierte die Kampfkraft von nur wenigen Soldaten und gab damit der Verteidigung entscheidende Vorteile in die Hand. Mangelnde Körperkontrolle und schlechte Sichtverhältnisse spielten beim Einsatz der Maschinenwaffen kaum eine Rolle. Der bogenförmige, auf Breitenwirkung angelegte Beschuss verstärkte die Abwehrkraft der Verteidiger und setzte die Anforderungskriterien der Waffenbedienung herab. Elitäre mentale Schlüsselqualifikationen spielten bei der Bedienung eines Maschinengewehrs ebenso wenig eine Rolle wie körperliche und mentale Konstitution, soziale Herkunft oder militärischer Rang.[49]

Die Maschinenwaffen gaben dem Verteidiger das Gesetz des Handelns wieder in die Hand. Männer, die nach überstandenem Trommelfeuer mit dröhnenden Köpfen und zittrigen Gliedmaßen aus ihren Unterständen krochen, gewannen am Abzug des Maschinengewehrs ihre Kraft zurück und ließen sich zu ekstatischen Zuständen hinreißen. Die Ausstattung mit Maschinenwaffen ließ die anthropologischen Anforderungen des Frontkämpfers in den Hintergrund treten und machte eine allfällige nervöse Biografie des Schützen bedeutungslos. Nach langen, quälenden Phasen passiven Ausharrens konnte der aufgespeicherten Aggression nachgegeben und das Überlegenheitsgefühl wiedergewonnen werden. Das Maschinengewehr mobilisierte verloren geglaubte Energien und verschmolz Mensch und Schießapparat zu einem zitternden Kampfautomaten, der instinktgeleitet handelte.

6.4 „Dolomitenkämpfer" und „Isonzokrieger"

Es gab – dies zeigen insbesondere die jüngeren Forschungen über die Soldatenbriefe des Ersten Weltkrieges – kein homogenes männliches Kriegserlebnis, das sich in

48 John Ellis: The Social History of the Machine Gun. London 1975; Michael Epkenhans: Kriegswaffen – Strategie, Einsatz, Wirkung. In: Spilker, Ulrich, Der Tod als Maschinist, S. 69–84.

49 Den Aspekt sozialer Nivellierung im Maschinenkrieg betont auch Dan Diner: Das Jahrhundert verstehen. Eine universalhistorische Deutung. München 1999, S. 46.

einer typischen psychischen Verfassung des Kriegers niedergeschlagen hätte.[50] An Frontabschnitten, die als ruhig galten, konnte das plötzlich einsetzende Trommelfeuer das Schockerlebnis der Soldaten verstärken, während auch Abschnitte, die als hart umkämpft galten, längere Gefechtspausen bereithielten.[51] Kriegserlebnisse konnten auf gegensätzlichen Erfahrungen beruhen und je nach Einsatzgebiet, Kampfsituation und psychisch-emotionaler Befindlichkeit unterschiedlich sein. An der italienischen Front, die als Inbegriff für den Stellungskrieg galt, kam es dem Offizier (und späteren österreichischen Bundespräsidenten) Adolf Schärf manchmal vor, als gäbe es gar keinen Krieg: „Wir leben hier wie im tiefsten Frieden", aber jede Offensive konnte die Nerven „furchtbar aufpeitschen". Während eines Waffenkurses für Offiziere, der Schärf im Sommer 1918 ins Hinterland führte, glaubte dieser sogar, die „alte Geschichte mit den schwachen Nerven im Frieden kommt wieder. Bloß während der Kriegszeit hatte ich mir den Schwindel abgewöhnt – es soll mir recht sein."[52] Der Wechsel zwischen Schützengräben und Ruhestellungen brachte Phasen der Belastung und Entspannung mit sich, die eine breite Schattierung der Wahrnehmung und emotionalen Einordnung des Krieges bedingten. Gleichgültigkeit, Langeweile und Monotonie bestimmten die alltäglichen Erfahrungen ebenso wie Gefahr, Angst und Verzweiflung.

In der deutschen Historiografie wurde die Konstruktion von Schlachtenmythen und mentalen Signaturen vor allem im Hinblick auf deren politische Instrumentalisierung in der Weimarer Republik untersucht. Im Mittelpunkt stand die diskursive Aufbereitung und propagandistische Verzerrung von heroischen Kriegserfahrungen, die zu wirkungsmächtigen Mythen verdichtet wurden und in der kollektiven Erinnerung der Nachkriegsöffentlichkeit einen zentralen Rang einnahmen.[53] Bernd

50 Wolfgang J. Mommsen: Kriegsalltag und Kriegserlebnis im Ersten Weltkrieg. In: Militärgeschichtliche Zeitschrift 59 (2000), S. 133. Zu den Chancen und Grenzen der Auswertung von Feldpostbriefen im Hinblick auf die Annäherung an die Kriegserlebnisse der Soldaten siehe Hämmerle, „Wirf ihnen alles hin und schau, daß du fort kommst", S. 431–458.

51 Ziemann, Front und Heimat, S. 76–97.

52 Margit Grisold: Adolf Schärf und der Krieg, der eigentlich keiner war. In: Konrad, Politik, Medizin und Krieg, S. 183, S. 205 und S. 245 (Briefe vom 31. März 1916, 26. Mai 1916, 17. Februar 1917 und 3. Juli 1918).

53 Bernd Ulrich: Die Kriegspsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 63–78; Benjamin Ziemann: „Macht der Maschine" – Mythen des industriellen Krieges. In: Spilker, Ulrich, Der Tod als Maschinist, S. 177–189; Verhey, Der „Geist von 1914" und die Erfindung der Volksgemeinschaft, S. 335–384; Eva Horn: Der tote Soldat. Zur anthropologischen Konstruktion des Kriegers zwischen 1914 und 1939. In: Berliner Debatte INITIAL 1/1999, S. 90–101; Bernd Ulrich, Benjamin Ziemann (Hg.): Krieg im Frieden. Die umkämpfte Erinnerung an den Ersten Weltkrieg. Frankfurt/M. 1997, S. 153–176; Ann P. Lindner: Princes of Trenches. Narrating the German Experience of the First World War. Columbia 1996,

Hüppauf hat pointiert die Entstehungsbedingungen und den Charakter von zwei unterschiedlichen Kriegsmythen herausgearbeitet, die „jahrelang nebeneinander existierten und sich gegenseitig verstärkten: ein traditioneller Mythos von Heldentum und Opferbereitschaft unter dem emotional aufgeladenen Namen ‚Langemarck' sowie ein aggressiver Mythos mit futuristischen und nihilistischen Zügen, der sich aus den Materialschlachten seit dem Jahr 1916 und vor allem aus der Erfahrung von Verdun entwickelte".[54] Beide Mythen bezogen ihre verführerische Kraft aus der literarischen und ästhetischen Verherrlichung von Kampfestugenden deutscher Soldaten im Krieg, die mit einem ausgewählten Ort beziehungsweise Ereignis der Militärgeschichte verbunden wurden. In den Abhärtungsutopien, die von Beginn des Krieges an in den miltärischen und psychiatrischen Diskursen eine große Rolle spielten, stand der Typus des Maschinenkriegers im Mittelpunkt. Dabei war es nicht nur die Einführung des Stahlhelms, der die technologische Struktur dieses neuen Kriegertypus zum Ausdruck brachte. Auch der Körper trug die Signatur des „Stahlbades", seine transformierte psychische Struktur bildete sich in seinem Antlitz ab.[55]

Christa Hämmerle hat die Frage aufgeworfen, ob nicht auch für die österreichische Kriegs- und Nachkriegsöffentlichkeit ein Reservoir an militärischen Mythen angenommen werden könne, das sowohl für die bildungsbürgerlichen Deutungs- und Bewältigungsversuche der Kriegserfahrungen als auch für die Stabilisierung der konservativen und faschistischen Ideologien in der Zwischenkriegszeit zu berücksichtigen sei.[56] Im Rahmen dieses Buches kann der Frage, welche kulturellen Heldenkonstruktionen und literarischen Fronterlebnisse in den österreichischen Kriegs- und

---

S. 151–184; George L. Mosse: Fallen Soldiers. Reshaping the Memory of the World Wars. New York-Oxford 1990.

54 Bernd Hüppauf: Schlachtenmythen und die Konstruktion des „Neuen Menschen". In: Gerhard Hirschfeld, Gerd Krumeich und Irina Renz (Hg.): „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ...". Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs. Frankfurt/M. 1996, S. 53 f. Wolfgang Mommsen sieht in der „Vorstellung, dass namentlich in den harten Stellungskämpfen an der Westfront ein neuer, stahlharter Menschentyp hervorgebracht worden sei, der sich von bürgerlichen Lebensidealen verabschiedet und im Krieg seine eigentliche Lebenserfüllung gesucht habe, [...] das Produkt einer nachträglichen ideologischen Verklärung des Ersten Weltkriegs aus der Sicht rechtsextremer politischer Gruppierungen". Mommsen, Kriegsalltag und Kriegserlebnis, S. 132 f.

55 Zur Ikonografie der neuen, harten Männlichkeit siehe Jürgen Reulecke: Vom Kämpfer zum Krieger. Zur Visualisierung des Männerbildes während des Ersten Weltkriegs. In: Siegfried Quandt, Horst Schichtel (Hg.): Der Erste Weltkrieg als Kommunikationsereignis. Gießen 1993, S. 158–175; Eva Horn: Die Mobilmachung der Körper. In: Transit. Europäische Revue 16 (1998/1999), S. 92–107. Nach wie vor grundlegend auch die Studie von Klaus Theweleit: Männerphantasien. 2 Bde. Frankfurt/M. 1977/78 (bes. Kap. 4 in Bd. 2: Männerkörper und weißer Terror).

56 Christa Hämmerle: Von den Geschlechtern der Kriege und des Militärs. Forschungseinblicke und Bemerkungen zu einer neuen Debatte. In: Kühne, Ziemann, Was ist Militärgeschichte?, S. 240 f.

Nachkriegsnarrativen errichtet wurden, nicht näher nachgegangen werden. Wohl aber möchte ich anhand einiger Beispiele auf die Existenz von solchen hinweisen. Ich vertrete die These, dass die Diskurse um den „Nervenkrieger", der seine Überlegenheit nicht aus Muskelkraft, sondern aus elitären mentalen Fähigkeiten bezieht, auch in den österreichischen Kriegs- und Erinnerungskulturen des ersten Drittels des 20. Jahrhunderts wirkungsmächtig waren.

So wie in der deutschen waren auch in der österreichischen Kriegsöffentlichkeit zwei Kämpfermythen wirksam, die parallel existierten und sowohl traditionell-aktive als auch modern-passive Elemente militärischer Männlichkeit mobilisierten. Der Zuschnitt eines neuen Kämpfertypus hing von den Gegebenheiten an der Front ab; sein Anforderungsprofil wurde von den Militärs auch unterschiedlich stilisiert und beurteilt. Zunächst ist es wichtig zu sehen, dass die Konstruktion dieser Mythen[57] bereits im Krieg erfolgte und nicht bloß als ein Produkt der nachträglichen ideologischen Stilisierung des Fronterlebnisses angesehen werden kann – auch wenn diese Mythen erst durch die gezielte Verbreitung und Instrumentalisierung in der Nachkriegszeit ihre virulente Wirkungsmächtigkeit entfalteten. Der Ursprung der Heldenkonstruktionen ist jedoch in der fundamentalen Krise der bildungsbürgerlichen Männlichkeit zu suchen, die nach Kriegsbeginn ihre hoch gesteckten Erwartungshaltungen enttäuscht sah und nach neuen Leitbildern strebte. Nach dem Schock über die Gewalt des Maschinenkrieges waren neue Identifikationsgerüste und Vertrauensideale militärischer Männlichkeit zu errichten, mit deren Hilfe sich die Katastrophe bannen ließ. Hinzu kam, dass die Heeresführung durch die enormen Verluste auf „Zivilisten in Uniform" zurückgriff. Diese waren keine Angehörigen einer professionellen militärischen Elite, sondern Männer, die auf den Krieg nur unzureichend vorbereitet waren.[58]

Unter den zahlreichen Kriegsschriften, die diese verschütteten Männlichkeitsideale zu reaktivieren suchten, ragen insbesondere die der Fotografin und Journalistin Alice Schalek (1874–1956) hervor. Die Vorträge und propagandistischen Erlebnisberichte über ihre Kriegsreisen fanden weite öffentliche Verbreitung und trugen zur Popularisierung und Stabilisierung der Kriegermythen bei. Ihre erste Kriegsreise hatte sie in den „Paraderaum der österreichischen Kriegspublizistik", an die südliche Hochgebirgsfront, geführt.[59] Die daraus hervorgegangene Schrift *Tirol in Waffen*

57 Mit Roland Barthes könnte man den Begriff Mythos als ein kriegskulturelles „Mitteilungssystem" definieren, das sich nicht über sein „Objekt" oder seine „Materie", sondern über seine „Bedeutung" erschließt. Roland Barthes: Mythen des Alltags. Frankfurt/M. 1964, S. 85.

58 Deák, Der K. (u.) K. Offizier 1914–1918, S. 253. Die Habsburgerarmee hatte Ende 1914 schon 82 Prozent ihrer ursprünglichen Infanterie-Stärke verloren. Ingesamt betrugen die Verluste, die Verwundeten, Erkrankten und in Gefangenschaft Geratenen eingerechnet, im ersten Kriegsjahr 2.758.000 Mann.

59 Christian Rapp: „Das Ganze ist so grandios organisiert …" Der Weltkrieg der Alice Schalek. In: Elke

(1915) vereinte geschickt Heimatpathos, geografische Vertrautheit und Nationalpatriotismus – emotionale Kategorien, die vom Kriegspressequartier zu einer Abrechnung mit dem „feigen Verrat Italiens" instrumentalisiert werden konnten. In diesem Zusammenhang beschrieb Schalek auch den Kämpfertypus, der seine suggestive Kraft aus dem traditionellen Verhaltenskanon männlicher Stärke bezog. Die Naturarena der Berge wurde zur Projektionsfläche für einen männlichen Kriegskörper, der seine Überlegenheit aus alpinistischer Kühnheit bezog.[60]

Man könnte diesen Kriegertypus den *Dolomitenkämpfer* nennen. Bei diesem geht es um die Rückeroberung traditioneller soldatischer Tugenden, die im Grabenkrieg obsolet geworden waren. Hoch über den Massen- und Materialschlachten der Tiefebene werden Fähigkeiten wie physische Stärke, Mut und körperliche Ausdauer wieder wichtig und mit den alpinistischen Tugenden wie zäh, athletisch, sehnig und schlank verschmolzen. Der Dolomitenkämpfer ist der heimatverbundene Einzelgänger, der Tiroler oder Kärntner Bauer. Er verfügt über die Qualitäten des Bergsteigers, ist vertraut mit den Tücken der Natur und virtuos im Ertragen von Strapazen.[61] In stets weiße Tarnanzüge gehüllt, ist er für den Gegner unsichtbar. Sein durch Fels und Eis gehärteter Körper ist der heroischen Landschaft gleich geartet und dem seiner Gegner – und auch Kameraden – aus den Tiefländern weit überlegen. Er hat nicht die neurasthenische Biografie des Großstädters, sondern von Kindheit an die urwüchsige Kraft der Natur in sich. Seine Sinne sind an das Leben im Gelände bestmöglich angepasst, sein Instinkt ist untrügerisch. Akrobatik im Fels ist ihm vertraut, er hat Augen wie ein Adler, der sein Opfer in jedem Gelände erspähen kann, sein geschärftes Ohr vernimmt noch die leisesten Bohrgeräusche der tief in den Berg getriebenen gegnerischen Minenstollen. Mit der Beherrschung der Muskeln geht auch die Beherrschung seiner Nerven einher. Intakte Willenskraft und stabile psychische Eigenschaften garantieren den Erfolg am Berg und das Überleben im Gebirgskrieg.

Die ideologische Überhöhung des Dolomitenkämpfers als Typus „vollendeter Männlichkeit" hängt freilich mit dem kulturellen Klima der Zwischenkriegszeit zusammen.[62] In den regionalen Erinnerungskulturen, in dem verbreiteten Antiintellektualismus und in der politischen Widerstandsmentalität der Provinz gegen die

---

Krasny, Marcus Patka, Christian Rapp und Nadia Rapp-Wimberger (Hg.): Von Samoa zum Isonzo. Die Fotografin und Reisejournalistin Alice Schalek. Wien 1999, S. 27.

60 Alice Schalek: Tirol in Waffen. München 1915.

61 Dagmar Günther: Alpine Quergänge. Kulturgeschichte des bürgerlichen Alpinismus (1870–1930). Frankfurt/M. 1998, S. 243–276; dies.: Identifikation eines Mannes. Körperbilder im österreichisch-deutschen Alpinismus 1870–1930. In: Julia Funk und Cornelia Brück (Hg.): Körper-Konzepte. Tübingen 1999, S. 132–135.

62 Fritz Weber: Alpenkrieg. Klagenfurt-Wien [1935], S. 103.

Hauptstadt spielte der alpinistische Kriegsheld eine bedeutende Rolle.[63] In der kriegsmedizinischen Memoirenliteratur der 1920er Jahre wurde die Tätigkeit der Ärzte ebenfalls nach dem Ideal des Dolomitenkämpfers zugeschnitten. Die Leistungen des österreichischen Frontarztes im Hochgebirgskrieg seien, so Karl Kassowitz, erst durch den „alpinistisch geübten Körper und gute Nerven" ermöglicht worden.[64]

Die Rückkoppelung an vertraute Männlichkeitsbilder funktionierte an der Isonzofront, die den Charakter des Stellungskrieges wie keine andere symbolisierte, nicht. In der verkarsteten Plateaulandschaft des Triester Hinterlandes befand sich die k. u. k. Armee von 1915 an in der Defensive. Bis Herbst 1917 konnten – unter enormen Verlusten auf beiden Seiten – elf italienische Offensiven abgewehrt werden.[65] An dieser Front war der Aufbau eines neuen imaginären Soldatentypus notwendig, der die Motivation der Soldaten an der Front heben und sich der uneingeschränkten Solidarität und Bewunderung des Hinterlandes versichern konnte. Die Ausgangslage dafür war denkbar schlecht und erforderte den massiven Einsatz propagandistischer Mittel, ging es doch um eine radikale Umdeutung vertrauter militärischer Erzählungen. Nicht im schnellen Sieg, sondern in der zähen Verteidigung lag der militärische Erfolg. Der Heroismus des *Isonzokriegers* war die vollendete militärische Defensivleistung.

Die Konstruktion dieses Kriegertypus, der in mancher Hinsicht dem Stahlhelm-Typus der Westfront ähnelte, lässt sich am Beispiel von Alice Schaleks zweiter Kriegsschrift *Am Isonzo* (1916) zeigen. Von Beginn der Schrift an geht es um den Erwerb und die gezielte Umarbeitung von soldatischen Verhaltensformen. Von den Militärs wurde diese Front als die Schmiede der Männlichkeit beschworen. Für die neu eingezogenen oder nachgemusterten jungen Soldaten aus allen Teilen der Monarchie gab es kein Zurück: „Die lernen dort Männer sein", erklärte 1916 der Kommandant der Isonzoarmee, Feldmarschall Boroević, der aus Wien angereisten Kriegsberichterstatterin Alice Schalek. Nach mehrwöchigem Aufenthalt an der Front widersprach die Journalistin dem Feldherrn: „Männliche Kraft spielt hier nur eine

63 Hansjörg Waldner: Waffenbrüderschaft an der Dolomitenfront. In: Klaus Amann, Hubert Lengauer (Hg.): Österreich und der Große Krieg 1914–1918. Die andere Seite der Geschichte. Wien 1989, S. 226–230. Zur Stilisierung des Dolomitenkämpfers im österreichischen Heimatfilm der Zwischenkriegszeit siehe Helmut Alexander: Der Dolomitenkrieg im „Tiroler" Film. In: Klaus Eisterer, Rolf Steininger (Hg.): Tirol und der Erste Weltkrieg. Innsbruck-Wien 1995, S. 227–253 und Mosse, Fallen Soldiers, S. 114–119.

64 Kassowitz, Der österreichisch-ungarische Truppenarzt an der Front, S. 140.

65 Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 250–255, S. 360–370, S. 499–503; Vasja Klavora: Blaukreuz. Die Isonzofront. Flitsch/Bovec, 1915–1917. Klagenfurt-Ljubljana-Wien 1993; ders.: Schritte im Nebel. Die Isonzofront. Karfreit/Kobarid – Tolmein/Tolmin, 1915–1917. Klagenfurt-Ljubljana-Wien 1995; ders.: Monte San Gabriele. Die Isonzofront 1917. Klagenfurt-Ljubljana-Wien 1998.

geringe Rolle, getroffen werden ist für den Mann ebenso hart wie für die Frau."[66] Die Kontingenz des Grabenkrieges machte die stereotype Unterscheidung von „männlicher Stärke" und „weiblicher Schwäche" obsolet.

Anders als der Typus des Dolomitenkämpfers, der sein Profil aus der Militarisierung von alpinistischen Tugenden aus der Vorkriegszeit gewinnt, wird der Heldentypus am Isonzo erst durch die spezifischen Zwänge des Stellungskrieges geschaffen. Er hat keinen aktiven Bewegungskörper, sondern einen passiven Abwehrkörper, der im kalten Karstgestein, zwischen Drahtverhauen und Granattrichtern, verharrt:

> Nicht in der Gefahr liegt das Schauerliche dieser Verteidigung, sondern in der Endlosigkeit, in der Zermürbung aller Nerven, in der Abtötung aller menschlichen Forderungen, in der Notwendigkeit, übernächtig, schmutzig, mit Gliedern, die wie zerbrochen sind, immer wieder das Höchste an Spannkraft zu verleihen.[67]

In diesem Verteidigungsmilieu wird das Profil des idealen Kriegers ermittelt. Seine Metamorphose vollzieht sich in den Rhythmen des erduldenden Ausharrens und der konzentrierten Abwehr. Im Trommelfeuer, das in Karstlöchern und Felskavernen überstanden wird, treten die Merkmale hervor. Verbissenheit und Selbstbeherrschung markieren nicht nur seine mentale Signatur, sondern haben sich in der Physiognomie seines Antlitzes eingeprägt. So wie die Landschaft, die zum Kriegsschauplatz geworden ist, hat sich auch seine äußere Gestalt gewandelt – felsenhart und durch die Granaten vernarbt: „In den Gesichtern dieser Leute liegt ein ernster, fatalistischer Zug. Die Schatten in ihren Augenhöhlen, in den Mundwinkeln, an den Schläfen sind wie auf Holzschnitten vertieft."[68] Es ist die zerfurchte Seelenlandschaft des apathischen Helden, der durch alle Prüfungen des Maschinenkrieges gegangen ist. Der Isonzokrieger ist der Nervenkrieger par excellence. Er ist charakterstark und

66 Schalek, Am Isonzo, S. 2 und S. 59. Für Karl Kraus verkörperte Alice Schalek die „welthysterische Zerrüttung", die mit dem Krieg um sich gegriffen habe. Die erbitterte Gegnerschaft von Kraus, der Schaleks Kriegsschriften als manipulatives Instrument zur Beeinflussung der Massen entlarvte, hinderte ihn nicht, sie als prominente Zeugin des kriegspsychologischen Diskurses um militärische Männlichkeit aufzurufen. Ihre viel gelesenen Feuilletons beschreiben meines Erachtens nicht „ganz naiv, was sie sieht und empfindet" (E. Timms), sondern reflektieren und konstruieren den Aufbau von imaginären Heldenfiguren, die von Kriegsgesellschaften zu ihrer Selbstvergewisserung und Sinnstiftung benötigt werden. Vgl. Edward Timms: Karl Kraus. Satiriker der Apokalypse. Leben und Werk 1874–1918. Wien 1995, S. 448 f.; Kraus, Die letzten Tage der Menschheit, I. Akt, 26. Szene, II. Akt, 30. Szene, III. Akt, 2. Szene, IV. Akt, 10. Szene.

67 Schalek, Am Isonzo, S. 109.

68 Ebd., S. 104.

in jeder Situation diszipliniert. Sein Kampfesmut ist inaktiv, sein Auftreten verhaltensdefensiv. Die „Verwilderung" des Grabenlebens ist ihm fremd. Mit den befreienden Affektexplosionen von nervenschwachen Soldaten, den spontanen Überfällen von alkoholisierten Sturmtruppen in die gegnerischen Schützengräben hat er nichts gemeinsam.[69]

Bernd Ulrich hat darauf hingewiesen, dass die Beschwörung der Überlegenheit des deutschen Soldaten an der Westfront eng mit der Erinnerung an die materielle Überlegenheit der Entente zusammenhing und mithin ein starkes Kompensationsbedürfnis markierte, das sich in den Kriegsmythen manifestierte.[70] Die Genese des österreichischen Isonzomythos basiert auf einer ähnlichen Ausgangssituation. Die moderne Kriegstechnik, das massive Artilleriefeuer, kurz die technisch-materielle und personelle Überlegenheit, war auf Seiten der italienischen Verbände. Doch scheiterten sie an der mentalen Überlegenheit ihres Gegners, der „inneren Kampfkraft" der Verteidiger: „Die Italiener haben zu empfindliche Nerven."[71] Der Kult der Defensive, den die österreichisch-ungarische Armee an der Südfront inszenierte, wurde durch das Bewusstsein, einen moralisch gerechten Verteidigungskrieg zu führen, noch verstärkt.

Mit dem Übergang zu feldgrauen Uniformen und dem Stahlhelm, der 1916 von der deutschen Armee geliefert wurde, wurde eine heroische Symbolik geschaffen, die der parallel an der Westfront entstehenden frappierend ähnelte. Diese Affinität war kein Zufall. Die Leitfigur des Isonzokriegers gab die Möglichkeit, nach den Niederlagen das beschädigte Ansehen der k. u. k. Armee wiederherzustellen und die eigenen Leistungen ins gewünschte Licht zu rücken. Alle Vorurteile, die deutsche Militärs gegenüber den Soldaten Österreich-Ungarns ins Treffen führten – vor allem „Schlappheit" und „Feigheit" –, konnten an dieser Front widerlegt werden. Eine der Schlüsselpassagen in Schaleks Isonzoschrift lautet: „Ein paar deutsche Offiziere haben das [den Stellungskrieg im Karst] eine Zeitlang mitangesehen. Schaudernd, bewundert, ergriffen. ‚Nichts von unseren Leistungen läßt sich damit auch nur annähernd vergleichen!' sagten sie dann."[72] Anders als an der Ostfront, an der starke deutsche Verbände mitkämpften, waren am italienischen Kriegsschauplatz – zumindest bis zur Durchbruchsschlacht im Herbst 1917 – ausschließlich k. u. k. Truppen eingesetzt. Gerade deshalb eignete sich dieser Frontabschnitt besonders, die Vorur-

69 Sigmund Stiassny: Über die angebliche Verrohung und Verwilderung im Kriege und durch denselben. Beobachtungen an der Front und im Hinterlande. In: Der Militärarzt 52 (1918), Sp. 17.

70 Bernd Ulrich: Die umkämpfte Erinnerung. Überlegungen zur Wahrnehmung des Ersten Weltkriegs in der Weimarer Republik. In: Jörg Duppler und Gerhard P. Groß (Hg.): Kriegsende 1918. Ereignis, Wirkung, Nachwirkung. München 1999, S. 374 f.

71 Schalek, Am Isonzo, S. 3.

72 Ebd., S. 103.

teile und Vorwürfe, die der Kriegspartner erhob, zu widerlegen und die eigene Defensivleistung hervorzuheben.[73] Neben Abgrenzung und Profilierung gegenüber dem deutschen Waffenbruder ging es auch um die Stärkung der moralischen Kohäsion der Armee. An die erfolgreiche Verteidigung knüpfte sich die Hoffnung, dass gerade diese Front ein Ort sei, an dem die nationalen Gegensätze und Fliehkräfte in der Vielvölkerarmee beseitigt werden konnten. Der Isonzokrieger konnte von unterschiedlicher ethnischer Herkunft sein und hatte sich über alle Differenzen und Konflikte hinweggesetzt, die den Zusammenhalt der Armee gefährden konnten: „Wir kämpfen hier nicht nur gegen den äußeren Feind. Auf diesem Plateau wird das neue Österreich-Ungarn geboren."[74] Damit hatte dieser Typus auch eine identitätsstiftende Dimension: In den Abwehrkämpfen am Isonzo sollten österreichische, ungarische, polnische, slowakische, tschechische, slowenische, bosnische und kroatische Soldaten zu einer geschlossenen Einheit verschmelzen und eine neue Gemeinsamkeit entdecken, die nach Ende des Krieges auch im Hinterland umgesetzt werden kann.

Nach dem Krieg setzte sich der Isonzomythos in den zahlreichen Erlebnisberichten, Memoiren und Volksstücken fort, die Ende der 1920er und Anfang der 1930er Jahre erschienen. Keine andere Front des Ersten Weltkrieges stand so oft im Mittelpunkt der Erzählungen, mit denen nach einer Latenzphase eine traumatisierte Gesellschaft, die zudem in politische Dichotomien zerfallen war, die Erfahrungen des Krieges zu bewältigen suchte. Insbesondere die viel gelesenen Schriften des Weltkriegspublizisten Fritz Weber, eines ehemaligen k. u. k. Leutnants der Artillerie, trugen zur Verbreitung des Isonzomythos bei. Die Männer, die an diesem Kriegsschauplatz kämpften, seien „anders als die Soldaten anderer Fronten gewesen, die alten wie die jungen, die neuen wie die eingewöhnten".[75] Von anderen Frontabschnitten zusammengezogen, hätten sie einen Krieg erlebt, der aus ihnen elitäre Fähigkeiten heraustreten ließ: „Neue Menschen entsteigen diesen Höllen. Sie sind hart bis zur Grausamkeit und opferbereit bis zu Selbstverleugnung. Sie tragen so viele Bilder

73 Cornwall, Morale and Patriotism in the Austro-Hungarian Army, S. 177. Die Aufstellung von besonders gut ausgerüsteten Sturmtruppen, die das Patt des Schützengrabenkrieges zu überwinden und das Gesetz des militärischen Handelns zurückzugewinnen suchten, wurde nicht nur an der Westfront, sondern auch am Isonzo versucht. Zu den italienischen Eliteeinheiten, den *Arditi*, siehe Friedrich Kittler: Il fiore delle truppe scelte. In: Hans Ulrich Gumbrecht, Friedrich Kittler und Bernhard Siegert (Hg.): Der Dichter als Kommandant. D'Annunzio erobert Fiume. München 1996, S. 205–225.

74 Schalek, Am Isonzo, S. 164.

75 Weber, Frontkameraden, S. 119. Siehe auch Kornel Abel: Karst. Ein Buch vom Isonzo. Salzburg-Leipzig 1934; Josef Seifert: Isonzo. Wien 1936; Wilhelm Czermak: Krieg im Stein. Die Menschenmühle am Isonzo. Berlin 1936; Hans Krösl: Erlebtes aus der 11. Isonzoschlacht. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 123–128.

haarsträubender Erlebnisse mit sich herum, daß ihre Augen erloschen sind wie taube Spiegel."[76] Eine der zentralen faschistischen Männerfantasien, die gezielte Umarbeitung von Traumatisierung in neue männliche Kampfenergien, kündigte sich hier an.[77] Die Verherrlichung der Gewalt ging mit einer Militarisierung der Männlichkeit in den politischen Wehrverbänden einher: eine aggressive Männlichkeit, bereit zur Tat und zur Aktion, hochpolitisch, den Krieg in der Zivilgesellschaft nicht scheuend.[78]

Parallel dazu flossen die kriegerischen Mythen in die Jugendbewegung ein. In Kampfspielen wurden die Helden des Krieges nachgeahmt, in Theaterstücken die Erinnerung an die Toten wach gehalten. Ein Beispiel dafür ist Viktor Winkler-Hermadens *Isonzo-Legende* aus dem Jahr 1929. Da der gefallene Isonzokrieger im nackten Karst von seinen Kameraden nicht beerdigt werden konnte, wandert er rastlos als Untoter durch die ehemaligen Schützengräben. Sein Geist wacht über den verlassenen Kampfschauplatz, seine Mission ist die Übertragung jener harten Männlichkeit, die er an dieser Front erworben hat. Der Krieg ist für ihn erst dann zu Ende, wenn sein Erbe gesichert ist. Der Geist des Kriegers kann seine Totenruhe beginnen, wenn seine Ehre und sein Mannesmut den Weg in die nächste Generation gefunden haben.[79] Die generationenübergreifende Kriegserfahrung war einer der grundlegenden Bausteine für den Neuaufbau einer Volksgemeinschaft, die ihre Stärke aus der „einheitlichen seelischen Struktur" gewinnen sollte.[80]

Die Konstruktion des gestählten Kriegers diente schließlich auch den Ärzten, die ihre traumatischen Kriegserfahrungen mit einem Zugewinn an mentaler Stärke zu kompensieren suchten. „Die Erlebnisse der letzten dreieinhalb Jahre, die heute noch mein Nervensystem bis zum Bersten belasten, sie werden das Ferment bilden, das mein Inneres umwühlt und den neuen Menschen aus mir formt", schloss ein ehemaliger Frontarzt seinen Erlebnisbericht, den er als einen Beitrag zur Seelenkunde des großen Krieges verstanden wissen wollte.[81] Die medizinische Erinnerungslite-

76 Fritz Weber: Isonzo 1916. Klagenfurt-Wien [1933], S. 16.

77 Ulrich, Die Kriegspsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung, S. 63–78; Albrecht Koschorke: Der Traumatiker als Faschist. Ernst Jüngers Essay „Über den Schmerz". In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 211–227.

78 Ernst Hanisch: Die Rückkehr des Kriegers. Männlichkeitsbilder und Remilitarisierung im Österreich der Zwischenkriegszeit. In: Transit. Europäische Revue 16 (1998/99), S. 108–124; Bernd-A. Rusinek: Der Kult der Jugend und des Krieges. Militärischer Stil als Phänomen der Jugendkultur in der Weimarer Zeit. In: Jost Dülffer und Gerd Krumeich (Hg.): Der verlorene Frieden. Politik und Kriegskultur nach 1918. Essen 2002, S. 171–197.

79 Viktor Winkler-Hermaden: Isonzo-Legende. Wien-Leipzig 1929.

80 Fritz Hartmann: Gedanken zum ersten Friedens-Semester! Akademische Vorlesung, gehalten am 7. Oktober 1919. Graz 1920, S. 3.

81 Theo Malade: Von Amiens bis Aleppo. Ein Beitrag zur Seelenkunde des großen Krieges. Aus dem Tagebuch eines Feldarztes. München 1930, S. 229.

ratur der Nachkriegszeit ist voll von Anmerkungen, die den mentalen Entfremdungsprozess des Arztes von seinen Patienten beschreiben. Die Sachzwänge des Krieges, so ein ehemaliger österreichischer Frontarzt, hätten eine „vollständige psychologische Umstellung gegenüber der Person des Erkrankten" gebracht:

> Der Arzt des Krieges trug ein fremdes Aussehen und litt selbst an seiner fremdgewordenen Seele. Die beschworene Milde zum Kranken hat der Zwang der Notwendigkeit in eine kühle Objektivität gewandelt. Die Strenge des kriegerischen Lebens, die mit allen Kameraden geteilte Gefahr, hat auch das Antlitz des Arztes härter geformt. [...] wenn Mitfühlen und Mitleiden nur so weit Raum haben durften, als es dem Sinn des Krieges, der Vernichtung des Feindes unter Einsatz aller Kräfte, nicht zuwiderlief, muß diese seelische Umstellung nur folgerichtig erscheinen. In dem Wandel der Mannigfaltigkeit des Kriegserlebnisses sind *alle* Menschen *anders* geworden.[82]

Erst aus dieser Perspektive betrachtet könne eine richtige Wertung der Medizin im Ersten Weltkrieg vorgenommen werden. Dieser Krieg habe einen völlig neuen Typus von Arzt hervorgebracht, der wie seine Kameraden auch die inneren Wandlungen des Frontsoldaten mitgemacht habe. Diese seien in seiner Physiognomie abgebildet und zeigten den „Arzt mit dem harten Antlitz".[83] Die Gestalt des Arztes, der seine Tätigkeit im Krieg nach militärischen Interessen auszurichten und dafür eine Entfremdung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in Kauf zu nehmen hatte, trat in der medizinischen Memoirenliteratur häufig auf. Dies ist kein Zufall: In dieser Figur bildete sich eine interessengeleitete ärztliche Erinnerungspolitik ab, in deren Mittelpunkt Rechtfertigung, Sinnstiftung und Heroisierung standen. Die Emphase, mit der die psychologische Umstellung des Arztes im Krieg betont wurde, muss damit im Zusammenhang mit der nachträglichen Legitimierung der harschen Behandlungsmethoden gesehen werden, die gegenüber den Soldaten angewandt wurden und in weiten Teilen der Bevölkerung in Verruf geraten waren. Dies galt im Besonderen für die Psychiatrie.

Dieses Kapitel hat gezeigt, dass zentrale Elemente des Neurastheniediskurses für die Wahrnehmung und Deutung des Krieges mobilisiert wurden. In der chaotischen Welt der Stellungssysteme, in der passive militärische Verhaltensnormen aktive weitgehend ablösten und herkömmliche militärjuristische Definitionen für die Unterscheidung des „tapferen" vom „feigen" Krieger versagten, spielten die Nerven eine bedeutende Rolle. In der Benennung und Bewertung von psychischen Extremsitua-

82 Christoph Leditznig: Sturm und Sonnenschein über den Sieben Gemeinden. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 76 f.

83 Ebd., S. 78.

tionen fand die Psychiatrie eines ihrer wichtigsten Aufgabengebiete. In diesem Zusammenhang muss auch der Beitrag der Psychiater an der Mythenproduktion dieses Krieges gesehen werden. Auf den Stellungskrieg reagierten Militärs und Ärzte mit dem Aufbau einer neuen militärischen Leitfigur, die ihr spezifisches Profil im expliziten Gegensatz zur neurasthenischen Männlichkeit gewann. Der „Nervenkrieger" kann solcherart als kulturelle Konstruktionsleistung von Ärzten und Militärs im Krieg verstanden werden, die aus der Katastrophe neue Kampfenergien zu gewinnen suchten.

7. ELEKTRISCHE KORREKTUREN

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die Frage nach der Behandlung der Kriegsneurosen. Die zahlreichen Soldaten, die an ihren Körpern die schockartige Erfahrungsrealität des Krieges zu perpetuieren schienen, stellten die Psychiater vor neue Herausforderungen. Wie sollte man mit diesen Erscheinungsformen umgehen? Welche therapeutischen Handlungsprinzipien waren zu favorisieren? In der österreichischen Psychiatrie stand die Behandlung der psychischen Erkrankungen der Soldaten zumeist im Zeichen elektrischer Zwangsverfahren. Mittels schockartig applizierter elektrischer Ströme, so das therapeutische Kalkül, sollten die grotesken Symptome zum Verschwinden gebracht werden. Mit diesem Vorgehen stand die österreichische Kriegspsychiatrie, die ihr Gravitationszentrum in Wien hatte, keineswegs allein. Die elektrischen Behandlungsmethoden kamen in unterschiedlichen Varianten in allen Krieg führenden Gesellschaften Europas zum Einsatz und waren überall ob ihres harschen Charakters nicht nur in weiten Teilen der Bevölkerung, sondern auch in der Ärzteschaft umstritten. Dennoch bildet die österreichische Situation einen Sonderfall. Nach Kriegsende erhielt der im revolutionären Milieu anhaltende Protest gegen die Psychiater Unterstützung durch die Sozialdemokratie und mündete in einer Verhandlung gegen die Spitzen der Wiener Psychiatrie, die ihr Vorgehen im Krieg vor einer Kommission zu rechtfertigen hatten. Damit wurde der Umgang mit den Kriegsneurosen eine öffentliche Angelegenheit, die vor dem Hintergrund der unruhigen politischen Verhältnisse in der unmittelbaren Nachkriegszeit Österreichs noch zusätzlich an Brisanz gewann.

Der folgende Abschnitt beginnt mit einer Darstellung dieser von wissenschaftlichen und politischen Antagonismen geprägten Episode. Die Verhandlung gegen Julius Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen wurde für alle Beteiligten zu einem Schlüsselereignis im Kampf um die „Wahrheit" eines Krieges, der wie kein anderer zuvor mit allen verfügbaren medizinischen Ressourcen geführt worden war. Dem Vorwurf der elektrischen Folter und des blanken Militarismus stand eine apologetische Selbstdeutung der Psychiater als pflichtbewusste, im Auftrag eines Krieg führenden Staates handelnde Experten gegenüber, die sich persönlich nichts zu Schulden hatten kommen lassen.

Für eine historische Charakterisierung der österreichischen Psychiatrie ist es wichtig, diese interessengeleiteten Nachkriegsnarrative zu verlassen und in den Kontext der Kriegsjahre zurückzukehren. Ein Abriss der Geschichte der Elektrotherapie

wird zeigen, dass die Behandlung von Soldaten mit elektrischen Strömen im Ersten Weltkrieg keinesfalls ein Novum, sondern die Fortführung eines in Zivil- und Militärwesen verbreiteten Verfahrens war, dem neben therapeutischen Eigenschaften auch disziplinäre zugeschrieben wurden. Sodann wird auf den Mannheimer Psychiater Fritz Kaufmann eingegangen, der im Diskurs um die Anwendung von elektrischen Zwangsverfahren eine zentrale Rolle spielte und nach Kriegsende – im Zuge der Verhandlung gegen Wagner-Jauregg – zur Täterfigur der deutschen Psychiatrie des Ersten Weltkrieges gestempelt wurde. Wer waren demgegenüber die Protagonisten der Kriegsneurosenbehandlung in der österreichisch-ungarischen Armee? Warum und an welchen Orten setzte sich die Elektrotherapie als dominantes Behandlungsverfahren bei psychischen Erkrankungen durch? Welche Rolle spielten hierbei soziale und ethnische Herkunft der Soldaten? Auf Basis welcher psychiatrischer Wissensbestände und Kriegsdeutungen wurden diese Verfahren in Gang gesetzt? Welche spezifischen Anforderungen stellten diese Praktiken an den behandelnden Arzt, welche Risiken brachten sie für die Soldaten mit sich? Und wie gingen die Psychiater mit den Widerstandsformen um, die sich mit Fortdauer des Krieges gegen diese Behandlungsmethode bildeten? Ausgehend von diesen Fragen soll anhand von publizierten Schriften, unveröffentlichten Gutachten, Krankengeschichten, Zeitungsartikeln und Auszügen aus den Stenographischen Protokollen des Österreichischen Reichsrates ein differenziertes Bild der Behandlung von Kriegsneurosen in der Art der „Wiener Schule" und deren kritische Wahrnehmung in der Öffentlichkeit gezeichnet werden.

7.1 Der Fall Kauders

In der sozialdemokratischen Wochenzeitung *Der freie Soldat* erschien am 11. Dezember 1918 ein Artikel mit dem Titel *Die elektrische Folter*. Darin wurden namhafte Vertreter der Wiener Ärzteschaft – an der Spitze der Psychiater Julius von Wagner-Jauregg – mit massiven Vorwürfen konfrontiert. Den „Kriegsnervösen", so hieß es in diesem Artikel, seien durch elektrischen Starkstrom große Schmerzen zugefügt worden, ohne dadurch wirkliche Heilerfolge zu erzielen. Binnen kürzester Zeit hätten die Ärzte mit dieser Behandlungsmethode die Nervenabteilungen von ihren Patienten befreit, wobei einige aus Angst vor dem Strom Selbstmord begangen hätten. Im Mittelpunkt der Kritik an den „Schandspitälern" stand die Psychiatrische Klinik, in der besonders brutal vorgegangen worden sei. „Mit diesen Herren Ärzten sollte gründlich abgerechnet werden", forderte der Verfasser des Artikels.[1]

1 Die elektrische Folter. In: *Der freie Soldat* Nr. 6 (11. Dezember 1918), S. 3. Zum Folgenden siehe

Auf diese und andere Vorwürfe, die sich gegen Militärs richteten, reagierte die Provisorische Nationalversammlung und beschloss noch im selben Jahr das „Gesetz über die Feststellung und Verfolgung von Pflichtverletzungen militärischer Organe im Kriege". Als ausführendes Organ dieses Gesetzes wurde eine Kommission eingerichtet, die im März 1919 ihre Tätigkeit aufnahm. In der Art einer gerichtlichen Voruntersuchung sollten unabhängige Experten herausfinden, ob und in welchem Ausmaß militärisches Führungspersonal im Krieg schwere Verstöße gegen seine Dienstpflichten begangen habe. Zum Vorsitzenden der Kommission wurde Alexander Löffler, ein angesehener Wiener Jurist, ernannt.

Die Arbeit der Kommission stand bald in einem schiefen Licht, da eines ihrer bestellten Mitglieder selbst immer tiefer in Anklagen verstrickt wurde: Julius von Wagner-Jauregg. In weiteren Artikeln erhob die Presse immer schwerere und detailliertere Vorwürfe, sodass im Oktober 1920 eine eigene Untersuchung gegen ihn eingeleitet wurde.[2] Da die gegen den Psychiater erhobenen Vorwürfe Fachfragen betrafen, sollte ein externer Gutachter als Sachverständiger Klärung in die Angelegenheit bringen. Die Wahl fiel schließlich auf Sigmund Freud, der in einer schriftlichen Stellungnahme Wagner-Jauregg ein günstig ausfallendes Zeugnis ausstellte.[3] Nach dem zweiten Verhandlungstag wurde der Angeklagte gemeinsam mit Martin Pappenheim, Alfred Fuchs, Arthur Schüller, Emil Redlich und Stefan Jellinek, die sich ebenfalls vor der Kommission zu rechtfertigen hatten, von aller Schuld freigesprochen.

Offiziell rehabilitiert und vom Vorsitzenden mit anerkennenden Worten bedacht, zog sich Wagner-Jauregg zurück. Bald darauf und ohne nennenswerte Ergebnisse beendete die Kommission ihre Tätigkeit. Von den insgesamt eingegangenen 484 Beschuldigungen waren von der Kommission letztlich nur zwei verifiziert und mit strafrechtlichen Konsequenzen versehen worden.[4] Der ursprüngliche Zweck der Kom-

---

Eissler, Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, passim; Doris Byer: Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs bis 1934. Frankfurt/M.-New York 1988, S. 108–116; Whitrow, Julius Wagner-Jauregg, S. 101–108; Gunther S. Meyer: Freud as Expert Witness. Wagner-Jauregg and the Problem of the War Neuroses. In: The Annual of Psychoanalysis 2 (1975), S. 2–23.

2 Siehe etwa: Was geschieht mit der Sanitätssoldateska? In: *AZ* (15. Dezember 1918); Ärzte oder Folterknechte. In: *Der freie Soldat* Nr. 16 (28. Februar 1919) und Nr. 22 (21. März 1919); Die Hölle in der Klinik Wagner-Jauregg. Neues Material für Professor Löffler. In: *Der Morgen am Montag* (15. März 1920).

3 Freuds *Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker* ist erstmals wiedergegeben in: Sigmund Freud über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse. In: Psyche 26 (1972), S. 939–951.

4 Alexander Löffler: Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. In: WMW 70 (1920), Sp. 1951.

mission, den vielen im Krieg verletzten, erniedrigten und ungerechtfertigt behandelten „Nebenmenschen" (Alfred Polgar) ein Forum zu verschaffen, in dem die Anliegen von Opfern und Benachteiligten ernst genommen werden, blieb weitgehend auf der Strecke. „Man hatte eben das Bedürfnis, der Meute die Augen auszuwischen. Dazu diente dieses Tribunal", resümierte Wagner-Jauregg.[5]

Bemerkenswert ist, dass die Anklage gegen Wagner-Jauregg auf der Anzeige einer einzigen Person beruhte. Der Journalist und Kriegsverletzte Walter Kauders hatte während seiner Behandlungszeit in der Wiener Psychiatrischen Klinik ein Tagebuch geführt, das über die angewandten elektrischen Therapiemethoden der Ärzte detailliert Auskunft gab. Kauders hatte bis 1918 eine wahre Odyssee durch die Welt deutscher und österreichischer Nervenspitäler hinter sich gebracht. Der eigentliche Krieg hatte für ihn nur wenige Wochen gedauert: Kauders war als Kriegsfreiwilliger noch im August 1914 an der russischen Front durch eine Granatexplosion verletzt worden. Die körperlichen Wunden heilten rasch, doch anhaltende Bewusstseinsstörungen machten eine psychiatrische Konsultation notwendig. Auf der Nervenabteilung des zweiten Garnisonsspitals in Wien, die der Elektropathologe Stefan Jellinek (1871–1968) führte, diagnostizierte man bei Kauders „Neurasthenie". Nach weiteren Aufenthalten in verschiedenen Wiener Militärspitälern, wo sich Kauders mit stets neuen Diagnosen konfrontiert sah, hielten ihn die Ärzte für einen weiteren militärischen Dienst ungeeignet. Kauders ging zunächst nach Berlin zurück, um seine journalistische Tätigkeit wieder aufzunehmen, sah sich aber aufgrund von Kopfschmerzen zu weiteren Konsultationen gezwungen. In Heidelberg vermutete Wilhelm Erb bei ihm eine Schädelverletzung und empfahl weitere Untersuchungen, die Kauders schließlich im Herbst 1917 wieder nach Wien in die Klinik von Wagner-Jauregg führten. Da bei ihm keine äußeren Spuren einer Verletzung sichtbar waren, geriet er bei den Ärzten unter Simulationsverdacht, verbrachte 77 Tage in einer

5 Julius Wagner-Jauregg: Lebenserinnerungen. [Wien 1939], S. 97. Handschriftensammlung des Instituts für Geschichte der Medizin, Universität Wien, HS 3.290; Alfred Polgar: Faradische Ströme. In: Die Weltbühne 16 (1920), S. 588. Hinter den Kulissen sah die Lage anders aus. Alexander Fraenkel, leitender Redakteur der *Wiener klinischen Wochenschrift*, polemisierte in seiner Zeitschrift gegen Julius Tandler, der in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* replizierte. Der Streit drehte sich vor allem um Fraenkels Bemerkung, wonach die „nachträgliche, noch so wortreiche Rehabilitierung der Ärzte vollständig bedeutungslos ist". Die Debatte über die Vorgangsweise der Kommission provozierte weitere Wortmeldungen, ging über mehrere Nummern und endete im Rücktritt Fraenkels von der Redaktion der *Wiener klinischen Wochenschrift*. A[lexander] F[raenkel]: Die Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. In: WKW 33 (1920), S. 993 und 1077 f.; ders.: Erwiderung. In: WMW 70 (1920), Sp. 2045; Julius Tandler: Zum Fall Wagner-Jauregg. Replik. In: WMW 70 (1920) Sp. 2043 f., Sp. 2090, Sp. 2189 f.; Erwin Stransky: Die Verhandlung gegen Hofrat Professor Dr. Wagner-Jauregg und Genossen. Oder: Dank vom Hause Österreich. In: WMW 70 (1920), Sp. 1901 f.

Isolierzelle und wurde mehrmals einer elektrischen Behandlung unterzogen.[6] Im März 1918 wurde Walter Kauders endgültig für dienstuntauglich erklärt.

In der Verhandlung gegen Wagner-Jauregg trat Kauders gleichzeitig als Ankläger und als einziger Zeuge auf, stand aber während der Anhörungen im Abseits. Als er selbst im Zeugenstand war und über seine Erfahrungen mit den elektrischen Behandlungsmethoden berichten wollte, schnitt ihm der Vorsitzende das Wort ab: „Ich bitte nur medizinisch."[7] Kauders war unter den zahlreichen Patienten der Psychiatrischen Klinik der einzige, der in einem offiziellen Verfahren zur Aufklärung der Geschehnisse der Kriegszeit auftrat – und dort als Laie vom Richter mundtot gemacht wurde. Die Verhandlung gegen Wagner-Jauregg war damit nichts anderes als die Fortführung eines medizinischen Elitendiskurses, der seit Kriegsbeginn auf ärztlichen Zusammenkünften und vor allem in der Fachpresse geführt wurde.

Der Schulterschluss zwischen Wiener Ärzteschaft und Kommissionsmitgliedern gegen Kauders lässt sich am besten durch die Haltung des stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission, des Sozialdemokraten und Anatomen Julius Tandler (1869–1936), illustrieren. Für Tandler stellte Kauders das „Schulbeispiel eines Hysterikers" dar, der in seinen Anschuldigungen maßlos übertrieben und dadurch bloß seine pathologische Konstitution offen gelegt habe. Zusammen mit den „zahlreichen Simulanten" zählte er Kauders zu den „Minusvarianten der Menschheit".[8] Selbst jene Wiener Nervenärzte, die vor dem Krieg für einen besonders wohlwollenden Umgang mit Nervenkranken bekannt waren, schlugen nun ähnliche Töne an. Für Josef-Isidor Wilheim waren Männer wie Kauders „nervendegenerierte Individuen".[9]

Wagner-Jauregg selbst fand in seiner Autobiografie, die er Ende der 1930er Jahre – unter dem Eindruck des „Anschlusses" Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland – verfasste, andere, aber nicht weniger stereotype Erklärungsmuster. Schon die personelle Zusammensetzung der Kommission habe ihn misstrauisch gemacht, da die Mitglieder bis auf eines, von dem er es nicht genau gewusst habe, „alle Juden" gewesen seien. Auch sei es „bezeichnenderweise ein Jude gewesen", der gegen ihn Anklage erhoben habe, obwohl dieser „nicht anders behandelt worden war als die Hunderten von anderen Neurotikern". Den Umstand, dass nur ein

6 Die Anwendung der elektrischen Ströme an Kauders hatte Michael Kozlowski, ein Assistent Wagner-Jaureggs, vorgenommen. Von der Kommission bestätigt wurden die Angaben Kauders, wonach Kozlowski bei ihm die Elektroden an besonders empfindlichen Körperstellen (Genitalien, Brustwarzen, Zehen) angesetzt hatte.

7 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 36.

8 Byer, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege, S. 113. Zur Rolle Tandlers in der Kommission siehe Karl Sablik: Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer. Wien 1983, S. 156–159.

9 Josef-Isidor Wilheim: Nervenärzte vor einer Untersuchungskommission. In: *Neuigkeits-Weltblatt* Nr. 247 (27. Oktober 1920), S. 2.

einziger seiner ehemaligen Patienten bereit gewesen sei, gegen ihn auszusagen, erklärte sich der Psychiater mit der veränderten politischen Lage nach dem Zerfall der Donaumonarchie, räumte aber ein: „Wenn alle Tarchenirer [Drückeberger], die ich an der Klinik während des Krieges, manchmal auch etwas unsanft, geheilt hatte, als meine Ankläger aufgetreten wären, hätte das allerdings eine imposante Verhandlung gegeben."[10] Imposant war auf jeden Fall die Aufmerksamkeit, die die Öffentlichkeit dem Fall Wagner-Jauregg entgegenbrachte. Die Verhandlung gegen den Wiener Psychiater schlug sich in einer großen Anzahl von Berichten in österreichischen Zeitungen nieder und war über mehrere Tage hinweg ein Medienereignis ersten Ranges. Die Frage, in welcher Art und Weise die Kommission mit den Anschuldigungen gegen den führenden Wiener Psychiater umging, stieß auch in den Nachfolgestaaten der Monarchie auf großes Interesse. Die führenden ungarischen und tschechischen Zeitungen berichteten ausführlich über den Fall Wagner-Jauregg.[11]

Um die Kommissionsmitglieder zu überzeugen, den Vorwurf der „elektrischen Folter" als ungerechtfertigt zurückzuweisen, griffen die Wiener Psychiater zu einem lancierten Experiment. Am zweiten Verhandlungstag brachte Alfred Fuchs (1870 bis 1927), der im Krieg die Abteilung für Hirn- und Rückenmarkverletzte an der Universitätsklinik unter Wagner-Jauregg und die „Kopfschußstation" für Invalide in Wien-Döbling leitete, einen elektrischen „Anschlussapparat" mit und demonstrierte an sich die Wirkung der elektrischen Ströme. Danach lud er die Mitglieder der Kommission ein, sich selbst von der „Harmlosigkeit" der Methode zu überzeugen; dabei wurde die Stromstärke allerdings niedrig gehalten. Sämtliche Kommissionsmitglieder unterzogen sich der Behandlung und Fuchs konnte seine Demonstration mit den Worten beenden: „Sie sehen, meine Herren, jede Entbindung ist für eine Frau eine zehnmal größere Folter."[12] Für den Vorsitzenden, der ebenfalls an diesen Versuchen teilnahm und die Anordnung des Versuchs nicht weiter hinterfragte, war damit der ungefährliche und milde Charakter der Elektrotherapie, so wie sie in den österreichischen Spitälern angewandt wurde, eindeutig erwiesen.

Parallel zur Strategie, den elektrischen Strom als oft erprobte und durchaus erträgliche Form der Kriegsneurosentherapie darzustellen, waren die Wiener Psychiater darauf bedacht, sich als konziliante und humane Therapeuten zu präsentieren. Zwar wurde eingeräumt, dass es im Zuge der elektrischen Behandlungen zu Todesfällen gekommen sei, doch habe man sich im Vergleich zu den Psychiatern in der

10 Wagner-Jauregg, Lebenserinnerungen, S. 95.

11 Der Karton B 138/14B im ÖStA-KA, der die Arbeit der Kommission zum Fall Wagner-Jauregg dokumentiert, enthält 87 Zeitungsartikel, die während und nach der Verhandlung im Herbst 1920 erschienen waren.

12 Protokoll der Verhandlungen der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen am 14. und 16. Oktober 1920, ÖStA-KA, B 138/19-126, S. 153; Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 122 f.

deutschen Armee, die weitaus rigider gegen ihre Patienten vorgegangen seien, zurückgehalten. Das Bestreben der Wiener Psychiater, die elektrischen Zwangsverfahren als harmlose Variation deutscher Vorgangsweisen darzustellen, persiflierte Karl Kraus in *Die letzten Tage der Menschheit*: „Bei die Deutschen hams den Sinusstrom – mir san ja eh die reinen Lamperl!"[13]

An der Legende, wonach die elektrische Behandlung der Kriegsneurosen eine Erfindung deutscher Psychiater gewesen, während in Österreich diese Methode nur selten und in milder Form zur Anwendung gekommen sei, wob auch Freud. In seinem *Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker* schrieb Freud:

> Diese in der deutschen Armee entstandene, in therapeutischer Hinsicht schmerzhafte Behandlung konnte gewiß auch in maßvoller Hinsicht geübt werden. Wenn sie in den Wiener Kliniken angewendet wurde, so bin ich persönlich überzeugt, daß sie niemals durch die Initiative von Prof. Wagner-Jauregg ins Grausame gesteigert worden ist. Für andere Ärzte, die ich nicht kenne, will ich auch nicht einstehen.[14]

Der Vorsitzende der Kommission, Alexander Löffler, nahm diese Feststellung dankbar an und stellte fest: „Man hat in Österreich mit milderen Methoden ausreichende Erfolge erzielt."[15] Aber zweifelsohne war Freud – das geht aus seiner Kriegskorrespondenz mit seinen Schülern eindeutig hervor – auch über die Methoden der „anderen Ärzte", von denen er vorgab, sie nicht zu kennen, informiert. Die in den psychiatrischen Fachzeitschriften geführten Debatten um die Behandlung der Kriegsneurosen verfolgte er mit großem Interesse. Festzuhalten ist auch, dass Freud der kritisierten „Starkstrombehandlung" einen durchaus therapeutischen Wert zubilligte. Diese Methode habe anfangs „glänzende Erfolge" gehabt, und erst im Laufe der Kriegsjahre hätten diese abgenommen. Freud führte dies auf die zunehmende Kriegsmüdigkeit und den wachsenden Widerstand der Bevölkerung gegen dieses

---

13 Kraus, Die letzten Tage der Menschheit, S. 541 f.

14 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 33. Drei Tage vor Beginn der Verhandlung schrieb Freud an Ferenczi: „Nächsten Donnerstag werde ich das Vergnügen haben, den ganzen Vormittag über als Sachverständiger in dem Prozeß der Kommission für militärische Pflichtverletzungen gegen Wagner-Jauregg und andere zu funktionieren. Es handelt sich um die Kriegsneurosen. Ich werde ihn natürlich mit deutlichstem Wohlwollen behandeln. Er kann doch auch nichts dafür." Sigmund Freud – Sándor Ferenczi: Briefwechsel. Bd. III/1 (1920–1924), hg. von Ernst Falzeder und Eva Brabant. Wien-Köln-Weimar 2003, S. 83 (Brief vom 11. Oktober 1920). Alfred Adler kritisierte in einer persönlichen Unterredung die entgegenkommende und nachgiebige Haltung Freuds gegenüber Wagner-Jauregg. Eissler (S. 91) nahm hingegen Freud in Schutz: „Möglicherweise macht man es keinem recht, wenn man für die Wahrheit eintritt."

15 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 60.

Vorgehen zurück. Aus diesem Grund sei erst gegen Kriegsende die elektrische Behandlungsform zu ihrer berüchtigten Stärke gelangt und habe schließlich auch in Wien Anhänger gefunden. Den Anlass dafür hätten aber deutsche Militärärzte gegeben, die mit „der für die Deutschen charakteristischen Neigung zu rücksichtslosen Absichten" die Stärke der Ströme bis zur Unerträglichkeit gesteigert und dafür auch Todesfälle in Kauf genommen hätten. Freud entwarf damit das Szenario einer Radikalisierungsdynamik, die im Milieu der Wiener Kriegspsychiatrie in unterschiedlichen Stufen verlaufen sei und ihren Impetus stets von außen, also von einer Gruppe radikaler deutscher Psychiater erhalten habe.

Auch Eissler übernahm später diese Einschätzung. Das schmerzhafte Elektrisieren an der Wiener Psychiatrischen Klinik sei in erster Linie durch den „sadistisch veranlagten" polnisch-österreichischen Arzt Michael Kozlowski vorgenommen worden. Wagner-Jauregg hingegen hatte in seiner Befragung vor der Kommission unmissverständlich festgestellt:

> Alles, was während des Krieges zur Behandlung der Neurosen geschehen ist, hat man auch in Friedenszeiten praktiziert. Man kann auch nicht sagen, daß es nur an meiner Klinik geübt worden ist, sondern es ist dies ganz allgemein geübt worden, nicht nur in Wien, sondern in ganz Österreich, auch in Deutschland und in den feindlichen Staaten ebenso.[16]

Eissler hielt diese Aussage für ein Ablenkungsmanöver Wagner-Jaureggs und gab sich in der allgemeinen Charakterisierung der Wiener Situation bedeckt: „Ob es nur in Deutschland zu solchen Exzessen [mit den elektrischen Strömen] kam, ist unbekannt."[17] Wie im Folgenden gezeigt werden soll, hatte der Psychiater in diesem Punkt durchaus Recht. Die Behandlung mit starken elektrischen Strömen war im Krieg weder neu noch besonders originell; sie war auch kein Monopol der Wiener und österreichischen Psychiater, sondern wurde in den therapeutischen Wirkungsbereichen aller Armeen angewandt. Gleichwohl sind aber in national unterschiedlichen Kontexten spezifische Ausprägungen und Charakteristika dieser Methode festzustellen.

7.2 Die Elektrotherapie vor dem Ersten Weltkrieg

Die Anwendung elektrotherapeutischer Methoden bei Soldaten, die durch Kriegshandlungen psychische Verwundungen davongetragen hatten, war im Ersten Weltkrieg keineswegs medizinisches Neuland. Schon im Zuge der Kampfhandlungen bei

16 Ebd., S. 41.
17 Ebd., S. 109.

Magenta und Solferino (1859) hatte die österreichische Militärmedizin mit schockartig applizierten elektrischen Strömen gearbeitet, um Zitter- und Lähmungserscheinungen, aber auch militärischen Ungehorsam zu beseitigen. Ein eindrückliches Beispiel hiefür findet sich in den Erinnerungen des Wiener Neurologen und Elektrotherapeuten Moritz Benedikt, der unmittelbar nach seiner Promotion als Militärarzt in Verona stationiert wurde und sich mit der Anwendung elektrischer Methoden einen Namen machte. Als auf seine Abteilung ein Mann mit Lähmungen und Empfindungsstörungen gebracht wurde, stand der Militärarzt vor einem Rätsel, da sich am Körper des Soldaten keine äußerlichen Verletzungen nachweisen ließen:

> Ich behandelte ihn mit den stärksten faradischen Strömen und er zeigte keine Spur von Fühlreaktion. Da erschien der Chefarzt, während ich mit dem Manne beschäftigt war und ich machte ihn auf die Reaktionslosigkeit aufmerksam. Zweifelnd fragte der Chef, ob der Strom denn so stark sei, daß der Ausfall der Reizwirkung beweisend sei. Ich gab ihm schnell beide Pole in die Hand; der Strom verzerrte ihm Arm und Rumpf. Nachdem er einen Moment gezappelt hatte, ohne loslassen zu können, unterbrach ich den Strom. Darauf trug er mir auf, ein Zeugnis über Superarbitrierung [Dienstuntauglichkeit] zu schreiben.[18]

Nach dem Krieg, der militärmedizinisch tätigen Ärzten wie Benedikt die Möglichkeit geboten hatte, mit unterschiedlichen Stromstärken und therapeutischen Konzepten zu experimentieren, begründeten Moritz Benedikt und Moritz Rosenthal in Wien die Elektrotherapie als akademische Disziplin. Auch an der Wiener Militärärztlichen Akademie im Josephinum wurde eine elektrotherapeutische Station eingerichtet.[19] Als Disziplinierungsinstrument kam der elektrische Strom nun kaum mehr in Frage. Bei den im zivilen Leben auftretenden Fällen von Zitter- und Lähmungssymptomen erwies sich die Anwendung elektrischer Methoden als wenig erfolgreich. 1868 sah Benedikt bei schweren Fällen von „hysterischer Neurose" die Elektrotherapie als „nicht oder nur unvollständig und vorübergehend geeignet", um Heilerfolge zu erzielen.[20]

Die Ärzte waren sich in der Frage der tatsächlichen Heilkraft der elektrischen Ströme unsicher. Welche Erkrankungen waren mit Hilfe von Elektroapparaten heil-

18 Benedikt, Aus meinem Leben, S. 99. Zu Benedikts Erfahrungen mit der Elektrotherapie in diesem Krieg siehe ders.: Über die Anwendung und Wirkung des sekundären Stromes. In: Wiener Medizinal-Halle 1 (1860), S. 21 f. und ders.: Über die Bekämpfung von Hyperästhesie und Reflexkrämpfen bei Leiden des Rückenmarks mittels der elektrokutanen Faradisation. In: Medizinal-Halle 2 (1861), S. 184.

19 Krauss, Die physikalische Medizin und die jüdischen Ärzte, S. 88; Lesky, Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert, S. 389.

20 Benedikt, Über Hysterie, Sp. 108.

bar?[21] Wie sollten Stromart, Stromstärke und Sitzungsdauer gewählt werden? Und vor allem: Konnte im Falle eines günstigen Behandlungsresultats der Erfolg tatsächlich auf die mechanischen Effekte der elektrischen Ströme zurückgeführt werden, oder hatte das Gelingen des Heilverfahrens nicht doch eher mit der „unleugbaren Suggestivwirkung" zu tun, die der Arzt im Rahmen seiner spektakulären therapeutischen Inszenierung entwickelte?[22] Gerade die letzte Frage wurde in Kreisen der Nervenärzte heftig debattiert; der therapeutische Wert des Elektrisierens blieb in der Medizin über die letzten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts hinweg ein strittiges Thema.

Hinzu kam, dass die unausgereifte Technik der Elektroapparate ein exaktes Arbeiten erschwerte, und das konnte bei der zuweilen ausufernden Experimentierfreudigkeit von Ärzten und Laien gefährlich werden. Die Wirkung der Ströme am Körper wurde immer wieder unterschätzt. Auf der Wiener Elektroausstellung von 1883, die als große Fortschrittsschau konzipiert worden war, kamen heilelektrische Apparate „zu Hunderten in der Ausstellung vor".[23] Da einheitliche und genormte Qualitätsvorschriften für den Bau dieser Apparate nicht existierten, konnte die Präsentation dieser Produkte zu einem riskanten Spiel werden. Einige Besucher, die sich zur Belustigung an einen billigen Elektroapparat anschließen und elektrisieren ließen, mussten danach ins Krankenhaus gebracht werden. Erst nach der Jahrhundertwende, als die Gefahren der Elektrizität von der Arbeitsmedizin thematisiert und systematisch erforscht wurden, begann sich ein kritisches Bewusstsein über den elektrischen Strom und dessen Anwendung zu medizinischen Zwecken durchzusetzen.[24] Ärzte, die über langjährige Erfahrung mit der Anwendung elektrotherapeutischer Verfahren verfügten, mahnten zur Vorsicht und blieben misstrauisch. Für den Wiener Internisten und Neurastheniespezialisten Alois Strasser waren 1908 „gerade die Wirkungen des elektrischen Stromes am wenigsten aufgeklärt".[25]

---

21 Albert Eulenburg, der ebenfalls mit elektrotherapeutischen Methoden arbeitete, vermerkte in einem Aufsatz über die Schüttel- oder Zitterlähmung: „Ich habe von der Anwendung des constanten Stroms [...] bisher keine günstigen Resultate gesehen. Nicht einmal palliative Erfolge konnten durch diese Methode erzielt werden; es gelang nicht, durch die stärksten überhaupt anwendbaren Ströme auch nur einen Nachlaß des Zitterns, wie ich gehofft hatte, zu erzielen." Albert Eulenburg: Paralysis agitans (Schüttel- oder Zitterlähmung). In: Handbuch der Krankheiten des Nervensystems, Bd. 2/2. Leipzig ²1877, S. 426.

22 Leopold Freund: Über die therapeutische Verwendung der Hochfrequenzströme. In: WMW 53 (1903), Sp. 1740.

23 Josef Leiter: Die Anwendung der Elektrizität in der Heilkunde. In: Bericht über die internationale elektrische Ausstellung in Wien 1883, hg. vom Niederösterreichischen Gewerbe-Verein. Wien 1885, S. 525.

24 Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 235. Zu Elektrizitätsforschung und Arbeitsmedizin um 1900 siehe Michael Hubenstorf: Elektrizität und Medizin. In: Rolf Winau (Hg.): Technik und Medizin. Düsseldorf 1993, S. 243–256.

25 Strasser, Die hausärztliche Behandlung der Neurasthenie, Sp. 44.

Für die medizinische Anwendung kamen vor allem der „galvanische" und der „faradische" Strom in Betracht. Physikalisch und therapeutisch waren beide Stromarten, die nach Pionieren der Elektrizitätsforschung, Luigi Galvani (1737–1798) und Michael Faraday (1791–1867), benannt worden waren, deutlich zu unterscheiden. Bei der Galvanisation handelte es sich um Gleichströme, die konstant, also ohne Richtungswechsel und Intensitätsänderung, flossen. Eine gute Dosierbarkeit sowie der Umstand, dass die Wirkung der Ströme gleichmäßig entfaltet werden konnte, zählten zu den Vorteilen. Demgegenüber handelte es sich bei der Faradisation um Wechselströme, die durch einen mobilen oder stationären Induktionsapparat erzeugt wurden.[26] Die physiologische Wirkung dieser Stromart trat gegenüber ihren suggestiven Qualitäten eher in den Hintergrund. Faradische Ströme setzten sich aus schnell aufeinander folgenden Stromstößen mit unterschiedlicher Richtung und Intensität zusammen. Die Wirkung dieser Stromart war abrupter und durch unterschiedliche Einzelreize gekennzeichnet, die bei entsprechender Stellung heftige Muskelkontraktionen hervorrufen konnten. Die ruckartigen Ströme trafen den Patienten unvorbereitet und zielten auf einen Überraschungsmoment ab. Beide Stromarten wurden mit Hilfe von Metallelektroden, die meist die Gestalt eines Pinsels oder einer Bürste hatten, auf den Körper übertragen. Dem Einfallsreichtum der Elektrotherapeuten waren diesbezüglich keine Grenzen gesetzt. Für fast alle Gesichts- und Körperteile hatten Spezialisten unterschiedliche Elektroden bereit.[27]

Die unerforschten Auswirkungen des Stroms auf den menschlichen Körper verlangten als oberste therapeutische Maxime eine dosierte und behutsame Vorgehensweise. Paul Möbius fand das Verabreichen von starken elektrischen Strömen zu medizinischen Zwecken höchst unprofessionell. Bei der „scharfen Elektrotherapie" würde es sich um eine längst verworfene Praktik handeln, die nur noch von „unverbesserlichen Jahrmarktskünstlern" angewandt werde, beruhigte er die Leserinnen und Leser seiner Nervositätsschrift.[28] In ähnlicher Manier argumentierte später auch

26 Da der Verlauf dieser Wechselströme grafisch durch eine Sinuskurve dargestellt werden konnte, sprachen die Ärzte auch von „Sinusoidalströmen" oder „Sinusströmen". Die Behandlung mit starken elektrischen Strömen ist nicht mit der Elektroschock-Therapie zu verwechseln, die 1938 der italienische Psychiater Ugo Cerletti zur Behandlung von schweren Geisteskrankheiten einführte. Siehe dazu Leonard Roy Frank (Hg.): The History of shock treatment. San Francisco 1978.

27 Über *galvanische* und *faradische* Ströme sowie allgemein zur medizinischen Anwendung der Elektrizität siehe Stefan Jellinek: Medizinische Anwendungen der Elektrizität. München-Berlin 1906 und Josef Kowarschik: Elektrotherapie. Ein Lehrbuch. Berlin ²1923. Zur historischen Einordnung siehe Killen, Influencing Machines, S. 131–141; Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 101–111; Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, S. 232–239 und Margaret Rowbottom, Charles Susskind: Electricity and Medicine. History of their Interaction. San Francisco 1984.

28 Möbius, Die Nervosität, S. 189.

der deutsche Psychiater Gustav Aschaffenburg (1866–1944), der von einer „Überrumpelungs- und Brüskierungsmethode" sprach. Die im Folgenden zitierte Passage verdeutlicht zum einen die offenbar gängige Praxis des schmerzhaften Elektrisierens vor dem Krieg und zum anderen die Verurteilung dieser Methode als rudimentär und der modernen Medizin unwürdig:

> Für noch verfehlter aber halte ich die vielfach geübte Methode, mit Hilfe schmerzhafter Eingriffe – besonders beliebt ist der faradische Pinsel – die Kranken zu quälen. In dieser Methode steckt noch immer ein Stück des alten Vorurteils, daß der Kranke simuliere und nicht gesund werden wolle. Wer sich nicht freimachen kann von Vorurteilen gegen die Nervösen, wer nicht die Geduld hat, auf ihre Klagen, soweit es nötig ist, einzugehen, [...] der sollte auf die Behandlung Nervöser lieber verzichten.[29]

Inwieweit die hier eingeforderte Zurückhaltung in den unterschiedlichen therapeutischen Kontexten berücksichtigt wurde, lässt sich schwer ermessen. War das im Krieg von den Psychiatern häufig vorgebrachte Argument, die Anwendung starker elektrischer Ströme bedeute nichts anderes als die Fortsetzung einer schon in Friedenszeiten eingeübten Methode, eine rhetorische Finte, um die Brutalität des Vorgehens mit dem Hinweis auf zivile Tradition zu legitimieren? Eine Einschätzung der Methoden der Elektrotherapie vor dem Ersten Weltkrieg ist äußerst ambivalent. Die Mehrzahl der Autoren, die sich vor 1914 zum Problem der Stromstärke in der Medizin äußerte, distanzierte sich deutlich von der Anwendung starker elektrischer Ströme. Selbst in der Militärmedizin, die das schmerzhafte Elektrisieren auch zur Bestrafung von Ungehorsam heranzog, ging der Trend zu moderaten Anwendungen. In den einschlägigen Publikationen wurden die Risiken der Elektrotherapie debattiert und vorsichtige Anwendungsformen eingemahnt. Ein österreichischer Militärpsychiater etwa insistierte 1908 darauf, dass bei der Behandlung von Soldaten mit hysterischen Symptomen hohe Stromstärken aufgrund der Schockgefahr zu vermeiden seien.[30] Schließlich waren noch zu Kriegsbeginn Stimmen auszumachen, die zum behutsamen Umgang mit den Elektroapparaten aufriefen.[31] Auf der anderen Seite wurde selbst in Handbüchern der Elektrotherapie, die praktische Ärzte in die Technik elektromedizinischen Arbeitens einführen sollten, das Anwenden von faradischen Strömen zur „Entlarvung der Simulanten" propagiert.[32] Versucht man also,

29 Aschaffenburg, Die psychasthenischen Zustände, S. 796 f.

30 Mann, Die Hysterie des Soldaten, Sp. 93.

31 Max Kahane: Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Kriegskrankheiten. In: Der Militärarzt 48 (1914), Sp. 544.

32 Georg Heber, Georg Zwickel: Elektrotherapie. Die Technik und Anwendung elektrischer Apparate in der ärztlichen Praxis. Berlin-Leipzig 1906, S. 92.

über die Anwendung des elektrischen Stroms im therapeutischen Milieu der Vorkriegszeit Bilanz zu ziehen, so ergibt sich ein überaus differenziertes Bild, das Aussagen nach allen Richtungen hin erlaubt.

7.3 Fritz Kaufmann und die elektrosuggestive Intensivbehandlung

„Haben Sie im Weltkrieg an der Front für das Deutsche Reich oder für seine Verbündeten gekämpft?", fragten die Nationalsozialisten 1933 den leitenden Arzt der Abteilung für Innere Krankheiten des städtischen Krankenhauses in Ludwigshafen. Als Dr. Fritz Kaufmann den Fragebogen zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vorgelegt bekam, lautete seine Antwort: „Nein, aber ich habe von S(einer) Majestät dem Kaiser das E. K. II am schwarzen Band für besondere kriegsärztliche Verdienste erhalten."[33] Kurze Zeit später wurde Sanitätsrat Kaufmann von seiner Stellung enthoben, da er – wie der Oberbürgermeister von Ludwigshafen in einem Schreiben ausführte – „infolge seiner nichtarischen Abstammung zu einer erheblichen Schädigung des Krankenhauses geführt hätte".[34]

Schon kurz nach ihrer Machtübernahme, im April 1933, hatten die Nationalsozialisten ein Gesetz beschlossen, das alle Beamten, die einer kommunistischen Organisation angehörten oder „Nichtarier" waren, in den Ruhestand versetzen sollte. Davon ausgenommen werden sollten einstweilen vor dem 1. August 1914 Verbeamtete, im weiteren Frontkämpfer des Ersten Weltkrieges und Söhne oder Väter von Kriegsgefallenen. Auf diese Ausnahmeregelung bezog sich auch Kaufmanns Einwurf, für besondere kriegsärztliche Verdienste ausgezeichnet worden zu sein – in der vergeblichen Hoffnung, eine dem Frontkämpferstatus gleichwertige Einschätzung zu erhalten und damit seine Stelle behalten zu können. An seiner Entlassung änderte dieser Hinweis jedoch ebenso wenig wie ein weiterer Protest, den Kaufmann beim Oberbürgermeister eingebracht hatte. Die systematische Entfernung von politischen Gegnern und Menschen jüdischer Herkunft aus dem öffentlichen Dienst war einer der ersten Schritte, der von den neuen Machthabern konsequent durchgesetzt wurde.

1933 emigrierte Kaufmann mit seiner Familie ins niederländische Den Haag, wo er einige Jahre lebte. Gesundheitliche Probleme, politische Sensibilität und der Um-

33 Fragebogen zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933, Stadtarchiv Ludwigshafen, LUN 3125, Personalakte Fritz Kaufmann.

34 Gutachtliche Äußerung des Oberbürgermeisters der Stadt Ludwigshafen am Rhein, Stadtarchiv Ludwigshafen, LUN 3125.

stand, dass seine staatlichen Versorgungsansprüche unter das Existenzminimum gekürzt wurden, ließen in ihm die Entscheidung reifen, das Land zu verlassen. Noch vor Beginn des Zweiten Weltkrieges gelang ihm die Einreise in die Schweiz, von wo aus er den Kampf mit der NS-Bürokratie um Genehmigung und Ausbezahlung seiner Rente weiterführte. Die rechtmäßig erworbenen Ansprüche eines jüdischen Emigranten galten den Nationalsozialisten jedoch nichts. Kaufmanns Kampf um Sicherstellung seiner materiellen Existenz blieb erfolglos. 1941 starb er in La Tour-de-Peilz am Genfer See.[35] Die Ausgrenzungs- und Vertreibungspolitik der Nationalsozialisten in Deutschland traf nach 1933 tausende jüdische Ärzte. Fritz Kaufmann war einer von ihnen. Die Vorwürfe, mit der die Partei ihre Entlassungspolitik zu rechtfertigen suchte – „mangelnde Staatsloyalität" und „jüdische Herkunft" – trafen Kaufmann jedoch besonders hart. Es gehört zur grotesken Logik des nationalsozialistischen Regimes, dass ausgerechnet ihm, dem Arzt, der im Ersten Weltkrieg seine Arbeit wie kein anderer auf die ökonomischen und versicherungspolitischen Interessen des Staates hin orientiert hatte, später die eigenen Versorgungsansprüche durch den Staat verwehrt wurden.

In den neueren Arbeiten zur Geschichte der Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg ist auf Kaufmann und seine nach ihm benannte Behandlungsmethode wiederholt verwiesen worden, ohne jedoch auf seinen biografischen Hintergrund und den historischen Kontext seiner Wirkungsgeschichte näher einzugehen. Wer von den rücksichtslosen Methoden der Psychiater sprach, die ihre Opfer in den Spitälern des Hinterlandes quälten, bis der Aufenthalt in den Schützengräben als geringeres Übel erschien, verwies auf Kaufmann. Sein Name steht für die Anwendung schockartig applizierter Sinusströme, die in Kombination mit militärischen Umgangsformen die Funktionalität des Soldaten wiederherstellen sollten. Im Jargon der Militärpsychiatrie wurde die „Kaufmann-Kur" zur fixen Redewendung, Kaufmann selbst zur Ikone der nationalpatriotischen deutschen Ärzteschaft, die ihr Handeln allein auf Staatsinteressen hin ausrichtete. Sein oft zitierter Aufsatz in der Feldärztlichen Beilage der *Münchener Medizinischen Wochenschrift* wurde in der Medizingeschichte zum Dokument der Krise medizinischer Ethik im Krieg.[36]

Zum Täterimage trug auch die in Magnus Hirschfelds *Sittengeschichte des Weltkrieges* abgebildete Karikatur des deutschen Zeichners und Bildhauers Anton Stadler (1888–1982) bei, die als Bildunterschrift *Die Kaufmannmethode* trägt und einen

35 Archives Communales La Tour-de-Peilz, Melderegister, Fritz Kaufmann.

36 Esther Fischer-Homberger: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker, Schmiedebach, Medizin im Krieg, S. 122–132. Das Täterimage Kaufmanns betonen Binneveld, From Shellshock to Combat Stress, S. 107–111; Riedesser, Verderber, „Maschinengewehre hinter der Front", S. 50–55 und Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 220–223. Für eine differenzierte Einschätzung siehe Lerner, Rationalizing the Therapeutic Arsenal, S. 143–147.

Militärarzt in Uniform zeigt (suggeriert wird, dass es sich um Kaufmann handelt), der einen nackten, abgemagerten Soldaten mit der Funken sprühenden Elektrode bedroht. Vor Schreck wirft dieser, von Muskelkrämpfen und Entsetzen befallen, seine Krücken weg. Die Gestalt des Arztes hingegen ist die einer Stahlnatur, die entschlossen und siegesgewiss zur Tat schreitet. Der Körper steckt in einem langen Offiziersmantel, an der Brust baumelt ein Orden, die Augen sind hinter Brillengläsern versteckt, die hohe Offizierskappe rundet den imponierenden Eindruck ab. Das zynisch wirkende Lächeln ist die einzige ablesbare Bewegung. Die Szene wird von einem Gegensatz beherrscht, der von der eindrücklichen Inszenierung militärischer Hierarchien und Geschlechterdichotomien lebt. Der Arzt repräsentiert den perfekt disziplinierten (und disziplinierenden) Offizier, der seine Nerven unter Kontrolle hat. Auf seinen Befehl hin bedient die Krankenschwester den Apparat und verändert die Stufen der Stromstärke. Der zitternde „Hysteriker" wird durch den verabreichten Schmerz gefügig gemacht, sein Krankheitswille durch das Durchhaltevermögen des Arztes gebrochen.

Abbildung 5: Die „Kaufmann-Methode". Zeichnung von Anton Stadler. Magnus Hirschfeld: Sittengeschichte des Weltkriegs. Leipzig-Wien 1930, S. 360.

Fritz Kaufmann, 1875 in Frankenthal in der Pfalz geboren, arbeitete nach dem Studium der Medizin als Assistenzarzt an Kliniken in München, Berlin und Heidelberg (1901 bis 1903 bei Wilhelm Erb). 1906 zog er nach Mannheim, wo er bald zu einem „gesuchten Consiliarius für innere und Nervenkrankheiten" wurde. Zu Kriegsbeginn blieb Kaufmann zunächst in Zivil und führte seine Arbeit in der Mannheimer Praxis weiter, bevor er im September 1915 als Stabsarzt an das Reservelazarett in Ludwigshafen eingezogen wurde. Zu diesem Zeitpunkt diente die Nervenabteilung dieses Lazaretts den umliegenden Lazaretten und Spitälern als „Abschiebestation" für besonders schwere Fälle von Kriegsneurose.[37] Im Herbst 1915 entwickelte Kauf-

37 Kaufmanns Bemerkung, wonach seine Abteilung als Abschiebestation für schwere Fälle von Kriegsneurosen diente, wird durch einen prominenten Zeugen unterstützt. Max Weber, der 1914/15 als militärisches Mitglied der Reserve-Lazarettkommission in Heidelberg die Disziplin in den nordbadischen Lazaretten zu überwachen hatte, betrachtete die Reserve-Lazarette als Abschiebestationen für „oft sehr schwierige, zur Simulation neigende oder abnorm veranlagte Elemente". Die disziplinäre und administrative Situation an den Reservestationen war nach Weber äußerst schlecht: Die „Dilettanten-Verwaltung" hätte zu „chaotischen Zuständen" geführt. Max Weber: Erfahrungsberichte über

mann das später nach ihm benannte Verfahren, indem er die Fachliteratur studierte, mit früheren und aktuellen eigenen Erfahrungen verglich und danach seine therapeutischen Richtlinien formulierte, die im Mai 1916 unter dem Titel *Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung* veröffentlicht wurden.[38] Kaufmanns Artikel fand unter den deutschen Militärärzten und Psychiatern große Beachtung und rief auch die Aufmerksamkeit des preußischen Kriegsministeriums in Berlin hervor. In dessen Auftrag reiste im Juli 1916 Hermann Oppenheim zu Kaufmann nach Mannheim, um sich über die Methode selbst ein Bild zu machen. Der harsche Umgang mit den Patienten irritierte Oppenheim, aber dennoch empfahl er den preußischen Behörden, Ärzte, die mit dem Problem der Kriegsneurosen befasst waren, zu Kaufmann in die Ausbildung zu schicken.[39]

Das Prinzip der Methode, wie sie Kaufmann vorgestellt hatte, war einfach und ist in der neueren Forschungsliteratur wiederholt beschrieben worden: Kaufmann ging davon aus, dass die Soldaten einen psychischen Schock erlitten hatten, der mit einem künstlich erzeugten „Gegenschock" – sprich: mit der Anwendung schmerzhafter elektrischer Ströme – und mit strengen militärischen Umgangsformen eliminiert werden könne. Sein Vorgehen hatte er nach vier Grundsätzen strukturiert, deren Anwendung zu einer „gelungenen Überrumpelung" des Patienten führen sollte:

1. *Suggestive Vorbereitung.* Kaufmann verstand darunter eine suggestive Beeinflussung des Patienten, der darauf eingestellt werden sollte, dass die bevorstehende Sitzung zwar Schmerzen, aber in jedem Fall die Heilung bringen würde.
2. *Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion.* „Ein psychischer Schock kann nur dann erzielt werden, wenn man durch den Strom empfindliche Schmerzen auslöst." In der eigentlichen „Heilsitzung" bearbeitete Kaufmann die zitternden beziehungsweise gelähmten Glieder mit starkem elektrischem Strom.
3. *Strenges Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform.* Kaufmann machte sich in diesem Punkt die Vorgesetzteneigenschaft des Sanitätsoffiziers zunutze: Während der „Überrumpelungsbehandlung" erteilte Kaufmann seine Anweisungen in knapper Befehlsform. „So lasse ich – nach jeweiliger elektrischer Bearbeitung – Leute mit Zitterbewegungen der Beine [...] Marschübungen nach

Lazarettverwaltung. In: ders.: Zur Politik im Weltkrieg. Schriften und Reden 1914–1918 (= Studienausgabe der Max-Weber-Gesamtausgabe I/15), hg. von Wolfgang J. Mommsen. Tübingen 1988, S. 5 f.

38 Fritz Kaufmann: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. In: MMW 63 (1916), Feldärztliche Beilage Nr. 22, S. 802–804.

39 H[ermann] Oppenheim: Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin 1918, S. 52.

scharfem militärischem Kommando machen (genau wie auf dem Kasernenhof!). Leute mit Tremor des Kopfes müssen nach dem Kommando ‚Augen rechts' bzw. ‚die Augen links' üben." Das Erscheinungsbild des Arztes, der Uniform trug, betonte den militärischen Charakter der Behandlung zusätzlich.

4. *Unbeirrbar konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung.* Kaufmann war der Meinung, dass der Arzt die Durchführung der Behandlung mit „unerbittlicher Hartnäckigkeit" vornehmen müsse. Für einen Soldaten, der nach dem Trommelfeuer die Stimme verloren hatte, konnte dies Folgendes bedeuten: „Man darf nicht aufhören, dem aphonischen Patienten immer wieder nach kräftigem Elektrisieren das Anlauten des ‚A' anzubefehlen, dabei mit energischen Gesten (wie ein Kapellmeister die Fortissimi herausholt) nachzuhelfen." Selbst wenn die Behandlung von mehrstündiger Dauer war, durfte diese nicht abgebrochen werden. Diese Methode, konzedierte Kaufmann, sei bei länger fortgesetzter Anwendung der elektrischen Ströme „ohne Zweifel etwas heroisch".[40]

Es ist erstaunlich, dass sich ausgerechnet Kaufmanns Name mit einem Vorgehen verband, das in seinen Grundzügen schon in der Vorkriegszeit in Kliniken angewandt worden war und in allen europäischen Kriegsgesellschaften zum therapeutischen Standardrepertoire der Psychiater gehörte. Wilhelm Neutra, Chefarzt der Nervenabteilung des Garnisonsspitals in Baden bei Wien, schrieb nach Kriegsende, dass man die Behandlung der „Kriegshysterischen mit heftig schmerzhaften, faradischen Strömen [...] merkwürdigerweise als *Kaufmann*sche Methode" bezeichnet habe, „obwohl sie seit Kriegsbeginn ebenso von mir wie wahrscheinlich von hundert anderen Nervenärzten verwendet wurde".[41]

Neuere Forschungsarbeiten zeigen, dass das nach Kaufmann benannte Vorgehen keinesfalls als für die deutsche oder österreichische Kriegspsychiatrie spezifisch angesehen werden kann. Nicht nur in Deutschland und Österreich-Ungarn, sondern auch in den britischen und französischen Armeen wurden elektrische Ströme in Kombination mit militärischen Umgangsformen angewandt.[42] Zwar wurde Kauf-

40 Ebd., S. 804.

41 Neutra, Seelenmechanik und Hysterie, S. 346.

42 Anonym: Notes from German and Austrian Medical Journals: Disciplinary Treatment of Shell-shock. In: British Medical Journal (23. December 1916), S. 882. Zur Elektrotherapie in der britischen Armee siehe Leese, Shell Shock, Kap. 5; Shephard, A War of Nerves, S. 73–104 und Leed, No man's Land, S. 170–176. Zu den elektrischen Zwangsbehandlungen in französischen Militärspitälern siehe Marc Oliver Roudebush: A Battle of Nerves: Hysteria and Its Treatment in France during World War I. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 253–279 und Frédéric Rousseau: L'électrothérapie des névroses de guerre durant la Première Guerre Mondiale. In: Guerres mondiales et conflits contemporains 47 (1997), S. 13–27.

mann von der britischen medizinischen Presse als Beweis für die besondere Brutalität deutscher und österreichischer Ärzte vorgeführt, aber auch in englischen und französischen Militärspitälern arbeiteten Psychiater wie Lewis Yealland in London oder Vincent Clovis im französischen Tours mit Methoden, die sich weitgehend mit denen von Fritz Kaufmann, Emil Redlich, Viktor Gonda und anderen deutschen, österreichischen und ungarischen Psychiatern deckten. Die gegenseitigen Schuldzuweisungen, wonach die elektrische Behandlung von den Ärzten gegnerischer Länder noch brutaler ausgeführt würde als im eigenen Heer, tauchten immer wieder auf und waren Teil des „Kulturkrieges", in dem das Tun des jeweiligen Gegners als amoralisch und barbarisch diffamiert wurde.[43]

Dass die Anwendung starker elektrischer Ströme in Kombination mit militärischen Umgangsformen ab 1916 unter Kaufmanns Namen firmierte und nach der Zusammenkunft der deutschen Nervenärzte in München zu einem „therapeutischen Postulat" der deutschen Kriegspsychiatrie wurde,[44] hatte mit mehreren Faktoren zu tun. Die detaillierte Beschreibung des Vorgehens spielte wohl ebenso eine Rolle wie die Gelegenheit, dies vor versammelter Kollegenschaft vorstellen zu können. Die Behandlunsmetholde polarisierte die deutsche Ärzteschaft; während die einen das Vorgehen Kaufmanns begrüßten, lehnten andere dies ab.[45] Ludwig Mann fasste 1916 die Bedeutung, die Kaufmann zugesprochen wurde, so zusammen:

> Das Prinzip [seines Behandlungsverfahrens] ist keineswegs neu. [...] Trotzdem muß Kaufmann ein hervorragendes Verdienst zugesprochen werden. Die Energie und Rücksichtslosigkeit, die er zuerst angewandt hat, hat viele von uns zu einem Fallenlassen von Bedenken und zu einem konsequenteren Vorgehen veranlaßt und dies ist geeignet, unsere Resultate erheblich zu verbessern.[46]

---

43 So wies 1916 ein österreichischer Psychiater auf die „10.000 französischen Soldaten hin, die ein Dr. Vincent in Tour ‚gemartert' haben soll", um die Legitimität der eigenen Behandlungsverfahren zu unterstreichen. G. Mann: Zur Frage der traumatischen Neurosen. In: WKW 29 (1916), S. 1650.

44 So der deutsche Psychiater M[ax] Raether: Neurosen-Heilungen nach der „Kaufmann-Methode". In: APN 57 (1917), S. 491.

45 Zur Kritik am Vorgehen Kaufmanns siehe die Besprechung von Kurt Mendel in: NC 35 (1916), S. 566. Kaufmann verteidigte sich auf der Münchener Tagung in einer ausführlichen Diskussionsbemerkung damit, dass er die Methode der „militärischen Willensüberwältigung unter Unterstützung des elektrischen Stroms ausschließlich bei veralteten Fällen anwendet". Siehe Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, S. 205 f. Einen Überblick über die Kontroverse gibt Johannes Bresler: Das Kaufmann-Verfahren bei funktionellen Nervenstörungen. In: PNW 19 (1917/18), S. 113–117.

46 Ludwig Mann: Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurosen. In: BKW 53 (1916), S. 1335.

Den Anspruch, eine neue Methode der Kriegsneurosentherapie vorzustellen, hatte Kaufmann gar nicht. Bereitwillig gab er in seiner Erst- und Folgepublikation Auskunft darüber, von welchen Vorbildern er sich hatte beeinflussen lassen. Am deutlichsten fiel der Hinweis auf den zu diesem Zeitpunkt schon verstorbenen Kinderpsychiater Ludwig Bruns (1858–1916) aus, der in seiner Monografie über die Hysterie im Kindesalter den Aspekt der konsequenten Durchführung der Behandlungsmethode in *einer* Heilsitzung betont hatte.[47]

Kaufmann hielt wiederholt und mit Nachdruck fest, dass er mit seinem Vorgehen eine Behandlungspraxis zusammenfasse, die vor ihm schon eine Reihe von anderen Ärzten beschrieben und angewendet habe. Auf Prioritätsstreitigkeiten ließ er sich ebenso wenig ein wie auf lancierte Sensationsmeldungen von Kollegen, die vorgaben, mit ähnlichen Vorgehensweisen „unfehlbare Erfolge" erzielt zu haben. Über die Möglichkeiten und Grenzen seines Vorgehens hatte er eine realistische Einschätzung entwickelt. Kaufmann war, wie er selbst einräumte, mit seinem Vorgehen weder besonders schnell noch effizient. Als 1917 in seiner Abteilung die Generalmusterungskommission tagte, musste sie unverrichteter Dinge und ohne wiedergewonnene Soldaten wieder abziehen, da bereits der Anblick der Musterungsoffiziere die vorgeführten Patienten rückfällig werden ließ. Selbst Soldaten, die nach der Behandlung mit dem elektrischen Suggestivverfahren in wochenlanger Nachbehandlung mit Turnübungen standen, wurden schon vor der Kommission oder auf dem Weg zur Front rezidiv: „Die Tremores zitterten, die Ticker zuckten, die Stotterer stotterten und die Dysbasiker hinkten genau wie vor der Behandlung; aber 2 Stunden später waren die Wogen der motorischen Erregung wieder abgeebbt."[48] Kaufmann wusste, dass die Methode bei Soldaten, die ein psychisches Trauma erlitten hatten, keine tatsächliche Heilung, sondern nur die Beseitigung der Symptome bewirken konnte. Sein erklärtes Interesse lag in erster Linie darin, die Soldaten wieder arbeitsfähig zu machen, um dem Staat die Auszahlung von Kriegsrenten zu ersparen.

Die häufigen Rückfälle der Soldaten führten die Behörden zu der Einsicht, dass es wenig Sinn machen würde, symptomfrei gemachte Patienten wieder der militärischen Verwendung zuzuführen. Da schon Nachuntersuchungen die Wiederkehr der Symptome gezeigt hatten, setzte das Kriegsministerium eine Frist von fünf Jahren,

47 Siehe Kaufmanns Diskussionsbemerkung auf der Kriegstagung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in München. In: WMW 66 (1916), Sp. 1691; Kaufmann konzedierte auch auf der Kriegstagung in München, dass die Behandlung von hysterischen Lähmungen „so alt ist wie die Elektrotherapie selbst". Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 73 (1917), S. 191.

48 Fritz Kaufmann: Zur Behandlung der motorischen Kriegsneurosen. In: MMW 64 (1917), S. 1522.

vor deren Ablauf eine erneute Untersuchung untersagt war. Selbst geheilte Soldaten durften damit nicht mehr an die Front verlegt werden. Der Erlass der Medizinalabteilung des preußischen Kriegsministeriums vom 29. Januar 1917 sah vor, dass die große Mehrzahl der an Kriegsneurose leidenden Soldaten als arbeitsverwendungsfähig zu entlassen sei.[49] Nur eine kleine Anzahl geheilter Patienten sollte als garnisonsverwendungsfähig oder kriegsverwendungsfähig aus den Lazaretten entlassen werden. Die Entlassung aus dem Heeresverband wurde solcherart erleichtert und ausdrücklich empfohlen. Die Erhaltung der Arbeitskraft galt als vorrangig. Auch die Behandlung mit elektrischen Strömen war in diesem Erlass verboten worden und im Herbst 1917 meinten zwei mit der Therapie der Kriegsneurose befasste Psychiater: „Die starken Sinusströme anzuwenden [...] wird nach den neueren Veröffentlichungen wohl niemand mehr den Mut haben."[50] Auf den Versammlungen der deutschen Psychiater und Neurologen blieb die Behandlung der Kriegsneurosen mit elektrischen Strömen aber eines der zentralen Themen.

Auf der letzten Kriegstagung der deutschen Psychiater in Berlin, zu der die deutsche Heeressanitätsverwaltung im Oktober 1918 geladen hatte, dominierte ein moderater Stil. Das Ziel dieser Versammlung war ein anderes als das der zwei Jahre zuvor in München stattgefundenen Tagung. In Berlin ging es in erster Linie darum, den in der Öffentlichkeit lauter gewordenen Protesten beruhigend entgegenzutreten und Druck wegzunehmen. Kaufmann verteidigte sich gegen die fortdauernden Anschuldigungen, indem er betonte, dass viele Kollegen die nach ihm benannte Methode noch übertroffen hätten und er zu Unrecht in Verruf gekommen sei. Er selbst arbeite nur noch mit hypnotischen Methoden. Konrad Alt pflichtete ihm mit dem Satz bei: „Die Jagd nach Simulanten ist nutzlos!" Der Eifer mancher Psychiater wurde durch die Kriegsbehörden eher gebremst denn angestachelt. Einige empfanden die Bestimmungen des preußischen Kriegsministeriums als zu milde und sprachen den Kriegsneurotikern das „moralische Recht" ab, ihr Verwundetenabzeichen zu tragen.[51] Bei anderen wurde der Ton versöhnlicher: „Es ist schon genug erreicht worden, wenn diese Kranken, die vorher die Lazarette füllten und bereits im Straßenbilde zu einer typischen Erscheinung geworden waren, nun wieder unauffällig ihres Weges gehen, keine Kosten mehr machen, ihre Arbeit verrichten und so dem Vaterland nützen können, auch wenn sie nicht mehr fähig sind, die Waffen zu tragen."[52]

---

49 Lerner, Rationalizing the Therapeutic Arsenal, S. 146 f.

50 Paul Edel und Adolf Hoppe: Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen. In: MMW 65 (1918), S. 839.

51 Erwin Loewy: Kriegsneurotiker und Verwundetenabzeichen. In: MMW 65 (1918), S. 1107.

52 Edel, Hoppe, Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen, S. 839.

7.4 Ehrgeiz und Effizienz: Therapeutische Inszenierungen

Nach der Selbstdarstellung der Wiener Psychiater und der Einschätzung der Kommission war die österreichische Psychiatrie im Krieg humaner, wenngleich nicht weniger erfolgreich als die deutsche. Julius Tandler insistierte als stellvertretender Vorsitzender der Kommission gar darauf, dass „gar nicht nach Kaufmann behandelt wurde".[53] Aber wie im Folgenden zu zeigen ist, hatten sich die Wiener Psychiater von Beginn des Krieges an den Ruf erworben, in der Frage der Behandlung der Kriegsneurosen einen strengen Kurs zu fahren. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in einem Irrtum wider, der sich erstmals in Hirschfelds *Sittengeschichte des Weltkriegs* findet. Fritz Kaufmann wurde darin als „österreichischer" Militärarzt bezeichnet, dessen Methode in Österreich „besonders verbreitet" gewesen sei.[54]

Kaufmann selbst war schon bei der Vorbereitung seines Artikels die Vorgangsweise der Wiener Psychiater aufgefallen, insbesondere die von Emil Redlich, „der in ganz ähnlicher Weise vorzugehen scheint".[55] Zieht man den Artikel von Redlich, den dieser im April 1915 in der *Medizinischen Klinik* publizierte, heran, so zeigen sich tatsächlich die von Kaufmann angedeuteten Kongruenzen. Die von Redlich beschriebenen Vorgangsweisen der Wiener Psychiater wiesen sämtliche Merkmale der Methode auf, die Kaufmann beschrieb und die später dessen Namen erhielt. Die „guten Heilungsergebnisse" führte Redlich auf die „uns Ärzten heute zustehende *weitgehende Autorität, respektive disziplinäre Gewalt*" zurück. Die Erfolge, die in Wien in der Bekämpfung der Nervenerkrankungen erzielt wurden, seien weniger durch therapeutisches Geschick als durch „Rücksichtslosigkeit der ärztlichen Anwendungen" zu erklären. Binnen kürzester Zeit hätten damit hysterische Lähmungen, Anästhesien, Schüttelkrämpfe und Zitterzustände durch eine „freilich sehr energische faradische Pinselung" geheilt werden können. Von diesem Modell zeigte sich Kaufmann beeindruckt, zumal auch in anderen Zeitschriften über diese Methode berichtet wurde.[56]

---

53 Protokoll der Verhandlungen der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen am 14. und 16. Oktober 1920, ÖStA-KA, B 138/19–126, S. 91.

54 Hirschfeld, Sittengeschichte des Weltkriegs, S. 71. Kaufmann als „österreichischen Militärarzt" bezeichnen auch Leed, No man's Land, S. 173; Rabinbach, Motor Mensch, S. 310, Ulrich, Ziemann, Frontalltag im Ersten Weltkrieg, S. 106 und Ulrich, Die Augenzeugen, S. 215.

55 Kaufmann, Die planmäßige Heilung, S. 804.

56 Redlich, Einige allgemeine Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem, S. 471. Hervorhebungen wie im Original; Alexander Marguliés: Nervenerkrankungen im Kriege. In: PMW 40 (1915), S. 301. Ein Oberarzt der Nervenabteilung des Garnisonsspitals in Laibach berichtete, dass im November 1914 auf der Station die Idee aufkam, nervenkranke Soldaten in einer einzigen Sitzung mit einem „ziemlich starken faradischen Strom" zu behandeln. Mann, Zur Frage der traumatischen Neurosen, S. 1651.

Eissler zufolge gaben alle von der Kommission vernommenen Zeugen an, dass die Elektrotherapie in Österreich erst 1916, nach Erscheinen des Artikels von Kaufmann, Eingang in die Behandlung der Kriegsneurosen gefunden habe.[57] Tatsächlich stieg in diesem Jahr die Zahl der Publikationen, in denen von einer gelungenen Behandlung der Kriegsneurosen berichtet wurde, sprunghaft an. Hatten nun die österreichischen Psychiater nach der von Kaufmann vorgeschlagenen Methode gehandelt oder nicht? Glaubt man den Wortmeldungen der Wiener Teilnehmer an der Münchener Kriegstagung, so war diese Frage eindeutig zu bejahen. Stransky bemerkte im Anschluss an die Demonstration von Kaufmann, dass die elektrische Behandlung der Soldaten mit nervösen Kriegsschäden in Wien „seit langer Zeit schon mit bestem Erfolg geübt" werde und zu hervorragenden Ergebnissen geführt habe. Martin Pappenheim assistierte Stransky und führte an, mit dieser Methode schon im Vorfeld der Tagung hervorragende Ergebnisse erzielt zu haben. Auch Wilhelm Neutra gab an, schon seit Herbst 1914 „viele Hunderte von Hysterischen mit allen Fällen von Lähmungen, Zittern, Gangstörungen, Aphonien, Taubheit usw. mit und ohne entsprechende Verbalsuggestion behandelt und fast immer in *einer* Sitzung geheilt" zu haben.[58] Durch die Veröffentlichung von Kaufmanns Aufsatz sahen sich die österreichisch-ungarischen Psychiater herausgefordert, darauf hinzuweisen, dass diese Methode schon von Kriegsbeginn an in Gebrauch stünde.

Welche Ärzte spielten nun in der Durchsetzung der elektrischen Zwangstherapien in Österreich-Ungarn eine wichtige Rolle? Ähnlich wie Fritz Kaufmann in Deutschland erregte 1916 auch in der österreichisch-ungarischen Kriegspsychiatrie ein junger Arzt jüdischer Herkunft, der an prominenter Stelle seine Behandlungsmethode en détail vorstellte, große Aufmerksamkeit. Viktor Gonda (geb. 1889), Abteilungsarzt am königlichen ungarischen Invalidenspital in Rozsahegy, berichtete 1916 in der *Wiener klinischen Wochenschrift* über ein elektrotherapeutisches Vorgehen, das ob

57 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 220. Emil Raimann etwa gab an, dass die „Kaufmann-Methode auch in Österreich durch ihre geradezu zauberhafte Heilwirkung schlagartig bekannt" und an den Wiener Spitälern weit verbreitet war. Emil Raimann: Gutachten über die elektrische Behandlung von Kriegsneurotikern, 21. Mai 1920, ÖStA-KA, Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, B 138/19–90.

58 Wilhelm Neutra: Bemerkungen zu Dr. Julius Bauers Artikel: „Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen." In: WKW 29 (1916), S. 1253. Sigmund Erben gab später vor der Kommission zu Protokoll, dass die elektrische Behandlung in den meisten Wiener Nervenspitälern „nach dem Verfahren Kaufmanns erfolgte". Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Protokoll Sigmund Erben, 22. März 1920, ÖStA-KA, B 138/19–25. Vgl. dazu auch die Diskussionsbemerkungen von Erwin Stransky und Martin Pappenheim auf der Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: WMW 66 (1916), Sp. 1691 und Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 73 (1917), S. 216.

Abbildung 6: Das Foto zeigt Gonda bei der Überprüfung von analgetischen Reaktionen eines ungarischen Soldaten. Schmerzunempfindlichkeit an bestimmten Körperstellen galt als eines der sichersten Zeichen der Hysterie. ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15–25/155.

seiner behaupteten Effizienz bei Ärzten und Militärs ungläubiges Staunen hervorrief. Auch Gonda kombinierte Elektrotherapie und Suggestionstechnik und setzte in der Behandlung auf die „Überrumpelung" des Patienten:

> Ich benütze den faradischen Strom, dessen Stärke langsam steigernd, bis ich eine energische Kontraktion der Muskeln erreiche. Jetzt schalte ich den Strom sofort aus und erhöhe die Stromstärke auf das Doppelte, ohne die Elektroden von ihrem Platze zu verrücken. Während dieser kleinen Pause übe ich eine starke Suggestion mit meinen Worten aus, zum Beispiel: jetzt kommt der Strom, der Leben gibt und schalte plötzlich ein. Der Kranke schreit vor Schmerz auf, mein Assistent ergreift seine Arme, denn unwillkürlich würde sich der Kranke wehren und dadurch die Elektroden verschieben [...]. Während der Einwirkung des Stromes fordere ich den Patienten auf, seine Beine willkürlich zu beugen. Eine bis zwei Proben und der Schmerzen leidende Patient leistet nahezu übermäßig seinen Wunsch, daß er zu gehen probieren will. Ich gebe aber nicht nach, gewöhnlich mit der Ausrede, daß sich sein kleiner Finger noch nicht gehörig bewegt, setze das immer schmerz-

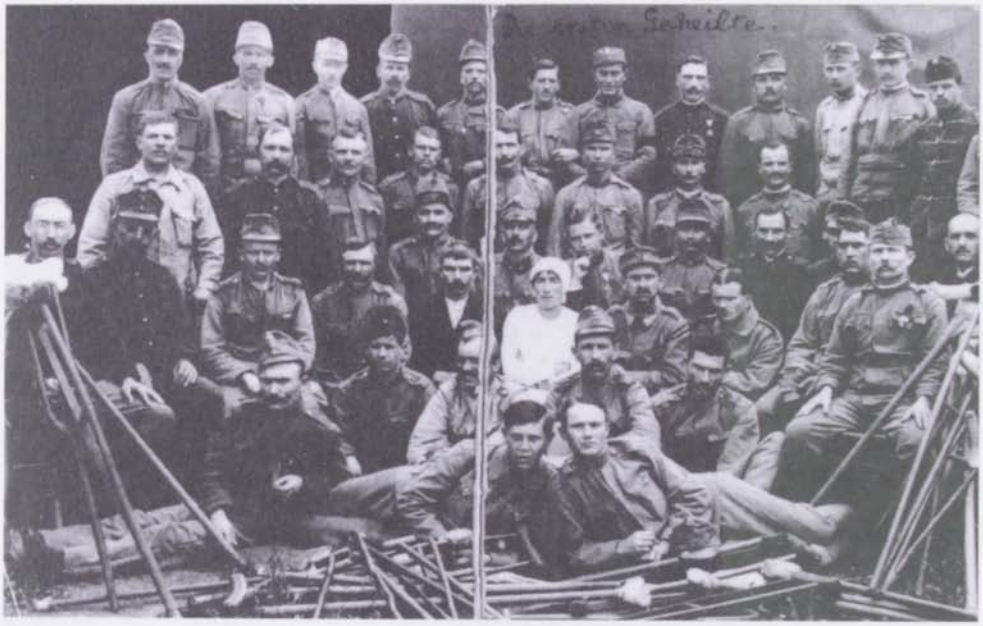


Abbildung 7: „Die ersten Geheilten". Um seine therapeutischen Erfolge zu dokumentieren, ließ Gonda Patienten der Nervenabteilung des k[öniglich] u[ngarischen] Invalidenamtes in Rozsahegy zu einem Gruppenfoto versammeln. Die nicht mehr benötigten Krücken sind demonstrativ auf einen Haufen geworfen. ÖStA-KA, KM 1916, Präs. 15–25/155.

> hafter werdende Elektrisieren noch eine bis zwei Minuten lang fort, wobei ich die Stromstärke noch etwas steigere, indem ich ein- und ausschalte.

Gonda behauptete, auf diese Art und Weise über 250 Fälle „vollkommen geheilt" zu haben, und „zwar ohne Unterschied in leichten und in schwersten Fällen".[59]

Julius Bauer, der von der Redaktion der *Wiener klinischen Wochenschrift* aufgefordert wurde, die Bemerkungen Gondas zu kommentieren, nannte die Methode

59 Viktor Gonda: Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen „traumatischen Neurose". In: WKW 29 (1916), S. 951. Gondas Aufsatz war zunächst in einer ungarischen Zeitschrift erschienen: A háború okozta „traumás neurosis" tüneteinek gyors gyógyitása. In: Orvosi Hetilap Nr. 33 (13. August 1916), S. 445 f. Biografische Informationen zu Viktor Gonda sind den medizinischen Personalakten und Promotionsunterlagen aus dem Archiv der Semmelweis-Universität Budapest (Semmelweis Egyetem Budapest), 2/b, Bd. 5 und 1/c, Bd. 35 und Bd. 39 entnommen. Für Hilfestellungen danke ich Emma Tahin.

ein „brauchbares Exempel", mit dem auf schnelle und einfache Art und Weise die Symptome der Kriegsneurose beseitigt werden könnten. Entscheidend sei weniger das Mittel als die Fähigkeit des Arztes, „die ihm selbst innewohnende Überzeugung von der Heilbarkeit des Leidens auf den Patienten zu übertragen".[60] Bei den Militärbehörden rief Gondas Artikel die Hoffnung auf eine schnelle und effiziente Lösung des Problems der Kriegsneurosen hervor. Im Juni 1916 reiste im Auftrag des Kriegsministeriums der Prager Psychiater Leo Taussig (1884–1944) zu Gonda, um sich über sein Behandlungsverfahren ein Bild zu machen. Sein Bericht, der sich auf drei Fallbeschreibungen stützte, verstärkte bei den Behörden den Eindruck, dass Gondas Vorgehen einen Durchbruch in der Behandlung der Kriegsneurosen bedeuten könne: „Die Behandlung der traumatischen Neurose mit faradischen Strömen ist wohl nichts Neues, der Umstand aber, daß seit Juni 1916 über 300 Fälle in dieser Anstalt mit einem solchen überraschenden Erfolg restlos geheilt wurden, grenzt fast ans Märchenhafte." Die Technik der Therapie sei sehr einfach und von jedem Arzt in kürzester Zeit zu erlernen.[61]

Für die Psychoanalytiker hingegen war Gonda eine zweifelhafte Figur: „Gonda (der traumatische) macht sich hier immer breiter, läßt von seinen Wunderkuren spaltenlange Artikel schreiben (in Tageszeitungen), und alles naive Volk, vom Erzherzog bis zum Universitätsprofessor abwärts, kommt in unser Spital, um das Wunder mit anzusehen", spottete Sándor Ferenczi im Oktober 1917 in einem Brief an Freud.[62] Ferenczi, der zu diesem Zeitpunkt wie Gonda an der neu errichteten Spezialnervenheilanstalt in Ujpest (Neupest) arbeitete, betrieb erfolgreich seine Versetzung an ein anderes Spital und berichtete Freud darüber in einem weiteren Brief. Eine weitere Zusammenarbeit „mit dem halb verrückten, halb schwindelnden Dr. Gonda" kam für den Analytiker nicht mehr in Frage: „So geschickt er seine Suggestionsheilungen ausführt, seine Ignoranz und sein Größenwahn wurden mir nachgerade unerträglich."[63]

---

60 Bauer, Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen, S. 953.

61 Oberstabsarzt L[eo] Taussig, Bericht über das Heilungsverfahren der traumatischen Neurose, 31. Juli 1916, ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 43-20/1-2. Siehe auch ders.: Zur Behandlung der traumatischen Neurose. In: Feldärztliche Blätter der k. u. k. 2. Armee Nr. 18 (10. November 1916).

62 Sigmund Freud – Sándor Ferenczi: Briefwechsel. Bd. II/2 (1917–1919), hg. von Ernst Falzeder und Eva Brabant. Wien-Köln-Weimar 1996, S. 109 (Brief vom 10. Oktober 1917).

63 Ebd., S. 118 (Brief vom 13. Dezember 1917). Kritisch zu Gonda äußerte sich auch der Neurologe und spätere Psychoanalytiker Karl Weiß: Zur Behandlung der Neurosen nach Kriegsbeschädigungen. In: Medizinische Feldblätter der X. Armee Nr. 14 (31. Dezember 1916), S. 1–3. Weiß machte darauf aufmerksam, dass Gondas therapeutischer Erfolg in erster Linie auf dessen Mitteilungen an die Soldaten beruhe, nach ihrer Genesung einen dreimonatigen Urlaub antreten und eine Klassifizierung zu Hilfsdiensten erwarten zu können.

Der selbstbewusste Gestus der Ärzte, die ihre Behandlungsmethoden mit statistischen Erfolgsbilanzen belegten und mit Vokabeln wie „unfehlbar" schmückten, zeigt, dass 1916 eine Trendwende in der Behandlung der Kriegsneurosen eingeleitet war. Gleichwohl die Psychiater darauf hinwiesen, dass die Symptome altbekannt seien und von einer neuen Krankheit nicht die Rede sein könne, zeigten sie sich von der neuen Aufgabe herausgefordert und sahen in der therapeutischen Arbeit die Möglichkeit, nationalpatriotische und wissenschaftliche Ziele zu vereinen. Die Rahmenbedingungen dafür waren insbesondere für jene Ärzte, die in einem der Nervenspitäler arbeiteten, sehr günstig. Gefragt war ein Höchstmaß an therapeutischer Kreativität und Effizienz bei weitgehend freier Methodenwahl. Gegeben war die Chance, anhand eines immer größer werdenden „Patientenmaterials" neue Behandlungstechniken zu erarbeiten und mit einem unverwechselbaren Profil auszustatten. Das eigene Vorgehen konnte variiert und allmählich gefestigt werden. Die offensichtlichen Unsicherheiten in der Erklärung der Phänomene und die aufbrechenden Streitfronten innerhalb der Ärzteschaft spornten zusätzlich an. Das Wissen um die Kriegsneurosen musste permanent neu verhandelt werden, ebenso die Frage, wer als Kapazität auf diesem Gebiet anerkannt war und wer nicht. Natürlich war den Ärzten von den Militärs ein hoher Druck auferlegt worden, was die Wiedererlangung der Diensttauglichkeit der Soldaten betraf, aber gleichzeitig schuf der Krieg eine therapeutische Sondersituation, die von neuen Spielräumen und Handlungsautonomie gekennzeichnet war. In den Spitälern herrschten strenge militärische Hierarchien. Die eingelieferten Soldaten hatten sich den Anordnungen der Ärzteoffiziere unterzuordnen, da ihnen andernfalls ein Verfahren wegen Befehlsverweigerung drohte. Diese Rückendeckung gab dem Arzt alle Macht in die Hand, trug zur Militarisierung der Methoden bei und regte die Experimentierfreudigkeit der Ärzte an. Auch die Psychoanalytiker sahen in der Therapie der Kriegsneurosen nun eine Möglichkeit, ihre wissenschaftliche und finanzielle Stellung zu verbessern.[64]

In den psychiatrischen Fachjournalen und Diskussionsforen wurde die Frage, wie mit den Kriegsneurosen zu verfahren sei, intensiv und kontrovers diskutiert. War dieses Phänomen ein durch die Schrecken des Krieges produziertes Krankheitsbild oder ein Kunstprodukt des kriegsmüden Soldaten, der damit – bewusst oder unbewusst – die Zurücknahme von der Front betrieb? Wie ließen sich die Symptome

64 „In Budapest werde ich materiell glänzend stehen: neben dem Gehalt eines Regimentsarztes auch das der Krankenkasse beziehen und Gerichtspraxis treiben. An den Nachmittagen will ich Analysen machen", schrieb Ferenczi Ende 1915 an Freud in Bezug auf seine geplante Transferierung an eine kriegsneurologische Abteilung. Sigmund Freud – Sándor Ferenczi: Briefwechsel. Bd. II/1 (1914–1916), hg. von Ernst Falzeder und Eva Brabant. Wien-Köln-Weimar 1996, S. 169.

schnell und dauerhaft beseitigen? Welche Methoden sollten eingesetzt und gegebenenfalls kombiniert werden? Und wo lag der ideale Ort der Therapie? Lag dieser in der Etappe oder im Hinterland, in abgelegenen Lazaretten oder in großstädtischen Kliniken? Empört verwiesen etwa Psychiater im Hinterland darauf, dass ihr Krankenmaterial aus Patienten bestehe, die „schon mehrere Wochen lang in 3 bis 4 Lazaretten des Front- und Etappengebietes von Fachärzten vorbehandelt sind (und denen sämtlich schon vorher mehrmals die Heilung in 5 Minuten versprochen worden war)".[65] Demgegenüber brachten die an der Front tätigen Ärzte ihr Misstrauen zum Ausdruck, wenn aus den Kliniken des Hinterlandes von großartigen Heilerfolgen berichtet wurde. Wenn dem Patienten schon vor der Behandlung eröffnet werde, dass er nach seiner Genesung einen längeren Urlaub antreten könne, so sei der behauptete spektakuläre Heilungserfolg nicht weiter verwunderlich. Umstritten war auch die Entscheidung der Militärbehörden, die „Kriegsneurotiker" aus Lazaretten abzuziehen und in neu eingerichteten Nervenabteilungen zusammenzufassen. Auch wenn an diesen Spezialabteilungen nur ausgesuchte und in die Therapie der Kriegsneurosen eingearbeitete Neurologen oder Psychiater tätig seien, so würde die Konzentration der Patienten eine für den Heilungsprozess ungünstige Atmosphäre schaffen. Da die Kranken in größeren Sälen untergebracht waren, blieb der Einfluss der zitternden Mitpatienten häufig stärker als der des Arztes. „Die Massengegensuggestion", notierte frustriert ein Arzt, „ist noch viel stärker als die Massensuggestion."[66]

Die behaupteten Erfolge der jungen Psychiater, die für ihre jeweiligen Methoden einen durchschlagenden Erfolg reklamierten, müssen auch vor dem Hintergrund der Debatte um die zunehmende Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes in der Therapie gesehen werden. Dem therapeutischen Charisma des Arztes wurde in der Behandlung der Kriegsneurosen große Relevanz beigemessen. Die Heilung einer Kriegsneurose wurde als persönlicher Erfolg und damit als Profilierungschance gesehen. Die Nervenstärke des Arztes, seine Willenskraft, den Patienten unbedingt heilen zu wollen, seine Ausstrahlung und seine Autorität wurden als wichtigste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung gesehen. Die Kriegsneurosen boten nicht zuletzt eine gute Gelegenheit, sich vor der Fachkollegenschaft in Szene zu setzen. Einzelne Psychiater wie Max Nonne oder Wilhelm Neutra wussten sich als „Zauberheiler" zu inszenieren, indem sie einen Film anfertigen ließen, der in Vor- und Danach-Sequenzen die „Heilung" der Patienten vor Augen führte.[67]

---

65 R[ichard] Hirschfeld: Zur Behandlung der Kriegszitterer. In: MMW 64 (1917), Feldärztliche Beilage, S. 1518.

66 Max Lewandowsky: Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden? In: MMW 64 (1917), Feldärztliche Beilage, S. 990.

67 Lerner, Hysterical Cures, S. 86 f. Das Bundesarchiv-Filmarchiv (Berlin) bewahrt einen Film über das

Die Geschichte der Kriegsneurosen ist solcherart auch eine Geschichte akademischen Konkurrenzdenkens, medizinischer Richtungskämpfe und ärztlicher Rivalitäten. Der Krieg wurde zum Experimentierfeld einer Ärztegeneration, die in der Therapie der Kriegsneurosen ihre wissenschaftliche Chance witterte und ehrgeizig daranging, ihre Karriere voranzutreiben. Julius Bauer (1887–1979), Internist und im Krieg an der Nervenabteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien tätig, berichtet in seinen Erinnerungen von einer Episode, die das therapeutische Selbstbewusstsein der jungen Ärzte illustriert: Einem Oberstabsarzt, der ohne Voranmeldung Bauers Abteilung inspizierte, war ein neuer Patient mit besonders heftigen Zittererscheinungen aufgefallen. In der Folge entwickelte sich hinsichtlich Diagnostik, therapeutischer Vorgangsweise und Überweisung ein heftiger Disput, den der Besucher letztendlich mit Hilfe seiner militärischen Autorität für sich zu entscheiden trachtete. „Kennen Sie denn nicht die Vorschrift, jeden Kriegsneurotiker unverzüglich in die Spezialabteilung der Stiftskaserne zu transferieren? Warum haben Sie die Vorschrift nicht befolgt?", herrschte der ranghöhere Militärarzt Bauer an, worauf dieser ihm geantwortet haben soll: „Ich kenne die Vorschrift und habe sie nicht befolgt, weil ich den Mann innerhalb weniger Tage herstellen werde, während das in der Spitalsabteilung für Neurotiker viel länger dauern würde." In keinem anderen Land als in Österreich, so erzählt Bauer nostalgisch weiter, wäre dieses Verhalten gegen die Subordinationspflicht ungestraft geblieben. Aber „hier war es anders. Der Oberstabsarzt, der meinen Namen allerdings kannte, sagte kein Wort, drehte mir den Rücken zu und verließ den Saal."[68]

In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass die Spitzen der Wiener und Budapester Kriegspsychiatrie wie auch Julius Bauer jüdischer Herkunft waren: Alexander Pilcz, Arthur Schüller, Sigmund Erben, Wilhelm Neutra, Viktor Gonda, Samuel Jellinek – der sich vor dem Krieg in Stefan Jellinek umbenennen hatte lassen – und Erwin Stransky. Der Krieg wurde als Chance gesehen, sich wissenschaftlich zu etablieren und Vorurteile, die gegenüber Juden vorgebracht wurden, Lügen zu strafen.[69] Bauer erstellte parallel zu seiner Tätigkeit als Militärarzt seine Lehre der

---

von dem Freiburger Psychiater Ferdinand Kehrer geleitete *Reserve-Lazarett Hornberg im Schwarzwald. Behandlung der Kriegs-Neurotiker* (1918) auf. Siehe auch Bericht über den kriegsärztlichen Abend zu Berlin, 4. Dezember 1917: Richard Cassirer und [...] Stange: Demonstration eines kinematographischen Films aus dem Gebiete der Kriegsverletzungen der Nerven; Konrad Alt: Über Kriegsneurosen, mit Lichtbildern und kinematographischem Film. In: MMW 64 (1917), S. 1648. Allgemein zum Film im Ersten Weltkrieg in Deutschland und Österreich-Ungarn siehe Michael Paris (Hg.): The First World War and Popular Cinema. 1914 to the Present. Edinburgh 1999.

68 Julius Bauer: Medizinische Kulturgeschichte des 20. Jahrhunderts im Rahmen einer Autobiographie. Wien 1964, S. 33.

69 Allgemein zum österreichischen Judentum im Ersten Weltkrieg siehe Marsha L. Rozenblit: Recon-

Konstitutionspathologie, Erben intensivierte seine schon vor dem Krieg begonnenen Simulationsstudien, Pilcz setzte seine Arbeiten über Rassenpsychiatrie fort. Jellinek wiederum forschte über elektropathologische Themen und war maßgeblich an der Entwicklung von elektrischen Drahthindernissen beteiligt. Mit Hilfe des Kriegsministeriums richtete er 1916 am Rosenhügel in Wien eine elektrohygienische Versuchsstelle ein, in der er eine Reihe von elektrotechnischen Experimenten und Versuchsprüfungen nach militärischen Gesichtspunkten durchführte. Elektrizität sollte nicht nur auf ihre therapeutische Wirkung hin überprüft, sondern auch als defensives Kampfmittel eingesetzt werden. Jellinek konzipierte elektrische Drahthindernisse, die – vor den Schützengräben aufgestellt – für die anstürmenden Truppen eine tödliche Gefahr und ein unüberwindbares Hindernis bilden sollten. Die Umsetzung dieser Versuche ließ angesichts der prekären militärischen Lage nicht lange auf sich warten. Ab 1916 waren spezielle „Elektrotruppen" am Isonzo und an der Ostfront damit beschäftigt, diese neue Form der Verteidigung auszubauen.[70]

An der Psychiatrischen Klinik in Wien arbeiteten unter Wagner-Jauregg nicht nur Ärzte. Helene Deutsch, die im Krieg als Militärärztin und Leiterin der Frauenabteilung an der Wiener psychiatrischen Universitätsklinik tätig war, berichtet in ihrer Autobiografie, dass der Krieg für sie „automatisch die Frage nach dem richtigen Platz in der Gesellschaft" gelöst habe. Noch vor 1914 sei eine Daueranstellung als Ärztin unvorstellbar gewesen, aber schon bald nach Kriegsbeginn erhielt Deutsch ihre Ernennung zur Militärärztin, was im Gegensatz zu einer unbezahlten Stelle als Assistentin an der Klinik mit einem überdurchschnittlichen Gehalt verbunden war. Zu den Kriegsneurosen äußerte sich Deutsch nur kurz und bedeckt. Da sie selbst als Militärärztin arbeitete und damit dem Ziel, möglichst viele Patienten dienstfähig zu machen, verpflichtet war, scheute sie auch später noch – als Psychoanalytikerin – vor offener Kritik zurück. Für die Männlichkeitsattitüden ihrer Kollegen auf der Klinik, Deutsch zufolge eine Ansammlung „allzu vieler ehrgeiziger, auf Forschung erpichter Dozenten", welche „die psychiatrische Behandlung der Patienten mehr behinderten als beförderten", empfand sie wenig Verständnis. Deren intolerante Haltung gegenüber den Soldaten, die zur Beobachtung und zur Behandlung an die Klinik geschickt worden waren, war für sie ein „dunkles Kapitel in der Geschichte der Wiener Psychiatrie".[71] Deutsch unterließ dabei zu erwähnen, dass an der Psychiatrischen Klinik auch Ärztinnen die elektrische Behandlung durchführten – und dabei wohl

---

structing a National Identity. The Jews of Habsburg Austria during World War I. Oxford 2001 und David Rechter: The Jews of Vienna and the First World War. London 2001.

70 Stefan Jellinek: Elektrohygiene im Felde. In: EM 37 (1919), S. 61–64.

71 Helene Deutsch: Selbstkonfrontation. Die Autobiographie der großen Psychoanalytikerin. München 1975, S. 111 und S. 99–102.

nicht weniger streng vorgingen als ihre männlichen Kollegen. Gegen Elisabeth Wilhelm und Olga Knopf etwa, die im Krieg so wie Deutsch als Assistentinnen bei Wagner-Jauregg gearbeitet hatten, wurden 1920 Vorwürfe laut. Vor allem Wilhelm habe wiederholt und ohne medizinisch erkennbaren Grund Patienten mit der Strombehandlung gequält. Zu einer Verhandlung kam es jedoch nicht und Wilhelm wies die Anklagen gegen sie als Lügen von „Simulanten" und „Hysterikern" zurück.[72]

7.5 Schock, Schmerz, Strom

Die elektrische Zwangsbehandlung, wie sie Kaufmann, Redlich oder Gonda anwendeten, war nicht, wie von vielen Ärzten später behauptet wurde, eine mit geringem Aufwand zu treibende, schnelle und massentaugliche Behandlungsmethode. Es handelte sich um einen Kampf zwischen Arzt und Patienten, bei dem der Arzt alle seine physischen und psychischen Kräfte zusammennehmen musste. Kaufmann warnte 1916 seine Nachahmer vor den „ungeheuren Strapazen", die diese Methode mit sich bringe.

Der therapeutische Anspruch, den die Psychiater mit der Anwendung der elektrischen Ströme verfolgten, war hoch und basierte sowohl auf mechanistischen als auch auf psychologischen Deutungsmustern der Kriegsneurose: Die Nerven des Soldaten sollten durch das Durchjagen von Sinusströmen nicht nur „gestählt" werden – schockartige Zufuhr geballter Energie, um die verbrauchten Nervenreserven wieder aufzufüllen –, sondern auch die mentalen Qualitäten des Patienten mussten wieder mit einem schmerzhaften Schlag in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Aus dem hysterischen Willen zur Krankheit sollte der Wille zur Gesundheit erzwungen werden. Wenn die Nervenerkrankungen der Soldaten durch schmerzliche Kriegsereignisse hervorgerufen wurden, so mussten diese durch ein ebenso heftiges Erlebnis wieder ausgetrieben werden.[73] Julius Bauer erklärte das Prinzip dieser Schocktherapie so:

---

72 Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Protokoll mit Elisabeth Wilhelm, ÖStA-KA, B 138/19–30; Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 80.

73 Roth, Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen, S. 15. Das therapeutische Mittel der Schmerzzufügung lässt an die „heroischen Kuren" und „psychischen Kurmethoden" der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts denken. Der durch den Arzt zugefügte Schmerz fungiert als Mittel zur Bewusstseinsmachung des Ichs, zur Wiederherstellung der zerrissenen Einheit des Individuums. Erst durch den Einsatz von Gewalt könne der Kampf des Arztes mit dem Patienten erfolgreich sein, der seine Vernunft durch heftige Schmerzreize wiedergewinnen könne. Siehe dazu Doris Kaufmann: Schmerz zur Heilung des Selbst. Heroische Kuren in der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 15 (1996), S. 101–116. Der Ansatz, psychische Störungen und

> In der Mehrzahl der Fälle entstehen ja die Kriegsneurosen durch ein Zusammenwirken von Schock und suggestiver, beziehungsweise autosuggestiver Vorstellung und so scheint es auch am zweckmäßigsten, sie durch die gleichen Mechanismen zu beseitigen. Den therapeutischen Schock, wenn man so sagen darf, stellt der faradische Pinsel dar, er fördert oder ermöglicht überhaupt erst die Wirksamkeit der therapeutischen Suggestion, ähnlich wie der Schock einer Verschüttung durch Granatexplosion, eines Sturzes oder eines bloßen Sturmangriffes die autosuggestive Krankheitsvorstellung auslöste.[74]

Die schockartig applizierten Impulse der elektrischen Zwangstherapie hatten für den Patienten den Charakter einer fortdauernden Kriegserfahrung, die vom Schützengraben auf den Behandlungstisch verlegt wurde. Im Äquivalenzprinzip von Schmerz und Gegenschmerz, von Gewalt und Gegengewalt, in der „Gegendemonstration gegen das demonstrative Symptom", lag die therapeutische Logik des elektrischen Zwangsverfahrens.[75] Der am Schlachtfeld erlittene Schock des Nervensystems, der die Kriegsneurose zur Folge hatte, sollte durch Schock und Schmerzerfahrung abgelöst werden. Die Disziplinierung der Nerven des Soldaten bedeutete eine erneute Schmerzerfahrung, die bis an die Grenzen des Auszuhaltenden ging. Walter Kauders, der an der Psychiatrischen Klinik wiederholt mit den stärksten elektrischen Strömen behandelt worden war, schrieb später: „Es ist, als würden zahllose Bohrer mit rasender Geschwindigkeit durch das Innerste der Knochen getrieben."[76]

Die schmerzhaften Stromstöße wurden in zahlreichen therapeutischen Modifikationen variiert und fanden in einer besonders suggestiven Umgebung statt. Auf der Nervenabteilung des Laibacher Militärspitals, die Soldaten von der Isonzofront aufnahm, hatten der ungarische Militärarzt Emmerich Rablorzky und der Röntgenologe Edmund von Nesnera ein besonderes Verfahren entwickelt: die *Fulguration*. Dabei handelte es sich um eine Induktionsfunkenserie, die aus einem modifizierten Apparat des Röntgenlaboratoriums gewonnen wurde. Auch bei dieser Methode war die „Überrumpelung" des Patienten der entscheidende Moment. Die bei der Entladung

---

Angstzustände mittels eines Schocks zu kompensieren, lässt sich bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurückverfolgen. Der englische Arzt Thomas Cogan (1736–1815) hatte bei der Behandlung seiner Patienten erstmals systematisch mit Terror- und Schocktherapie gearbeitet und sich damit im zeitgenössischen Wissenschaftsbetrieb einen Namen gemacht. Vgl. Antonie Luyendijk-Elshout: Of Masks and Mills: The Enlightened Doctor and His Frightened Patient. In: George S. Rousseau (Hg.): The Languages of the Psyche. Mind and Body in Enlightenment Thought. Berkeley-Los Angeles-Oxford 1990, S. 220.

74 Bauer, Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen, S. 952.

75 Max Löwy: Zur Behandlung der Psychotraumatiker des Krieges im Kriege und nach Friedensschluß. In: MPN 43 (1918), S. 48.

76 Zit. nach Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 152.

der springenden Funken frei werdenden Knall- und Blitzeffekte waren darauf angelegt, eine Schreckwirkung auszulösen. Das Behandlungsverfahren lief nach einem bestimmten Ritual ab und setzte auf den Einfluss einer magischen Atmosphäre, aus der plötzlich eine Funkenserie auf den nackten Patienten einwirkte. „Der Patient kommt in das verfinsterte Röntgenlaboratorium. Er wird entkleidet, auf dem zu diesem Zweck aufgestellten, mit einem einfachen Leinentuch bedeckten Holztisch mit nach oben gestreckten Armen fixiert." Mit dem Patienten wurde vereinbart, dass er, sobald er das Gefühl habe, gesund zu sein, dies durch einen lauten Ausruf anzeigen solle, worauf die Behandlung abgeschlossen sei. Das Überspringen des Funkens von der Elektrode auf den Körper markierte demnach den ruckartig erzielten Heilerfolg: „Wir haben den Strom an uns selbst versucht. Die Wirkung hat nicht den Typus des Schmerzes des faradischen Stroms, die Reizung ist mehr lokalisiert und der Schmerz in seiner Qualität voller, dichter."[77]

Neben der Suggestion und dem Schockeffekt war es somit die bewusste Zufügung von Schmerz, die von manchen Psychiatern als therapeutisches Agens angesehen wurde. Der wichtigste Vertreter dieser Position war Wilhelm Neutra, der über die ganze Zeit des Krieges in Baden bei Wien der Nervenabteilung eines Garnisonsspitals vorstand. Neutra ließ keinen Zweifel daran, dass es eben der gewaltsam zugefügte Schmerz sei, der den Patienten heile:

> Wenn die hysterische Kriegserkrankung psychologisch genommen nichts anderes bedeutet, als die Darstellung des unbewußten Wunsches: „Lieber krank sein als sich weiter der schweren Todesgefahr aussetzen", so bedeutet die Heilung dieser Krankheit durch die Pinselfaradisation: „Lieber gesund sein als sich weiter diesen heftigsten Schmerzen auszusetzen." Es ist nur in relativ wenigen Fällen dabei die Suggestion, welche heilt; sie erleichtert nur den Entschluß, zu heilen. Es ist die Verzweiflung über den Schmerz, die einen Ausweg aus diesen Qualen sucht.[78]

Neutra war der Ansicht, dass mit der Anwendung der schmerzhaften elektrischen Ströme der eigene Gesundheitsantrieb des Soldaten reaktiviert werden könne. Die Hysterie hätte jede Selbstheilungstendenz zunichte gemacht. Deshalb *müsse* es das therapeutische Ansinnen des Arztes sein, Schmerzen zu erzeugen: „Erst wenn der Zustand ein andauernd qualvoller ist und sich nicht als erträglich zu gestalten erweist, dann entschließt sich die Heilbereitschaft zur Preisgabe der Hysterie. Die Heilbereitschaft wächst mit der Qual." Neutra kombinierte somit psychoanalytische

77 Edmund von Nesnera, Emmerich Rablorzky: Zur Therapie der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie. In: WKW 29 (1916), S. 1617 f.

78 Neutra, Bemerkungen, S. 1253.

Denkfiguren, militärische Umgangsformen und die bewusste Anwendung von ärztlicher Gewalt zur – wie er es nannte – „Psychologie der Pinselfaradisation": Unter Gewaltanwendung könne der Wille zur Wiedererlangung der Gesundheit zurückgewonnen werden. Über den äußerst schmerzhaften Charakter dieser Vorgangsweise war sich Neutra im Klaren: Das elektrische Zwangsverfahren bedeute nichts anderes als „ärztliche Folterarbeit", sei aber unter den Umständen des Krieges ein „notwendiges therapeutisches Martyrium".[79]

Im Badener Garnisonsspital wurde solcherart das Behandlungszimmer zu einem Ort gezielter ärztlicher Gewaltanwendung. Die Schmerzensschreie der gequälten Soldaten waren häufig auf der ganzen Nervenstation – und selbst außerhalb – zu hören: „Dr. Neutra kuriert die Soldaten derart, daß man sie bis auf die Gasse brüllen hört", war 1916 in einer dem Wiener Militärkommando anonym vorgebrachten Beschwerde zu lesen.[80] Immer wieder spielten sich an den Krankenbetten Szenen des Widerstandes ab, die in regelrechte Kämpfe übergehen konnten. Die Wut und Verzweiflung der gequälten Soldaten richtete sich aber nicht nur gegen den Arzt und seine Helfer, sondern auch gegen die Instrumente der Zwangsbehandlung selbst. An der Psychiatrischen Klinik in Wien zertrümmerte ein Soldat, der sich während der Behandlung aus der Umklammerung der Wärter lösen konnte, den Faradisationsapparat.[81]

Für die Psychiater hingegen wurden die elektrischen Gewaltakte in den Spitälern zu Prüfsteinen ihrer mentalen Stärke. So wie der Einsatz des modernen Soldaten an der Front restriktive Körperkontrolle und Nervenstärke erforderte, so hatten auch die Psychiater, die an das Behandlungsbett des Patienten traten und die Elektroden am Körper des zitternden Hysterikers befestigten, mit nüchterner Distanz und kontrollierter Willenskraft ihre Arbeit durchzuführen. Das verzweifelte Wehren der elektrisierten Patienten durfte dabei keine persönlichen Gefühlsregungen aufkommen lassen, Anteilnahme und Mitleid konnten den Erfolg der Behandlungsmethode gefährden. Der monoton surrende Elektroapparat bildete gleichsam das akustische Leitsymbol des ärztlichen Unternehmens: Mit unerbittlicher Konsequenz war das therapeutische Schauspiel so lange durchzustehen, bis der Erfolg eintrat.

Das elektrische Zwangsverfahren war keine Methode für Ärzte mit schwachen Nerven.[82] Nur psychologisch geschulte und besonders willensstarke Persönlichkei-

79 Neutra, Seelenmechanik und Hysterie, S. 347–356.

80 Anonyme Beschwerde, ÖStA-KM Wien, KM 1916, 14. Abt., 30–27.

81 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 208.

82 Julius Bauer hielt es für einen „schweren Mißgriff, wollte sich nun jeder Militärdienst leistende Arzt an die Beurteilung und Behandlung derartiger Fälle wagen. Der faradische Pinsel in dieser Form gehört nur in die Hand eines entsprechend erfahrenen und geschulten Arztes." Bauer, Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen, S. 953.

ten kamen dafür in Betracht. Wilhelm Neutra kritisierte, dass durch die gewaltsame Abwehr der Patienten viele Ärzte nicht die Ruhe bewahrten und Affekte hervorbrechen ließen, „wodurch die sonst zielbewußte Handlungsweise zum Rohheitsakte wird".[83] Über seine Erfahrungen berichtete er auf einer Tagung in Baden:

> Obwohl mir mit Ausnahme einer einzigen kurzdauernden Ohnmacht kein Unglück passierte, möchte ich die Schreckbehandlung, besonders mit sinusoidalen Strömen, nicht als ganz harmlos hinstellen und es sind auch schon von verschiedenen Seiten schwere Schädigungen berichtet worden. Vor allem ist diese, wenn sie korrekt durchgeführt wird, fast unfehlbare Behandlungsmethode keinem Laien, aber auch nicht jedem Arzte anzuvertrauen. Sie erfordert nämlich seitens des Arztes kaltblütige Konsequenz bis zur vollständigen Heilung in einer einzigen Sitzung. Da derartige Behandlungen nicht ohne eine Art Rauferei, jedenfalls aber unter heftigem Weinen und Schreien und gewaltsamer Abwehr vor sich gehen, so ist es sogar für viele Ärzte schwer, sich nicht von Affekten übermannen zu lassen und nicht zu vergessen, daß man nicht kämpfen, sondern heilen will. Seitens des Arztes erfordert also die Schreckbehandlung extreme Energie und gleichzeitig zielbewußte und sichere Ruhe.[84]

Die militärischen Qualifikationsbeschreibungen der Psychiater, die mit den elektrischen Zwangsverfahren arbeiteten, wurden zu Visitenkarten vollendeter militärischer Männlichkeit. Wilhelm Neutra sei, so urteilte sein Vorgesetzter 1916, „streng ehrenhaft, jederzeit von Pflichtgefühl beherrscht und sehr energisch".

Auch für Stefan Jellinek fielen die militärischen Zensuren sehr günstig aus, da er „stets strenge Ordnung auf seiner Abteilung" hielt und dabei „stets von strammem militärischem Auftreten" war.[85] In der Praxis bedeutete dies, dass an Jellineks Abteilung Soldaten, die sich gegen die elektrische Behandlung wehrten, in einer Zwangsjacke behandelt wurden. Max Dornhelm, Jellineks Assistent, schrieb darüber später: „Die Empfindlichkeit der Patienten war sehr verschieden. Es waren darunter Bosniaken, die auch gegen den stärksten Strom ganz unempfindlich waren, andere schrieen schon bei sehr schwachen Strömen oder sogar nach Anlegung der Elektroden vor der Einschaltung des Stromes." Im September 1916 wurde ein Patient, den Jellinek für einen Simulanten hielt, mehrmals zur Behandlung vorge-

83 Neutra, Seelenmechanik und Hysterie, S. 358.

84 Diskussionsbemerkung von Wilhelm Neutra. In: Verhandlungen der Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Ungarns und Österreichs. Wien 1918, S. 178.

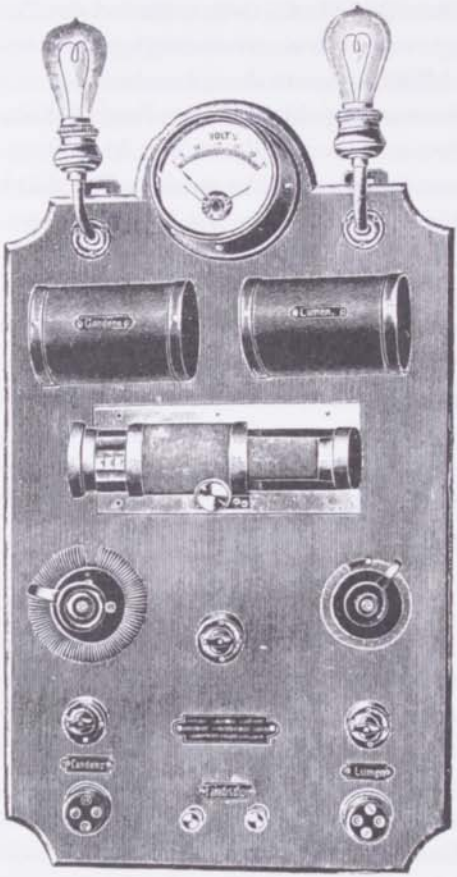
85 Qualifikationsbeschreibung Wilhelm Neutra, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., Karton Nr. 2230. Vormerkblatt für die Qualifikationsbeschreibungen, Stefan Jellinek, ÖStA-KA Wien, KM 1916, 14. Abt., Karton 1236.

führt und an den Geschlechtsteilen faradisiert. Der Mann, dem während der Behandlungsversuche eine Zwangsjacke angelegt worden war, erstattete gegen die Abteilung Anzeige, die Jellinek eine Rüge vom Militärkommando einbrachte.[86]

Wie schmerzhaft waren die elektrischen Ströme tatsächlich? Diese Frage ließ die Ärzte nicht los und führte zu mehreren Selbstversuchen. Jellinek und Max Dornhelm etwa führten regelmäßig Experimente mit der Stromstärke an sich selbst durch und ließen ihre Erfahrungen in mehrere Publikation einfließen. Im Mai 1918 unternahm Jellinek einen Selbstversuch, dessen Ergebnisse er in der *Medizinischen Klinik* detailliert beschrieb. Der Bericht mag eine vage Vorstellung von den Leidenserfahrungen der Soldaten geben, die mit den elektrischen Zwangsverfahren behandelt wurden. Zu Beginn dieses Versuches umfasste Jellinek die beiden angefeuchteten Elektroden mit der Hand – bei den Soldaten wurden die Elektroden in der Regel an empfindlicheren Stellen wie an Hals, Kehlkopf, Gehörgang, Genitalien oder Zehen angesetzt – und hieß Dornhelm, den Apparat zu bedienen: „I. Versuch. Sinusregler maximal [...] herausgezogen und jetzt wird allmählich der Motorregler von Stufe 1–13 gleichfalls herausgezogen und bei jeder einzelnen Stufe folgende Wirkung notiert:

Stufe 1 Kaum zu spüren
Stufe 2 Leises Kribbeln an den Berührungsstellen
Stufe 3 Stärkeres Kribbeln an den Berührungsstellen, nicht unangenehm
Stufe 4 Stärkeres Kribbeln bis zum Handgelenk hinauf
Stufe 5 Kräftige Contraction der Handinnenmuskeln
Stufe 6 Wirkung verstärkt: spontanes Handöffnen möglich
Stufe 7 Intensive Elektrisation bis in die Mitte des Vorderarms fühlbar
Stufe 8 Kräftige Muskelcontraction bis in den Ellbogen fühlbar. Loslassen noch möglich
Stufe 9 Contraction recht schmerzhaft
Stufe 10 Steigerung der Schmerzen, Loslassen nur mit größter Anstrengung möglich
Stufe 11 Steigerung der früheren Wirkung
Stufe 12 Ruckhafte und schmerzhafte Erschütterung der Arme bis in die Schultergelenke
Stufe 13 Steigerung der Wirkung, Loslassen ganz ausgeschlossen, Gefühl absoluter Hilflosigkeit

86 ÖStA-KA, Wien, Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Protokoll mit Max Dornhelm, 21. April 1920, B 138/19–69 und B 138/19–99; Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 118.



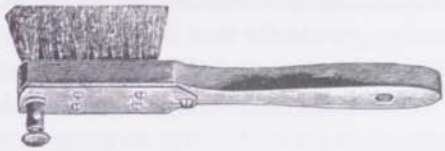


Abbildung 8: Stationärer elektrischer Wandanschlussapparat zur Faradisation. Zu den Applikationsinstrumenten zählten insbesondere die Pinsel- oder Bürstenelektrode. Stefan Jellinek: Medizinische Anwendungen der Elektrizität. München-Berlin 1906, S. 87 f. und S. 123 f.

Jellinek bemerkte nach dem Versuch über die letzten Stufen der Anwendung, dass der „voll eingeschaltete Sinusstrom eines Anschlußapparats Leib und Seele derart packt, daß man die Eigenherrschaft verloren zu haben glaubt".[87] Auch Wagner-Jauregg schrieb später in seiner Autobiografie, dass er vor jeder elektrischen Behandlung die Stromstärke zunächst an sich selbst ausprobiert habe. Als Leiter der Wiener Nervenklinik habe er damit den Patienten zeigen wollen, „daß das ein Schmerz sei, den man ganz gut überwinden könne". Dass aber diese Vorgangsweise mehr eine Ausnahme denn der praktizierte Regelfall war, geht aus seinem nachfolgenden Eintrag hervor: „Ich habe das auch den Ärzten der Klinik empfohlen, welche die Behandlung der Zitterer durchzuführen hatten. Aber es hat keiner von diesen Ärzten von meiner Empfehlung Gebrauch gemacht."[88]

87 Stefan Jellinek: Kriegsneurose und Sinusstrom. (Epikrise zu den plötzlichen Todesfällen). In: MK 19 (1918), S. 1085–1088. Kaufmann hatte auf der Kriegstagung der deutschen Psychiater in München betont, über die Stufe 7 des Erlanger Pantostaten nur in seltenen Fällen hinausgegangen zu sein. Zu den im Krieg in Gebrauch stehenden Apparaten und Elektroden siehe R[oderich] Stintzing: Allgemeine Elektrotherapie der Erkrankungen des Nervensystems. In: F. Penzoldt, R. Stintzing (Hg.): Handbuch der gesamten Therapie. Band 4: Erkrankungen des Nervensystems. Jena ⁴1917, S. 183–256.

88 Wagner-Jauregg, Lebenserinnerungen, S. 87.

7.6 Todesfälle und Widerstand aus den eigenen Reihen

Im Frühjahr 1917 gab das Wiener Kriegsministerium erneut zwei renommierten Ärzten den Auftrag, Gondas Vorgehen gutachtlich auf seine massentaugliche Anwendbarkeit zu prüfen. Der Psychiater Emil Redlich und der Budapester Internist Ernst Jendrassik brachten in ihren Stellungnahmen deutlich zum Ausdruck, dass Gonda seine Methode nach dem Vorbild von Kaufmann entwickelt habe und hielten sie insgesamt für empfehlenswert. Jendrassik warnte jedoch vor überzogenen Erwartungshaltungen: „Leider ist die Behandlungsweise nicht ganz ungefährlich; in einigen Fällen von Gonda erhöhte sich die Pulsfrequenz auf 180 und sowohl in Deutschland als auch in Ungarn kamen einige Todesfälle vor."[89]

Der erste Todesfall in Wien während der Behandlung mit elektrischen Strömen ereignete sich schon im Januar 1916 in der von Emil Redlich geleiteten Nervenheilanstalt am Rosenhügel. Der Fall wurde geheim gehalten, da die Diskussion über die Vereinheitlichung der therapeutischen Vorgehensweisen erst angelaufen war. Die Umstände dieses Falles wurden in einem Protokoll genau festgehalten und der Krankengeschichte des Patienten beigegeben. Der Infanterist H. S., im Januar 1916 mit heftigen Zittererscheinungen („Tremores am ganzen Körper") eingeliefert, war bereits Patient in mehreren Wiener Militärspitälern gewesen. Zuletzt von Stefan Jellinek im Garnisonsspital Nr. 2 mit Neurasthenie klassifiziert, aber erfolglos behandelt, kam H. S. schließlich in die Nervenheilanstalt Rosenhügel. Dort wurde die Diagnose auf Hysterie umgestellt, da keine Besserung der motorischen Reizerscheinungen eintrat. Zu diesem Zeitpunkt wurde, wie später der Leiter der Anstalt, Friedrich Sölder, zu Protokoll gab, mit „sinusoidalen Strömen" gearbeitet. Der Soldat hatte große Angst davor und wehrte sich nach Leibeskräften gegen die elektrische Behandlung, die „mit großen Abwehrbewegungen" vor sich ging, bis schließlich der Mann an Beinen, Hals und Brustkorb von Helfern niedergehalten wurde. „Patient wird blaß und pulslos. Plötzlicher Herztod während der Faradisation."[90]

Der Anstoß für die Wiener Militärbehörden, sich mit tödlichen Folgen der elektrischen Behandlung auseinander zu setzen, kam ein Jahr später aus einem ost-

89 Ernst Jendrassik, Gutachen der medizinischen Fakultät Budapest betreffend die Heilmethode des Herrn Dr. Viktor Gonda, ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 43–20/1/4. Eisslers Interpretation, dass die Behandlungsmethode von Gonda „das Gegenteil der Methode Kaufmanns" darstelle, lässt sich meines Erachtens nicht nachvollziehen. Gonda selbst verglich wiederholt in seinen Aufsätzen und Diskussionsbemerkungen seine Methode mit der von Kaufmann. Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 226.

90 Protokoll über das Ableben des Landsturminfanteristen H. S., 28. Januar 1916, ÖStA-KA, Militärspitäler, Nervenheilanstalt Rosenhügel, Karton 3, Befund Nr. 1339 und Kommission, Protokoll mit Friedrich Sölder, ÖStA-KA, B 138/19–79.

böhmischen Spital. Der Prager Psychiater Oscar Fischer (1876–1942), Chefarzt der Zentralabteilung für Kriegsneurosen im Reserve-Spital Nr. 2 in Pardubitz, reichte eine Abhandlung beim Wiener Kriegsministerium ein. Die Veröffentlichung seines Aufsatzes, der den Titel *Zur faradischen Therapie der hysterischen Lähmungen* trug, wurde untersagt.[91] Fischer berichtete darin zum einen über zwei Todesfälle durch den Gebrauch von Sinusströmen, die sich im Frühjahr 1916 an der Deutschen Psychiatrischen Klinik in Prag ereignet hatten. Zum anderen enthielt der Aufsatz eine detaillierte Beschreibung der Umstände eines weiteren Todesfalles im k.u.k. Reservespital Leitmeritz. Der böhmische Infanterist A. S. war im August 1916 während der elektrischen Behandlung gestorben. Auch in diesem Fall wurde eine interne Kommission mit der Klärung der Umstände beauftragt. Wie im Fall H. S. in Wien war auch dieser Patient kurz nach Beginn des Krieges mit motorischen Reizzuständen eingeliefert worden und hatte längere Spitalsaufenthalte mit der Diagnose „Rheumatismus" zugebracht. Im Garnisonsspital Nr. 13 in Theresienstadt hatte der Neurologe Martin Pappenheim (1881–1943) die Diagnose in „funktionelle Neurose" umgewandelt und den Mann an die von Bernhard Neumann geleitete Nervenabteilung des Reservespitals Leitmeritz transferiert. Neumann wandte am 3. August 1916 zur Behandlung der „hysterischen Gehstörungen" Sinusströme an. Nach zwei Minuten, so wurde später im Protokoll vermerkt, setzte bei dem außerordentlich großen und kräftigen Mann plötzlich die Atmung aus und der Kranke konnte nicht mehr wiederbelebt werden. Der Bericht der Kommission sprach den behandelnden Arzt von jeder Verantwortung frei, da „der Tod des A. S. ohne irgendein Verschulden erfolgte".[92] Das Kriegsministerium reagierte auch auf diesen Fall offiziell vorerst nicht, Neumann wurde aber nach Wien in das Kriegsspital in Grinzing versetzt.

Die Leitung der Nervenabteilung des Kriegsspitals Grinzing hatte von Anfang 1916 bis Juni 1917 Sigmund Kornfeld (1859–1927) inne. Kornfeld, ehemaliger Assistent von Krafft-Ebing, war einer der wenigen Wiener Psychiater, die sich im Krieg offen gegen eine Behandlung der Patienten mit elektrischen Strömen wandten. Über die Vorgehensweise nach Kaufmann und über die Wiener Spielarten des elektrischen Zwangsverfahrens war Kornfeld genau informiert, hielt diese aber für obsolete Spätableger der Zwangs- und Schocktherapien aus dem frühen 19. Jahrhundert. Durch die Weigerung, diese Methoden an seiner Abteilung durchzuführen, zog er sich nicht nur den Unmut seines Vorgesetzten zu, sondern geriet auch mit den Militärbehörden in Konflikt. Kornfelds Abteilung hatte bald den Ruf, ein Aufenthalts-

91 Wissenschaftliche Abhandlung von Dr. Fischer, ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 53–47.

92 K. u. k. Reservespital Leitmeritz, ärztlicher Befund A. S., Bericht der Kommission, ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 53–47/4.

ort für Simulanten zu sein.[93] Im März 1917 hatte Neumann, der als Spezialist für die Behandlung mit elektrischen Strömen galt, durch den Todesfall in Leitmeritz aber in militärischen und psychiatrischen Kreisen ins Gerede gekommen war, in Grinzing seine Tätigkeit aufgenommen. Neumann, der auch dort mit Sinusströmen experimentierte, stand damit bald im Gegensatz zu Kornfeld. Die Situation eskalierte, als im Spital im Juni des Jahres bekannt wurde, dass Kornfeld als Leiter abgelöst und durch den inzwischen zum Regimentsarzt erhobenen Martin Pappenheim ersetzt werden sollte. Pappenheim eilte der Ruf voraus, auch mit Sinusströmen zu behandeln und wegen eines Todesfalles und mehrerer Suizidfälle auf seinen bisherigen Abteilungen versetzt worden zu sein. Soldaten, die zuvor bei Emil Redlich in der Nervenheilanstalt Rosenhügel mit dem elektrischen Zwangsverfahren erfolglos behandelt worden waren, berichteten ihren Mitpatienten von dieser Methode. Aus dem Klima der Angst wuchs bei diesen die Bereitschaft, sich für Kornfeld einzusetzen und sich gegen die Einführung der neuen schmerzhaften Behandlungsmethoden zu wehren. Am Abend nach dem Eintreffen Pappenheims kam es zum offenen Widerstand der Soldaten gegen die Neubesetzung; erst nach Mitternacht konnten die aufgebrachten Soldaten durch den zuständigen Inspektionsarzt beruhigt werden.[94] Die Proteste vermochten vorerst nichts auszurichten. Kornfelds Ablöse und Versetzung ins Kriegsspital IV in Wien-Meidling war beschlossene Sache und Pappenheim wurde in seiner Funktion als neuer ärztlicher Leiter des Spitals bestätigt.

In den nächsten Tagen und Wochen zeigte sich, dass die Befürchtungen von Seiten der Soldaten begründet waren. Pappenheim führte ein strenges Regiment und wandte konsequent das elektrische Zwangsverfahren an. Zur Behandlung wurden die Spitalsinsassen gezwungen; im Behandlungszimmer kam es immer wieder zu tumultartigen Szenen. Zeugen berichteten später, dass es während der Behandlung zwischen Pappenheim und den Soldaten zu regelrechten Kämpfen gekommen sei.[95] Ein ruthenischer Patient, der von Pappenheim und Neumann mehrfach elektrisiert worden war, beging am 7. Juli 1917 Selbstmord. Ein anderer Patient floh – ebenfalls nach einem Suizidversuch, der aber glimpflich verlaufen war – aus dem Spital und meldete sich bei Kornfeld, der ihn im Kriegsspital Meidling aufnahm. Am Tag darauf brachte

93 Aus der Sicht der Militärs hatte sich Kornfeld „ziemlich wenig bewährt", wie Arnold Durig, sein ehemaliger Vorgesetzter im Grinzinger Kriegsspital, bemerkte. Protokoll mit Arnold Durig, 15. März 1920, ÖStA-KA, B 158/19-21; Protokoll mit Sigmund Kornfeld, 9. März 1920, ÖStA-KA, B 158/19-16.

94 Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, Protokoll mit Ludmilla Puringer, 7. April 1920, ÖStA-KA, B 158/19-55 und B 158/19-99.

95 Die Protokolle, die 1919/1920 mit ehemaligen Pflegerinnen und Ärzten des Kriegsspitals angefertigt wurden, belasteten Pappenheim schwer. Dieser bestritt die Vorwürfe, konzedierte aber, dass durch den öffentlichen Widerstand die elektrischen Behandlungsverfahren eingestellt werden mussten. ÖStA-KA, B 158/19-64, B 158/19-97 und B 158/9-55; Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 108.

Kornfeld auf der Grundlage der Zuschriften von Ärzten und Soldaten aus den Militärspitälern, in denen Neumann und Pappenheim ihren Dienst versehen hatten beziehungsweise versahen, beim Wiener Militärkommando eine Beschwerde ein. Darin forderte er eine Inspektion des Grinzinger Kriegsspitals durch eine Kommission, damit den erhobenen Vorwürfen gegen Pappenheim und Neumann nachgegangen werde.

Auch aus dem Kriegsspital Grinzing selbst kam Widerstand. Der Assistenzarzt Max Hermann setzte sich mit den sozialdemokratischen Abgeordneten Max Winter und Karl Seitz in Verbindung und spielte diesen ärztliche Dienstzettel und andere Aufzeichnungen zu, die Informationen über das Vorgehen des Spitalsleiters enthielten. Gemeinsam mit den Abgeordneten, die sich mit Hermann besprochen hatten, konnte Kornfeld einige betroffene Soldaten zur Aussage bewegen.[96] Am 13. Juli 1917 brachten der „Abgeordnete Wollek und Genossen" im Abgeordnetenhaus eine Interpellation ein. In der Anfrage wurden die beiden leitenden Ärzte im Grinzinger Kriegsspital, Pappenheim und Neumann, scharf angegriffen. Nicht nur der Vorwurf der elektrischen Folter wurde erhoben; es habe in diesem Spital schon mehrere Selbstmordversuche von Patienten gegeben, die aus Verzweiflung über ihre Situation keinen anderen Ausweg gewusst hätten.[97] Mit der Beantwortung der Anfrage ließ sich die Militärbehörde mehr als ein halbes Jahr Zeit. Die Antwort des Verteidigungsministers war erwartungsgemäß eine Verteidigung von Pappenheim und Neumann, die beide rechtmäßig gehandelt hätten.[98]

Kornfeld hingegen galt nun, da er die Beschwerde mit initiiert hatte, als Persona non grata der Wiener Kriegspsychiatrie. Die Überprüfung der Verhältnisse, die er für das Grinzinger Spital eingemahnt hatte, traf ihn selbst. Am 26. November 1917 erfolgte unangekündigt eine Inspizierung der Nervenabteilung im Kriegsspital Meidling durch eine Kommission, an deren Spitze Generalstabsarzt Johann Jakob Frisch stand. Frisch hatte als Leibarzt Conrad von Hötzendorfs zu den führenden österreichischen Militärs Kontakte und war 1916 Leiter der 14. Abteilung im Wiener Kriegsministerium, der höchsten medizinischen Militärbehörde, geworden.[99] Das Verhalten von Frisch im Kriegsspital Meidling ist durch mehrere Berichte und Beschwerden überliefert, die an sozialdemokratische Abgeordnete beziehungsweise an das Kriegsministerium gegangen waren. In einer der Beschwerden, die der Soldat

96 Protokoll mit Max Hermann, 4. Juni 1920, ÖStA-KA, B 138/19-97.

97 Anfrage des Abgeordneten Wollek und Genossen an Seine Exzellenz den Herrn Leiter des Ministeriums für Landesverteidigung hinsichtlich von Vorgängen im k. u. k. Kriegsspital Grinzing. Anhang zu den stenographischen Protokollen des Hauses der Abgeordneten des österreichischen Reichsrates im Jahre 1917 (19. Sitzung der XXII. Session am 13. Juli 1917). Bd. 2. Wien 1917, S. 2009.

98 Das Kriegsspital Grinzing. Der Landesverteidigungsminister über die Behandlung kranker Soldaten. In: *Kleine Österreichische Volks-Zeitung* Nr. 64 (8. März 1918), S. 4 f.

99 Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 121.

Emanuel Beer beim Kriegsministerium eingereicht hatte, hieß es: „Die Art und Weise dieser Inspizierung rief unter den Nervenkranken die größte Aufregung hervor. Eine Anzahl derselben erlitt im Laufe des Tages und der Nacht schwere Nervenanfälle, darunter waren zwei Patienten, die vorher nie einen derartigen Anfall gehabt haben."[100] Frisch provozierte die Kranken und korrigierte im Beisein des Chefarztes Kornfeld Diagnosen und Befunde. Er beschimpfte insbesondere Patienten jüdischer Herkunft und veranlasste auf eigene Faust und ohne weitere Untersuchung die sofortige Entlassung und Rückführung von nervenkranken Soldaten an die Front. Vor den versammelten Insassen der Abteilung, die immerhin 240 Betten umfasste, inszenierte Frisch einen Wutausbruch, im Zuge dessen die Sätze fielen: „Man sollte alle Nervenkranken in einen großen Caisson sperren und zwei bis drei Stunden dem wütendsten Trommelfeuer aussetzen, dann würden rasch alle gesund werden und sich gerne freiwillig an die Front melden." Karl Kraus hat diesen Vorfall in einer Szene in *Die letzten Tage der Menschheit* literarisch verarbeitet:

> Ein Generalstabsarzt *(öffnet die Tür)*: Aha, da sind s' ja alle schön beisamm, die Herrn Tachinierer. *(Einige Kranke bekommen schwere Nervenzustände.)* Aber geht's, nur kein Aufsehn. Das wern wir gleich haben – Momenterl! *(Zu einem Arzt.)* No wird's? Wo bleibt denn heut der Starkstrom? Gschwind, dass mr [sic!] die Simulierer und Tachinierer herauskriegen. *(Die Ärzte nähern sich einigen Betten mit den Apparaten. Die Kranken bekommen Zuckungen.)* Der dort, das is ein besonders verdächtiger Fall, der Fünfer! *(Der Kranke beginnt zu schreien.)* Da hilft nur ein Mittel, das verordnen wir im äußersten Fall. Ins Trommelfeuer! Jawohl, das Beste wäre, alle Nervenkranken in einen gemeinsamen Caisson zu stecken und dann einem schönen Trommelfeuer auszusetzen. Dadurch würden s' ihre Leiden vergessen und wieder frontdiensttaugliche Soldaten wern. Da wern euch schon die Zitterneurosen vergehn! *(Er schlägt die Tür zu. Ein Kranker stirbt.)*[101]

Der Öffentlichkeit bekannt wurde der Auftritt von Frisch zwei Monate später. Am 30. Januar 1918 hielt der Journalist und sozialdemokratische Abgeordnete Max

---

100 Bericht des Emanuel Beer über die Inspizierung des Kriegsspitals IV in Meidling durch Generalstabsarzt Dr. Frisch am 26. November 1917. ÖStA-KA, B 138/19–87.

101 Kraus, Die letzten Tage der Menschheit, IV. Akt, 41. Szene, S. 539. Zu Kraus' Vorlagen für diese Szene siehe Eckart Früh: Karl Kraus: Die letzten Tage der Menschheit. Vorlagen und Materialien aus der Arbeiter-Zeitung. Unpubl. Ms., Wien 1999, Sozialwissenschaftliche Dokumentation – Tagblattarchiv der Wiener Arbeiterkammer. Siehe auch Kraus' Kritik an Frisch und an der Rolle der Wiener Ärzteschaft in Karl Kraus: Nachruf. In: *Die Fackel* Nr. 501–507 (25. Januar 1919), S. 21 und 39. Thomas Szasz geht auf Kraus und seine Kritik an der Wiener Kriegspsychiatrie nicht ein. Thomas Szasz: Karl Kraus and the Soul Doctors. A pioneer critic and his criticism of psychiatry and psycho-analysis. London 1977.

Winter (1870–1937) im Haus der Abgeordneten eine Rede, in der er den Zwang zur Behandlung und die Situation in den Militärspitälern kritisierte.[102] Winter erhob schwere Vorwürfe gegen die Wiener Psychiater und schilderte ausführlich zwei Begebenheiten. Zunächst berichtete er von dem Fall des Soldaten Josef K. an der Nervenabteilung des Reservespitals Nr. 1. Der Mann sei vor dem Krieg als Kadettenschüler vom Pferd gestürzt und als nervenkrank untauglich geschrieben worden. 1917 von der ambulanten Musterungskommission aufgegriffen und zur „Konstatierung" in die Stiftskaserne überstellt, habe ihn der Leiter der Nervenabteilung, der Psychiater Arthur Schüller, der Simulation verdächtigt und ihn unter Gewaltanwendung mit elektrischen Strömen behandelt. Daraufhin sei der Mann desertiert, habe aber über seine [Winters] Intervention bei Generalstabsarzt Frisch in das Garnisonsspital Nr. 2 am Rennweg aufgenommen werden können. Dort sei er im Zuge einer Inspektion von Wagner-Jauregg als diensttauglich bezeichnet worden.

Der zweite Fall betraf die Inspektion von Frisch im Meidlinger Spital. Winter zitierte Augenzeugenberichte und griff Frisch scharf an, indem er ihn des groben Militarismus und Antisemitismus bezichtigte. Da auch die *Arbeiter-Zeitung* am nächsten Tag ausführlich über die Rede Winters berichtete, sahen sich Frisch und das Kriegsministerium zu einer Reaktion veranlasst.[103] Eine Kommission, der die Psychiater Julius Wagner-Jauregg, Emil Redlich und Alfred Fuchs angehörten, wurde im Februar 1918 beauftragt, die Nervenabteilungen der Spitäler, die Winter in seiner Rede angeführt hatte, „einer unvorhergesehenen fachlichen Besichtigung zu unterziehen" und sodann der 14. Abteilung des Kriegsministeriums Bericht zu erstatten. Der Bericht, den Wagner-Jauregg einige Wochen später vorlegte, zeigt, dass die Beurteilung durch die Expertenkommission eine erneute Abrechnung mit Sigmund Kornfeld darstellte. Winters Rede, so der Verdacht der Kommission, basiere auf einer Intrige Kornfelds, der sich auf diesem Wege für seine Versetzung rächen wolle.

Die Inspizierung der Nervenabteilung durch die drei Kommissionsmitglieder war für Kornfeld ein demütigendes Schauspiel. Die Psychiater untersuchten eine Reihe von Patienten mit Zitterneurosen und Lähmungen und kamen zu der Auffassung, dass die therapeutische Arbeit des Chefarztes völlig ungenügend sei. Wagner-Jauregg sprach kurzerhand Kornfeld die fachliche Kompetenz in der Behandlung von Kriegsneurosen ab. Er habe, so heißt es in dem Bericht, keinen Patienten gesehen, „der nicht bei geeigneter Behandlung in allerkürzester Zeit geheilt worden wäre".[104]

---

102 Stenographisches Protokoll über die Sitzungen des Hauses der Abgeordneten des österreichischen Reichsrates im Jahre 1918. 56. Sitzung der XXII. Session (30. Januar 1918). Wien 1918, S. 2960–2964.

103 Im Kriegsspital IV. In: *AZ* Nr. 30 (1. Februar 1918).

104 Julius v. Wagner-Jauregg: Bericht an das k. u. k. Kriegsministerium, betreffend die Besichtigung der

Kornfeld, der in erster Linie mit Hypnose und Suggestion arbeitete, wurde in die Rolle eines dilettantischen Sonderlings gedrängt:

> Befragt, ob nicht auch stärkere faradische Ströme, etwa in Form des faradischen Pinsels angewandt würden, verneinte das Herr Stabsarzt Dr. Kornfeld mit dem Zusatz, daß er es versucht habe, aber keine Erfolge oder Verschlimmerungen gesehen habe. Dr. Kornfeld scheint direkt ein Gegner der Methode zu sein. In dieser Hinsicht ist aber Dr. Kornfeld so sehr in Widerspruch mit allen Erfahrungen, die nicht nur in Österreich-Ungarn, sondern auch im Deutschen Reich gemacht wurden, daß man seine ungünstigen Erfahrungen nicht der Methode, sondern nur einem subjektiven Mangel an Beherrschung dieser Methode zuschreiben kann.

Der Bericht der Kommission über die Inspizierung der Nervenabteilung des Reservespitals Nr. 1 (Stiftskaserne) fiel weitaus günstiger aus. Arthur Schüller, der mit elektrischen Strömen behandelte, wurde durch die Kommission vollständig entlastet. Im Fall des Josef K. habe es sich nicht um eine „elektrische Behandlung", sondern um eine „elektrische Untersuchung" gehandelt, ein „harmloses Vorgehen, das selbst von zarten Frauenzimmern anstandslos vertragen wird". Josef K. wurde als Simulant und Betrüger bezeichnet, der in den Spitälern durch disziplinwidriges Verhalten aufgefallen sei. Das Resümee des Berichts fiel ähnlich aus. Die Vorwürfe, die Max Winter im Abgeordnetenhaus erhoben habe, würden jeder Grundlage entbehren. Ausgehend von Kornfeld, der seine Patienten aus falschem Ehrgeiz zu Widerstand und Denunziation aufgehetzt habe, sei ein völlig falsches Bild gezeichnet worden.[105]

Die überaus positive Bewertung des elektrischen Zwangsverfahrens in diesem Bericht zeigt, dass die Spitzen der Wiener Psychiatrie an dieser Behandlungsmethode festhielten und sie bei denen mit Nachdruck einforderten, die mit alternativen Methoden arbeiteten. Dennoch war zu diesem Zeitpunkt die Behandlung der Soldaten mit elektrischem Strom, insbesondere mit dem „Sinusstrom", in ein neues Stadium getreten. Am 7. Oktober 1917, mehr als ein Jahr, nachdem man im Kriegsministerium auf die Todesfälle im Zuge der elektrischen Behandlung aufmerksam geworden war, ging ein Erlass an alle Militärkommandos, der die Anwendung der Sinusströme untersagte:

> Dem K(riegs)M(inisterium) ist zur Kenntnis gelangt, daß durch therapeutische Anwendung des Sinusstroms bei der Behandlung von hysterischen Krankheitszuständen der Tod

---

Nervenabteilungen von Kriegsspitälern. Wagner-Jauregg unterschrieb auch für die beiden anderen Mitglieder der Kommission, Alfred Fuchs und Emil Redlich. ÖStA-KA, B 158/19-100.

105 Ebd.

des Patienten verursacht wurde. Der Tod trat plötzlich und zwar ganz im Beginn der Stromanwendung ein; es handelt sich also um einen Herztod. Da demnach die Sinusströme selbst bei vorsichtiger Anwendung in unberechenbarer Weise das Leben des Patienten gefährden können, wird die Anwendung des Sinusstromes in Mil(itär)San(itäts)Anstalten überhaupt verboten und ist diese gefährliche Behandlungsmethode im Bedarfsfalle durch den ungefährlichen faradischen Strom zu ersetzen.[106]

Mit diesem Erlass folgte Österreich-Ungarn dem, was im Deutschen Reich bereits mit Jahresbeginn 1917 beschlossen worden war. Die Mehrzahl der deutschen Ärzte, die mit der Behandlung der Kriegsneurosen befasst war, hatte gegenüber den elektrischen Behandlungsmethoden eine kritische Distanz entwickelt. Schon auf der Münchener Tagung der Deutschen Psychiater war von Todesfällen berichtet worden.[107] 1917 konzedierte der Straßburger Physiologe Martin Gildemeister (1876–1943) auf der 42. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen in Baden-Baden eine „besondere Gefährlichkeit" der Sinusströme und forderte die Einrichtung einer Kommission von Sachverständigen, die sämtliche elektrischen Unfälle in der Behandlung der Kriegsneurosen untersuchen sollte.[108] Großes Aufsehen erregte der im selben Jahr veröffentlichte Artikel des Kölner Physiologen Heinrich E. Hering, der in der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift* eine detaillierte Auflistung der neun bekannt gewordenen Todesfälle (bis Frühsommer 1917) im deutschen Heer gab. Diese Fälle, so schien es, ließen auf einen bestimmten Mechanismus schließen, der in der Anwendung der Sinusströme begründet lag: „Patient blass und plötzlich ohne Puls. Reagierte nicht auf Anrufen. Noch einige Atemzüge. Plötzlicher Herztod."[109] Nachdem sich somit die Berichte über Todesfälle in der medizinischen Fachliteratur gehäuft hatten und auch die Militärbehörden auf das Problem aufmerksam geworden waren, wurden jene Stimmen immer lauter, die ein Ende der Anwendung von Sinusströmen forderten.

Beim Sinusstrom handelte es sich um „Straßenstrom", also um denselben Strom, der auch in Industrie, Werkstätten und Wohnhäusern zur Beleuchtung und zum Antrieb von Maschinen verwendet wurde. Zu elektrotherapeutischen Zwecken wurde Starkstrom von in der Regel 70 bis 80 Volt, manchmal sogar 100 Volt Spannung verwendet. Die elektrische Energie des Sinusstroms war weniger spektakulär, in seiner

106 Behandlung von hysterischen Krankheitszuständen – Anwendung von Sinusströmen. ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 53–47/3.

107 Mann, Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurose, S. 1335.

108 M[artin] Gildemeister: Über die Gefahren elektrischer Starkströme, insbesondere bei Sinusströmen. In: NC 36 (1917), S. 736.

109 Heinrich E. Hering: Sinusströme als Koeffizienten in Fällen von Sekundenherztod. In: MMW 64 (1917), S. 1033.

Wirkung aber war der Strom weitaus unkontrollierter und gefährlicher. Das Problem der Anwendung der Sinusströme lag in der unterschiedlichen Wirkung des Gleich- und Wechselstroms auf die äußeren und inneren Organe. Schon bei schwacher Stromstärke konnte die Anwendung von Gleichstrom (galvanischer beziehungsweise faradischer Strom) die Empfindungsnerven lebhaft reizen; die Stromimpulse kamen in Form von kurzen Schlägen und ließen die Muskeln arbeiten. Beim Wechselstrom (Sinusstrom) hingegen war die elektrische Energie kaum spürbar, da es keine Pausen zwischen den Impulsen gab; der Strom verlief periodisch gleichmäßig und ohne ruckartige Stromimpulse. Wollte man also gegenüber den schwächeren – in der sensiblen Wirkung auf Haut und Muskeln aber wirkungsvollen – faradischen Strömen den gleichen Effekt erzielen, so musste die Stärke des Sinusstroms um ein Mehrfaches erhöht werden.

Die relativ geringe motorische und sensible Reizwirkung der Sinusströme verleitete die Ärzte dazu, die Stromstärke zu erhöhen. Da die Elektroden bevorzugt an Hals, Kopf und Oberkörper angesetzt wurden und die Elektrisierungen auf keiner isolierten Unterlage stattfanden (und deshalb auch nicht erdschlussfrei waren), strömte die elektrische Energie direkt in den Körper und belastete dessen innere Organe. Die an der Körperoberfläche geringere Intensität der Sinusströme täuschte solcherart über deren tatsächliche Wirkung hinweg. Zwar wurden die Empfindungsnerven der an der Körperoberfläche liegenden Organe weniger gereizt – und damit der Eindruck erweckt, dass die Stärke der Ströme relativ harmlos sei –, aber auf die tiefer liegenden Organe verfehlte der eingeleitete Strom seine Wirkung nicht.

Der plötzliche Tod der mit Sinusstrom behandelten Soldaten, der „Sekundenherztod", verunsicherte die Ärzte und verlangte nach Erklärungen.[110] Der bedeutendste Vorstoß kam von dem Berliner Elektrophysiologen Heinrich Boruttau (1869–1923). Boruttau erklärte sich die Todesfälle mit einer Schädigung der Herztätigkeit. Auf die elektrische Durchströmung reagiere das Herz des Patienten mit immer heftigeren Flimmererscheinungen, was sich in häufigen und unregelmäßigen Zusammenziehungen der Muskeln manifestiere; insbesondere die Herzkammern könnten durch die Stromwirkung zu keiner koordinierten Tätigkeit mehr finden. Aufhebung des Blutkreislaufes, Unwirksamkeit der zunächst weitergehenden Atembewegungen und Absterben des zentralen Nervensystems seien die Folge. Durch das Zusammenwirken von Überreizung und Lähmung der Herzgebilde infolge der Anwendung von Sinusstrom seien die plötzlichen Todesfälle zu erklären.[111] Boruttaus

110 Heinrich E. Hering: Der Sekundenherztod. In: DMW 42 (1916), S. 497–499.

111 Heinrich Boruttau: Todesfälle durch therapeutische Wechselstromanwendung und deren Verhütung. In: DMW 43 (1917), S. 808.

Erklärungsmodell enthielt scharfe Kritik. Die Gefahren der Anwendung des Wechselstroms auf Herz- und Atemfunktion seien bekannt gewesen und damit hätten die tödlich ausgehenden Unfälle vorausgesehen und verhindert werden können, „wenn nicht durch den unheilvollen Einfluß der ‚Wiener Schule' die Aufmerksamkeit von der Herzwirkung abgelenkt worden wäre".[112] Mit der „Wiener Schule" meinte Boruttau die Thesen des Elektropathologen Stefan Jellinek, der in seinen Schriften die Gefährlichkeit der Sinusströme heruntergespielt habe und damit indirekt für die Todesfälle verantwortlich gemacht werden könne.

1918 wies Jellinek die Vorwürfe als absurd zurück und trug seinerseits in mehreren Aufsätzen polemische Attacken gegen Boruttau vor. Dessen Konzept von der Herzschädigung durch Sinusströme sei eine „Verirrung" sowie ein „Erklärungsklischee", dessen Unrichtigkeit sich gerade am Beispiel der elektrischen Todesfälle demonstrieren lasse. Jellinek konzedierte, dass sich seines Wissens durch die Anwendung der Wechselströme zumindest dreizehn Todesfälle ereignet hätten. Die tatsächliche Anzahl der Unfälle liege seiner Einschätzung nach sogar noch höher, „doch wenn auch jeder einzelne Fall sehr alarmierend wirkt, so ist die Gesamtziffer trotzdem nicht überraschend". Erst im Vergleich mit der Gesamtzahl der behandelten Soldaten könnten die Todesfälle in eine richtige Relation gebracht werden:

> Von technischer Seite ließ ich mir sagen, daß viele tausende elektrische Anschlußapparate, die Sinusstrom liefern, in Österreich-Ungarn und Deutschland in Gebrauch stehen; doch wenn wir annehmen, daß nur je 100 Ärzte in Österreich-Ungarn und in Deutschland mit Sinusstrom elektrisieren, daß nur 300 Tage im Jahr und nur 5 Mann pro Tag behandelt werden, so ergibt das in den vier Kriegsjahren die Zahl von 1.200.000 behandelten Fällen beziehungsweise Elektrisationen! Dieser gigantischen Ziffer ist die Unglückszahl 13 gegenüberzustellen.[113]

Ähnlich wie Gildemeister und Hering, die den individuellen Standpunkt in der Erklärung der Todesfälle und die variable Disposition der Patienten betont hatten, argumentierte auch Jellinek mit der „Mannigfaltigkeit und Vielgestaltigkeit des Todes durch Elektrizität", die von Fall zu Fall verschieden sei. Es könne sich hierbei nicht um elektrische Unfälle im engeren Sinne handeln, sondern um eine gewisse Form des Schocktodes, bei dem der elektrische Strom nur die Rolle einer Gelegenheitsursache habe: „Derlei Menschen sterben auch durch schwächere Reize, als es die

112 Heinrich Boruttau: Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom und die Rettungsfrage. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 55 (1918), S. 30 f.
113 Jellinek, Kriegsneurose und Sinusstrom, S. 1085.

Elektrizität ist, zum Beispiel durch Schlag, durch Wasser, ja sogar durch Schreck, eines plötzlichen Todes."[114] Jellinek war der Ansicht, dass der „elektrische Todesmechanismus" insbesondere von den individuellen Verhältnissen abhänge. Je nach Geschlecht, Rasse, Alter, Konstitution und Disposition sei die Toleranz des Menschen auf die Stromeinwirkung unterschiedlich. Auf die psychische Wirkung des Schockeffekts legte er ebenso großen Wert. So mache es einen entscheidenden Unterschied, ob jemand bewusst oder unbewusst von Strom getroffen werde. Bei überraschenden Stromstößen könnten sämtliche lebenswichtigen Funktionen wie Herzaktion, Bewusstsein und Atmung „wie auf Vereinbarung ganz plötzlich und gemeinsam verschwinden; es ist dies die Form des sogenannten Schocktodes".[115] Zum Verständnis der Unglücksfälle gehörte für Jellinek auch der Umstand, dass sich die Praxis der Elektrotherapie im Krieg grundlegend verändert habe:

> In der Friedenspraxis waren Arzt und Patient ausnahmslos von demselben Willen beseelt, ihr Ziel war ein gleichsinniges, und schritt man zur elektrischen Behandlung, so hatten beide, wenn ich so sagen darf, elektrische Bereitschaft. Und auch die Sonderwünsche und etwaigen Abwehrreaktionen der Rentenkämpfer der Friedenspraxis sind nicht im entferntesten zu vergleichen mit den Gemütsbewegungen und Erregungen der Kriegsneurotiker, die zur Sinusbehandlung kamen! Daß solche Menschen mitunter ganz abnorm reagieren, wenn vollends das Überrumpelungsverfahren angewandt wird und der elektrische Strom plötzlich zur Einwirkung kommt, bedarf keiner weiteren Erklärung.[116]

7.7 Entfremdungen: Kriegsneurosen und Multiethnizität

Warum wurde in Wien die Behandlung der Kriegsneurosen mit elektrischen Zwangsverfahren forciert? Wien galt seit den 1860er Jahren als eine Hochburg der Elektrotherapie und selbst an der militärärztlichen Akademie wurde eine eigene Station für Elektrotherapie betrieben.[117] Aber das allein vermag die besondere Neigung der Psychiater und Militärärzte zu den elektrischen Behandlungsmethoden nicht zu erklären. Ein Grund, der von den Psychiatern selbst immer wieder betont wurde, lag in dem Umstand der sprachlich-ethnischen Pluralität der österreichisch-ungarischen Armee. „Der Sprachwirrwarr in den österreichischen Spitälern war furcht-

114 Stefan Jellinek: Der elektrische Scheintod. In: EM 36 (1918), S. 358.

115 Stefan Jellinek: Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom und die Rettungsfrage. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 55 (1918), S. 238.

116 Jellinek, Kriegsneurose und Sinusstrom, S. 1085.

117 Krauss: Die physikalische Medizin und die jüdischen Ärzte, S. 88.

bar", erinnerte sich später die deutschjüdische Ärztin Käthe Frankenthal, die im Krieg als Militärärztin an der Ostfront und im Hinterland gewesen war. In den Lazaretten und Spitälern wurde tschechisch, slowakisch, kroatisch, serbisch, ungarisch, polnisch und sogar russisch gesprochen, sodass die Ärztin in vielen Fällen nur mit Zeichensprache weiterkam.[118] Behandlungsmethoden, die auf sprachlichem Einverständnis zwischen Arzt und Patienten basierten, schienen daher a priori bei den vielen „fremdsprachigen" Soldaten nicht in Betracht zu kommen.

Die Vielsprachigkeit der k. u. k. Armee bereitete den deutsch-österreichischen Ärzten – ob an der Front oder im Hinterland – große Probleme. Verständnisschwierigkeiten und Missverständnisse waren an der Tagesordnung. Wie sollte ohne sprachliche Verständigung mit dem verletzten oder kranken Soldaten eine exakte Diagnose gestellt, wie ein richtiger Krankentransfer oder eine präzise Zuweisung organisiert werden? Hinzu kam, dass auf dem Weg der Kranken in die Spitäler des Hinterlandes häufig die Dokumente verloren gingen und die Ärzte keinerlei Informationen über die Vorgeschichte des Patienten besaßen.[119] Zwar hatte die österreichische Militärmedizin das Problem der Vielsprachigkeit der Armeeangehörigen schon vor dem Krieg erkannt und die Publikationen zur Kranken- und Verwundetenfürsorge in mehreren Sprachen drucken lassen. Auch wurden eigene Sprachführer für Militärärzte herausgegeben, in denen wichtige ärztliche Fragen, die für die medizinische Beurteilung beziehungsweise das Stellen der Diagnose unumgänglich schienen, in acht Sprachen übersetzt, mit Nummern standardisiert und in übersichtlichen Rubriken angeführt waren. Eine eingehende Befragung des Soldaten war mit diesem Hilfsmittel nicht möglich, da die Fragen derart zusammengestellt waren, „daß der Untersuchte möglichst wenig antwortet". Unter der Rubrik *Störungen seitens des Nervensystems* listete der Sprachführer sechs Fragen auf, deren Beantwortung mit einem knappen Ja oder Nein erfolgen sollte. Dadurch blieb der Erkenntnisgewinn für den Arzt, der seinem Patienten Fragen wie „Haben Sie Kopfschmerzen? Haben Sie ein gutes Gedächtnis? Sehen Sie, hören Sie gut?" stellte, eher gering. Zur Entscheidungsfindung, wie der Transfer sowie die weitere Form der Behandlung zu gestalten war, vermochte das knapp gehaltene Kompendium militärärztlicher Befragungstechniken nicht viel beizutragen.[120] Weitgehend erfolglos

118 Käthe Frankenthal: Der dreifache Fluch: Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin. Lebenserinnerung einer Ärztin in Deutschland und im Exil. Frankfurt-New York 1981, S. 60. Zur ethnisch-sprachlichen Pluralität der österreichisch-ungarischen Monarchie siehe Peter Stachel: Ein Staat, der an einem Sprachfehler zugrunde ging. Die „Vielsprachigkeit" des Habsburgerreiches und ihre Auswirkungen. In: Feichtinger, Stachel, Das Gewebe der Kultur, S. 11–45, bes. S. 19–24.

119 Stefan Jellinek: Eine neue Methode zur Vereinheitlichung und Beschleunigung des militärärztlichen Dienstes in den Sanitätsanstalten. In: WKW 29 (1916), S. 28.

120 Sprachführer für den Verkehr des Arztes mit dem Kranken und dem Wärter in deutscher, böhmi-

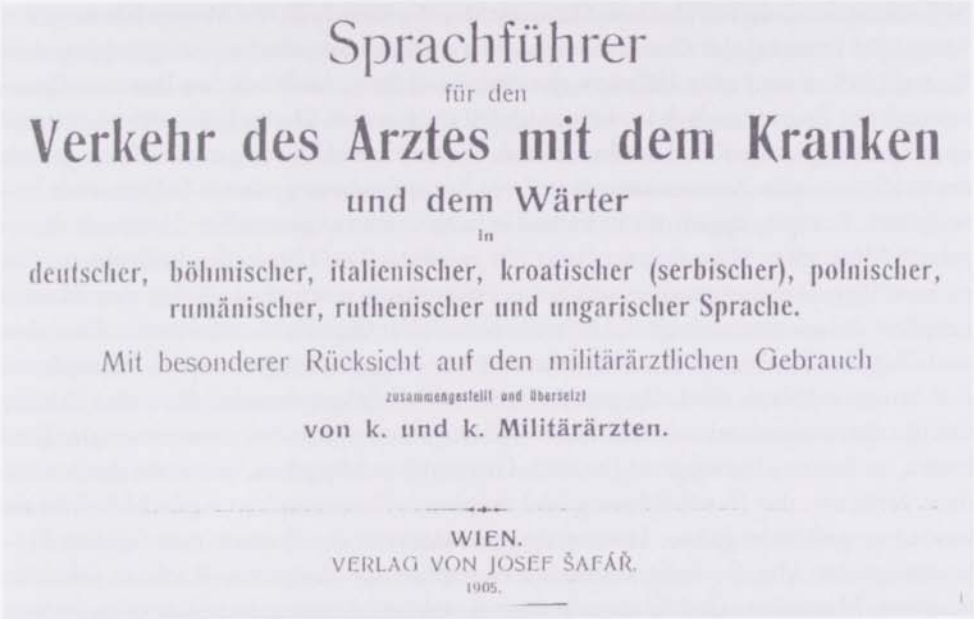

Sprachführer
für den
Verkehr des Arztes mit dem Kranken
und dem Wärter
in
deutscher, böhmischer, italienischer, kroatischer (serbischer), polnischer, rumänischer, ruthenischer und ungarischer Sprache.
Mit besonderer Rücksicht auf den militärärztlichen Gebrauch
zusammengestellt und übersetzt
von k. und k. Militärärzten.
WIEN.
VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.
1905.

Abbildung 9: Sprachführer für den Verkehr des Arztes mit dem Kranken und dem Wärter in deutscher, böhmischer, italienischer, kroatischer (serbischer), polnischer, rumänischer, ruthenischer und ungarischer Sprache, hg. von k. u. k. Militärärzten. Wien 1905 (Titelblatt).

blieb auch der Versuch, fachlich und sprachlich speziell geschulte Ärzte in der Erstversorgung einzusetzen. Besondere Schwierigkeiten bereitete dem k. u. k. Kriegsministerium die Verpflichtung von Psychiatern und Nervenärzten, die in der Etappe für die Behandlung der Kriegsneurosen eingesetzt werden sollten. So gab es etwa für Galizien kaum Ärzte, die neurologisch beziehungsweise psychiatrisch ausgebildet waren *und* der polnischen Sprache mächtig waren.[121]

1915 sah die nationale Gliederung der Mannschaftspersonen der österreichisch-ungarischen Armee wie folgt aus: Von 1.000 „einfachen Soldaten" waren 248 Deutsch-Österreicher, 233 Magyaren, 126 Tschechen, 92 Kroaten und Serben, 79 Polen, 78 Ruthenen, 70 Rumänen, 36 Slowaken, 25 Slowenen und 13 Italiener.[122] Auf der Be-

scher, italienischer, kroatischer (serbischer), polnischer, rumänischer, ruthenischer und ungarischer Sprache, hg. von k. und k. Militärärzten. Wien 1905, S. 33.

121 K. u. k. Kriegsministerium, Spezialärzte-Verzeichnisse, ÖStA-KA, KM 1917, 14. Abt., 68-2/378-2. Für diesen Hinweis danke ich Angelika Stadler.

122 Richard Georg Plaschka, Horst Haselsteiner, Arnold Suppan: Innere Front. Militärassistenz, Wider-

fehlsebene dominierten Deutsch-Österreicher, die innerhalb der Monarchie rund ein Viertel (24 Prozent) der Gesamtbevölkerung ausmachten, aber zu Kriegsbeginn drei Viertel (76 Prozent) aller Offiziere der Armee stellten. Auch bei den Reserveoffizieren und der Beamtenschaft im Kriegsministerium waren Deutsch-Österreicher in einem überproportionalen Anteil vertreten.[123] Die Heeresführung unterstützte gezielt die multinationale Zusammensetzung der Kampfeinheiten, da sie bei ethnisch homogenen Kampfgruppen nichtdeutscher oder nichtmagyarischer Herkunft mangelnde Motivation, Verweigerung oder ein geschlossenes Überlaufen befürchtete. Ein planmäßiges Durcheinanderwerfen der Volksgruppen wurde auch bei den Musterungskommissionen verfolgt.[124] Die mehrnationalen Organisationsformen sollten den zentrifugalen Tendenzen des Vielvölkerreiches entgegenwirken und die Kampfkraft der Armee erhalten, doch lag gerade darin ein wichtiger destabilisierender Faktor, der die nationalen und militärmedizinischen Krisen der Armee beschleunigte. Einheiten, in denen überwiegend Deutsch-Österreicher kämpften, genossen das besondere Vertrauen der Heeresführung und wurden in Frontabschnitte geschickt, die als besonders gefährdet galten. Dementsprechend waren die Verluste unter diesen Einheiten größer. Das Gerücht, wonach fremdsprachige Einheiten geschont würden, ging um. Misstrauen und Vorurteile über vermeintlich mangelnde Kampfqualitäten und unmännliche Verhaltensweisen anderer Volksgruppen machten sich breit.[125]

Auch die Psychiatrie wurde durch solche Vorurteile beeinflusst und trug ihrerseits zur Festigung von nationalen Stereotypen bei. Ein wesentliches Radikalisierungsmoment in der Behandlung der Kriegsneurosen lag in dem Umstand, dass deutschösterreichische Psychiater glaubten, fremdsprachige Soldaten würden ihre Symptome bloß simulieren und eigenen nationalen Interessen nachgehen. Ein häufig vorgebrachtes Argument für den Einsatz der elektrischen Zwangsmethoden war daher, dass diese ein verlässliches Mittel zur Entlarvung von Simulanten seien: „Der Schwindel wird mit dem Strom aus dem Körper gezogen."[126]

---

stand und Umsturz in der Donaumonarchie 1918. Bd. 1: Zwischen Streik und Meuterei. Wien 1974, S. 35.

123 Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 45.

124 Adler, Die andere Seite, S. 6.

125 Cornwall, Morale and Patriotism in the Austro-Hungarian Army, 1914–1918, S. 173–191.

126 Hans Neu: Über zwei bemerkenswerte Fälle von funktioneller Neurose. In: MMW 64 (1917), S. 1157. Robert Musil, 1916 von der italienischen Front zu einem Genesungsurlaub abgeordnet, wurde in einem Prager Militärspital Zeuge eines elektrischen Zwangsverfahrens: „Simulationsverdacht, der junge Bursche wird täglich faradisiert. Hu hu hu hu ajäja ja – er zappelt. Ein Wärter und vier Schwestern stehen lachend um ihn, halten ihm Arme und Beine und drücken die Kontakte an ihn. – Er schneidet Gesichter, als ob er lachen würde." Robert Musil: Tagebücher, hg. von Adolf Frisé. Reinbek bei Hamburg 1983, S. 326.

Zweifellos suchten Männer quer durch alle militärischen Ränge und unabhängig von sozialer und ethnischer Herkunft die Symptome der Kriegsneurose nachzuahmen, um der Lebensbedrohung in den Schützengräben zu entgehen. Im Schutz medizinischer Deutungsmacht ließ sich militärische Verweigerung tarnen. Doch zeigten die Aufzeichnungen der Ärzte, dass sie die Simulation auf Nervenabteilungen als eine seltene Erscheinung betrachtet hatten. Die Krankheitsstatistiken der Militärspitäler mahnten Scharfmacher zur Vorsicht. Nur jeder Fünfzigste der über 7.000 Patienten etwa, die während des Krieges an der psychiatrischen Abteilung des Ersten Garnisonsspitals in Wien untersucht beziehungsweise behandelt worden waren, wurde der Simulation bezichtigt.[127] Ein weiterer Grund, warum die Ärzte auf den Zustrom fremdsprachiger Patienten mit Misstrauen und übertriebener Härte reagierten, hatte mit dem zeitgenössischen medizinischen Diskurs um die erhöhte Anfälligkeit bestimmter Volksgruppen für bestimmte Krankheiten zu tun. Vor allem Soldaten slawischer und romanischer Provenienz, so wurde argumentiert, seien schon durch ihre Herkunft zu nervösen Störungen prädisponiert.[128]

Die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Patienten lassen die Bevorzugung „sprachloser" Stromtherapien plausibel erscheinen – und sie mögen auch mit ein Grund für die mangelnde beziehungsweise verspätete Durchsetzungskraft der Psychoanalytiker und ihrer Methoden gewesen sein. Trotzdem stößt dieses Erklärungsmodell schnell an seine Grenzen. Denn die Wiener Psychiater und Nervenärzte hatten schon zu Friedenszeiten Patienten behandelt, die aus den verschiedensten Teilen der Donaumonarchie in die Metropole gekommen waren, um ihre Leiden von einem berühmten Spezialisten untersuchen und heilen zu lassen. Die Anziehungskraft Wiens als medizinisches Mekka der Donaumonarchie und die multinationale Zusammensetzung der Spitäler, Sanatorien und Privatpraxen waren von den Ärzten oftmals betont und mit dem hohen Niveau ihrer Kunst erklärt worden. Klagen über Sprachschwierigkeiten oder therapeutische Missverständnisse, die sich wegen der beschränkten Kommunikationsmöglichkeiten zeigen hätten können, fanden dabei keine Erwähnung. Exemplarisch stehen dafür die

127 Alexander Pilcz: Einige Ergebnisse eines Vergleiches zwischen einem psychiatrischen Materiale der Friedens- und Kriegsverhältnisse. In: ZgNP 52 (1919), S. 233. Pilcz fand unter 3.248 Patienten, die nachweislich an der Front gestanden hatten, nur 56 (1,72 Prozent) Fälle offenkundiger Simulation. Bei Mannschaftspersonen, die aus dem Hinterland auf seine Abteilung kamen, war der Wert nur geringfügig höher (2,42 Prozent).

128 Alexander Pilcz: Lehrbuch der Speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien [5]1920, S. 203; Wagner-Jauregg, Erfahrungen über Kriegsneurosen, Sp. 192; Ernst Herzig, Diskussionsbemerkung, Verhandlungen der ärztlichen Abteilungen, S. 181. Zur ärztlichen Diffamierung ethnischer Minderheiten in der britischen Armee des Ersten Weltkrieges siehe Joanna Bourke: Männlichkeit, Krieg und Militarismus in Großbritannien 1914–1939. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 9 (1998), S. 38 f.

Erinnerungen Adolf Strümpells, der kurz vor dem Krieg als Professor für innere Medizin und Neurologe in Wien wirkte. Auch er hob hervor, dass die Wiener Mediziner besonders häufig von Angehörigen der osteuropäischen Nationen um Rat gebeten wurden, auch von sozial benachteiligten Leuten, die einen Teil ihres Hab und Guts verkauft hatten, um die Reise und die Behandlung finanzieren zu können. Von Sprach- beziehungsweise Kommunikationsschwierigkeiten wusste Strümpell nichts zu berichten, im Gegenteil: „Ich war häufig erstaunt über die Intelligenz dieser Leute und über die präzise Genauigkeit, mit der sie dem Arzt über ihr Leiden und die bisherigen Behandlungsversuche berichteten."[129]

Wilhelm Stekel schrieb in seinen Erinnerungen, dass die Hypnose sehr wohl zur Anwendung gekommen sei, wenngleich nur wenige Ärzte diese ausübten. Auch bei Soldaten, deren Sprache die behandelnden Ärzte nicht verstanden, sei es möglich gewesen, mit hypnotischen Verfahren zu arbeiten und gute Heilerfolge zu erzielen.[130] Eine ähnliche Position vertrat Wilhelm Neutra, der neben den elektrischen Zwangsverfahren ab 1916 auch hypnotische Verfahren anwendete. Dem Leiter des Badener Garnisonsspitals war das Problem der Sprachbarrieren durchaus bewusst, aber dennoch vertrat er den Standpunkt, dass diese für die hypnotische Behandlung keine Rolle spielten. Neutra hatte weit reichende Erfahrungen mit der Hypnose gemacht und die Suggestion mit Hilfe von Dolmetschern durchgeführt. Einwände, wonach dadurch die Macht des Hypnotiseurs an Kraft verliere, wies er mit dem Argument zurück, dass „durch die Mittelbarkeit die suggestive Kraft der suggerierenden Person wächst".[131] Einflussreiche Wiener Psychiater wie Wagner-Jauregg, Stransky oder Redlich lehnten die Anwendung hypnotischer Methoden ab.[132] Dennoch genoss Neutra, dessen Nervenabteilung ab 1917 in unmittelbarer Nähe des Armeeoberkommandos lag, bei den Militärs einen hervorragenden Ruf. Seine Nervenabteilung galt als Vorzeigeeinrichtung und Neutra berichtete den Militärs in mehreren Vorträgen und „feldärztlichen Abenden" von den Fortschritten, die er in der Behandlung der Kriegsneurosen erzielt habe. Im April 1917 hielt er einen öffentlichen Vortrag im Badener Stadtkino, bei dem er Filmaufnahmen über (von ihm vorgenommene) Hei-

129 Strümpell, Aus dem Leben eines deutschen Klinikers, S. 270 f.

130 Stekel, The Autobiography of Wilhelm Stekel, S. 161.

131 So Neutra in einer Diskussionsbemerkung auf der Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigung in Baden. In: Verhandlungen der Tagung der ärztlichen Abteilungen, S. 177–179. Wagner-Jauregg widersprach dem entschieden: „Es ist nicht möglich, Hypnose und hypnotische Suggestion mittels Dolmetsch durchzuführen." Wagner-Jauregg, Erfahrungen über Kriegsneurosen, Sp. 192.

132 Verhandlungen der Tagung der ärztlichen Abteilungen, S. 177; Eissler, Freud und Wagner-Jauregg, S. 56 f. 1921 lehnte die Wiener medizinische Fakultät auf Anraten Wagner-Jaureggs Neutras Gesuch um die Verleihung der Venia Legendi für Psychiatrie und Neurologie ab.

lungen von hysterischen Gangstörungen zeigte. Schenkt man einem lokalen Zeitungsbericht Glauben, so drückte die Zuhörerschaft, die vornehmlich aus Offizieren bestand, „wiederholt ihre Freude an diesem Triumphe der Wissenschaft durch lebhaftesten Beifall aus".[133]

In Deutschland wurden unter der Ägide von Max Nonne und Ernst Kretschmer ab 1916 zunehmend psychotherapeutische Methoden forciert, die auf Hypnose beziehungsweise Suggestion setzten. In österreichischen Nervenspitälern konnten sich diese Methoden, die auf den Einsatz des elektrischen Apparates gänzlich verzichteten, bis Kriegsende in größerem Maße nicht durchsetzen. Zwar deutete sich mit dem Budapester Kongress der Psychoanalytiker im Herbst 1918 eine Abkehr von den Zwangsverfahren der Psychiater an, aber zur praktischen Umsetzung kamen die auf der Tagung diskutierten neuen Methoden kaum mehr. Natürlich gab es auch andere Stimmen. Fritz Hartmann, Vorstand der Grazer Nervenklinik, setzte sich insbesondere für die Arbeitstherapie ein.[134] Aber länger als in Deutschland wurde insbesondere in Wien, dem Zentrum der Kriegsneurosenbehandlung, die Elektrotherapie eingesetzt. In Kombination mit disziplinären Maßnahmen (Isolation, Diät, Ausgehverbot) blieb diese bis Kriegsende das auf österreichischen Nervenstationen am häufigsten angewandte Verfahren.[135]

Kritische Stimmen zur elektrischen Zwangsbehandlung kamen nach Kriegsende vor allem aus dem Lager der Psychoanalyse. Freud stand dabei mit seinem verbindlich gehaltenen Gutachten nicht in der ersten Reihe. Sein bekannt gewordenes Diktum, die Psychiater hätten im Krieg wie *Maschinengewehre hinter der Front* agiert, hatte er von Alfred Adler entlehnt. Adler, der selbst im Wiener Kriegsspital IV als Militärarzt tätig gewesen war, hatte sich der sozialdemokratischen Partei angenähert und war nach Kriegsende Mitglied im Arbeiter- und Soldatenrat geworden. 1919 erhob er in seiner Schrift *Die andere Seite* gegen die Psychiater schwere Vorwürfe. Im Krieg, so Adler, sei dem Militarismus ein „Heer von Ärzten, erprobten Karrieristen", willig zur Verfügung gestanden, die sich „wie Maschinengewehre hinter den ‚kriegslustigen' Menschen" aufstellten:

---

133 [Wilhelm Neutra]: Ueber Kriegsnervosität. In: *Badener Zeitung* Nr. 29 (11. April 1917), S. 2; Johann Steiner: Erinnerungen aus dem Großen Krieg (1914–1918). Unpubl. Ms., ÖStA-KA, B/41-2, S. 134. Noch im Oktober 1918, kurz vor Kriegsende, erhielt Neutra hohen Spitalsbesuch durch Generalstabsarzt Johann Jakob Frisch und zwei kaiserliche Erzherzöge, denen er seine therapeutischen Methoden vorführen konnte. *Badener Zeitung* Nr. 81 (9. Oktober 1918), S. 1.

134 Fritz Hartmann: Arbeit als Heilbedingung bei Nervenkrankheiten. Ein Beitrag zur Volksheilstättenbewegung für Nervenkranke. Graz 1917.

135 Artur Schüller: Zur Behandlung der Kriegsneurosen. In: WMW 69 (1919), Sp. 975. Eissler (S. 88) meint, dass „wahrscheinlich in Wien der letzte Kriegsneurotiker von einem Psychiater zum letzten Mal faradisiert wurde".

> Sie blieben im Lande, nährten sich redlich und waren nur für Beförderungen, Orden und für ein freundliches Lächeln des Oberen zu haben. Von den Furien des Größenwahns besessen, den sie für Patriotismus und Kriegsbegeisterung hielten, entdeckten viele von ihnen Foltern und Martern vergangener Jahrhunderte, um durch ein „Minimum an Annehmlichkeit" zusammenbrechende Mitmenschen aufzupeitschen und in den Tod zu jagen. Nicht nur die Front, auch das Hinterland drohte mit Tod und Verderben.[136]

Auch Fritz Wittels (1880–1950), der als Mitarbeiter Wagner-Jaureggs die Verhältnisse in der Wiener Psychiatrischen Klinik gut kannte, in den Kriegsjahren aber als Militärarzt im Vorderen Orient tätig gewesen war, erhob heftige Kritik. Wittels stellte Anfang der 1920er Jahre in seinem satirischen Kriegsroman *Zacharias Pamperl* die gleichnamige Hauptfigur als einen „Kriegsneurotiker" dar, die sich mit dem harschen Vorgehen der Wiener Psychiater konfrontiert sieht. Der nach einem Artillerieangriff an der russischen Front kriegsverwundete Offizier Zacharias Pamperl findet sich bei seinem Genesungsurlaub in Wien nicht mehr zurecht: „Er brachte das Fauchen der Geschosse nicht aus seinen Ohren, die verstümmelten Leichen nicht aus seiner Erinnerung [...]. Zacharias fühlte sich innerlich für ein halbes Leben gebrochen von dem, was er erlebt hatte. Aber er wußte, daß das kein Leiden war, mit dem er vor den Militärärzten anerkannt werden konnte." Bei einem Treffen mit seinem Jugendfreund Siegfried Margosches, der Schreiber in der Offiziersrekonvaleszenten-Sammelstelle ist, bekommt er von diesem den Rat, sich vor den Ärzten der Wiener Militärspitäler zu hüten. Wittels schrieb:

> Diese Herren verwendeten Elektrisiermaschinen, wie man sie in Amerika gegen Raubmörder in Gebrauch hat, und kitzelten den Vaterlandsverteidiger, bis ihm kein Ausweg mehr blieb, als Selbstmord oder Rückkehr ins Feuer. Sie spritzten auch Brechmittel ein, daß man die Seele aus dem Leibe spie und den Tod fürs Vaterland einem solchen Leben bei weitem vorzog. Maria Theresia hatte die Folter abgeschafft, die Nervenärzte haben sie im Weltkrieg wieder eingeführt.[137]

Die Psychiater resümierten über ihren Einsatz im Krieg natürlich anders. Im Herbst 1918 nannte Bruno Drastich, zum Sanitätschef des Wiener Militärkommandos aufgestiegen, die Behandlung von Kriegsneurosen „ein besonderes Ruhmesblatt der Wiener Psychiater und Neurologen".[138] Die Behandlungsmethoden und -ergebnisse

---

136 Adler, Die andere Seite, S. 5.

137 Fritz Wittels: Zacharias Pamperl oder der verschobene Halbmond. Wien 1923, S. 82–86.

138 Bruno Drastich: Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: WMW 68 (1918), Sp. 2064.

wurden als große Erfolgsleistung inszeniert – und die elektrischen Zwangsverfahren bagatellisiert: „Drollig zu lesen sind die Berichte über Wunderheilungen mit schärferen Verfahren, zum Beispiel dem berühmt gewordenen Kaufmann bei allen möglichen Kriegsbildern", befand der Wiener Psychiater Emil Raimann vier Jahre nach Kriegsende.[139] Und auch Stefan Jellinek, der nach dem Krieg seine elektropathologischen Studien fortsetzte und sich als Experte für elektrische Unfälle einen Namen machte, spielte 1925 die Wirkung der elektrischen Ströme herunter: „Wenn die Niederspannung wirklich so außerordentlich gefährlich wäre, wie jetzt wieder behauptet wird, so wären während des Krieges mehr Soldaten durch ärztliche Behandlung mittels sinusoidaler Faradisation [...] als durch feindliche Einwirkungen zugrunde gegangen."[140]

Diese zitierten Textpassagen zeigen einen scharfen Kontrast in der nachträglichen Bewertung der elektrischen Zwangsverfahren durch die Psychiater beziehungsweise durch die Psychoanalytiker. Dies führt zum Ausgangspunkt dieses Kapitels zurück: Eine historische Charakterisierung der psychiatrischen Behandlungsmethoden im Krieg fällt nicht leicht, da die Versuchung besteht, nach einem Täter-Opfer-Schema in moralischen Kategorien zu argumentieren. Zweifellos brachten die elektrischen Zwangsverfahren für viele Soldaten eine erneute Leidenserfahrung mit sich, die in manchen Fällen tödlich endete. Die Diskussion der Vorgehensweisen von Viktor Gonda und Wilhelm Neutra, zwei der exponierten Vertreter der Kriegsneurosenbehandlung, zeigt in aller Deutlichkeit, dass es bei den elektrischen Verfahren um das bewusste Zufügen von Schmerzerfahrungen und Schockmomenten ging. Um die Symptome der Soldaten zu beseitigen, gingen diese Ärzte bis zum Äußersten und suchten die „Heilung" der Erkrankung mit Gewalt zu erzwingen.

So berechtigt es ist, die Thematik der Kriegsneurosen als ein wichtiges Kapitel in der Geschichte psychiatrischer Gewaltproduktion zu schreiben, so problematisch ist es, die Praktiken der Psychiater als Akte der Inhumanität darzustellen. Die Analyse des „Fall Kauders" hat gezeigt, dass die ethisch-moralische Be- und Verurteilung der Psychiatrie des Ersten Weltkrieges selbst zu historisieren ist. Dies bedeutet, die anklagenden oder rechtfertigenden Kriegs- und Nachkriegsnarrative ernst zu nehmen, mit denen bestimmte wissenschaftliche Akteure und politische Interessengruppen die „Wahrheit" in der Behandlung der Kriegsneurosen nachträglich konstruierten und durchzusetzen suchten. Während der Verhandlung gegen Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen stuften die Wiener Psychiater ihre Behandlungsverfahren als milde ein und suchten dies in strikter Abgrenzung von der deutschen Ärzteschaft zu beweisen. Die nachsichtige Haltung der

139 Emil Raimann: Traumatische Neurosen. In: WMW 72 (1922), Sp. 1794.

140 Stefan Jellinek: Der elektrische Unfall. Skizziert für Ingenieur und Arzt. Leipzig-Wien 1925, S. 17.

österreichischen Psychiatrie gegenüber den Kriegsneurosen ist jedoch eine Legende, die in der chaotischen und aufgeheizten Atmosphäre der unmittelbaren Nachkriegszeit der Selbststilisierung und Selbststabilisierung diente. Während die deutsche Psychiatrie in den letzten beiden Kriegsjahren stärker auf hypnotische Behandlungsverfahren setzte, hielten die meisten Wiener Psychiater unter der Führung Wagner-Jaureggs bis zum Ende des Krieges an den elektrischen Zwangsverfahren fest. Das Beispiel Sigmund Kornfelds zeigt allerdings, dass diese Verfahren nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in der Ärzteschaft umstritten waren. Politisch wirksam wurde die heftige Kritik am Vorgehen der Psychiater allerdings erst in der Nachkriegszeit. Die scharfe Kritik der Psychoanalytiker an den Psychiatern war hingegen – wie das nächste Kapitel zeigt – über weite Strecken unberechtigt, da auch die Psychoanalyse am Ende des Krieges militärische und professionelle Interessen zu ihrem eigenen Vorteil zu kombinieren suchte. Weiterhin ist es wichtig zu sehen, dass die „Wiener Schule" der elektrischen Kriegsneurosenbehandlung in Österreich-Ungarn zwar vorherrschend, aber nicht die einzig verbreitete war. An den Grazer Nervenstationen kam der Faradisationsapparat kaum zur Anwendung. Hier lag der Schwerpunkt in der Kombination arbeitstherapeutischer und psychopädagogischer Formen. Freilich dienten auch diese Methoden einer möglichst effizienten Behandlung der Erkrankungen der Soldaten – mit dem Ziel, ihre Funktionalität beziehungsweise ihre Arbeitskraft wiederherzustellen.

Das Profil der Wiener Kriegspsychiatrie lässt sich mit dem Hinweis auf die virulente Nationalitätenfrage der Donaumonarchie schärfer fassen. Die Psychiater, auch jene jüdischer Provenienz, fühlten sich als Teil einer deutsch-österreichischen Funktionselite und suchten diese Position auch in der Kriegszeit zu erhalten. Hierbei spielten Strategien der Zuweisung nationaler Inferiorität und Superiorität sowie die Pathologisierung kultureller Differenzen eine bedeutende Rolle. In diesem Zusammenhang lässt sich die strenge, in vielen Fällen auch brutale Vorgehensweise der Wiener Psychiatrie gegen nicht deutsch-österreichische Soldaten zunächst damit erklären, dass sie mit ihrem therapeutischen Vorgehen nicht nur die psychischen Massenerkrankungen zu heilen, sondern auch den zentrifugalen Tendenzen, die sich in der österreichisch-ungarischen Armee immer deutlicher zeigten, entgegenzuwirken suchte. Darüber hinaus gilt es jedoch weitere Faktoren zu berücksichtigen, die aus der engen Zusammenarbeit mit den Militärs resultierten. Auf diese soll im folgenden, letzten Kapitel eingegangen werden.

8. PSYCHIATRISCHE UND MILITÄRISCHE ALLIANZEN

Bald nach Kriegsbeginn machten in Wiener Kaffeehäusern und privaten Gesprächszirkeln Gerüchte die Runde, die sich um die unnachgiebige Haltung der Militärärzte und Musterungskommissionen rankten. Arthur Schnitzler vernahm im Frühjahr 1915 „albern komische Geschichten", wie etwa die des „Generalstabsarztes T., der von einem verwundeten (Soldaten) verlangt, er solle ‚habt acht liegen', und sich freundliche Gesichter verbittet, da er dienstlich käme".[1] Auch in der Öffentlichkeit wurden Klagen laut, dass die Musterungen nicht gerecht ablaufen würden und es gesunde Wehrpflichtige durch Beziehungen zu hoch gestellten Persönlichkeiten in der Armee beziehungsweise zu Militärärzten verstünden, dem Frontdienst zu entgehen. Demgegenüber standen Anschuldigungen, wonach in Musterungskommissionen häufig militärische Erfordernisse über den Gesundheitszustand und über die Verwendung der Wehrpflichtigen entschieden.

In welchem Verhältnis standen in der österreichischen Kriegspsychiatrie militärische Repression und Eigeninitiativen? Waren die Ärzte in ihrer therapeutischen Arbeit von einem unausweichlichen Druck durch übergeordnete Militärstellen angeleitet, ließen sie sich in die Pflicht nehmen oder hatten sie ihrerseits Vorstöße unternommen, die sie aus den Erfahrungen in den Spitälern ableiteten und die den Intentionen der Militärbürokratie entgegenkamen? Im Folgenden sollen die psychiatrischen Zwangstherapien in den Kontext der umfassenden Mobilisierungen für den Krieg gestellt werden, die im zweiten und dritten Kriegsjahr von der österreichischen Armeeführung in Gang gesetzt wurden.[2] Es ist legitim und im Sinne einer kritischen Analyse der Psychiatrie zu Kriegszeiten sogar unerlässlich, die praktizierten Behandlungsmethoden unter ethischen Gesichtspunkten zu hinterfragen und auf die Leiden der Soldaten aufmerksam zu machen, die ihnen aus militärmedizinischem Kalkül zugefügt wurden. Darüber hinaus gilt es aber in historischer Perspek-

1 Arthur Schnitzler: Tagebuch 1913–1916, hg. von der Kommission für literarische Gebrauchsformen der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien 1983, S. 201. Schnitzler meinte hier wohl den Präses der „ambulanten Kommission", Josef Teisinger, der zu diesem Zeitpunkt den Rang eines Generalmajors innehatte und nicht, wie Schnitzler notierte, den eines Generalstabsarztes.

2 Zum Begriff der Mobilisierung siehe John Horne: Introduction: Mobilizing for 'Total War'. In: ders. (Hg.): State, Society and Mobilization in Europe during the First World War. Cambridge 1997, S. 1–17.

tive aufzuzeigen, dass es sich bei den psychiatrischen Zwangstherapien um die konsequente Umsetzung eines Denkens handelte, das an den Interessen einer zunehmend biologisch definierten Kriegsgesellschaft orientiert war.

Die Sorge um den beschädigten „Volkskörper" und um das „nationale Nervensystem" ließ in der Psychiatrie rassenhygienisches Gedankengut immer stärker in den Vordergrund treten. Wer an Kriegsneurose erkrankt war, so das Kalkül der Psychiater, hatte das Recht auf bestmögliche therapeutische Behandlung, sollte jedoch nicht auf Kosten der gesund gebliebenen, an der Front kämpfenden Kameraden im Hinterland bleiben können. Aus bevölkerungspolitischen Gründen sei die einseitige Schonung von Soldaten, an denen der Krieg ihre pathologische Konstitution offengelegt hatte, nicht zu rechtfertigen. Dieses Denken wurde durch die Bemühungen der Militärs, die aufgrund der hohen Verluste und angesichts erschöpfter Rekrutierungsmöglichkeiten immer stärker auf die Reintegration verwundeter Soldaten setzten, verstärkt. In der Kombination brachte dies ein sach- und problemorientiertes Denken hervor, das im Zeichen von Ökonomisierung und Rationalisierung stand.[5] In der weiteren Konsequenz bedeutete dies, dass in der Psychiatrie gemeinschaftliche, militärische und staatliche Interessen denen der Patienten vorgezogen wurden.

8.1 Ökonomisierung und Rationalisierung: Der Druck der Militärs

Die militärische Krise der Mittelmächte war mit Fortdauer des Krieges immer deutlicher geworden. Aus der Sicht Österreich-Ungarns stand 1916 die Lage besonders schlecht. Die Südtiroloffensive, die als „Strafexpedition" gegen Italien geführt worden und von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf des Krieges war, hatte keinen Erfolg gebracht. Damit war die Niederwerfung Italiens misslungen. An der Ostfront, in Polen, in Ostgalizien und in der Bukowina war die k. u. k. Armee durch die Brusilov-Offensive in höchste Bedrängnis geraten. Der Großteil der dort zusammengezogenen Truppen war tot, verwundet, desertiert oder befand sich im Rückzug. Von

5 Zur „Rationalisierung" als handlungsstrukturierendes Merkmal der deutschen Psychiatrie des Ersten Weltkrieges siehe Lerner, Rationalizing the Therapeutic Arsenal, S. 121–148; darauf aufbauend Schmiedebach, Medizinethik und „Rationalisierung" im Umfeld des Ersten Weltkriegs. In: Frewer, Neumann, Medizingeschichte und Medizinethik, S. 57–84 und – unter Berücksichtigung der österreichischen Situation – Hans-Georg Hofer: Effizienzsteigerung und Affektdisziplin. Zum Verhältnis von Kriegspsychiatrie, Medizin und Moderne. In: Petra Ernst, Sabine Haring und Werner Suppanz (Hg.): Aggression und Katharsis. Der Erste Weltkrieg im Diskurs der Moderne [im Druck]. Aus angelsächsischer Perspektive siehe Roger Cooter and Steve Sturdy: Of War, Medicine and Modernity: Introduction. In: Cooter, Sturdy, Harrison, War, Medicine and Modernity, S. 1–21 und Harrison, Medicine and the Management of Modern Warfare, S. 379–410.

großräumigen, kriegsentscheidenden Operationen konnte keine Rede mehr sein, da die eigenen Kräfte schon für eine stabile Defensive nicht mehr ausreichten.[4]

Die militärische Krisensituation wurde durch den Mangel an einsatzfähigen Soldaten verstärkt. Die heeresökonomische Bilanz war dramatisch. Bis Ende 1915 waren rund 400.000 Soldaten an der Front gefallen beziehungsweise in den Spitälern gestorben und rund zwei Millionen Soldaten wurden als Verwundete oder Kranke gezählt. Im Laufe des zweiten Kriegsjahres hatte sich der durchschnittliche Krankenstand in den Hinterlandsspitälern von etwa 250.000 auf 400.000 Mann erhöht; gleichzeitig war der Prozentsatz der wieder Felddienstfähigen von 84 Prozent auf 65 Prozent zurückgegangen. Damit betrugen die Krankenverluste der österreichisch-ungarischen Armee fast das Doppelte der deutschen und mehr als das Dreifache der französischen Armee. Berechnungen des Kriegsministeriums zufolge erforderten die Abgänge an Kranken und Verwundeten einen ständigen Ersatz von 230.000 Mann pro Kriegsmonat. Da aber die Ersatzmöglichkeiten der Armee weitgehend ausgereizt waren und weitere Musterungen – die mittlerweile schon Achtzehnjährige umfassten – den Mannschaftsstand nicht mehr ausgleichen konnten, entschied sich die Armeeführung, die Krankenabgänge möglichst klein zu halten.

Eine Reihe von sanitätsorganisatorischen Neuerungen sollte dies gewährleisten: Auflassung kleinerer Spitäler, Zentralisierung der Kranken- und Verwundetenbehandlung, Einrichtung von Spezialanstalten mit Spezialärzten, kein Weitertransport von Kranken und Verwundeten mit voraussichtlicher Heilungsdauer von sechs bis acht Wochen in Hinterlandsspitäler und scharfe Kontrolle aller Militärsanitätsanstalten. Durch „energischste Anstrengungen", so schrieb Ignaz Kaup später, sei 1916 die „entscheidende wehrpolitische Aufgabe" gelungen: Durch eine konsequente Reduktion der Krankenabgänge um rund 130.000 Mann sei die monatliche Ersatzquote um die Hälfte gesenkt worden. Dies habe in weiterer Folge bedeutet, dass die Ersatzreserve der Armee auf einen längeren Zeitraum verteilt und mobilisiert werden und Österreich-Ungarn seine personelle Kampfkraft um zwei weitere Jahre erhalten konnte. Für Kaup, der als Hygienereferent des Armeeoberkommandos mitverantwortlich war für die sanitätsorganisatorischen Entscheidungen, war diese Tätigkeit „ähnlich wie die eines Generalstabsoffiziers. Die Ökonomie des Menschenmaterials war der leitende Gesichtspunkt."[5]

Der Gedanke von der „Ökonomisierung" des Menschen hatte schon vor dem Ersten Weltkrieg weite Verbreitung erfahren. 1908 hatte der österreichische Finanz-

4 Zur Krisensituation von 1916 in der österreichisch-ungarischen Armee siehe Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 373–375; Herwig, The First World War, S. 234 und Jósef Galántai: Hungary in the First World War. Budapest 1989, S. 180–204.

5 Kaup, Kriegsseuchen im Weltkriege, S. 1318 f.

soziologe und Gesellschaftsforscher Rudolf Goldscheid (1870–1931) die Schrift *Entwicklungswerttheorie, Entwicklungsökonomie, Menschenökonomie* vorgelegt. Ausgehend von der ökonomischen Ordnungsrationalität der industriellen Warenproduktion galt Goldscheid der Mensch als Produktionsmittel und Produkt selbst, als „Menschenmaterial", das unter ökonomisch optimalen Kriterien bewirtschaftet werden sollte. Goldscheids These war in erster Linie als Sozialkritik der industriellen Moderne zu verstehen und enthielt nicht zuletzt zentrale Argumentationsfiguren des Neurastheniediskurses: Der wachsende physische und psychische Druck auf die Beschäftigten, das gesteigerte Arbeitstempo und die maschinelle Belastung hätten für die Bevölkerung erhebliche physische und psychische Belastungen gebracht. Als Resultat dieser Entwicklung sei das ökonomische Gleichgewicht zwischen Arbeitskräften und Güterwerten verloren gegangen. Die negativen Folgen der erhöhten Arbeitsintensität auf die menschliche Gesundheit könnten jedoch durch die systematische Erforschung und Produktion von „organischem Kapital" abgewendet, Wirtschaft und Gesellschaft nach Prinzipien der *Höherentwicklung und Menschenökonomie* reformiert werden.[6]

Goldscheid rückte den „biologischen Wert" des Menschen in erster Linie unter soziologischen und ökonomischen Gesichtspunkten in den Mittelpunkt. Unter dem Eindruck der industriellen Massenproduktion und der aufkommenden rassenhygienischen Bewegung versuchte er Antworten auf die demografischen Veränderungen in Österreich um 1900 zu finden und Wege zur Optimierung sowohl der individuellen als auch der gesellschaftlichen Reproduktion aufzuzeigen. Unter dem Eindruck der militärischen Krisen wurde das Konzept der „Menschenökonomie" nicht nur zu einem Fixpunkt des aufstrebenden sozialbiologischen und rassenhygienischen Denkens, sondern wurde auch für militärpolitische Zwecke instrumentalisiert.[7] Durch die hohen Verluste in der Armee erhielten technokratische und rationalistische Ansätze in der Organisation der personellen Ressourcen eine immer größere Bedeutung. Für die planmäßige und effiziente Rückführung von erkrankten beziehungsweise verwundeten Soldaten wurde ökonomisches Produktivitätsdenken zum handlungsleitenden Prinzip.

---

6 Siehe dazu Jochen Fleischhacker: Menschen- und Güterökonomie. Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischem Gesellschaftsentwurf. In: Mitchell Ash, Christian H. Stifter (Hg.): Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart. Wien 2002, S. 207–229 und Ulrich Bröckling: Menschenökonomie, Humankapital. Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie. In: Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung 12 (2003), S. 3–22.

7 Byer, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege, S. 86–101; Weingart, Kroll und Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 254–259. Zur Bedeutung Goldscheids für die aufkommende eugenische Bewegung siehe Verena Steinecke: Menschenökonomie. Der medizinische Diskurs über den Geburtenrückgang von 1911 bis 1931. Pfaffenweiler 1996.

Zu Beginn des Jahres 1915 erfanden Militärs und Beamte des Kriegsministeriums eine neue Einrichtung, die durch ein intensiviertes Zusammenspiel von Militär und Medizin das Rekrutierungswesen in der Armee effizienter gestalten sollte. Zum Präses der „ambulanten Kommission", wie diese Einrichtung aufgrund ihrer mobilen Einsatzfähigkeit genannt wurde, wurde Generalmajor Josef Teisinger von Tüllenburg (1856–1920) bestellt. Hauptaufgabe der Kommission war es, Behörden, Kommandos und Spitäler des Hinterlandes zu inspizieren und Wehrpflichtige, die durch das Netz des Rekrutierungswesens geschlüpft oder aufgrund einer Verwundung im Hinterland stationiert waren, auf ihre Einsatztauglichkeit zu überprüfen und gegebenenfalls zu ihren Dienststellen zu schicken.[8] Im Juni 1916 wurden die Kompetenzen der Kommission deutlich erweitert. Jeder Wehrpflichtige, der sich im Hinterland aufhielt, konnte zur Feststellung seines Gesundheitszustandes vor die Musterungskommission befohlen werden. Ging aus der ärztlichen Untersuchung, die in der Regel von einem Oberstabsarzt durchgeführt wurde, die Diensttauglichkeit hervor, wurde der Betroffene der ambulanten Kommission zugestellt und umgehend zu seiner Einheit beordert. Bei Unstimmigkeiten und zweifelhaften Befunden wurden externe Gutachten über den Zustand des Soldaten eingeholt.

Wenige Monate später, im Oktober 1916, wurde im Wiener Kriegsministerium auf einer Konferenz ranghoher Militärs, Beamter und Ärzte über eine nochmalige Verschärfung der Bestimmungen und eine Abänderung des militärärztlichen Dienstbuches debattiert. Im Zentrum der Diskussion stand die Frage, wie die Tauglichkeitsgrade neu definiert und im Sinne militärischer Interessen angewandt werden konnten. Vier Tauglichkeitsgrade waren im Dienstbuch festgelegt:

Kategorie A	Felddiensttauglichkeit
Kategorie B	Hilfsdienst mit der Waffe; schwere, meist handwerkliche Arbeiten in der Profession des Soldaten (Schmied, Schlosser, Maurer, Bäcker)
Kategorie C	Hilfsdienst ohne Waffe; leichte Arbeiten (Kanzlei- und Pflegedienst, Ordonnanz)
Kategorie D	zu jedem Dienste untauglich

Das Protokoll dieser Konferenz zeigt, dass die Psychiater nicht erst auf militärischen Druck hin einem planmäßigen Herabsetzen der Tauglichkeitsvorschriften generell und insbesondere dem Vergrößern der Kategorie A zustimmten. Sowohl Erwin Stransky, psychiatrischer Sachverständiger der Wiener Militärgerichte, als auch Bruno Drastich, Militärpsychiater und Kommandant eines großen Wiener Garni-

8 Wolfgang Doppelbauer: Zum Elend noch die Schande. Das altösterreichische Offizierskorps am Beginn der Republik. Wien 1988, S. 178–197.

sonsspitals, drängten auf eine Verschärfung der Bestimmungen. Stransky brachte vor allem rassenhygienische Argumente vor und insistierte darauf, dass für den Frontdienst die „psychopathisch Minderwertigen" herangezogen werden müssten; eine Ausweitung der Felddiensttauglichkeit auf bislang zu Hilfsdiensten eingeteilte Mannschaften sei aus bevölkerungspolitischer Sicht unumgänglich. Stransky empfahl, „Individuen, deren Reproduktion jedenfalls minder wünschenswert ist, an Stelle selektiv wertvollerer zu exponieren". Unterstützung für eine rigorose Rückführungspolitik bei den Soldaten, die sich in den Militärspitälern des Hinterlandes aufhielten, fanden die Militärs auch bei Drastich:

> Ich habe die Wahrnehmung gemacht, daß sich in den Spitälern eine Unmenge von Leuten verkriechen, die gesund sind, simulieren oder zumindest stark übertreiben. Ich möchte die Anregung geben und bitten, es möge eine Enquete einberufen werden, die sich diesem Problem widmet. Denn auf diese Art und Weise könnten wir Tausende von Soldaten aus den Spitälern herausbekommen.[9]

Als Psychiater forderte Drastich insbesondere eine Ausweitung der Felddiensttauglichkeit auf Patienten mit Zittererscheinungen. Es sei „dringend notwendig, daß das Zucken [der Gesichtsmuskeln] in das Verzeichnis A übernommen wird". Unter diese Kategorie sollten fortan auch Kriegsneurosen leichteren Grades fallen. Soldaten, die an einer „einfachen oder konstitutionellen Neurasthenie mäßigen Grades" litten, seien ebenso als felddiensttauglich zu klassifizieren wie eine „traumatische Neurose mäßigen Grades" oder „Hysterie mit Anfällen ohne Bewußtseinsstörung". Schwere Fälle fielen unter die Kategorien B oder C. Vor dem Einsatz an der Front schützte die Einstufung zu Hilfsdiensten freilich nicht, da über die Art der Tätigkeit der genesenen Soldaten letzten Endes die Militärverwaltung bestimmte, die nach militärischen Notwendigkeiten vorging.[10]

Die planmäßige Herabsetzung der Tauglichkeitsbestimmungen gab der ambulanten Kommission nahezu uneingeschränkte Verfügungsgewalt in die Hand. Die restriktive Auslegung und die partielle Verletzung der Kompetenzen brachten den Militärs den gewünschten Effekt. Die Zahl der gemusterten und für kriegstauglich befundenen Soldaten ging in die Zehntausende. Vertreter der Kontrollkommissionen berichteten den Militärbehörden von einem Chaos der Befunde und Tauglich-

9 Protokoll der am 20. und 21. Oktober 1916 im Sitzungssaale des k. u. k. Kriegsministeriums abgehaltenen Beratungen betreffend Abänderungen des Dienstbuches N-1, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 23-74/2, S. 162.

10 Beilage zur Vorschrift für die ärztliche Untersuchung der Wehrpflichtigen, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 23-74/2.

keitsgrade: „Wir stoßen alle Augenblicke auf einen Beschluß, der nicht aufrecht erhalten werden kann und annulliert werden muß." Diese Bedenken wurden durch einen hohen Beamten des Kriegsministeriums abgeschmettert:

> Das ist überall. Unfehlbar ist nicht einmal der Papst, also auch eine Kommission kann sich irren. Allein die Tätigkeit dieser Kommissionen ist eine ungeheuer nutzbringende und daß sie Tausende und Tausende Menschen der Wehrkraft und dem Frontdienst zugeführt haben, darüber ist kein Zweifel.[11]

Unangemeldet tauchte die Kommission mehrmals im Jahr in den Wiener Spitälern auf. Die zynische Dramaturgie des Auftritts ihres Vorsitzenden Josef Teisinger empörte Betroffene und Beteiligte.

Die ambulante Kommission stand für ein perfektioniertes Zusammenspiel von Ärzten und Militärs und kann als Beispiel für die Bedeutung der Medizin in einer modernen Kriegsführung dienen. Dennoch darf man sich die Zusammenarbeit von Militär und Medizin nicht als reibungslosen Prozess vorstellen. Nach Kriegsende, bei der Verhandlung des Falles Teisinger vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, wurde deutlich, dass eine Reihe von Ärzten in vorauseilendem Gehorsam ihre Diagnosen und Befunde nach den Vorgaben der Kommission erstellt hatte. Die Untersuchung zeigte aber auch, dass zwischen den Militärs und der Ärzteschaft erhebliches Konfliktpotenzial bestand. Die „Zusammenarbeit" war von latentem Misstrauen gekennzeichnet. Da die Kommission an die Ergebnisse der ärztlichen Befunde gebunden war, verdächtigte Teisinger jene Ärzte, die den Gemusterten niedrige Tauglichkeitsgrade bescheinigten, der Sabotage. Es kam vor, dass er Gutachten von anderen Ärzten nachprüfen oder Personen in kurzen Abständen ein zweites Mal untersuchen ließ, ohne auf das Erstgutachten zu verweisen. Diese Vorgehensweise rief den Unmut der Ärzteschaft hervor, die sich in ihrem Ehrgefühl gekränkt sah. Mit Fortdauer des Krieges spielten für die Militärs ärztliche Differenzierungen der Tauglichkeit immer weniger eine Rolle. Das Umgehen medizinischer Gutachten stand auf der Tagesordnung. Von Seiten sozialdemokratischer Abgeordneter wurde ab 1917 eine Reihe von Anfragen eingebracht, die sich mit dem Missbrauch und der Missachtung von ärztlichen Befunden beschäftigte.[12]

---

11 Protokoll der am 20. und 21. Oktober 1916 im Sitzungssaale des k. u. k. Kriegsministeriums abgehaltenen Beratungen betreffend Abänderungen des Dienstbuches N-1, S. 182.

12 Anfrage des Abgeordneten Hillebrand und Genossen an den Herrn Minister für Landesverteidigung betreffend die Zustände in den Militärspitälern. Haus der Abgeordneten. 54. Sitzung der XXII. Session am 23. Jänner 1918. Wien 1918, S. 5388 f.; Anfrage des Abgeordneten Max Winter und Genossen

Eine Chance, dem militärischen Zwangssystem zu entkommen, hatte nur ein Soldat, der von einem Militärarzt für kriegsdienstuntauglich befunden worden war. Wilhelm Stekel berichtete in seinen Erinnerungen von korrupten Verhältnissen in den Wiener Spitälern: Erfundene Diagnosen, Protektion und Tauschhandel seien an der Tagesordnung gewesen.[13] Auch Julius Bauer vermerkte später, dass die Ärzte sehr wohl von ihrer Macht Gebrauch machten, Soldaten entgegen der militärischen Order kriegsuntauglich zu schreiben – aber weniger aus Humanitätsdenken, sondern um des persönlichen Vorteils willen. Insbesondere gegen Kriegsende, als die Versorgungssituation im Hinterland immer schlechter wurde und auch die Ärzte die Not am eigenen Leibe spürten, waren mündlich getroffene Abmachungen und unter der Hand vereinbarte „Tauschgeschäfte" mit Patienten und deren Angehörigen nicht selten.[14] Alfred Fuchs, der die Kopfschussstation in Wien-Döbling leitete, engagierte für seinen Haushalt Patienten als Dienstpersonal, die für ein kleines Taschengeld vor Bäcker- und Fleischerläden anstanden und diverse Besorgungen erledigten. Im Gegenzug hielt der Neurologe seine schützende Hand über diese Männer und schrieb immer neue Gutachten, die ihren Patientenstatus und damit ihren Aufenthalt im Spital verlängerten.[15]

Wer über keine Beziehungen zu Ärzten in Musterungskommissionen oder Beamten im Kriegsministerium verfügte, suchte mit Hilfe von realen oder simulierten Leiden oder Selbstbeschädigungen dem Dienst an der Front zu entschlüpfen. Als Verweigerungsform spielte deshalb die Kriegsneurose eine immer größere Rolle. Alfred Adler schrieb 1919:

> Ein stiller, unermüdlicher, erbitterter Kampf spielte sich zwischen dem Volk und den Musterungskommissionen, der Masse und den Ärzten ab. Man musterte die Prüfungskom-

---

an den Herrn Landesverteidigungsminister betreffend das Walten der Superarbitrierungskommission in der Roßauerkaserne. Haus der Abgeordneten. 70. Sitzung der XXII. Session am 7. März 1918. Wien 1918, S. 6783 f. Zur willkürlichen Vergabe beziehungsweise der Umwandlung von Befunden und Tauglichkeitsgraden zuungunsten der Gemusterten erschienen in der *Arbeiter-Zeitung* immer wieder Berichte. Siehe etwa: Die Offiziere „sichten" die Spitäler. In: *AZ* Nr. 50 (22. Februar 1918); Brutalitäten in den Militärspitälern: Die Behandlung der Soldaten. Ein Regimentsarzt. In: *AZ* Nr. 312 (13. November 1917).

13 Stekel, The Autobiography of Wilhelm Stekel, S. 159 f.

14 In Bauers Anekdote geht es um einen Soldaten und Protagonisten des Wiener Schwarzhandels, der durch ärztliche Intervention von jeglicher weiteren militärischen Verwendung befreit wird. Der Dank des Mannes war dem Chefarzt der Nervenstation sicher: „Wenn ich einmal etwas für Sie tun kann und Sie meine Hilfe brauchen, Herr Stabsarzt, so finden Sie mich jederzeit in der ‚Černa Gora' (einem Verbrecherlokal) in Ottakring." Bauer, Medizinische Kulturgeschichte, S. 32 f.

15 Hannes Stekl (Hg.): „Höhere Töchter" und „Söhne aus gutem Haus". Bürgerliche Jugend in Monarchie und Republik (= Damit es nicht verloren geht … 45). Wien-Köln-Weimar 1999, S. 190.

> missionen, suchte strenge zu vermeiden und drängte sich zu den milden. Man überlief die Ärzte, um sich ein wirkungsvolles Attest und so eine mildere Beurteilung zu verschaffen, und man konnte akademisch gebildeten Personen als Offiziersburschen, Großkaufleuten und Fabrikanten gelegentlich als Handlanger in einem militärischen Warenmagazin begegnen. Es galt als Schande, ohne Beziehungen zu sein und sich den militärbehördlichen Verfügungen ohne Kampf zu unterwerfen.[16]

Der steigende Druck der Militärs auf die Ärzte, möglichst viele Soldaten in möglichst kurzer Zeit erfolgreich zu behandeln und möglichst schnell wieder einer militärischen Verwendung zuzuführen, sollte nicht unterschätzt werden. Bruno Kisch berichtete in seinen Erinnerungen über seine Tätigkeit in der k. u. k. Armee, dass er zur Jahreswende 1915/16 an der russischen Front mit seinen vorgesetzten Dienststellen in Konflikt kam, da er entgegen den Anweisungen der Militärs Soldaten, die er für kampfunfähig hielt, krankschrieb. Als sich Kisch wiederholt den Befehlen aus dem Offizierskorps widersetzte und sein ärztliches Handeln über die militärischen Interessen stellte, wurde er zwangsversetzt.[17]

Scheuten also die Ärzte und Psychiater den Konflikt mit dem Militär, da sie im Falle einer milden und patientenorientierten Behandlung selbst in Verruf gekommen wären, die Kriegsführung unterminieren zu wollen? Und sind die elektrischen Zwangsbehandlungen mit der steigenden militärischen Repression, die von der Heeresleitung an die behandelnden Ärzte herangeführt wurde, erklärbar? Dem kann meines Erachtens nur eingeschränkt zugestimmt werden. Denn dieser Erklärungsansatz für sich allein verstellt den Blickwinkel auf Dynamiken, die von der Medizin selbst entwickelt und an die Militärs herangetragen worden sind. Natürlich war die Allianz zwischen Militärs und Medizin durch die besondere Kriegssituation entstanden, und sie war auch nicht immer friktionsfrei. Aber für die nationalpatriotische Psychiatrie wurde die Zusammenarbeit nicht als Pflicht empfunden, der man sich beugen musste. Vielmehr war es eine überzeugte Staatsloyalität, die dem Selbstverständnis entsprang, alle Kraftanstrengungen für eine höhere Sache einzusetzen beziehungsweise einem übergeordneten Ziel unterzuordnen. Nicht dem kranken oder verwundeten Individuum, sondern dem durch die kranken oder verwundeten Individuen in seiner Fortentwicklung gefährdeten Kollektiv galt die Sorge. Stransky betonte in seinem Diskussionsbeitrag auf der Münchener Kriegstagung der deutschen

16 Adler, Die andere Seite, S. 6.

17 Kisch, Wanderungen und Wandlungen, S. 167. Auch für die Einflussnahme der militärischen Behörden auf die Publikationstätigkeit der Psychiater finden sich vereinzelte Belege, etwa: Martin Pappenheim sucht um Bewilligung an, einen Aufsatz „über Neurosen und Psychosen bei Kriegsgefangenen" veröffentlichen zu dürfen, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 57–16.

Psychiater ausdrücklich, dass der Arzt in seinem therapeutischen Handeln als Kardinalgesichtspunkt nicht die Wohlfahrt des Einzelfalles, sondern die „Schlagfertigkeit der verbündeten Heere" vor Augen haben sollte.[18] Das Wohl des gefährdeten Vaterlandes wurde höher eingestuft als das der Kranken. Die Position der Ärzte in der Frage, nach welchen Akzenten die therapeutische Arbeit ausgerichtet werden sollte, war eindeutig: In der „kontinuierlichen Auffüllung der durch die Verluste bedingten Lücken des Heeres", wie ein anderer Wiener Stabsarzt betonte, hätte sich ärztliche Standesethik in diesem Krieg zu definieren.[19]

Den Psychiatern war durchaus bewusst, dass ihre Arbeit in erster Linie dazu diente, die Soldaten wieder diensttauglich zu machen, was in vielen Fällen auch ihrer eigenen Interessenlage entsprach. Generalstabsarzt Frisch gab 1920 zu Protokoll, dass Stefan Jellinek in der Begutachtung der Patienten seiner Nervenabteilung sehr nachsichtig vorgegangen sei. Jellinek hatte sich aber noch 1917 auf einer Kriegstagung gerühmt, auf seiner Abteilung „bei mehr als 75 Prozent aller Kriegsneurotiker Frontdiensttauglichkeit erzielt" zu haben.[20] Der Linzer Psychiater Hermann Zingerle bemerkte 1916 in einer Stellungnahme an das Wiener Militärsanitätskomitee über den Zweck der Behandlung der Kriegsneurosen: „Im Rahmen meiner bisherigen Tätigkeit habe ich [bei] derartigen Patienten getrachtet, [sie] so rasch als möglich dem Heeresdienste wieder zurückzuführen und habe damit gute Erfolge erzielt."[21] Emil Redlich, der 1916 ebenfalls aufgefordert wurde, ein Gutachten über Möglichkeiten der Behandlungsoptimierung bei Kriegsnervenkranken zu verfassen, sprach unmissverständlich aus, nach welchem Selbstverständnis er und andere Psychiater handelten: Die „Förderung unserer Wehrmacht" sei im Krieg die wichtigste Aufgabe, die es zu erfüllen gelte: „Hier ist, wenn irgendwie tunlich, die Wiederherstellung der Frontdiensttauglichkeit zu erstreben."[22]

---

18 Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Diskussionsbemerkung von Erwin Stransky. In: WMW 67 (1917), S. 152.

19 Ludwig Frey: Ärztliche Standesethik im Weltkriege. In: WMW 67 (1917), Sp. 449.

20 So Jellinek in einer Diskussionsbemerkung auf der Tagung der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Ungarns und Österreichs, S. 181. Zu Frischs Bemerkungen siehe ÖStA-KA Wien, B 138/19-57a. Eine 1916 dem Kriegsministerium vorgelegte Beschwerde enthielt sogar den Vorwurf, dass Jellinek auf eigene Initiative „Leute, die von der Sup.(erarbitrierungs)-Kommission als mindertauglich klassifiziert wurden, für frontdiensttauglich erklärt". Siehe die Anzeige des Soldaten August Sirk, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 30-19.

21 Hermann Zingerle: Äußerung über die Errichtung von Nervenheilanstalten bei verwundeten Soldaten, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 15-25/155-2.

22 Emil Redlich: Gutachten betreffend Behandlung nervenkranker Militärpersonen, ÖStA-KA, KM 1916, 14. Abt., 43-97/2. Karl Kraus lässt in *Die letzten Tage der Menschheit* (III. Akt, 45. Szene) zwei Militärärzte auftreten, die ihre Tätigkeit bereitwillig den Zielvorgaben der ambulanten Kommission unterwerfen: „Postarbeit! Fünf Fälle mit Zitterneurose hab ich an die Front gschickt."

Welche Praxis sich hinter diesen von Selbstdarstellung und Propaganda geprägten Äußerungen verbirgt, lässt sich nur schwer einschätzen. Ging es um standespolitische Interessen, wie etwa um Beförderungen, militärische Auszeichnungen und um die Position der Militärärzte im Offiziersstand, so wurde die Wiederherstellung der Frontdiensttauglichkeit betont. Von allen in diesem Krieg in ärztliche Behandlung gelangten Verwundeten, so wurde etwa 1918 in der Zeitschrift *Der Militärarzt* argumentiert, seien an die 90 Prozent wieder frontdiensttauglich geworden.[23]

Während der Verhandlung gegen die Wiener Psychiater nach dem Krieg sah diese Einschätzung anders aus. Emil Raimann, ein Mitarbeiter Wagner-Jaureggs, betonte, dass die Behandlung an der Psychiatrischen Klinik „niemals die Frontdiensttauglichkeit bezweckte". Wagner-Jauregg selbst gab vor der Kommission an, die meisten Soldaten mit einer milden Klassifizierung (C-Befund) entlassen zu haben, während Kauders es vorkam, „als wäre die Nervenklinik ganz vom Geiste der rücksichtslosen Kriegsführung beherrscht und mißbraucht worden. Jedes Symptom wurde vor der diagnostischen und therapeutischen Wertung unter dem Okular der Kriegsbrauchbarkeit betrachtet und danach klassifiziert."[24] Tatsächlich gelang es den Psychiatern nur in den wenigsten Fällen, die Männer wieder kriegsdiensttauglich zu machen. Eine Stichprobe von 200 Krankengeschichten in der Wiener Nervenheilanstalt Rosenhügel aus dem Frühjahr 1916 ergibt, dass nur jeder zehnte Patient als geheilt *und* als diensttauglich entlassen, jeder zweite Patient aber mit dem Vermerk „wenig gebessert" oder „nicht gebessert" an eine andere Nervenabteilung transferiert wurde.[25] Auch Wagner-Jauregg gestand ein Jahr später offen ein, dass auf seiner Klinik die Dauer der Heilungen nur kurz sei. Viele seiner Patienten seien nach ihrer Entlassung von der Station „bald wieder in ihr Zittern, Hinken oder was sie sonst an Bewegungsstörungen produziert hatten, zurückverfallen".[26]

---

23 Gleichstellung der Militärärzte mit den Offizieren des Soldatenstandes. In: Der Militärarzt 52 (1918), S. 44. Ende 1917 konnte der Kriegsminister „mit Befriedigung konstatieren, dass das allgemeine Genesungsprozent von Kriegsjahr zu Kriegsjahr steigt: im ersten Kriegsjahr betrug es 78 Prozent, im dritten schon 83 Prozent". *Wiener Zeitung* Nr. 279 (6. Dezember 1917). Nach der österreichischen Invalidenstatistik waren in Cisleithanien bis zum 31. März 1918 8.367 Soldaten als Kriegsinvalide auf Grund von Geistesstörungen und traumatischen Neurosen anerkannt worden.

24 Eingabeschrift Kauders an die Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen, ÖStA-KA, B 138/19-2, S. 14.

25 ÖStA-KA, Militärspitäler, Nervenheilanstalt Rosenhügel, Krankengeschichten 1. Januar 1916 bis 1. Mai 1916 (Karton 3).

26 Wagner-Jauregg, Erfahrungen über Kriegsneurosen III, Sp. 193.

8.2 Kriegsneurosen und Rassenhygiene

> Wie erziehen wir ein abgehärtetes Geschlecht noch kriegstüchtiger
> und männlicher wenn möglich als das jetzige?
> Hugo Salomon[27]

Die Leidenserfahrungen der Soldaten wurden mit Fortdauer des Krieges von den Ärzten immer weniger als Krankheit begriffen, sondern häufig als soldatische Verhaltenskategorie gedacht, die aus Wehleidigkeit, Feigheit oder Willensschwäche bestünde. Die Ansicht, dass Kriegsneurosen auf einem „defekten Gesundheitsgewissen" basierten, trug zum Entschluss der Psychiater bei, ihre therapeutischen Mittel strenger anzuwenden. „Es gibt Hysterischen gegenüber nur Eines, und das ist eisenharte Konsequenz", brachte Erwin Stransky diese Haltung auf den Punkt.[28] Dabei ignorierten die Psychiater fachpublizistische Stellungnahmen von Kollegen, die von einer hohen Kampfmoral der eingelieferten Soldaten zu berichten wussten. Der Prager Militärarzt Erich Schneider fand unter den Erkrankten seiner Abteilung „mindestens die Hälfte davon mit Tapferkeitsmedaillen ausgezeichnet", eine Beobachtung, die unabhängig davon auch Heinrich Herschmann an der Isonzofront gemacht hatte.[29] Solche Hinweise hätten für die Psychiater ein Anstoß sein können, ihre Einstellung zu den psychischen Erkrankungen der Soldaten kritisch zu hinterfragen, individuelle Aspekte in der Analyse und Behandlung stärker zu betonen und den traumatisierten Soldaten mehr Respekt und Verständnis entgegenzubringen. Zwischenrufe wie diese waren aber selten und konnten an der zunehmenden Geringschätzung der „Kriegsneurotiker" nicht wirklich etwas ändern.

Im Gegensatz zu Chirurgen oder Bakteriologen, die ihren Einsatzort meist unmittelbar hinter der Front hatten, arbeiteten die Psychiater im Hinterland, in den großen Städten, wo eigene Abteilungen für ihre Tätigkeit eingerichtet worden waren. Das Grauen des Krieges, das die Soldaten an der Front erlebten und das ihre Angst so groß werden ließ, dass sie in der „Flucht in die Krankheit" ihre Überlebensmöglichkeit erblickten, war für die Psychiater somit nur indirekt erfahrbar. Der fachtechnisch, euphemistisch oder auch diffamierend gehaltene Ton, der aus den Stellungnahmen

---

27 Hugo Salomon: Krieg und Abhärtung. In: WMW 67 (1917), Sp. 169.

28 Erwin Stransky: Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. II. Spezieller Teil. Leipzig 1919, S. 92. Paradoxerweise billigte Stransky auch „Simulanten" zu, von „eiserner Selbstbeherrschung" zu sein. Demnach hatten auch die „Willensschwachen, Emotiven und Haltlosen" Nervenstärke aufzuweisen.

29 Erich Schneider: Zur Klinik und Prognose der Kriegsneurosen. In: WKW 29 (1916), S. 1299. Siehe auch Heinrich Herschmann: Über Geistesstörungen nach Granatschock. In: WMW 66 (1916), Sp. 1396.

zur Frage der Behandlung von Kriegsneurosen spricht, hatte mit der subjektiven Leidenserfahrung der Soldaten wenig zu tun. Diejenigen Ärzte, die kurzzeitig an der Front gewesen waren, neigten in ihren Berichten dazu, die Erlebnisse des Stellungskrieges zu bagatellisieren.[30] 1917 reiste Wagner-Jauregg mit Julius Tandler an die Isonzofront, um sich ein Bild über den Gesundheitszustand der Soldaten zu machen. In den Schützengräben litten die Soldaten an den Wirkungen des Krieges, an Krankheiten und Unterernährung, aber nach zwei Wochen hatten die Ärzte genug gesehen und Tandler nahm von der Front „schöne Eindrücke" mit.[31]

Parallel zur Pathologisierung des soldatischen Willens machte sich die Auffassung breit, dass es sich bei den Kriegsneurosen um die Reaktion einer Persönlichkeit handle, die von Grund auf pathologische Züge in sich trage. Mochten die Strapazen an der Front, das Trommelfeuer, der Anblick verstümmelter Kameraden die *Auslöser* von nervösen Störungen gewesen sein, die *Ursachen* hiefür waren sie in den Augen der Psychiater nicht. „Ein normaler, gesunder Organismus ist mit seiner Anpassungsfähigkeit imstande, die schwereren Folgen des Krieges durchzumachen, er bricht unter ihrem Einflusse nicht zusammen. Demgegenüber aber reagiert das belastete, pathologisch stigmatisierte Nervensystem mit krankhaften Erscheinungen."[32]

Der Erklärungsschlüssel zu den Nervenerkrankungen lag für die Psychiater nicht in der unmittelbaren Wirkung des Krieges, sondern wurde von ihnen in die Vorkriegszeit verlegt. Das Manifestwerden von neurasthenischen und hysterischen Symptomen wurzle in der individuellen Biografie des Nervösen, die schon vor Kriegsbeginn solche Zustände gehabt hätte. Das Kriegsereignis hätte demnach diese Veranlagung nur verstärkt, wiedererweckt oder neuerlich zum Ausbruch gebracht. Albert Eulenburg sprach das zu Beginn des Krieges in seinem Artikel über die *Kriegsnervosität* schon deutlich an. Wo nervöse Erscheinungen an Soldaten aufträten, handle es sich „ausnahmslos um schon vorher in krankhafter Weise nervös-seelisch disponierte Persönlichkeiten, um *minderwertige*, sog. *psychopathische Konstitutionen*, bei denen [...] die starken und überstarken Impressionen der Kriegslage nicht die Ursache, sondern lediglich ein auslösendes Moment bildeten".[33] Die „prämorbide Persönlichkeit" nervöser Männer wurde zur psychiatrischen Erklärungsformel des nervenkranken Kriegers. Alexander Pilcz schrieb:

30 Erwin Wexberg: Neurologische Erfahrungen im Felde. In: WMW 66 (1916), Sp. 1409–1412.

31 Sablik, Julius Tandler, S. 111 f. Ähnlich erging es dem Sanitätschef des Armeeoberkommandos, Johann Steiner, der 1918 die Situation in ausgewählten Lazaretten der Südwestfront inspizierte. Für Steiner waren die Frontreisen in den Süden „gegenüber der schweren nervenzerrüttenden Arbeit beim AOK eine Erholung – geradezu ein Urlaub". Steiner, Erinnerungen aus dem Großen Krieg, S. 154.

32 Ernst Emil Moravcsik: Die Psychosen des Krieges. In: WMW 66 (1916), Sp. 1487.

33 Eulenburg, „Kriegsnervosität", S. 2. Hervorhebungen wie im Original.

> Der nervengesunde und moralisch vollwertige Mensch erkrankt überhaupt nicht oder nur ganz ausnahmsweise unter einem hysterischen Symptomenkomplex, und dieser kann durch suggestiv wirkende Beeinflussung rest- und defektlos in unglaublich kurzer Zeit, in wenigen Tagen, ja zuweilen in einer Sitzung, zur Heilung gebracht werden. Der degenerierte Neuropath, der Schwächling an höherer Ethik, bar altruistischer Gefühle wie Vaterlandsliebe, Pflichtbewußtsein, Selbstaufopferung, verfällt hingegen leicht den schwersten Formen hysterischer Erkrankung.

Zu diesen Männern, die an seiner Abteilung immer häufiger auftraten, ging Pilcz auf Distanz. Der Krieg sei ein „unerbittlicher Prüfer des gesundheitlichen und sittlichen Wertes des einzelnen wie der Masse". Wer an der Front den Weg zur Gesundheit noch nicht gefunden habe, sei in seinem Naturell „prinzipiell defekt". Das „eigentümlich übertriebene Mienen- und Geberdenspiel [sic!]" seiner Patienten erinnerte Pilcz daher mehr an das „falsche Pathos von Provinzschauspielern" denn an eine tatsächliche Verwundung, und überhaupt: Soldaten, die ihre Nerven nicht unter Kontrolle hätten, seien „ethisch und nervös minderwertiges Material". Ihre Begutachtung und Behandlung stelle die „berufliche Nachtseite jedes Nervenarztes" dar.[34]

Vom Standpunkt der psychiatrischen Forschung war die Lehre von der Entartung längst nicht mehr aktuell. Eine Reihe von Psychiatern hatte die Theorie von der krankhaften Abwärtsentwicklung der Menschheit schon vor dem Krieg als haltloses Konstrukt verworfen. Bumke etwa hatte 1912 davon gesprochen, dass sich für die Beweiskraft dieser Lehre „rein gar nichts mehr anführen ließe".[35] Mit dem Krieg bekamen aber die überwunden geglaubten Denkschemata wieder Oberwasser. Die Reaktivierung der Degenerationstheorie hatte durchaus ihre medizinische Logik: Die vermutete „Minderwertigkeit" nervenkranker Soldaten würde solcherart auch eine körperliche Entsprechung finden und den „entarteten Neurotiker" sichtbar machen. Paul Biach, der als Nervenarzt an mehreren Wiener Spitälern tätig war und nach seinen eigenen Angaben bis 1917 rund zehntausend nervenkranke Soldaten beobachtet haben wollte, glaubte bei nahezu allen seinen Patienten „Stigmata der allgemeinen oder partiellen körperlichen Degeneration" nachweisen zu können.[36]

Auch die zahlreichen Rezidive wurden mit der Degenerationstheorie erklärt. Rückfällig gewordene Soldaten wurden nach vermeintlichen Zeichen der Entartung untersucht. Die systematische Suche nach auffälligen Merkmalen an den eingelieferten Soldaten wurde für manche Ärzte geradezu zur Obsession. Diffamierende

---

34 Pilcz, Kriegspsychiatrische Erfahrungen, S. 64.

35 Bumke, Über nervöse Entartung, S. 43–45.

36 Paul Biach: Einige Beiträge zum Wesen der sogenannten Kriegsneurosen. In: WMW 67 (1917), Sp. 2061 f.

Zuschreibungen wie „unaufrichtiger Gesichtsausdruck" oder „degenerative Persönlichkeit" hatten für Patienten zwar keine unmittelbaren negativen Auswirkungen, doch vergrößerten sie die emotionale Distanz zwischen Psychiatern und Soldaten, was sich in der Behandlung der Kriegsneurosen widerspiegelte.[37]

Von Beginn des Krieges an spielten rassenhygienische Motive im psychiatrischen Diskurs um die Auswirkungen des Waffenganges auf die Nerven der Männer eine bedeutende Rolle. Rassenhygienische und eugenische Argumente standen zunächst ganz im Banne der kathartischen Hoffnungen: „Von den aus dem Kriege Zurückgekehrten erhoffen wir, daß sie sich gereinigt haben von jeder Verweichlichung. Zur Rassenaufbesserung war uns dieser Kampf hochwillkommen", schrieb etwa ein deutscher Medizinalrat im ersten Kriegsjahr.[38] Die Erwartungshaltung, dass der Krieg eine erstarkte Männlichkeit mit sich bringen werde, ging Hand in Hand mit der Diffamierung des Gegners. Noch Ende 1915 beschwor der in Halle lehrende österreichische Psychiater Gabriel Anton die „aufartende Funktion" des Krieges und warf den Feindesmächten vor, mit „minderwertigen Sklavenrassen" die „Höherzüchtung des deutschen Volkskörpers" verhindern zu wollen.[39]

Für viele andere rassenhygienisch denkende Ärzte war zu diesem Zeitpunkt der Krieg als eine große Enttäuschung empfunden worden. Von einer „Rassenaufbesserung" konnte angesichts der hohen Verluste keine Rede mehr sein – im Gegenteil. Die Umkehrung der darwinistischen Prinzipien der Zuchtwahl, wonach die Gesunden, die „biologischen Eliten", an der Front geopfert würden, während die „körperlich und geistig Minderwertigen", die „ethisch Defekten" und „Pflichtvergessenen" im Hinterland geschont blieben, zwang zum Umdenken. Am Beispiel Julius Tandlers, der im März 1916 in der Gesellschaft der Ärzte in Wien einen Vortrag über *Krieg und Bevölkerung* hielt, zeigte sich dieser Umschwung deutlich:

> Wie bekannt, gibt es eine Reihe von Vertretern der Idee, daß der Krieg nicht nur die Probe auf die Tüchtigkeit eines Volkes darstellt, sondern selbst erzieherisch und in vielen Beziehungen bessernd wirke. Man hat ihn ja das Stahlbad der Völker genannt, spricht auch vielfach von einem kulturellen Fortschritt, der sich an den Krieg schließe, erwartete sogar einen gewissen Seelenaufschwung und ähnliches durch den Krieg.

---

37 Zur Degenerationstheorie in der Frage der Kriegsneurosen siehe Emil Raimann: Über Neurosen im Kriege. In: WMW 66 (1916), Sp. 1369, Sp. 1421 f.; Siegfried Suchy: Die Bedeutung der Ohrmuschel und der Augenbrauen sowie anderer Abnormitäten für die geistige Beurteilung eines Menschen. In: WKW 29 (1916), S. 1614–1616; Albert Wagner: Die Rückfälle der Hysteriker. In: MMW 65 (1918), S. 1107 und Julius Bauer: Kriegsneurosen und Konstitution. In: WMW 69 (1919), Sp. 2241–2245.

38 [Josef] Graßl: Der Krieg und die Rasse. In: Velhagen und Klasings Monatshefte 29 (1914/15), S. 244; Hugo Ribbert: Krieg und Rassenentwicklung. In: Die Umschau 19 (1915), S. 22–24.

39 G[abriel] Anton: Wohlfahrt und Wiedergenesung der deutschen Rasse. In: PNW 17 (1915/16), S. 85.

An diesen Denkfiguren hatte Tandler massive Zweifel. Eine Analyse der Kriegsfolgen ergebe ein genau umgekehrtes Bild:

> Der Krieg vernichtet oder schädigt nicht nur jene Bevölkerungsgruppe, welche reproduktiv die wertvollste ist, sondern er trifft auch innerhalb dieser Gruppe gerade die wertvollsten, indem er seine Selektion auf die Rekrutierung gründet. Die in Gefahr sind, die fallen oder geschädigt werden, sind die Mutigsten und die Kräftigsten, die Besten; die ohne Gefahr zu Hause bleiben, am Leben bleiben, nicht geschädigt werden, sind die für den Kampf ums Dasein Untauglichsten.[40]

Im Juli 1916 wurde von der *Gesellschaft der Ärzte* in Wien ein Memorandum herausgegeben, das zahlreiche affirmative Diskussionsbemerkungen zu Tandlers Vortrag enthielt. Alexander Szana, Chefarzt des staatlichen Kinderasyls in Budapest, betonte, Tandler habe die wichtigste medizinische Frage dargestellt, „vor welche je die ärztliche Wissenschaft gestellt war: die Regeneration der verletzten Volkskraft".[41]

Die Befürchtung, dass der Krieg eine „negative Auslese" bewirke, wurde mit Fortdauer des Krieges immer lauter geäußert und intensivierte die Bemühungen der Rassenhygiene, ihre Forderungen politisch umzusetzen. Von den Ärzten wurden Aufgaben und Prioritäten verstärkt, die sich um das gefährdete nationale Kollektiv drehten. „Nicht um die Individualtherapie allein handelt es sich, vor uns liegt der aus vielen Millionen Menschen bestehende, geschädigte Volkskörper."[42] Nicht nur für Tandler, sondern auch für andere Ärzte, welche die hohen Verluste im Krieg mit wachsender Besorgnis sahen und mit alarmistischen Prognosen kommentierten, war klar, dass eine umfassende „Schadensgutmachung der qualitativen und quantitativen Verluste, die der Volkskörper [...] im Krieg erleidet", eingeleitet werden müsse.[43] Die Medizin sei aufgerufen, konsequent regenerative und hygienische Maßnahmen zu erarbeiten und für deren politische Umsetzung einzutreten: „Für

40 Julius Tandler: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 446. Zu Tandlers Vortrag siehe Byer, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege, S. 75–85.

41 Gesellschaft der Ärzte in Wien: Heilung der sanitären Kriegsschäden. In: WKW 29 (1916), S. 912–915; Alexander Szana: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 485. Siehe auch die Kurzbeiträge von Otto Sachs, Ludwig Teleky, Erwin Stransky und Bruno Drastich. In: WKW 29 (1916), S. 499–504 und S. 531–534.

42 Tandler, Krieg und Bevölkerung, S. 452. Zur Verbreitung eugenischen und rassenhygienischen Gedankenguts in Österreich siehe Monika Löscher: Zur Popularisierung von Eugenik und Rassenhygiene in Wien. In: Ash, Stifter, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit, S. 233–265. Siehe auch Stefan Kühl: Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1997, S. 48–52 und Weindling, Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, S. 281–304.

43 Leopold Freund: Die Aufgaben der Medizin im Weltkriege. Wien 1917, S. 5.

den Individualismus und seine Entfaltung war und ist in diesem Krieg kein Raum, der Krieg setzt die Unterordnung unter das höhere Ganze voraus."[44]

Im Zuge der vermehrten Kooperation deutscher und österreichisch-ungarischer Psychiater wurden auch die rassenhygienischen Allianzen verstärkt. Die Zusammenarbeit deutscher und österreichischer Sozial- und Rassenhygieniker begann bereits vor dem Krieg, als Max von Gruber (1853–1927) und Ignaz Kaup (1870–1944) nach Deutschland gingen und in München Professuren für Hygiene und Sozialhygiene antraten. Vor allem Kaup, der ab dem Frühjahr 1915 als Hygienereferent des österreichischen Armeeoberkommandos tätig und im Sommer 1918 auch bei der Einrichtung eines Staatsamtes für Volksgesundheit beteiligt war, forcierte bevölkerungspolitische und rassenhygienische Initiativen.[45] Im Juni 1917 wurde er zusammen mit Julius Tandler und dem Soziologen Rudolf Goldscheid im Gründungskomitee der *Österreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik* aktiv. Ziel der Initiative war es, eine „Aufzüchtungspolitik" auf allen Gebieten des Lebens einzuleiten, um den durch den Krieg sich verschlechternden sozialen und gesundheitlichen Verhältnissen der Bevölkerung wirksam begegnen zu können.[46]

Eine der rassenhygienischen Fragen, deren Lösung insbesondere von den Psychiatern als vordringliches Ziel empfunden wurde, betraf den Einsatz von Männern, bei denen man psychopathologische Merkmale festgestellt haben wollte. Damit verbunden war eine radikale Änderung der Politik der Musterungskommissionen. Vor dem Krieg war es ein wichtiges, wenn nicht das zentrale Anliegen der sich neu etablierenden Militärpsychiatrie, durch ein engmaschiges Rekrutierungsnetz das Heereswesen vor psychisch Kranken zu schützen. Das Auftreten von Geistes- und Nervenkrankheiten in der Armee sollte gebremst, „psychisch Verdächtige" mit Hilfe massentauglicher Erhebungsverfahren herausgefiltert werden. Das Exklusionsprinzip sollte die langfristige Schlagkraft des Heeres sichern und nur gesunde und willensstarke Persönlichkeiten hervorbringen; Kampftauglichkeit und psychische Labilität schlossen sich aus.[47]

Der Krieg brachte in dieser Frage eine Kehrtwendung. Steigende Verluste und wachsende Bedürfnisse nach neuen Reserven richteten die Aufmerksamkeit der Militärs, aber auch die der Psychiater auf jene Personengruppe, die man *vor* dem Krieg

---

44 Josef Gmeiner: Krieg und Rassenhygiene. In: MVS 53 (1916), S. 92.

45 Byer, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege, S. 105–107; Weindling, Health, Race and German Politics, S. 303; Ignaz Kaup: Das Volksgesundheitsamt in Österreich als selbständiges Staatsamt. In: MMW 67 (1920), S. 187–191, S. 216–220. Zu Kaups Biografie siehe Andrea Raupach: Ignaz Kaup (1870–1944). Hygieniker zwischen Sozial- und Rassenhygiene. Med. Diss. Mainz 1989.

46 Julius Tandler: Probleme der Bevölkerungspolitik in Österreich. In: Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik 1 (1918), S. 17.

47 Siehe dazu ausführlich Lengwiler, Zwischen Klinik und Kaserne, S. 191–229.

vom Militärdienst auszuschließen suchte. Vom eugenischen beziehungsweise rassenhygienischen Standpunkt aus, so wurde argumentiert, sei die Schonung von Männern mit kriminellem Hintergrund und psychopathischen Defekten nicht weiter aufrechtzuerhalten. Auch die Psychiater hätten sich angesichts der hohen Verluste in den Reihen der zeugungstüchtigsten Männer verstärkt mit Fragen der Selektion und Reproduktion auseinander zu setzen und Maßnahmen mitzutragen, um die „Zukunft unseres Volkes und unserer Kultur" zu sichern.[48] Schon vor dem Krieg hatte der Wiener Militärpsychiater Bruno Drastich gefordert, „moralisch Minderwertige" zu besonders riskanten Kampfeinsätzen zu schicken. Infolge ihrer Kühnheit, ihres Wagemuts und ihres unerschrockenen Drauflosgehens seien diese für spezielle militärische Missionen besonders geeignet.[49]

Im Krieg wurden Vorschläge wie diese erneut aufgegriffen – und von den Militärs auch umgesetzt. Ende 1915 etwa verfügte die Landwehrgruppe des Wiener Militärkommandos, dass Männer, die wegen „moralischer Minderwertigkeit, Trunksucht, Unverläßlichkeit oder mit Vorstrafen von Wachkompanien" an ihre Standeskörper zurückgestellt beziehungsweise zu Wach- und Hilfsdiensten eingeteilt worden waren, als frontdiensttauglich zu klassifizieren und in die nächsten abgehenden Marschformationen einzuteilen seien.[50]

Von Psychiatern wurde diese Vorgehensweise mit Nachdruck unterstützt. Stransky forderte im März 1916 im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie, „minderwertige Elemente aus Gründen sozialer Zuchtwahl und zur Wahrung der Hinterlandsdisziplin so schnell, so direkt und so ausgiebig als möglich an die Front zu schicken".[51] Diese Position vertrat Stransky dann auch auf der Kriegstagung der deutschen Psychiater in München und ging damit über die Richtlinien, die der Heidelberger Psychiater Karl Wilmanns (1873–1945) zur „Dienstbrauchbarkeit der Psychopathen" vorgestellt hatte (in erster Linie Verwendung für Garnisonsdienste), hinaus. Für besonders gefährliche Einzel- und Gruppenunternehmungen im Kampfgebiet, Patrouillengänge, Schanzarbeiten, Felsbohrungen, vor allem aber für die Sturmeinsätze in und über die Schützengräben des Gegners, sollten keine Familienväter eingesetzt werden, sondern „reizbare Großstadtelemente", „Plattenbrüder",

48 Erwin Stransky: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 555.

49 Drastich, Der geistig Minderwertige in der Armee, S. 10–16. Ähnlich argumentierte auch Heinrich Freund: Volksgesundheit und Wehrkraft. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 121–124, Sp. 140–142 und Sp. 150–154.

50 Siehe den kommentierten Abdruck des Befehls über die „Verwendung moralisch minderwertiger Individuen" in der *AZ* (29. Juli 1918).

51 Bericht des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 22. Februar 1916. In: JPN 37 (1917), S. 525. Ähnlich die Position von Georg Stiefler: Über Psychosen und Neurosen im Kriege (II). In: JPN 38 (1917), S. 173.

„Kriminelle" und „hysterische Schwächlinge". Die Vorstellung von der therapeutischen Kraft des Krieges fand in diesen Vorschlägen erneut Verwendung und verband sich im Falle des Wieners Stransky mit dem bildungsbürgerlichen Phantasma, die „kranken" und „kriminellen Elemente" aus der urbanen Peripherie zu entfernen. In der „Freiluftklinik" des Feldes, so Stransky, könnten die schlechten Eigenschaften der „niederen" Vorstadtbevölkerung nachhaltig korrigiert werden.[52]

In der Frage der Simulation von Kriegsneurosen wurde der wachsende Einfluss der Rassenhygieniker besonders deutlich. Angesichts der immer größer werdenden Kluft zwischen den „Minderwertigen" und den in großer Zahl an der Front gefallenen „Tüchtigen" waren rassenhygienisch denkende Psychiater empört über Soldaten, die ihre Leiden bloß vortäuschten, um „auch den längsten Krieg in einer verminderten Gefahrenklasse zu überstehen".[53] Zu den „Minusvarianten" und „ethisch Defekten" zählten die Psychiater auch jene Soldaten, welche sie in den Spitälern des Hinterlandes als „Simulanten" und „Schwindler" erkannt zu haben glaubten. Deren bewusstes oder unbewusstes Streben nach einem ärztlichen Befund, der sie dienstuntauglich schrieb und der in die Gewährung einer Invalidenrente münden würde, wurde als Verrat an Volk und Staat gedeutet. Gegenüber den „Simulanten" und „Schwindlern" verschärfte sich der Ton mit Fortdauer des Krieges und nahm auf den psychiatrischen Umgang mit den Kriegsneurosen immer stärkeren Einfluss. Für den österreichischen Nervenarzt Franz Perko, der sich 1916 mit sozialpolitischen Konsequenzen der Kriegsneurosen beschäftigte, waren simulierende Soldaten als „Abfall" anzusehen. Deren „Ausmerzung" müsse konsequent vorangetrieben werden, um die drohenden fatalen biologischen und finanziellen Auswirkungen für den Staat abwenden zu können.[54]

Zweifelsohne wurde durch die aufstrebende rassenhygienische Bewegung die Debatte über die Behandlung der Kriegsneurosen beeinflusst. Soldaten, die hysterische Erscheinungen zeigten und sich „kriegsschonend" in den Spitälern des Hinterlandes aufhielten, wurden in den Augen der Psychiater als eine doppelte Belastung

52 Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München, Diskussion, S. 184; Erwin Stransky: Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkte angewandter Psychiatrie. Wien 1918, S. 42–44. Zur Vorstellung der „kranken" und „kriminellen" Vorstadt siehe Wolfgang Maderthaner, Lutz Musner: Die Anarchie der Vorstadt. Das andere Wien um 1900. Frankfurt/M. 1999, S. 86–98. Zu den Positionen österreichischer Psychiater über die Diensttauglichkeit von „Psychopathen" und „Nervösen" siehe ausführlich Stiefler, Über Psychosen und Neurosen im Kriege, S. 166–174. Zum oppositionellen Standpunkt, der sich gegen die Stigmatisierung der „Minderwertigen" richtete, siehe Hermann Oppenheim: Gibt es auch eine psychopathische Höherwertigkeit? In: NC 36 (1917), S. 771–783.

53 Franz Perko: Die Kriegsschäden des Nervensystems und deren sozialpolitische Bedeutung. In: WKW 30 (1917), S. 803.

54 Ebd., S. 804.

empfunden. Sie brachten erstens die sozialen Sicherungssysteme des krisengeschüttelten Staates zum Kollabieren, da dieser die finanziellen Belastungen, die ihm durch das Auszahlen der Invalidenrenten erwuchsen, nicht mehr bewältigen konnte. Und zweitens verstärkten die Männer die dysgenischen Wirkungen des Krieges – und vermehrten damit den Anteil jener „untüchtigen" Bevölkerungsgruppe, die im Hinterland den Gefahren des Krieges entkam. Eine strenge Vorgehensweise gegen „hysterische Schwächlinge" und „Simulanten", die das Wohl des Krieg führenden Staates und des geschädigten Volkskörpers höher einschätzte als dasjenige des Einzelnen, war damit ein Stück rassenhygienische Zukunftsarbeit – eine aus nationalen und bevölkerungspolitischen Gründen notwendige Weichenstellung in der Medizin für die immer lauter geforderte und zunehmend institutionalisierte „Aufzüchtungspolitik" der Nachkriegszeit.

8.3 Letzte Anstrengungen: Von Baden nach Budapest

Eine der letzten Initiativen, die der Behandlung der Kriegsneurosen neuen Schwung verleihen sollten, fand im Herbst 1917 statt. Am 2. Oktober dieses Jahres hatte der österreichische Minister des Äußeren, Graf Czernin, in Budapest eine Rede gehalten und verkündet, dass der Krieg „mit kaltem Blute und ruhigen Nerven" bis zum Siegfrieden weitergehen werde.[55] Die politischen Durchhalteparolen setzten sich fort in der Gründung einer Ärzteallianz, die sich vor allem militärischen Interessen verpflichtet sah. Vom 11. bis zum 13. Oktober 1917 fand in Baden unter den Auspizien Kaiser Karls, der zu Beginn des Jahres eigenmächtig das Armeeoberkommando in die Kurstadt südlich von Wien verlegt hatte, eine Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands und Österreich-Ungarns statt. Die Zusammenkunft war eine der wenigen militärischen Großveranstaltungen des Krieges, in der die gemeinsamen Kriegsinteressen der Mittelmächte beschworen wurden – und die wahrscheinlich letzte, die noch im Stil der Vorkriegszeit begangen wurde. Das Treffen war parallel zu einem balneologischen Kongress konzipiert worden und fand im städtischen Kursaal unter Aufbietung eines großen Aufwandes statt.[56]

Da die oberste Heeresleitung schon 1916 an den deutschen Kaiser und seinen Generalstab übergegangen war, stand ein deutscher Psychiater dem Diskussionsforum

55 Zit. nach Rauchensteiner, Der Tod des Doppeladlers, S. 497.

56 Zur Organisationsgeschichte der Tagung siehe k. k. Ministerium des Innern, Waffenbrüderliche Vereinigung, österreichische ärztliche Abteilung, Tagung in Baden Oktober 1917, ÖStA-AVA, S-Akten, Karton 2975, 1911–1918; Ministerium des Innern, Kriegerfürsorge, ÖStA-AVA, Karton 2030, 1916–1917; Steiner, Erinnerungen aus dem Großen Krieg, S. 161.

über die Kriegsneurosen vor. Laut Konrad Alt, dem Hauptreferenten der psychiatrischen Sektion, diente das Treffen zur Besprechung der gemeinsamen „Bekämpfung und Ausrottung dieser Nervenseuche: Mit den Kriegsneurosen muß endlich gründlich aufgeräumt werden".[57] Für die österreichisch-ungarische Kriegspsychiatrie war die Zusammenkunft ein bedeutendes Ereignis. Ein Jahr zuvor hatte die Kriegstagung der deutschen Nervenärzte und Psychiater in München stattgefunden, auf der entscheidende Weichenstellungen zur Neurosenbehandlung gesetzt worden waren. In Baden nun, ein Jahr später, stand ein Forum zur Verfügung, das sich für eine Darstellung der eigenen Leistungen vorzüglich eignete.

Die Spitzen der österreichischen und ungarischen Kriegspsychiatrie berichteten von sensationellen Heilerfolgen. Viktor Gonda hob hervor, auf seiner Abteilung mit dem elektrischen Behandlungsverfahren in über 4.000 Fällen „keinen einzigen Versager" gehabt zu haben. Stefan Jellinek berichtete ebenfalls über große Erfolge, die er in der Behandlung der Kriegsneurosen erreicht habe. Nach seinen Angaben waren von vier im Garnisonsspital Nr. 2 in Wien eingelieferten Kriegsneurotikern drei wieder frontdiensttauglich gemacht worden – und das bei einer Gesamtzahl von (bis zum Frühherbst 1917) 36.000 behandelten Patienten.[58] Die Medizin, schrieb der österreichische Medizinalrat und Nervenarzt Ludwig Frey, habe in diesem Krieg „einen geradezu triumphalen Erfolg aufzuweisen". Wie immer der Krieg ausfallen möge, so könne ihr der „volle uneingeschränkte Sieg nicht mehr abgesprochen werden".[59]

Hinter den Kulissen und abseits der inszenierten Euphorie der Ärzte zeigte sich ein anderes Bild. Karl Kraus, Wiens kritischer Augenzeuge im Hinterland, hatte die pompöse Ärzteversammlung spöttisch eine „Monsterversammlung der selbstredenden Phrasen" genannt.[60] Der entlarvende Einwurf war pointiert gesetzt. Denn zum Zeitpunkt der Tagung, im Herbst 1917, waren die Militärbehörden längst mit der Tat-

57 Konrad Alt: Über die Kur- und Bäderfürsorge für nervenkranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. In: WMW 68 (1918), Sp. 848.

58 Verhandlungen der Tagung der ärztlichen Abteilung der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Ungarns und Österreichs. Baden bei Wien, 11. bis 13. Oktober 1917. Wien 1918, S. 177–182.

59 Frey, Ärztliche Standesethik im Weltkriege, S. 448. Während in der Behandlung der Kriegsneurosen die Psychiater nicht müde wurden, ihre großen Erfolge herauszustreichen, waren in zivilen psychiatrischen Anstalten Insassen dem Hungersterben ausgesetzt. In den deutsch-österreichischen Anstalten starben im Ersten Weltkrieg knapp 8.000 Menschen den Hungertod. Siehe dazu Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg 1998, S. 25–68 und Julius Wagner-Jauregg: Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus. In: PNW 22 (1920/21), S. 357–360, S. 373–376.

60 Karl Kraus: Waffenbrüder. In: Die Katastrophe der Phrasen. Glossen 1910–1918. Frankfurt/M. 1994, S. 268.

sache konfrontiert worden, dass an eine effiziente Rückführungspolitik der Soldaten nicht zu denken war. Die Ergebnisse der waffenbrüderlichen Ärztetagung brachten daher außer der Erkenntnis, dass die Frage der Kriegsnervenkranken von drängender Aktualität war, nichts Neues.[61] Der Zweckoptimismus der Teilnehmer der Badener Zusammenkunft konnte an der sich zuspitzenden Situation nichts ändern. Der Zustrom von traumatisierten Soldaten in die Militärspitäler war nach wie vor groß. Allein auf den Wiener Nervenabteilungen – so schätzte Bruno Drastich – waren bis zum Herbst 1918 an die 120.000 „Kriegsneurotiker" untersucht beziehungsweise behandelt worden.[62] Die Krisen- und Erschöpfungssymptome zeichneten sich im Hinterland immer deutlicher ab. Mit Fortdauer des Krieges wirkte sich die Isolierung der Mittelmächte immer stärker aus. Im Winter konnten die Krankenräume nicht oder nur unzureichend geheizt werden, sodass die Patienten in Uniform in den Betten lagen und kaum mehr verpflegt werden konnten. Die Radikalisierung der Wiener Arbeiterschaft ab dem Frühjahr 1917, die in Streiks und revolutionärer Agitation ihren Ausdruck fand, erfasste auch die Spitäler und untergrub die Autorität der Ärzteschaft. Arbeiter-, Soldaten- und Krankenräte solidarisierten sich und trugen ihre Forderungen auch in die Militärspitäler hinein. In Spitälern rebellierten Soldaten gegen die Anordnungen der Anstaltsleiter und weigerten sich nach ihrer Genesung, das Spital zu verlassen.[63] Im täglichen Umgang mit Patienten und deren Verwandten stießen die Psychiater zunehmend auf Unmut und unverhohlene Ablehnung. Die vielen Soldaten, die von einer Nervenstation zur anderen zogen und in den Straßen Wiens um Almosen bettelten, bannten mitleidige Blicke auf sich. In den Augen vie-

61 Nach der im Oktober 1917 in Baden bei Wien abgehaltenen Tagung der „Waffenbrüderlichen Vereinigungen" Deutschlands und Österreich-Ungarns trafen sich die Mitglieder der ärztlichen Abteilungen erneut im Januar 1918 in Berlin. Den Kriegsneurosen war auf diesem Treffen keine eigene Sektion gewidmet. Die meisten Referate drehten sich nun um bevölkerungs- und ernährungspolitische sowie um rassenhygienische Fragen. Für den Herbst stand eine weitere Zusammenkunft in Planung, die im September 1918 in Budapest stattfinden und unmittelbar an die Tagung der ärztlichen Abteilung der Ungarischen Waffenbrüderlichen Vereinigung anknüpfen sollte. Die Einladungen zur *1. deutsch-österreichisch-ungarischen Tagung für Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik* waren schon gedruckt, doch der Kongress wurde im letzten Moment abgesagt. Siehe k. k. Ministerium des Innern, Waffenbrüderliche Vereinigung Österreichs, Ungarns und Deutschlands, Tagung der ärztlichen Abteilungen, ÖStA-AVA, S-Akten, Karton 2974, 1916–1918.

62 Bruno Drastich: Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: WMW 68 (1918), Sp. 2063.

63 Hans Hautmann: Die Arbeiter von Wien in der revolutionären Periode 1917 bis 1919. In: Helmut Konrad: Karin M. Schmidlechner (Hg.): Revolutionäres Potential in Europa am Ende des Ersten Weltkrieges. Die Rolle von Strukturen, Konjunkturen und Massenbewegungen. Wien-Köln 1991, S. 89–99; Ignaz Kaup: Das Volksgesundheitsamt in Österreich als selbständiges Staatsamt. In: MMW 67 (1920), S. 189–191.

ler verkörperten die zuckenden Gestalten die grausamen Auswirkungen eines längst verlorenen und sinnlos gewordenen Krieges.[64] Auch im Kriegsministerium registrierte man die wachsende Unruhe in der Bevölkerung mit Sorge und war bestrebt, jeden möglichen Anstoß zu vermeiden. Der Antrag Viktor Gondas, einen Lehr- und Propagandafilm über die elektrische Behandlung der Kriegsnervenkranken drehen zu dürfen (der nach Ansicht Gondas in den Kinos der Öffentlichkeit vorgeführt werden sollte), wurde strikt abgewiesen. Arthur Schüller schrieb in seinem Artikel *Die Kriegsneurosen und das Publikum*, dass trotz der „glanzvollen Therapieerfolge" die Bestrebungen der Ärzte auf dem Gebiet der Neurosenbehandlung „nicht das gebührende Verständnis von Seiten der Öffentlichkeit gefunden" hätten.[65]

Im September 1918 erging ein Erlass des österreichischen Kriegsministeriums an alle Militärkommandos, der den weiteren Ausbau von Nervenstationen und die Vorgangsweise in der Frage der Kriegsneurosen betraf. Inhaltlich brachte der Erlass nicht viel Neues. Zunächst wurde auf die Einlieferung nervenkranker Soldaten in eigens gekennzeichnete Abteilungen hingewiesen und auf die Errichtung von neuen Stationen an den östlichen Kriegsschauplätzen gedrängt. Die Pro-domo-Notiz des Aktes verrät aber, dass die Militärbehörden mit nur einer verschwindend kleinen Anzahl von Soldaten rechneten, welche durch die Arbeit der Psychiater wieder kriegsdiensttauglich gemacht werden könnte:

> Die mit den Kriegsneurotikern gemachten Erfahrungen haben ergeben, daß eine verschwindende Anzahl – höchstens zwei von hundert – die Frontdiensttauglichkeit erreichen und daß auch scheinbar geheilte Fälle bei einer Einteilung in die Front in kürzester Zeit derart rezidivieren, daß sie Erscheinungen schwerster Art aufweisen.[66]

Aufgrund der mangelnden therapeutischen Erfolge der Psychiater suchten die österreichischen Militärbehörden nach besseren Alternativen, die größere therapeutische Erfolge bei kleinerem öffentlichem Widerstand versprachen. Der „Ruf von der Bedeutung der Nervenkraft für den Ausgang des großen Ringens" ertönte auch 1918 laut – und wurde von der Psychoanalyse nicht überhört.[67]

Auf die Kriegsneurosen reagierten die Psychoanalytiker mit zwei Erklärungsversuchen, in deren Mittelpunkt die *Angstneurose* beziehungsweise die *Konversionshys-*

---

64 Joseph Roth hat im Oktober 1918 solch ein Stimmungsbild beschrieben: Nervenschock. In: Joseph Roth: Werke. Band 1: Das journalistische Werk 1915–1923, hg. von Klaus Westermann. Köln 1989, S. 1106. [Erstmals in: *Prager Tagblatt*, 6. Oktober 1918.]

65 Arthur Schüller: Die Kriegsneurosen und das Publikum. In: WMW 68 (1918), Sp. 1085; Viktor Gonda, Filmrohmaterial zu ärztlichen Vorträgen, ÖStA-KA, KM 1918, 14. Abt., 53–27.

66 Weiterer Ausbau von Nervenstationen und Behandlung von Kriegsneurotikern. ÖStA-KA, KM 1918, 14. Abt., 43–51.

67 Schüller, Die Kriegsneurosen und das Publikum, Sp. 1093.

terie standen. Das Konzept der Angst- oder Gefahrneurose zielte insbesondere auf eine Erklärung der auffälligen motorischen Erscheinungen, auf das Zittern, das Schütteln einzelner Glieder oder des ganzen Körpers, aber auch auf die Lähmungserscheinungen, die sich insbesondere in Gehstörungen zeigten. Die Psychoanalytiker vermuteten bei diesen Erscheinungen die „Aktivierung eines unbewußten Gegenwillens, der sich den bewußt gewollten Leistungen in den Weg stellt".[68] Sie gingen aus von konkurrierenden psychischen Konstellationen im Soldaten, von einem schweren Konflikt zwischen seinem „alten kriegerischen" und seinem „neuen friedlichen Ich". Das kriegerische Ich markiere die ideale soldatische Identität, also die im Militärbetrieb anerzogene Bereitschaft zu aggressiven Leistungen. Diese manifestiere sich im militärischen Pflichtbewusstsein, im Gehorsam und in der Verinnerlichung der Aufgabe des Soldaten, im Krieg zu töten und zu sterben. Auf die Einwirkung der äußeren Gewalt, repräsentiert durch die technologischen Kräfte des Schlachtfeldes und die dramatischen Erlebnisse im Schützengraben, reagiere die Persönlichkeit mit einem „neugebildeten Doppelgänger", dem zweiten, friedlichen Ich, das den Aufenthalt an der Front als Lebensgefahr erkenne und nach Schutz vor der äußeren Gewalt suche.

In diesem Konflikt erweise sich das friedliche Ich, das den Krieg als lebensbedrohend erkannt habe und mit Hilfe autosuggestiver Mechanismen nach mehr Einfluss dränge, als stärker. Durch die „Flucht in die Krankheit" schütze sich der Soldat, von seinen unbewussten psychischen Mechanismen überwältigt, gegen die Lebensgefahren an der Front: Das kriegerische Ich, das den Soldaten an der Front hielte, unterliege seinem „inneren Feind".[69] Die Kriegsneurosen könnten daher als „eingeschaltete Sicherungen" verstanden werden, die den Soldaten vor der Zerstörung seiner physischen und psychischen Existenz schützen sollen.[70] Die Angst des Kranken bestehe in der Wiederholung des erlittenen Traumas, sodass bei jeder Gefahr, in die Nähe der erlittenen Situation zu kommen, Angstenergien auftreten würden, die sich in der Bewegungsunfähigkeit manifestierten. Durch die Experimente der Neurologen, die sich mit den motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen beschäftigten, sahen sich die Psychoanalytiker bestätigt. Soldaten, die durch schwere Schüttelkrämpfe am Vorwärtsgehen gehindert waren, könnten der Aufforderung, rückwärts zu gehen, mühelos und ohne Zittererscheinungen folgen.[71]

---

68 Sándor Ferenczi: Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Leipzig-Wien 1919, S. 22.

69 Sigmund Freud: Einleitung. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, S. 7.

70 Ernst Simmel. Zweites Korreferat. In: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, S. 45.

71 Siegmund Erben: Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern. Wien-Leipzig 1916, S. 11–13.

Betonte das Konzept der Angstneurose die durch ein traumatisches Erlebnis aktivierten psychischen Konfliktenergien, so fokussierte das Erklärungsmodell der Konversionshysterie auf den Moment des traumatischen Erlebnisses selbst. Im Mittelpunkt stand hier die Fixierung und Umwandlung der Schockwirkung auf die Psyche. Das charakteristische Symptom der Konversionshysterie ist eine Art Zwangshaltung, die im Moment der Erschütterung aktiviert wird. Durch ein akutes Kriegstrauma, ausgelöst durch die Explosion einer Granate in unmittelbarer Nähe, wird die momentane Bewusstseinslage des Soldaten fixiert. Eindrucksvolle Beispiele für diesen Ansatz brachte der im Krieg zum Kreis der Psychoanalytiker gestoßene Ernst Simmel (1882–1947) vor. Für Simmel bestand der Effekt des Kriegstraumas in der „realisierten posthypnotischen Autosuggestion", die zu fortwährenden neurotischen Zwangshaltungen führe. Im Moment des Schreckerlebnisses – etwa durch den Einschlag der Granate – erstarre die soldatische Bewusstseinslage und werde „blitzartig ins Unbewußte hinabgerissen". Den Mechanismus dieser Zwangshaltungen beschrieb Simmel anhand des Falles eines Soldaten, der an einem permanenten Muskelspiel im Gesicht, einem ständigen Grimassieren litt, gleichzeitig aber auch an einer Fehlstellung des rechten Kniegelenks:

> Die Hypnose, die die Bewußtseinssituation wieder herstellte, gab sehr bald den Aufschluß. Während der Patient bewußtlos unter Steintrümmern lag und Bilder aus der Heimat vor ihm traumhaft auftauchten, war er ständig gezwungen zu grimassieren, um die Sandmassen, die auf seinem Gesicht lagen, zu entfernen, und die Atmung freizuhalten. Gleichzeitig rührte ein spitzer Stein an die Ferse seines rechten Fußes, der ihn zwang, das Bein krumm zu halten. Dieser Zwang, der an unbewußte Vorstellungen geknüpft war, wirkte also als posthypnotische Suggestion noch über ein Jahr weiter, bis endlich der Befehl, den das Unbewußte dem Patienten auferlegt hatte, in der Hypnose durch meine Korrektur aufgehoben werden konnte.[72]

Die Frage der Neurosenbereitschaft, warum also unter den Soldaten, die an einem bestimmten Frontabschnitt mit denselben Schreckerlebnissen konfrontiert waren, einzelne neurotische Reaktionen zeigten, andere aber nicht, war damit noch nicht beantwortet. Ähnlich den Psychiatern und Neurologen, die bei den Soldaten nach somatischen Auffälligkeiten suchten (und damit in das Degenerationsparadigma zurückfielen), ergänzte auch die Psychoanalyse ihr Erklärungsmodell dadurch, dass sie die individuelle, persönliche Reaktion hervorhob und in der psychischen oder konstitutionellen Eigenart des Kranken begründete. Entscheidend sei nicht das Fronterlebnis, sondern die Art und Weise, wie Soldaten darauf reagieren. Daher

72 Simmel, Zweites Korreferat, S. 49.

diagnostizierten die Psychiater „psychopathische Konstitution" und sprachen körperlichen und seelischen Anomalien eine prädisponierende Rolle zu; die Psychoanalytiker vermuteten – durch das infantile Verhalten der Soldaten geleitet – eine psychosexuelle Konstellation in der Kindheit und betonten die narzisstische Veranlagung der erkrankten Persönlichkeit. Für Karl Abraham etwa waren an Kriegsneurose leidende Soldaten schon vor ihrem Schreckerlebnis Männer ohne Energie und von schwacher oder gehemmter Libido. Durch den Krieg hätten diese auf ihre „narzißtischen Privilegien" verzichten müssen. Auch Ferenczi unterstrich diesen Standpunkt. Die Gesamtpersönlichkeit der meisten traumatisierten Soldaten entspreche der eines „infolge Erschreckens verängstigten, sich verzärtelnden, hemmungslosen, schlimmen Kindes".[73]

So wie die Psychiater sahen auch die Psychoanalytiker die Ursachen der Kriegsneurose in der individuellen Biografie, in einer bestimmten Disposition, die der Krieg nur ausgelöst, nicht aber verursacht habe. Der Zitterer wurde von ihnen als hochgradig effeminiert beschrieben; sein Narzissmus zeige sich durch die Aufdringlichkeit der Symptome, durch unmännliche Haltlosigkeit und Niedergeschlagenheit: „Viele Kranke zeigen sich vollkommen weiblich in der Hingabe an ihr Leiden."[74] Mit ihren auffälligen Symptomen würden die Soldaten um die Anteilnahme ihrer Umgebung werben. Damit seien diese letzten Endes latente, bis dahin nicht erkannte Neurotiker.

Ausgehend von diesen Erklärungsmodellen sahen sich die Psychoanalytiker als die den Psychiatern weit überlegenen Therapeuten. Ernst Simmel schrieb:

> Jene Ärzte, welche ein System von Qualen ersonnen haben – Hungerkuren, Dunkelzimmer, Briefsperre, schmerzhafte Starkströme u. a. –, um die Preisgabe der neurotischen Symptome vom Kranken zu erpressen, erkennen unbewußt in der Umkehrung des Freudschen Prinzips seine Grundanschauung an. Sie machen die Behandlung zu einer Peinigung, um den Neurotiker zu veranlassen, aus ihr in „die Gesundheit zu fliehen". – Der psychoanalytisch geschulte Seelenarzt hat nicht nötig, seinen, in die Krankheit gehetzten Patienten in die entgegengesetzte Richtung zu jagen. Er nimmt ihm die Ketten seines Unbewußten und ist so imstande, den Neurotiker in die Gesundheit als Erlösung hinüberzugeleiten.[75]

Der Umstand, dass die Methoden der Psychoanalytiker von denen der Psychiater deutlich abwichen, nicht aber Ziel und Zweck der Behandlung, war den Ersteren durchaus bewusst. Auch jene Psychoanalytiker, die nach dem Krieg heftige Ankla-

---

73 Abraham, Erstes Korreferat, S. 34; Ferenczi, Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen, S. 28.
74 Abraham, Erstes Korreferat, S. 35.
75 Simmel, Zweites Korreferat, S. 60.

gen gegen die Psychiater erhoben, ließen sich von den Militärs in die Pflicht nehmen und arbeiteten, auch wenn sie andere Methoden anwandten, im Interesse der Heeresführung. Alfred Adler etwa, zu Kriegsende einer der schärfsten Kritiker der Wiener Psychiater, setzte im Rahmen seiner Tätigkeit als Arzt an verschiedenen Nervenabteilungen von Militärspitälern seine Patienten häufig dem Simulationsverdacht aus und nahm diesen gegenüber einen unnachgiebigen Standpunkt ein. Ferenczi, der 1917 die Leitung der neu errichteten Nervenspezialanstalt Ujpest/Neupest zu übernehmen hatte, wusste ebenfalls, dass dort „Simulanten-Entlarvung" auf ihn wartete.[76] Mit den Praktiken der von ihnen verachteten Psychiater waren die Psychoanalytiker vertraut, von deren effizientem Vorgehen beeindruckt. Ferenczi schrieb 1918: „Eine einzige suggestive Elektrisierung, wenige hypnotische Maßnahmen genügen oft, solche Leute, wenn auch nur vorübergehend und bedingungsweise, voll leistungsfähig zu machen."[77]

Der Kriegskongress der Psychoanalytiker im September 1918 in Budapest markierte den Höhepunkt ihrer Bemühungen um wissenschaftliche und militärische Anerkennung. Die von einem ungarischen Industriellen gesponserte Tagung konnte mit einem für damalige Verhältnisse luxuriösen Ambiente aufwarten:

> Offizieller Empfang durch den Bürgermeister, geschmackvolles Festmahl, Anwesenheit des Sanitätschefs von Budapest, eines österreichischen Generals, zweier offizieller Vertreter des deutschen Kriegsministeriums, Einräumung des Sitzungssaals der Akademie der Wissenschaften, kurz alles, was sonst zu einem anderen Kongreß gehört, aber den unserigen bisher fremd geblieben war,

bilanzierte Freud, der die Zusammenkunft als Gegenveranstaltung zur deutschen Psychiater-Tagung von 1916 verstanden wissen wollte: „Es gelang dann sehr gut und war so recht eine Revanche für den Kongreß in München."[78]

Wie die Psychiater traten – mit Ausnahme von Freud – auch die Psychoanalytiker in Uniformen auf und boten sich den Militärs als Experten der Kriegsneurosenbehandlung an. Ferenczi erklärte selbstbewusst, dass von der Psychoanalyse „die volle Erklärung, vielleicht auch die radikale Heilung dieser Krankheitszustände" zu er-

76 Sigmund Freud – Sándor Ferenczi: Briefwechsel. Band II/2 (1917–1919), hg. von Ernst Falzeder und Eva Brabant. Wien-Köln-Weimar 1996, S. 69 (Brief vom 27. Mai 1917).

77 Ferenczi, Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen, S. 21.

78 Sigmund Freud – Lou Andreas-Salomé: Briefwechsel, hg. von Ernst Pfeiffer. Frankfurt/M. 1966, S. 93 (Brief vom 4. Oktober 1918). Freuds ablehnende Haltung zum Münchener Kriegskongress der Psychiater („... ich will nicht nach München") geht insbesondere aus seinem Briefwechsel mit Karl Abraham hervor, hg. von Hilda C. Abraham und Ernst L. Freud. Frankfurt/M. 1965, S. 227–229. Zum Budapester Kriegskongress siehe Büttner, Freud und der Erste Weltkrieg, S. 67–98.

warten sei.[79] Mit Hilfe der Militärbehörden, so das Kalkül der Psychoanalytiker, werde es gelingen, gegenüber den Psychiatern den „therapeutischen Vorrang" auf dem Gebiet der Kriegsneurosen zu erringen.[80] Tatsächlich zeigten die Medizinalabteilungen der Kriegsministerien – unter dem Eindruck der aufgebrachten Öffentlichkeit stehend – großes Interesse daran, die elektrischen Methoden der Psychiater durch mildere, aber nicht weniger wirksame Therapien der Psychoanalytiker zu ersetzen. Deren Ziel, ein neues Erklärungs- und Behandlungsmodell der Neurosen im Kriege durch Zusammenarbeit mit politischen und militärischen Instanzen zu institutionalisieren, wurde jedoch nicht erreicht, da der geschlossene Pakt aufgrund des baldigen Endes des Krieges nicht mehr realisiert werden konnte. Doch bleibt festzuhalten, dass sich – ähnlich den Neurologen und Psychiatern – auch Freud und seine Mitarbeiter weitgehend freiwillig und aus eigener Initiative heraus in militärische Institutionen und Interessenpolitik zu integrieren suchten.[81]

8.4 Nach Kriegsende: Die Rückkehr der Nervosität

Im November 1918 strömten die Soldaten der geschlagenen k. u. k. Armee aus den aufgegebenen Frontabschnitten zurück, einer ungewissen Zukunft entgegen. Zur Enttäuschung über den verlorenen Krieg kam die Wut auf die privilegierte Stellung der Berufsmilitärs. An der Tatsache, „daß es Bevorzugte gab, die dem Übel entgingen und trotzdem Macht über die anderen hatten", entzündeten sich die Emotionen. Psychologisch geschulte Beobachter notierten unter dem Eindruck der Ereignisse „die Entladung ungeheurer Affektmassen".[82] Auf den Bürgersteigen und öffentlichen Plätzen kam es zu Szenen, die vor Ende des Krieges undenkbar gewesen wären. Heimkehrende Soldaten, viele noch in Waffen, verhöhnten und attackierten auf offener Straße zufällig angetroffene Träger des verhassten Kriegssystems: Offizieren wurden die Schulterstücke und Kokarden heruntergerissen, der Säbel abgenommen und vor den Augen des Trägers zerbrochen; die „öffentliche Kastration" des aristokratischen Offiziers war vollzogen.[83] Ebenfalls kurz zuvor noch undenkbar gewesen

79 Ferenczi, Die Psychoanalyse der Kriegsneurosen, S. 29.

80 Abraham, Erstes Korreferat, S. 41.

81 Büttner, Freud und der Erste Weltkrieg, S. 135; Brunner, Psychiatry, Psychoanalysis, and Politics during the First World War, S. 362.

82 Gaston Roffenstein: Zur Psychologie und Psychopathologie der Gegenwartsgeschichte. Bern-Leipzig 1921, S. 17 f. Zum Kriegsende in Österreich siehe Mark Cornwall: Austria-Hungary. In: Hugh Cecil and Peter Liddle: At the Eleventh Hour: Reflections, Hopes and Anxieties at the Closing of the Great War, 1918. Barnsley 1998, S. 285–300.

83 Hanisch, Die Rückkehr des Kriegers, S. 109.

war der Umstand, dass die demütigenden und willkürlichen Schauspiele keine „Nachspiele" hatten. Auf die Degradierungen reagierten viele Offiziere nicht mit Gegenwehr, sondern mit Apathie. Der Zerfall der gewohnten Autoritätsstrukturen und der Schock der Entmachtung zogen Orientierungslosigkeit nach sich und lähmten das Selbstwertgefühl.[84] Nach den spontanen Zornausbrüchen in den unteren militärischen Rängen stiegen die Gefühle der Enttäuschung die militärische Hierarchie „hinauf" und richteten sich gegen ehemals mächtige Befehlsgeber und Entscheidungsträger. Im Hinterland schien den hohen Militärs das Gewalterlebnis erspart geblieben zu sein. „Wer blieb denn von uns allen heil, wer zahlte keine Spesen, wen traf kein Stich, wen traf kein Pfeil, wer brauchte nicht Prothesen?", schrieb Joseph Roth in *Die Invaliden grüßen den General*, einem beeindruckenden Dokument über die Verzweiflung der Kriegsgeneration: „Bist du gesund, Herr General?"[85]

Viele Heimkehrer, die mit sich selbst um eine „Erhöhung des Persönlichkeitsgefühls" rangen und latente Rebellionsbereitschaft in sich trugen, konnten sich von den seelischen Kränkungen und Verletzungen des Krieges nicht befreien.[86] Nicht auf offener Straße und auch nicht am „Watschenmann" in den wieder eröffneten Vergnügungsarealen der Städte, sondern in den Praxen der Ärzte brachen aus diesen Männern die Emotionen heraus. Unter ärztlicher Anleitung gelang es den Soldaten, ihre Wut abzuschütteln. Ernst Simmel schrieb über seine Erfahrungen mit diesen Patienten: „Das Behandlungszimmer war erfüllt vom Schrei verletzter Menschenwürde – und die Erkrankten rangen nach innerer Selbstbefriedigung immer wieder dadurch, daß sie den halluzinierten Vorgesetzten, die an ihrem Unglück schuldig schienen, die äußeren Symbole ihrer Übermacht, Tresse und Achselstücke, vom Leibe rissen."[87] Das imaginäre Feindbild des Offiziers hatte diesen Männern bisher die Rückkehr in ihr ziviles Leben verwehrt. Erst die pantomimische Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen bewirkte den therapeutischen Effekt.

Viele der heimgekehrten Soldaten fanden sich in ihrer vertrauten sozialen Umgebung nicht mehr zurecht. Arbeitslosigkeit und die Flucht in den Alkohol machten sich breit und erschwerten den Neuanfang. Die sozialen Entfremdungen zeigten sich besonders deutlich in den Familien der Heimkehrer. Zahlreiche Ehen, die zu Kriegs-

84 Peter Melichar: Die Kämpfe merkwürdig Untoter. K. u. k. Offiziere in der Ersten Republik. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 9 (1998), S. 54 f.

85 Joseph Roth: Die Invaliden grüßen den General (1924). In: Joseph Roth: Werke. Bd. 2: Das journalistische Werk 1924–1928, hg. von Klaus Westermann. Köln 1990, S. 27.

86 Alfred Adler: Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Kommentierte textkritische Ausgabe, hg. von Karl-Heinz Witte, Almuth Bruder-Bezzel und Rolf Kühn. Göttingen 1997, S. 47.

87 Simmel, Psychoanalyse der Massen, S. 39.

zeiten – im Rahmen eines kurzen Heimaturlaubes – geschlossen worden waren, gingen auseinander. Aber auch in solchen, die nach außen hin intakt geblieben waren, verweigerten Ehemänner und Väter ihren Frauen und Kindern die emotionale Zuwendung. Gewalt zählte in den Familien jener Männer, die ihre Verzweiflung und Enttäuschung über den verlorenen Krieg und die ungewisse politische wie persönliche Zukunft nicht abwerfen konnten, zum Alltag.[88] Auch in der Öffentlichkeit entluden sich die Emotionen in spontanen Kundgebungen und revolutionären Agitationen sowie in einer hektischen Aktivität, um nach dem Zusammenbruch wieder Boden unter den Füßen zu finden und die Dinge zum Besseren wenden zu können. Oskar Kokoschka schrieb 1919 über die quälende Orientierungslosigkeit und latente Gewaltbereitschaft der heimgekehrten Kriegsgeneration:

> Wie ein unverhoffter Urlaub erschien uns das Leben, und der Umsturz war folglich bloß eine Komödie, die sich jeder vorspielte, ein Traumleben, aus welchem man wieder im Schützengraben aufzuwachen fürchtete. „Irgendwie" füllte man die Leere aus. Nicht daß die Menschen sich von der Generation, die den Frieden gekannt hat, äußerlich allzu sehr unterschieden hätten: daß etwa eine dickhäutigere Sorte von Menschen dazugekommen wäre. Es war vielmehr so, wie wenn in einem Körper die Wirkung der Schwerkraft aussetzt. Das Leben war wie die Erwartung einer Premiere, die nicht stattfand. Im Dunkeln weinte man und schämte sich nicht seiner Sentimentalität. War das Licht angedreht, lachte man über seine Tränen aus Glyzerin.[89]

Die wirtschaftliche Notlage machte es insbesondere für jene Soldaten schwer, die mit irreversiblen Verletzungen aus dem Krieg zurückgekommen waren. Für viele Veteranen ging es trotz des 1919 beschlossenen Invalidenentschädigungsgesetzes um die nackte Existenz, da das Anpassen und Neubewerten der Kriegsrenten mit der galoppierenden Inflation nicht Schritt zu halten vermochte. Um gegen die zögerlichen Zugeständnisse der Regierung und die schleppenden Auszahlungen zu protestieren, initiierten die Invalidenverbände immer wieder Aufmärsche, an denen Tausende teilnahmen. Kriegsblinde, von ihren Hunden geleitet, Verstümmelte auf Rollwagen, Amputierte und Nervenkranke auf Krücken riefen auf diesen Veranstaltungen sich selbst und der Öffentlichkeit den Krieg ins Gedächtnis zurück. Die

88 Reinhard J. Sieder: Behind the Lines: Working-Class Family Life in Wartime Vienna. In: Richard Wall and Jay Winter (Hg.): The Upheaval of War. Family, Work and Welfare in Europe, 1914–1918. Cambridge 1988, S. 128–150.

89 Oskar Kokoschka: Briefe aus Dresden. In: ders.: Berichte aus einer eingebildeten Welt. Erinnerungen und Erzählungen, hg. von Gerhard Trenkler. Graz-Wien-Köln 1996, S. 125 f.

90 Anonym: Zur Jahreswende. In: Der Invalide 4 (1921), Nr. 1, S. 1.

„Krüppelparaden" wurden nach dem Krieg zum Symbol und Sammelplatz des Pazifismus. Über die Wiener Ringstraße zogen „vorzeitig gealterte Männer mit fehlenden Gliedern, mit nervös zuckenden Leibern – es sind dies die Genießer des Stahlbades".[90] Auf ihren blanken Zynismus reduziert, wurde die Stahlbad-Phrase zum Fahnenwort der sozialdemokratischen Friedensbewegung, die 1921 auf der in Wien stattfindenden Internationale der Kriegsopfer und Kriegsteilnehmer das „Stahlbad der Völker" scharf verurteilte.[91]

Nicht nur im Alltag der Kriegsversehrten und auf pazifistischen Veranstaltungen der Invalidenverbände war das Scheitern der balneologischen Fantasien von 1914 präsent. Auch heimgekehrte Soldaten, die den Krieg scheinbar ohne psychische Verwundungen überstanden hatten und wieder in ihren zivilen Beruf eingetreten waren, wurden von ihren wiederkehrenden Kriegserinnerungen überrumpelt. Quälende Tagträume, Halluzinationen und traumatische Reminiszenzen setzten die Realitätskontrolle außer Kraft und führten im Arbeitsalltag zu verstörenden Erlebnissen und emotionalen Konflikten, die sich in gerichtlichen Nachspielen widerspiegelten. „Ich war vier Jahre im Feld. Sie haben hier herumtarcheniert", platzte es aus einem Wiener Schaffner heraus, als in der überfüllten Straßenbahn ein Fahrgast seine Monatskarte nicht parat gehalten hatte. Vor Gericht – mit einer Klage wegen Ehrenbeleidigung konfrontiert – erklärte der Schaffner zerknirscht, durch den Krieg „sehr nervös" geworden zu sein und die Kontrolle über sich selbst verloren zu haben.[92]

Unruhe, Aufregung, Affekte und Emotionen – was die Nervenärzte und Psychiater vor dem Krieg als Leitmerkmale der Nervosität identifiziert hatten, zeigte sich mit Ende des Krieges erneut und noch dazu mit völlig unerwarteter Intensität. Selbst in die laufenden Friedensverhandlungen schienen sich die altbekannten Symptome wieder eingeschlichen zu haben. Der Nervenpoker um die Ratifikation des Vertrages hatte seitens der Teilnehmer eine „außerordentliche Gereiztheit" zur Folge, die von Journalisten und Kommentatoren aufmerksam registriert und mit bekannten Deutungsmustern etikettiert wurde. In Paris Saint-Germain tage eine „nervöse Friedenskonferenz", wie *Der neue Tag* im April 1919 titelte.[93] Aus der Sicht der Psychiater war die Rückkehr der Nervosität ein ebenso unerwartetes wie frustrierendes Ereignis. „Viele Ärzte haben geglaubt", schrieb Ernst Simmel, „daß die nervösen Schädigungen des Krieges mit seinem Ende verschwinden müßten [...]. Und nun

91 Anton Hölzl: Vom „Stahlbad der Völker". Zur Internationale der Kriegsopfer und Kriegsteilnehmer. In: Der Invalide 4 (1921), Nr. 18, S. 1. Ähnlich auch Rudolf Segel: Die Vergessenen. In: Der Krüppel 1 (1927), Nr. 9, S. 65, der die Ausweitung sozialer Maßnahmen für eine Kriegsgeneration einforderte, „die im Stahlbad gezwungen war, ihren von Gesundheit strotzenden Körper zerfleischen zu lassen".

92 Der nervöse Schaffner. In: *Der neue Tag* Nr. 82 (14. Juni 1919), S. 8.

93 Die nervöse Friedenskonferenz. In: *Der neue Tag* Nr. 19 (10. April 1919), S. 1.

müssen sie erkennen, daß viele Kriegsneurosen durch das Kriegsende nicht nur nicht geheilt wurden, sondern mit ihm erst erneut aufflammten."[94]

In den Straßen der Großstädte gehörten die traumatisierten Soldaten nach wie vor zum alltäglichen Bild. Die *Kriegszitterer* zählten nicht zu jenen „kriegszermalmten" Menschen, die aufgrund ihrer schweren körperlichen Verletzungen in abgeschirmten Lazaretten dahinvegetierten und als verschollen galten.[95] Die Veteranen wanderten durch die Gast- und Kaffeehäuser Wiens, auf der Suche nach Kleingeld oder nach einem Ort, wo man sich kurzweilig etwas aufwärmen konnte. „Die Wiener Kaffeehäuser sind voll wie niemals zuvor", schrieb Alfred Polgar im Dezember 1918. „In Zeiten wie diesen ist die Ausdünstung des Nebenmenschen ein nervenstärkendes Fluid."[96] In den öffentlichen Rückzugsorten der Stadt, die den Schutz der Gemeinschaft boten, sei die bedrückende Situation besser zu ertragen gewesen. Karl Kraus verarbeitete in einer kurzen Szene in *Die letzten Tage der Menschheit*, was in den Kaffeehäusern mit den verstörenden Bittstellern geschehen konnte: „Ein Invalide, Zitterer, erscheint. Er schüttelt unaufhörlich den Kopf. Er wird entfernt."[97] Im Gegensatz zu Soldaten mit physischen Verletzungen wurde Soldaten, die an psychischen Verletzungen litten, eine einmalige finanzielle Abfertigung zugestanden, die – nach dem Grade der Verwundung und dem Wohlwollen des psychiatrischen Gutachters – bis zur Höhe der doppelten jährlichen Vollrente eines Invaliden ging. Nur in Ausnahmefällen wurde eine monatliche Rente gewährt, die mit maximal zwei Jahren befristet war.[98]

Der Anblick der zitternden Männer grub sich tief in das Gedächtnis ein. Nicht nur für die Kriegsgeneration, sondern auch für die Generation, die ihre Jugend in den 1920er und frühen 1930er Jahren verbracht hatte, wurden die zitternden Gestalten zu lebenden Mahnmalen für einen Krieg, dessen Auswirkungen das öffentliche wie private Leben bestimmten. „An den Straßenecken standen Bettler mit zittrigen Köpfen, Orden an der Brust: ‚Doberdo', pflegten sie zu stammeln und meinten damit jene steinige Hochebene an der italienischen Front, wo sich so viele einen Bomben-

94 Ernst Simmel: Psychoanalyse der Massen. In: ders.: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften, hg. von Ludger M. Hermanns und Ulrich Schultz-Venrath. Frankfurt/M. 1993, S. 58.

95 Bernd Ulrich: „... als wenn nichts geschehen wäre." Anmerkungen zur Behandlung der Kriegsopfer während des Ersten Weltkriegs. In: Hirschfeld, Krumeich und Renz (Hg.), „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ...", S. 141 f.

96 Alfred Polgar: Wien, Dezember 1918. In: ders.: Kleine Schriften. Bd. 1. Reinbek bei Hamburg 1994, S. 85.

97 Kraus, Die letzten Tage der Menschheit, S. 607.

98 Adolf Deutsch: Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. Wien 1919, S. 20 f. Die Kriegsbeschädigtenfürsorge in Österreich nach dem Ersten Weltkrieg ist ein Forschungsdesiderat. Für Deutschland siehe Robert W. Whalen: Bitter Wounds: German Victims of the Great War. Ithaca 1984; Eghigian, Making Security Social, Kap. 5; Richard Bessel: Germany after the First World War. Oxford 1993, Kap. 9.

schock eingehandelt hatten."[99] Die Gestalt des *Zitterers*, der in der Nachkriegszeit in den Städten orientierungslos umherwandelt, in seinem Elend von Passanten bestaunt, ignoriert, belächelt oder bemitleidet, hat in die künstlerische und literarische Verarbeitung des Krieges Eingang gefunden. In den Bildern von Otto Dix oder George Grosz, in den avantgardistischen Fotomontagen der Dadaisten, im expressionistischen Film und in sozialkritischen Reportagen und Romanen wie etwa denen von Joseph Roth wurde der Typus des ungeheilten Kriegsneurotikers zum Symbol der traumatischen Kriegserfahrungen.[100]

Anders hingegen die Psychiater: Die auch nach dem Krieg nicht abklingenden Kriegsneurosen blieben in den Diskussionsforen und Publikationen ein intensiv debattiertes Thema. Wie war das Phänomen zu erklären, dass nach Ende der Kampfhandlungen die Soldaten weiterzitterten, jetzt, wo sie in den Städten des Hinterlandes zwar schlecht versorgt, aber in Sicherheit waren? Die Antwort darauf suchten die Psychiater in allen möglichen Ursachen, nicht aber in den traumatischen Erschütterungen des Krieges selbst. Exemplarisch lässt sich diese Haltung anhand einer Demonstration in der *Gesellschaft der Ärzte* in Wien zeigen. Im Frühjahr 1919 stellte Siegmund Erben einen Soldaten vor, „der 3 Tage im Sperrfeuer war und auch sonst während des Krieges auf gefährlichem Posten stand". Erben ließ aber das Kriegserlebnis des Soldaten weder als ursächliches noch als auslösendes Moment seiner Erkrankung gelten, sondern stellte ein alternatives Erklärungsmodell vor, das auf seinen zivilen Beruf Bezug nahm. Als Hutmacher habe er bei der Filzherstellung mit chemischen Prozessen, darunter schädlichen Laugen, zu tun gehabt und dabei eine Quecksilbervergiftung erlitten. Nicht der Krieg, sondern ein unvorsichtiger Umgang mit chemischen Substanzen in seinem Beruf sei für die „pathologische Muskeltollheit" des Soldaten verantwortlich.[101] Von einer Einflussnahme der Militärs, die

99 So die Erinnerung des ungarisch-amerikanischen Historikers István Deák, der in Budapest Anfang der 1930er Jahre aufgewachsen war. Deák, Der k. (u.) k. Offizier, S. 9.

100 Deborah Cohen: The War Come Home. Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914–1939. Berkeley-Los Angeles-London 2001, S. 149–152; Brigid Doherty: "See: *We Are All Neurasthenics!*" or, The Trauma of Dada Montage. In: Critical Inquiry 24 (1997), S. 83–132. Eine eindrückliche Beschreibung der Gestalt des „Zitterers" gibt Joseph Roth: Die Rebellion. Ein Roman (1924). In: Joseph Roth: Werke. Bd. 4: Romane und Erzählungen 1916–1929, hg. und mit einem Nachwort von Fritz Hackert. Köln 1989, S. 243–332, bes. S. 249–253. Siehe auch Inka Mülder-Bach: Herrenlose Häuser. Das Trauma der Verschüttung und die Passage der Sprache in Hofmannsthals Komödie „Der Schwierige". In: Hofmannsthal Jahrbuch zur europäischen Moderne 9 (2001), S. 137–161. Zu Krieg, Psychiatrie und Trauma im expressionistischen Film siehe Anton Kaes: War – Film – Trauma. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 121–130. Kaes arbeitet an einem Buchprojekt zum Thema Shell-shock: Film, Trauma, and Weimar Germany, Princeton University Press, forthcoming.

101 Berichte aus den wissenschaftlichen Vereinen. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 25. April 1919, Prof. Dr. S. Erben demonstriert einen Zitterer. In: WMW 69 (1919), S. 999.

Erben zu solchen Positionen gezwungen haben könnten, konnte nach dem Krieg keine Rede mehr sein. Selbst hochrangige Militärs, die in den Kriegsjahren das Frontleben nur aus Offiziersberichten kennen gelernt hatten, nahmen in der Frage der Beurteilung der Kriegsneurosen einen zurückhaltenden Standpunkt ein. „Ich kann über Nerven nicht urteilen, denn wirklich furchtbare Anblicke, wie sie dieser Krieg in großer Zahl geboten hat, sind mir erspart geblieben", bekannte ein deutscher General, der beim österreichisch-ungarischen Oberkommando tätig gewesen war.[102]

Nicht nur in ihren neurologischen, sondern auch in ihren psychopathologischen Erklärungsmustern schlossen die Psychiater an die im Krieg etablierten Deutungsmuster an. Aufgrund seiner pathologischen Konstitution, seiner mangelnden Affektdisziplin und seines latenten Wunsches nach Gewährung einer Invalidenrente neige der „Kriegsneurotiker" zu Übertreibung seiner motorischen Symptome. Die geringe Fähigkeit des Neurotikers, seinen inneren Wünschen Widerstand zu leisten, erkläre überdies seine häufige Neigung zu kriminellen Handlungen, unter denen Delikte wie Diebstahl, Urkundenfälschung und falsche Anschuldigungen besonders häufig vorkämen. Körperkontrolle und Kriegsneurose waren nach Ansicht der Psychiater kein Widerspruch. Dies belegte etwa der publizierte Bericht eines Arztes, der an sich selbst die Symptome der Kriegsneurose erlebt hatte und selbstbewusst vorgab, über den Mechanismus des „Schüttelzitterns" nach Belieben verfügen zu können.[103] Der Vorwurf, dass es sich bei den zitternden Männern auf der Straße um „Simulanten" und „Schwindler" handle, stand immer wieder im Raum. Von Seiten der Psychiater kam in Form von Zeitungsartikeln die Aufforderung, mit den zitternden Kriegsveteranen kein Mitleid zu haben und keine Almosen zu verteilen. Mit dem Wegfall der Almosen, so die Hoffnung der Psychiater, würden diese wieder aus dem Straßenbild verschwinden. Die meisten, so wurde argumentiert, würden in nächster Zeit vollständig geheilt und wieder an einen Arbeitsplatz zurückkehren können.[104]

Diese Hoffnung erwies sich als trügerisch. Die Wiener Psychiater Rudolf Dreikurs und Emil Mattauschek veröffentlichten 1929 eine Studie, die eindrucksvoll bezeugte, dass die wirtschaftliche und gesellschaftliche Integration von ehemaligen Kriegsteilnehmern mit Nervenerkrankungen nicht gelungen war. Von hundert nach dem Zufallsprinzip ausgewählten nervös Erkrankten seien „alle ohne Arbeit gewe-

---

102 [Hugo Friedrich] Freiherr von Freytag-Loringhoven: Menschen und Dinge, wie ich sie in meinem Leben sah. Berlin 1923, S. 231.

103 A. Ambold: Eine Kriegsneurose in ärztlicher Selbstbeobachtung. In: MMW 69 (1922), S. 511; Julius Bauer: Kriegsneurosen und Konstitution. In: WMW 69 (1919), S. 2241–2245.

104 Franz Deutsch: Neue Simulationsproben. In: WKW 33 (1920), S. 1090; Albert Hellwig: Kriegsneurotiker und Kriegsschwindler. In: *Der Tag* Nr. 256 (18. November 1919), S. 2.

sen". Die Autoren wiesen nach, dass zwischen der Verschlechterung der sozialen Verhältnisse und der Verschlimmerung des Leidens ein kausaler Zusammenhang bestehen musste. Ihre Beobachtungen hatten ergeben, dass „die Kriegsneurotiker in ihrer Arbeitsfähigkeit hinter ihren Arbeitskollegen zurückstehen, was sich besonders bei erschwerten Arbeitsbedingungen zeigt. Sie reagieren auf alle Schwierigkeiten bei der Verrichtung ihrer Arbeit mit einer Verschlimmerung ihrer bis dahin oft latenten Beschwerden." Aufgrund ihrer verminderten Arbeitsfähigkeit und der häufigeren Krankmeldung seien diese Männer in wirtschaftlichen Krisenzeiten die ersten, die ihre Stelle verlieren würden. Einmal arbeitslos und in den Konkurrenzkampf am offenen Arbeitsmarkt geworfen, „sind sie praktisch fast vollkommen erwerbsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit und Verschlechterung des Leidens bilden einen Circulus Vitiosus, aus dem die wenigsten einen Ausweg finden."[105]

Die ärztliche Stimmungsmache gegen die zitternden Veteranen hatte viele Facetten. Aus dem im Krieg gefüllten Arsenal psychiatrischer Diffamierungsstrategien bedienten sich vor allem jene Wiener Psychiater, die im Zuge der Verhandlung gegen Wagner-Jauregg eine geschlossene Abwehrhaltung eingenommen hatten. Die revolutionären Agitationen und politischen Spannungen der Nachkriegszeit galten ihnen als eine neue, heimtückische Spielart der Kriegsneurose, die durch das Zurückströmen der Soldaten in die Städte rasant um sich gegriffen habe und den Zusammenbruch des erschöpften Staatswesens beschleunige – und auch die politische Neuordnung bedrohe. In psychiatrischer Diktion hieß das: Die Niederlage hätte in Kombination mit den revolutionären Dynamiken der Arbeiter- und Soldatenräte einen psychopathologischen Ausnahmezustand geschaffen, in dem „hysterische Dämmerzustände mit greifbarster Deutlichkeit" zutage getreten seien. Soldaten, die sich nach Ende des Krieges nicht von ihren nervösen Attitüden hätten lösen können, seien „pflichtvergessene Schädlinge" und „arbeitsscheue Spitalsbrüder", gegen die mit „eisenharter Konsequenz" vorgegangen werden müsse.[106] Ähnlich verfasste psychiatrische Expertisen hatten in den ersten Jahren nach dem Krieg Hochkonjunktur.[107]

---

105 Rudolf Dreikurs, Emil Mattauschek: Über die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen. In: ZgNP 119 (1929), S. 685.

106 Julius Wagner-Jauregg: Die Arbeitsscheu. In: Archiv für Kriminologie, Kriminalanthropologie und Kriminalistik 74 (1922), S. 118; Erwin Stransky: Hysterie als Anlagedefekt und Hysteriefähigkeit. In: WMW 69 (1919), Sp. 2241 und Sp. 2391.

107 Erwin Stransky: Psychopathologie der Ausnahmezustände und Psychopathologie des Alltags. Leipzig 1921, S. 33; Emil Kraepelin: Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte. In: Süddeutsche Monatshefte 16 (1919), S. 171–183. Die Ansicht, wonach Kriegsneurosen weitgehend mit Simulation und kriminellem Verhalten gleichgesetzt werden konnten, war nicht nur im psychiatrischen Milieu ein Gemeinplatz. Für zwei Juristen, die sich mit *Krieg und Kriminalität in Österreich* beschäf-

Die diffamierende Diktion der Psychiater erklärt sich nicht nur aus ihrem Zorn über die zahlreichen Anschuldigungen und Anfeindungen, die Patienten und deren Angehörige sowie Journalisten gegen sie vorgebracht hatten. Im Fall von Wagner-Jauregg, über den in Zeitungen wiederholt – und häufig in polemischem Ton – berichtet wurde, mochte überdies auch ein latentes Bedrohungsgefühl eine Rolle spielen. Ein Scheinattentat, das 1920 in Form eines hypnotischen Experiments auf ihn ausgeübt wurde, bestärkte ihn in dem Glauben, dass Kriegsneurosen und Kriminalität in einem engen Zusammenhang standen.[108] Darüber hinaus sind aber auch die geänderten politischen Rahmenbedingungen und der ideologische Standort der Psychiatrie in der unmittelbaren Nachkriegszeit zu berücksichtigen. Die Kriegsniederlage und die darauf folgenden politischen Umwälzungen und Unruhen wurden als historische Ausnahmesituation angesehen. Dies setzte ein intensives Nachdenken über die sozial- und bevölkerungspolitischen Aufgaben der Psychiatrie in Gang. Zur Disposition stand auch das Verhältnis zu einem Staat, dessen Lebensfähigkeit von vielen angezweifelt wurde. Aus der Sicht deutschnationaler Psychiater wurde die Psychiatrie zur handlungsanleitenden Kraft der Politik stilisiert. Erwin Stransky etwa, der nach Kriegsende an die Spitze der medizinischen Anschlussbewegung an Deutschland trat, erkannte in seiner Disziplin die Leitwissenschaft *jedes* politischen Handelns. In der „angewandten Psychiatrie", die nationale, soziale und politische Interessen vereint, sahen die Psychiater ihr gesellschaftliches und wissenschaftliches Expansionspotenzial.[109]

Im Banne der forensisch-psychiatrischen Debatten um Kriegsneurosen, Simulation und Rentenvergabe stand nicht zuletzt auch die Frage nach der Gestalt und Verbreitung der Nervosität. Siegmund Erben bezeichnete Mitte der 1920er Jahre in einer populären Schrift „die dauernd Erregten und Verstimmten, Sexuellen, Haltlosen, Schwindler und Lügner, Pseudoquerulanten und geborenen Verbrecher" als die „sieben Prototypen der Nervosität".[110] Wie stand es nun mit der Neurasthenie?

---

tigten, waren die meisten Soldaten, die auf den Nervenabteilungen der Militärspitäler behandelt worden waren, einem kriminellen Milieu zuzuordnen. Franz Exner: Krieg und Kriminalität in Österreich. Mit einem Beitrag über die Kriminalität der Militärpersonen von G[eorg] Lelewer. Wien 1927, S. 133.

108 Heinrich Kogerer: Der Fall Maria D. Ein Beitrag zur Frage des hypnotischen Verbrechens. In: WMW 70 (1920), Sp. 2104–2110. Bei diesem Scheinattentat ging es dem Kriegsteilnehmer und Hypnotiseur August Grundmann um den Versuch des Nachweises, dass es möglich sei, Menschen mittels Suggestion zu einem Verbrechen anzustiften. Wagner-Jauregg hatte das 1919 in seiner Schrift *Telepathie und Hypnose im Verbrechen* bestritten.

109 Erwin Stransky: Großdeutschland und die Ärzteschaft. In: WMW 69 (1919), Sp. 117–125; ders.: Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie. In: ZgNP 59 (1920), S. 279 f.

110 Siegmund Erben: Wer ist nervös? Wien-Leipzig 1925, S. 5 f.

Erben hatte den Begriff überhaupt nicht mehr erwähnt. Damit stand er im Einklang mit jenen Psychiatern, die sich schon im Krieg von der Neurasthenie abgewandt hatten.

Die Debatte um eine Neubewertung des überwunden geglaubten Krankheitsbildes flammte nach dem Krieg nur kurz auf und erschöpfte sich im Wesentlichen in dem Zugeständnis, dass eine präzise Bestimmung des Krankheitsbildes nicht zu erbringen sei. „Eine allgemein anerkannte scharfe Begriffsbestimmung der Neurasthenie läßt sich gegenwärtig nicht geben", schrieb Martin Reichardt in einer der ersten Arbeiten zur Neurasthenie nach dem Krieg. Am besten sei es, den Ausdruck grundsätzlich zu vermeiden. Ferdinand Kehrer, der sich mit einer harten Haltung in der Therapie der Kriegsneurosen einen Namen gemacht hatte, fand trotz des „immensen Anschauungsmaterials", das der Krieg gebracht habe, das Bild der Neurasthenie „verwirrender denn je".[111] Von Seiten der Wiener Psychiater kamen ähnliche Stimmen. Die wichtigste Stellungnahme dazu kam von Emil Redlich, der 1925 auf der Versammlung deutscher Nervenärzte und Psychiater das Hauptreferat übernahm und über *Die Revision der Neurosenfrage* sprach. Die Debatte über die Neurasthenie betrachtete Redlich als „eines der allerschwierigsten, ungeklärtesten Kapitel in der an Schwierigkeiten gewiß nicht armen Neurosenfrage".[112] Als Konsequenz schlug er vor, Begriff und Lehre aus dem psychiatrischen Wissenskanon zurückzunehmen. Für Redlich wie für die meisten Psychiater und Neurologen galt die Neurasthenie als überholt, unwissenschaftlich und nicht zuletzt als Relikt einer Epoche, die mit dem Krieg zu Ende gegangen war.

111 Martin Reichardt: Der jetzige Stand der Lehre von der Neurasthenie. In: DMW 47 (1921), S. 19; Ferdinand Kehrer: Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. In: O[swald] Bumke, O[tfrid] Foerster (Hg.): Handbuch der Neurologie. Erg.-Bd., Teil 1. Berlin 1924, S. 229.

112 Emil Redlich: Die Revision der Neurosenfrage. In: DZN 88 (1926), S. 150.

9. ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die These, dass die Psychiatrie an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als Interpretament für bestimmte Phänomene der Moderne gesehen werden kann. Dies konnte ich am Beispiel einer Krankheit zeigen, deren Ursache in einem engen Zusammenhang mit den veränderten Lebenswelten der Zeit diskutiert wurde: Mit der Neurasthenie wurde neues Wissen über die psychischen Belastungserscheinungen der Moderne generiert, das sich zur sinnstiftenden Deutung von verstörenden Erfahrungen gut eignete. Anhand der medizinisch-psychiatrischen Debatten über die Neurasthenie lassen sich damit Einblicke in die unruhigen mentalen Landschaften der österreichischen Moderne gewinnen. Andererseits zeigt sich auch, dass Medizin und Psychiatrie in enger Beziehung zu den kulturellen Wissensbeständen und Selbstdeutungen ihrer Zeit standen. Die Neurasthenie war aufgeladen mit einer Vielzahl von Begleitvorstellungen, Metaphern und Bedeutungen, die als spezifische Merkmale moderner Kultur empfunden wurden. Dieses Ineinandergreifen von Psychiatrie und Kultur um 1900, die Konstruktion einer Krankheit und deren Einbindung in die kulturelle Bedeutungsproduktion, sucht der erste Teil dieser Arbeit näher zu bestimmen.

Die Neurasthenie wurde als Kulturproblem angesehen, als eine Krankheit, die durch den Fortschritt der Kultur erzeugt wurde und ihrerseits auf die Kultur zurückwirkte. Dies führte zunächst an den Ort, an dem die rezeptionsrelevante Lehre der Neurasthenie konzipiert wurde. Der entscheidende Anstoß, der ab den 1880er Jahren die Nervenschwäche zu einer Causa prima machte, kam nicht aus der ersten psychiatrischen Ideenschmiede der Zeit, der Pariser Salpêtrière, sondern von einem medizinischen Schauplatz, der um diese Zeit von den ärztlichen Eliten Europas mit neugieriger Süffisanz betrachtet wurde. Der New Yorker Nervenarzt und Elektrotherapeut George Miller Beard legte 1880 ein Buch vor, das binnen kürzester Zeit zu einem internationalen Bestseller wurde und die Debatten um die Nervosität der Jahrhundertwende entscheidend beeinflusste: *Neurasthenia*. Der Begriff war während des amerikanischen Bürgerkrieges aufgekommen und avancierte in den 1870er Jahren zum diagnostischen Inventar der amerikanischen Neurologie. Beard wandte sodann den Begriff auf die Erschöpfungszustände der oberen Gesellschaftsschichten New Yorks an und postulierte eine typisch amerikanische Prägung der Neurasthenie, die unter der geistigen und ökonomischen Elite der Vereinigten Staaten in einem hohen Maße um sich gegriffen habe. Darüber hinaus sah Beard in der

Neurasthenie einen Ausdruck der rasanten Transformationsprozesse des 19. Jahrhunderts, die sich in erschöpften und reizbaren Körpern eingeschrieben hätten.

Die Rezeption von Beards Neurasthenie in der deutschsprachigen Medizin war nach anfänglicher Skepsis von breiter, partiell euphorischer Zustimmung gekennzeichnet. Dies ist keineswegs als selbstverständlich anzusehen. Die überwiegend affirmative Aufnahme und rasche Diffusion der Neurasthenie in Wissenschaft und Alltagskultur lässt sich nicht allein mit dem Hinweis auf eine „Modekrankheit" um 1900 erklären. Vielmehr gab es für bestimmte Teile der Ärzteschaft und der Bevölkerung gute Gründe, die von Beard vorgeschlagenen Deutungskategorien einer „neuen" Nervenkrankheit zu übernehmen. Diese haben mit dem im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wachsenden gesellschaftlichen Deutungsanspruch neuer medizinischer Spezialdisziplinen wie der Neurologie und der Psychiatrie zu tun, weiterhin mit dem in weiten Teilen der Bevölkerung gesteigerten Interesse für medizinische Formulierungen und Deutungen von Krankheit und Körperleben, und nicht zuletzt mit dem bildungsbürgerlichen Bedürfnis nach Kennzeichnung und Kritik der kulturellen Veränderungsprozesse der Zeit. Nicht zufällig ging der Aufstieg der Neurasthenie mit der Rede von der „Amerikanisierung" des Lebens einher.

Im Kontrast zur kulturoptimistischen Ausrichtung des Neurastheniekonzepts stand ein in der europäischen Psychiatrie etabliertes Denkkollektiv, das die individuellen wie kollektiven Krisenerfahrungen der Menschen biologistisch deutete. Die Degenerationslehre war auf dem Boden der sozialen Probleme der Industrialisierung gewachsen und propagierte die Gefahr eines fortschreitenden physischen wie psychischen Verfalls. Diesem fatalistischen Deutungsmuster wurde in den 1880er Jahren partiell auch die Neurasthenie eingeschrieben. Diese neue Krankheit, so die Anhänger der Degenerationshypothese, markiere nicht bloß das kollektive Ermüdungsgefühl moderner „amerikanisierter" Gesellschaften, sondern stelle den Beginn einer Geisteskrankheit dar, die für betroffene Individuen und schließlich für ganze Nationen verhängnisvolle Konsequenzen habe. Hierin bildete die pessimistische Lesart der Nervenschwäche ein erhebliches Verunsicherungspotenzial, das Menschen um ihre psychische Gesundheit zittern ließ. Die Sorge um die vermeintlichen Verfallserscheinungen beschleunigte bei Patientinnen und Patienten nicht nur Praktiken der Introspektion, sondern auch das Bedürfnis, möglichst viele Ärzte zu konsultieren, um Gewissheit über ihren Zustand zu erhalten.

Zweifelsohne stand die neurologische und psychiatrische Wissensproduktion im Einfluss der Lehre von der Degeneration. Dennoch wäre es gefehlt, eine historische Analyse der Neurasthenielehre mit dem Hinweis auf die psychiatrischen Narrative des Niedergangs enden zu lassen. Denn die Degenerationslehre verlor im psychiatrischen Diskurs um 1900 deutlich an Boden, und auch die emotionalen Begleitvorstellungen und kontextorientierten Deutungsoptionen der Neurasthenie passten mit

den biologischen Niedergangsfantasien nur schlecht zusammen. Das Pendeln zwischen „biologischen" und „kulturellen" Deutungen der Neurasthenie und deren Auswirkungen auf den therapeutischen Alltag wurde anhand des in Graz und Wien tätigen Psychiaters Richard von Krafft-Ebing exemplifiziert. Dabei zeigte sich, dass die Neurasthenielehre eine Form psychiatrischer Kulturkritik ermöglichte, die pessimistischer Prämissen nicht (mehr) bedurfte. In Anlehnung an Beard konnte man die Neurasthenie auch als ein zeitbedingtes und kulturell geprägtes Krankheitsbild definieren, das die psychisch-emotionalen Dynamiken moderner Gesellschaften widerspiegelte. Demnach war dieses Krankheitsbild kein Frühindikator des biologischen Niedergangs, sondern eine unvermeidliche Begleiterscheinung zivilisatorischen Fortschritts.

Vor diesem Hintergrund erschien es lohnend, die oftmals kritisierten Mehrdeutigkeiten der Neurasthenielehre zu thematisieren. In historischer Perspektive ist die hypertrophe und widersprüchliche Wissensproduktion um dieses Krankheitsbild nur dann zu verstehen, wenn man diese im Hinblick auf die spezifischen Wahrnehmungsweisen und Selbstdeutungen der zeitgenössischen Menschen ernst nimmt. Damit ist – in Anlehnung an Volker Roelcke – gemeint, in der Neurasthenie ein medizinisches Deutungsangebot zu sehen, das in einem bestimmten historisch-sozialen Kontext bestimmte Sinneseindrücke und Körpererfahrungen plausibel erklären konnte.[1] An der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert offerierte die Neurasthenie den Menschen ein besseres Verständnis für jene technisch-ökonomischen und gesellschaftlichen Prozesse, die sie als belastende Veränderungen empfanden. In diesem Sinne lässt sich die Neurasthenielehre als kulturelles Vermittlungs- und Übersetzungskonzept begreifen, mittels dessen sich die „Wirklichkeit" wahrnehmen, deuten – und auch neu erzeugen ließ. Das neurologisch-psychiatrische Wissen über die Neurasthenie war solcherart ein kulturelles Wissen, da es die spezifischen Anforderungen und Belastungen modernen Lebens transparent machte und Sinnstrukturen erzeugte, in denen man sich zurechtfinden konnte. Dabei wurde es zunehmend gleichgültig, ob und in welchem Maße das Krankheitsbild in einer Kausalbeziehung zu den technischen, ökonomischen und sozialen Veränderungen der Zeit stand. Hast und Schockerlebnisse inmitten großstädtischen Verkehrsgewühls oder Langeweile und Apathie in staatlichen Verwaltungseinrichtungen, lang anhaltende psychische Erschöpfungszustände oder kurzweilige emotionale Aufregung – all das konnte mit dem Hinweis auf die Neurasthenie in einen sinnstiftenden Zusammenhang gebracht werden.

Am Beispiel der Grazer Nervenheilanstalt Mariagrün wurde sodann der sozial- und geschlechtergeschichtliche Hintergrund der Neurasthenie ausgeleuchtet. Die

1 Roelcke, Krankheit und Kulturkritik, S. 210.

Diagnose und die Therapie der Neurasthenie waren in erster Linie eine Angelegenheit der gesellschaftlichen Mittel- und Oberschichten. In den privaten Praxen, Nervenheilanstalten und Sanatorien tummelten sich vor allem Männer aus dem Bildungsbürgertum: Professoren, Lehrer, Journalisten, Kaufleute, Studenten, Offiziere und auch Ärzte. Für diese Klientel stand ein reiches therapeutisches Spektrum bereit, das elektrische, balneologische und mechanische Behandlungsmethoden umfasste. Die intensive Präsenz der Neurasthenie in der Welt der privaten Nervenheilstätten um 1900 hatte nicht zuletzt mit der populärwissenschaftlichen Ratgeberliteratur zu tun, die das medizinische Wissen über diese Nervenkrankheit in weite Teile der Bevölkerung hineintrug. Die diffuse Konzeption der Neurasthenielehre erwies sich hier erneut als Stärke: Wissenschaftliche, professionelle und ökonomische Interessen konnten mit diesem Begriff kombiniert werden. Zweierlei wurde deutlich: Zum einen lassen sich anhand der Neurasthenie die Konturen eines Gesundheitsmarktes zeichnen, in dem Nervenärzte und Psychiater eine immer größere Rolle spielten. Zum anderen spiegelt der schnelle Erfolg der Neurasthenielehre die intensive Beschäftigung der Ärzte mit einer Frage wider: Welchem Geschlecht waren Krankheiten der Nerven zuzuordnen?

Ende des 19. Jahrhunderts wurde nicht nur der weibliche, sondern auch der männliche Körper zur Projektionsfläche männlicher Modernisierungsängste. Mit der Neurasthenie öffnete die Medizin neue Räume der Selbst- und Fremdwahrnehmung maskuliner Schwäche und nahm die Hilf- und Kraftlosigkeit von Männern in Schutz, die sich mit ihrem Körper in überaktive oder apathische Verhaltensweisen gestürzt hatten. Die exkulpierende Funktion der Neurastheniediagnose lässt sich anhand der Diskurse um die psychische Überforderung von Medizinstudenten, Ärzten und Offizieren aufzeigen. Nicht zufällig wurde in diesen Bastionen der Männlichkeit die Neurasthenie häufig diagnostiziert, da sie Verhaltensweisen der Schwäche und Erschöpfung nicht als „unmännliche" – und damit unerwünschte – Ausdrucksformen des Körpers entlarvte, sondern in einen euphemistischen Deutungskontext überführte: Die Neurasthenie enthüllte kein individuelles Versagen des Betroffenen, sondern machte auf dessen überdurchschnittliche Partizipation am modernen Leben aufmerksam. Eine Kultur des Fortschritts, so die zentrale Aussage, forderte eben von den Nerven der Männer ihren Tribut. In diesem Sinne beschleunigte die Neurasthenielehre die Ausdifferenzierung von Männlichkeiten in der Moderne, da sich mit ihr nicht nur neues Wissen über die vielfältigen Zwischenstufen von Gesundheit und Krankheit bei Männern bereitstellen ließ, sondern sich auch die Grenzen zwischen einer „harten" und „weichen" Männlichkeit aufzulösen begannen.

Aribert Reimann bemerkt treffend, dass der Neurastheniediskurs einen „defensiven Vorstellungsraum" der Moderne bildete, innerhalb dessen „unmännliche" Ver-

haltensweisen erklärt werden konnten.[2] In diesem Vorstellungsraum schwelten aber auch Energien, die auf eine nachhaltige Korrektur nervöser Männlichkeiten drängten. Etikettiert als Kulturkrankheit wurde die Neurasthenie als pathologische Ausdrucksform und als unvermeidliche Begleiterscheinung des modernen Lebens angesehen. Darin lag ihre Faszination, aber auch ihre Gefährlichkeit. Denn wenn auch die Neurasthenie den Unsicherheiten moderner Lebenswelten Sinn verlieh, so standen die diffusen Schwäche- und Erschöpfungszustände sowie die oft beklagte Indifferenz des Krankheitsbildes eben auch für ein sinnentleertes Leben. Die Neurasthenie offerierte nicht nur Deutungsräume des Rückzugs, sondern erzeugte – wie Joachim Radkau zeigt – auch Bedürfnisse der Wende und des Wandels. Eben weil die Neurasthenie als Kennzeichen der Krise moderner Kultur gesehen und mit männlichen Schwächezuständen assoziiert wurde, stand die Krankheit im Mittelpunkt der kathartischen Fantasien, die sich in den akademischen, intellektuellen und bürgerlichen Milieus festgesetzt hatten. An diesem Punkt setzt der zweite Teil der Arbeit an. Im Spiegel der Diskurse um die Neurasthenie lässt sich besser verstehen, warum im Sommer 1914 der Krieg als „therapeutisches Erlebnis" und männliches Erneuerungsprojekt angepriesen wurde. Die zynische Redewendung von einem „Stahlbad der Nerven" ist nicht nur ein eindrückliches Beispiel in Karl Kraus' Katalog der *Katastrophe der Phrasen*,[3] sondern auch ein Indiz dafür, dass die Neurasthenie eine bedeutende Rolle in der Wahrnehmung einer Krise der modernen Kultur spielte, aus der ein kurzer, kontrollierter Waffengang einen Ausweg versprach.

Im Vorhaben, die Kraftlosigkeit der Moderne zu überwinden, wurde die Lehre von der Neurasthenie erneut zur Deutungsressource: Die Phantasmagorien von der Erneuerung des Lebens und der Rückgewinnung der Männlichkeit brachten die Psychiater mit der Vorstellung, in Verbindung, wonach der Aufenthalt an der Front dem in einem Nervensanatorium gleiche. Damit erwies sich nicht nur die biologistische Deutung der Neurasthenie, die Szenarien einer unaufhaltsam fortschreitenden Degeneration der Bevölkerung beschrieb, als Agens der Kriegsbejahung. Die Hoffnung auf Überwindung und Erneuerung der Lebensformen basierte vielmehr auf kulturellen Lesarten der Neurasthenie. Denn in der Debatte um die modernen Nervenkrisen hatten die Nervenärzte und Psychiater von Anfang an deren temporäre Dimension betont; bei einer nachhaltigen Änderung der Lebensbedingungen, so deren Credo, würde sich das Problem der Nervosität und der Neurasthenie von selbst lösen. 1914 sahen viele diesen Zeitpunkt für gekommen. Bestimmte Formen spezi-

2 Reimann, Der große Krieg der Sprachen, S. 27.

3 Karl Kraus: Die Katastrophe der Phrasen. Glossen 1910–1918. Frankfurt/M. 1994.

fisch medizinischer Kriegsaffirmation – wie die Ansicht, dass der Krieg einem gewaltigen Experiment gleiche und als Katalysator des wissenschaftlichen Fortschritts angesehen werden könne – traten zu diesen Vorstellungen hinzu und bestärkten die Psychiater, Krieg als Korrekturinstanz der Nerven zu denken.

Die psychiatrischen Erwartungshaltungen an den Krieg waren in dessen Anfangsphase sowohl von Zuversicht als auch von Verunsicherung geprägt. Zunächst sah man sich weitgehend in der Hoffnung bestätigt, dass die Kampfhandlungen eine positive Wirkung auf die Nerven der in den Krieg gezogenen Männer ausüben würden. Den deutlichsten Ausdruck fand dies in der nationalistischen Redewendung von den „gesunden Nerven" der eigenen Soldaten, die zur Grundvoraussetzung des militärischen Erfolgs hochstilisiert wurden. Demgegenüber beschrieben die Psychiater die mentale Konstitution der Kriegsgegner als „verweichlicht" und „krank". Die Vorstellung, dass die kathartische Wirkung des Krieges eine Epoche nervöser Kraftlosigkeit beende, ging solcherart einher mit jener, die die überwunden geglaubte Schwäche auf den Gegner projizierte. Die Angriffe, die Wiener Psychiater wie Erwin Stransky oder Alexander Pilcz in Vorträgen, Schriften und Broschüren vortrugen, sind als Teil des „Kulturkrieges" zu deuten, der parallel zu den militärischen Kampfhandlungen in Gang gesetzt wurde. Dies bedeutete, dass psychiatrische Wissensbestände zur Diffamierung des Gegners bei gleichzeitiger Beschwörung der eigenen Überlegenheit mobilisiert wurden.

Mit dem massenhaften Auftreten von erkrankten Soldaten, die an ihren Körpern die schockartige Erfahrungsrealität des Krieges zu reproduzieren schienen, fanden die Vorstellungen von einer reinigenden Kraft des Krieges ein schnelles Ende. Da die Militärs in den „Kriegsneurosen" eine gefährliche Schwächung der Schlagkraft der Armee sahen, riefen sie nach wissenschaftlichen Experten, die dieses Problem rasch und effizient bewältigen konnten. Die Psychiatrie geriet dadurch in eine neue Situation, da sie nun nicht mehr nur Kritik an einer kulturellen Krisensituation zu formulieren, sondern auch Ressourcen und Instrumentarien zu deren Bewältigung bereitzustellen hatte. Im führenden österreichischen psychiatrischen Expertenforum dieser Zeit, dem *Verein für Psychiatrie und Neurologie* in Wien, wurden die Weichen in der Frage gestellt, mit welchen Organisationsformen und Behandlungsmethoden die Diensttauglichkeit der erkrankten Soldaten möglichst rasch wiederhergestellt werden konnte.

So wie in den anderen europäischen Kriegsgesellschaften stand auch die österreichisch-ungarische Kriegspsychiatrie in einem politischen, militärischen und wissenschaftlichen Kontext, der bestimmte psychiatrische Wissensbestände und Handlungsstrategien aktivierte und andere in den Hintergrund treten ließ. Die Neurasthenie spielte zu Beginn des Krieges in der psychiatrischen Versorgung von Offizieren eine Rolle und konnte derart ihre klassenspezifische Ausrichtung beibehal-

ten. Sie verlor aber mit Fortdauer des Krieges zunehmend an Bedeutung und wurde von anderen psychiatrischen Konzepten und Diagnosen – wie der Hysterie – zurückgedrängt. Dies hatte zunächst mit der Abwendung der Psychiater von neurophysiologischen und der Hinwendung zu psychologischen Deutungsmustern zu tun. Kriegsneurosen wurden nicht mit dem Hinweis auf ein krankhaftes Substrat erklärt, sondern als Ausdruck fehlgeleiteter Vorstellungen und Willensenergien interpretiert.

Darüber hinaus ist aber auch eine psychiatrische Akzentverschiebung zur Frage, wie und unter welchen Umständen nervöse Krankheiten zustande kommen, zu berücksichtigen. Während vor dem Krieg die Ursachen der Nervenschwäche im kulturellen Kontext gesehen und die Erschöpfung des männlichen Nervensystems auf äußere Umstände zurückgeführt wurden, rückten mit dem Krieg die inhärent psychopathologischen Kräfte des Körpers und die krankhafte Disposition des Einzelnen in den Vordergrund.[4] Im Fokus der psychiatrischen wie der psychoanalytischen Ursachenlehre der Kriegsneurosen stand nicht oder nicht nur die Einwirkung von äußerer Gewalt, sondern auch die pathologische Konstitution des Soldaten, die der Krieg hervorgebracht, nicht aber verursacht hätte. Seinen deutlichsten Ausdruck fand dieses Erklärungsmuster im Rückgriff auf biologistische Deutungen von Nervenkrankheiten: Viele Psychiater bezeichneten Soldaten, die an Symptomen der Kriegsneurosen litten, als „degeneriert", „minderwertig" oder „psychopathisch". In Kombination mit dem aufstrebenden rassenhygienischen Gedankengut und dem Verpflichtungsgefühl gegenüber staatlichen und militärischen Interessen ergab dies jene Deutungsmacht der Psychiatrie, mit der die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung der „Kriegsneurotiker" begründet wurde.

Die Diskussion um die „erfolgreiche" Behandlung der Kriegsneurosen spiegelt das gewachsene therapeutische Selbstbewusstsein der Psychiater wider, psychische Erkrankungen „heilen" zu können. Die gegen Kriegsende immer deutlicher hervortretenden Misserfolge zeigten aber, dass dieser Anspruch an den irreversiblen Zerstörungskräften des Krieges und an einem von Entfremdung und Misstrauen gekennzeichneten Arzt-Patienten-Verhältnis zerbrach. Die Behandlungsmethoden der Psychiater waren den militärischen Anforderungen und Normierungen angepasst. Im Unterschied zur deutschen Situation hatten es die Psychiater in der österreichisch-ungarischen Armee noch dazu mit spezifischen Problemkonstellationen zu tun, die sich aus der ethnisch-kulturellen und sprachlichen Vielfalt der Donaumonarchie ergaben. Die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Psychiatern und Patienten waren mit ein Grund, warum elektrische Behandlungsme-

4 Kaufmann, „Widerstandsfähige Gehirne" und „kampfunlustige Seelen". In: Hagner, Ecce Cortex, S. 220.

thoden – neben anderen wie denen der Hypnose oder der Arbeitstherapie – bevorzugt zum Einsatz kamen.

Für die häufige Anwendung der elektrischen Zwangsverfahren kommen aber weitere Momente in Betracht. Zunächst spielte die aus der Neurasthenielehre stammende Vorstellung eine Rolle, mittels Strom die verbrauchten Nervenenergien der Soldaten wieder „aufladen" zu können. Mit Fortdauer des Krieges, als der Zusammenhang der psychischen Erkrankungen mit den schockartigen Erfahrungen des Stellungskriegs stärker betont wurde und psychologische Erklärungskategorien an Boden gewannen, setzten die Psychiater auf die suggestiven Wirkungen der Strombehandlung. Das therapeutische Kalkül bestand vor allem darin, den am Schlachtfeld erlittenen (und durch autosuggestive Vorstellung fixierten) Schock der Soldaten durch einen Gegenschock zu egalisieren. Ein weiterer Grund, den die Psychiater für die Anwendung der Ströme ins Treffen führten, hatte mit der Frage der Simulation zu tun. Zur präzisen Unterscheidung zwischen einer „echten" und einer „unechten" Kriegsneurose galt das elektrische Behandlungsverfahren als untrügliches Instrument. Für die erkrankten Soldaten bedeuteten die elektrischen Zwangsverfahren eine fortdauernde Schmerzerfahrung, die von der Front an das Krankenbett verlegt wurde – und die in manchen Fällen den Tod mit sich brachte. Nicht zuletzt aus diesem Grund geriet in den letzten beiden Kriegsjahren die Wiener Psychiatrie unter Druck. Durch Proteste behandelter Soldaten und deren Angehörigen, die in sozialdemokratischen Abgeordneten politische Fürsprecher fanden, geriet die Frage der Behandlung der Kriegsneurosen zu einer öffentlichen Angelegenheit, die 1920 in der Verhandlung gegen Julius Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen kulminierte. Die in diesem Zusammenhang von Wiener Psychiatern, aber auch von Freud lancierte Position, wonach die österreichische Psychiatrie im Gegensatz zur deutschen weitaus humaner agiert hätte, war eine Legende, die vor allem der Entlastung Wagner-Jaureggs diente.

Die neuere Forschungsliteratur zur Mythologieproduktion des Ersten Weltkrieges zeigt, dass die Figur des gestählten Frontsoldaten ein Nachkriegsprodukt der national-konservativen und faschistischen Kräfte war. Diese Konstruktionen des Heroischen bezogen ihre Kraft aus den kompensatorischen Verarbeitungsenergien der Niederlage und waren Teil jenes mentalen Aufrüstungsprojekts, das die Umarbeitung von psychischen Traumatisierungen in männliche Kampfenergien zum Ziel hatte, um neuerliche Kriegsbereitschaft herzustellen.[5] Die normativen Erwartungshaltungen der Psychiater an den modernen Krieger, der sich in psychischen Extremsituationen kontrolliert verhalten kann und solcherart unabhängig vom Kontext

5 Ulrich, Die Kriegspsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung, S. 63–78.

agiert, spielten freilich schon im Krieg eine Rolle und lassen sich auch auf die Psychiatrie beziehen. Das Ideal einer abgehärteten Persönlichkeit, die zielsicher und affektdiszipliniert handelt, bestimmte den Diskurs um eine möglichst effiziente Anwendung der elektrischen Zwangsbehandlung. Wegen des Kriegsverlaufes wurde eine rationalisierte und technologische Krankenbehandlung forciert, die auf schnelles Handeln, auf Effizienz und Standardisierung ausgerichtet war. Der Psychiater sah seinen therapeutischen Erfolg in einem kalten Habitus begründet, der ihn – zusammen mit der Position als militärischer Vorgesetzter des Soldaten – in eine überlegene psychisch-emotionale Verfassung bringen sollte. Hält man sich die Behandlungspraxis der Neurasthenie vor Augen, so war das therapeutische Selbstverständnis der Nervenärzte einem radikalen Wandel unterworfen. Während sie vor dem Krieg als emphatische Partner der Patienten an Profil gewannen und sich stets im Einklang mit deren gesellschaftlichen Bedürfnissen und sozialen Hierarchien bewegten, so brachte der Krieg ein Arzt-Patienten-Verhältnis mit sich, das durch Entfremdung und Distanz gekennzeichnet war.

Wie lässt sich die österreichisch-ungarische Psychiatrie des Ersten Weltkrieges, die in Wien ihr intellektuelles wie organisatorisches Gravitationszentrum hatte, charakterisieren? Im Gegensatz zu bisherigen psychoanalytisch und medizinethisch geprägten Deutungen stärkt diese Arbeit eine historische Herangehensweise. Es wird gezeigt, dass die rigide Haltung der Psychiatrie im Krieg nicht nur auf den Druck der Militärbürokratie zurückgeführt werden kann. Die Ärzte agierten aber auch nicht als selbstbestimmte Akteure, die in den Spitälern und Kliniken mit ihren Patienten nach Belieben verfahren konnten. Vielmehr ist von einem komplexen Zusammenspiel auszugehen, von einer Verschränkung spezifischer Interessen- und Handlungsfelder, die im Zeichen moderner Kriegsführung standen.[6] Die Rolle der österreichisch-ungarischen Psychiatrie ist hierin im Zusammenhang mit den umfassenden Mobilisierungen für den Krieg zu verstehen, die sich spätestens ab 1916 nicht nur in der Reorganisation des Heereswesens und der allmählichen Einbeziehung der ganzen Bevölkerung in militärische Zwecke, sondern auch in einer systematischen Einbindung der Medizin in Kriegszwecke zeigte. Das massenhafte Auftreten von psychischen Erkrankungen bei Soldaten zwang zum Handeln: Von Seiten der Politik und der Militärführung wurde die Psychiatrie als entscheidender Faktor zur Wahrung der Kriegsziele erkannt. Dies bedeutete, dass die Erforschung und die Behandlung der Kriegsneurosen als politisch-militärisch dringliches Problem definiert und an wissenschaftliche Experten übertragen wurde. Die Psychiatrie stieg solcherart zu einer der Schlüsselwissenschaften dieses Krieges auf.

---

6 Mitchell G. Ash: Wissenschaft und Politik als Ressourcen für einander. In: vom Bruch und Kaderas, Wissenschaften und Wissenschaftspolitik, S. 32–51.

Die Allianz von Psychiatrie und Politik entstand aber auch von der anderen Seite her. Von Beginn des Krieges an fühlten sich die Psychiater und Nervenärzte den Interessen des Staates verpflichtet und entwickelten aus nationalpatriotischen und -ökonomischen Motiven heraus Vorschläge und Zielgrößen zur Organisation der Behandlung der Kriegsneurosen. Am Beispiel der Wiener Situation wurde deutlich, dass die Psychiater nicht nur auf Druck der Militärs, sondern auch aus ihrem professionellen und nationalen Verantwortungsgefühl für die Interessen des Staates der Politik beitraten. Die Psychiater agierten als wissenschaftliche Experten auf einem Gebiet, das mit dem Krieg eine enorme Bedeutungssteigerung erfahren hatte.

Darüber hinaus gab es spezifisch medizinisch-psychiatrische Gründe, das Netzwerk zu Politik und Militär dichter zu knüpfen. Der Krieg wurde als Katalysator wissenschaftlichen Fortschritts angesehen, da er Bedingungen schuf, die in Friedenszeiten nicht denkbar gewesen wären. Das „Massenexperiment Krieg" brachte einen Strom von Verwundeten und Erkrankten in die Spitäler und gab den Ärzten, die ihren Patienten gegenüber als Vorgesetzte auftraten, weitgehende Befugnisse in die Hand. Wegen der professionellen wie institutionellen Anbindung an den Staat und der durchgehend nationalpatriotischen Gesinnung zogen diese militärische Interessen denen der Patienten vor. Dies bedeutete in weiterer Folge, dass die Arbeit der Psychiater auf die Vorgaben und Zielvorstellungen des Krieg führenden Staates hin ausgerichtet war. Gleichzeitig wurden aber auch – in Form von Diagnosen, Gutachten oder Spitalsbewilligungen – neue Refugien geschaffen, die den Soldaten vor dem militärischen Zugriff schützen konnten. Allerdings profitierten von der Deutungsmacht der Ärzte im Krieg meist solche Gruppen, die im militärischen Alltagsleben ohnehin über einen privilegierten Status verfügten.

Das Interesse der Militärs richtete sich auf die Wiedererlangung der Diensttauglichkeit der erkrankten Soldaten. Daraus resultierte ein effizienzorientiertes Denken und Handeln, das die Psychiater in der Anwendung, nicht aber in der Wahl ihrer therapeutischen Methoden beeinflusste. Der militärische Kontext brachte nicht nur Druck, sondern auch neue Spielräume und Handlungsautonomien mit sich. Der Krieg ermöglichte das Experimentieren mit therapeutischen Methoden, die Korrektur von Vorstellungen über Krankheiten wie der Neurasthenie und die Neudefinition nervlicher Belastung und mentaler Leistungsfähigkeit. Für den Professionalisierungsprozess der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin und gesellschaftliche Deutungsmacht brachte der Krieg mächtige Beschleunigungsmechanismen hervor. Sowohl die etablierten Autoritäten als auch die nachdrängende Generation begriffen den Krieg als Chance, sich zu unentbehrlichen Experten für die Definition und Behandlung von psychischen Kriegseinwirkungen aufzuschwingen. Der Psychiater des Ersten Weltkrieges ist Kulturkrieger, Nationalpatriot, Technokrat und Zauberheiler, aber kein Anstaltsarzt mehr, der in abgelegenen Gebäuden über isolierte Geistes-

kranke wacht. Der gesellschaftspolitische Stellenwert, den die Psychiater für sich reklamieren, ist an die Verlaufsdynamik dieses Krieges gekoppelt: an die suggestiven Parolen von einer kathartischen Wirkung des Krieges, an dessen Scheitern in den Gräben des Maschinenkriegs, an das massenhafte Auftreten von psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt an die traumatische Erfahrung der Kriegsniederlage, die als Zusammenbruch des kollektiven Nervensystems gedeutet wurde.

ANHANG

1. Archivalische Quellen

Österreichisches Staatsarchiv/Kriegsarchiv, Wien (ÖStA-KA)
Kriegsministerium
KM 1915, 14. Abt., 12-3/50, 23-46
KM 1915, Präs. 62-5/38
KM 1916, Präs. 15-05/155, 15-25/155
KM 1916, 14. Abt., 23-74/2, 25-22, 30-19, 30-27, 43-81, 43-97/1-3, 57-16
KM 1917, 14. Abt., 43-20/1-2, 43-20/1/4, 68-2/378-2
KM 1918, 14. Abt., 53-27, 43-51

B 138/19 Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen
B/41 Nachlass Johann Steiner

Qualifikationslisten, Grundbuchblätter
Bruno Drastich, Karton 496, Stefan Jellinek, Karton 1236, Wilhelm Neutra, Karton 2230, Arthur Schüller, Karton 3085, Erwin Stransky, Karton 3368

Militärspitäler
Krankenakten der Nervenheilanstalt Rosenhügel
Karton 2 (900-1299) 1915, Karton 3 (1300-1499) 1916, Karton 4 (1500-1699) 1916, Karton 5 (1700-1899) 1916, Karton 6 (1900-2099) 1916

Österreichisches Staatsarchiv/Allgemeines Verwaltungsarchiv, Wien (ÖStA-AVA)
Ministerium des Innern
Karton 2030, 19 in gen., 1916-1917; S-Akten, Karton 2974, 1916-1918, Karton 2975, 1916-1918

Ministerium für Kultus und Unterricht
Allgemeine Reihe, Universität Wien, Medizin, Julius Bauer, Fasz. 596, Siegmund Erben, Fasz. 598, Wilhelm Neutra, Martin Pappenheim, Alexander Pilcz, Fasz. 603, Erwin Stransky, Fasz. 606

Archiv der Universität Wien
Medizinische Personalakten
Julius Bauer, Moritz Benedikt, (Samuel) Stefan Jellinek, Arthur Schüller, Wilhelm Neutra, Alexander Pilcz, Erwin Stransky

Institut für Geschichte der Medizin, Universität Wien
Handschriftensammlung
Erwin Stransky: Aus einem Gelehrtenleben um die Zeitenwende. Rückschau, Ausblick, Gedanken, HS 2.065; Erwin Stransky: Anbefohlener dienstlicher Bericht über meine Erfahrungen im Felde, 1915/1918, HS 3.728; Julius Wagner-Jauregg: Lebenserinnerungen [Wien 1939], HS 3.290; Adolf Kronfeld: Siegmund Erben, Charakter und Werk [Wien 1925]. HS 4.119

Österreichische Nationalbibliothek, Wien
Handschriften-, Autographen- und Nachlaß-Sammlung
Nachlass Erwin Stransky, Kriegstagebücher und Manuskripte, S.n. 24.120–24.128.

Sozialwissenschaftliche Dokumentation – Tagblattarchiv der Wiener Arbeiterkammer
Presseauschnittsammlung Militarismus
Eckart Früh: Karl Kraus: Die letzten Tage der Menschheit. Vorlagen und Materialien aus der Arbeiter-Zeitung. Unpubl. Manuskript, Wien 1999.

Archiv der Semmelweis-Universität Budapest (Semmelweis Egyetem Budapest)
Medizinische Personalakten, Viktor Gonda

Archiv der Karls-Universität Prag
Medizinische Personalakten, Alexander Marguliés, Oscar Fischer

Stadtarchiv Ludwigshafen
Personalakte Fritz Kaufmann, LUN 3125

Stadtarchiv Baden
Badener Zeitung
Presseausschnittsammlung Wilhelm Neutra

Archives Communales La Tour-de-Peilz
Melderegister, Fritz Kaufmann

2. Gedruckte Quellen und zeitgenössische Literatur

Abel, Kornel: Karst. Ein Buch vom Isonzo. Salzburg-Leipzig 1934.
Adler, Alfred: Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Göttingen 1997. [EA 1912].
Adler, Alfred: Die neuen Gesichtspunkte in der Frage der Kriegsneurose. In: MK 14 (1918), S. 66–70.
Adler, Alfred: Die andere Seite. Eine massenpsychologische Studie über die Schuld des Volkes. Wien 1919.

Alexander, G[ustav]: Die Simulation von Ohrenkrankheiten. In: WKW 29 (1916), S. 591.
Alt, Konrad: Über die Kur- und Bäderfürsorge für nervenkranke Krieger mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Kriegsneurotiker. In: WMW 68 (1918), Sp. 781–786, Sp. 844–850.
Ambold, A[...]: Eine Kriegsneurose in ärztlicher Selbstbeobachtung. In: MMW 69 (1922), S. 311.
Anjel, [Carl]: Über vasomotorische Neurasthenie und Mittheilung einiger psycho-pathologischer Curiositäten. In: APN 8 (1878), S. 394–408.
Anonym: Review of Beard: American Nervousness. In: JNMD 6 (1881), S. 773–777.
Anonym: Rückschau. In: WMW 34 (1884), Sp. 19–22.
Anonym: Der Naturarzt Franz Krainer. In: Zeitschrift für Gesundheitspflege 1 (1892), S. 1 f.
Anonym: Rez. zu Erb: Über die wachsende Nervosität unserer Zeit. In: WKW 7 (1894), S. 413.
Anonym: Die Nervosität unseres Zeitalters. In: WMP 36 (1895), Sp. 817 f.
Anonym: Gesunde Nerven und Seekrieg. In: Marine-Rundschau 1910, S. 1099–1111.
Anonym: Ärztliche Kriegsbereitschaft. In: WMW 64 (1914), Sp. 1885–1886.
Anonym: Zivilarzt im Militärreservelazarett. In: MK 10 (1914), S. 1408 f.
Anonym: Notes from German and Austrian Medical Journals: Disciplinary treatment of shell-shock. In: British Medical Journal (23. December 1916), S. 882.
Anonym: Zur Jahreswende. In: Der Invalide 4 (1921), S. 1.
Anton, Gabriel: Über die hygienischen und psychologischen Aufgaben des Nervenarztes. Wien-Leipzig 1895.
Anton, G[abriel]: Wohlfahrt und Wiedergenesung der deutschen Rasse. In: PNW 17 (1915/16), S. 85 f.
Arndt, Rudolph: Neurasthenie. In: Albert Eulenburg (Hg.): Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 9. Wien-Leipzig 1881, S. 559–573.
Arndt, Rudolph: Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatomisch-physiologischen Standpunkte. Wien-Leipzig 1885.
Aschaffenburg, G[ustav]: Die psychasthenischen Zustände. In: Hans Curschmann (Hg.): Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1909, S. 742–820.
Aschaffenburg, Gustav: Die Wandlungen des Neurastheniebegriffes. Köln 1915.
Averbeck, [Heinrich]: Die akute Neurasthenie, die plötzliche Erschöpfung der nervösen Energie. Ein ärztliches Kulturbild. Berlin 1886.
Bahr, Hermann: Der Betrieb der Großstadt. In: Die Neue Rundschau 23 (1912), S. 679–705.
Bartholow, R[obert]: Do the conditions of modern life favor specially the development of nervous diseases? In: Transactions of the International Medical Congress 5 (1876), S. 366–377.
Basler, Otto: Amerikanismus. Geschichte des Schlagwortes. In: Deutsche Rundschau (August 1930), S. 142–146.
Bauer, Julius: Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen. In: WKW 29 (1916), S. 951–953.
Bauer, Julius: Kriegsneurosen und Konstitution. In: WMW 69 (1919), Sp. 2241–2245.
Beard, George Miller: Neurasthenia or Nervous exhaustion. Boston Medical and Surgical Journal 3 (1869), S. 217–220.

Beard, George M.: Cases of hysteria, neurasthenia, spinal irritation, and allied affections. In: Chicago Journal of Nervous and Mental Diseases 1 (1874), S. 438–451.

Beard, George M., Rockwell, A[lphonso]: Praktische Abhandlung über die medicinische und chirurgische Verwertung der Elektrizität. Prag 1874.

Beard, George M.: The Nature and Diagnosis of Neurasthenia (Nervous Exhaustion). In: New York Medical Journal 29 (1879), S. 225–251.

Beard, George M.: Other Symptoms of Neurasthenia (Nervous Exhaustion). In: JNMD 6 (1879), S. 246–261.

Beard, George M.: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). New York 1880.

Beard, George M.: American Nervousness. Its Causes and Consequences. New York 1881.

Beard, George M.: Herbert Spencer on American Nervousness. A scientific coincidence. New York 1883.

Beard, George M.: Die sexuelle Neurasthenie, ihre Hygiene, Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung, hg. von Alphonso D. Rockwell. Leipzig-Wien [2]1890.

Becher, Ernst: Krankentransport im Weltkriege. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 298–304.

Benedikt, Moritz: Über die Anwendung und Wirkung des sekundären Stromes. In: Wiener Medizinial-Halle 1 (1860), S. 21 f.

Benedikt, Moritz: Über Hysterie. In: WMW 18 (1868), Sp. 68–70, Sp. 81–83, Sp. 105–108.

Benedikt, Moritz: Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig 1874.

Benedikt, Moritz: Schulen und Schüler. Eine Neujahrsbetrachtung. In: WMB 8 (1885), Sp. 21–24, Sp. 54–56, Sp. 87–89.

Benedikt, [Moritz]: Ferial-Brief aus Italien. In: IKR 2 (1888), S. 630–631.

Benedikt, Moritz: Über Neurasthenie. In: AWMZ 36 (1891), S. 91, S. 125 f., S. 136–138; auch in: WMB 14 (1891), S. 33 f., S. 83–85.

Benedikt, Moritz: Zur Therapie der Neurasthenie und der functionellen Neurosen überhaupt. In: WMP 32 (1891), Sp. 193–196, Sp. 234–236.

Benedikt, Moritz: Über traumatische Neurosen. In: MCCB 36 (1901), S. 87–89.

Benedikt, Moritz: Aus meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen. Wien 1906.

Benjamin, Walter: Gesammelte Schriften II/1, hg. von Tiedemann, Rolf und Schweppenhäuser, Hermann. Frankfurt/M. 1977.

Berger, Paul: Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Ihr Wesen, ihre Ursachen und Behandlung. Berlin [2]1885.

Berichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien. In: JPN 37 (1917), S. 516–534.

Berichte aus den wissenschaftlichen Vereinen: Gesellschaft der Ärzte in Wien. In: WMW 69 (1919), Sp. 996–999.

Biach, [Paul]: Einige Beiträge zum Wesen der sogenannten Kriegsneurosen. In: WMW 67 (1917), Sp. 2061–2064, Sp. 2108–2112.

Billroth, Th[eodor]: Aphorismen zum „Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften". Wien [2]1886.

B[inder]-K[rieglstein], C[arl] von: Zur Psychologie des großen Krieges. 3 Bde. Wien-Leipzig 1897.

Bing, Robert: Über den Begriff der Neurasthenie. In: MK 4 (1908), S. 143–149.
Binswanger, Otto: Die Hysterie. Wien 1904.
Binswanger, Otto: Die seelischen Wirkungen des Krieges. Stuttgart-Berlin 1914.
Biró, Ludwig: Die erste Hälfte meines Lebens. Erinnerungen eines Grazer jüdischen Rechtsanwalts von 1900–1940, hg. von Fleck, Christian. Graz 1998.
Bleicher, Paul: Der Zukunftskrieg vom militärischen Standpunkte. In: Der Militärarzt 33 (1899), Sp. 188–191, Sp. 207–210.
Bleicher, Paul: Traumatische Neurosen im Anschlusse an Kopfverletzungen. In: Der Militärarzt 43 (1909), Sp. 129–134, Sp. 147–153, Sp. 161–165.
Boruttau, Heinrich: Todesfälle durch therapeutische Wechselstromanwendung und deren Verhütung. In: DMW 43 (1917), S. 808 f.
Boruttau, Heinrich: Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom und die Rettungsfrage. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 55 (1918), S. 1–68.
Breitner, Burghard (Hg.): Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege 1914–18. Helden im weißen Kittel. Innsbruck-Klagenfurt 1936.
Bresler, Johannes: Die deutschen Volksnervenheilstätten im Jahre 1913. Halle a. d. S. 1913.
Bresler, Johannes: Das Kaufmann-Verfahren bei funktionellen Nervenstörungen. In: PNW 19 (1917/18), S. 113–117.
Brieger-Wasservogel, Lothar: Der hysterische Mann. In: Die Wage 15 (1912), S. 224–228.
Bumke, Oswald: Über nervöse Entartung. Berlin 1912.
Bumke O[swald], Foerster, O[tfrid] (Hg.): Handbuch der Neurologie. Berlin 1924.
Bumke, Oswald: Die Revision der Neurosenfrage. In: MMW 72 (1925), S. 1815–1819.
Bunker, Henry A.: From Beard to Freud: A Brief History of the Concept of Neurasthenia. In: Medical Review of Reviews 36 (1930), S. 109–114.
Buschan, Georg: Über Kriegspsychosen. In: MK 10 (1914), S. 1590–1593.
Carneri, B[artholomäus]: Der moderne Mensch. Versuche über Lebensführung. Bonn [5]1893.
Cartellieri, Gustav: Kriegsverletzungen der Seele. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 353–359.
Chlumecky, Leopold Freiherr von: Der Wille zum Sieg. In: Österreichische Rundschau 40 (1914), S. 283–285.
Cramer, A[ugust]: Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Jena 1906.
Cramer, A[ugust]: Die Neurasthenie. In: Max Lewandowsky (Hg.): Handbuch der Neurologie. Bd. 5. Berlin 1914, S. 603–643.
Cremer, Wilhelm: Der Feminismus der Amerikaner. In: Neue Revue 1 (1908), S. 482–487.
Cron, Karl: Kriegswaffen und Feld-Sanitätsdienst. Ein Compendium der Waffenlehre und Waffenwirkung für Militärärzte. Wien 1899.
Cron, Karl, Hochmann, Emil: Über Krankenstände im Felde und ihre vorherige Abschätzung. Wien 1908.
Curschmann, Hans: Zur Kriegsneurose bei den Offizieren. In: DMW 43 (1917), S. 291–293.
Czepa, Alois: Mut und Nerven. In: Die Umschau 19 (1915), S. 981–983.
Czermak, Wilhelm: Krieg im Stein. Die Menschenmühle am Isonzo. Berlin 1936.

Dana, Charles L.: Dr. George M. Beard. A sketch of his life and character, with some personal reminiscences. In: Archives of Neurology and Psychiatry 10 (1923), S. 427–435.

Deusen, Edwin H. van: Observations on a form of nervous prostration neurasthenia. In: American Journal of Insanity 25 (1869), S. 44–47.

Deutsch, Adolf: Ärztliche Berufsberatung Kriegsbeschädigter im Rahmen der Arbeitsvermittlung. Wien 1917.

Deutsch, Adolf: Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. Wien 1919.

Deutsch, Franz: Neue Simulationsproben. In: WKW 33 (1920), S. 1090 f.

Diehl, Aug[ust]: Neurasthenische Krisen. In: MCCB 37 (1902), S. 194–196.

Donath, Julius: Über traumatische Neurosen. In: WMW 40 (1890), Sp. 1648–1652, Sp. 1693–1695.

Donath, Julius: Die Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie und der Dementia paralytica, mit besonderer Rücksicht auf hydrotherapeutische Maßnahmen. In: WMW 45 (1895), Sp. 1097–1100, Sp. 1143–1146.

Donath, Julius: Beiträge zu den Kriegsverletzungen und -erkrankungen des Nervensystems. In: WKW 28 (1915), S. 725–730, S. 763–767.

Dornblüth, Otto: Gesunde Nerven. Leipzig [5]1916.

Dory-Ehrenfreund, [...]: Beamten-Nervosität. Wien 1891.

Drastich, Bruno: Der geistig Minderwertige in der Armee und dessen Beurteilung durch die hiezu berufenen militärischen Organe. Wien 1906.

Drastich, Bruno: Die Psychiatrie in ihrer Bedeutung für die Armee. In: Allgemeine Militärärztliche Zeitung 1908, S. 23–25.

Drastich, Bruno: Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: WMW 68 (1918), Sp. 2053–2064.

Dreikurs, Rudolf, Mattauschek, Emil: Über die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen. In: ZgNP 119 (1929), S. 679–700.

Düms, Fr[iedrich] A[ugust]: Handbuch der Militärkrankheiten. Bd. 3: Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschließlich der Militärpsychosen. Leipzig 1900.

Dunin, Theodor: Über den Begriff der Neurasthenie. In: Medicinische Blätter 29 (1906), S. 630–632.

Durkheim, Emile: Der Selbstmord. Frankfurt/M. [6]1997. [EA 1897].

Dworzak, Artur: Strichler der Nervöse. Wien 1908.

Edel, Paul und Hoppe, Adolf: Zur Psychologie und Therapie der Kriegsneurosen. In: MMW 65 (1918), S. 836–840.

Erb, Wilhelm: Handbuch der Elektrotherapie. Leipzig 1882.

Erb, Wilhelm: Über die wachsende Nervosität unserer Zeit. Heidelberg 1893.

Erb, Wilhelm: Rückblick und Ausblick auf die Entwicklung und die Zukunft der deutschen Nervenpathologie. In: DZN 35 (1908), S. 1–57.

Erb, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. 2 Bde. Leipzig 1910.

Erben, S[iegmund]: Nervosität. Wien 1904.

Erben, S[iegmund]: Über die geläufigste Form der traumatischen Neurose. In: WMW 54 (1904), Sp. 205–211.

Erben, S[iegmund]: Vorschläge zur Beurteilung und Behandlung der Unfallneurosen. In: WMW 61 (1911), Sp. 2241–2246.

Erben, Siegmund: Diagnose der Simulation nervöser Symptome. Berlin-Wien 1912, [2]1920.

Erben, Siegmund: Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern. In: WKW 29 (1916), S. 1129–1134.

Erben, Siegmund: Wer ist nervös? Wien-Leipzig 1925.

Ernst, Otto: Vom geruhigen Leben. Humoristische Plaudereien. Leipzig 1910.

Eulenburg, Albert: Zur Therapie des Tremor. In: BKW 9 (1872), S. 553–556.

Eulenburg, Albert: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Zweiter Teil. Berlin [2]1878.

Eulenburg, Albert: „Kriegsnervosität". In: Die Umschau 19 (1915), S. 1–3.

Exner, Franz: Krieg und Kriminalität in Österreich. Mit einem Beitrag über die Kriminalität der Militärpersonen von G[eorg] Lelewer. Wien 1927.

Eyselein, Oscar: Über Nervosität. In: Monatsblatt für öffentliche Gesundheitspflege 7 (1884), S. 150–174.

Feldmarschall Conrad (von Hötzendorf): Aus meiner Dienstzeit 1906–1918. Bd. 4. Wien-Leipzig-München 1923.

Ferenczi, S[ándor]: Über zwei Typen der Kriegsneurose. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse 4 (1916/17), S. 131–145.

Fischer, Franz: Die allgemeine Faradisation. Eine Elektrisationsmethode nach Beard und Rockwell. In: APN 12 (1882), S. 628–646.

[Fischer, Isidor]: Geschichte der Gesellschaft der Ärzte in Wien (1827–1937). Wien 1938.

Fisher, T[heodore]: Neurasthenia. In: Boston Medical and Surgical Journal 86 (1872), S. 65–72.

Flatau, G[eorg]: Neurasthenie. In: Bruhns, Karl et al. (Hg.): Diagnostisch-Therapeutisches Lexikon für praktische Ärzte. Dritter Bd.: N–Z. Berlin-Wien 1908, Sp. 107–118.

Fossel, Viktor: Geschichte der medizinischen Fakultät Graz. Graz 1913.

Fraenkel, Alexander: Einige Bemerkungen zur Frage unserer sanitären Kriegsbereitschaft. In: WKW 26 (1913), S. 335–337.

Fraenkel, Alex[ander]: Der Krieg und die Ärzte. Zur Jahreswende 1915/16. In: WKW 29 (1916), S. 1.

Fraenkel, Alexander: Der Krieg und die Ärzte. In: WMW 74 (1924), Sp. 1241–1244.

Franck, Sigmund: „Nervös". In: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 3 (1880), S. 321–325.

Freud, Sigmund: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Frankfurt/M. 1996. [EA 1904].

Freud, Sigmund: Über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse. In: Psyche 26 (1972), S. 939–951.

Freud, Sigmund: Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. Frankfurt/M. 1986.

Freud, Sigmund: Das Unbehagen in der Kultur und andere kulturtheoretische Schriften. Frankfurt/M. 1994.

Freud, Sigmund – Karl Abraham: Briefwechsel, hg. von Abraham, Hilda C. und Freud, Ernst L. Frankfurt/M. 1965.

Freud, Sigmund – Sándor Ferenczi: Briefwechsel. Bd. II/1 (1914–1916), Bd. II/2 (1917–1919), Bd. III/1 (1920–1924), hg. von Falzeder, Ernst und Brabant, Eva. Wien-Köln-Weimar 1996/2003.

Freud, Sigmund: Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse, hg. von Grubrich-Simitis, Ilse. Frankfurt/M. [11]1999.

Freund, Heinrich: Volksgesundheit und Wehrkraft. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 121–124, Sp. 140–142, Sp. 150–154.

Freund, Leopold: Über die therapeutische Verwendung der Hochfrequenzströme. In: WMW 53 (1903), Sp. 1685–1689, Sp. 1737–1741.

Freund, Leopold: Die Aufgaben der Medizin im Weltkriege. Wien 1917.

Freund, Wilh[elm] A[lexander]: Wie steht es um die Nervosität unseres Zeitalters? Leipzig 1894.

Frey, Ludwig: Über die Nervosität des Jahrhunderts. Wien 1892.

Frey, Ludwig: Ärztliche Standesethik im Weltkriege. In: WMW 67 (1917), Sp. 448–452.

Freytag-Loringhoven, [Hugo Friedrich] Freiherr von: Menschen und Dinge, wie ich sie in meinem Leben sah. Berlin 1923.

Friberger, Ragnar: Über die Prognose der Studienneurasthenie. In: DZN 40 (1910), S. 291–318.

Fried, Alfred H.: Die moderne Friedensbewegung. Leipzig 1907.

Fried, Alfred H.: Handbuch der Friedensbewegung. Berlin-Leipzig [2]1911.

Friedell, Egon: Der Mensch nach 1900. In: Österreichische Rundschau 30 (1912), S. 371–380.

Fuchs, Alfred: Einrichtung zu gleichzeitiger elektrischer (speziell galvanischer) Behandlung mehrerer Verwundeter. In: WKW 29 (1916), S. 1050.

Gaspero, Heinrich di: Beitrag zur Kenntnis der nervösen Erkrankungen im Kriege. In: MVS 53 (1916), S. 17–29, S. 37–45.

Gaupp, Robert: Die Entwicklung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie und Pathologie 2 (1900), S. 209–226.

Gesellschaft der Ärzte in Wien: Heilung der sanitären Kriegsschäden. In: WKW 29 (1916), S. 912–915.

Gildemeister, M[artin]: Über die Gefahren elektrischer Starkströme, insbesondere bei Sinusströmen. In: NC 36 (1917), S. 735 f.

Gmeiner, Josef: Krieg und Rassenhygiene. In: MVS 53 (1916), S. 85–94.

Goldmann, Paul: Beim Generalfeldmarschall von Hindenburg. Ein Abend im Hauptquartier. Berlin 1914.

Goldscheid, Rudolf: Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie. Leipzig 1911.

Goldstein, Kurt: Über die Behandlung der Kriegshysteriker. In: MK 13 (1917), S. 749–758.

Gomperz, Heinrich: Philosophie des Krieges in Umrissen. Acht volkstümliche Universitätsvorträge. Gotha 1915.

Gonda, Viktor: Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen „traumatischen Neurose". In: WKW 29 (1916), S. 950 f.

Gonda, Viktor: A háború okozta „traumás neurosis" tüneteinek gyors gyógyitása. In: Orvosi Hetilap Nr. 33 (13. August 1916), S. 445 f.

Gorhan, Adolf: Über das Wesen und die Behandlung der erworbenen Neurasthenie. In: IKW 3 (1889), Sp. 2052–2056, Sp. 2089–2093.

Green, Traill: Have organic nervous diseases their origin and frequency in our american life? In: Philadelphia Medical Times 7 (1876/77), S. 340–345.
Griebel, Carl: Die Nervenkrankheiten. Meran [2]1881.
Gross, Hans: Nerven, Familienblätter und Krieg. In: Die Umschau 19 (1915), S. 221 f.
Günther, Hans: Sind die Kriege gefährlicher geworden? In: Die Umschau 18 (1914), S. 808–813.
Gugl, Hugo, Stichl, Anton: Neuropathologische Studien. Stuttgart 1892.
Guttmann, Georg: Männer-Krankheiten. Berlin [6]1911.
Hartmann, Fritz: Die Fürsorge für nervenkranke Militärpersonen in der Kriegszeit. Graz 1915.
Hartmann, Fritz: Übungsschulen für „Gehirnkrüppel". In: MVS 52 (1915), S. 98.
Hartmann, Fritz: Übungsschulen für „Gehirnkrüppel" (Sprachkranke und andere Gehirnverletzte). In: MVS 53 (1916), S. 17–29, S. 37–45.
Hartmann, Fritz: Arbeit als Heilbedingung bei Nervenkrankheiten. Ein Beitrag zur Volksheilstättenbewegung für Nervenkranke. Graz 1917.
Hartmann, Fritz: Die k. k. Nervenklinik Graz im Dienste des Krieges. In: APN 59 (1918), S. 1162–1258.
Hartmann, Fritz: Gedanken zum ersten Friedens-Semester! Akademische Vorlesung. Graz 1920.
Heber, Georg, Zwickel, Georg: Elektrotherapie. Die Technik und Anwendung elektrischer Apparate in der ärztlichen Praxis. Berlin-Leipzig 1906.
Hellpach, Willy: Nervosität und Kultur. Berlin 1902.
Hellpach, Willy: Nervenleben und Weltanschauung. Ihre Wechselbeziehungen im deutschen Leben von heute. Wiesbaden 1906.
Hellpach, Willy: Therapeutische Differenzierung der Kriegsnervenkranken. In: MK 13 (1917), S. 1259–1263.
Hering, Heinrich E.: Der Sekundenherztod. In: DMW 42 (1916), S. 497–499.
Hering, Heinrich E.: Sinusströme als Koeffizienten in Fällen von Sekundenherztod. In: MMW 64 (1917), S. 1033–1036.
Herschmann, Heinrich: Über Geistesstörungen nach Granatschock. In: WMW 66 (1916), Sp. 1395–1400.
Herschmann, Heinrich: Psychopathische Minderwertigkeit und Feldgerichtsbarkeit. In: WMW 69 (1919), S. 1420–1425.
Herzog, Josef: Der nervöse Schnupfen. In: MVS 18 (1881), S. 16–35.
Hessen, Robert: Nervenschwäche. In: Die Wage 14 (1911), S. 516–519, S. 566–570.
Hirschfeld, Alexander: Diätetik für Nervenkranke. Wien 1879.
Hirschfeld, Magnus: Sittengeschichte des Weltkriegs. Leipzig-Wien 1930.
Hirschfeld, R[ichard]: Zur Behandlung der Kriegszitterer. In: MMW 64 (1917), S. 1318.
Hirschkron, Hanns: Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Wien und Leipzig 1893.
Hirschkron, Johann: Therapie der Nervenkrankheiten. Wien-Leipzig 1900.
Hirt, Ludwig: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. Wien-Leipzig 1890.
His, Wilhelm: Die Nervosität als Kulturerzeugnis. In: Österreichische Krankenpflege-Zeitung 6 (1908), S. 97–100, S. 107–110.

His, Wilhelm: Krankheiten, mit denen während des Krieges zu rechnen ist. In: MK 10 (1914), S. 1463–1468, S. 1485–1490.

Hladik, Jaroslav: Kurzes Lehrbuch der Militärhygiene. Wien-Leipzig 1914.

Hoche, A[lfred]: Krieg und Seelenleben. Freiburg-Leipzig 1915.

Hochenegg, J[ulius]: Die sanitäre Kriegsbereitschaft unseres Vaterlandes. In: MK 9 (1913), S. 348–350.

Hofmokl, Eugen: Wiener Spitalsverhältnisse im Kriege. In: WKW 29 (1916), S. 661–663.

Hoffmann, Aug[ust]: Berufswahl und Nervenleben. Wiesbaden 1904.

Holst, V[alentin] von: Erfahrungen aus einer vierzigjährigen Praxis. Stuttgart 1903.

Hölzl, Anton: Vom „Stahlbad der Völker". Zur Internationale der Kriegsopfer und Kriegsteilnehmer. In: Der Invalide 4 (1921), S. 1 f.

Honigmann, G[eorg]: Über Kriegsneurosen. In: Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin 24 (1907), S. 118–152.

Hübner, Alexander Freiherr von: Ein Spaziergang um die Welt. Leipzig [4]1882.

Hug-Hellmuth, H[ermine] von: Die Kriegsneurose der Frau. In: Geschlecht und Gesellschaft 9 (1915), S. 505–513.

Jellinek, Stefan: Medizinische Anwendungen der Elektrizität. München-Berlin 1906.

Jellinek, Stefan: Zur militärärztlichen Konstatierung der Kriegsneurosen. In: WKW 29 (1916), S. 189–193.

Jellinek, Stefan: Eine neue Methode zur Vereinheitlichung und Beschleunigung des militärärztlichen Dienstes in den Sanitätsanstalten. In: WKW 29 (1916), S. 28–32.

Jellinek, Stefan: Über medico-mechanische Kriegsimprovisationen. In: WKW 29 (1916), S. 1047–1050.

Jellinek, Stefan: Kriegsneurose und Sinusstrom. (Epikrise zu den plötzlichen Todesfällen). In: MK 19 (1918), S. 1085–1088.

Jellinek, Stefan: Der Mechanismus des Todes durch elektrischen Starkstrom und die Rettungsfrage. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 56 (1918), S. 221–245.

Jellinek, Stefan: Der elektrische Scheintod. In: EM 36 (1918), S. 357–359.

Jellinek, Stefan: Elektrohygiene im Felde. In: EM 37 (1919), S. 61–64.

Jellinek, Stefan: Der elektrische Unfall. Skizziert für Ingenieur und Arzt. Leipzig-Wien 1925.

Jendrassik, E[rnst]: Über Neurasthenie. Leipzig 1906.

Jendrassik, Ernst: Einige Bemerkungen zur Kriegsneurose. In: NC 35 (1916), S. 496–500.

Jendrassik, Ernst: Zur Diskussion über die Neurosenfrage. Theorie der Hysterie und Neurasthenie. In: NC 36 (1917), S. 962–969.

Jewell, J[ames] S[tewart]: Influence of our Present Civilization in the Production of Nervous and Mental Diseases. In: JNMD 8 (1881), S. 1–24.

Jolly, Ph[ilipp]: Erfahrungen auf der Nervenstation eines Reserve-Lazaretts. In: Schmidts Jahrbücher der in- und ausländischen Medizin 82 (1915), S. 141–147.

Jolly, Ph[ilipp]: Über Kriegsneurosen. In: APN 56 (1916), S. 385–444.

Joseph, L[...]: Zur Aetiologie der Neurasthenie. In: WMW 42 (1892), Sp. 917–919, Sp. 960–963.

Joseph, L[...]: Beitrag zur Symptomatologie der Neurasthenie. In: WMW 47 (1897), Sp. 1095–1100, Sp. 1145–1149.

Juchnowicz-Hordynski, Zdislaus Ritter, Glaser, Erhard (Hg.): Militärmedizin und ärztliche Kriegswissenschaft. Wien-Leipzig 1914.

Kahane, Heinrich: Der defekte Mensch. Zwang und Drang in der psychischen Mechanik. Wien 1911.

Kahane, Max: Prüfungs-Neurasthenie. In: WMP 41 (1890), Sp. 211–215.

Kahane, Max: Über Neurasthenie beim Weibe. In: WMW 60 (1910), Sp. 2625–2633, Sp. 2709–2713.

Kahane, Max: Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Kriegskrankheiten. In: Der Militärarzt 48 (1914), Sp. 540–547.

Kallimachos (Pseud.): Vierzig Stunden im Feuer. In: Österreichische Rundschau 46 (1916), S. 18–29.

Karplus, J[ohann] P[aul]: Über Erkrankungen nach Granatexplosionen. In: WKW 28 (1915), S. 145–148.

Kassowitz, Karl: Der österreichisch-ungarische Truppenarzt an der Front. In: Clemens Pirquet (Hg.): Volksgesundheit im Krieg. I. Teil. Wien 1926, S. 133–142.

Kaufmann, Fritz: Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. In: Feldärztliche Beilage zur MMW 63 (1916), S. 802–804.

Kaufmann, Fritz: Zur Behandlung der motorischen Kriegsneurosen. In: MMW 64 (1917), S. 1520–1523.

Kaup, Ignaz: Das Volksgesundheitsamt in Österreich als selbstständiges Staatsamt. In: MMW 67 (1920), S. 187–191, S. 216–220.

Kaup, I[ganz]: Kriegsseuchen im Ersten Weltkriege. Mit besonderer Berücksichtigung der österreichisch-ungarischen Armee. In: MMW 85 (1938), S. 1177–1180, S. 1227–1231, S. 1275–1278, S. 1316–1319.

Kehrer, Ferdinand: Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. In: ZgNP 36 (1917), S. 1–22.

Kehrer, Ferdinand: Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. In: Bumke, Foerster, Handbuch der Neurologie, S. 72–258.

Kirn, [Ludwig]: Über Diagnose und Therapie der Neurasthenia. In: AWMZ 38 (1893), S. 17 f., S. 28 f.

Kisch, Egon Erwin: Soldat im Prager Korps. Leipzig-Prag [3]1922.

Kobler, G[eza]: Die Neurasthenie bei den Landbewohnern (mit besonderer Rücksicht auf die bosnische bäuerliche Bevölkerung). In: WMW 53 (1903), Sp. 1237–1240.

Koch, J[ulius] L[udwig] A[ugust]: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. 3 Bde. Ravensburg 1891–1893.

Kogerer, Heinrich: Der Fall Maria D. Ein Beitrag zur Frage des hypnotischen Verbrechens. In: WMW 70 (1920), Sp. 2104–2110.

Kokoschka, Oskar: Mein Leben. München 1971.

Kokoschka, Oskar: Briefe I (1905–1919), hg. von Olda Kokoschka und Heinz Spielmann. Düsseldorf 1984.

Kokoschka, Oskar: Berichte aus einer eingebildeten Welt. Erinnerungen und Erzählungen, hg. von Gerhard Trenkler. Graz-Wien-Köln 1996.

Kolb, [Gustav]: Die nervös Kriegsbeschädigten vor Gericht und im Strafvollzug. München-Berlin-Leipzig 1919.

Kollarits, Jenö: Charakter und Nervosität. Berlin 1912.

Korn, Georg: Neuropathologie. In: Neuburger, Max, Pagel, Julius (Hg.): Handbuch der Geschichte der Medizin. Bd. 2: Die neuere Zeit. Jena 1903, S. 717–735.

Kornig, G[...] Th[...]: Umgangshandbuch für den Verkehr mit Nervösen. Berlin und Leipzig [2]1893.

Kowarschik, Josef: Elektrotherapie. Ein Lehrbuch. Berlin [2]1923.

Kraepelin, [Emil]: Die Diagnose der Neurasthenie. In: MCCB 37 (1902), S. 610–613.

Kraepelin, Emil: Psychiatrische Randbemerkungen zur Zeitgeschichte. In: Süddeutsche Monatshefte 16 (1919), S. 171–183.

Krafft-Ebing, Richard von: Über Zwangsvorstellungen bei Nervenkranken. In: MVS 20 (1883), S. 3–29.

Krafft-Ebing, Richard von: Über Nervosität. Ein Vortrag. Graz 1884.

[Krafft-Ebing, Richard von]: Über Nervosität. Nach Freiherrn von Krafft-Ebing. In: Heimgarten 8 (1884), S. 527–536.

Krafft-Ebing, Richard von: Über gesunde und kranke Nerven. Tübingen [1885].

Krafft-Ebing, Richard von: Über Neurasthenia sexualis beim Manne. In: WMP 28 (1887), Sp. 161–165, Sp. 201–205.

Krafft-Ebing, Richard von: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart [5]1893.

Krafft-Ebing, Richard von: Nervosität und neurasthenische Zustände. Wien 1895.

Krafft-Ebing, Richard von: Zwei Mädchen mit hysterischer Zitterneurose. In: NC 18 (1899), S. 190.

Kraus, Karl: Die letzten Tage der Menschheit. Frankfurt/M. 1986.

Kraus, Karl: Aphorismen. Sprüche und Widersprüche. Frankfurt/M. 1986.

Kraus, Karl: Die Katastrophe der Phrasen. Glossen 1910–1918. Frankfurt/M. 1994.

Kreuzfuchs, Siegmund: Ist die Neurasthenie eine häufige Krankheit? In: MCCB 42 (1907), S. 97–99.

Kriegsärztliche Berichte aus Franzensbad, hg. vom Komitee der „Kriegsärztlichen Abende" in Franzensbad. Prag 1915.

Kriegstagung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in München (Referent: Erwin Stransky). In: WMW 66 (1916), Sp. 1690–1694.

Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu München am 21. und 22. September 1916. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 73 (1917), S. 163–233.

Kronfeld, Adolf: Die Nervosität der Schuljugend. In: WMW 46 (1896), Sp. 73 f.

Ladendorf, Otto: Nervös. Ein wortgeschichtlicher Versuch. In: Zeitschrift für deutsche Wortforschung 6 (1904/05), S. 119–128.

Ladendorf, Otto: Historisches Schlagwörterbuch. Straßburg-Berlin 1906.

Ladurner-Parthanes, Matthias: Kriegstagebuch eines Kaiserjägers. Bozen 1996.

Laehr, Hans: Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Berlin [6]1907.

Lamprecht, Karl: Americana. Reiseeindrücke, Betrachtungen, geschichtliche Gesamtansicht. Freiburg 1906.

Lange, Fritz: Die Behandlung der Kriegsneurosen. In: Bumke, Foerster, Handbuch der Neurologie, S. 259–406.

Langstein, Hugo: Die Neurasthenie (Nervenschwäche) und ihre Behandlung in Teplitz-Schönau. Wien 1886.

Laquer, Leopold: Nervosität und moderne Kultur. In: Die Umschau 12 (1908), S. 121–123.

Lederer, Camill: Ein Tag aus dem Leben einer nervösen Frau. Wien 1902.

Lewandowsky, Max: Was kann in der Behandlung und Beurteilung der Kriegsneurosen erreicht werden? In: MMW 64 (1917), S. 990 f., S. 1028–1031.

Löffler, Alexander: Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. In: WMW 70 (1920), S. 1951.

Löwe, Ludwig: Unsere Nerven in gesunden und kranken Tagen. In: Westermanns illustrierte deutsche Monatshefte für das gesamte geistige Leben der Gegenwart 57 (1884/85), S. 402–426.

Löwenfeld, L[eopold]: Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. München 1892.

Löwenfeld, L[eopold]: Nervosität. Neurasthenie. In: Bum, Anton und Schnirer, M. T. (Hg.): Diagnostisches Lexikon für praktische Ärzte. Bd. 3. Wien-Leipzig 1894, S. 379 f., S. 418–432.

Löwenfeld, Leopold: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden 1894.

Löwenfeld, L[eopold]: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. Wiesbaden [4]1904.

Löwenfeld, Leopold: Über den Nationalcharakter der Franzosen und dessen krankhafte Auswüchse (Die Psychopathia gallica) in ihren Beziehungen zum Weltkrieg. Wiesbaden 1914.

Löwenfeld, Leopold: Mußte er kommen? Der Weltkrieg, seine Ursachen und Folgen im Lichte des Kausalitätsgesetzes. Wiesbaden 1916.

Loewenthal, S[iegfried]: Drei Thesen zur Neurosenfrage. In: DZN 88 (1926), S. 413–427.

Loewy, Erwin: Kriegsneurotiker und Verwundetenabzeichen. In: MMW 65 (1918), S. 1107.

Löwy, Max: Zur Behandlung der Psychotraumatiker des Krieges im Krieg und nach Friedensschluß. In: MPN 43 (1918), S. 46–58.

Loewy, Paul: Schnelldiagnostik der Epilepsie und Hysterie im Felde. In: Der Militärarzt 50 (1916), Sp. 378–384.

Lohsing, Ernst: Feldgerichtliche Erinnerungen eines Deutsch-Österreichers. In: Archiv für Kriminologie, Kriminalanthropologie und Kriminalistik 73 (1921), S. 54–68.

Maienfisch, Ernst: Nervosität und Nervenschwäche. Basel [2]1886.

Malade, Theo: Von Amiens bis Aleppo. Ein Beitrag zur Seelenkunde des großen Krieges. Aus dem Tagebuch eines Feldarztes. München 1930.

Mann, A[rtur]: Hysterie beim Militär. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 197–199, Sp. 219–221.

Mann, A[rtur]: Die Hysterie des Soldaten. In: Der Militärarzt 42 (1908), Sp. 52–58, Sp. 76–78, Sp. 90–94.

Mann, Artur: Einige psychische Erkrankungen während der Kriegsvorbereitung. In: Juchnowicz-Hordynski, Glaser, Militärmedizin, S. 457–464.
Mann, Ludwig: Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurose. In: BKW 53 (1916), S. 1333–1338.
Mantegazza, Paul: Das nervöse Jahrhundert. Leipzig [1888].
Marburg, Otto: Zur Frage der Beurteilung der traumatischen Neurosen im Kriege. In: WKW 29 (1916), S. 281–283.
Marguliés, Alexander: Nervenerkrankungen im Kriege. In: PMW 40 (1915), S. 299–301.
Martius, Friedrich: Über Nervosität. Hamburg 1894.
Martius, Friedrich: Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Tröstliche Betrachtungen eines Kulturoptimisten. Leipzig-Wien 1909.
Mattanovich, [Erwin von]: Kamerad Alkohol? Graz 1915.
Mattanovich, FML [Erwin] von: Mut und Todesverachtung. Graz 1915.
Mattauschek, Emil: Neurosen und Militärdiensteignung. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 86–89, Sp. 106–109, Sp. 120–124.
Mendel, Kurt: Psychiatrisches und Neurologisches aus dem Felde. In: NC 34 (1915), S. 2–7.
Mettin, Willy: Sind die modernen Kriege humaner geworden? Med. Diss. Berlin 1906.
Metzger, Josef: Zur Lehre von den Degenerationszeichen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 45 (1889), S. 501–522.
Meyer, M[ax]: Die Nervosität in der Armee. In: Der Militärarzt 40 (1906), S. 19–22.
Meynert, Theodor: Über functionelle Nervenkrankheiten. In: WMB 6 (1883), Sp. 437–440, Sp. 501–504, Sp. 563–568.
Meynert, Theodor: Die durch die Überbürdung an den Mittelschulen bedingten Nerven- und Geisteskrankheiten. In: WMB 10 (1887), Sp. 1007–1010.
Meynert, Theodor: Beitrag zum Verständnis der traumatischen Neurose. In: WKW 2 (1889), S. 475 f., S. 498–503, S. 522–524.
Meynert, Theodor: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
Möbius, Paul J.: Die „allgemeine Faradisation". In: BKW 17 (1880), S. 677 f.
Möbius, Paul J.: Zur Lehre von der Neurasthenie. In: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 6 (1883), S. 97–99.
Möbius, P[aul] J[ulius]: Die Nervosität. Leipzig ²1885.
Möbius, P[aul] J[ulius]: Neurologische Beiträge, II. Heft. Leipzig 1894.
Moinovich, Emil von: Gedanken über den modernen Krieg. In: Österreichische Rundschau 25 (1910), S. 257–270.
Moll, Albert: Der Einfluß des großstädtischen Lebens und des Verkehrs auf das Nervensystem. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene 4 (1902), S. 121–134, S. 229–247.
Moll, Albert: Ein Leben als Arzt der Seele. Erinnerungen. Dresden 1936.
Moravcsik, Ernst Emil: Die Psychosen des Krieges. In: WMW 66 (1916), Sp. 1485–1491, Sp. 1516–1523.
Morton, W[illiam] J[ames]: Obituary. In: JNMD 10 (1883), S. 130–134.
Müller, Franz: Nerven-Heilanstalt „Meerscheinschloß". [Graz 1900].
Müller, Franz Carl (Hg.): Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893.

Müller, Franz Carl: Geschichte der organischen Naturwissenschaften im Neunzehnten Jahrhundert. Berlin 1902.
Musil, Robert: Der Mann ohne Eigenschaften. 2 Bde. Reinbek bei Hamburg 1978.
Musil, Robert: Tagebücher, hg. von Adolf Frisé. Reinbek bei Hamburg 1983.
Myrdacz, Paul: Handbuch der k. u. k. Militärärzte. Wien [5]1913.
Myrdacz, Paul: Militärärztliche Neujahrsbetrachtung. In: Der Militärarzt 50 (1916), Sp. 1–3.
Näcke, G[...]: Degeneration, Degenerationszeichen und Atavismus. In: Archiv für Anthropologie und Kriminalistik 3/4 (1899), S. 200–221.
Näcke, P[aul]: Die Rumination, ein seltenes und bisher kaum beachtetes Symptom der Neurasthenie. In: NC 12 (1893), S. 2–4.
Naunyn, B[ernhard]: Erinnerungen, Gedanken und Meinungen. München 1925.
Neftel, B[asil] W[illiam]: Über Atremie, nebst Bemerkungen über die Nervosität der Amerikaner. In: Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medicin 91 (1883), S. 464–491.
Nervenschwäche. In: Meyers Konversationslexikon. Bd. 12. Leipzig-Wien [5]1897, S. 853 f.
Nervenschwäche. In: Brockhaus' Konversations-Lexikon. Bd. 12. Leipzig [14]1908, S. 253 f.
Nesnera, Edmund v., Rablorzky, Emmerich: Zur Therapie der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie. In: WKW 29 (1916), S. 1616–1619.
Neu, Hans: Über zwei bemerkenswerte Fälle von funktioneller Neurose. In: MMW 64 (1917), S. 1157.
Neutra, Wilhelm: Briefe an nervöse Frauen. Minden 1909.
Neutra, Wilhelm: Bemerkungen zu Dr. Julius Bauers Artikel: „Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen." In: WKW 29 (1916), S. 1253 f.
Neutra, Wilhelm: Seelenmechanik und Hysterie (Psychodystaxie). Vorlesungen über allgemeine und medizinisch angewandte Lustenergetik (Psychosynthese). Leipzig 1920.
Nonne, Max: Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysteriformen Störungen bei Kriegsneurosen. In: ZgNP 37 (1917), S. 191–218.
Nonne, Max: Ein halbes Jahrhundert Neurologie. In: APN 76 (1926), S. 6–20.
Nonne, Max: Anfang und Ziel meines Lebens. Erinnerungen. Hamburg 1971.
Nordau, Max: Entartung. 2 Bde. Berlin 1892/93.
Obersteiner, Heinrich: Functionelle und organische Nerven-Krankheiten. Wiesbaden 1900.
Obersteiner, Heinrich: Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten fünfzig Jahren seines Bestehens (1868–1918). In: JPN 39 (1919), S. 1–46.
Oppenheim, Hermann: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den 5 Jahren 1883–1888 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1889.
Oppenheim, Hermann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1894.
Oppenheim, Hermann: Gibt es auch eine psychopathische Höherwertigkeit? In: NC 36 (1917), S. 771–783.
Oppenheim, H[ermann]: Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen. Berlin 1918.
Pelnář, Josef: Das Zittern. Seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. Berlin 1913.

Perko, Franz: Die Kriegsschäden des Nervensystems und deren sozialpolitische Bedeutung. In: WKW 30 (1917), S. 803 f.

Pfungen, R[obert] von: Rez. zu Beard, Die Nervenschwäche (Neurasthenia). In: WMP 31 (1890), Sp. 16 f.

Pick, A[rnold]: Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Halle 1916.

Pilcz, Alexander: Kriegspsychiatrische Erfahrungen. In: Die Kultur 16 (1915), S. 56–64.

Pilcz, Alexander: Einige Ergebnisse eines Vergleiches zwischen einem psychiatrischen Materiale der Friedens- und Kriegsverhältnisse. In: ZgNP 52 (1919), S. 227–240, S. 371–407.

Pilcz, Alexander: Feigheit vor dem Feinde. – Psychopathische Minderwertigkeit. – Fraglicher Geisteszustand. In: WMW 70 (1920), Sp. 1117–1120.

Pilcz, Alexander: Lehrbuch der Speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien [5]1920.

Pilcz, Alexander: Frontdienst und Neurose. In: PNW 36 (1934), S. 67 f., S. 594 f.

Pirquet, Clemens (Hg.): Volksgesundheit im Krieg. 2 Bde. Wien 1926.

Podmaniczky, Baron Tibor von: Die Lumbalpunktion als therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen der Kriegshysterie. In: WKW 29 (1916), S. 1396 f.

Pölzer, Hans: Drei Tage am Isonzo. Verfaßt in Rottenmann 1916. Salzburg 1993.

Polgar, Alfred: Faradische Ströme. In: Die Weltbühne 16/1 (1920), S. 587–589.

Polgar, Alfred: Kleine Schriften. Bd. 1: Musterung, hg. von Reich-Ranicki, Marcel. Reinbek/Hamburg 1994.

Pollák, Ladislaus: Zur Frage der „Nervosität". In: Pester Medizinisch-Chirurgische Presse 16 (1880), Sp. 813–816, Sp. 829–832, Sp. 843–847.

Raimann, Emil: Zur Hysteriefrage. In: WKW 27 (1914), S. 1412–1419.

Raimann, Emil: Über Neurosen im Kriege. In: WMW 66 (1916), Sp. 1364–1370, Sp. 1421–1427.

Raimann, Emil: Traumatische Neurosen. In: WMW 72 (1922), Sp. 1648–1651, Sp. 1702–1707, Sp. 1750–1754, Sp. 1793–1800.

Raschofsky, Wilhelm: Militärärztliche Organisation und Leistungen der Feldspitäler der österreichisch-ungarischen Armee im Kriege 1914–1918. In: Pirquet, Volksgesundheit im Kriege, S. 108–120.

Reclam, [Carl]: Die Nerven und ihre Herrschaft. In: Gesundheit. Zeitschrift für öffentliche und private Hygiene 6 (1881), S. 113–115.

Redlich, Emil: Über Psychosen bei Neurasthenikern. In: WMP 43 (1902), Sp. 593–601, Sp. 648–658.

Redlich, Emil: Statistisches zur Aetiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten. In: WKW 27 (1914), S. 1419–1424.

Redlich, Emil: Einige Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem. In: MK 11 (1915), S. 469–473.

Redlich, Emil: Diskussion zur Frage der Entschädigung der traumatischen Neurosen im Kriege. In: WKW 29 (1916), S. 630–632.

Redlich, Emil, Karplus, J[ohann] P.: Über das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen. In: MPN 39 (1916), S. 259–286.

Redlich, Emil: Die Revision der Neurosenfrage. In: DZN 88 (1926), S. 113–152.

Reich, Eduard: Studien zur Aetiologie der Nervosität bei den Frauen. Leipzig [2]1877.

Reichardt, Martin: Der jetzige Stand der Lehre von der Neurasthenie. In: DMW 47 (1921), S. 19–21.

Rheinstaedter, August: Über weibliche Nervosität, ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Generationsorgane und ihre Allgemeinbehandlung. Leipzig 1880.

Ribbert, Hugo: Krieg und Rassenentwicklung. In: Die Umschau 19 (1915), S. 22–24.

Richter, August: Die Erfahrungen über Behandlung der Kriegsneurosen, angewendet auf die Unfallneurosen des Friedens. In: WMW 68 (1918), Sp. 598–600.

Richter, Friedrich: Die Neurasthenie und Hysterie. Berlin 1884.

Riebeth, [...]: Über Neurasthenie bei Kriegsteilnehmern. In: PNW 17 (1915/16), S. 71–76.

Rockwell, Alphonso David: The late George M. Beard. In: Medical Record 24 (1883), S. 399–401.

Rockwell, [Alphonso]: Neurasthenie und Lithämie. In: IKR 2 (1888), S. 503.

Rockwell, Alphonso David: Rambling Recollections. An Autobiography. New York 1920.

Roffenstein, Gaston: Zur Psychologie und Psychopathologie der Gegenwartsgeschichte. Bern-Leipzig 1921.

Rosenthal, M[oritz]: Klinik der Nervenkrankheiten. Stuttgart ²1875.

Roth, E[manuel]: Kriegsgefahr und Psyche. In: Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 21 (1915), S. 1–3.

Roth, Joseph: Werke in 4 Bänden, hg. von Klaus Westermann. Köln 1989.

Sachs, Hanns: Drei Fälle von „Kriegs"-Verlesen. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse 4 (1916/17), S. 159.

Salomon, Hugo: Krieg und Abhärtung. In: WMW 67 (1917), Sp. 168–174, Sp. 217–222.

Sarbó, Arthur von: Über den sogenannten Nervenschock nach Granat- und Schrapnellexplosionen. In: WKW 28 (1915), S. 86–90.

Sarbó, Arthur von: Über pseudospastische Parese mit Tremor (Fürstner-Nonne) als Folge von Durchnässung, Erfrierung, Erkältung. In: WKW 29 (1916), S. 1072–1074.

Sarbó, Arthur von: Über Kriegsnervenschädigungen. In: WKW 30 (1917), S. 1285–1291, S. 1329–1335.

Schalek, Alice: Tirol in Waffen. München 1915.

Schalek, Alice: Am Isonzo. März bis Juli 1916. Wien 1916.

Scherbel, Simon: Die Nervosität – eine Modekrankheit. In: Die Gegenwart 30 (1886), S. 35 f.

Scheunert, Gerhart: Kultur und Neurose am Ausgang des 19. Jahrhunderts. In: Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin 3 (1930), S. 258–271.

Schlesinger, Arthur M.: The Rise of the City, 1878–1898. New York 1933.

Schneider, Erich: Zur Klinik und Prognose der Kriegsneurosen. In: WKW 29 (1916), S. 1295–1303.

Schnitzler, Arthur: Tagebuch 1913–1916, hg. von der Kommission für literarische Gebrauchsformen der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien 1983.

Schnitzler, Arthur: Briefe 1913–1931, hg. von Braunwarth, Peter M. u.a. Frankfurt/M. 1984.

Schnitzler, Arthur: Doktor Gräsler, Badearzt. Frankfurt/M. 1989. [EA 1914].

Schnitzler, Arthur: Medizinische Schriften. Zusammengestellt von Thomé, Horst. Frankfurt/M. 1991.

Schnitzler, Arthur: Flucht in die Finsternis. Frankfurt/M. 1994. [EA 1917].

Schnitzler, Arthur: Jugend in Wien. Eine Autobiographie. Frankfurt/M. 1994.
Schnitzler, Arthur: Leutnant Gustl. Frankfurt/M. 2001. [EA 1900].
Scholz, F[riedrich]: Von Aerzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien. München ²1900.
Schranz, Julius: Unsere Zeit und unsere Nerven. Ein Beitrag zur Pathologie der Menschheit. Innsbruck 1884.
Schubart, [Friedrich]: Die Diagnose der „Nervenschwäche" im ärztlichen Zeugnis. In: Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 20 (1914), S. 73–78.
Schüller, Artur: Die Kriegsneurosen und das Publikum. In: WMW 68 (1918), Sp. 1085–1093.
Schüller, Artur: Zur Behandlung der Kriegsneurosen. In: WMW 69 (1919), Sp. 973–979.
Schullern, Heinrich von: Erinnerungen eines Feldarztes aus dem Weltkrieg. Hall 1934.
Schwarz, Arthur: Über akute nervöse Erschöpfung. In: WMW 44 (1894), Sp. 886–888, Sp. 931–933.
Seeligmüller, Ad[olph]: Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns sowie der allgemeinen Neurosen. Braunschweig 1887.
Segel, Rudolf: Die Vergessenen. In: Der Krüppel 1 (1927), S. 65.
Seifert, Josef: Isonzo. Wien 1936.
Siebert, Friedrich: Die Nervosität unserer Zeit. In: Westermanns Illustrierte deutsche Monatshefte für das gesamte geistige Leben der Gegenwart 49 (1880/81), S. 369–377.
Simmel, Ernst: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften, hg. von Hermanns, Ludger M. und Schultz-Venrath, Ulrich. Frankfurt/M. 1993.
Simmel, Georg: Die Bedeutung des Geldes für das Tempo des Lebens. In: Neue deutsche Rundschau 8 (1897), S. 111–122.
Simmel, Georg: Vom Wesen der Kultur. In: Österreichische Rundschau 15 (1908), S. 36–42.
Simmel, Georg: Philosophie der Mode. In: ders.: Gesamtausgabe, hg. von Rammstedt, Otthein. Bd. 10. Frankfurt/M. 1995, S. 7–37.
Singer, Emil: Nervenschwäche und Nervenleiden. Ärztliche Ratschläge. Leipzig 1911.
Singer, Kurt: Zur Klinik des Zitterns. In: MK 19 (1918), S. 713–717.
Singer, Kurt: Epikritisches zur Neurosenlehre. In: MPN 51 (1922), S. 63–83.
Snoy, Friedrich: Die Nervenschwäche der Feuerwehrleute nach Rauchvergiftung. Med. Diss. Berlin 1907.
Sommer, [Robert]: Krieg und Seelenleben. In: WMW 65 (1915), Sp. 1441–1448, Sp. 1481–1486.
Sprachführer für den Verkehr des Arztes mit dem Kranken und dem Wärter in deutscher, böhmischer, italienischer, kroatischer (serbischer), polnischer, rumänischer, ruthenischer und ungarischer Sprache, hg. von k. u. k. Militärärzten. Wien 1905.
Stein, Sigmund Theodor: Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Elektrotechnische Beiträge zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche. Halle/S. ²1883.
Steiner, Johann: Der militärärztliche Dienst des österreichisch-ungarischen Heeres während des Weltkrieges im Hinterlande und der bei der Armee im Felde. In: Pirquet, Volksgesundheit im Krieg, S. 89–104.
Stekel, Wilhelm: Die Ursachen der Nervosität. Wien 1907.
Stekel, Wilhelm: Nervöse Leute. Kleine Federzeichnungen aus der Praxis. Wien 1911.

Stekel, Wilhelm: Der Wille zum Schlaf! Altes und Neues über Schlaf und Schlaflosigkeit. Wiesbaden 1915.

Stekel, Wilhelm: Unser Seelenleben im Kriege. Psychologische Betrachtungen eines Nervenarztes. Berlin 1916.

Stekel, Wilhelm: The Autobiography of Wilhelm Stekel. The Life Story of a Pioneer Psychoanalyst, ed. by Gutheil, Emil A. New York 1950.

Stenographische Protokolle über die Sitzungen des Hauses der Abgeordneten des österreichischen Reichsrates, 1917 und 1918. Wien 1917/18.

Steyerthal, Armin: Hysterie. In: Die Umschau 15 (1911), S. 808–810.

Stiassny, Sigmund: Über die angebliche Verrohung und Verwilderung im Kriege. In: Der Militärarzt 52 (1918), Sp. 15–21.

Stiefler, Georg: In Przemysl belagert, gefangen und befreit. In: Breitner, Ärzte und ihre Helfer im Weltkriege, S. 181–194.

Stiefler, Georg: Über Psychosen und Neurosen im Kriege (II.). In: JPN 38 (1917), S. 159–183.

Stiefler, Georg: Erfahrungen und Vorschläge über die militärärztliche Verwendung und Stellung des psychiatrisch geschulten Neurologen im Kriege, im besonderen bei der Armee im Felde. In: ZgNP 60 (1920), S. 287–293.

Stintzing, R[oderich]: Allgemeine Elektrotherapie der Erkrankungen des Nervensystems. In: Penzoldt, F., Stintzing, R. (Hg.): Handbuch der gesamten Therapie. Bd. 4. Jena [4]1917, S. 183–256.

Stransky, Erwin: Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. 2 Bde. Leipzig 1914/1919.

Stransky, Erwin: Einiges zur Psychiatrie und Psychologie im Krieg. Wien 1915.

Stransky, Erwin: Zur Psychologie und Psychopathologie der Legendenbildung im Felde. Wien 1916.

Stransky, Erwin: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 555–558.

Stransky, Erwin: Krieg und Geistesstörung. Feststellungen und Erwägungen zu diesem Thema vom Standpunkte angewandter Psychiatrie. Wiesbaden 1918.

Stransky, Erwin: Hysterie als Anlagedefekt und Hysteriefähigkeit. In: WMW 69 (1919), Sp. 2329–2334, Sp. 2386–2391.

Stransky, Erwin: Großdeutschland und die Ärzteschaft. In: WMW 69 (1919), Sp. 117–125.

Stransky, Erwin: Die Verhandlung gegen Hofrat Professor Dr. Wagner-Jauregg und Genossen. Oder: Dank vom Hause Österreich. In: WMW 70 (1920), Sp. 1901 f.

Stransky, Erwin: Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie. In: ZgNP 59 (1920), S. 271–280.

Stransky, Erwin: Psychopathologie der Ausnahmezustände und Psychopathologie des Alltags. Leipzig 1921.

Stransky, Erwin: Die innere Werkstatt des Psychiaters. Wien 1926.

Strasser, A[lois]: Über Neurasthenie. In: MCCB 36 (1901), S. 626–629.

Strasser, A[lois]: Die hausärztliche Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 58 (1908), Sp. 42–44.

Strümpell, Adolf: Über die Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig 1884.

Strümpell, Adolf: Bemerkungen über die balneologische Behandlung der Neurasthenie. In: MCCB 40 (1905), S. 89–91.
Strümpell, Adolf: Über Wesen und Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 70 (1920), Sp. 1825–1830, Sp. 1877–1882, Sp. 1926–1930.
Strümpell, Adolf: Aus dem Leben eines deutschen Klinikers. Erinnerungen und Beobachtungen. Leipzig 1925.
Suchy, Siegfried: Die Bedeutung der Ohrmuschel und der Augenbrauen sowie anderer Abnormitäten für die geistige Beurteilung eines Menschen. In: WKW 29 (1916), S. 1614–1616.
Suess, Ed[uard]: Der Fortschritt des Menschengeschlechtes. In: WMB 11 (1888), Sp. 1377 f.
Svevo, Italo: Zeno Cosini. Reinbek bei Hamburg 1997. [EA 1923].
Szana, Alexander: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 485–489.
Szöllösy, Gabriel von: Das Militärstrafgesetz. Wien 1914.
Sztanojevits, L[azarus]: Neurologisches während des Feldzuges. In: MK 11 (1915), S. 1155 f.
Tandler, Julius: Krieg und Bevölkerung. In: WKW 29 (1916), S. 445–452.
Tandler, Julius: Zum Fall Wagner-Jauregg. Replik. In: WMW 70 (1920) Sp. 2043 f., Sp. 2189 f.
Teisinger, Heinrich: Behelf zum Studium unseres Heerwesens. Wien 1901.
Teisinger, Heinrich: Zum Studium psychischer und anderer Friktionen im Kriege. Wien 1905.
Traub, Gottfried: Der Krieg und die Seele. Stuttgart-Berlin 1914.
Urbantschitsch, Ernst: Hysterische Taub-Stummheit. In: WMW 66 (1916), Sp. 262–273.
Valek, Friedrich: Beitrag zur Kenntnis der Hysterie. In: Der Militärarzt 46 (1912), Sp. 209–212.
Verhandlungen der Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Deutschlands, Ungarns und Österreichs. Wien 1918.
Villaret, Albert (Hg.): Handwörterbuch der gesamten Medizin. 2 Bde. Stuttgart 1891.
Vom Höhensinn eines österreichischen Kriegsfreiwilligen. Aus den Tagebüchern und Briefen des auf Doberdo am 9. Mai 1916 gefallenen Leutnants Hermann Selle. Graz 1917.
Wagner, Albert: Die Rückfälle der Hysteriker. In: MMW 65 (1918), S. 1106 f.
Wagner-Jauregg, Julius von: Erfahrungen über Kriegsneurosen III. In: WMW 67 (1917), Sp. 189–193.
Wagner-Jauregg, Julius: Telepathie und Hypnose im Verbrechen. Wien 1919.
Wagner-Jauregg, Julius: Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus. In: PNW 22 (1920/21), S. 357–360, S. 373–376.
Wagner-Jauregg, Julius: Die Arbeitsscheu. In: Archiv für Kriminologie, Kriminalanthropologie und Kriminalistik 74 (1922), S. 104–119.
Wagner-Jauregg, Julius: Professor Dr. Emil Redlich. In: MPN 76 (1930), S. 257–263.
Weber, Fritz: Isonzo 1916. Klagenfurt-Wien [1933].
Weber, Fritz: Frontkameraden. Klagenfurt-Wien [1934].
Weber, Fritz: Alpenkrieg. Klagenfurt-Wien [1935].
Weber, [Ludwig]: Zur Behandlung der Kriegsneurosen. In: MMW 64 (1917), S. 1234 f.
Weber, Max: Zur Politik im Weltkrieg. Schriften und Reden 1914–1918 (= Studienausgabe der Max-Weber-Gesamtausgabe I/15), hg. von Mommsen, Wolfgang J. Tübingen 1988.
Weinke, Franz Carl: Der nervöse Zustand, das Siechthum unserer Zeit. Wien 1853.

Weiss, M[ax]: Nervöse und psychische Störungen nach Exstirpation beider Hoden. In: WMP 31 (1890), Sp. 873–876, Sp. 959–961.

Wexberg, Erwin: Neurologische Erfahrungen im Felde. In: WMW 66 (1916), Sp. 1409–1412.

Wilheim, [Josef-Isidor]: Die nervöse Erschöpfung. Eine neuropathologische Studie. In: AWMZ 26 (1881), S. 237 f., S. 246, S. 262.

Wilheim, [Josef Isidor]: Die Elektricität. Ihre Anwendung bei der chronischen Nervenschwäche. Wien 1891.

Wilheim, [Josef Isidor]: Die Nervosität (Neurasthenie), deren Verlauf und Heilung. Wien [6]1892.

Wilheim, J[osef]: Die medicamentöse Behandlung. In: Müller, Handbuch der Neurasthenie, S. 304–329.

Wilheim, J[osef]: Die Nervosität der Frauen. Ihre Symptome und Heilung. Wien 1896.

Wilheim, J[osef]: Die modernen Nervenheilanstalten! Welchen Nutzen haben sie für Nervöse? Wien 1904.

Windscheid, [Franz]: Rez. zu Müller: Handbuch der Neurasthenie. In: WMP 34 (1893), Sp. 1495 f.

Winkler-Hermaden, Viktor: Isonzo-Legende. Wien-Leipzig 1929.

Winter, Max (Hg.): Der österreichisch-ungarische Krieg in Feldpostbriefen. München-Berlin 1915.

Wittels, Fritz: Zacharias Pamperl oder Der verschobene Halbmond. Wien 1923.

Wittels, Fritz: Freud und das Kindweib. Die Erinnerungen von Fritz Wittels, hg. von Timms, Edward. Wien 1996.

Wittmayer, Leo: Die Kriegsbeschädigtenfürsorge. Wien 1918.

Würfel, Gotthard: Der Sieg der deutschen Volksgesundheit im Weltkriege. Stuttgart-Berlin 1916.

Zerner, Theodor: Die Behandlung der Neurasthenie. In: WMW 42 (1892), Sp. 1841–1843, Sp. 1881–1883.

Ziehen, [Theodor]: Neurasthenie. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Bd. 10. Berlin-Wien [4]1911, S. 521–598.

Ziemmsen, H[ugo] von: Die Neurasthenie und ihre Behandlung. Leipzig 1887.

Zuzak, Hugo: Militärdienst und Geistesstörung. In: Der Militärarzt 41 (1907), Sp. 109–111, Sp. 124 f., Sp. 155 f.

Zweig, Stefan: Tagebücher. Frankfurt/M. 1984.

Zweig, Stefan: Clarissa. Ein Romanentwurf. Frankfurt/M. 1992. [1941/42].

Zweig, Stefan: Die Welt von Gestern. Erinnerungen eines Europäers. Frankfurt/M. 1993. [EA 1944].

3. Sekundärliteratur

Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart [5]1985.

Afflerbach, Holger: Der Dreibund. Europäische Großmacht- und Allianzpolitik vor dem Ersten Weltkrieg. Wien 2002.

Aichinger, Wolfram: Außenwelt und Innenwelt. Spannungsfelder der Kultur. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde. Sondernummer 1999: Kulturwissenschaften. Wien 1999, S. 23–29.

Alexander, Helmut: Der Dolomitenkrieg im „Tiroler" Film. In: Eisterer, Klaus, Steininger, Rolf (Hg.): Tirol und der Erste Weltkrieg. Innsbruck-Wien 1995, S. 227–253.

Amann, Klaus, Lengauer, Hubert (Hg.): Österreich und der Große Krieg 1914–1918. Die andere Seite der Geschichte. Wien 1989.

Angelow, Jürgen: Der „Kriegsfall Serbien" als Willenstherapie. Operative Planung, politische Mentalitäten und Visionen vor und zu Beginn des Ersten Weltkriegs. In: Militärgeschichtliche Zeitschrift 61 (2002), S. 315–336.

Angetter, Daniela Claudia: Dem Tod geweiht und doch gerettet. Die Sanitätsversorgung am Isonzo und in den Dolomiten 1915–18. Frankfurt/M. 1995.

Armstrong, Tim: Modernism, Technology, and the Body. A cultural study. Cambridge 1998.

Asendorf, Christoph: Batterien der Lebenskraft. Zur Geschichte der Dinge und ihrer Wahrnehmung im 19. Jahrhundert. Gießen 1984.

Asendorf, Christoph: Ströme und Strahlen. Das langsame Verschwinden der Materie um 1900. Gießen 1989.

Ash, Mitchell G.: Wissenschaft – Krieg – Modernität: Einführende Bemerkungen. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 19 (1996), S. 69–75.

Ash, Mitchell G.: Wissenschaft und Politik als Ressourcen für einander. In: vom Bruch und Kaderas, Wissenschaften und Wissenschaftspolitik, S. 32–51.

Ashworth, Tony: Trench Warfare 1914–1918. The Live and Let Live System. London 1995.

Barker, Pat: Niemandsland. München-Wien 1997.

Barsch, Achim, Hejl, Peter M. (Hg.): Menschenbilder. Zur Pluralisierung der Vorstellung von der menschlichen Natur (1850–1914). Frankfurt/M. 2000.

Barth, Gunther: City people. The Rise of Modern City Culture in Nineteenth-Century America. New York-Oxford 1980.

Barthes, Roland: Mythen des Alltags. Frankfurt/M. 1964.

Barthes, Roland: Das semiologische Abenteuer. Frankfurt/M. 1988.

Bauer, Julius: Medizinische Kulturgeschichte des 20. Jahrhunderts im Rahmen einer Autobiographie. Wien 1964.

Bayertz, Kurt: GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung. Reinbek bei Hamburg 1987.

Becker, Peter: Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis. Göttingen 2002.

Bederman, Gail: Manlineness and Civilization. A Cultural History of Gender and Race in the United States, 1880–1917. Chicago-London 1995.

Beer, Dominic M.: The Dichotomies: Psychosis/Neurosis and Fuctional/Organic: A Historical Perspective. In: History of Psychiatry 7 (1992), S. 231–255.

Beller, Steven: The Tragic Carneval: Austrian culture in the First World War. In: Roshwald, Aviel and Stites, Richard (Hg.): European culture in the Great War. The arts, entertainment, and propaganda. Cambridge 1999, S. 127–161.

Berger, David M.: The Return of Neurasthenia. In: Comprehensive Psychiatry 14 (1973), S. 557–562.

Bermann, Richard A. alias Höllriegel, Arnold: Die Fahrt auf dem Katarakt. Eine Autobiographie ohne einen Helden, hg. von Müller, Hans-Harald. Wien 1998.

Berrios, German E. and Porter, Roy (Hg.): A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders. London 1995.

Berrios, German E.: The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge 1996.

Bessel, Richard: Germany after the First World War. Oxford 1993.

Beßlich, Barbara: Wege in den „Kulturkrieg". Zivilisationskritik in Deutschland 1890–1914. Darmstadt 2000.

Bianchi, Bruna: Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy during the Great War. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 222–252.

Binder, Beate: Elektrifizierung als Vision. Zur Symbolgeschichte einer Technik im Alltag. Tübingen 1999.

Binneveld, Hans: From Shellshock to Combat Stress. A Comparative History of Military Psychiatry. Amsterdam 1997.

Biwald, Brigitte F. T.: Vom Helden zum Krüppel. Das österreichisch-ungarische Militärsanitätswesen und dessen Auswirkungen auf die Gesellschaft im Ersten Weltkrieg. Phil. Diss. Wien 2000.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt/M. 1994.

Bleker, Johanna, Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): Medizin im Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Frankfurt/M. 1987.

Blustein, Bonnie Ellen: New York Neurologists and the Specialization of American Medicine. In: Bulletin of the History of Medicine 53 (1979), S. 170–183.

Blustein, Bonnie Ellen: Preserve your Love for Science: Life of William A. Hammond, American Neurologist. New York 1981.

Bogacz, Ted: War neurosis and cultural change in England, 1914–1922. In: Journal of Contemporary History 24 (1989), S. 227–256.

Borscheid, Peter, Wischermann, Clemens (Hg.): Bilderwelt des Alltags. Werbung in der Konsumgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts. Stuttgart 1995.

Bourdieu, Pierre: Die männliche Herrschaft. In: Irene Dölling und Beate Krais: Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt/M. 1997, S. 153–217.

Bourke, Joanna: Dismembering the Male. Men's Bodies, Britain and the Great War. London 1996.

Bourke, Joanna: Männlichkeit, Krieg und Militarismus in Großbritannien 1914–1939. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 9 (1998), S. 31–49.

Boyer, John W.: Some Reflections on the Problem of Austria, Germany, and Mitteleuropa. In: Central European History 22 (1989), S. 301–315.

Braun, Christina von, Stephan, Inge (Hg.): Gender-Studien. Eine Einführung. Stuttgart-Weimar 2000.

Breidbach, Olaf: Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1997.

Breymayer, Ursula, Ulrich, Bernd, Wieland, Karin (Hg.): Willensmenschen. Über deutsche Offiziere. Frankfurt/M. 1999.

Bröckling, Ulrich: Disziplin. Soziologie und Geschichte militärischer Gehorsamsproduktion. München 1997.

Bröckling, Ulrich und Sikora, Michael (Hg.): Armeen und ihre Deserteure. Vernachlässigte Kapitel einer Militärgeschichte der Neuzeit. Göttingen 1998.

Bröckling, Ulrich: Menschenökonomie, Humankapital. Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie. In: Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung 12 (2003), S. 3–22.

Bronfen, Elisabeth, Erdle, Birgit R. und Weigel, Sigrid (Hg.): Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster. Köln-Weimar-Wien 1999.

Bronfen, Elisabeth: Das verknotete Subjekt. Hysterie in der Moderne. Berlin 1998.

Brown, Edward M.: Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. In: History of Psychiatry 11 (2000), S. 371–382.

Bruch, Rüdiger vom und Kaderas, Brigitte (Hg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart 2002.

Bruder-Bezzel, Almuth: Die Geschichte der Individualpsychologie. Frankfurt/M. 1991.

Brunner, José: Psychiatry, psychoanalysis, and politics during the First World War. In: Journal of the History of Behavioural Sciences 27 (1991), S. 352–365.

Bublitz, Hannelore, Hanke, Christine, Seier, Andrea: Der Gesellschaftskörper. Zur Neuordnung von Kultur und Geschlecht um 1900. Frankfurt/M.-New York 2000.

Büttner, Peter: Freud und der Erste Weltkrieg. Eine Untersuchung über die Beziehung von medizinischer Theorie und gesellschaftlicher Praxis. Phil. Diss. Heidelberg 1975.

Byer, Doris: Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege. Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934. Frankfurt/M.-New York 1988.

Bynum, William F. Porter, Roy (Hg.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. 2 Bde., Routledge 1993.

Bynum, William F., Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century. Cambridge 1994.

Caplan, Eric M.: Trains, Brains and Sprains: Railway Spine and the Origins of Psychoneuroses. In: Bulletin of the History of Medicine 69 (1995), S. 387–419.

Caplan, Eric M.: Trains and Trauma in the American Gilded Age. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 57–77.

Carlson, Eric T.: George M. Beard and Neurasthenia. In: Wallace, Edwin R., Pressley, Lucius C. (Hg.): Essays in the History of Psychiatry. Columbia 1980, S. 50–57.

Chamberlain, J. Edward, Gilman, Sander L. (Hg.): Degeneration. The Dark Side of Progress. New York 1985.

Clair, Jean, Pichler, Cathrin, Pircher, Wolfgang (Hg.): Wunderblock. Eine Geschichte der modernen Seele. Wien 1989.

Clarke, Edwin, Jacyna, L. S.: Nineteenth-Century Origins of Neuroscientific Concepts. Berkeley 1987.

Connell, Robert W.: Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen ²2000.

Conrad, Christoph, Kessel, Martina (Hg.): Kultur & Geschichte. Neue Einblicke in eine alte Beziehung. Stuttgart 1998.

Cooter, Roger: War and Modern Medicine. In: Bynum, Porter, Companion Encyclopedia of the History of Medicine, Bd. 2, S. 1536–1573.

Cooter, Roger, Luckin, Bill (Hg.): Accidents in History: Injuries, Fatalities and Social Relations. Amsterdam-Atlanta 1997.

Cooter, Roger, Harrison, Mark and Sturdy, Steve (Hg.): War, Medicine and Modernity. Phoenix Mill 1998.

Cooter, Roger, Harrison, Mark and Sturdy, Steve (Hg.): Medicine and Modern Warfare. Amsterdam-Atlanta 1999.

Cornwall, Mark: Morale and patriotism in the Austro-Hungarian army, 1914–1918. In: Horne, John (Hg.): State, society and mobilization in Europe during the First World War. Cambridge 1997, S. 173–191.

Cornwall, Mark: Austria-Hungary. In: Cecil, Hugh and Liddle, Peter: At the Eleventh Hour: Reflections, Hopes and Anxieties at the Closing of the Great War, 1918. Barnsley 1998, S. 285–300.

Cornwall, Mark: The Undermining of Austria-Hungary. The Battle for Hearts and Minds. New York 2000.

Crook, Paul: Darwinism, War and history. The debate over the biology of war from the 'Origin of Species' to the First World War. Cambridge 1994.

Csáky, Moritz: Österreich und die Mitteleuropaidee. In: Europäische Rundschau 14 (1986), S. 99–107.

Csáky, Moritz: Ideologie der Operette und Wiener Moderne. Ein kulturhistorischer Essay. Wien ²1998.

Daniel, Ute: Kompendium Kulturgeschichte. Theorie, Praxis, Schlüsselwörter. Frankfurt/M. 2001.

Davis, Dona L., Whitten, Richard G.: Medical and Popular Tradition of Nerves. In: Social Science and Medicine 26 (1988), S. 1209–1221.

Davis, Dona L., Low, Setha M. (Hg.): Gender, Health and Illness: The Case of Nerves. New York 1989.

Deák, István: Der K. (u.) K. Offizier 1914–1918. Wien-Köln-Weimar 1991.

DeJong, Russel N.: A History of American Neurology. New York 1982.

Demandt, Alexander: Biologistische Dekadenztheorien. In: Saeculum 36 (1985), S. 4–27.

Deutsch, Helene: Selbstkonfrontation. Die Autobiographie der großen Psychoanalytikerin. München 1975.

Dienes, Gerhard M.: Eine Stadt vor 100 Jahren: Graz. Bilder und Berichte. München 1997.

Dietrich, Elisabeth: Der andere Tod. Seuchen, Volkskrankheiten und Gesundheitswesen im Ersten Weltkrieg. In: Eisterer, Klaus, Steininger, Rolf (Hg.): Tirol und der Erste Weltkrieg. Innsbruck-Wien 1995, S. 255–275.

Diner, Dan: Das Jahrhundert verstehen. Eine universalhistorische Deutung. München 1999.

Dinges, Martin (Hg.): Hausväter, Priester, Kastraten. Zur Konstruktion von Männlichkeit in Spätmittelalter und Früher Neuzeit. Göttingen 1998.

Dinges, Martin: Männlichkeitskonstruktionen im medizinischen Diskurs um 1830: Der Körper eines Patienten von Samuel Hahnemann. In: Jürgen Martschukat (Hg.): Geschichte schreiben mit Foucault. Frankfurt-New York 2002, S. 99–125.

Docker, John: Nervous Nineties. Australian Cultural Life in the 1890s. Oxford 1992.

Döcker, Ulrike: Die Ordnung der bürgerlichen Welt. Verhaltensideale und soziale Praktiken im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1994.

Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Hamburg [3]1995.

Doherty, Brigid: "See: *We Are All Neurasthenics!*" or, The Trauma of Dada Montage. In: Critical Inquiry 24 (1997), S. 82–132.

Doppelbauer, Wolfgang: Zum Elend noch die Schande. Das altösterreichische Offizierskorps am Beginn der Republik. Wien 1988.

Dowbiggin, Ian: Back to the Future: Valentin Magnan, French Psychiatry, and the Classification of Mental Diseases, 1885–1925. In: Social History of Medicine 9 (1996), S. 383–408.

Drinka, George Frederick: The Birth of Neurosis. Myth, Malady and the Victorians. New York 1984.

Eckart, Wolfgang U., Gradmann, Christoph (Hg.): Die Medizin und der Erste Weltkrieg. Pfaffenweiler 1996.

Eckart, Wolfgang U.: „Der größte Versuch, den die Einbildungskraft ersinnen kann" – Der Krieg als hygienisch-bakteriologisches Laboratorium und Erfahrungsfeld. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg, S. 299–319.

Eckart, Wolfgang U.: „Die wachsende Nervosität unserer Zeit". Medizin und Kultur um 1900 am Beispiel einer Modekrankheit. In: Hübinger, Gangolf, Bruch, Rüdiger vom und Graf, Friedrich Wilhelm (Hg.): Kultur und Kulturwissenschaften um 1900. Bd. II: Idealismus und Positivismus. Stuttgart 1997, S. 207–226.

Eckart, Wolfgang U., Gradmann, Christoph: Medizin im Ersten Weltkrieg. In: Spilker, Rolf und Ulrich, Bernd (Hg.): Der Tod als Maschinist. Der industrialisierte Krieg 1914–1918. Bramsche 1998, S. 203–215.

Eghigian, Greg: The German Welfare State as a Discourse of Trauma. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 92–112.

Eghigian, Greg: Making Security Social: Disability, Insurance, and the Birth of the Social Entitlement in Germany. Ann Arbor 2000.

Eissler, K[urt] R[obert]: Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen. Wien 1979.

Eissler, Kurt: Malingering. In: Wilbur, George, Münsterberger, Werner (Hg.): Psychoanalysis and Culture. New York 1951, S. 218–410.

Eksteins, Modris: Tanz über Gräben. Die Geburt der Moderne und der Erste Weltkrieg. Reinbek/Hamburg 1990.

Ellenberger, Henry F.: Die Entdeckung des Unbewußten. 2 Bde. Bern-Stuttgart-Wien 1973.

Ellis, John: The Social History of the Machine Gun. London 1975.

Epkenhans, Michael: Kriegswaffen – Strategie, Einsatz, Wirkung. In: Spilker, Ulrich, Der Tod als Maschinist, S. 69–84.

Epkenhans, Michael: Neuere Forschungen zur Geschichte des Ersten Weltkriegs. In: Archiv für Sozialgeschichte 38 (1998), S. 458–487.

Erhart, Walter: Familienmänner. Über den literarischen Ursprung moderner Männlichkeit. München 2001.

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970.

Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg 1998.

Feichtinger, Johannes, Stachel, Peter (Hg.): Das Gewebe der Kultur. Kulturwissenschaftliche Analysen zur Geschichte und Identität Österreichs in der Moderne. Innsbruck-Wien-München 2001.

Feinstein, Howard M.: The Use and Abuse of Illness in the James Familiy Circle. A View of Neurasthenia as a Social Phenomenon. In: Brugger, Robert J. (Hg.): Our Selves/Our Past. Psychological Approaches to American History. Baltimore-London 1981, S. 228–243.

Fellner, Fritz: Austria-Hungary. In: Wilson, Keith (Hg.): Decisions for War 1914. London 1995, S. 9–25.

Fischer-Homberger, Esther: Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder. Bern 1970.

Fischer-Homberger, Esther: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern-Stuttgart-Wien 1975.

Fischer-Homberger, Esther: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker, Schmiedebach, Medizin im Krieg, S. 122–132.

Fleck, Ludwik: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, hg. von Schäfer, Lothar und Schnelle, Thomas. Frankfurt/M. [4]1999.

Fleischhacker, Jochen: Menschen- und Güterökonomie. Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischem Gesellschaftsentwurf. In: Ash, Mitchell, Stifter, Christian H. (Hg.): Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart. Wien 2002, S. 207–229.

Forth, Christopher E.: Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 329–361.

Frank, Leonard Roy (Hg.): The History of Shock Treatment. San Francisco 1978.

Frankenthal, Käthe: Der dreifache Fluch: Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin. Lebenserinnerung einer Ärztin in Deutschland und im Exil. Frankfurt-New York 1981.

Freeman, Thomas: 'Leutnant Gustl', a case of male hysteria? In: Modern Austrian literature 25 (1992), S. 41–51.

Frevert, Ute: Ehrenmänner: Das Duell in der bürgerlichen Gesellschaft. München 1991.

Frevert, Ute: Nation, Krieg und Geschlecht im 19. Jahrhundert. In: Hettling, Manfred, Nolte, Paul (Hg.): Nation und Gesellschaft. Historische Essays. München 1996, S. 151–170.

Frevert, Ute (Hg.): Militär und Gesellschaft im 19. und 20. Jahrhundert. Stuttgart 1997.

Frevert, Ute (Hg.): Das neue Jahrhundert. Europäische Zeitdiagnosen und Zukunftsentwürfe um 1900. Göttingen 2000.

Fries, Helmut: Die große Katharsis: Der Erste Weltkrieg in der Sicht deutscher Dichter und Gelehrter. 2 Bde. Konstanz 1994.

Frisby, David: Fragmente der Moderne. Georg Simmel – Siegfried Kracauer – Walter Benjamin. Rheda-Wiedenbrück 1989.

Frisby, David (Hg.): Georg Simmel in Wien. Texte und Kontexte aus dem Wien der Jahrhundertwende. Wien 2000.

Gabriel, Eberhard, Gröger, Helmut (Hg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien 1997.

Gabriel, Richard A.: The Painful Field. The Psychiatric Dimension of Modern War. New York-Westport-London 1988.

Gadebusch-Bondio, Mariacarla: Die Rezeption der kriminalanthropologischen Theorien von Cesare Lombroso in Deutschland von 1880–1914. Husum 1995.

Galántai, Jósef: Hungary in the First World War. Budapest 1989.

Gatt-Rutter, John: Italo Svevo. A Double Life. Oxford 1988.

Gay, Peter: Die zarte Leidenschaft. Liebe im bürgerlichen Zeitalter. München 1986.

Gay, Peter: Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt/M. [4]2001.

Geinitz, Christian: Kriegsfurcht und Kampfbereitschaft. Das Augusterlebnis in Freiburg. Eine Studie zum Kriegsbeginn 1914. Essen 1998.

Gijswijt-Hofstra, Marijke and Porter, Roy (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. Amsterdam-New York 2001.

Gilman, Sander L., King, Helen, Porter, Roy, Rousseau, G. S., Showalter, Elaine: Hysteria Beyond Freud. Berkeley-Los Angeles 1993.

Göckenjahn, Gerd: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt/M. 1985.

Goering, Laura: "Russian Nervousness": Neurasthenia and National Identity in Nineteenth-Century Russia. In: Medical History 47 (2003), S. 23–46.

Goldfield, David R., Brownell, Blaine: Urban America. A History. Boston [2]1990.

Goltermann, Svenja: Körper der Nation. Habitusformierung und die Politik des Turnens 1860–1890. Göttingen 1998.

Good, David F.: Der wirtschaftliche Aufstieg des Habsburgerreiches 1750–1914. Wien-Köln-Graz 1986.

Gosling, Francis G., Ray, Joyce M.: The Right to be Sick: American Physicians and Nervous Patients, 1885–1910. In: Journal of Social History 20 (1986), S. 251–267.

Gosling, Francis G.: Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community 1870–1910. Urbana 1987.

Gray, Melvin: Neuroses. A Comprehensive and Critical View. New York 1979.

Grisold, Margit: Adolf Schärf und der Krieg, der eigentlich keiner war. In: Konrad, Politik, Medizin und Krieg, S. 135–254.

Günther, Dagmar: Alpine Quergänge. Kulturgeschichte des bürgerlichen Alpinismus (1870–1930). Frankfurt/M. 1998.

Günther, Dagmar: Identifikation eines Mannes. Körperbilder im österreichisch-deutschen Alpinismus 1870–1930. In: Funk, Julia und Brück, Cornelia (Hg.): Körper-Konzepte. Tübingen 1999, S. 127–143.

Gundlach, Horst: Faktor Mensch im Krieg. Der Eintritt der Psychologie und Psychotechnik in den Krieg. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 19 (1996), S. 131–143.

Hacking, Ian: Was heißt „soziale Konstruktion"? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. Frankfurt/M. 1999.

Hämmerle, Christa: „Wirf ihnen alles hin und schau, daß du fort kommst." Die Feldpost eines Paares in der Geschlechter(un)ordnung des Ersten Weltkrieges. In: Historische Anthropologie 6 (1998), S. 431–458.

Hämmerle, Christa: Von den Geschlechtern der Kriege und des Militärs. Forschungseinblicke und Bemerkungen zu einer neuen Debatte. In: Kühne, Thomas und Ziemann, Benjamin (Hg.): Was ist Militärgeschichte? Paderborn u. a. 2000, S. 229–262.

Hagemann, Karen, Pröve, Ralf (Hg.): Landsknechte, Soldatenfrauen und Nationalkrieger. Militär, Krieg und Geschlechterordnung im historischen Wandel. Frankfurt/M.-New York 1998.

Hagner, Michael (Hg.): Ecce Cortex. Beiträge zur Geschichte des modernen Gehirns. Göttingen 1999.

Hagner, Michael: Verwundete Gesichter, verletzte Gehirne. Zur Deformation des Kopfes im Ersten Weltkrieg. In: Schmölders, Claudia und Gilman, Sander L. (Hg.): Gesichter der Weimarer Republik. Eine physiognomische Kulturgeschichte. Köln 2000, S. 78–95.

Hagner, Michael (Hg.): Ansichten der Wissenschaftsgeschichte. Frankfurt/M. 2001.

Haller, John S.: American Medicine in Transition, 1840–1910. Urbana-Chicago-London 1981.

Haller, Rudolf (Hg.): nach kakanien. Annäherung an die Moderne. Wien-Köln-Weimar 1996.

Hanák, Peter: Der Garten und die Werkstatt. Ein kulturgeschichtlicher Vergleich Wien und Budapest um 1900. Wien-Köln-Weimar 1992.

Hanisch, Ernst: Der lange Schatten des Staates. Österreichische Gesellschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert. Wien 1994.

Hanisch, Ernst: Die Rückkehr des Kriegers. Männlichkeitsbilder und Remilitarisierung im Österreich der Zwischenkriegszeit. In: Transit. Europäische Revue 16 (1998/99), S. 108–124.

Hanisch, Ernst: Die Männlichkeit des Kriegers. Das österreichische Militärstrafrecht im Ersten Weltkrieg. In: Angerer, Thomas, Bader-Zaar, Brigitte, Grandner, Margarete (Hg.): Geschichte und Recht. Festschrift für Gerald Stourzh zum 70. Geburtstag. Wien-Köln-Weimar 1999, S. 313–338.

Hardtwig, Wolfgang, Wehler, Hans-Ulrich (Hg.): Kulturgeschichte Heute. Göttingen 1996.

Harrington, Ralph: The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth Century Britain. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 31–56.

Harris, Marvin: Kulturanthropologie. New York 1989.

Harrison, Mark: Medicine and the Management of Modern Warfare. In: History of Science 34 (1996), S. 379–410.

Harrison, Mark: The Medicalization of War – the Militarization of Medicine. In: Social History of Medicine 9 (1996), S. 267–276.

Hautmann, Hans: Die Arbeiter von Wien in der revolutionären Periode 1917 bis 1919. In: Konrad, Helmut, Schmidlechner, Karin M. (Hg.): Revolutionäres Potential in Europa am Ende

des Ersten Weltkrieges. Die Rolle von Strukturen, Konjunkturen und Massenbewegungen. Wien-Köln 1991, S. 89–99.

Herwig, Holger H.: The First World War. Germany and Austria-Hungary 1914–1918. London-New York 1997.

Healy, Maureen: Exhibiting a War in Progress: Entertainment and Propaganda in Vienna, 1914–1918. In: Austrian Yearbook 31 (2000), s. 57–85.

Herwig, Holger H.: Of Men and Myths. The Use and Abuse of History and the Great War. In: Winter, Parker, Habeck, The Great War and the Twentieth Century, S. 299–330.

Hirschfeld, Gerhard, Krumeich, Gerd und Renz, Irina (Hg.): „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch …" Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs. Frankfurt/M. 1996.

Hirschfeld, Gerhard, Langewiesche, Dieter (Hg.): Kriegserfahrungen. Studien zur Sozial- und Mentalitätsgeschichte des Ersten Weltkriegs. Essen 1997.

Hirschmüller, Albrecht: Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen 1991.

Hirschmüller, Albrecht: The Development of Psychiatry and Neurology in the Nineteenth century. In: History of Psychiatry 10 (2000), S. 395–423.

Hödl, Klaus: Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle. Wien 1997.

Hofer, Hans-Georg: „Nervöse Zitterer". Psychiatrie und Krieg. In: Konrad, Helmut (Hg.): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne. Wien 2000, S. 15–134.

Hofer, Hans-Georg: Juden und Nervosität. In: Hödl, Klaus (Hg.): Jüdische Identitäten. Einblicke in die Bewusstseinslandschaft des deutschsprachigen Judentums. Innsbruck-Wien-München 2000, S. 95–119.

Hofer, Hans-Georg: Nerven-Korrekturen. Ärzte, Soldaten und die „Kriegsneurosen" im Ersten Weltkrieg. In: Zeitgeschichte 27 (2000), S. 249–268.

Hofmeister, Herbert: Landesbericht Österreich. In: Köhler, Peter A. und Zacher, Hans F. (Hg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin 1981, S. 533–573.

Horn, Eva: Die Mobilmachung der Körper. In: Transit. Europäische Revue 16 (1998/99), S. 92–107.

Horn, Eva: Krieg und Krise. Zur anthropologischen Figur des Ersten Weltkriegs. In: Graevenitz, Gerhart von (Hg.): Konzepte der Moderne. Stuttgart-Weimar 1999, S. 633–655.

Horn, Eva: Erlebnis und Trauma. Die narrative Konstruktion des Ereignisses in Psychiatrie und Kriegsroman. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 131–162.

Hubenstorf, Michael: Vom Krebsgang des Fortschritts. In: Lichtjahre. 100 Jahre Strom in Österreich. Wien 1986, S. 149–175.

Hubenstorf, Michael: Österreichische Ärzte-Emigration. In: Stadler, Friedrich (Hg.): Vertriebene Vernunft I. Emigration und Exil österreichischer Wissenschaft 1930–1940. Wien-München 1987, S. 359–415.

Hubenstorf, Michael: Elektrizität und Medizin. In: Winau, Rolf (Hg.): Technik und Medizin. Düsseldorf 1993, S. 243–256.

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Göttingen 1985.

Hüppauf, Bernd: Schlachtenmythen und die Konstruktion des „Neuen Menschen". In: Hirschfeld, Krumeich, Renz, „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ...", S. 53–103.

Hüppauf, Bernd: Modernity and Violence: Observations Concerning a Contradictory Relationsship. In: ders. (Hg.): War, Violence and the Modern Condition. Berlin-New York 1997, S. 1–29.

Jackson Lears, T. J.: No Place of Grace. Antimodernism and the Transformation of American Culture, 1880–1920. New York 1981.

Jahr, Christoph: Gewöhnliche Soldaten. Desertion und Deserteure im deutschen und britischen Heer 1914–1918. Göttingen 1998.

Jasper, Hinrich: Maximinian de Crinis (1889–1945). Eine Studie zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Husum 1991.

Jeřábek, Rudolf: Die österreichische Weltkriegsforschung. In: Michalka, Wolfgang (Hg.): Der Erste Weltkrieg. Wirkung, Wahrnehmung, Analyse. München-Zürich 1994, S. 953–971.

Jeschal, Godwin: Politik und Wissenschaft deutscher Ärzte im Ersten Weltkrieg. Eine Untersuchung anhand der Fach- und Standespresse und der Protokolle des Reichstages. Pattensen 1977.

Joas, Hans: Die Modernität des Krieges. Die Modernisierungstheorie und das Problem der Gewalt. In: Knöbl, Wolfgang und Schmidt, Gunnar (Hg.): Die Gegenwart des Krieges. Staatliche Gewalt in der Moderne. Frankfurt/M. 2000, S. 177–193.

Johnston, William M.: Österreichische Kultur- und Geistesgeschichte. Gesellschaft und Ideen im Donauraum 1848 bis 1938. Wien-Köln-Graz 1974.

Jordanova, Ludmilla: The Social Construction of Medical Knowledge. In: Social History of Medicine 8 (1995), S. 361–381.

Jütte, Robert: Lepra-Simulanten. In: Martin Dinges, Thomas Schlich (Hg.): Neue Wege in der Seuchengeschichte. Stuttgart 1995, S. 25–42.

Kaes, Anton: War – Film – Trauma. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 121–130.

Kaufmann, Doris: Schmerz zur Heilung des Selbst. Heroische Kuren in der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 15 (1996), S. 101–116.

Kaufmann, Doris: „Widerstandsfähige Gehirne" und „kampfunlustige Seelen". Zur Mentalitäts- und Wissenschaftsgeschichte des Ersten Weltkriegs. In: Hagner, Ecce Cortex, S. 206–223.

Kaufmann, Doris: Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany. In: Journal of Contemporary History 34 (1999), S. 125–144.

Kaufmann, Doris: Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, Sexuality, and the Demands of Nature. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 161–176.

Kaufmann, Stefan: Kommunikationstechnik und Kriegsführung 1815–1945. Stufen telemedialer Rüstung. München 1996.

Keegan, John: Die Kultur des Krieges. Hamburg 1997.

Keintzel, Brigitta, Gabriel, Eberhard (Hg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien 1999.

Keller, Thomas: Railway Spine Revisited: Traumatic Neurosis or Neurotrauma? In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 50 (1995), S. 507–524.

Kern, Stephen: The Culture of Time and Space 1880–1918. Cambridge, Mass. 1983.

Kessel, Martina: Langeweile. Zum Umgang mit Zeit und Gefühlen in Deutschland vom späten 18. bis zum frühen 19. Jahrhundert. Göttingen 2001.

Kienitz, Sabine: Die Kastrierten des Krieges. Körperbilder und Männlichkeitskonstruktionen im und nach dem Ersten Weltkrieg. In: Zeitschrift für Volkskunde 95 (1999), S. 63–82.

Kießling, Friedrich: Gegen den „großen Krieg"? Entspannung in den internationalen Beziehungen 1911–1914. München 2002.

Killen, Andreas: Influencing Machines. Electrotherapy and Neurosis in Nineteenth Century Germany. In: Engstrom, Eric J., Weber, Matthias, Hoff, Paul (Hg.): Knowledge and Power: Perspectives in the History of Psychiatry. Berlin 1999, S. 131–141.

Kisch, Bruno: Wanderungen und Wandlungen. Die Geschichte eines Arztes im 20. Jahrhundert. Köln 1966.

Kittler, Friedrich: Il fiore delle truppe scelte. In: Gumbrecht, Hans Ulrich, Kittler, Friedrich und Siegert, Bernhard (Hg.): Der Dichter als Kommandant. D'Annunzio erobert Fiume. München 1996, S. 205–225.

Kittler, Wolf: Grabenkrieg – Nervenkrieg – Medienkrieg. Franz Kafka und der 1. Weltkrieg. In: Hörisch, Jochen, Wetzel, Michael (Hg.): Armaturen der Sinne. Literarische und technische Medien 1870 bis 1920. München 1990, S. 289–309.

Klavora, Vasja: Blaukreuz. Die Isonzofront. Flitsch/Bovec, 1915–1917. Klagenfurt-Ljubljana-Wien 1993.

Klavora, Vasja: Schritte im Nebel. Die Isonzofront. Karfreit/Kobarid – Tolmein/Tolmin, 1915–1917. Klagenfurt-Ljubljana-Wien 1995.

Klein, Martin J.: Mechanical Explanation at the End of the Nineteenth Century. In: Centaurus 17 (1973), S. 58–82.

Klingenstein, Eva: Die Frau mit Eigenschaften: Literatur und Geschlecht in der Wiener Frauenpresse um 1900. Wien-Köln-Weimar 1997.

Knöbl, Wolfgang und Schmidt, Gunnar (Hg.): Die Gegenwart des Krieges. Staatliche Gewalt in der Moderne. Frankfurt/M. 2000.

Konrad, Helmut (Hg.): Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne. Wien 2000.

Komo, Günther: Für Volk und Vaterland: Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen. Hamburg 1992.

Kos, Wolfgang: Über den Semmering. Kulturgeschichte einer künstlichen Landschaft. Wien 1984.

Koschorke, Albrecht: Körperströme und Schriftverkehr. Mediologie des 18. Jahrhunderts. München 1999.

Koschorke, Albrecht: Der Traumatiker als Faschist. Ernst Jüngers Essay „Über den Schmerz". In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 211–227.

Krauss, Wolfgang: Die physikalische Medizin und die jüdischen Ärzte. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 14 (1995), S. 83–120.

Kretschmer, Ernst: Gestalten und Gedanken. Stuttgart 1963.

Kronenbitter, Günther: „Nur loslassen." Österreich-Ungarn und der Wille zum Krieg. In: Burkhardt, Johannes, Becker, Josef, Förster, Stig und Kronenbitter, Günther: Lange und kurze Wege in den Ersten Weltkrieg, München 1996, S. 159–187.

Kubes, Ursula: „Moderne Nervositäten" und die Anfänge der Psychoanalyse. In: Kadrnoska, Franz (Hg.): Aufbruch und Untergang. Österreichische Kultur zwischen 1918 und 1938. München 1981, S. 267–280.

Kuchenbuch, Thomas: Die Welt um 1900. Unterhaltungs- und Technikkultur. Stuttgart 1992.

Kühl, Stefan: Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1997.

Kühne, Thomas (Hg.): Männergeschichte – Geschlechtergeschichte. Männlichkeit im Wandel der Moderne. Frankfurt/M.-New York 1996.

Kühne, Thomas, Ziemann, Benjamin (Hg.): Was ist Militärgeschichte? Paderborn-München-Wien 2000.

Kuh, Anton: Luftlinien. Feuilletons, Essays und Publizistik, hg. von Greuner, Ruth. Wien 1981.

Labisch, Alfons, Spree, Reinhard (Hg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn 1989.

Lachmund, Jens, Stolberg, Gunnar (Hg.): The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present. Stuttgart 1992.

Lamott, Franziska: Der verweiblichte Krieger. Zur Anwendung des Hysterie-Konzeptes auf den Mann. In: Frehsee, Detlev, Löschper, Gabi, Smaus, Gerlinda (Hg.): Konstruktion der Wirklichkeit durch Kriminalität und Strafe. Baden-Baden 1997, S. 350–368.

Latour, Bruno: Science in Action. How to follow scientists and engineers through society. Cambridge 1987.

Lawrence, Christopher: The Nervous System and Society in the Scottish Enlightment. In: Barnes, Barry, Shapin, Steven (Hg.): Natural Order: Historical studies of scientific culture. Beverly Hills-London 1979, S. 19–40.

Leed, Eric J.: No Man's Land. Combat & Identity in World War I. Cambridge 1979.

Leed, Eric: Fateful Memories: Industrialized War and Traumatic Neuroses. In: Journal of Contemporary History 35 (2000), S. 85–100.

Lees, Andrew: Cities Perceived. Urban Society in European and American Thought, 1820–1940. Manchester 1985.

Leese, Peter: Shell Shock. Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War. Basingstoke 2002.

Lembach, Frank: Die „Kriegsneurose" in deutschsprachigen Fachzeitschriften der Neurologie und Psychiatrie von 1889 bis 1922. Med. Diss. Heidelberg 1999.

Lengwiler, Martin: Jenseits der „Schule der Männlichkeit". Hysterie in der deutschen Armee vor dem Ersten Weltkrieg. In: Hagemann, Pröve, Landsknechte, S. 145–167.

Lengwiler, Martin: Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz 1870 bis 1914. Zürich 2000.

Le Rider, Jacques: Das Ende der Illusion. Die Wiener Moderne und die Krisen der Identität. Wien 1990.

Le Rider, Jacques: Mitteleuropa. Auf den Spuren eines Begriffes. Wien 1994.

Lerner, Paul: „Ein Sieg deutschen Willens": Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg, S. 85–107.

Lerner, Paul: Rationalizing the Therapeutic Arsenal: German Neuropsychiatry in the First World War. In: Cocks, Geoffrey and Berg, Manfred (Hg.): Medicine and Modernity: Public Health and Medical Care in 19th- and 20th-Century Germany. New York 1997, S. 121–148.

Lerner, Paul: Hysterical Cures: Hypnosis, Gender and Performance in World War I and Weimar Germany. In: History Workshop Journal 45 (1998), S. 79–101.

Lerner, Paul: Psychiatry and Casualties of War in Germany, 1914–18. In: Journal of Contemporary History 35 (2000), S. 13–28.

Lerner, Paul: From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: The Decline and Fall of Hermann Oppenheim, 1889–1919. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 143–154.

Lerner, Paul: Hysterical Men: War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930 (im Druck).

Lesky, Erna: Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz-Köln [2]1978.

Leven, Karl-Heinz: Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Paul, Schlich, Medizingeschichte, S. 153–185.

Leys, Ruth: Traumatic Cures: Shell-Shock, Janet, and the Question of Memory. In: Critical Inquiry 20 (1994), S. 623–662.

Lindner, Ann P.: Princes of Trenches. Narrating the German Experience of the First World War. Columbia 1996.

Link-Heer, Ursula: Nervosität und Moderne. In: Graevenitz, Gerhart von (Hg.): Konzepte der Moderne. Stuttgart-Weimar 1999, S. 102–119.

Linke, Angelika: Sprachkultur und Bürgertum. Zur Mentalitätsgeschichte des 19. Jahrhunderts. Stuttgart-Weimar 1996.

Lipp, Anne: Diskurs und Praxis. Militärgeschichte als Kulturgeschichte. In: Kühne, Benjamin, Was ist Militärgeschichte?, S. 211–227.

Löscher, Monika: Zur Popularisierung von Eugenik und Rassenhygiene in Wien. In: Ash, Mitchell, Stifter, Christian H. (Hg.): Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart. Wien 2002, S. 233–265.

Loewenstein, Bedrich (Hg.): Geschichte und Psychologie. Annäherungsversuche. Pfaffenweiler 1992.

Löwy, Ilana (Hg.): Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation. Montrouge 1993.

Lohmann, Georg: Zur Rolle von Stimmungen in Zeitdiagnosen. In: Fink-Eitel, Heinrich und Lohmann, Georg (Hg.): Zur Philosophie der Gefühle. Frankfurt/M. [2]1994, S. 266–292.

Loo, Hans van der, Reijen, Willem van: Modernisierung. Projekt und Paradox. München [2]1997.

Lopéz-Pinero, José M.: Historical Origins of the Concept of Neurosis. Cambridge 1983.

Ludmerer, Kenneth M.: Learning to Heal. The Development of American Medical Education. New York 1985.

Lübbe, Hermann: Zeit-Erfahrungen. Sieben Begriffe zur Beschreibung moderner Zivilisationsdynamik. Stuttgart 1996.

Lutz, Tom: American Nervousness, 1903. An Anecdotal History. Ithaca 1991.

Lutz, Tom: Neurasthenia and Fatigue Syndromes. Social Section. In: Berrios, A History of Clinical Psychiatry, S. 533–544.

Lutz, Tom: Varieties of Medical Experience: Doctors and Patients, Psyche and Soma in America. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 51–76.

Luyendijk-Elshout, Antonie: Of Masks and Mills: The Enlightened Doctor and His Frightened Patient. In: Rousseau, The Languages of the Psyche, S. 186–230.

Machule, Dittmar et al. (Hg.): Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hamburg 1996.

Macmillan, M[alcolm] B.: Beard's Concept of Neurasthenia and Freud's Concept of the Actual Neuroses. In: Journal of the History of the Behavioral Sciences 12 (1976), S. 376–390.

Maderthaner, Wolfgang und Musner, Lutz: Die Anarchie der Vorstadt. Das andere Wien um 1900. Frankfurt/M. 1999.

Malleier, Elisabeth: Die Kriegsneurose in der Wiener Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Wiener Geschichtsblätter 49 (1994), S. 206–220.

Malleier, Elisabeth: Formen männlicher Hysterie. Die Kriegsneurosen im Ersten Weltkrieg. In: Mixa, Elisabeth et al. (Hg.): Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck-Wien 1996, S. 147–163.

Mann, Gunter: Dekadenz – Degeneration – Untergangsangst im Lichte der Biologie des 19. Jahrhunderts. In: Medizinhistorisches Journal 20 (1985), S. 6–35.

May-Tolzmann, Ulrike: Freuds frühe klinische Theorie (1894–1896). Wiederentdeckung und Rekonstruktion. Tübingen 1996.

Melichar, Peter: Die Kämpfe merkwürdig Untoter. K. u. k. Offiziere in der Ersten Republik. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 9 (1998), S. 51–84.

Melinz, Gerhard, Zimmermann, Susan (Hg.): Blütezeit der Habsburgermetropolen. Urbanisierung, Kommunalpolitik, gesellschaftliche Konflikte (1867–1918). Wien 1996.

Mergel, Thomas, Welskopp, Thomas (Hg.): Geschichte zwischen Kultur und Gesellschaft. Beiträge zur Theoriedebatte. München 1997.

Meyer, Gunther S.: Freud as expert witness. Wagner-Jauregg and the problem of the war neuroses. In: The Annual of Psychoanalysis 2 (1975), S. 2–23.

Micale, Mark S.: Charcot and the Idea of Hysteria in the Male. Gender, Medical Science, and Medical Diagnosis in Late Nineteenth-Century France. In: Medical History 34 (1990), S. 363–411.

Micale, Mark S.: On the "Disappearance" of Hysteria. A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis. In: Isis 84 (1993), S. 496–526.

Micale, Mark S. and Porter, Roy (Hg.): Discovering the History of Psychiatry. New York-Oxford 1994.

Micale, Mark S.: Approaching Hysteria. Disease and Interpretation. Princeton 1995.

Micale, Mark S.: The Psychiatric Body. In: Cooter, Roger and Pickstone, John (Hg.): Medicine in the Twentieth Century. Amsterdam 2000, S. 323–346.

Micale, Mark S. and Lerner, Paul (Hg.): Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge 2001.

Micale, Mark S.: Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Cul-

ture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 115–139.

Michalka, Wolfgang (Hg.): Der Erste Weltkrieg. Wirkung, Wahrnehmung, Analyse. München-Zürich 1994.

Michler, Werner: Darwinismus und Literatur. Naturwissenschaftliche und literarische Intelligenz in Österreich, 1859–1914. Wien-Köln-Weimar 1999.

Mommsen, Wolfgang J. (Hg.): Kultur und Krieg. Die Rolle der Intellektuellen, Künstler und Schriftsteller im Ersten Weltkrieg. München 1996.

Mommsen, Wolfgang J.: Kriegsalltag und Kriegserlebnis im Ersten Weltkrieg. In: Militärgeschichtliche Zeitschrift 59 (2000), S. 125–138.

Mosse, George L.: Fallen Soldiers. Reshaping the Memory of the World Wars. New York-Oxford 1990.

Mosse, George L.: Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit. Frankfurt/M. 1997.

Mülder-Bach, Inka (Hg.): Modernität und Trauma. Beiträge zum Zeitenbruch des Ersten Weltkriegs. Wien 2000.

Mülder-Bach, Inka: Herrenlose Häuser. Das Trauma der Verschüttung und die Passage der Sprache in Hofmannsthals Komödie „Der Schwierige". In: Hofmannsthal Jahrbuch zur europäischen Moderne 9 (2001), S. 137–161.

Müller, Achim: Zwischen Annäherung und Abgrenzung. Österreich-Ungarn und die Diskussion um Mitteleuropa im Ersten Weltkrieg. Marburg 2001.

Müller, Lothar: Modernität, Nervosität und Sachlichkeit. Das Berlin der Jahrhundertwende als Hauptstadt der „neuen Zeit". In: Mythos Berlin. Zur Wahrnehmungsgeschichte einer industriellen Metropole. Berlin 1987, S. 79–92.

Müller, Lothar: Die Großstadt als Ort der Moderne. Über Georg Simmel. In: Scherpe, Klaus R. (Hg.): Die Unwirklichkeit der Städte. Großstadtdarstellungen zwischen Moderne und Postmoderne. Reinbek/Hamburg 1988, S. 14–36.

Musner, Lutz, Wunberg, Gotthart (Hg.): Kulturwissenschaften. Forschung – Praxis – Positionen. Wien 2002.

Nolte, Paul: Georg Simmels Historische Anthropologie der Moderne. In: Geschichte und Gesellschaft 24 (1998), S. 225–247.

North, Michael (Hg.): Kommunikationsrevolutionen. Die neuen Medien des 16. und 19. Jahrhunderts. Köln-Weimar-Wien 1995.

Oberkofler, Gerhard, Rabofsky, Eduard: Tiroler Kaiserjäger in Galizien. In: Weiss, Sabine (Hg.): Historische Blickpunkte. Festschrift für Johann Rainer. Innsbruck 1988, S. 505–527.

Oosterhuis, Harry: Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity. Chicago-London 2000.

Oppenheim, Janet: "Shattered Nerves." Doctors, Patients, and Depression in Victorian England. Oxford 1991.

Osietzki, Maria: Energie und Entropie: Überlegungen zu Thermodynamik und Geschlechterordnung. In: Meinel, Christoph, Renneberg, Monika (Hg.): Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Bassum-Stuttgart 1996, S. 182–198.

Paris, Michael (Hg.): The First World War and Popular Cinema. 1914 to the Present. Edinburgh 1999.

Paul, Norbert, Schlich, Thomas (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/M.-New York 1998.

Peters, Uwe H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München-Wien-Baltimore [4]1990.

Pick, Daniel: Faces of Degeneration. A European Disorder, c. 1848 – c. 1918. Cambridge 1989.

Pick, Daniel: War Machine. The Rationalization of Slaughter in the Modern Age. New Haven-London 1993.

Pircher, Wolfgang: Vernetzte Welt. Die elektrische Telegrafie im 19. Jahrhundert. In: Lichtjahre, S. 73–92.

Pircher, Wolfgang: Die eingebildete Maschine. In: Dotzler, Bernhard J. (Hg.): Technopathologien. München 1992, S. 159–170.

Planert, Ute: Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität. Göttingen 1998.

Plaschka, Richard Georg, Haselsteiner, Horst, Suppan, Arnold: Innere Front. Militärassistenz, Widerstand und Umsturz in der Donaumonarchie 1918. 2 Bde., Wien 1974.

Plaschka, Richard Georg u.a. (Hg.): Mitteleuropa-Konzeptionen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Wien 1995.

Plitzner, Klaus (Hg.): Elektrizität in der Geistesgeschichte. Bassum 1998.

Porter, Roy: History of the Body. In: Burke, Peter (Hg.): New Perspectives on Historical Writing. Cambridge 1991, S. 206–232.

Porter, Roy: The Body and the Mind, the Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria. In: Gilman, Hysteria Beyond Freud, S. 225–285.

Prüll, Cay-Rüdiger: Die Grundkonzepte der Pathologie in Deutschland von 1858 bis heute und der Fortschrittsbegriff in der Medizin. In: Gesnerus 52 (1995), S. 247–263.

Prüll, Cay-Rüdiger: Pathology at War 1914–1918: Germany and Britain in Comparison. In: Cooter, Harrison and Sturdy, Medicine and Modern Warfare, S. 131–162.

Rabinbach, Anson: Motor Mensch. Kraft, Ermüdung und die Ursprünge der Moderne. Wien 2001. [The Human Motor. Energy, Fatigue, and the Origins of Modernity. Berkeley 1990].

Rabinbach, Anson: Neurasthenia and Modernity. In: Crary, Jonathan, Kwinter, Sanford (Hg.): Incorporations. New York 1992, S. 178–189.

Radkau, Joachim: Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte. In: Geschichte und Gesellschaft 20 (1994), S. 211–241.

Radkau, Joachim: „Die Nervosität des Zeitalters." Die Erfindung von Technikbedürfnissen um die Jahrhundertwende. In: Kultur und Technik 19 (1994), S. 50–57.

Radkau, Joachim: Die Männer als schwaches Geschlecht. Die wilhelminische Nervosität, die Politisierung der Therapie und der mißglückte Geschlechterrollentausch. In: Kornbichler, Thomas und Maaz, Wolfgang (Hg.): Variationen der Liebe. Historische Psychologie der Geschlechterbeziehung. Tübingen 1995, S. 249–293.

Radkau, Joachim: Nationalismus und Nervosität. In: Hardtwig, Wehler, Kulturgeschichte Heute, S. 284–315.

Radkau, Joachim: Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München-Wien 1998.

Raphael, Lutz: Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 165–193.

Rapp, Christian: „Das Ganze ist so grandios organisiert ...“ Der Weltkrieg der Alice Schalek. In: Krasny, Elke, Patka, Marcus, Rapp, Christian und Rapp-Wimberger, Nadia (Hg.): Von Samoa zum Isonzo. Die Fotografin und Reisejournalistin Alice Schalek. Wien 1999, S. 23–35.

Rauchensteiner, Manfried: Der Tod des Doppeladlers. Österreich-Ungarn und der Erste Weltkrieg. Graz-Wien-Köln ²1994.

Raupach, Andrea: Ignaz Kaup (1870–1944). Hygieniker zwischen Sozial- und Rassenhygiene. Med. Diss. Mainz 1989.

Rechter, David: The Jews of Vienna and the First World War. London 2001.

Reichmayr, Johannes: Psychoanalyse im Krieg. Zur Geschichte einer Illusion. In: Passett, Peter, Modena, Emilio (Hg.): Krieg und Frieden aus psychoanalytischer Sicht. Basel-Frankfurt/M. 1983, S. 36–58.

Reichmayr, Johannes: Spurensuche in der Geschichte der Psychoanalyse. Frankfurt/M. 1994.

Reimann, Aribert: Der große Krieg der Sprachen. Untersuchungen zur historischen Semantik in Deutschland und England zur Zeit des Ersten Weltkriegs. Essen 2000.

Riedesser, Peter, Verderber, Axel: „Maschinengewehre hinter der Front.“ Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Frankfurt/M. 1996.

Roelcke, Volker: „Wir rücken Schritt vor Schritt dem Tollhause näher ...“: Das moderne Leben und die Nervenkrankheiten bei Johann Christian Reil (1759–1813). In: Sudhoffs Archiv 80 (1996), S. 56–67.

Roelcke, Volker: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt/M.-New York 1999.

Roelcke, Volker: Electrified Nerves, Degenerated Bodies: Medical Discourses on Neurasthenia in Germany, circa 1880–1914. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 177–197.

Roelcke, Volker: Die Entwicklung der Psychiatrie 1880–1932. In: vom Bruch und Kaderas, Wissenschaften und Wissenschaftspolitik, S. 109–124.

Rohkrämer, Thomas: Eine andere Moderne? Zivilisationskritik, Natur und Technik in Deutschland 1880–1933. Paderborn 1999.

Rosen, George: Nostalgia. A "Forgotten" Psychological Disorder. In: Clio Medica 10 (1975), S. 28–51.

Rosenberg, Charles E.: The Place of George M. Beard in Nineteenth-Century Psychiatry. In: Bulletin of the History of Medicine 36 (1962), S. 245–259.

Rosenberg, Charles E.: No Other Gods. On Science and American Social Thought. Baltimore 1976.

Rosenberg, Charles E.: Body and Mind in Nineteeth Century Medicine: Some Clinical Origins of the Neurosis Construct. In: Bulletin of the History of Medicine 63 (1989), S. 185–197.

Rosner, Lisa: The Professional Context of Elektrotherapeutics. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 43 (1988), S. 64–82.

Roth, Gottfried: Zur Geschichte der Nervenheilanstalt Rosenhügel bzw. des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien-Rosenhügel. [Wien] 1972.

Roth, Karl-Heinz: Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen: Der Konflikt der Psychotherapeuten und Schulpsychiater um die deutschen „Kriegsneurotiker". In: 1999. Zeitschrift für die Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 2/3 (1987), S. 8–75.

Rotundo, Anthony E.: American Manhood. Transformations in Masculinity from the Revolution to the Modern Era. New York 1993.

Roudebush, Marc Oliver: A Battle of Nerves: Hysteria and Its Treatment in France during World War I. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 253–279.

Rousseau, Frédéric: L'électrothérapie des névroses de guerre durant la Première Guerre Mondiale. In: Guerres mondiales et conflits contemporains 47 (1997), S. 13–27.

Rousseau, George S. (Hg.): The Languages of the Psyche. Mind and Body in Enlightenment Thought. Berkeley-Los Angeles-Oxford 1990.

Rousseau, George S.: Towards a Semiotics of the Nerve: The Social History of Language in a New Key. In: Burke, Peter, Porter, Roy (Hg.): Language, Self, and Society. Cambridge 1991, S. 213–275.

Rowbottom, Margaret, Susskind, Charles: Electricity and Medicine. History of their Interaction. San Francisco 1984.

Rozenblit, Marsha L.: Reconstructing a National Identity. The Jews of Habsburg Austria during World War I. Oxford 2001.

Rusinek, Bernd-A.: Der Kult der Jugend und des Krieges. Militärischer Stil als Phänomen der Jugendkultur in der Weimarer Zeit. In: Dülffer, Jost und Krumeich, Gerd (Hg.): Der verlorene Frieden. Politik und Kriegskultur nach 1918. Essen 2002, S. 171–197.

Sablik, Karl: Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer. Wien 1983.

Sammet, Kai: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Hamburg 2000.

Sandgruber, Roman: Strom der Zeit. Das Jahrhundert der Elektrizität. Linz 1992.

Sarasin, Philipp und Tanner, Jakob (Hg.): Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1998.

Sarasin, Philipp: Mapping the Body. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und „Erfahrung". In: Historische Anthropologie 7 (1999), S. 437–451.

Sarasin, Philipp: Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914. Frankfurt/M. 2001.

Sauermann, Eberhard: Literarische Kriegsfürsorge. Österreichische Dichter und Publizisten im Ersten Weltkrieg. Wien-Köln-Weimar 2000.

Sauerteig, Lutz: Die Eroberung des Gesundheitsmarktes. Pharmazeutische Industrie und Gesundheitswesen um die Jahrhundertwende. In: Wirtschaft & Wissenschaft 4 (1996), Nr. 4, S. 35–42.

Sauerteig, Lutz: Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart 1999.

Sauerteig, Lutz D. H.: Sex, Medicine and Morality during the First World War. In: Cooter, Harrison and Sturdy, War, Medicine and Modernity, S. 167–188.

Schäfer, Peter: Alltag in den Vereinigten Staaten. Von der Kolonialzeit bis zur Gegenwart. Graz-Wien-Köln 1998.

Schäffner, Wolfgang: Das Trauma der Versicherung. Das Ereignis im Zeitalter der Wahrscheinlichkeit. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 104–120.

Schäffner, Wolfgang: Event, Series, Trauma: The Probalistic Revolution of the Mind in the Late Nineteenth and Early Twentieth Centuries. In: Micale, Lerner, Traumatic Pasts, S. 81–91.

Scharfe, Martin: Die Nervosität des Automobilisten. In: Dülmen, Richard van (Hg.): Körper-Geschichten. Frankfurt/M. 1996, S. 200–259.

Schiffer, Josef: Konkrete Aspekte der ökonomischen Modernisierung in Zentraleuropa um 1900. In: newsletter Moderne, Sonderheft 1: Moderne – Modernisierung – Globalisierung (2001), S. 22–27.

Schiller, Francis: A Möbius strip. Fin-de-siecle neuropsychiatry and Paul Möbius. Berkeley-Los Angeles-London 1982.

Schillinger, Christa: Franz Krainer (1818–1900). Ein steirischer Naturarzt und Hydropath in Klöch und Graz. In: Blätter für Heimatkunde 72 (1998), S. 60–65.

Schivelbusch, Wolfgang: Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M. 1989.

Schlereth, Thomas J.: Victorian Transformations in Everyday Life, 1876–1915. New York 1992.

Schlich, Thomas: Wissenschaft: Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung. In: Paul, Schlich, Medizingeschichte, S. 107–129.

Schmale, Wolfgang (Hg.): MannBilder. Ein Lese- und Quellenbuch zur historischen Männerforschung. Berlin 1998.

Schmersahl, Katrin: Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Opladen 1998.

Schmidt, Alexander: Reisen in die Moderne. Der Amerika-Diskurs des deutschen Bürgertums vor dem Ersten Weltkrieg im europäischen Vergleich. Berlin 1997.

Schmidt, Diether: „Bitte mit dem Weltkrieg aufhören, ich möchte arbeiten!" Oskar Kokoschka in Dresden 1916 bis 1923. In: Pantheon 44 (1986), S. 125–134.

Schmiedebach, Heinz-Peter: Sozialdarwinismus, Biologismus, Pazifismus – Ärztestimmen zum Ersten Weltkrieg. In: Bleker, Schmiedebach, Medizin im Krieg, S. 93–121.

Schmiedebach, Heinz-Peter: Post-traumatic neurosis in nineteenth-century Germany: a disease in political, juridical and professional context. In: History of Psychiatry 10 (1999), S. 27–57.

Schmiedebach, Heinz-Peter: Medizinethik und „Rationalisierung" im Umfeld des Ersten Weltkriegs. In: Frewer, Andreas, Neumann, Josef N. (Hg.): Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950. Frankfurt/M.-New York 2001, S. 57–84.

Schmitt, Wolfram: Das Modell der Naturwissenschaft in der Psychiatrie im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 6 (1983), S. 89–101.

Schneider, Gertrud: Diagnose und Therapie der Neurasthenie anhand des Fallgutes der Heidelberger „Medicinischen Klinik" um die Jahrhundertwende. Med. Diss. Heidelberg 1975.

Schneider, Uwe, Schumann, Andreas (Hg.): Krieg der Geister. Erster Weltkrieg und literarische Moderne. Würzburg 2000.

Schorske, Carl E.: Wien. Geist und Gesellschaft im Fin de Siècle. München 1994. [Fin de Siècle Vienna. Politics and Culture. New York 1980].

Schott, Dieter: Elektrizität und die mentale Produktion von Stadt um die Jahrhundertwende. In: Plitzner, Elektrizität in der Geistesgeschichte, S. 205–225.

Schott, Heinz: Zur Biologisierung des Menschen. In: vom Bruch und Kaderas, Wissenschaften und Wissenschaftspolitik, S. 99–108.

Schröter, Michael: Freud und Fließ im wissenschaftlichen Gespräch. Das Neurastheniepro-jekt von 1893. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 22 (1988), S. 141–183.

Schulte, Christoph: Psychopathologe des Fin de Siècle. Der Kulturkritiker, Arzt und Zionist Max Nordau. Frankfurt/M. 1997.

Schuster, Leo: „... Und immer wieder mußten wir einschreiten!" Ein Leben „im Dienste der Ordnung", hg. von Peter Paul Kloß (= Damit es nicht verlorengeht ... 8). Wien-Köln-Graz 1986.

Schwitters, Kurt: Das literarische Werk, hg. von Friedhelm Lach. Köln 1973.

Senarclens de Grancy, Antje, Uhl, Heidemarie (Hg.): Moderne als Konstruktion. Debatten, Diskurse, Positionen um 1900. Wien 2001.

Sengoopta, Chandak: A Mob of Incoherent Symptoms? Neurasthenia in British Medical Discourse, 1860–1920. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 97–115.

Shephard, Ben: A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Cambridge, Mass. 2001.

Shorter, Edward: Mania, Hysteria and Gender in Lower Austria, 1891–1905. In: History of Psychiatry 1 (1990), S. 3–31.

Shorter, Edward: Private Clinics in Central Europe 1850–1933. In: Social History of Medicine 3 (1990), S. 159–195.

Shorter, Edward: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Reinbek/Hamburg 1994. [From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. New York 1992].

Shorter, Edward: Heilanstalten und Sanatorien in privater Trägerschaft, 1877 bis 1933. In: Labisch, Alfons, Spree, Reinhard (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett." Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.-New York 1996, S. 320–333.

Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999.

Showalter, Elaine: The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980. London 1993.

Showalter, Elaine: Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin 1997.

Shryock, Richard H.: European and American Medicine 1700–1950. In: L'aventure de la science. Mélanges Alexandre Koyré I. Paris 1964, S. 496–521.

Sicherman, Barbara: The Uses of a Diagnosis: Doctors, Patients, and Neurasthenia. In: Journal of the History of Medicine 32 (1977), S. 33–54.

Sieder, Reinhard J.: Behind the Lines: Working-Class Family Life in Wartime Vienna. In: Wall, Richard and Winter, Jay (Hg.): The Upheaval of War. Family, Work and Welfare in Europe, 1914–1918. Cambridge 1988, S. 109–138.

Singer, Ben: Modernity, Hyperstimulus, and the Rise of Popular Sensationalism. In: Char-

ney, Leo, Schwartz, Vanessa R. (Hg.): Cinema and the Invention of Modern Life. Berkeley 1995, S. 72–99.

Sonntag, Michael: Historische Psychologie – Zur Methodologie einer Produktionsgeschichte des Psychischen. In: Loewenstein, Geschichte und Psychologie, S. 37–58.

Spillane, John D.: The Doctrine of the Nerves. Chapters in the history of neurology. Oxford 1981.

Sprengel, Peter, Streim, Gregor: Berliner und Wiener Moderne. Vermittlungen und Abgrenzungen in Literatur, Theater, Publizistik. Wien-Köln-Weimar 1998.

Stachel, Peter: Ein Staat, der an einem Sprachfehler zugrunde ging. Die „Vielsprachigkeit" des Habsburgerreiches und ihre Auswirkungen. In: Feichtinger, Stachel, Das Gewebe der Kultur, S. 11–45.

Stanton Jennifer (Hg.): Innovations in Health and Medicine. Diffusion and resistance in the twentieth century. London 2002.

Starr, Paul: The Social Transformation of American Medicine. New York 1982.

Steinecke, Verena: Menschenökonomie. Der medizinische Diskurs über den Geburtenrückgang von 1911 bis 1931. Pfaffenweiler 1996.

Steiner, Andreas: „Das nervöse Zeitalter". Der Begriff der Nervosität bei Laien und Ärzten in Deutschland und Österreich um 1900. Zürich 1964.

Stekl, Hannes (Hg.): „Höhere Töchter" und „Söhne aus gutem Haus". Bürgerliche Jugend in Monarchie und Republik (= Damit es nicht verloren geht ... 45). Wien-Köln-Weimar 1999.

Sterba, Richard F.: Erinnerungen eines Wiener Psychoanalytikers. Frankfurt/M. 1985.

Stolberg, Michael: „Mein äskulapisches Orakel!" Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 7 (1996), S. 385–404.

Stolberg, Michael: Körpergeschichte und Medizinhistoriographie. In: Ralf Bröer (Hg.): Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler 1999, S. 85–95.

Svobodny, Petr: Biographisches Lexikon der Deutschen medizinischen Fakultät in Prag 1883–1943. Praha 1998.

Szasz, Thomas: Karl Kraus and the Soul Doctors. A pioneer critic and his criticism of psychiatry and psychoanalysis. London 1977.

Talos, Emmerich: Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien 1981.

Tamm, Ingo: „Ein Stand im Dienste der nationalen Sache." Positionen ärztlicher Standesorganisationen zum Ersten Weltkrieg. In: Eckart, Gradmann, Die Medizin und der Erste Weltkrieg, S. 11–21.

Tanner, Jakob: Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen. In: Historische Anthropologie 2 (1994), S. 489–502.

Tanner, Jakob: Wie machen Menschen Erfahrungen? Zur Historizität und Semiotik des Körpers. In: Bielefelder Graduiertenkolleg Sozialgeschichte (Hg.): Körper macht Geschichte. Geschichte macht Körper. Körpergeschichte als Sozialgeschichte. Bielefeld 1999, S. 16–34.

Theweleit, Klaus: Männerphantasien. 2 Bde. Frankfurt/M. 1977/78.

Thomson, Mathew: Neurasthenia in Britain: An Overview. In: Gijswijt-Hofstra, Porter, Cultures of Neurasthenia, S. 77–95.

Timms, Edward: Karl Kraus. Satiriker der Apokalypse. Leben und Werk 1874–1918. Wien 1995.

Topp, Leslie: An Architecture for Modern Nerves: Josef Hoffmann's Purkersdorf Sanatorium. In: Journal of the Society of Architectural Historians 56 (1997), S. 414–437.

Trachtenberg, Alan: The Incorporations of America. Culture and Society in the Gilded Age. New York [11]1995.

Uhl, Heidemarie (Hg.): Kultur – Urbanität – Moderne: Differenzierungen der Moderne in Zentraleuropa um 1900. Wien 1999.

Uhl, Heidemarie: „Kultur" und/oder „Gesellschaft"? Zur „kulturwissenschaftlichen Wende" in den Geschichtswissenschaften. In: Musner, Wunberg, Kulturwissenschaften, S. 220–236.

Ulrich, Bernd: Nerven und Krieg. Skizzierung einer Beziehung. In: Loewenstein, Geschichte und Psychologie, S. 163–191.

Ulrich, Bernd, Ziemann, Benjamin (Hg.): Frontalltag im Ersten Weltkrieg. Wahn und Wirklichkeit. Frankfurt/M. 1994.

Ulrich, Bernd: Kampfmotivationen und Mobilisierungsstrategien: Das Beispiel Erster Weltkrieg. In: Stietencron, Heinrich von, Rüpke, Jörg (Hg.): Töten im Krieg. Freiburg-München 1995, S. 399–419.

Ulrich, Bernd: „... als wenn nichts geschehen wäre". Anmerkungen zur Behandlung der Kriegsopfer während des Ersten Weltkriegs. In: Hirschfeld, Krumeich, Renz, „Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ...", S. 140–156.

Ulrich, Bernd: Die Augenzeugen. Deutsche Feldpostbriefe in Kriegs- und Nachkriegszeit 1914–1933. Essen 1997.

Ulrich, Bernd: Die umkämpfte Erinnerung. Überlegungen zur Wahrnehmung des Ersten Weltkriegs in der Weimarer Republik. In: Duppler, Jörg und Groß, Gerhard P. (Hg.): Kriegsende 1918. Ereignis, Wirkung, Nachwirkung. München 1999, S. 367–375.

Ulrich, Bernd: Die Kriegspsychologie der zwanziger Jahre und ihre geschichtspolitische Instrumentalisierung. In: Mülder-Bach, Modernität und Trauma, S. 63–78.

Utz, Peter: Tanz auf den Rändern. Robert Walsers „Jetztzeitstil". Frankfurt/M. 1998.

Verhey, Jeffrey: Der „Geist von 1914" und die Erfindung der Volksgemeinschaft. Hamburg 2000.

Vierhaus, Rudolf: Die Rekonstruktion historischer Lebenswelten. In: Wege zu einer neuen Kulturgeschichte, hg. von Lehmann, Hartmut. Göttingen 1995.

Wagner, Nike u. a.: Mann, sei nicht so hysterisch. München 1991.

Waldner, Hansjörg: Waffenbrüderschaft an der Dolomitenfront. In: Amann, Lengauer, Österreich und der Große Krieg 1914–1918, S. 226–230.

Walker, David: Modern Nerves, Nervous Moderns. Notes on Male Neurasthenia. In: Australian Cultural History 6 (1987), S. 49–63.

Walser, Robert: Träumen. Prosa aus der Bieler Zeit 1913–1920. Zürich-Frankfurt 1985.

Watzka, Carlos: Formen psychischen Krankseins um 1900. Soziale Verbreitung, medizinische und bildungsbürgerliche Wahrnehmung. In: newsletter MODERNE 6 (2003), Heft 2, S. 26–31.

Wehler, Hans-Ulrich: Die Herausforderung der Kulturgeschichte. München 1998.

Weickmann, Dorion: Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880–1920). Frankfurt/M.-New York 1997.

Weikard, Richard: The Origins of Social Darwinism in Germany 1859–1895. In: Journal of the History of Ideas 54 (1993), S. 469–488.

Weindling, Paul: Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870–1945. Cambridge 1989.

Weingart, Peter, Kroll, Jürgen und Bayertz, Kurt: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt/M. 1992.

Westerwelle, Karin: Ästhetisches Interesse und nervöse Krankheit. Balzac, Baudelaire, Flaubert. Stuttgart-Weimar 1993.

Wette, Wolfram (Hg.): Der Krieg des kleinen Mannes. Eine Militärgeschichte von unten. München ²1995.

Whalen, Robert Weldon: Bitter Wounds. German Victims of the Great War, 1914–1939. Ithaca-London 1984.

Whitford, Frank: Oskar Kokoschka. A life. New York 1986.

Whitrow, Magda: Wagner-Jauregg and fever-therapy. In: Medical History 34 (1990), S. 294–310.

Whitrow Magda: The Early History of the Vienna Psychiatric Clinic. In: History of Psychiatry 1 (1990), S. 419–425.

Whitrow, Magda: Julius Wagner-Jauregg (1857–1940). London 1993.

Wiener, Philip P.: Beard and Freud on American Nervousness. In: Journal of the History of Ideas 17 (1956), S. 269–274.

Wilding, Peter: Technik und Urbanität: Der Ausbau der technischen Infrastruktur als Leitmotiv städtischer Modernisierung in Wien und Graz um 1900. In: Uhl, Kultur – Urbanität – Moderne, S. 243–286.

Wilhelm, Karin: Städtebautheorie als Kulturtheorie – Camillo Sittes „Der Städtebau nach seinen künstlerischen Grundsätzen". In: Musner, Lutz, Wunberg, Gotthart und Lutter, Christina (Hg.): Cultural Turn. Zur Geschichte der Kulturwissenschaften. Wien 2001, S. 85–109.

Will, Barbara: Nervous Systems, 1880–1915. In: Armstrong, Tim (Hg.): American Bodies: Cultural Histories of the Physique. New York 1996, S. 86–100.

Williamson, Samuel R. Jr.: Austria-Hungary and the Origins of the First World War. Basingstoke 1991.

Wiltschnigg, Elfriede: Der „irrende Ritter". Oskar Kokoschka, seine Beziehung zu Alma Mahler und der Erste Weltkrieg. In: Konrad, Krieg, Medizin und Politik, S. 373–391.

Wimmer, Wolfgang: „Wir haben fast immer was Neues." Gesundheitswesen und Innovationen der Pharma-Industrie in Deutschland, 1880–1935. Berlin 1994.

Winau, Rolf, Dietz, Heinz-Müller (Hg.): „Medizin für den Staat – Medizin für den Krieg": Aspekte zwischen 1914 und 1945. Husum 1994.

Winter, Jay, Parker, Geoffrey and Habeck, Mary (Hg.): The Great War and the Twentieth Century. New Haven-London 2000.

Winter, Jay: Shell-shock and the Cultural History of the Great War. In: Journal of Contemporary History 35 (2000), S. 7–11.

Worbs, Michael: Nervenkunst. Literatur und Psychoanalyse im Wien der Jahrhundertwende. Frankfurt/M. 1983.

Ziemann, Benjamin: Front und Heimat. Ländliche Kriegserfahrungen im südlichen Bayern 1914–1923. Essen 1997.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

REGISTER

Personenregister

Sachregister

Reihe:
Veröffentlichungen der Kommission für Neuere Geschichte Österreichs, Band 95

Constantin Schneider
Die Kriegserinnerungen 1914–1919
Eingeleitet, kommentiert und hrsg. v. Oskar Dohle

böhlau

Wien Köln Weimar

Constantin Schneider (1889–1945) diente als Generalstabsoffizier während des Ersten Weltkrieges zuerst an der Ostfront und ab 1915 in Italien am Isonzo und an der Piave. Bei Kriegsende geriet er mit seiner Einheit in italienische Kriegsgefangenschaft, aus der er 1919 zurückkehrte.

Die handschriftliche Fassung seiner Kriegserinnerungen besteht aus drei Bänden, die teilweise während seiner Gefangenschaft und teilweise nach seiner Heimkehr aus Italien entstanden. Ihr besonderer Quellenwert liegt einerseits in ihrer detaillierten Beschreibung der Kriegsereignisse und andererseits darin, dass der Verfasser auf Grund seiner militärischen Stellung mit vielen prominenten Persönlichkeiten direkten Kontakt hatte, darunter auch dem späteren österreichischen Bundeskanzler Theodor Körner. Von großem Interesse ist auch die Beschreibung der Truppenführerschule in der Villa Manin in Passariano bei Codroipo, zu der Constantin Schneider als dort Unterrichtender ein besonderes Naheverhältnis hatte.

Neben der möglichst authentischen Wiedergabe des Quellentextes war die „Entschlüsselung" der meist nur als Abkürzung aufscheinenden Eigennamen sowie der Ortsnamen und topographischen Angaben ein vordringliches Anliegen der Edition, die mit einem detaillierten Personenregister und Ortsverzeichnis über den Text hinausgehende Informationen bietet.

2003. 672 Seiten.
4 s/w-Abb., 2 Karten,
Broschur.
ISBN 3-205-77060-9

www.boehlau.at www.boehlau.de

Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel

Band I/1:
Ernst Falzeder/Eva Brabant/Patrizia Giampieri-Deutsch (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1908–1911
1993. 17 x 24 cm, 446 Seiten, 55 schw.-w.-Abb. Geb.
ISBN 3-205-05420-2

Band I/2:
Ernst Falzeder/Eva Brabant (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1912–1914
Mitarbeit von Patrizia Giampieri-Deutsch
1993. 17 x 24 cm, 324 Seiten. Geb.
ISBN 3-205-05599-3

Band II/1:
Ernst Falzeder/Eva Brabant (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1914–1916
Mitarbeit von Patrizia Giampieri-Deutsch
1996. 17 x 24 cm, 254 Seiten. Geb.
ISBN 3-205-98456-0

Band II/2:
Ernst Falzeder/Eva Brabant (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1917–1919
Mitarbeit von Patrizia Giampieri-Deutsch
1996. 17 x 24 cm, 275 Seiten. Geb.
ISBN 3-205-98457-9

Band III/1:
Ernst Falzeder/Eva Brabant (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1920–1924
Mitarbeit von Patrizia Giampieri-Deutsch
2003. 17 x 24 cm, 280 Seiten. Geb.
ISBN 3-205-99097-8

Band III/2:
Ernst Falzeder/Eva Brabant (Hg.)
Sigmund Freud – Sándor Ferenczi. Briefwechsel. 1925–1933
Mitarbeit von Patrizia Giampieri-Deutsch
2003. 17 x 24 cm, ca. 386 Seiten. Geb.
ISBN 3-205-99099-4

www.boehlau.at www.boehlau.de

böhlau
Wien Köln Weimar

Hans-Georg Hofer
ist Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Freiburg.

Das Unbehagen an der Moderne hatte um 1900 einen Namen: Neurasthenie. Dieses Buch führt in die unruhigen mentalen Landschaften Kakaniens und thematisiert die engen Beziehungen der Psychiatrie zu den kulturellen Wissensbeständen und Selbstdeutungen ihrer Zeit.
Mit dem Hinweis auf die Nervenschwäche konnten die Belastungen modernen Lebens plausibel gemacht und „unmännliche" Verhaltensweisen sinnstiftend erklärt werden. Parallel dazu entstanden aber auch Bedürfnisse zur Überwindung dieser Krankheit. Dies führte im Sommer 1914 zu fatalen Erwartungshaltungen: Der Waffengang wurde als „therapeutisches Erlebnis" und Korrekturinstanz nervöser Männlichkeiten gesehen.
Das massenhafte Auftreten der „Zitterer" setzte diesen Vorstellungen ein rasches Ende und zwang zum Handeln: Von Seiten der Politik und der Militärführung wurde die Psychiatrie als entscheidender Faktor zur Wahrung der Kriegsziele erkannt. Vor diesem Hintergrund bietet der Autor eine differenzierte Analyse des Phänomens der Kriegsneurosen wie auch der Rolle der österreichischen Psychiatrie im Ersten Weltkrieg.

9 783205 772149
ISBN 3-205-77214-8
http://www.boehlau.at
http://www.boehlau.de