

„Männer in Beziehungen“

5. Tagung von AIM-Gender

Stuttgart-Hohenheim, 13.-15. Dezember 2007

Der Mann als Patient: Krankenhausbeziehungen im 20. Jahrhundert¹

Susanne Hoffmann

Fragestellung und Quellen

Männer sind heute, gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung, eine unterrepräsentierte Patientengruppe im deutschen Gesundheitswesen. Im ambulanten Bereich sind Frauen seit ungefähr 1870, im stationären seit spätestens Ende der 1920er Jahre in der Überzahl. Diese medizinische Unterversorgung gilt als ein möglicher Grund für die verkürzte statistische Lebenserwartung der Männer seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Der gynäkologische und geburtshilfliche Zusatzbedarf von Frauen sowie die Zunahme der Hospitalgeburten im 20. Jahrhundert können das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten aber nur zum Teil erklären. Eine These, die in der Männergesundheitsforschung immer wieder zu lesen ist, besagt, dass Männer Gesundheitseinrichtungen unter anderem deshalb meiden würden, weil sie den Autonomieverlust dort fürchteten. Männer als Patienten im 20. Jahrhundert stehen deshalb im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen – und zwar ausschließlich als Krankenhauspatienten in Allgemein-, Spezial- und Universitätskliniken, in Lazaretten, Sanatorien, Kur- und Rehabilitationskliniken.

Das Krankenhaus erlangte im ersten Drittel des 20. Jahrhundert seinen heutigen Status als schichtübergreifende Regelinstitution für die *medizinische* Versorgung der Bevölkerung, womit es sich endgültig aus der primär *sozialen*, d.h. armenfürsorgerischen Funktion des älteren Hospitals gelöst hatte. Die historisch gewachsene Geschlechterstruktur des Krankenhauspersonals gibt dabei berechtigten Grund zu der Annahme, dass die Erfahrungen männlicher Krankenhauspatienten heute noch anders gelagerte sind als die weiblicher. Darum sollen hier vier Beziehungskonstellationen, die typisch für moderne Klinikorganisationen sein und den Zugang zum relationalen Selbstverständnis der Beteiligten eröffnen dürften, in patienten- und geschlechtergeschichtlicher Perspektive analysiert werden: die privaten Kontakte der Patienten und Patientinnen zur Außenwelt und zur Mitpatientenschaft zum einen sowie die professionellen zur Ärzteschaft und zum Krankenpflegepersonal zum anderen.

Ehemalige männliche Patienten sollen hier selbst zu Wort kommen; ergänzt werden ihre

¹ Es handelt sich um Teilergebnisse meines laufenden Promotionsprojektes, das von der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart gefördert wird.

Perspektiven um die Selbst- und Fremddeutungen von Frauen. Der Beitrag stützt sich auf 155 unveröffentlichte, so genannte ‚populare‘ Autobiographien aus dem deutschsprachigen Raum (aus der heutigen Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz), die mehrheitlich im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts, von in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt Personen verfasst worden sind. Das Textkorpus wurde systematisch als Quotenstichprobe zusammengestellt: Männer und Frauen der Geburtsjahrgänge zwischen ca. 1890 und 1940 und aus allen sozialen Schichten sind darin ausgewogen repräsentiert. Es wurde qualitativ sowie quantifizierend, mit der Methode des Geschlechtervergleichs, ausgewertet. Auf umfassende quellenkritische Anmerkungen muss an dieser Stelle verzichtet werden. Die Autobiographie stand und steht jedoch in der Literaturgeschichte paradigmatisch für eine bürgerlich und männlich gedachte Schreibtradition, in der die Identität des autonomen Subjekts sich entfalte – gleichwohl dieses Konzept selbst in der Literaturwissenschaft heute, vor dem Hintergrund dekonstruktivistischer Subjekttheorien, weitgehend verpönt ist. Schicht- und geschlechtsspezifische Varianten im autobiographischen Schreiben sind spätestens seit den 1980er Jahren offenkundig. In der populären Autobiographik des 20. Jahrhunderts ist die ‚große‘ Erzählung des autonomen Subjekts, soviel sei bereits an dieser Stelle angemerkt, eine allenfalls randständige Darstellungsform, verbreitet hauptsächlich unter den älteren (um die Jahrhundertwende geborenen) Männergenerationen der Ober- und Oberen Mittelschicht. Dass Krankenhauserfahrungen in dieser Quellengattung zweifellos ein Thema sind, davon zeugt der Umstand, dass 89 Prozent der männlichen Autoren des Samples und 72,5 Prozent der weiblichen von mindestens einem bis maximal 33 stationären Aufenthalten berichten können oder wollen (von eigenen oder im sozialen Umfeld miterlebten). Der Medianwert liegt in beiden Geschlechtergruppen bei drei Nennungen pro Text.

Außenweltbeziehungen

Krankenhausaufenthalte stellten die Männer und Frauen der Patientenstichprobe meist eine mehr oder weniger abrupte Unterbrechung ihrer alltäglichen Routinen und sozialen Kontakte dar. Der Charakter des allgemeinen Krankenhauses als Notfall- und Akutklinik mit immer kürzer werdenden Verweildauern sowie die Beschleunigung der Krankenförderung im 20. Jahrhundert dürften diesen Eindruck gestützt haben. Die retrospektiv beschriebenen Außenweltkontakte können als ein erster Gradmesser für die relationalen Selbstdefinitionen der ehemaligen Patienten gewertet werden, wobei sich mehr strukturelle Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen abzeichnen. Angesichts belastender Lebensumständen konnte eine Klinikeinweisung für beide Geschlechter eine durchaus willkommene – urlaubsgleiche – Auszeit bieten. Gehäuft tritt dieses Deutungsmuster in der Stichprobe bei ehemaligen deutschen und

österreichischen Frontsoldaten auf, die im Lazarett den möglicherweise lebensrettenden Zufluchtsort sahen. „Ich war wieder einmal der Hölle der Westfront entronnen und in der Heimat gelandet. Welche Gnade!“, würdigt zum Beispiel Christian D. seine Verwundung im Ersten Weltkrieg. Die Mehrzahl der Autorinnen und Autoren fasst ihr krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem persönlichen Umfeld und die folgende Einsamkeit im Krankenhaus hingegen negativ auf, als belastendes (unangenehmes, bedrückendes, trauriges oder ärgerliches) Erlebnis, für das die Krankenbesuche zu den Besuchszeiten allenfalls einen schwachen Ersatz boten. Die Isolationsstationen, die es bis zur Einführung des Penicillins nach dem Zweiten Weltkrieg in den meisten Kliniken gab, um akut Infektiöse für meist mehrere Wochen medizinisch und sozial abzusondern, waren daher in Patientenkreisen besonders gefürchtet. Und groß geblieben ist auch die Angst vor dem anonymen Sterben im Krankenhaus, allein im so genannten Sterbezimmer. Einem alternativen Deutungsansatz zur Folge, der in der ausgewerteten Stichprobe zwei Mal (für ein Mädchen und einen Jungen) geltend gemacht wird, konnte sich die Einsamkeit speziell auf *kindliche* Patienten auch positiv auswirken, würden diese doch im Krankenhaus als Ort der Autonomie, ganz im Sinne des klassischen autobiographietheoretischen Entwicklungsgedankens, zu unabhängigen Erwachsenen reifen.

Welche Beziehungen zur Welt außerhalb der Klinik der oder die Einzelne im autobiographischen Schreiben mit besonderer subjektiver Relevanz belegt hat, erklärt sich primär aus der persönlichen Lebenssituation zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes. Geschlechtergruppenspezifische Kontaktmuster lassen sich anhand der ausgewerteten Selbstdeutungen nicht per se identifizieren. Am häufigsten benennen die ehemaligen Kranken ihre Familienangehörigen oder familiären Aufgaben, aber auch Haustiere werden immer wieder genannt. Seinerzeit Erwerbstätige stellen häufig den Bezug zu ihrer Arbeit her, zu ihrem temporär verwaisten Arbeitsplatz, den Mitarbeitern und Kollegen oder zur Land- und Viehwirtschaft (bei Beschäftigten im primären Sektor). Personen die damals nicht im Erwerbsleben standen (beispielsweise Schülerinnen und Schüler, Rentnerinnen und Rentner oder Hausfrauen) verweisen analog auf ihren häuslichen und privaten Alltag, der ihnen fehlte. Allerdings kommen die Väter des Samples auffällig seltener bzw. viel knapper als die Mütter auf Krankenhausaufenthalte ihrer Kinder zu sprechen, was ein Indiz für den vergleichsweise untergeordneten Stellenwert der Vaterschaft und Vater-Kind-Beziehung für das Selbstverständnis in den hier betrachteten Männerkohorten sein könnte, aber auch am Thema Gesundheitspflege liegen mag.

Beziehungen zur Mitpatientenschaft

Die Unterbringung von männlichen und weiblichen Patienten in separaten Zimmern bzw. Stationen

durchzieht die europäische Hospitalgeschichte bis ins 21. Jahrhundert. Krankensäle für bis zu 30 Personen, die man erst ab den 1960er Jahren durch kleinere Krankenzimmer ersetzte, zählten in der untersten Pflegeklasse noch lange zum baulichen Standard. Eine kollektive und geschlechterexklusive Erfahrung ist das Patientenleben im Krankenhaus damit über weite Strecken des 20. Jahrhunderts für einen Großteil der Hospitalisierten, gerade aus den unteren sozialen Lagen, geblieben. Dass das Verhältnis zu den Mitpatienten bzw. -patientinnen gemeinsam mit entsprechenden Charakterschilderung in den ausgewerteten Autobiographien geschlechtergruppenübergreifend einen breiten Raum einnimmt, ist ein sicherer Indikator hierfür. ‚Der Ängstliche‘, ‚der Geduldige‘, ‚der Gläubige‘ und ‚der Humanist‘, ‚der Simulant‘, ‚der Aufreißer‘, ‚der Frontsoldat‘, ‚der Clown‘, ‚der Prolet‘ und ‚der Hinterwäldler‘ sind wiederkehrende Typen männlicher Patienten, die in den analysierten Männerautobiographien der Selbst- und Fremddeutung dienen.

In beiden Geschlechtergruppen sind zwei Richtungen für die Bewertung der Krankenzimmergemeinschaft bestimmend, wobei die Kontaktmuster weniger geschlechts- als schichtspezifische Besonderheiten aufweisen. Der eine Teil der Autorinnen und Autoren würdigt diese im Rückblick herab: Scham und Ekel angesichts der distanzlos öffentlich gemachten eigenen und fremden Körperlichkeit äußern gerade die Personen aus den höheren Schichten immer wieder. Der größere Teil der ehemaligen Hospitalisierten sieht in der Zimmergemeinschaft demgegenüber eine Ressource: Alltagspraktische Hilfen, etwa bei der Körperhygiene, durch mitgebrachte oder gehortete Nahrungsmittel gehören zu den am häufigsten genannten Tauschobjekten. Der dabei geleistete Beitrag der Mitpatientenschaft bei der Durchsetzung hygienischer Standards (wie dem Schlafen im eigenen Bett oder der Benutzung eines WCs) in den Unterschichten, ist in der Medizingeschichte bisher unterschätzt worden. Gelobt werden in den Texten ferner der moralische, oft psychologisierend gedeutete Beistand im Krankenzimmer (etwa in Gebeten oder Gesprächen über das Kranksein und darüber hinaus) sowie die wohlgefällige Zerstreuung durch allerlei Schabernack, Klatsch und Tratsch. Für Frontsoldaten beider Weltkriege realisierte sich im Lazarettssaal damit häufig eine besonders gefühlsbetonte familienanaloge Kriegskameradschaft. Welche Rolle die geschlechterexklusive Natur der Patientengemeinschaft generell spielte, kommt in keiner Autobiographie ausdrücklich zur Sprache. Dass sie die Thematisierungsbereitschaft und Themenwahl dennoch beeinflusst haben dürfte, lässt sich zum Beispiel aus der Darstellung einer Frau ableiten, die in den 1960er Jahren auf einer gynäkologischen Station in Wien lag, auf der die Frauen sich über für sie intime Fragen des ehelichen Sexualverkehrs nach Unterleibsoperationen ausgetauscht hätten; Gespräche über das Aussehen des weiblichen Pflegepersonals sind ausschließlich für Männerstationen belegt. Tatsächlich dürfte eine ambivalente, d.h. gleichzeitig

würdigende und missbilligende Haltung gegenüber den Mitpatienten bzw. -patientinnen für die meisten Autobiographien in der Stichprobe charakteristisch sein.

Beziehungen zur Ärzteschaft

Während die Ärztebiographik in der Medizinhistoriographie in den vergangenen Jahrzehnten etwas in Verruf geraten ist, erfreut sich diese in der populären Autobiographik einer ungebrochenen Beliebtheit. Der Typ des niedergelassenen Hausarztes wird hier regelmäßig geschlechter-, schichten- und wohnraumübergreifend zum Berater der Familie in Sachen Gesundheit und Lebensführung stilisiert, wovon emotional gefärbte, personalisierte und panegyrische Arztgeschichten, gelegentlich sogar private Arztfotografien, zeugen. Im Vergleich dazu gestaltet sich das Verhältnis zu Krankenhausärztinnen und -ärzten in beiden Geschlechtergruppen relativ anonym und entpersonalisiert. Oftmals erhält das ärztliche Personal nicht einmal einen Eigennamen („der Arzt“, „der Internist“, „der Operateur“ sind häufig verwendete Funktionsbezeichnungen) oder es wird durch sprachliche Passivkonstruktionen ausgeblendet (zum Beispiel „ich wurde operiert“). Dafür liegen mehrere Gründe auf der Hand, wovon einer die im stationären Bereich bis heute stärker als im ambulanten eingeschränkte freie Arztwahl ist. Die Mehrzahl der Krankenhauspatientinnen und -patienten dürfte daher von der Person behandelt worden sein, die aufgrund der Krankenhausroutine, d.h. des Dienstplanes zuständig war (gleichwohl einzelne Kranke des Samples in allen Jahrzehnten durchaus gezielt einen bestimmten Mediziner in einer bestimmten Klinik aufgesucht haben). Ferner blieben die Arztkontakte im Krankenhaus in der Regel auf die Verweildauer der Patientinnen und Patienten und dabei auf die tägliche Visite oder den Operationstag (bei chirurgischen Patienten) begrenzt. Auch bestimmten die medizintechnischen Großgeräte zunehmend die Patientenwahrnehmung der Krankenhausmedizin, die seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts mit den Röntgenapparaten dort ihren Einzug gehalten hatten. Gerade für die jüngeren, um 1930 geborenen Männer hat der Klinikaufenthalt damit nicht selten den Wert eines grandiosen Technik- und Körpererlebnisses gewonnen. Zusammen mit dem einförmigen Kleidungsstandard der Ärzte dürften die genannten Faktoren das in beiden Geschlechtergruppen stark versachlichte, anonyme und entpersonalisierte Verhältnis zur Krankenhausärzteschaft gefördert haben. Eine ausgeprägte soziale Distanz, wie sie im 19. Jahrhundert für Ärzte und ihre mehrheitlich unterprivilegierten Patientinnen und Patienten belegt ist, lässt sich in der ausgewerteten Stichprobe weiterhin für Dialektsprecher und Angehörige der sozialen Unterschichten nachweisen, die beim Nacherzählen mitunter deutlich zwischen ihrer Sprache und der mit Fachtermini versetzten Hochsprache der Mediziner differenzieren.

Über diese allgemeinen Merkmale hinaus zeichnete das Arzt-Patientenverhältnis im Krankenhaus

eine weitgehende Entsexuierung und Entsexualisierung aus Sicht der Hospitalisierten aus. Die ersten Ärztinnen praktizierten im deutschsprachigen Raum, seit man im Jahr 1867 an der Universität Zürich erstmals Frauen zum Studium zugelassen hatte. Nachdem das Deutsche Kaiserreich und Österreich-Ungarn um 1900 mit dem regulären Frauenmedizinstudium nachgezogen hatten, stiegen die Ärztinnenquoten hier langsam, aber kontinuierlich auf aktuell 34 Prozent an bundesdeutschen Krankenhäusern an. Die Behandlung durch Ärztinnen erregte allerdings unter den männlichen Patienten der Stichprobe keine nennenswerte Aufmerksamkeit, da einschlägige Kommentare die Geschlechtszugehörigkeit betreffend – anders als im Bezug auf das weibliche Krankenpflegepersonal, wie noch gezeigt werden wird – nahezu ausnahmslos unterbleiben. Lediglich ein Mann in der Stichprobe mokiert im Rückblick auf das Jahr 1916 (als die Zahl der ambulant praktizierenden Ärztinnen kriegsbedingt erstmals sprunghaft angestiegen ist), „dass der Zahnarzt eine Frau war“, die körperlich zu schwach gewesen sei, um seinen Zahn fachkompetent zu ziehen. Das ‚undoing gender‘ trifft analog auf die Beziehungen der weiblichen Patienten zu ihren männlichen Ärzten zu, sieht man von einer Ausnahme ab. Unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit sahen die Männer und Frauen im ärztlichen Personal also primär die Funktion des professionellen, hierarchisch über- oder mindestens gleichgeordneten Experten, dessen partielle Deutungs- und Behandlungsmacht sie – zwar nicht immer stillschweigend, aber doch grundsätzlich – akzeptiert hatten und nicht per se als Autonomieverlust erlebten. Das soll nicht heißen, dass Gefühle der Machtlosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins im Krankenhaus in den analysierten Texten überhaupt nicht in Erscheinung treten würden, doch sind diese in beiden Geschlechtergruppen in der Regel unabhängig von Personenbeziehungen formuliert, als allgemeine Erfahrungen des Patientseins in bürokratischen Institutionen und angesichts von schwerster Krankheit, Leid und Tod.

Eine sexualisiertes Arzt-Patienten-Verhältnis kommt sich in den ausgewerteten Autobiographien häufig dann zum Tragen, wenn es um die primären oder sekundären Geschlechtsorgane der Autoren und Autorinnen geht. Eine niedrige Schamschwelle, die bei der körperlichen Untersuchung über die Geschlechtergrenze hinweg nochmals gesunken sein dürfte, hielt sich bis zum Ende des 20. Jahrhunderts in der Venerologie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Mindestens drei Frauen des Samples haben deshalb, trotz Beschwerden, den Besuch beim (männlichen) Arzt hinausgezögert. Ein analoges Unbehagen auf Seiten der Männer, selbst im geschlechtsexklusiven Kontext, belegen ferner die zahlreich auftretenden, mehr oder weniger schelmischen Berichte ehemaliger Soldaten über die Geschlechtskrankheitenprophylaxe in der Form kollektiver „Geschlechtsvisiten“ oder „Schwanzparaden“ vor einem Sanitäter oder Militärarzt. Gleichwohl dürfte das Militär in allen drei Ländern mit dieser Praxis einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Popularisierung von

Verhütungspraktiken sowie zur frühen Medikalisierung der männlichen Sexualität im 20. Jahrhundert geleistet haben.

Pflegebeziehungen

Mit der anonymen und entpersonalisierten Position der Krankenhausärzteschaft korrespondiert in der populären Autobiographik eine pflegedominierte Perspektive auf die Krankenhausmedizin im 20. Jahrhundert. Den Pflegedienst haben die Männer und Frauen des Samples regelmäßig ins Zentrum ihrer Krankenhauserzählungen gerückt, denn mit dem Pflegepersonal standen sie mehrmals täglich bei der Grund- und Behandlungspflege in Kontakt, auch trat es als Mittler zum ärztlichen Personal, bei Streitigkeiten unter den Kranken sowie im Kontakt zur Außenwelt in Erscheinung; zwei Autobiographien enthalten sogar private Fotografien mit Krankenschwestern. Im Gegensatz zu der von Fortschrittsoptimismus getragenen Medizingeschichte liest sich die populäre Pflegegeschichte als Geschichte des Niedergangs. Denn dass die Krankenhauspflege in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ihre Patientenorientierung, Humanität und Qualität weitgehend eingebüßt habe, ist der Tenor der ausgewerteten Texte. Der Rückzug der geistlichen Pflegeorden in den 1950er Jahren sowie die Professionalisierung der vormaligen Berufung zum Beruf zählen zu den wiederholt genannten Gründen.

Noch im Jahr 2001 lag die Frauenquote im stationären Pflegedienst in der Bundesrepublik Deutschland bei über 86 Prozent. Es wundert daher wenig, dass die Autorinnen und Autoren des Samples nahezu ausnahmslos berichten, im Krankenhaus von Frauen gepflegt worden zu seien (was im Übrigen auch in mehr als 80 Prozent der Fälle für die häusliche Laienpflege gilt) – und zwar auf Männer- wie Frauenstationen gleichermaßen. Dabei wird die Geschlechtlichkeit des Krankenpflegepersonals im autobiographischen Schreiben regelmäßig herausgestellt. Eine weitgehend unreflektierte Form des ‚doing genders‘ folgt bei beiden Geschlechtern aus der wie selbstverständlichen Sexuierung, d.h. Feminisierung der Pflegetätigkeit. Liebe, Güte und Wärme, Einfühlungsvermögen und Empathie, Opfersinn und Selbstlosigkeit sind unter den am häufigsten genannten Attributen für die ideale Pflegeperson. Diese decken sich weitgehend mit jenem bürgerlichen Tugendkatalog für Weiblichkeit sprich Mütterlichkeit, der die Krankenpflege im 19. Jahrhundert (zusammen mit anderen Bereichen der sozialen Arbeit) zum geeigneten Beruf für die (bürgerliche) Frau erscheinen ließ. Und einige der Autobiographinnen und Autobiographen setzten die Pflegerschaft im Krankenhaus gar ausdrücklich mit einer Mutter-Kind-Beziehung gleich. Augenscheinlich wird dieses feminisierte Bild der Krankenpflege in den Quellen vor allem dann, wenn es anscheinend zur Durchbrechung der Patientenerwartungen gekommen ist. Zum Beispiel schreibt Frau Sophie S. über ihren Aufenthalt in einem Zürcher Spital um 1939: „Hier kam ich

buchstäblich in die Hölle des Generals Cornelia Knecht. Sie war des Teufels Knecht. Diese mannshohe breite Oberschwester mit weisser Haube kommandierte, wie ein stolzer feuriger Teufel, die 12 armen Patienten zu Tode hier in diesem grossen Saal. Ein altes Frauele, ein Engländerfrauele namens „Wouten“, lag direkt neben mir. Nach der Arztvisite, die sie wie ein Sperber mit ihren falschen blitzenden Augen überwachte, wie ein uniformierter, strafender Polizist kam sie zu dieser Frau im Marschtempo einer Kompanie. »Heb de Arm, num de Grind, i well net die ganze Ladung im Gsicht«, stösst ihr die Nadel in die Vene wie ein vollblutiger Metzger eine Sau sticht, für eine Blutsenkung. Sie konnte nur noch weinen, diese geplagte Frau.“ Das normabweichende, d.h. unweibliche Verhalten der Oberschwester Knecht wird hier wie andernorts mit maskulinisierenden Vergleichen aus dem militärisch-polizeilichen Kontext abgestraft, die sowohl die Körper- als auch Handlungspraktiken umfassen. Eine allmähliche Entsexuierung der Krankenpflege zeichnet sich in dem Autobiographiekorpus jedoch insofern im Generationenverlauf ab, da das Bild der mütterlichen Krankenschwester, das spätestens mit der Pflegereform in den 1950er Jahren aus der Patientenerfahrung verschwunden sein dürfte, hier ausschließlich von Personen beschworen wird, die noch in der letzten Dekade des 19. bis maximal den ersten beiden des 20. Jahrhunderts geboren wurden. An die Stelle des symbolisch überhöhten ist bei den Spätergeborenen ein unpräzises, nüchternes und professionelles Arbeitsverhältnis getreten.

Neben der feminisierten Wahrnehmung von Pflegebeziehungen steht in dem Quellenkorpus deren Sexualisierung. Die attraktive Krankenschwester als Sexobjekt des Arztes oder männlichen Patienten gehört seit Beginn des 20. Jahrhunderts zu jenen Topoi der Trivialliteratur, die sich heute in den Krankenhausserien im Fernsehen aktualisieren. In der populären Autobiographik tritt das Deutungsmuster geschlechterexklusiv und kohortenübergreifend in den Texten von Männern in Erscheinung, wovon zahlreiche unverhohlene Anspielungen auf das Äußere der Pflegerinnen zeugen: „schmuck“, „männerbetörend“, „hübsch, groß, blond“, „nett“, „schön“, „klein“ und „schnuckelig“ seien diese unter anderem gewesen. Ein Mann habe sich in den 1940er Jahren (auf Anraten des behandelnden Arztes) in eine Affaire mit seiner Krankenschwester gestürzt, für einen anderen habe eine romantische Liebesbeziehungen im Krankenhaus begonnen. Die Attraktivität des weiblichen Krankenpflegepersonals dürfte jedenfalls ungebrochen für Diskussionsstoff auf den Männerstationen im deutschsprachigen Raum gesorgt haben. Eine direkte Entsprechung zur sexualisierten Pflegebeziehung findet sich in den analysierten Frauenautobiographien nicht, allerdings berichtet eine Autorin – und zwar ausgerechnet die älteste, eine ledig gebliebene Baronin Jahrgang 1888 –, dass sie in den 1920er Jahren romantische Gefühle für ihren langjährigen Hausarzt Dr. P. gehegt habe.

Eine umfassende männer- und generationengeschichtliche und psychoanalytische Erklärung seines

Verlangens nach weiblicher Zuwendung im Krankenhaus liefert bereits ein Autor des Samples. Nicht frei von Selbstironie erläutert der 1901 geborene Elektroingenieur Johann B. sein Verhalten im Jahr 1929 aus Sicht seines Schutzengels: „»Aber, das ist doch leicht zu erklären« höre ich da Sigmund Freuds wispernden Einspruch, »der Junge hat eben im kindlichen Alter nicht viel mütterliche Zärtlichkeit erfahren; erstens war das damals nicht üblich, und zweitens hatten die Väter jener Zeit noch des Königs Rock getragen und fühlten sich verpflichtet, aus den Söhnen harte Männer zu machen, lange schon, ehe Herr Hitler es ihnen empfahl oder noch später Werbefachleute es in ihrer Feuerwasserreklame aufnahmen. So muss dein Protegé nun als erwachsener Mann in eine totale Abhängigkeit zu dieser Ordensfrau geraten, die nicht nur tut, was die Generaloberin sie zu tun heißt, sondern darüber hinaus auch ihr Herz ein gewichtiges Wort mitsprechen lässt.«“ Die wohl bekannteste psychoanalytische Interpretation männlicher Krankenpflegebilder dürfte indes von Klaus Theweleit aus der Frühphase der historischen Männerforschung stammen. Dessen ‚Männerphantasien‘ liegt eine Gruppe von Männern zu Grunde, die zeitlich und sozial, zumindest in Teilen, mit der dieses Beitrags vergleichbar ist.⁵⁷ Charakteristisch für die Frauenbeziehungen der Männer des faschistischen weißen Terrors seien zwei Pflegerinentypen, die denen der populären Autobiographik entsprechen: die positiv angesehene mütterlich-entsexualisierte ‚weiße‘ Krankenschwester und die verachtete weil sexuell aggressive proletarische ‚rote‘ zum anderen. Ob Theweileits Diagnose einer psychischen „Grundstörung“ bei diesen Männern redlich oder allein weiterführend ist, sei dahingestellt, jedenfalls schließt er daraus, dass die Abwehr jedweder sexuellen Attraktion (in der Mutter-Schwester) bzw. deren Einhegung auf den sicheren Patientenstatus (gegenüber der begehrten sexualisierten Krankenschwester) zwangsläufig aus dieser Psychopathologie folgten. Kindgleich, öffentlich und von körperlichem Unvermögen gezeichnet eröffne speziell das Patientsein den Männern einen im Hinblick auf mögliche sexuelle Aktivitäten unverbindlichen Ort.

Trotzdem sind Theweileits Beobachtungen insofern instruktiv, als sie die sexualisierte Wahrnehmung der Krankenpflegebeziehung sozial einer bestimmten Form der Männlichkeit zuordnen: nämlich der *soldatischen* – oder den „harte[n] Männer[n]“ des Wilhelmismus, der Hitler-Ära und späterer Marketing-Botschaften, wie es der oben zitierte Laienautobiograph Herr B. formuliert. Und tatsächlich tritt diese Strategie auch in den ausgewerteten populären Männerautobiographien zwar nicht ausschließlich, aber doch auffällig gehäuft im Bezug auf die Kriegssituationen in der ersten Jahrhunderthälfte, vor allem den Zweiten Weltkrieg, auf. Nochmals sei dazu exemplarisch Herr Johann B. zitierte, wie er 1945 in einem Behelfskrankenhaus im

57 Vgl. Klaus Theweleit: Männerphantasien. Band 1: Frauen, Fluten, Körper, Geschichte. Reinbek: Rowohlt Verlag, 1990, hierzu das erste Kapitel.

Ruhrgebiet einen männlichen Mitpatienten und Soldaten erlebte: „Wie sehr ein Krieg und besonders ein fatales Kriegsende alle Wertmaßstäbe und Begriffe ändern kann, bewies ein Soldat, den der Bombenteppich über der Stadt wohl überrascht hatte und den man rauchgeschwärzt, aber nur leicht verletzt aus einem Keller geborgen hatte. Sicher verschaffte ihm sein Frontkämpfer-Image zunächst größere Beachtung als es notwendig gewesen wäre. Was lag näher, als daß er der Versuchung erlag, im großen Saal die erste Geige spielen zu wollen. Er benahm sich so arrogant wie möglich und so leidend wie es ihm bei Annäherung des jüngeren weiblichen Pflegepersonals opportun erscheinen mochte. Von älteren Pflegerinnen hielt er nicht viel und von Pflegern schon rein gar nichts. Die junge Hilfsschwester, die es ihm angetan hatte, konnte einem leid tun.“; es folgen eine Darstellung der Annäherungsversuche. Die demonstrative Zurschaustellung einer durch Virilität gekennzeichneten Hypermaskulinität vor den Mitpatienten bzw. Lesern wäre damit eine geschlechtsspezifische Form des ‚doing genders‘, mit der die männlichen Patienten ihr Unbehagen in der Pflegesituation überspielten und kompensatorisch ins Gegenteil verkehrten, um so die konventionelle Geschlechterhierarchie, zumindest symbolisch, wieder herzustellen. Die in der nationalsozialistischen Propaganda polarisierten Geschlechterleitbilder gemeinsam mit der permissiven Sexualpolitik der Wehrmacht dürften also in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein männliches Selbstverständnis geprägt haben, das besonders sensibel auf mögliche Abhängigkeitsverhältnisse bei der Pflege im Krankenhaus und die hierarchische Unterordnung unter eine Frauen reagierte.

Fazit und Ausblick

Den Beziehungsmustern männlicher und weiblicher Krankenhauspatienten unterlagen im Verlauf des 20. Jahrhunderts mehr strukturelle Gemeinsamkeiten als Unterschiede, das sollte der Geschlechtervergleich auf Basis populärer Autobiographien gezeigt haben. Mehr oder weniger offen zeigten sich Männer wie Frauen gegenüber Beziehungen zur Außenwelt sowie zur der geschlechtsexklusiven Mitpatientenschaft, über die sie sich selbst in Relationen definierten. Anonym, technisiert, entsexuiert und weitgehend entsexualisiert gestalteten sie hingegen das Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. Das einzige Deutungsmuster, das in dem ausgewerteten Autobiographiekorpus ausschließlich bei männlichen Patienten auftritt, und zwar gehäuft in der Sub-Gruppe der soldatischen Männer, ist die sexualisierte Pflegebeziehung. Auf diese soziale Ausprägung der Männlichkeit im 20. Jahrhundert im Verhältnis zur Pflegefunktion kann damit das scheinbar allgemein-männliche Problem des Autonomieverlustes in Gesundheitseinrichtungen, das als Ausgangspunkt für diesen Beitrag diente, sozial eingegrenzt werden. Die normative Autonomiethese, die einer polaren Geschlechterlogik folgend Männlichkeit

mit Autonomie, Aktivität, Kultur und Gesundheit gleichsetzt, hat damit allenfalls partiell Eingang in die populäre Selbstdeutungen ehemaliger männlicher Patienten gefunden. Kulturell relevant ist das soldatische Männlichkeitsideal allerdings bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts geblieben: In der Schweizer Eidgenossenschaft ungebrochen, in der Bundesrepublik Deutschland und der Zweiten Republik Österreich neben bzw. untergeordnet zu dem ‚re-maskulinisierten‘ Bild des Arbeits- und Familienmannes – und zwar nicht nur bei Männern, die im Ersten oder Zweiten Weltkrieg noch als aktive Soldaten gedient haben (bis maximal Jahrgang 1928). Dass die in den 1930er Jahren geborenen Kriegskinder der Quellenstichprobe ihre militärischen Musterungen (in den 1950er Jahren) nach wie vor als Gradmesser des eigenen Mannseins anführen, könnte ein Indiz dafür sein. Mit der Pluralisierung der Geschlechterleitbilder und der weiteren Entfeminisierung des Pflegeberufes dürften sich die Krankenhauserfahrungen von männlichen und weiblichen Patienten im ausgehenden 20. und 21. Jahrhundert immer weiter annähern.