

Krankheitszeichen und Stigma

Die Differenzierung der ärztlichen Sinne in der Diagnostik des 19. Jahrhunderts und ihre sozialen Folgen

Heiner Fangerau

Abstract

Diagnostics – the recognition and naming of diseases – plays a key role in the contact between doctors and patients. In the nineteenth century, the diagnostic process underwent a central shift in both its theoretical conception and its practical implementation. The semiotics practiced until then, the »theory of signs«, which – with a prognostic orientation – primarily wanted to distinguish states of »health« and »sickness«, was replaced by diagnostics as a way of thinking in »disease patterns« and disease classifications. Symptoms as sensations became specific signs of illness through the interpretative work of the doctor. This article examines this historical change in sensory perception in diagnostics and asks how, in the late nineteenth century, sensory perceptions in medical diagnostics constituted body knowledge, social actions, and symbolic meaning in a given space and time. It is argued that, paradoxically, the claim to truth of a value-free medical diagnosis that was accomplished with certain senses and techniques did not lead to the dissolution of disease-related stigmatizing stereotypes, but on the contrary had the potential to turn diagnosis into an ineluctable verdict with social consequences.

Keywords

Diagnostics, Doctor-Patient Relationship, Health, Stigma, Symptoms

Im Jahr 2017 erschien im *Journal of Medical Humanities* ein kurzes Referat über die Erfahrungen einer Gruppe von Ärzt*innen und Medizinstudierenden auf Haiti.¹ In Diktion und Inhalt ähnelt der Bericht den Reisereporten deutscher Ärzte aus dem Kaiserreich,² wenn beschrieben wird, wie auf »Haiti und in anderen Teilen der sich entwickelnden Welt« (»Haiti and other parts of the developing world«) die ärztliche Tradition der Diagnosefindung mittels der fünf Sinne aus einem Dornröschenschlaf geweckt werde (»returning us to our traditions and awakening the senses from slumber«). In dem ärmlichen Land störe keine Technik die ärztlichen »bedside skills«. Ohne

1 Brett Van Leer-Greenberg, The Five Senses of Haiti, in: *Journal of Medical Humanities* 38 (2017), S. 147–149.

2 Siehe hierzu Theresa Neid, *Ärzte und Naturwissenschaftler auf Reisen. Reiseberichte aus der Deutschen Medizinischen und der Münchener Medizinischen Wochenschrift 1890–1930*, Univ. Diss. Med. Fak. Halle 2013.

medizinische Infrastruktur habe sich so eine in den Industrienationen verlorene Ressource bewahrt, nämlich die Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in.

Diese quasi romantische Rückbesinnung auf ärztliche Sinne und ihre doppelte Funktion als Erkenntnismittel und Medium sozialer Beziehungen greift ein Thema auf, das seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert immer wieder den medizinischen Fachdiskurs bewegte. Der gesellschaftliche Trend der Moderne, den die Soziologie als Rationalisierung beschrieb, hatte eine Abwertung des mit der Romantik verbundenen Sinnlichen zu Gunsten des Kognitiven und Technischen mit sich gebracht.³ Die soziologische Gesellschaftsbeschreibung spiegelt sich dabei im Narrativ einer seit der Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend erfolgreichen wissenschaftlichen und technischen Medizin.⁴ Herausgefordert wurde das Narrativ durch einen parallelen Diskurs, der den Wert der ärztlichen Sinne als Teil einer ärztlichen Kunstfertigkeit hervorhob.⁵ Die Betonung des Sinnlichen ist jedoch nicht (nur) als eine Antwort auf eine im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts in den USA und Mitteleuropa verhandelte Krise der Medizin zu verstehen, in der u. a. das Verhältnis von Medizin und Naturwissenschaft zur Diskussion stand.⁶ Vielmehr war das Konzept der Medizin als soziale Handlung und ihre Gründung auf ärztliche Sinnesfertigkeiten grundsätzlich berührt.⁷ Offensichtlich tritt dabei zutage, dass den Sinnen in der Medizin in den letzten 100 Jahren immer wieder nicht nur ein praktischer Zweck, sondern auch eine soziale Bedeutung zugesprochen wurde.

Der vorliegende Beitrag möchte die mehrfache Bedeutung des Sinnlichen in der Medizin in den Blick nehmen und greift dafür auf eine ärztliche Debatte des 19. Jahrhunderts über die Rolle der Sinne innerhalb der Diagnostik (als Kunst des Krankheit-Erkennens und -Benennens) zurück. Es geht im Kern um die Frage, wie Sinneswahrnehmungen in der medizinischen Diagnostik Körperwissen, soziale Handlungen und symbolische Bedeutung in einem jeweiligen Raum und einer jeweiligen Zeit konstituierten.⁸ Es sollen dabei zum einen allgemein die ärztlichen Sichtweisen auf das Rationale und die Wertigkeit des Sinneseinsatzes in der Diagnostik im ausgehenden

3 Andreas Reckwitz, Sinne und Praktiken. Die sinnliche Organisation des Sozialen. Wahrnehmung und materielle Kultur, in: Hanna Katharina Göbel/Sophia Prinz (Hg.), Die Sinnlichkeit des Sozialen, Bielefeld 2015, S. 441–455.

4 Michael Hagner, Scientific Medicine, in: David Cahan (Hg.), From Natural Philosophy to the Sciences. Writing the History of Nineteenth Century Science, Chicago 2003, S. 49–87.

5 Vgl. Stanley J. Reiser, Technology and the Senses in Twentieth-Century Medicine, in: William Bynum/Roy Porter (Hg.), Medicine and the Five Senses, Cambridge [u. a.] 1993, S. 262–273; Hughes Evans, Losing Touch. The Controversy over the Introduction of Blood Pressure Instruments into Medicine, in: Technology and Culture 34 (1993) 4, Special Issue: Biomedical and Behavioral Technology, S. 784–807.

6 Volker Roelcke, »Krise der Medizin« – Modelle der Reform, in: Psychotherapeut 61 (2016), S. 237–242.

7 Siehe für die 1930er Jahre z. B. Felix Lommel, Der praktische Arzt und seine fünf Sinne, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 64 (1938), S. 1673–1677, hier S. 1675; Horace Marshall Korn, A Brief History of Physical Diagnosis, in: Annals of Medical History 1 (1939), S. 50–67; Erwin Risak, Der Klinische Blick, Wien 1937, S. VII.

8 Einen mustergültigen Überblick über historische Ansätze, die solche »Sinnespraktiken« in den Blick nehmen, liefert Philipp Hahn, Sinnespraktiken: ein neues Werkzeug für die Sinnesgeschichte? Wahrnehmungen eines Arztes, eines Schuhmachers, eines Geistlichen und eines Architekten aus Ulm, in: Arndt Brendecke (Hg.), Praktiken der Frühen Neuzeit. Akteure, Handlungen, Artefakte, Köln 2015, S. 458–467.

19. Jahrhundert rekonstruiert werden. Zum anderen wird ein den Fokus erweiternder Blick auf die sozialen Folgen der Zeicheninterpretation gerichtet. Dabei stehen nicht die direkte Beziehung der beteiligten Akteur*innen und der einer körperlichen sinnlichen Untersuchung von beiden Seiten beigemessene soziale Wert oder soziale Nutzenerwägungen im Zentrum. Vielmehr soll auf das Potenzial der Ausgrenzung durch Diagnostik hingewiesen werden.

Der Soziologe Erving Goffman prägte 1963 für bestimmte soziale Ausgrenzungsprozesse den Begriff der Stigmatisierung. Ihm geht es um Personen, denen aufgrund bestimmter Merkmale die soziale Anerkennung verweigert wird, so dass einerseits ihre Identität und Selbstkonstitution gestört werden und sie andererseits immer danach streben, sich und ihr Sein der gesellschaftlichen Norm anzupassen. Goffman machte dabei im Wesentlichen drei Typen von Stigmata aus, die Ausgrenzung begünstigen: Körperabnormalitäten, Makel, die mit Charakterschwäche assoziiert werden und gruppenbezogene Merkmale wie Religionszugehörigkeit, Nationalität, soziale Klasse oder rassistische Stereotypen.⁹ Ohne Goffmans spätere Systematisierung auf das ausgehende 19. Jahrhundert direkt anwenden zu wollen, möchte der Beitrag mit den Sinnen erhobene diagnostische Zeichen und ihr Verhältnis zu einer ärztlichen Diskriminierung im medizinischen Diskurs um 1900 nachzeichnen. Mit einem besonderen Blick auf die Theorie der sinnesbezogenen Diagnostik des ausgehenden 19. Jahrhunderts soll analysiert werden, wie diagnostische Konzepte zur Genese und Verfestigung von Ausgrenzung beitragen konnten und wie diese Problematik bereits um 1900 thematisiert wurde. Auf eine allgemeine Schilderung der Entwicklung des Konzepts der Diagnostik im 19. Jahrhundert und der dabei geübten Bewertung der fünf Sinne folgt eine Darstellung des Zusammenspiels von sinnesbezogener Diagnostik und den auch schon zeitgenössisch diskutierten sozialen Folgen von Diagnostik, ehe im Fazit die beiden Stränge miteinander verbunden werden.

Sinnesgeschichte und medizinische Diagnostik

In der bisherigen Historisierung der Sinne in der Medizin werden sie als konstitutives Element der ärztlichen Praxis seit der Antike gesehen. Im Zentrum steht dabei immer wieder die Diagnose als das Bezugskonzept für sinnesgeschichtliche Betrachtungen. Der Begriff der Diagnose hat in der Geschichte der Medizin einige Bedeutungsverschiebungen erlebt. Im Wesentlichen stehen sich zwei Sichtweisen gegenüber, die miteinander den Kern des Krankheitserkennens teilen. Während mit der Diagnose einerseits Krankheitsprozesse im Allgemeinen gemeint sind, die sich unabhängig von den jeweiligen Patient*innen manifestieren und die Benennung eines Leidens ermöglichen, bezieht sich die zweite Bedeutung enger auf das Individuum und meint hier den ganzen Prozess des Erkennens, Deutens und Einordnens von Krankheitszeichen bei einer bestimmten Person.¹⁰

9 Erving Goffman, *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, London 1963.

10 Malcolm Nicolson, *The Art of Diagnosis. Medicine and the Five Senses*, in: William F. Bynum/Roy Porter (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London/New York 1993, Bd. 2, S. 801–825, hier S. 801; Iago Galdston, *Diagnosis in Historical Perspective*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 9 (1941) 4, S. 367–384, hier S. 382.

Vor dem Hintergrund einer Verwissenschaftlichung auch der ärztlichen Praxis erfuhr die Idee der Diagnostik im 19. Jahrhundert eine wesentliche Verschiebung. Relativ schnell setzte sich die mittels der Sinne erfolgende sogenannte physikalische (eigentlich systematisch mit Sinneseinsatz erfolgende) Untersuchung als Teil der klinischen Diagnostik durch (wobei die Sinne in der Chirurgie auch schon davor eine zentrale Rolle spielten).¹¹ Ergänzt wurde die Hinwendung zur physikalischen Diagnostik durch eine vor allem um die Jahrhundertwende fortschreitende Technisierung und die Einführung von nun sinnesfernen bzw. sich auf den Sehsinn konzentrierenden Instrumentarien wie die Sphygmografie (die Pulsfrequenz- bzw. Blutdruckmessung, 1860), die Radiografie (1895) oder die Elektrokardiografie (1901). Der Trend bestand darin, neue Sinnräume zu erschließen (wie sie das Mikroskop schon 100 Jahre vorher eröffnet hatte) und die Sinne durch apparative, am Ende den Sehsinn ansprechende Diagnostiken zu ersetzen, die vor allem Kurven, Grafiken, Tabellen und Bilder produzieren sollten. Der damit einhergehende Verlust der übrigen Sinnesfertigkeiten wurde schon damals beklagt.¹²

Als spannungsgeladen wird dabei das Verhältnis zwischen subjektiver Zeichenwahrnehmung mittels der Sinne und dem Anspruch, objektive Bedeutung vermitteln zu wollen, gesehen, ein Problem, das sich in der Sinnesgeschichte auch in anderen Zusammenhängen gestellt hat.¹³ Stanley Reiser hat geschlussfolgert, dass genau diese Spannung dazu führte, dass im 20. Jahrhundert neue quantifizierende selbstregistrierende Methoden wie die Elektrokardiografie und bereits existierende wie die Fiebermessung eine Konjunktur erlebten. Die technischen Diagnosemethoden boten dabei nicht nur eine Erweiterung der Sinne, sondern auch Zeitgewinn und eine Verallgemeinerung, weil Datenerhebung und Interpretation nun unabhängig voneinander und auch nicht von bzw. innerhalb einer Person allein erfolgen mussten. Sie konnten auch delegiert werden. Nicht zuletzt wirkten sie in der Technikeuphorie des 20. Jahrhunderts objektiver und damit wissenschaftskompatibler als die subjektiven qualitativ orientierten natürlichen Sinne, wie die Befürworter des Einsatzes technischer Diagnoseinstrumente nicht müde wurden zu betonen.¹⁴ Die Interpretation aber blieb ein subjektiv-hermeneutischer Akt, in dem die Sinne auch im 20. Jahrhundert als Körperwissen im doppelten Sinne (Wissen über den anderen Körper und inkorporiertes Wissen) nicht vollständig an Bedeutung verloren.¹⁵ Neben ihrer instrumentellen Funktion wurde auch schon ihre symbolische und soziale Bedeutung unterstrichen: Patient*innen verlangten die Sinneshandlungen im Sinne einer sozialen Leistung und als Nachweis ärztlichen Könnens und

11 Nicolson, *Art of Diagnosis*, S. 818–820.

12 Evans, *Losing Touch*; Reiser, *Technology*; Michael Martin/Heiner Fangerau, *Technisierung der Sinne – von der Harnschau zur Urinanalyse. Das Beispiel der Harnzuckerbestimmung*, in: *Der Urologe* 48 (2009), S. 535–541; Michael Martin/Heiner Fangerau, *Töne sehen? Zur Visualisierung akustischer Phänomene in der Herzdiagnostik*, in: *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 19 (2011) 3, S. 299–327.

13 Martin Jay, *Realm of the Senses. An Introduction*, in: *The American Historical Review* 116 (2011) 2, S. 307–315.

14 Reiser, *Technology*. Lommel hebt noch die Zeitlupenfunktion der grafischen Kurvenaufzeichnung hervor, mit der sehr schnell ablaufende physiologische Prozesse so dargestellt werden können, dass sie über das Auge erfasst werden können (Lommel, *Arzt*, S. 1675).

15 Drew Leder, *Clinical Interpretation. The Hermeneutics of Medicine*, in: *Theoretical Medicine* 11 (1990), S. 9–24.

Kümmerns.¹⁶ Den Ärzten des 19. und frühen 20. Jahrhunderts wiederum bot die geübte Fähigkeit, mittels der Sinne Krankheit zu erkennen, ein Distinktionsmerkmal, das den Anfänger vom Erfahrenen und den gut Ausgebildeten vom Laien unterscheiden sollte.¹⁷

Dieser historisch gut aufgearbeiteten Technisierung der Diagnostik ging eine mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts einsetzende konzeptuelle Verschiebung in der Idee und Praxis des Erkennens von Krankheiten voraus.¹⁸ Die bis dahin geübte Semiotik, die Zeichenlehre, die vornehmlich »gesund« und »krank« voneinander unterscheiden wollte, wurde abgelöst durch ein Denken in Krankheitsklassifikationen. Dieser grundsätzliche Wandel von der Semiotik zur Diagnostik und die begleitende »methodische Erweiterung« hatte sich schon am Ende des 18. Jahrhunderts angedeutet.¹⁹ Für den Arzt ergab sich hier die Aufgabe, individuelle Krankheitszeichen von Patient*innen mit einer generalisierten Ordnung der Zeichen in Einklang zu bringen. Die systematisch geordneten Zeichen wiederum mussten in eine jeweils gültige Nosologie, das heißt einen Krankheitskatalog, eingefügt werden.²⁰ Mit anderen Worten: Eine bestimmte Symptomkonstellation sollte eindeutig und in der Begründung zwingend mit einem Krankheitsbild assoziiert werden. Den Ausgangspunkt für diese Idee bildeten die Hinwendung zu systematischer klinischer Beobachtung in großen Krankenhäusern an vielen Patient*innen und die Korrelation von diagnostischen Befunden mit postmortalen Untersuchungen.²¹

Diagnostische Zeichen und die »fünf Sinne«

Die Protagonisten waren sich darüber im Klaren, dass eine sich stetig verschiebende Krankheitsklassifikation als Bezugspunkt der Diagnostik einen unsicheren Grund darstellte. Daher bemühten sie sich im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts darum, Symp-

16 Martin Edwards, Put Out Your Tongue! The Role of Clinical Insight in the Study of the History of Medicine, in: *Medical History* 55 (2011), S. 301–306, hier S. 306; aber auch der Einsatz von Technik wurde im Sinne eines Pull-Effektes von den Patient*innen erwartet, siehe Reiser, *Technology*, S. 270; Michael Martin/Heiner Fangerau, Listening to the Heart's Power. Designing Blood Pressure Measurement, in: *ICON: Journal of the International Organization for the History of Technology* 13 (2007), S. 86–104, hier S. 99 f.

17 Evans, *Losing Touch*; Martin/Fangerau, *Listening*, S. 98.

18 Der Abschnitt über die Ablösung der Diagnostik von der Semiotik findet sich auch in Heiner Fangerau/Michael Martin, *Medizinische Diagnostik und das Problem der Darstellung. Methoden der Evidenzerzeugung*, in: *Angewandte Philosophie. Eine internationale Zeitschrift* 1 (2015), Themenheft: *Medizinische Erkenntnistheorie*, hg. von Ludger Jansen/Jörg Hardy, S. 38–68. Der Abschnitt über die Sinne findet sich in *Variation* auch in Michael Martin/Heiner Fangerau, *Evidenzen der Bilder. Visualisierungsstrategien in der medizinischen Diagnostik um 1900*, Stuttgart 2021, S. 26–30.

19 Gerhard Rudolph, *Diagnostik und Semeiotik in der französischen Medizin des 18. und frühen 19. Jahrhunderts*, in: Christa Habrich/Frank Marguth/Jörn-Henning Wolf (Hg.), *Medizinische Diagnostik in Geschichte und Gegenwart. Festschrift für Heinz Goerke*, München 1978, S. 269–282, hier S. 269 f.

20 Wolfgang Eich, *Medizinische Semiotik (1750–1850)*, Freiburg 1986; Wolfgang Wieland, *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*, Berlin/New York 1975; Volker Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Husum 1993.

21 Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973; Guenter B. Risse, *A Shift in Medical Epistemology. Clinical Diagnosis, 1770–1828*, in: Yosio Kawakita (Hg.), *History of Diagnostics. Proceedings of the 9th International Symposium on the Comparative History of Medicine – East and West*, Osaka 1987, S. 115–147, hier S. 139.

tome und Zeichen voneinander zu differenzieren, um Phänomene und Körpererscheinungen von deren Deutung im Sinne eines Krankheitszeichens zu unterscheiden.²² Als Zeichen galt ein mit Bedeutung aufgeladenes Symptom. Das auf (pathologischen) Körperfunktionen oder -strukturen basierende Symptom war so »einfache Sensation, die nur durch eine besondere Operation des Geistes [...] zum Zeichen wird«. ²³ Somit wurde das individuelle Symptom erst zum Zeichen, wenn es vom ärztlichen Betrachter im Hinblick auf seine Bedeutung für eine Krankheit und in Bezug auf seinen Wert für die Unterscheidung von Krankheiten beurteilt worden war.

Die Frage nach der Sicherheit und dem Wert der erhobenen Zeichen für eine Diagnose spielte eine nicht unerhebliche Rolle. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts war hier nun den Sinnen bei der Zeichenerhebung das absolute Primat vor z. B. logischem Folgern eingeräumt worden. Der Jenenser Professor Christian Gottfried Gruner (1744–1815) hielt etwa apodiktisch fest: »Alle Zeichen werden durch die Sinne, oder durch Nachdenken, oder durch Muthmaßung erlangt. Die erstern sind die gewöhnlichsten und zulässigsten, die andern die Schlussfolgen aus dem vorigen, die letztern zwar brauch- und anwendbar, aber nur in zweifelhaften Fällen erlaubt«. ²⁴

Sein Hallenser Kollege Kurt Sprengel (1766–1833) räumte »natürlichen« Zeichen einen höheren Wert ein als »künstlichen« Zeichen und schob damit ebenfalls unmittelbar sinnlich wahrnehmbare Symptome in den Vordergrund. Unter künstlichen Zeichen wurden solche verstanden, die eine technische oder chemische Intervention voraussetzten. ²⁵ Am Ende der Skala standen Zeichen, die »bloß der Kranke« wahrnehme (z. B. die Schilderung, welches Symptom ihn oder sie am meisten beeindruckt hat, die »Gemüths-Stimmung«, die Einschätzung der individuellen Lage). ²⁶ Der Semiotiker Ferdinand Danz (1770–1793) vertrat gar die Meinung, dass der Arzt sich »nie auf die Erzählung des Kranken oder anderer Personen verlassen« solle, sondern auf die eigene Untersuchung mittels der »fünf Sinne, besonders aber, und in den meisten Fällen das Gefühl in den Fingerspitzen«. ²⁷

Ärzte entwickelten auf dieser Basis eine ganze Reihe von Zeicheneinteilungen, wie eindrücklich ein mit »Eintheilung der Krankheitserscheinungen« übertiteltes Kapitel von Adolf Moser (1810–?) unterstreicht, der 1845 im Rahmen einer von ihm herausgegebenen *Encyklopädie der medicinischen Wissenschaften* einen umfassenden eigenen Band zur »medizinische[n] Diagnostik und Semiotik« vorlegte. Auch er führt explizit die fünf Sinne als Differenzkriterium für Krankheitserscheinungen an. Anders als noch für Sprengel waren für Moser aber Künstlichkeit und sinnlicher Authentizitäts-

22 Lester S. King, *Medical Thinking. A Historical Preface*, Princeton, NJ 1982, S. 131 ff.

23 Friedrich Ludwig Meissner/Carl Christian Schmidt (Hg.), *Encyclopädie der medicinischen Wissenschaften*, nach dem Dictionnaire de Médecine frei bearbeitet und mit nöthigen Zusätzen versehen, Bd. 13, Leipzig 1834, S. 199.

24 Christian Gottfried Gruner, *Physiologische und pathologische Zeichenlehre zum Gebrauche akademischer Vorlesungen*, Jena 1794, S. 9.

25 Kurt Sprengel, *Handbuch der Semiotik*, Halle 1801, S. 7. Siehe auch Friedrich Jakob Christian Sebastian, *Grundriss der allgemeinen pathologischen Zeichenlehre für angehende Ärzte und Wundärzte. Zum Gebrauch bey seinen Vorlesungen entworfen von F.J. Chr. Sebastian*, Darmstadt 1819, S. 10.

26 Sprengel, *Semiotik*, S. 4 ff., S. 19 ff.

27 Ferdinand Georg Danz, *Semiotic oder Handbuch der allgemeinen Zeichenlehre zum Gebrauche für angehende Wundärzte*, Leipzig 1793, S. 7.

und Wahrheitsanspruch dabei kein Widerspruch. Im Gegenteil wurde die technische Zeichenerhebung auf der einen Seite als legitime Ausdehnung der Sinne und auf der anderen Seite als von sich aus evidente und objektive, vom Untersucher in Teilen abgelöste Zeichenproduktion verstanden. Moser lieferte dementsprechend eine Liste von Instrumenten und Reagenzien, die seiner Meinung nach zum diagnostischen Inventar beispielsweise eines Krankenhauses gehören sollten.²⁸

»Dem Werth nach« unterschied Moser z. B. »wahre, hinreichende, gewisse, und falsche, nicht zureichende, ungewisse, trügerische Zeichen«.²⁹ Alle vom Arzt zu erhebenden Symptome bezeichnete Moser als objektive Zeichen, denen er weniger nützliche subjektive Zeichen gegenüberstellte, die nur vom Patienten selbst empfunden würden.³⁰ Sein Zeitgenosse Carl Ernst Bock (1809–1874) stellte hierzu – wie schon Danz – in seinem Lehrbuch der Diagnostik von 1853 trocken fest:

»Nur die objectiven, hauptsächlich durch die sogenannte physicalische Diagnostik, durch Besichtigen (Inspection), Befühlen (Palpation), Messen (Mensuration), Beklopfen (Percussion) und Behorchen (Auscultation), durch chemische und microscopische Untersuchungen wahrzunehmenden Symptome haben für den Arzt einen diagnostischen Werth.«³¹

Erst 30 Jahre später findet sich auch eine Würdigung der »subjektiven Angaben des Kranken«, deren lange Vernachlässigung »glücklicherweise« überwunden sei. Vielmehr sei die Trennung in objektive und subjektive Wahrnehmungen überhaupt unzutreffend, da ja auch die »einfachen oder bewaffnete Sinne« des Arztes subjektiv seien.³² Diese Sinne aber – darin waren sich die Autoren im 19. Jahrhundert einig – bedurften der Schulung und Übung. So wie das Ohr des Musikers oder das Auge des Optikers, das Farben differenzieren solle, so gebe es »ein medicinisches Sehen, Hören, Fühlen«, das trainiert werden müsse.³³ »Können« sei die Voraussetzung für diagnostische Kunst.³⁴

Insgesamt scheinen gegen Ende des 19. Jahrhunderts Sehen, Tasten und Hören den diagnostischen Standard vorzugeben, während Schmecken und Riechen nur eine untergeordnete Rolle spielen.³⁵ Die »beim ersten Erblicken des Kranken [...] auffällig entgegnetretenden Symptome«, die bei der »Construirung der Diagnose etc. vielleicht

28 Adolf Moser, *Die medicinische Diagnostik und Semiotik, oder die Lehre von der Erforschung und der Bedeutung der Krankheitserscheinungen bei den innern Krankheiten des Menschen*, Leipzig 1845, S. 67–70; ähnlich Pierre A. Piorry, *Diagnostik und Semiotik, mit vorzüglicher Berücksichtigung der neuesten mechanisch-nosognostischen Hülfsmittel*, übersetzt von Gustav Krupp, Quedlinburg/Leipzig 1846, Bd. 1, S. 58 ff.

29 Moser, *Diagnostik*, S. 7.

30 Z. B. Moser, *Diagnostik*, S. 14, S. 73; Carl Ernst Bock, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie und Diagnostik*, Bd. 2: *Lehrbuch der Diagnostik mit Rücksicht auf Pathologie und Therapie*, Leipzig 1853, S. 6.

31 Bock, *Diagnostik*, S. 6.

32 J. Hermann Baas, *Medicinische Diagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnostik*, Stuttgart 1883, S. 2.

33 Moser, *Diagnostik*, S. 9; Baas, *Differentialdiagnostik*, S. 2.

34 Edmund Neusser, *Über Diagnostik und Therapie in der Inneren Medicin*, Wien/Leipzig 1893, S. 6.

35 Felix Wesener, *Medicinisch-klinische Diagnostik. Lehrbuch der Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten für Studierende und Aerzte*, Berlin 1892, S. 4.

den Ausschlag geben können«, so Frühauf, seien »diejenigen Wahrnehmungen, die uns ohne weiteres in die Augen fallen, die wir hören und fühlen können, die sogen (sic!) auffälligen Symptome«. ³⁶

In der Bewertung der Sinne waren sich die Autoren in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts jedoch durchaus uneins. Zwar setzten fast alle in der Reihenfolge der Untersuchung die Inspektion an erste Stelle, doch manche ließen dann die nicht sinnliche Mensuration (Messung) folgen, ³⁷ während andere die Palpation anschließen ließen. ³⁸ Während Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts noch der Tastsinn als wichtigste Sinneswahrnehmung für die Diagnostik genannt wurde, ³⁹ rückte im 19. Jahrhundert der Sehsinn an erste Stelle. ⁴⁰ Wie im literarischen Diskurs setzte sich der »aufklärerische Siegeszug des Auges« auch in der Medizin durch. Seh- und Tastsinn galten als nach außen gerichtete Sinne, Ideen und Einbildungskraft zugewandt. Das Hören wiederum wurde als nach Innen gerichteter, den Emotionen naher Sinn verstanden. ⁴¹ Baas zum Beispiel bezeichnete den Sehsinn als »am zweckmäßigsten«, ⁴² ein anderer Autor sah in ihm das, »was das Addiren (sic!) in der Mathematik ist«. ⁴³ Dem Tastsinn räumte Baas vor allem in Chirurgie und Geburtshilfe noch große Bedeutung ein, beklagte allerdings, dass er zu wenig geübt werde und deshalb schwierig zu nutzen sei (S. 74 f.). Den Hörsinn hielt er, obgleich wichtig und in der physikalischen Diagnostik lange erprobt, »als dritten diagnostischen Hauptsinn« für etwas überschätzt (S. 88 ff.). Diese Meinung wurde nicht von allen Ärzten geteilt. Felix Wesener (1855–1930) räumte dem Hörsinn in einigen Bereichen durchaus das Primat ein, ⁴⁴ eine Ansicht, die auch jenseits der Diagnostik Unterstützer fand. ⁴⁵ Zum Geschmack hielt Baas fest, dass dieser »der aristokratischste unter den Sinnen sei [...] aber gerade deshalb (sic!) als diagnostischer Sinn die unterste Stufe« einnehme (S. 74). Eine Schnittmenge gebe es zu manchen Gerüchen, die man auch schmecken könne. Auch den Geruch hielt er für weniger diagnostisch relevant, aber doch für wichtig, weil er vor Giften und hygienischen Gefahren warne (S. 71).

36 H. Frühauf, *Diagnostik der inneren Krankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen und chemischen Analyse der Se- und Excrete*. Bearbeitet für Kliniker und Aerzte. Berlin 1879, S. 2.

37 Wesener, *Lehrbuch*.

38 Bock, *Diagnostik*; Frühauf, *Diagnostik*.

39 Danz, *Semiotic*, S. 7; Stanley J. Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge 1978, S. 100.

40 Schon Aristoteles hatte den Sehsinn an die Spitze seiner Rangordnung gestellt. Der Tastsinn bildete bei ihm das Ende der Skala. Vgl. Robert Jütte, *Geschichte der Sinne. Von der Antike bis zum Cyberspace*, München 2000, S. 73.

41 Peter Utz, *Das Auge und das Ohr im Text. Literarische Sinneswahrnehmung in der Goethezeit*, München, 1990, S. 24.

42 Baas, *Differentialdiagnostik*, S. 7.

43 H. Fröhlich, *Das zweckmäßigste Brustmessungsverfahren*, in: *Archiv für pathologische Anatomie* 54 (1872), S. 352–375, hier S. 352.

44 Wesener, *Lehrbuch*, S. 50.

45 Max A. Goldstein, *Comparative Value of the Sense of Hearing to the Sense of Sight*, in: *The Laryngoscope* 1 (1896) 4, S. 207–210.

Sinne, Zeichen und Stigmata

Über die Sinne sollten Ärzte also Körperzeichen bei Patient*innen erheben und diese als Zeichen für Krankheit deuten. Im Prozess der Deutung allerdings zeigt sich eine enge Verbindung zwischen Sinneswahrnehmung und deren sozialen Folgen: Unmittelbar steht hier das Unangenehme der Untersuchung für Patient*innen im Vordergrund, das insbesondere bei der Untersuchung von Frauen thematisiert wurde. Das Gefühl der Scham wurde gegen den diagnostischen Sinn der Untersuchung abgewogen, wobei Ärzte auch darüber reflektierten, ob für die Frauen eine reine Tastuntersuchung »unter der Bettdecke« nicht angenehmer sei als eine zusätzliche Inspektion.⁴⁶ In der Bewertung deuten sich nicht nur Geschlechterunterschiede, sondern auch Klassenunterschiede an, wenn etwa die Inspektion der Genitalien »in der Privatpraxis, besonders bei Frauen, im Gegensatz zur klinischen Lehrpraxis, nur in Fällen« vorgeschlagen werden dürfe, »wo sie durchaus unumgänglich« sei.⁴⁷ Das Auge als unmittelbares Organ des Geistes und der Idee konnte offenbar Schamgefühle mehr verletzen als der nur mittelbar Einbildungskraft ansprechende Tastsinn (s. o.) – und das bei Frauen mehr als bei Männern. Überdies genossen besser gestellte Frauen einen höheren Schutz dieser Intimsphäre als solche aus sozial schlechter gestellten Kreisen.

Auch die Forderung, Diagnosen sofort mitzuteilen, verweist auf ein Gefühl mit sozialer Wirkung. In der Sorge um das Resultat einer Untersuchung könne Patient*innen die Zeit ungleich länger erscheinen als dem/der Untersuchenden.⁴⁸ Nicht zuletzt wirken Scham- und Zeitgefühl zusammen, wenn Untersuchungen beispielsweise von mehreren Personen nacheinander, z. B. im klinischen Unterricht vorgenommen werden. Raum-, Zeit- und Kontextabhängigkeit des Erlebens einer Diagnostik werden hier deutlich, wenn Autoren die Art und Form der Untersuchung und ihre damit einhergehende Belastung zum Gradmesser der Legitimität einer studentischen Sinnesübung an Patient*innen machten.⁴⁹

Mittelbar eröffnet sich eine über die Arzt-Patient*innen-Dyade hinausgehende Dimension, die über den Untersuchungsmoment hinaus sozial wirksam werden konnte. Diese wurde in den meisten Lehrbüchern aber nicht reflektiert. Wenn Baas etwa über den Geruchssinn räsoniert, so betont er dessen Charakter als warnenden Sinn und seine unangenehmen Seiten »für den Arzt«. Er verlässt die nosologische Ebene und bezieht Geruchsdifferenzierungen auf rassistische Stereotypen, klassen- und berufsbezogene (u. a. Gerber, Pferdekehnechte, Apotheker) sowie geschlechtsbezogene Kategorien, die er oft in Nebensätzen wertend hinterlegt (»katzenharnartig-faulig riechende Ausdünstungen, am stärksten natürlich bei unreinlichen Weibsbildern, während der Menstruation«, »Dass das Sperma einen unangenehmen ›tierischen‹ Geruch verbreitet [...] ist bekannt.«). Die »Verläugnung seines Geruchsinns« sieht er als »eine der schwierigsten Forderungen, welche die Praxis an den Arzt« stelle.⁵⁰ Leichter zu vermeiden sei der Einsatz des Geschmackssinns. Dieser werde auch kaum mehr ge-

46 Albert Moll, *Ärztliche Ethik. Die Pflichten eines Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit*, Stuttgart 1902, S. 198. Hier eröffnet sich eine spannende Kopplung von Emotionen und Sinngeschichte.

47 Baas, *Differentialdiagnostik*, S. 32; Moll, *Ethik*, S. 197.

48 Moll, *Ethik*, S. 119 f.

49 Moll, *Ethik*, S. 608.

50 Baas, *Differentialdiagnostik*, S. 71 ff.

nutzt, denn dies verlange dem Arzt Heroismus ab, wenn etwa Fäzes geschmeckt werden solle. Was Auswurf oder Erbrochenes angehe, könne man sich ruhig auf die Angaben der Patient*innen verlassen. Geschmack und Geruch werden so zu den Sinnen, die vor allem das Unangenehme an Patient*innen in Erscheinung riefen. Sie verlangten nach Distanzierung, Abgrenzung oder Überwindung.⁵¹ Wenig subtil wird dabei nach sozialer Klasse und anderen sozialen Merkmalen wie beispielsweise Geschlecht, Berufsfeld oder Alter differenziert und selbst der vornehme Sehsinn leidet unter den Effekten von Geruch und Geschmack: Die Inspektion (das Sehen) des Anus etwa bezeichnet Baas trotz der Aufforderung zur vorherigen Waschung »besonders bei in diesem Punkte nicht sehr zuverlässigen Landleuten und Alten« als »immer noch widerlich genug«.⁵²

Eine solche Kopplung von ärztlichem Sinn mit Personenmerkmalen öffnete die Tür für eine folgende medizinisch motivierte Diskreditierung und Abwertung der Betroffenen. Oftmals mischten sich dabei wertbezogene diskreditierende Prämissen mit dem medizinischen Zeichendeutungsinventar. So wird einige Zeit vor Baas etwa in einem Lehrbuch zur »Physikalische[n] Diagnostik und deren Anwendung in der Medicin« von 1849 im Zusammenhang mit den mittels Inspektion/Sehen zu erhebenden Zeichen u. a. ein »Säufer-Habitus« von dem des »Onanisten« unterschieden. Die Charakterschwäche, die in der Namensgebung zu Tage tritt, wird als durch Symptome erkenn- und deutbar geschildert und die folgende Diagnose wird zum Stigma. So heißt es hier etwa über den Weinsäufer, er sei erkennbar an der »Röthe des Gesichtes [...] und Kupferröthe auf der Nase, die dadurch ungeheuren Umfang erlangen kann«. Der Blick aber zeuge »von reger Geistestätigkeit«. Der Branntweintrinker hingegen sehe »schmutzig-bleich« aus und habe einen nichtssagenden und unsteten Blick. Der Biersäufer wiederum habe ein »schwammiges, aufgedunsenes Aussehen« und sei nicht selten fett. Der Onanist zuletzt gebe sich »durch unstäten schleppenden Gang und Mangel an Sicherheit in der Haltung, Schwindel, Herzklopfen, Blässe des Gesichtes und der Lippen und matten Blick aus den mit braunen Hofe umgebenen Augen zu erkennen«. Der einmal erkannte Onanist aber kommt aus der diagnostischen Diskreditierungsfalle nicht heraus, selbst wenn er die genannten Zeichen nicht aufweist, denn, so lautet der abschließende Satz, es gebe »andererseits [...] Onanisten, die sich eines blühenden Aussehens erfreuen«.⁵³

Die Diagnostik führt – wie diese Beispiele zeigen sollen – zunächst zur Etikettierung im Sinne der Reduktion einer Person auf ihre Diagnose. Entscheidend ist dabei nicht das Kranksein, sondern eben die Benennung der individuellen Krankheit durch die ärztlich tätige Person auf Basis ihrer Sinnesleistung. Die Zeichen, die zur Diagnoseetikettierung führen, können einen Prozess der Stereotypisierung nach sich ziehen, denn ist die Diagnose einmal gestellt, führt jede weitere Zeichenerhebung zur Verstärkung der Diagnose im Zuge einer *selffulfilling prophecy* – es sei denn die neuen Zeichen sind so abweichend, dass eine Differentialdiagnostik notwendig wird. In manchen

51 Zur Geschichte des Olfaktorischen und seiner historisch wechselhaften Wirkung im sozialen Gefüge siehe Jürgen Raab, Die soziale Konstruktion olfaktorischer Wahrnehmung. Eine Soziologie des Geruchs, Univ. Diss. Konstanz 1998.

52 Baas, Differentialdiagnostik, S. 31.

53 Gustav von Gaal, Physikalische Diagnostik und deren Anwendung in der Medicin, Chirurgie, Oculistik, Otiatrik und Geburtshilfe, Wien 1849, S. 30.

Fällen können dann soziale Exklusion und Diskriminierung folgen, wenn etwa eine Angst vor Ansteckung besteht oder die jeweilige Diagnose mit vermeintlichen Charakterfehlern assoziiert ist.⁵⁴

Dieses schädliche Potenzial und die selbstverstärkende Resonanz der diagnostischen Handlung sind auch um 1900 schon diskutiert worden. Dabei bemühten Ärzte sich seit der Aufklärung intensiv, eigentlich die Diagnose von der moralischen Bewertung eines Menschen zu emanzipieren. Albert Moll beispielsweise nennt in seiner 1902 veröffentlichten »Ärztlichen Ethik« die »Preisgabe der Nächstenliebe zu Gunsten des Egoismus und die Beunruhigung des Volkes durch übertriebene Aengstlichkeit« als Einfallstor für Herabwertung von Patient*innen.⁵⁵ Diagnostik und Diskreditierung sah er dabei als sich verstärkende Systeme. Durch die Verallgemeinerung einiger diagnostischer Zeichen entstünden Stereotypen, die dann ihrerseits Krankheitsbilder ausdehnten. Am Beispiel der Hysterie führt er aus:

»Je mehr sich nun dieses Zerrbild der Hysterie in den Köpfen der Aerzte festsetzte, umso mehr wurde auch das Krankheitsbild ausgedehnt, und allerlei Symptome, für die man keine Erklärung fand, wurden als hysterische bezeichnet, und mit einer Variante wurde die alte Genusregel umgewandelt: was man nicht definieren kann, das sieht man als hysterisch an. Die Hysterischen waren genügend kompromittiert, den Arzt zu entlasten, der bei der Therapie keinen Erfolg hatte.«⁵⁶

Fazit

Der Blick in die hier vorgestellten Überlegungen zur Diagnostik verdeutlicht, dass die thematisierten ärztlichen Sinneserfahrungen mit sozialen Erfahrungen und moralischen Dimensionen gekoppelt wurden, die dann die Diagnose zu einem mehrschichtigen persönlichen Urteil werden lassen konnten. Die Hinwendung der Medizin zur »modernen« Diagnostik mittels geschulter und geschärfter Sinne sollte der Klarheit der Benennung (und Behandlung) spezifischer individueller Leiden dienen. Patient*innen sollten mit ihrer Erkrankung statt in grobe Krankheitsklassen in möglichst klar differenzierbare Subgruppen von Krankheiten eingeordnet werden. Der Sinneseindruck und das Urteil auf Basis desselben sollten die federführenden Kriterien in der Diagnostik sein, denen andere wie das erzählte Erleben der Patient*innen oder chemische Untersuchungen nachgelagert und untergeordnet waren.

In diesem Zuge veränderten sich die zur Diagnostik genutzten Sinne. Sie wurden im Laufe der Zeit durch Schulung modifiziert, ausdifferenziert und am Ende technisch erweitert, sollten aber weiter den »Wettstreit(e)« mit anderen Untersuchungsmethoden bestehen.⁵⁷ Auch ihre Hierarchie stand zur Debatte und wurde verschoben. Geschmack und Geruch traten hinter dem Seh-, Tast- und Hörsinn zurück, deren hierarchische Stufe wiederum vom Untersuchungskontext und -gegenstand abhing. Die

54 Für eine aktuelle Perspektivierung siehe Bruce G. Link/Jo C. Phelan, Conceptualizing Stigma, in: Annual Review of Sociology 27 (2001), S. 363–385.

55 Moll, Ethik, S. 424.

56 Moll, Ethik, S. 94.

57 Risak, Blick, S. 9.

technische Erweiterung zumindest des Auges und des Ohres machte diese beiden Sinne (den einen mehr als den anderen) zu Fernsinnen, deren Einsatz auch Distanz zum Patienten versprach. Auf konzeptioneller Ebene mag nicht zuletzt auch der Siegeszug der Bakteriologie mit der für sie stilbildenden Mikroskopie dazu beigetragen haben, Geruch und Geschmack durch das Auge zu ersetzen. Stand der Geruch für die gegen Ende des Jahrhunderts immer mehr in den Hintergrund tretende Miasmentheorie, die davon ausging, dass aufsteigende, schlechte Luft Krankheiten hervorrief, so stand das Auge für die als modern wahrgenommene Bakteriologie, die postulierte, dass mit dem Mikroskop sichtbare Mikroben die Ursache vieler Infektionskrankheiten seien.

Die Interpretation der sinnlichen Zeichen konnte sich trotz der Ausdifferenzierung aber nicht immer von Kategorien lösen, die soziale Distinktion und abwertende oder ausgrenzende Vorurteile mittransportierten. Vielmehr reproduzierte sie diese Kategorien oder trug noch darüber hinaus wie in einem sich gegenseitig verstärkenden Resonanzsystem zu ihrer Entstehung und Verfestigung bei. Das Ergebnis der Interpretation, die Diagnose, wirkte dann in gleicher Weise über die Arzt-Patient*innen-Beziehung hinaus wieder stigmatisierend, wenn sie die Vorurteile so im zirkulären Prozess perpetuierte. Geruch und Aussehen etwa dienten als diagnostische Kriterien, transportieren aber gleichzeitig soziale Stereotype; diagnostische Befunde selbst wurden zur individuellen Krankheitszuschreibung, die weitergehende soziale Folgen zeitigen konnte.

In der Summe sollte die im 19. Jahrhundert zu beobachtende Konzentration auf den Seh-, Tast- und Hörsinn Krankheitserkennung und -benennung rationalisieren. Im Versuch, Krankheitserkennung und -differenzierung im Sinne einer allein nosologischen Logik zu rationalisieren, schien aber in nahezu paradoxer Weise gerade mit dem Wahrheitsanspruch einer angeblich wertfrei erhobenen medizinischen Diagnose das Diskreditierungspotenzial eher zuzunehmen. Auch Technisierung, die Sinnesleistungen objektivieren wollte, trug eher dazu bei, stigmatisierende Stereotypen zu verfestigen. Was vorher ein persönlicher Sinneseindruck war, wurde nun zum objektiven Befund. Hatte eine erkrankte Person eine Diagnose erhalten, so hatte diese für sie, die ärztlich tätige Person und die soziale Umwelt Wahrheitsgehalt und war damit in den Augen der gegebenenfalls Diskreditierenden nicht auslöschar – es sei denn durch eine erfolgreiche Therapie. Die persönliche Diagnose hat so das Potenzial gewonnen, ein Urteil auf Basis eingeübter Sinne mit sozialen Folgen zu werden.

Heiner Fangerau ist Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Geschichte der medizinischen Diagnostik, der Neurologie- und Psychiatriegeschichte und der Geschichte des medizinischen Kinderschutzes sowie der historischen Netzwerkanalyse.

E-Mail: heiner.fangerau@uni-duesseldorf.de