

Krankheit als Auszeichnung eines geheimen Lebens

Krankheitskonstruktion und Sexualität anhand der Lungentuberkulose um 1900

„Mein Kranksein hat den Brief verzögert, es ist übrigens kein eigentliches Kranksein, aber allerdings auch kein Gesundsein und gehört zu jener Gruppe von Krankheiten, die nicht dort ihren Ursprung haben, wo sie zu stecken scheinen und vor denen die Ärzte noch hilfloser sind als sonst. Gewiß es ist die Lunge, aber es ist auch wieder die Lunge nicht.“

*Franz Kafka, 1920*¹

Der Ursprung der Schwindsucht ist geheimnisvoll und verschwiegen. Sie ist eine Krankheit des langsamen und schleichenden Verfalls, ihre Opfer erliegen einer heimtückischen Hinfälligkeit, alte Krankheitsnamen wie „Auszehrung“ und „Consumption“ bezeugen es. Ihr chronischer und langwieriger Verlauf rückt ihren Beginn in weite Ferne von dem Zeitpunkt, an dem ihr Ausbruch festzustellen ist, und er positioniert die Erkrankten für Jahre, wenn nicht Jahrzehnte, in einem Raum, der sie zwischen Leben und Tod ansiedelt. Die *Phthisis*, wie die Ärzte die Schwindsucht auch nennen, scheint Schicksal zu sein, dem man kaum mehr entgeht, sobald man von ihm gezeichnet worden ist – ein Schicksal des Körpers, der einen ungewissen Makel in sich trägt, oder ein Schicksal des Lebens, das eine „existentielle Verwundung“ erfahren hat und in einem „selbsterstörerischen Seelenfeuer“² hinweggerissen wird; ein Schicksal des Einzelnen, aber auch einer Familie, darüber hinaus eines Volkes, wenn nicht einer ganzen Rasse. Wenn auch die Historiographien der Tuberkulose darin übereinstimmen, daß die Sterblichkeitsrate in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bereits im Rückgang begriffen

1 Franz Kafka, Briefe 1902–1924, hg. von Max Brod, 4. Aufl., Frankfurt am Main 1980, 265.

2 Vgl. zu dieser ‚romantischen‘ Krankheitsauffassung Claudine Herzlich u. Janine Pierret, *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden*, München 1991, 40 f.

ist, wird die Schwindsucht doch gerade dann zur globalen Gefahr, die ihresgleichen sucht und das Imaginäre der Epoche nachhaltig besetzt. An der Seite der großen „Volksübel“, der Nervenkrankheiten, des Alkoholismus und der Syphilis trägt sie sich immer tiefer ins kulturelle Gedächtnis ein und gilt als „größter Feind der Menschheit“, gleichsam ein unheimliches Präsent der Moderne. Eine ehrgeizige Ärzteschaft macht sich auf, diesem Schicksal zu begegnen; dadurch, daß sie nach Mitteln forscht, die das bereits von der Schwindsucht gezeichnete Leben zu verlängern erlauben, und vor allem dadurch, daß sie die Gründe ihres rätselhaften Auftretens zu enthüllen sucht. Das ‚Wesen‘ der Schwindsucht, das es im Dunkel der Krankheit zu entdecken gilt, provoziert einen durchdringenden Blick, der das Leben in einer nicht gekannten Intensität zum Sprechen bringt.

Fest steht für die Ärzteschaft des späten 19. Jahrhunderts, daß die Schwindsucht weit mehr ist als ein lokaler organischer Befall. Da ihr Ursprung nicht greifbar ist, versteht man sie als Ausdruck einer entscheidenden Abnormität, und es heißt, daß sie „sich im Menschen selbst vorbereitet“³. Sie ist die Krankheit eines Lebens, das ins Ungleichgewicht geraten ist und sich vom ‚normalen‘ Leben ein Stück weit entfernt hat, das von seiner vorherbestimmten Bahn abgewichen und dem Tod einen Schritt nähergerückt ist. Im Schwindsüchtigen kündigt sich ein Leben an, das unter anderen Vorzeichen steht und nach einer Entzifferung verlangt. Der suchende Blick der Ärzte stößt dabei immer wieder auf die Sexualität, um die das Geheimnis der Schwindsucht zu kreisen scheint: als „Organisation der Ehegatten“, als Rhythmus und Anzahl der Zeugungen, als „Begattungstrieb“, „ausschweifende Lebensweise“, „Unordentlichkeit“ und als sprichwörtlicher „Leichtsinn“ des ‚niedereren‘ Volkes. Es gilt, den Wendungen dieses Diskurses zu folgen, der in seinem Bemühen, Ordnung in die Unordnung der Erscheinungen zu bringen, immer wieder die Wahrheit des Lebens und seiner Gefährdung in den Wegen und Wirkungen des Sex aufsucht. Das ebenso rätselhafte wie beredte Schweigen der Erkrankung etabliert eine diffuse Semiologie, die dem Schwindsüchtigen eine einzigartige Gestalt verleiht. Und sie bindet alle Erscheinungen des ‚Sexuallebens‘ an genau spezifizierte, punktuelle Einsätze, die der Rationalität dieses Diskurses angehören und die Sexualität in einer konkreten Gestalt hervortreten lassen.

Noch am Ende des 18. Jahrhunderts besitzt die Schwindsucht nur ein unspezifisches Krankheitsbild. Man erkennt sie am Husten, an einem schleichenden, anhaltenden Fieber, an Schweißausbrüchen, Atemnot und Gewichtsverlust, doch sie hat nichts, was nur ihr eigen wäre. Besonders günstig für ihre Entwicklung scheinen die Wiener Verhältnisse, sie ist auch als „Wiener Krankheit“ bekannt,

3 Hermann Brehmer, Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht, Wiesbaden 1887, 189.

die die Ärzte unter anderem auf den Staub und auf die leidenschaftliche Hingabe für den „teutschen Tanz“, den Walzer, zurückführen.⁴ Ab den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts entdeckt man zunehmend Zeichen, die die spezifische Sprache der Schwindsucht vernehmen lassen, ihr Schweigen durchbrechen und sie eindeutig zu erkennen geben: Von Laennac über Koch bis Röntgen schreibt sich diese Geschichte der Entzifferung der wahren Natur der Erkrankung. Als der Tuberkelbazillus 1882 durch Koch erstmalig isoliert wird, bewegen sich die gängigen ärztlichen Erklärungsmodelle zwischen der körperlichen Anatomie und den Praktiken der Lebensführung. Die Krankheitserfahrung, die ihnen zugrundeliegt, stützt sich auf drei Verfahrensweisen: auf die Offenbarungen des Körperinneren auf den Sezirtischen, auf die statistischen Konvergenzen der massenhaften Beobachtungen und auf die Tiefenschärfe fokussierter Anamnesen. Hier vermag sich das kranke Individuum bis ins kleinste Detail zu entfalten – die besonderen anatomischen Abweichungen seines Körpers, seine Lebensführung, seine kleinen Geheimnisse, die Lebensführung seiner Vorfahren, seinen Stammbaum; in jede Falte und jeden Winkel dringt der ärztliche Blick ein, um noch die letzten Spuren der krankheitsauslösenden und krankheitsförderlichen Kräfte ans Licht zu bringen. Die Schwindsucht ist hier im Grunde das Problem einer tiefsitzenden Schwächung, und die Ärzte beschäftigen sich mit der Inventarisierung aller schwächenden Faktoren, die sich in der Lebensführung der Erkrankten auffinden lassen. Diese Sichtweise macht die Vermeidung der Schwindsucht zu einer Frage des Lebens, dem alle Vergeudungen und Verfehlungen fremd sind. ‚Private‘ und ‚soziale‘ Medizin verschränken sich dabei in einer globalen Strategie; die „hygienischen Verhältnisse“, die man zur Krankheitsverhinderung zu etablieren trachtet, betreffen sowohl den einzelnen in seiner Lebensführung als auch die allgemeinen Lebensverhältnisse der verschiedenen Sozialcharaktere und Gesellschaftsschichten. Und diese Einvernahme des Lebens leistet der Bewegung Vorschub, in der die Ärzteschaft ihren sozialen Aufstieg nimmt.⁵

Die spezifischen Zeichen der Schwindsucht, die man mittels neuer Techniken hervorruft, lassen sie immer früher und präziser diagnostizieren, sie vermögen jedoch zunächst nur wenig zu Neuerungen in der Therapie beizutragen. Bis ins 19. Jahrhundert hinein liegt für die Ärzte im krankhaften Prozeß selbst die Macht, einen positiven Krankheitsausgang zu finden, heilende und todbringende Kräfte

4 Vgl. Erna Lesky, Vom Morbus Viennensis und seiner Bekämpfung, in: Beiträge aus dem Institut für Geschichte der Medizin (1968), H. 17, 1; sowie dies., Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Graz 1965, 332.

5 Vgl. Gerd Göckenjahn, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt am Main 1985, insbes. 49–59.

sind im Krankheitsverlauf selbst gebunden. Der Arzt muß diesen Prozeß begleiten, günstige Umstände für die Entscheidung versammeln, alle Gelegenheiten nützen, um den Würfelwurf des Schicksals zu beeinflussen (Krisentheorie). Um die günstigen Kräfte der Krankheit zum Sieg zu führen, verschreibt er unspezifische Kuren, Rauch- und Inhalationsverfahren, rät zu Erholungsreisen in milde, südliche Klimazonen und versucht, beim Kranken eine der Krankheit angemessene Lebensführung zu erreichen.

Diese traditionellen Kuren werden Mitte des 19. Jahrhunderts von der erneuerten, wissenschaftlichen Medizin einer grundsätzlichen Kritik unterzogen. An speziellen Orten, die genau umrissene Eigenschaften aufweisen und sich in hochgelegenen Gebirgstälern finden, sowie unter der Dirigentschaft verständiger Ärzte soll nun der Schwindsüchtige ein strenges Kurprogramm durchlaufen. Diese Sanatoriumstherapie wird bald weltweit angeboten, und in den achtziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts verstärkt sich die Forderung von Politikern und Ärzten, solche Anstalten, die vorerst nur für wohlhabende Kranke zugänglich sind, auch für das gemeine Volk zu errichten. Die „Heilstättenbewegung“⁶ entsteht und erfaßt den gesamten deutschen Sprachraum. Nicht nur die Ärzte, die nun als „Feldherren“ gegen die „Völkerkrankheit“ Tuberkulose ins Feld ziehen, hängen ihr an, die Idee landesweiter Netze von Lungenheilstätten für die arme Klasse stößt auch auf begeisterte Aufnahme im Bürgertum. Die „gebildete Klasse“ entwickelt gerade in diesen Jahren eine besondere philanthropische Einstellung, eine sozial engagierte Ader erwächst ihr, wie Simmel sagt, regelrecht als „ein neues Organ“⁷.

Als Koch 1890 am *Zehnten Internationalen Medizinischen Kongreß* in Berlin verkündet, er habe aufgrund seiner Entdeckung nun auch eine zielsichere Waffe gegen die Tuberkulose, ein Medikament mit Namen ‚Tuberkulin‘, entwickelt, scheint die Heilstättenbewegung gestoppt. Doch das lang ersehnte Heilmittel, das man äußerst rasch zum Einsatz bringt, erfüllt die Erwartungen nicht – im Gegenteil, es zeitigt recht negative Effekte, und so bleibt auch der von Koch erwartete Geldsegen aus.⁸ Die Hoffnung auf ein wirksames Medikament sollte für ein weiteres hal-

6 Zur Geschichte der deutschen Heilstättenbewegung vgl. Ingeborg Langerbeins, *Lungenheilanstalten in Deutschland (1854–1945)*, Diss., Köln 1979.

7 Georg Simmel, *Tendenzen im deutschen Leben und Denken seit 1870*, in: ders., *Schopenhauer und Nietzsche*, Hamburg 1990, 9–33, hier 21. Bei diesem Titel handelt es sich um die Übersetzung des ersten Teils eines Essays, der 1902 unter dem Titel *Tendencies in German Life and Thought since 1870* in der US-amerikanischen Zeitschrift *International Monthly* 5 (1902), 93–111 veröffentlicht wurde.

8 „Anfang Dezember stellte er (Koch, Anm. d. Verf.) – numquam otiosus – folgendes Rechenexempel auf: Bei einem Preis von 25 Mark pro 5 cm³ Tuberkulin schätzte er seinen rea-

bes Jahrhundert unerfüllt bleiben, und die „hygienisch-diätetische“ Heilmethode der Kuranstalten erhielt als nach wie vor einziges Mittel neue Schubkraft.

In den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wird in Deutschland eine Volksheilstätte nach der anderen eröffnet, die Namen Brehmer, Dettweiler, von Leyden und Ziemssen, mit denen die Heilstättenbewegung verbunden ist, sind in aller Munde. In Österreich hat dieses medizinische Projekt von Anfang an mit der Bazillenfurcht der Bevölkerung zu kämpfen. Leopold von Schrötter, der als Initiator des *Vereins zur Gründung der Heilanstalt Alland* auftritt, hat die Aufgaben, die die Bekämpfung der Tuberkulose in sich birgt, über die Heilung der Schwindsüchtigen hinaus definiert. Die Sanatorien und Heilstätten sollen auch Orte der Forschung und Ausstrahlungspunkte einer umfassenden hygienischen Aufklärung sein, die in Vorträgen, Aufklärungsschriften, Flugblättern und Plakatkampagnen zu betreiben ist. In vier Punkten ist dieses Programm benannt: „1. das erkrankte Individuum zu heilen; 2. das gesunde vor der Krankheit zu bewahren; 3. alles auf die Tuberkulose Bezügliche zu studiren; 4. belehrend auf die breiten Kreise der Bevölkerung einzuwirken.“⁹ 1898 eröffnet die erste Volksheilstätte auf österreichischem Boden. Das therapeutische Modell fußt auf den Erfahrungen und Kurkonzeptionen des schlesischen Arztes Hermann Brehmer, der 1854 das erste Privatsanatorium für Lungenschwindsüchtige in Deutschland gegründet hatte.¹⁰ Schon 1853 behauptete er in seiner Dissertation, daß die Schwindsucht zumindest im ersten Stadium heilbar sei.

Die Rede Brehmers hebt mit einer umfassenden Anklage ärztlicher Unfähigkeit und einer Kritik des Wissenserwerbs auf deutschen Universitäten an; vor al-

lisierbaren Reingewinn auf stolze 4,5 Millionen Mark jährlich, eine für damalige Verhältnisse astronomische Summe! Entsprechend begeistert reagierte das Kultusministerium, das aber immerhin eine einmalige Dotation von insgesamt 1,5 Millionen herausbringen lassen wollte. Mit dem aktuell klingenden Argument, er könnte ja auch in die USA gehen, lehnte Koch die Dotationslösung ab.“ Ein endgültiger Vertrag wurde nie geschlossen, da das Tuberkulin die Erwartungen nicht erfüllte, vgl. Thomas Gorsboth u. Bernd Wagner, Die Unmöglichkeit der Therapie. Am Beispiel der Tuberkulose, in: Karl Markus u. Tilman Spenger, Hg., Die Seuche (Kursbuch 94), Berlin 1988, 123–146, hier 132.

9 Leopold von Schrötter, Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage der Errichtung eigener Heilstätten für die Tuberculose. Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 4. April 1892 des Wiener medizinischen Doctoren-Collegiums, Separatabdruck aus der Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung 37 (1892), 4.

10 In der medizinhistorischen Literatur herrscht Uneinigkeit über das Gründungsdatum des ersten Sanatoriums in Deutschland. Brehmer ließ sich 1854 als praktischer Arzt in Görberdorf nieder. „1859 erhielt Dr. Brehmer nach vielfachen vergeblichen Versuchen die Konzession für eine solche Heilanstalt.“ Mittheilungen aus Dr. Brehmers Heilanstalt für Lungenkranke in Görberdorf, Neue Folge, Wiesbaden 1890, X.

lem der therapeutische Nihilismus seiner Kollegen ist ein beliebtes Objekt seines Ressentiments.¹¹ Sein Angriff gipfelt in der Aussage, daß der Phthisiker an der Unkenntnis des Arztes stirbt.¹² Die Recherche der ärztlichen Schuld bringt Überraschendes zu Tage; der Arzt habe – so Brehmer – aus den bestehenden Wissensbeständen und aus den Sammlungen von Heilpraktiken nie die Konsequenz gezogen. Eine Bilanzierung des Wissens läßt, obwohl noch vieles im Dunkeln verbleiben muß, bereits erste Regeln medizinisch-therapeutischen Handelns erkennen.

Die Lehren der pathologischen Anatomie wurden, so Brehmer, von den Praktikern noch nicht verstanden. Jenseits der Rede des Kranken und der „spontanen Krankheitsäußerungen“¹³ lassen die diagnostischen Techniken, wie Auskultation, Perkussion und Spirometrie, künstliche Zeichen produzieren, deren Aussagen nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit annehmen lassen, sondern das spezifische pathologische Faktum bezeichnen. Die Operationen, die im diagnostischen Verfahren durchlaufen werden, schaffen eine eindeutige Nomination der spezifischen Erkrankung und erlauben es, das Ausmaß und den Verlauf der Krankheit anzugeben. Sie vermögen auch unmittelbar über die Wirkungen und Effekte therapeutischer Eingriffe Auskunft zu geben. Doch die Kliniker haben für Brehmer nicht nur die technischen Möglichkeiten geschaffen, die Sprache der Krankheit zu vernehmen, sie haben darüber hinaus auch ihre eigentliche Ursache entdeckt: Rokitansky hat in tausenden Leichenöffnungen das gemeinsame Merkmal, dem alle Phthisiker unterliegen, enthüllt – den „phthisischen Habitus“.

Dieser phthisische Habitus – eine Art physiologischer Apparat – zeichnet sich „durch ein zu kleines, also insuffizientes Herz, durch enge Blutgefäße und durch ein abnorm großes Lungenorgan“ aus; es finden sich „in ihm also die Merkmale des insufficienten Circulations-Apparates in sehr hohem Masse abgebildet“¹⁴. Die abnorme Konstitution des Phthisikers hat einen inneren Mechanismus geschaffen, der die dauernde Unterernährung, die fundamentale Schwächung, einleitet und erhält. Der Schwindsuchthabitus ist die eigentliche und einzige Ursache der

11 „Um so auffälliger klingt es, – obgleich sich dagegen kaum ein begründeter Widerspruch erheben wird, – wenn ich sage, dass die Aerzte auf den Universitäten die Behandlung der Lungenschwindsucht nicht gelernt haben noch lernen, die Aerzte also gerade der verbreitetsten Krankheit für Zwecke der Heilung unvorbereitet gegenüberstehen.“ Brehmer, *Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht*, 2. umgearb. Aufl., Wiesbaden 1889, 3.

12 „Noch richtiger aber ist der Satz: *Der Lungenkranke stirbt häufig an der Sorglosigkeit der Aerzte.*“ (Hervorhebung im Original). Brehmer, *Therapie*, wie Anm. 11, 343.

13 Vgl. Barbara Duden, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen*, Stuttgart 1987, 80.

14 Hermann Brehmer, *Die chronische Lungenschwindsucht und Tuberkulose der Lunge. Ihre Ursache und ihre Heilung*, 2. umgearb. Aufl., Berlin 1869, 186.

Phthise und nicht an deren manifestes Erscheinen gebunden. Der abnorme morphologische Aufbau ist die Krankheitsdisposition, der sich der solcherart Betroffene nicht mehr entziehen kann. Die Disponierten sind Exemplare einer Gattung, Varietäten des Homo sapiens, wie sich Brehmer ausdrückt, deren Schicksal sich schon lange vor den ersten Anzeichen der Schwindsucht in deren Körper eingeschrieben hat. Diese besondere und geschwächte Rasse verlangt nach besonderen Orten und entsprechender Lebensweise unter ärztlicher Dirigentschaft, um der schicksalhaften und finalen Katastrophe zu entgehen; um den in der Disposition sich bereits ankündigenden Tod aufschieben zu können. Die Disposition zur Schwindsucht ist menscheitsübergreifend; sie ist nicht an bestimmte Kulturen und Völker gebunden, und daher lassen sich die entsprechenden therapeutischen Mittel für solcherart Gezeichnete eigentlich leicht ermitteln. Dort, wo seit Jahren keine Phthisis aufgetreten ist, müssen besondere Verhältnisse herrschen, die dem phthisischen Habitus und seiner abnormen inneren Organisation entgegenkommen. Als Orte der Therapie sind diejenigen zu wählen, in denen auch der Disponierte gesund leben kann – Brehmer nennt sie „tuberkuloseimmun“. Ernährung und besondere Lebensweise stellen den zweiten bedeutenden Faktor neben den speziellen Eigenschaften des Klimas und den meteorologischen Bedingungen dar. Vorerst scheint der Wille zum Wissen befriedigt, der Arzt, soweit er das Regime über die Disponierten ergreift, in der Lage, der Todesdrohung der Schwindsucht begegnen zu können. Doch so sichtbar die Ursache der Phthise ist, so wenig ist über die Kräfte bekannt, die diese spezielle Varietät des Menschen erzeugen; denn für den ausübenden Arzt ist „nicht die Frage von grösster Wichtigkeit, *worin besteht* die Disposition, sondern *wie entsteht* die Disposition.“¹⁵

Erst dann, wenn sich die unheilvollen Kräfte entbergen, die den Disponierten geformt und mit dem Stigma eines abnormen Habitus gezeichnet haben, kann der langwierige Weg der Krankheit entdeckt und entwirrt werden. Wenn es um die Vorgeschichte der Krankheit geht, muß der Arzt nochmals andere Techniken und Verfahrensweisen einsetzen, die die Erhebung des *status praesens* zu übersteigen vermögen: Er wird den Weg über die Aussagen des bereits Erkrankten nehmen, um die wahren und ursprünglichen Kräfte, die die Phthisis hervorgerufen haben, zum Erscheinen zu bringen. Eine derartige Anamnese bringt folgendes an den Tag:

„Herr Schl..., 21 Jahre alt; sein Vater ist Arzt. 64 Jahre alt, gesund, dessen Eltern sind alt geworden, drei ihrer Kinder sind gross geworden. Seine Mutter ist 56 Jahre alt, sehr nervös und anämisch; deren Eltern sind alt gestorben und hatten 8 Kinder. Die Mut-

15 Hermann Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 156 (Hervorhebung im Original).

ter des Patienten ist das jüngste Kind. Seine Eltern haben 6 Kinder, das erste ist jetzt 35 Jahre alt, hat 1866 meine Anstalt wegen Phthisis pulmonum besucht und ist geheilt worden; auch an der Lunge gesund geblieben, wurde jedoch 1875 geisteskrank, unheilbare religiöse Melancholie; das zweite Kind pflegte die Schwester und starb, 24 Jahre, ebenfalls geisteskrank; das dritte Kind, 30 Jahre alt, ist Arzt und hat als solcher beim Militär gedient; das vierte, 25 Jahre alt, ist wegen Schwäche nicht Soldat gewesen; das fünfte ist 23 Jahre alt, bisher gesund und – Patient ist das sechste Kind. Er ist als Kind kräftig gewesen, hat Masern und Scharlach überstanden, ist im 16. und 17. Jahre schnell gewachsen. Ostern 1886 fing er, bald nach dem Abiturienten-Examen, an zu husten, fieberte dabei bis auf 39°, meist täglich Schüttelfrost (...) [es folgen die diagnostischen Daten].“¹⁶

Ausgehend vom phthisischen Habitus, dem ein unscheinbarer Anlaß ausgereicht hat, um in eine manifeste Schwindsucht umzuschlagen, führt die Spur der Krankheit zurück in eine Reihe von Phänomenen, in die er eingebettet ist: hohe Kinderzahlen, eine bestimmte Position in der Reihe der Kinder, Verteilungen des Kräftigen und des Geschwächten unter Vorfahren und Geschwistern, Ankündigungen der Schwäche, die in anderen Erkrankungen ihren Ausdruck finden, eine nervenschwache Mutter und zwei geisteskrankte Geschwister. Andere Anamnesen zeigen weitere Vorzeichen der Phthise: phthisische Eltern, phthisische oder scrofulöse Geschwister, „nie starker Esser gewesen“, Herzpalpitationen oder andere, allgemeine Anzeichen der Körperschwäche in der Jugend („nie den Dauerlauf ausgehalten“), bei Frauen Geburten und das Stillen von Säuglingen, und unscheinbare Erkältungen oder Katarrhe, die der längst angekündigten Schwindsucht endlich zum Durchbruch verhelfen.¹⁷

Allzu offenkundig verdankt sich die Schwindsucht, die in Form einer Geschichte der schwächenden Momente geschrieben wird, einer familialen Genealogie. Wenn die Anamnesen all die krankheitsförderlichen Kräfte zum Erscheinen bringen, denen der Kranke zu irgend einem Zeitpunkt unterlegen ist, so scheinen sie nur eine Erklärung zuzulassen: die Schwindsucht ist erblich. Wenn nicht die Krankheit selbst von den Eltern an ihre Nachkommen direkt weitergegeben wird, so ist jedenfalls die Disposition zur Schwindsucht Produkt einer erblichen Belastung. Denn der Mensch „ist in erster Linie das Product seiner Zeugung und in zweiter Linie das der auf ihn einwirkenden Verhältnisse“¹⁸. Das massenhafte Auftreten der Schwindsucht in bestimmten Familien ebenso wie ihr unvermitteltes Auftreten in

16 Ebd., 16 f.

17 Vgl. ebd., 16–23, sowie Brehmer, Lungenschwindsucht, wie Anm. 14, 221–230.

18 Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 157.

vormals gesunden Familien verweist auf einen dunklen Punkt, der meist schon vor der Geburt liegt.

Dabei sind es nicht nur die unmittelbaren körperlichen Defekte der Eltern, die über unkluge Zeugungsakte ihre Fortsetzung in der Nachkommenschaft finden, sondern auch deren verfehlte Lebensweisen, die von derart geschwächten Eltern keine gänzlich ungezeichnete Deszendenz erwarten lassen. Werden einerseits diejenigen selbst schwindsüchtig, die „durch Krankheit oder ihre Lebensweise die Disposition erhalten resp. sich selbst verschafft haben“, da „alle Umstände, die eine andauernde Schwächung des Organismus bedingen, zur Phthise führen können“¹⁹, so handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle doch darum, daß sich eine solche Schwächung nicht unmittelbar im selben Leben niederschlägt, sondern sich demjenigen, das aus ihm hervorgeht, einpflanzt. Bei aller scheinbaren Unmotiviertheit ihres Auftretens folgt die Schwindsucht doch einem Naturgesetz, dessen Kenntnis auch eine prognostische Kraft innewohnt; „denn es handelt sich bei der Schwindsucht nicht bloß darum, dass sie chronisch verläuft, dass ihr Anfang ein unmerklicher ist, sondern dass sie nie einen wirklich gesunden Menschen befällt, ja sogar, dass wir auf Grund der oben angeführten Fälle in mehr als 90 p Ct. aller Schwindsuchtsfälle auf mehrere Jahre im Voraus hätten sagen können, in der betreffenden Familie werde Phthisis auftreten und gerade *das* Mitglied werde mit grösster Wahrscheinlichkeit phthisisch erkranken und die Anderen gesund bleiben.“²⁰

Diese Ansicht von der Heredität (Vererblichkeit) der Phthise ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts allgemein verbreitet und gültiges Dogma, zumal und gerade weil man sich gegen die Idee der Kontagiosität (Ansteckungsmöglichkeit) verwahrt, die bereits existiert hatte, nun jedoch als Bestand der alten, unwissenschaftlichen Medizin des 18. Jahrhunderts diskreditiert ist.²¹ Kliniker wie Nothnagel oder Chodounski hängen der Hereditätslehre an, und auch die Entdeckung des Tuberkelbazillus vermag sie vorerst nicht ins Wanken zu bringen. Koch selbst stellt zur Frage der Erblichkeit fest: „Nach meinem Dafürhalten findet die hereditäre Tuberkulose am ungezwungensten ihre Erklärung, wenn angenommen wird, dass nicht der Infektionskeim selbst, sondern gewisse Eigenschaften,

19 Ebd., 202.

20 Ebd., 188 f. (Hervorhebung im Original).

21 E. H. Ackerknecht, Anticontagionism between 1821 and 1867, in: Bulletin of the History of Medicine 23 (1948), 526–593. Vgl. auch: Owsei Temkin, An Historical Analysis of the Concept of Infection, in: Studies in Intellectual History, Baltimore 1953, 123–147; sowie Elizabeth Lomax, Hereditary or Acquired Disease? Early Nineteenth Century Debates on the Cause of Infantile Scrofula and Tuberculosis, in: Journal of the History of Medicine 32 (1977), 352–374.

welche die Entwicklung der später mit dem Körper in Berührung gelangenden Keime begünstigen, also das was wir die Disposition nennen, vererbt wurden.“²² Man findet in statistischen Untersuchungen wie der von Langerhans, der an „belasteten“ Familien einen sechzehnfach höheren Anteil an Tuberkulosemorbidity als an „unbelasteten“ ausweist, die Grundlage dafür, der Tuberkulose ihren infektiösen Charakter vollkommen abzusprechen; und wenn man den Lehren der Bakteriologie positiv gegenübersteht, wird sie als Beweis für eine ausschlaggebende Prädisposition ins Treffen geführt.²³ Jani untersucht die Genitalien chronischer Phthisiker auf ihren Bazillengehalt, wobei er feststellt: „In der That hat die Anschauung, dass alle sogenannte tuberculöse Heredität nur auf einer Infection beruhe, nie rechten Boden gefasst, und auch von kompetenter Seite hat man immer wieder auf die Vererbung dieser Krankheit oder der ‚Anlage‘ dazu als auf eine feststehende Thatsache recurriert.“ Denn „der Räthsel grösstes – die Erblichkeit der Tuberkulose“ scheint ihm nur darin bestehen zu können, daß „eine Uebertragung des tuberculösen Giftes mittelst des Samens auf das Ei“ erfolgte bzw. „das tuberculöse Gift dem Ei sich nähern kann“. Daß die mikroskopischen Untersuchungen ergeben, daß bei Lungentuberculösen auch bei nicht befallenem Urogenitaltrakt einige Bazillen ihren Weg dorthin finden, gilt ihm als Beweis der direkten Erblichkeit.²⁴ Und noch 1900 berichtet zum Beispiel Lyle von einem Fall congenitaler (unmittelbar bei der Geburt bestehender) Tuberkulose, die als nichts anderes genommen werden kann denn als Beleg für ihre Erblichkeit.²⁵ Zugleich läßt sich die „Disposition“ leicht in eine „Empfänglichkeit“ übersetzen, und man spricht nun von der Vererbung eines „locus minorae resistentiae“, einem „fehlerhaften Bau“, der „hereditär widerstandsunfähig“ ist.²⁶

Ein solches schlechtes Erbe, das sich in die unschuldige Physiologie eingeschrieben hat, stellt die gesamte Existenz unter andere Vorzeichen und macht zum

22 Robert Koch, Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte, Bd. 2, Berlin 1884, 86; zit. n. Karl Turban, Die Vererbung des Locus minorae resistentiae bei der Lungentuberkulose, in: Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1 (1900), 30–38 und 123–129, hier 30.

23 Curt Jani, Ueber das Vorkommen von Tuberkelbazillen im gesunden Genitalapparat bei Lungenschwindsucht mit Bemerkungen über das Verhalten des Fötus bei acuter allgemeiner Miliartuberkulose der Mutter, in: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 103 (1886), 522–543, hier 525 f.

24 Jani, Vorkommen, wie Anm. 23, 541.

25 Benjamin F. Lyle, Congenital tuberculosis, in: Philadelphia Medical Journal, 4. August 1899, in der Rezension von G. Mannheimer in: Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1 (1900), 428 f.; ebenso Demme, zit. n. Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 197.

26 Karl Turban, Die Vererbung des Locus minorae resistentiae bei der Lungentuberkulose, in: Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1 (1900), 30–38 u. 123–129, hier 128 f.

Angehörigen einer Klasse, die nur noch unter der wachenden Schirmherrschaft der Ärzte ihr Leben erhalten kann. „In der That zwingt mich meine Erfahrung zu der Ansicht, dass eine stark hereditäre Anlage, namentlich von Seiten der mütterlichen Familie, die gespannteste Aufmerksamkeit, nicht nur während der ersten dreissig Jahre, sondern von der Kindheit bis zum Alter verlangt, denn das Alter schützt nicht vor Phthise.“²⁷ Freilich ist diese schleichende Arbeit der Schwindsucht umso gefährlicher und das ungeschützte Leben umso bedenklicher, da man weiß, „dass Schwindsucht es liebt eine Generation zu überspringen“²⁸. Und sie ist in ihrer heimlichen Vorbereitung in den Körpern nicht daran gebunden, bereits einmal erschienen zu sein – sie nimmt ihren Verlauf auch über den Umweg anderer schwerer Krankheiten, die ihrerseits in ihrer stillen, chronischen Entwicklung und ihrem unabwendbar verhängnisvollen Charakter der Schwindsucht gleichen. Die Schwindsucht wird als Folgeschaden aufgefaßt – als syphilitischer Folgeschaden (von Fournier²⁹, Dominici und Spengler³⁰), oder als Folgekrankheit der Nervenschwäche (von Krafft-Ebing).³¹

Die Figur, die diese Betrachtungsweisen unmittelbar in der medizinischen Theorie verankert und ihnen ihr rationales Fundament und ihre wissenschaftliche Fortschrittlichkeit verleiht, ist die der Degeneration. Die Medizin der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die sich von den alten Spekulationen befreien wollte, gab der Krankheit eine neue allgemeine Gestalt, die sich direkt aus der Sichtbarmachung erkrankter Gewebe ergab; eine Gestalt, die nicht mehr abseits des Lebens existierte und zu ihm trat, sondern Element eines zum Verfall bestimmten Lebens selbst war. „Die Abweichung im Leben gehört dem Leben an: aber einem Leben, das auf den Tod zugeht. Deswegen ist der Begriff der Degeneration für die pathologische Anatomie so wichtig geworden.“³² Sie ist die pathologische Dimension der Gewebestruktur, sie gehorcht Gesetzen, die es zu entdecken und genau zu

27 Hermann Weber, Vorträge über die hygienische und klimatische Behandlung der Chronischen Lungenphthise. Deutsche Ausgabe von Dr. Hugo Dippe, Leipzig 1886, 33.

28 Brehmer, Lungenschwindsucht, wie Anm. 14, 33.

29 A. Fournier, La Syphilis héréditaire tardive, 516, zit. n. Alain Corbin, Die erbliche Syphilis oder die unmögliche Erlösung. Ein Beitrag zur Geschichte der Erbkrankheiten, in: Wunde Sinne. Über die Begierde, den Schrecken und die Ordnung der Zeit im 19. Jahrhundert, Stuttgart 1993, 125–159, hier 139.

30 Dominici, Zeitschrift für Tuberkulose 14, H. 1; Spengler, Tuberkulose und Syphilis, Davos 1911, beide zit. n.: I. W. Samson, Prostitution und Tuberkulose. Klinische und sozialmedizinische Untersuchungen, Leipzig 1921, 57.

31 Richard Freiherr v. Krafft-Ebing, Über gesunde und kranke Nerven, Tübingen 1885, 73.

32 Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt am Main 1988, 196.

beschreiben gilt. In einem Verfallsprozeß führt sie die Gewebe auf immer niedrigere Organisationsebenen und mündet in deren Selbstzerstörung; den Paradefall dieses Prozesses findet man in der tuberkulösen Degeneration. Sie bezeichnet eine globale Schwächung, die das Leben dem Tod näherbringt, da anatomische oder funktionelle Veränderungen an den Organen eintreten, und sie bezeichnet zugleich eine Entfernung des Lebens von einem Naturzustand, die in einer Veränderung der Gewebe mündet³³: „(...) die Krankheit ist nur mehr die pathologische Form des Lebens. (...) Die Phänomene der Krankheit sind Ausprägungen des kranken Lebens.“³⁴ Nimmt diese Krankheitsauffassung die pathologische Anatomie, die in der spezifischen Erkenntnismaschinerie der Klinik sichtbar wird, zum Ansatzpunkt und diagnostiziert die typischen Merkmale des geschädigten, empfänglichen, (prä)disponierten, degenerierten Organismus, so kommt sie zugleich nicht um die Praktiken des Lebens herum; denn in ihnen ist der Keim der immer neuen Degeneration geborgen – der Organismus ist degeneriert, doch die Praktiken – sowohl die des Einzelnen, seine kleinen Heimlichkeiten, wie die der Kultur insgesamt – sind degenerativ. Es handelt sich bei der Figur der Degeneration also um eine, die zur Erklärung der Erkrankungen beiträgt, die aber auch ihre Ausweitung unterstützt, als die Medizin in der Zeit ihrer umfassenden Erneuerung ihre Wissenschaftlichkeit nicht zuletzt dadurch untermauert, daß sie den Evolutionismus in ihr Gebäude integriert.³⁵ Brehmer ist durchaus auf der Höhe seiner Zeit, als er, gestützt auf Darwin und Spencer, die Weitergabe einer im Leben erworbenen Anpassung an die Nachkommen argumentiert, und ebenso alle anderen, die es mit ihm tun. So kann der „Mensch mit dem phthisischen Habitus“ als Varietät des *Homo sapiens* erscheinen oder der „Thorax paralyticus“ als „Thorax europaeus angustus“ – „das allmählich entstandene Produkt misslicher, im Gefolge der ‚Kultur‘ unausbleiblicher Übelstände.“³⁶

Darüber hinaus haben schon längst bestimmte Fälle von Schwindsucht die Aufmerksamkeit auf sich gezogen, die sich nicht in einem unvermittelten Auftreten erschöpfen, sondern auf ein prekäres Naheverhältnis der Körper hinweisen. Nicht nur die „engen Beisammenwohnungen“, die sich in den unteren Volksschichten so häufig finden und als Brutstätten der Schwindsucht gelten, sind verdächtig,

33 Ebd., 169 f.

34 Ebd., 167.

35 Georges Canguilhem, *Macht und Grenzen der Rationalität in der Medizin*, in: *Grenzen medizinischer Rationalität. Historisch-epistemologische Untersuchungen*, Tübingen 1989, 41–68; hier 48.

36 Franz Koch, *Über die Genese und Prophylaxe der mechanischen Disposition der Lungenspitzen zur Erkrankung an tuberkulöser Phthise*, in: *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung* 13 (1909), 65–81; hier 68.

sondern auch eine allzu große Intimität: bei einer schwindsüchtigen Hebamme, die den Kindern Luft in den Mund einbläst, sterben die Kinder; andere gehen zugrunde, nachdem sie von einer schwindsüchtigen Amme gestillt wurden. Eine schwindsüchtige Mutter küßt ihr Kind, worauf es bald der Phthise erliegt; ein jüdisches Kind stirbt nach der Beschneidung an galoppierender Schwindsucht.³⁷ So fühlen sich die Ärzte verpflichtet, in die unscheinbaren, privaten und intimen Umgangsweisen der Menschen einzugreifen. „Nicht ohne Grund haben die Aerzte das Küssen zwischen schwindsüchtigen Patienten und Anderen verboten.“³⁸

Diese gefährlichen Intimzonen verbinden sich mit einem anderen Verdacht und verdichten sich zu einer unentwirrbaren Figur: die Schwindsucht siedelt sich in einer diffusen, wenn auch deutlichen Nähe zur Syphilis an, die beiden großen Krankheiten scheinen einander anzuziehen und anzufachen. Sie stehen in den medizinischen Diskussionen unter denselben Vorzeichen, es sind dieselben Fragen, die man an sie richtet und auf die ihr fortschreitendes Studium Antworten liefern soll. Man hat ihre wechselseitige Wirkung in Krankheitsentstehung und -verlauf genau verfolgt, man hat Tuberkulöse antisiphilitischen Kuren unterzogen und Syphilitiker antiphthisischen Kuren unterworfen.³⁹ Doch ebenso, wie sich die beiden Krankheiten gegenseitig anheizen, können sie einander auch abschwächen: Portucalis hat vorgeschlagen, Tuberkulöse mit dem Serum von Syphilitikern im dritten Stadium zu behandeln.⁴⁰ Nach dem Aufkommen der Bakteriologie hat man in der Debatte um das Verhältnis von Erblichkeit, Kontagiosität und Disposition zur Schwindsucht die Syphilis als Vergleichsmaßstab herangezogen.⁴¹ Schließlich hat man den „Luisch-Tuberkulösen“ gekannt und nicht gezögert, vorzuschlagen, die Lungentuberkulose als „venerische Krankheit“ zu führen.⁴² Denn die Übertragung der Lungentuberkulose „kann unmittelbar durch den geschlechtlichen Verkehr erfolgen“⁴³, und die Gefahr zu beiden Krankheiten wie insbesondere zu ihrer Verknüpfung

37 Weber, Vorträge, wie Anm. 27, 23 f.

38 Ebd., 26.

39 I. W. Samson, Prostitution und Tuberkulose. Klinische und sozialmedizinische Untersuchungen, Leipzig 1921, 52 ff.

40 Portucalis, Syphilis et Tuberculose, in: Zeitschrift für Tuberkulose 1 (1900), 112–115 u. 199–202.

41 So etwa Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 34–40, der sich seinerseits auf Virchow, Baumgarten und Sée berufen kann.

42 Samson, Prostitution, wie Anm. 39; er bezieht sich seinerseits auf Spillman, Conference du Bureau Central International pour la Lutte contre la Tuberculose, in: Tuberculosis 10 (1905).

43 C. Gerhardt, Über Eheschliessung Tuberkulöser, in: Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1 (1900), 275–282, hier 277.

häuft sich bei denjenigen, die „wildesten, sexueller Promiscuität huldigen“. ⁴⁴ Und hier kennt man ein weiteres empirisches Faktum, das keiner eingehenderen theoretischen Begründung bedarf: „Es ist eine bekannte Thatsache, dass tuberculöse Männer meist mit sehr regem Geschlechtstrieb ausgestattet sind.“ ⁴⁵ Doch die „excesse in venere“ als solche gelten zugleich seit jeher als schädliche Momente für denjenigen, der sich ihnen aussetzt – sie führen unmittelbar zu anatomischen oder funktionellen Störungen. ⁴⁶ Und so ist es nur eine Zügelung des Triebs, die dem fortschreitenden Unheil Einhalt gebieten kann.

Doch zuallererst gilt diese Selbstzügelung der Familienerhaltung. Wenn auch die intime Nähe der geteilten Bettstatt die Schwindsucht mit hoher Wahrscheinlichkeit überträgt, so handelt es sich doch nicht zuletzt um die Frage der Kinderzeugung. In einer allgemeinen Schwächungslehre laufen alle Vermutungen und Verdachtsmomente, die den Ausbruch der Schwindsucht betreffen, am Ort der Familie zusammen, der in mehrfacher Weise die Krankheitsverschuldung, die Produktion und die Weitergabe des Pathogenen angelastet wird. Zum einen rufen bestimmte unvorsichtige und unverständige Praktiken das Übel hervor, welches, wenn nicht ärztliche Vernunft es unterbindet, weitergegeben wird: Ihre allgemeinste, unspezifischste und unverdächtigste Figur findet die ungewollte Vorbereitung der Phthise in der Kinderzahl einer Familie, denn jede Geburt schwächt die Mutter, und eine hohe Geburtenzahl schwächt die spätgeborenen Kinder. „Die Prophylaxis der chronischen Schwindsucht muss also mit den Eltern und durch die Eltern beginnen, indem diese maasshalten mit Erzeugung der Kinder, so dass in den Familien ein zu zahlreicher Kindersegen vermieden wird und ebenso vermieden wird, dass in zwei Jahren oder weniger mehr als zwei Kinder geboren werden. Dies ist die wichtigste Prophylaxe, die wir noch jetzt treiben können, und welche ganz speciell gesunde Familien treiben müssen; denn nur durch Ignoriren derselben ist die chronische Lungenschwindsucht wohl erst in die Welt gekommen.“ ⁴⁷ Zum anderen wird ein bereits vorhandenes schlechtes Erbe hier von Generation zu Generation weitergegeben, es pflanzt sich in den unschuldigen Körpern der Nachkommenschaft fort, dringt in die gesunden Familien ein und breitet sich im Volkskörper aus.

In dieser Furcht vor der „Entartung“ begegnen die ärztlichen Theorien einer Sorge des Bürgertums um die Reinhaltung seiner Stammbäume. Die Gefahr, die guten Voraussetzungen seiner Kinder unwiederbringlich zu verspielen, macht den

44 Samson, Prostitution, wie Anm. 39, 108.

45 Gerhardt, Eheschliessung, wie Anm. 43, 279.

46 So etwa bei Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 191.

47 Ebd., 207.

bürgerlichen Familienvater zu einem Strategen der Rasse: „Ein Mann, der sich hüten würde, seine Eselsstute von einem Beschäler schlechter Aufzucht oder niederer Rasse decken zu lassen, gibt seine Tochter dem Sohn von Krebskranken, Tuberkulösen oder Geistesgestörten.“⁴⁸ Die „belasteten“ Familien mit ihren „gefährdeten“ bzw. „verdächtigen“ Deszendenten werden zu zentralen Objekten der Aufmerksamkeit, zumal die degenerativen Erscheinungen auf vielfältige Weise miteinander verwoben sind und sich in jede Richtung verwirklichen können; so etwa die Trias „Blutarmuth, Nervosität und Schwindsucht“, die Krafft-Ebing benennt. Und immer wieder kehrt die Sorge zurück zu den unscheinbaren Verfehlungen in der Lebensführung, die das Übel laufend aufs neue in die Welt setzen und die Sünden des Einzelnen in die Natur verlagern. Diese Sorge betrifft die Schwindsucht in gleichem Maß wie die Syphilis und die Nervenkrankheiten, anhand derer sie so schlagend formuliert wird: „Ein unerbittliches biologisches Gesetz ist das der Vererbung. Unsere Lebensweise ist entscheidend für das Lebensglück unserer Nachkommen. (...) ‚Ich werde die Sünden Eurer Väter an Euch rächen bis in's dritte und vierte Glied!‘“⁴⁹ Ganz offensichtlich muß eine wache Aufmerksamkeit alles verhindern, was der Degeneration Vorschub leisten kann, und insbesondere der ungezügelte, nur nach den Gesetzen der Leidenschaft vollzogene Sexualverkehr muß einer weisen Regulierung der Triebe weichen. In ihr liegt die erlösende Kraft gegen die überwältigenden Drohungen, denen das Leben ausgesetzt ist.

Wenn sich Ärzte mit der Ehe Tuberkulöser beschäftigen, geht es ihnen um die Bannung der Gefahren für den Einzelnen, aber noch mehr für seine Nachkommen und für den Volkskörper insgesamt, durch eine eingreifende Vernunft. Durch die Regulierung der Ehe erhofft man sich eine effektive Neukodierung von Liebe, Zeugung und „thierischem Trieb“ (Brehmer). Neben der allgemeinen Anzeigepflicht, mittels derer man Tuberkulose gänzlich aus dem Verkehr ziehen könnte⁵⁰, diskutiert man das Eheverbot: „Es ist unsere Pflicht das Heirathen schwindsüchtiger Personen oder solcher, die, wenn auch selber nicht phthisisch, doch aus einer stark belasteten Familie stammen, so weit es in unserer Macht liegt, zu verhindern.“⁵¹ Als Brennpunkt der herrschenden legitimen Sexualorganisation bietet die Ehe den

48 Dr. E. Laurent, Die erbliche Syphilis, zit. n. Alain Corbin, Wunde Sinne, wie Anm. 29, 125–159, hier 148.

49 Richard Freiherr v. Krafft-Ebing, Nervosität. Populärer Vortrag, Graz 1884, 22.

50 Vgl. zur vehementen Forderung der Anzeigepflicht u. a. L. von Schöttler, Ueber Anzeigepflicht bei der Tuberkulose. Referat zu Nummer 2 der Tagesordnung der VI. Intern. Tuberkulose-Konferenz in Wien, in: Festschrift enthaltend Arbeiten über Tuberkulose, Wien u. Leipzig 1907, 446–450.

51 Weber, Vorträge, wie Anm. 27, 27.

Ansatzpunkt, um den sich die sexuellen Praktiken organisieren und überwachen lassen; sie ist in der Lage, besonders den jungen Mann, der in erster Linie „Sämann“ ist, durch einen geregelten Lebenswandel vor den Gefahren eines ungezügelter Sexuallebens zu bewahren;⁵² sie bietet die Möglichkeit, die Frau vor besonderen Schädlichkeiten zu schützen. Hier ist der strategische Punkt, an dem sich alles verschaltet: „Die Gefahren, welche die Ehe Tuberkulöser bedrohen, betreffen beide Teile, lasten jedoch viel schwerer auf Seiten der Frau. Da handelt es sich um die Übertragung der Tuberkulose von einem der Eheleute auf das andere, um den Einfluß gesteigerter Geschlechtsfunktion auf Fortschreiten bestehender oder anscheinend geheilter Tuberkulose, insbesondere um die Einwirkung der Schwangerschaft, Wochenbett und Stillen etc. auf bestehende Tuberkulose der Mutter, um die voraussichtliche Beschaffenheit des Nachwuchses und noch eine Anzahl sich anschließender Nebenfragen.“⁵³ Die Ansteckungsfähigkeit Tuberkulöser, die man in den Jahren nach der Kochschen Entdeckung zunehmend anerkennt, trägt zu dieser Sorge nur bei.

Immer wieder widmen sich Ärzte der Frage der Organisierbarkeit des Geschlechtslebens, und immer wieder stellt sich die Frage nach dem schwierigen Verhältnis zwischen Selbstdisziplin der Betroffenen und Überwachung. Welches Maß an Einsicht kann man von der Bevölkerung erwarten? Wen soll ein derartiges Verbot treffen? Wer könnte ihm entgehen? Sicher betrifft ein Regulativ die Bedingungen, unter denen eine Ehe von Schwindsüchtigen geführt werden kann: „Einmal sollte die Ehe mit einer notorisch Tuberkulösen sicher eine platonische vorläufig bleiben.“⁵⁴ Es bezieht sich auf die Bedingungen, unter denen eine unbedenkliche Ehe eingegangen werden kann und auf die Vorsichtsmaßnahmen, die dazu notwendig sind: „Das mindeste, was man verlangen muss, ist meiner Ansicht nach, dass jemand, der tuberkulös gewesen ist, mindestens ein Jahr lang gesund gewesen sei, ehe er heirate.“⁵⁵ Freilich reicht es nicht aus, auf die Einsicht des Einzelnen zu vertrauen und das Regulativ nur auf diejenigen zu erstrecken, bei denen die Krankheit bereits manifest geworden ist; es hat, um wirklich wirksam werden zu können, auch noch die „Verdächtigen“ miteinzubeziehen. Die Pflicht der Ärzte wird zum Dienst an den Familien und am Staat, der die Ärzte an der Spitze positioniert, wenn es um eine ubiquitäre Kontrolle geht, der sich niemand mehr entziehen kann: „Es muß dahin kommen, dass alle, die sich vermählen wollen, von staatlich angestellten und

52 Gerhardt, Eheschliessung, wie Anm. 43, 280.

53 Ebd., 276.

54 Ebd., 278.

55 Ebd., 279.

vereideten Ärzten genau auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden, und alle Personen mit schon lädiertes Lunge ist die Heiratserlaubnis zu versagen!“⁵⁶ Doch welche unbeabsichtigten Effekte kann eine derart drakonische Maßnahme mit sich bringen? Wird sie die außerehelichen Verhältnisse vermehren? Wie hart sollen die Eingriffe sein, die der ‚Unvernunft‘ des Volkes, insbesondere des ‚niederer‘, begegnen? Soll man erwägen, manifest tuberkulöse Männer durch Kastration unschädlich zu machen?⁵⁷ Viel nützlicher wird es sein, die Überzeugung in die Massen hineinzutragen, daß das geschlechtliche Zusammenleben mit Schwindsüchtigen große Gefahren in sich birgt. Zumindest aber sollen, als abgeschwächtes Eheverbot, Verlobungen den Brautleuten das Recht einräumen, die Beibringung eines Gesundheitszeugnisses zu verlangen, und als abgeschwächte Anzeigepflicht soll den Ärzten ein Anzeigerecht eingeräumt werden.⁵⁸ Mag es auch zutreffen, daß eine zölibatäre Lebensführung einen bereits Schwindsüchtigen zusätzlich schwächt⁵⁹, oder daß eine unerfüllte Liebe einen Kummer auslöst, durch den man bis zum Ausbruch einer Schwindsucht hin ausgezehrt wird⁶⁰ – bei all diesen Bedenken bleibt der Standpunkt der Ärzte doch klar: „Hier heisst es zum Segen der Menschheit: principii obsta. (...) Denn es wird vielfach systematisch Befriedigung der Sinneslust mit Liebe identificirt.“⁶¹

Die verfehlte Triebökonomie, die sich nie abseits der Bevölkerungspolitik ansiedelt, wird zu einem globalen Argument, das niemals fehlschlägt: Als Brehmers Theorie der „immunen“ Orte angegriffen wird, indem man ihm entgegenhält, an derartigen Orten seien durchaus schon Fälle von Schwindsucht beobachtet worden, zögert er nicht, zu deren Erklärung inzestuöse Verhältnisse in den Bauernfamilien – „das Heirathen innerhalb eines engen Kreises“ – heranzuziehen.⁶²

In der Anamnese verwandelt sich der Schwindsüchtige vom Exemplar einer Gattung (phthisischer Habitus) zu einem Fall, an dem die Verfehlungen der Vorfahren und die krankmachenden Kräfte der Familie sich zu erkennen geben. Doch

56 Täschner, Die Bekämpfung der Lungenschwindsucht und Nutzlosigkeit der sog. Lungenheilstätten, zit. n. der Kritik von Th. Sommerfeld, in: Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen 1 (1900), 156 f.

57 Moriz Benedikt, Tuberkulosefragen. Separat-Abdruck der Wiener Medicinischen Presse, Wien 1902, 23.

58 Benedikt, Tuberkulosefragen, wie Anm. 56, 24 f.

59 Gerhardt, Eheschliessung, wie Anm. 43, 282.

60 Brehmer, Therapie, wie Anm. 3, 160; Peter Dettweiler, Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i. T., Berlin 1880, 20.

61 Brehmer, Therapie, wie Anm. 11, 182.

62 Ebd., 239 f.

damit ist noch nichts über den Charakter des Patienten gesagt, nichts über die Gründe, die ihn in die Krankheit trieben und vor allem noch nichts über seinen Willen zu gesunden. Dazu muß die volle kranke Individualität zur Erscheinung gebracht werden, indem sich die charakterologischen und moralischen Defekte zu erkennen geben. „Genaue Kenntnis des Charakters seines Kranken ist aber dem Arzte unerlässlich, und ich strebe nach einer solchen von der ersten Begegnung an, denn ‚der Mensch stirbt an seinem Charakter‘. Ich veranlasse daher in der ersten Empfangs- und Untersuchungsstunde den Patienten zu einer ausführlichen Darlegung seines ganzen Lebenslaufes.“⁶³

Der Arzt urteilt über die Einstellung des Kranken zur Heilbehandlung, über dessen moralische Möglichkeiten und Willensbekundungen, die Führerschaft des Arztes anzuerkennen. Wird der Kranke die Anstaltsregeln und das moralische Regime nicht nur den ärztlichen Weisungen entsprechend ausführen, sondern darüber hinaus die diätischen Prinzipien inkorporieren? Oder ist der Patient eine Person, die der steten Überwachung durch den Arzt bedarf? Handelt es sich beim Kranken wirklich um einen verständigen, oder um einen unverständigen Patienten? Die Anamnese erbringt hier eine zusätzliche Leistung und ermöglicht dem Arzt seine Position als Erzieher:

„Die Erzählung, die ich absichtlich durch Zwischenbemerkungen erweitere, und oft auf scheinbar abliegende Gebiete lenke, gestattet einen merkwürdigen Einblick in die Anschauungsweise, den Bildungsgrad und Gang des Betreffenden. Es wird dem praktischen Psychologen oft aus den kleinsten Äußerungen, aus der Wiedergabe besonderer Vorfälle, dem Verweilen bei Nebensächlichen, aus der klaren und verworrenen Erinnerung und Verknüpfung der Erlebnisse und gesamten Lebensschicksale offenbar, ob er es mit einem folgerichtig denkenden, zielstrebigem oder mit einem schwachen, confusen Kopfe zu thun hat. Es entrollen sich da oft prächtige Bilder einer vollen, geschlossenen Individualität, die nur dem Uebermaass der gegnerischen Kräfte erlegen ist, und der man nur die Marksteine zu zeigen braucht, um sicher zu sein, dass sie den richtigen Pfad weiter wandelt; noch häufiger aber auch solche, welche die psychopathische Linie streifen oder auch überschreiten. – Wie kann ich glauben, das Denk- und Schlussvermögen eines Menschen durch eine kurze und präcise Anordnung und Zurechtweisung corrigiert zu haben, der mich mit den unglaublichsten Schlüssen traktiert! Wenn ich von einem solchen beispielsweise hören muss: ‚Herr Doctor, ich gebe Ihnen die heiligste Versicherung, dass ich nicht einen Tropfen Weisswein vertrage, ich bekomme unweigerlich sofort Blutspucken darauf.‘ – Nun und Rothwein? ‚O, davon kann ich trinken, soviel ich will.‘ Dann weiss ich, dass ich von der Zuverlässigkeit der Beobachtungen dieses Mannes gar nichts zu halten, dass ich mich in jedem Falle auf die meinigen zu verlassen habe. Oder aber, um noch Kleineres, oft

63 Dettweiler, Behandlung, wie Anm. 59, 34 f.

Erlebtes zu bringen, wenn ein Anderer, der mit der grössten Spannung in das Untersuchungszimmer getreten ist, dann während der wichtigsten Auseinandersetzung über seine Krankheit und das einzuhaltende Verfahren unablässig mit den Augen einem verlorenen Hemdknopfe nachirrt, so ist klar, dass ich es mit einem Menschen zu thun habe, den der geringste Zwischenfall von dem beabsichtigten Ziele ablenkt, dass ich ihn stets im Auge behalten, ihn führen muss.“⁶⁴

Der Vorteil der geschlossenen Heilanstalt liegt nicht nur in der Vereinigung sämtlicher therapeutischer Möglichkeiten an einem Ort. Erst die geschlossene Heilanstalt vermag es, den Arzt als „executives Organ“⁶⁵ der Behandlung einzusetzen. Seit Dettweiler genießt der Arzt als „suggestives Therapeutikum“ eine besondere Stellung im Heilgeschehen. Die Überwachung, Disziplinierung und Erziehung der Kranken sind wesentlicher Teil seines Berufes. Ohne die pädagogischen Eingriffe des Arztes sind die anderen Heilmittel wirkungslos:

„Die nach dem heutigen Stand unserer Wissenschaft rationellste, die höchsten Procentsätze von Erfolgen versprechende ist einzig und allein die Anstaltsbehandlung. Die Phthise muss klinisch behandelt werden, d. h. der Arzt darf nicht bloß als Berater im Allgemeinen oder nur in den, dem Patienten angezeigt erscheinenden Fällen seine Rolle spielen, er muss die ganze Lebensführung desselben beherrschen, muss sich verantwortlich fühlen für die stricteste Ausführung aller seiner Anordnungen, er muss die Macht und die Mittel hierzu unbeschränkt in der Hand haben, mit einem Worte, er muss Herr und Leiter in einer, bloß für die speciellen Zwecke wohleingerichteten Anstalt sein.“⁶⁶

Spätestens mit Ausbruch der Phthise hat es der Arzt nicht mehr mit „einem kranken Organ, sondern mit einem kranken Organismus, statt mit einer Krankheit mit einem kranken Individuum zu thun“⁶⁷. Diejenigen Verhaltensweisen und Gewohnheiten, Merkmale mangelnder Widerstandskraft, die es der Schwindsucht ermöglichten, sich einzunisten, werden auch die Kurarbeit hintertreiben. Die vollständige Kenntnis aller kleinen, schmutzigen Geheimnisse, der verrückten Gewohnheiten und der liederlichen Neigungen, wird den Arzt dazu befähigen, die wichtigsten Objekte der Erziehungsarbeit zu identifizieren. An diesen charakterologischen Schwachstellen setzt das moralische Regime ein, denn damit werden erst die Bedingungen für die Kurarbeit hergestellt – sonst würde jede Bemühung, einen Heilvorgang zu initiieren, hoffnungslos scheitern. Driver wird vor den Folgen einer rein me-

64 Ebd., 34 f.

65 Ebd., 30.

66 Ebd., 23.

67 Ebd., 18 f.

chanischen Anwendung der Kurregeln warnen: „Auch diese diätetisch-hygienische Heilmittel können eine zweischneidige Wirkung haben. Je nach dem Maße der Widerstandsfähigkeit, die dem Körper des Kranken noch innewohnt, können sie nützen oder schaden. Darum ist Vorsicht am Platze. Der Arzt muß den Kranken genau und täglich beobachten und muß ihm sagen: heute darfst du dies thun und jenes mußt du unterlassen.“⁶⁸

Wenn die Diagnose den Zustand des Organismus als System von Gewebeschichten im Blick auf die anatomische Pathologie vermessen muß, muß die Anamnese die „wahre Geschichte“ der Krankheit enthalten. Gemeinsam und einander ergänzend erlauben sie es, die Spuren der Krankheit, die Wendungen ihres Verlaufs und ihren Ursprung zu verfolgen. Sie verzeichnen die sichtbaren Krankheitsäußerungen, machen das unsichtbare Innere des Kranken – die Läsionen der Lunge – durch geeignete Techniken sichtbar, und führen die nun manifeste und als Schwindsucht erkannte Erkrankung in den Boden einer Vorgeschichte zurück, die wesentlich zur Erkrankung selbst gehört, ja ihr Wesen offenbaren soll. Diese Vorgeschichte verzeichnet jene Merkmale des Lebens, die in einer langen Reihe von Beobachtungen als diejenigen unter vielen anderen erschienen sind, die am ehesten die spezifische Sprache der Schwindsucht vernehmen lassen. Denn die Wirklichkeit dieser Krankheit, und die jeder anderen Krankheit im Zeitalter der anatomisch-klinischen Medizin, ist an eine grundsätzliche Verschwiegenheit gebunden; wenn sich die Krankheit in der Tiefe der Gewebeschichten ansiedelt, ist sie am lebenden Körper nur anhand besonderer Zeichen zu erkennen.

Gerade anhand der Lungenschwindsucht, die bislang als allgemeiner, diffuser Verfallsprozeß, wie er im alten Krankheitsnamen „Auszehrung“ zum Ausdruck kommt, immer nur über ein unspezifisches Krankheitsbild verfügte, stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Symptom und Zeichen. Hier ist es nicht die Inventarisierung aller Symptome, die mit der Krankheit einhergehen und schließlich in ihrer Gesamtheit deren selbständige Identität ausmachen, die zur Krankheitserkenntnis beizutragen vermag. Vielmehr geht es um jene Elemente unter den Krankheitserscheinungen, die mit Sicherheit Prozesse zu identifizieren erlauben, die allein dieser Krankheit eigentümlich sind und eine unsichtbare Region zugänglich machen: Das Zeichen ist das interpretierte Symptom, es weist auf eine unsichtbare Wirklichkeit hin. Dabei ist dort eine Antwort zu provozieren, wo sich die Krankheit nicht zu Wort meldet. Laennecs Pektoriloquie lieferte (am Beginn des Jahrhunderts) das erste dieser untrüglichen, wenn auch kaum wahrnehmbaren Zeichen der Schwindsucht, das sie mit Hilfe einer spezifischen Technik (der Auskultation)

68 Carl Driver, Die Behandlung der Tuberkulose, in: Gartenlaube (1891), H. 6, 193.

hervorrief; aus den erhorchten Geräuschen schloß man nun auf den unsichtbaren Innenraum des kranken Körpers und fand Hinweise auf die später, bei der Sektion, tatsächlich sichtbar werdenden Läsionen und Gewebeveränderungen.⁶⁹ An deren Seite steht die Erhorchung des Innenraums des Kranken als Charakter, als Sammlung von in die Tiefe seiner Lebensgeschichte gestaffelten signifikanten und asignifikanten Lebensereignissen, durch anamnetische Aussagen und ihre interpretatorische Verdopplung durch den Arzt.

Diese projektive Lektüre, die die Wirklichkeit als eine etabliert, die vorerst im Dunkel der Krankheit und des Lebens verloren ist und durch eine unermüdliche Arbeit an den Tag gebracht werden muß, stützt sich auf die massenhafte Erscheinung der Zeichen. „Im Studium der am häufigsten vorkommenden Phänomene, in der Meditation der Ordnung ihrer Beziehungen und in ihrer regelmäßigen Sukzession findet man die Grundlagen der allgemeinen Gesetze der Natur.“⁷⁰ Die Sicherheit, die die wahren Zeichen zu erkennen gibt und von den trügerischen Erscheinungen scheidet, entspringt der Aufzeichnung von seriellen Beobachtungen, die die Institutionen der Klinik und der Heilstätten ermöglichen. In den Schwindsuchtdebatten ist die Größe der Serien zentraler Streitpunkt und wesentlichstes Wahrheitskriterium; so verfügt etwa Brehmer 1889 über 12.000 Beobachtungsfälle, denen seine Gegner in der Ärzteschaft weit unterlegen sind, und die folglich seine Krankheits-theorie nachhaltig untermauern.⁷¹ So vollzieht sich eine begriffliche Wendung der Wahrheit zu einer Summe von Gewißheitsgraden; sie „hat dem klinischen Feld eine neue Struktur gegeben, in welcher das jeweilige Individuum weniger die kranke Person als vielmehr das pathologische Faktum ist, das bei allen von der gleichen Krankheit Befallenen reproduziert werden kann, und in welcher die Vielfalt von Feststellungen nicht einfach zu Widerspruch oder Bestätigung führt, sondern zu einer fortschreitenden und theoretisch unbegrenzten Konvergenz.“⁷²

Das Allgemeine der Krankheit, ihre spezifischen, nur ihr eigentümlichen Merkmale und Prozesse, findet sich für die „wissenschaftlichen“ Ärzte des 19. Jahrhunderts im Spalt zwischen der Serie der Beobachtungen und der Rolle der Einzelbeobachtung. Am Schnittpunkt zwischen statistischem Kalkül, das die Wahrscheinlichkeiten der Erkrankung und der Krankheitsverläufe aussagt, und der suchenden Zeichendeutung, die der serienweisen Häufung bestimmter Zeichen besondere Aufmerksamkeit schenken muß, da sie aus der Vielzahl der Symptome die aussa-

69 Vgl. Foucault, *Geburt*, wie Anm. 32, 173.

70 Ebd., 116.

71 Brehmer, *Therapie*, wie Anm. 11, 154.

72 Foucault, *Geburt*, wie Anm. 32, 111 f.

gefähigen Zeichen aussortiert, hat der besondere, individualisierte Einzelfall eine doppelte Rolle: er bestätigt die bisherigen Erkenntnisse (Theorien bez. Ätiologie und Therapieformen), und er öffnet den Raum der Deutung, der vertiefte Erkenntnis verspricht. In einer solchen Serie kann der Einzelfall ebenso belanglos sein wie alles zum Kippen bringen. Das Allgemeine der Krankheit findet sich – in einer Bewegung, die zugleich die generellen physiologischen, mechanischen, evolutiven Gesetzmäßigkeiten etabliert – immer schon in der überraschenden, unerwarteten Wendung; seine Emergenz verdankt sich den Erhärtungen des gehegten Verdachts ebenso wie den Erschütterungen des Bildes, das nach der Glättung seiner Oberfläche dann umso klarer sichtbar wird.

Der Einzelfall ist somit etwas grundsätzlich anderes als das Einzigartige, das die Botanik, die Zoologie und die werdenden Wissenschaften vom Menschen im 18. Jahrhundert beherrscht und geleitet hatte. Sowohl verschieden als auch getrennt von allen anderen Erscheinungen, deren Einordnung in ein sie organisierendes System bereits gelungen ist, hat das Einzigartige dort die Natur in ihrem Widerstand gegen die nosologischen Systeme unterstützt, ihr gleichsam ihr eigenes Recht bewahrt, und als Unklassifizierbares im Monströsen seine reinste Form gefunden. „Indem es auf dem Boden der vertrauten Regelmäßigkeit wie ein Skandal oder ein Widersinn explodiert, wird das Einzigartige zum Problem. Es treibt zur Suche nach einer Lösung an, führt diese aber nicht selbst herbei. Die Abweichungen verbreiten weder Licht noch decken sie die Natur auf: sie bündeln gleichsam den Gegenstand, auf den man das Licht konzentrieren muß. Das Einzigartige hat seine epistemologische Rolle nicht darin, daß es sich selbst zur Verallgemeinerung darbietet, sondern darin, daß es zur Kritik der Allgemeinheit verpflichtet, der gegenüber es sich als einzigartig darstellt. Seinen wissenschaftlichen Wert gewinnt es gerade dann, wenn es aufhört, eine spektakuläre Besonderheit zu sein, und zu einer exemplarischen Spielart wird.“⁷³ Dieses Einzigartige (*la singularité*), das sich abseits der Serie ansiedelt, weicht hier dem Individuellen (bzw. Individualisierten), das die Feinheiten und die noch nicht erkannten wahren Eigenschaften der Serien ausmacht. Während das Einzigartige sich einem Scheitern nach einem vergeblichen Durchlaufen aller möglichen Zuordnungsversuche verdankt, stellen die mechanischen Betrachtungsweisen und vor allem der Darwinsche Evolutionismus⁷⁴ die individuelle Variation in eine Reihe ein, die als solche mit einem fortschreiten-

73 Georges Canguilhem, Die epistemologische Funktion des ‚Einzigartigen‘ in der Wissenschaft vom Leben, in: ders., Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie. Gesammelte Aufsätze, hg. von Wolf Lepenies, Frankfurt am Main 1979, 59–74, 66 f.

74 George Canguilhem benennt die beiden wesentlichen Neuerungen, die die evolutionistischen Lehren mit sich bringen: Es gibt eine Weitergabe im Leben erworbener Anpassungen, und die

den Sinn verbunden ist. An die Stelle des Ganz-Anderen, Merkwürdigen, das für die konstituierte Serie wertlos ist – sofern es nicht zu ihrer völligen Verwerfung bzw. Neuorganisation führt – tritt das Nochmals-etwas-Andere, das Denkwürdige, das der Serie einen neuen Schlift gibt und auf ihrem Boden eine Wahrheit, ein ungekanntes oder ungedeutetes Zeichen, aufblitzen läßt. Die Serien dienen dazu, einen das Innere der Medizin betreffenden Verdacht zu verfolgen (der in einer Bewegung der Akkumulation mit Gewißheiten rechnet), und stützen sich daher auf den Einzelnen in seiner Lebensführung betreffende Verdächtigungen. An die Stelle des Einzigartigen tritt das Geheimnis als spezifische Konstitutionsweise des Wirklichen, um die sich eine Individualität zu formieren vermag.

Einerseits ist in einer solchen Verfolgung der Wahrheit in Form „unsichtbarer Sichtbarkeiten“⁷⁵ die Serie der schweigenden Symptome und Ereignisse, die auf ihre wahrheitsbergende Aussagekraft zu befragen sind, prinzipiell unabgeschlossen. Der heimliche Sinn, der am Grund der diffusen Zeichenreihen seiner Entschlüsselung harrt, erscheint nur im Rahmen eines immer neu stimulierten Verdachts. Andererseits kommt diese suchende Bewegung, die das Gewimmel der Erscheinungen zugunsten einer diffusen Semiotik durchforstet, nicht ohne eine gezielte Verfolgung von Annahmen aus. Nur durch triftige Techniken des Abfragens, Abhorchens und Examinierens nimmt die Krankheit den Weg einer kompromißlosen Erkenntnis, deren zunehmende Tiefenschärfe sich der interpretatorischen Arbeit an den Erscheinungen verdankt. Es handelt sich um ein schließendes, vorwegnehmendes, auf Indizien gestütztes Verfahren. An der Grenze zwischen Ordnung und Unordnung muß vorerst alles gesagt werden, um in die Verfügungsgewalt dessen zu kommen, was sich als schweigendes Symptom oder aber als beredtes Zeichen entpuppen wird, als bedeutendes oder unbedeutendes Ereignis im Leben, das der Krankheit anheimgefallen ist. Die besonderen Typologien von Lebensereignissen, die an der Seite der klinischen Fakten stehen und gleichsam ihre Rückseite bilden, treten nur dann zu Tage, wenn das Leben als solches zum Sprechen gebracht werden kann: gerade „dieses Wahre heilt“ (Foucault). Die Wahrheit der Krankheit ist so verketet mit der Wahrheit des Kranken; eine Wahrheit, die auch in seinem Charakter und in seinem Verhalten, in seinem Willen und in seinen Seelenregungen liegt; sie macht den Arzt zum Kriminologen am Kranken. Er verfolgt die Spuren, die immer auf einen vielleicht bedenklichen Vorfall hinweisen, und seine präzise Registrierung

Frage der Regulierung des Lebens wird neu gestellt, da sein Gleichgewicht grundsätzlich unsicher ist. Vgl. Canguilhem, Funktion, wie Anm. 72, 73, sowie ders., Die Herausbildung des Konzeptes der biologischen Regulation im 18. und 19. Jahrhundert, in: Wissenschaftsgeschichte, 89–109, hier 100.

75 Foucault, Geburt, wie Anm. 32, 179.

von Abweichungen, in denen sich die Krankheit verrät, gipfelt in dem, was sich dem Subjekt selbst verschleiert.

Suchen, das Geheimste identifizieren, die allgemeinen Behandlungstechniken adjustieren, den weiteren Verlauf aufs Genaueste kontrollieren, das sind daher die Aufgaben des verständigen und meisterlichen Arztes und der Gegenstand seiner Kunst. Wenn sich die leitenden Ärzte in den Sanatorien und Heilstätten selbst als „Dirigenten“⁷⁶ bezeichnen, sind auch jene Fertigkeiten gemeint, die es erlauben, ein individualisiertes Regime über den Kranken zu errichten. Der erfahrene Arzt wird die ermittelten Wahrheiten unmittelbar in Heilbehandlungen übersetzen, denn die Schwindsuchttherapie ist in ihrem Kern Nacherziehung kranker Menschen. „Denn wenn die Umbildung der Anschauungsweise in hygienisch-diätischer Beziehung eine erfolgreiche sein soll (...), dann wird der Kranke befähigt, für die weitere Dauer der Kur, wie auch im späteren Leben, selbst zu entscheiden und entsprechend richtig zu handeln, gegenüber den tausenden schädlichen Anlässen, die ihn stets umdrohen.“⁷⁷ Die erste Bedingung, die ein verständiger Patient („geeignetes Krankenmaterial“, H. Weber) erfüllen muß, ist die der Auskunftspflicht und der Öffnung zum Arzt, dem nichts verborgen werden darf. Jede Information, selbst wenn der Patient deren Wert für den Arzt nicht einschätzen kann, ist letztendlich für das Gelingen der Kur entscheidend. Der verständige Kranke soll sich gegenüber dem Arzt wie ein Soldat zum Offizier verhalten. Er wird selbst dann, wenn von ihm die Gründe ärztlicher Anweisungen nicht mehr verstanden werden, gehorchen. Nach dem Verlassen des Sanatoriums wird er schlußendlich zum ‚Apostel‘ des Arztes befördert, der selbst dort, wo die Dirigentschaft und Rede des Arztes nicht mehr hinreicht, dessen Lehre verbreitet.

Doch die Patienten, die dem Arzt Vertrauen und Einsicht gewähren, die jede seiner Anweisungen befolgen, sind selten. Die meisten Patienten sind uneinsichtige und schwache Charaktere und geradezu „pervers im Denken und Handeln, soweit dies ihre Krankheit betrifft.“⁷⁸ Zwar sind die moralischen Defekte und die falsche Haltung offensichtlich, doch die Ursachen der Einsichts- bzw. Auskunftsverweigerung und des krankheitsfördernden Verhaltens selbst sind nur schwer zu ermitteln. Beim unverständigen Kranken muß sich der Arzt auf sein Schlußvermögen und seine Menschenkenntnis verlassen, und er muß Auskunftspersonen konsultieren. Dettweiler wird erst durch die Auskunft der Mutter eines Patienten einen Fall

76 Die Sanatoriumsärzte Hermann Brehmer (Görbersdorf), Peter Dettweiler (Falkenstein i. T.) und Karl Turban (Davos) nehmen diesen Titel für sich in Anspruch.

77 Dettweiler, Behandlung, wie Anm. 62, 33.

78 Ebd., 22.

lösen und die Therapie endlich in Gang bringen. „Neue Durchforschung aller Lebensgewohnheiten, wobei ich endlich von der Mutter erfuhr, dass ‚der Junge‘ die schauerhafte Gewohnheit habe, zweimal täglich beinahe 1/2 Stunde auf dem Abtritte zu verbringen, von wo er bei dieser Jahreszeit jedesmal blaugefroren zurückkomme. Erst als auch in dieser Beziehung Abhülfe geschafft, kam eine gedeihliche Kur in Gang.“⁷⁹

Diese Wahrheitsspiele müssen immer wieder durchlaufen werden, solange der Kurerfolg nicht gesichert ist. Die sich schnell vollziehenden Wendungen im Heilverlauf motivieren immer neue Verdächtigungen, die ein unausgesetztes Durchlaufen der Befragung kranker Individualität stimulieren. Als letzter pädagogischer Akt verbleibt dem Arzt nur mehr die Drohung der Nichtaufnahme bzw. des Ausschlusses⁸⁰, die in der Hierarchie der Erziehungsinstrumente das letzte und stärkste Mittel darstellt, um auf den Kranken einzuwirken, ihn zur Vernunft zu bringen, ihn auskunftspflichtig und regierbar zu machen. Der individuelle Kurverlauf ist unabdingbar mit der Transparenz des Patienten verbunden. In jedem Fall verbleibt immer auch eine unerhellte Eigenschaft des Charakters, die ein etwaiges Scheitern der Kur erklärt. Letztendlich wird erst der Tod über den Charakter des Kranken entscheiden, der gleichzeitig dem Arzt die Gewißheit einer Schuldhaftigkeit des Patienten offenbart.

Dieser letzte Rest, der sich dem Arzt entzieht, und der für die Heilung der Krankheit möglicherweise entscheidend ist, jenes Unerhellte und Geheimnisvolle, ist für die Krankheitserfahrung der Betroffenen essentiell. Zwei Jahre vor ihrem frühen Schwindsuchttod wird die russische Künstlerin Maria Bashkirtseff angesichts der ersten Anzeichen von Tuberkulose in ihrem Tagebuch vermerken: „Mein Todeskandidatentum gefällt mir. Es versetzt mich in eine gewisse Stimmung; ich berge in mir ein Mysterium, der Tod hat mich mit dem Finger berührt. Darin liegt für mich ein neuer, eigenartiger Reiz.“ (28. Dezember 1882)⁸¹ Die Zeichen der Schwindsucht, erste Indizien des drohenden Todes, adeln den Kranken in dem Sinn, daß sie eine soziale Distinktion⁸² schaffen, die sich nicht direkt einer ökonomischen Strategie verdankt. Die Krankheit wird als Gabe des Schicksals vernommen, als (un)heimliches Präsent, welches einen persönlichen Zugang zur wahren Individualität eröffnet. Kafka, der wie kein anderer die Durchstreichung voller Individualität

79 Ebd., 51 f.

80 Ebd., 30 f.

81 Gottfried M. Daiber, Hg., Tagebuch der Maria Bashkirtseff, Frankfurt am Main, Berlin u. Wien 1983, 374.

82 Vgl. Pierre Bourdieu, Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft, Frankfurt am Main 1987, bes. 251.

durch die Gesellschaft dechiffriert hat, wird im Schatten der Schwindsucht zu einer unumschränkten Anerkennung des eigenen Selbst gelangen. Die Schwindsucht, die auszeichnet, sichert einen Weg zu dem innersten Kern eigener Individualität. Sie ist nicht nur Auszeichnung durch das Schicksal, sondern auch Aufforderung, das eigene Schicksal zu enträtseln. „Das Morbide ist die rarste Form des Lebens: einmal in dem Sinn, daß sich die Existenz in der Leere des Todes erschöpft und verdünnt; und dann auch in dem Sinn, daß sich die Existenz hier zu ihrer eigenen Freiheit findet, die auf keine Gleichförmigkeit, Gewohnheiten und Notwendigkeiten zurückzuführen ist: zu ihrer Einzigartigkeit und absoluten Rarität. Das ist das Vorrecht des Schwindsüchtigen: einst wurde man von der Lepra als kollektiver Züchtigung befallen; der Mensch des 19. Jahrhunderts wird lungenkrank, um in diesem Fieber, das die Dinge beschleunigt und verrät, in sein unverwechselbares Geheimnis zu kommen. Daher sind die Krankheiten der Brust von der gleichen Natur wie die Liebe: sie sind Passion – also Leben, dem der Tod ein unaustauschbares Gesicht gibt.“⁸³

Das Sanatorium ist einerseits ein Ort, an dem sich die souveräne Entfaltung ärztlicher Regierungskunst vollzieht, privilegierter Ort der Selbstsuche, andererseits auch ein Ort, der durch seinen besonderen Lebensstil Versprechungen in sich birgt. „Man erzählte mir von einer Patientin, die völlig gesund war, aber von Arzt zu Arzt lief, damit man eine Lungentuberkulose bei ihr diagnostiziere und sie nach Davos schicke. Sie besorgte sich das Sputum eines Kranken, brachte es als ihr eigenes dem Arzt, der Bazillen fand. Man schickte sie nach Davos, und hier begann wirklich nach einiger Zeit die eine Spitze sich zu verändern, sie fing an zu husten, bekam Auswurf, Temperatur, der Prozeß schritt fort, ein Pneumothorax erwies sich als notwendig, und so lebt sie nun zufrieden mit ihrem Zustand, in dem Milieu, das ihr zusagt.“⁸⁴ Diese Sehnsucht nach einem anderen Leben als Todessehnsucht verstehen zu wollen, wäre verfehlt. Es ist das Leben als Schwindsüchtiger, es ist der Lebensstil innerhalb der sanatorialen Bezirke, die verlocken. Das Sanatoriumsleben wird nicht nur „Gesunde“ zum kranken Leben verführen, sondern auch Ärzte anlocken, die die Lebensform derer „dort oben“ (Thomas Mann, Zauberberg) untersuchen. In einem aufsehenerregenden Artikel, der den Autor in der Folge zu einer abschwächenden Stellungnahme zwingen wird, beschreibt der Wiesbadener Arzt Prüssian 1920 das Sanatoriumsleben in Davos und Arosa. Er betont, daß ein strenges Regime und die immer wieder erneuerte Aufforderung, den Anordnungen

83 Foucault, Geburt, wie Anm. 32, 185.

84 Erich Stern, Die Psyche des Lungenkranken. Der Einfluß der Lungentuberkulose auf die Seele des Kranken, Halle 1925, 116.

der Ärzte Folge zu leisten, gerade bei den Schwindsüchtigen unerlässlich sind, denn „Geduld und Folgsamkeit sind nämlich zwei Tugenden, die bei den Lungenkranken nicht gerade häufig zu finden sind“⁸⁵. Das Bemerkenswerte am Kurleben, so Prüssian, ist die intensive Stimulanz der Lebenskräfte, die einen zweifachen Ausdruck finden: „Das Interessante dabei ist, dass diese psychische Abnormität sich auf der einen Seite in einem erstaunlichen Leichtsinn, auf der anderen Seite oft auch in einer ebenso erstaunlichen Energie, daneben aber fast immer in einer *ganz besonders gearteten geistigen Begabung* und Regsamkeit kundgibt.“⁸⁶ Unter dem Eindruck der Erkrankung und der Freisetzung des Lebens im Sonderraum entfaltet die bürgerliche Seele eine rege Produktion, die sich vorzugsweise der Kunst widmet und dem Schönen und dem Einmaligen gilt. Novalis, Morgenstern und Chopin sind Beispiele für einen derartigen Höhenflug unter dem Eindruck der Schwindsucht, doch auch die Minderbegabten, die Durchschnittsmenschen, entwickeln „des Eigenartigen und Beobachtungswerten mehr wie genug“⁸⁷. Doch ist dies nur eine Variante der Intensivierung des Lebens, ihr steht ebenso auffällig eine Steigerung des Genußlebens gegenüber: „Es ist zweifellos, dass keine andere chronische Krankheit dem äusserlichen wie innerlichen Menschen ihren Stempel in dem Maße aufdrückt, wie es bei der Lungentuberkulose der Fall ist. Mit der körperlichen und geistigen Verfeinerung geht die erwähnte eigenartige Charaktergestaltung oft in seltsamer Weise Hand in Hand, sie macht sich zwar häufig auch, wie Amrein feststellt, durch eine seelische Verinnerlichung und Veredelung bemerkbar, im allgemeinen aber ist in Davos wie in Arosa der Eindruck eines intensiven und höchst oberflächlichen Genußlebens auf den unbefangenen Beobachter leider der vorherrschende.“⁸⁸

Bei Brehmer war die Reinheit des Ortes (als von Natur aus immuner und vom Arzt geregelter Ort) Bedingung einer Bannung der Krankheit bzw. der Einschränkung ihres Verlaufs, funktionelles Element medizinisch-technischer Vorrichtung gegen die Drohungen der Krankheit. Doch die Sanatoriumstherapie wird gleichzeitig mit der Durchsetzung des therapeutischen Programms selbst Objekt ärztlicher Kritik. Gerade dort, wo die organische Verbindung mit der alltäglichen Welt des Kranken, mit dem Zwang zur Arbeit, den Aufgaben und Verpflichtungen der familialen Ökonomie, sistiert wird, drohen neue Gefahren, die durch den Eintritt in diesen Mikrokosmos notwendigerweise entstehen. „In den Sanatorien hat das Leben seinen Inhalt verloren, der Kranke hat kein Ziel mehr, nach dem er stre-

85 A. Prüssian, *Ärztliche Reiseeindrücke aus Arosa und Davos*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 32 (1920), 939–941, hier 939.

86 Ebd. (Hervorhebung d. Verf.)

87 Ebd.

88 Ebd.

ben kann, seine Widerstandsfähigkeit ist gering, sein Gesichtskreis ist eingeengt, und so gewinnen an sich schon sexuelle Momente eine Überbetonung. Im gewöhnlichen Leben wird das Sexuelle durch unsere anderen Interessen, durch Beruf und Arbeit, Teilnahme am sozialen Leben in Schach gehalten, jetzt muß es sich mehr hervordrängen. Und hier liegt zweifellos die gemeinsame Ebene, auf der sich mehr oder minder alle zusammenfinden. Hier, wo alle höheren Tendenzen ausgeschaltet sind, drängt sich das Triebleben mächtig hervor.“⁸⁹ Und so eilen die Kurgäste von „Begierde zu Genuß“⁹⁰.

Erich Stern wird nicht nur die Anforderung, die an eine erfolgversprechende Schwindsuchtstherapie zu stellen ist, grundlegend definieren, sondern letztlich auch die Krankheitstheorie auf den Punkt bringen. Die Krankheit ist innere Teleologie des Lebens, eines Lebens, das sich selbst aufsucht, um Zeugnis von seinen Verfehlungen abzulegen.⁹¹ Gleichzeitig offenbart die Schwindsucht den Wunsch nach einem neuen und anderen Leben. Sie ist nicht nur aufs innigste mit dem Seelenleben verwoben, in ihr läßt sich auch die Sprache des Wunsches vernehmen. Die Verwerfungen im Leben – wie unerwiderte Liebe, unglückliche Ehe – haben die sexuelle Organisation aus dem Gleichgewicht gebracht und das Leben des Schwindsüchtigen zu einem gemacht, in dem sich der Sex gleichsam permanent selbst affiziert. Die prekäre Organisation des Sex der Patienten stellt an den Sanatoriumsarzt neue Anforderungen: „Es gilt meines Erachtens, die unbewußte Absicht, die gewissermaßen in den Symptomen steckt, zu erkennen, die Absicht, die zugleich die Ursache darstellt, und durch die Aufdeckung derselben dem Bestehen des Symptoms die Bedingung zu entziehen. Die Kranken sehen im allgemeinen die Zusammenhänge sehr rasch ein, die hier zwischen Wunsch und Symptom bestehen. Heute werden die hier liegenden Verknüpfungen noch viel zu häufig ignoriert, sie verdienen indessen volle Beachtung.“⁹² Gelingt es dem Arzt nicht, den individuellen Sinn der Krankheit aufzuspüren, und beim Kranken Einsicht für die ihm unbewußte Intention seines Krankwerdens zu erwirken, sind die hygienisch-diätischen Mittel wirkungslos. Das Sanatorium bietet zwar für die leibliche Stärkung die besten Bedingungen, doch es kehrt zugleich dasjenige heraus, was als Kern der Individualität

89 Stern, *Psyche*, wie Anm. 83, 123.

90 Ebd., 45.

91 Dieses Leben, das sich selbst umkreist, ist für den Arzt doppelte Herausforderung, und in beiderlei Hinsicht stellt die Sexualität des Kranken den Kardinalpunkt dar: denn das Vertrauens- und Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient gründet in den letzten, besonderen Geheimnissen von dessen Persönlichkeit; und dem ärztlichen Blick entgeht die endgültige Wahrheit des Kranken, er sieht ihn nur in einer auf ihn zugeschnittenen Pose. Ebd., 106 ff.

92 Ebd., 147 f.

gelten muß: Es „bleibt nur das sexuelle Bedürfnis von den normalen Reizen übrig, das, wie zu zeigen sein wird, eine Hypertrophie erfährt, weil es durch nichts in Schranken gehalten wird.“⁹³

Der Phthisiker ist ein zutiefst durch sich selbst gefährdetes Individuum, doch immer auch ein gefährliches. Die Bakteriologie wird diesen Verdacht in eine Tatsache verwandeln und damit die Frage nach Behandlung und Aufbewahrung Tuberkulöser noch einmal stellen. Neben dem Eheschließungsverbot und der Anzeigepflicht werden zu Anfang des 20. Jahrhunderts auch „Tuberkuloserien“ nach dem Vorbild der Leproserien gefordert. Denn: „In dem Kampf gegen einen so furchtbaren Feind der Menschheit ist jedes Mittel und jeder Bundesgenosse willkommen.“⁹⁴ Der Schwindsüchtige gilt freilich nicht nur aufgrund der Ansteckungsgefahr, die von ihm ausgeht, als gefährlich; die traurigen und vergrößerten Augen, denen man das „innere Fieber“ ansieht, die ausgezehrtc und abgemagerte Figur, die eine Beschleunigung des Lebens andeutet, und der rasche Stimmungswechsel, der dem erhöhten Triebleben geschuldet ist, all dies deutet eine erhöhte Verführungskraft an. Das verdächtige Mehrgenießen und die gesteigerte sexuelle Lust, denen der Schwindsüchtige unterliegt, verdichten sich in der Gestalt des Verführers, der innerhalb und außerhalb der sanatorialen Bezirke schutzbedürftiges Leben in Gefahr bringt. Da der Arzt im Sanatorium den Willen und die Interessen der Schwindsuchtgemeinde repräsentiert, wird er diejenigen zu entdecken suchen, von denen die Verführung ausgeht, denn „räudige, verführende Schäfchen, soll man, wenn nötig, eliminieren“⁹⁵. So gilt es, neben all den anderen kriminologischen Akten auch die prinzipiell verdächtige Personengruppe zu bestimmen – Stern wird die Analyse der Psyche des Lungenkranken auch auf dieses Gegenstandsfeld führen. Sind es die jugendlichen Patienten oder die „Alteingesessenen“, die sich schon längst der Genußsucht hingeeben haben, oder diejenigen, die schon vor dem Eintritt keinen Sinn im Leben zu sehen vermochten, oder die, die gerade im Sanatorium jeden Sinn aus den Augen verlieren? Noch über die Grenzen der sanatorialen Bezirke hinaus verbreitet sich diese Verführungskraft, wenn man der Erzählung des Wiener Nervenpathologen Moriz Benedikt glaubt, der die Gefährdung eines Kurortes durch den Don Juanismus der Schwindsüchtigen schildert: „In einem ländlichen Curorte, dem ich seit Jahren beobachtend meine Aufmerksamkeit schenke, ist in auffallender Weise die weibliche einheimische Bevölkerung mehr den Gefahren der

93 Ebd., 109.

94 Koch, Genese, wie Anm. 36, 80.

95 O. Amrein, Aus den ‚Zauberbergen‘, in: Münchener Medizinische Wochenschrift (1928), 908–911, hier 909.

Ansteckung ausgesetzt als die männliche, und zwar vorzugsweise die drallen jungen Bauern dirnen. Dies rührt offenbar daher, daß die tuberculösen männlichen Curgäste, die bekanntlich sehr libidinös sind, offenbar bei den Trägerinnen der ländlichen Unschuld mehr Gehör finden, als für deren Lungen zweckdienlich ist.“⁹⁶

96 Benedikt, Tuberkulosefragen, wie Anm. 56, 4 f.