

»De conservanda valetudine« – Über die Erhaltung der Gesundheit

Frühneuzeitliche Perspektiven auf Gesundheitswissen
für eine historische Reflexion auf Gesundheit
in der Postmoderne¹

Malte Wittmaack

1. Einleitung

Die Zielsetzung des vorliegenden Bandes disziplinübergreifend über Gesundheit nachzudenken und so für die Gesundheitswissenschaften die von der WHO geforderte gesamtgesellschaftliche Sorge um Gesundheit in den Blick zu nehmen, ist auch für die Geschichtswissenschaft und vor allem aus Sicht der Körper- und Medizingeschichte der Frühen Neuzeit reizvoll. Die Auseinandersetzung mit historischen Vorstellungen und Konzepten von Gesundheit kann eine andere Perspektive auf uns heute vertraute Vorstellungen und vermeintliche Gewissheiten eröffnen und eine historische Reflexion unserer Gegenwart ermöglichen. Ganz grundlegend kann sich in einer historischen Perspektive zeigen, dass Gesundheit nicht etwas Universelles und in seiner Konzeption Unveränderliches ist. Vorstellungen von Gesundheit unterliegen vielmehr historisch spezifischen Deutungs- und Wissenshorizonten, die in je eigener Weise bestimmen, was Gesundheit ist, wie sie erhalten oder wiederhergestellt werden kann: Die Historisierung von Gesundheitsvorstellungen kann aus den genannten Gründen als wichtiger Baustein für eine gesamtge-

¹ Für wichtige Hinweise und methodische Diskussionen danke ich Antje Flüchter. Für die Diskussion meiner frühneuzeitlichen Perspektiven vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Ansätze zur Patient*innenperspektive danke ich Jan Wittmaack und Jörg Wittmaack.

sellschaftliche Sorge um Gesundheit in der Postmoderne erachtet werden, wie sie von den Herausgeber*innen gefordert wird.

Um die skizzierte Historisierung zu leisten und deren Möglichkeiten und Chancen für die Fragestellung des Bandes zu illustrieren, wird im Folgenden Gesundheitswissen in der Frühen Neuzeit in zwei Perspektiven fokussiert: das Gesundheitswissen innerhalb von Gesundheitsratgebern sowie das Gesundheitswissen innerhalb von Reiseberichten. Die erste Perspektive der Gesundheitsratgeber konzentriert sich dabei stärker auf die Vermittlung von Gesundheitswissen, während der Blick in die Reiseberichte einen Einblick in die praktische Anwendung von Gesundheitswissen ermöglichen kann. Gesundheitswissen wird hier in Anlehnung an Paul Gellert und Florian Tille verstanden als »facts, information, and skills acquired through experience or education, as well as the theoretical or practical understanding of a subject related to health and health-care« (Gellert & Tille 2015: 266).

Im Folgenden wird zunächst danach gefragt, welchen konzeptionellen Grundannahmen Gesundheitswissen in der Frühen Neuzeit im Sinne der von Gellert und Tille betonten »facts« unterlag. Um diese Frage zu beantworten, wird die medizinisch-gelehrte Ebene des Gesundheitswissens in der Frühen Neuzeit, die Humoralpathologie oder Säftelehre vorgestellt. Anschließend werden die Vorworte frühneuzeitlicher Gesundheitsratgeber ausgewertet, um zu fragen, welche praktischen Handlungsanweisungen und welches damit verbundene praktische Gesundheitswissen aus der Humoralpathologie von den Autoren² der Ratgeber abgeleitet werden konnten und an das Publikum der Ratgeber vermittelt werden sollte. Damit werden die »skills« adressiert, die für Gellert und Tille gleichfalls zentrale Bestandteile von Gesundheitswissen sind. Im Anschluss daran werden Reisende in den Fokus gerückt. Thematisiert wird dabei, wie diese Gruppe von Akteuren als größtenteils medizinische Laien Gesundheitswissen konkret anwandte und wie das Wissen in den Reiseberichten mit jenem Wissen der Gesundheitsratgeber korrespondierte, um das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis schlaglichthaft auszuleuchten. In einem letzten Schritt wird ein Versuch unternommen, die Ergebnisse aus der Untersuchung vor dem Hintergrund der Debatten um

2 Anmerkung zu gendersensiblen Sprache: Für die Frühe Neuzeit wird entweder nur die männliche oder die weibliche Form verwendet oder beide Formen. Dies hängt mit der Geschlechterkonzeption der Frühen Neuzeit zusammen, die kein drittes Geschlecht als Identifikationskategorie kannte (Klöppel 2010). Für Aussagen, die sich auf die Gegenwart beziehen, wird gegendert.

health literacy und der Patient*innenautonomie in den Gesundheitswissenschaften der Postmoderne zu reflektieren.

2. Gesundheitswissen in der Theorie: Die Humoralpathologie

Der Statthalter in Schleswig Heinrich Rantzau (1526–1599) schreibt in seinem mehrfach wiederaufgelegten Handbuch »De conservanda valetudine« [Über die Erhaltung der Gesundheit], es sei nicht möglich, dass ein Mensch in einen dauerhaften Zustand der Gesundheit komme »dieweil unsere [= der Menschen] Körper ohne unterlas geendert werden/und zur corruption von anfang bis zum ende wegen des falls unser ersten eltern geneigt« (Rantzau 1585: Vorrede unpag.) sind. Der Ausgangspunkt von Bemühungen um die eigene Gesundheit war also der biblische Sündenfall und die Vertreibung aus dem Paradies (Schreiner 1992: 42; Vanja 2010: 18). Gesundheit und Gesunderhaltung als wichtiger Bestandteil der »Grundfragen menschlicher Existenz« (Schreiner 1992: 43) verbanden sich mit den christlichen Vorstellungen, bezogen sich konzeptionell jedoch vor allem auf die antiken medizinischen Vorstellungen der Humoralpathologie. Die Humoralpathologie oder auch Säftelehre war die hegemoniale medizinische Lehre in Mittelalter und Früher Neuzeit: Auf den antiken Schriften von Hippokrates und Galen basierte die Vorstellung, dass der Körper aus vier Säften bestünde: Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle. Diese Säfte waren den vier Elementen zugeordnet (Vgl. Barbezat & Scott 2019: 2). In einem gesunden Körper waren die Säfte im Gleichgewicht. Das Säftegleichgewicht war jedoch nicht eine allgemeine Größe, sondern war für jeden Menschen unterschiedlich und wurde unter anderem durch die Sternenkongstellation zum Zeitpunkt der Geburt verursacht. Dieses individuelle Säftegleichgewicht war die sogenannte Komplexion (vgl. Dawson 2019: 2). Diese musste durch die Lebensführung im Gleichgewicht gehalten werden. Maßgeblich waren dafür die *sex res non naturales*, also jene Dinge, die auf die Gesundheit und damit auch das Gleichgewicht der Säfte Einfluss nehmen konnten: Luft, Nahrung, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Erneuerung und Abfluss der Säfte, Emotionen und Leidenschaften (vgl. Gentilcore 2015: 14). Die Vorstellungen der vier Säfte und der *sex res non naturales* bildeten die Grundlage für medizinische Behandlungen und das Verständnis von Gesundheit in der Frühen Neuzeit. Gleichzeitig darf nicht davon ausgegangen werden, dass die Viersäftelehre in der Frühen Neuzeit das einzige Deutungsmuster darstellte. So entwickelte der Arzt Paracelsus im 17. Jahrhundert etwa die Vorstellung,

dass Prozesse innerhalb des Körpers als alchemistische Prozesse aufzufassen sind. Die Verdauung beschrieb er etwa als Gärungsprozess. und entwickelte damit die Grundlage der sogenannten Iatrochemie. Laut Paracelsus gebe es eine enge Beziehung zwischen Mikrokosmos und Makrokosmos (Vgl. Riha 2003: 111ff.). Demnach bestehe eine Beziehung zwischen der »äußeren« Alchimie in der Natur und eine[r] »innere[n]« Alchimie im menschlichen Magen« (Koehler et al. 2023: 132). Damit bezog sich Paracelsus nicht auf die vier Säfte im engeren Sinne, sondern brachte einen anderen Erklärungsansatz ein, als es die Säftelehre mit ihrer »Kochung« der Nahrung im Magen bisher getan hatte. Es konnten also andere Erklärungsmuster und Theorien innerhalb des medizinischen Diskurses artikuliert werden, wie die Iatrochemie, ohne dass dadurch die generelle Logik der Viersäftelehre mit ihrer Vorstellung von einem Körper im Gleichgewicht und einer Bemühung um den notwendigen Ausgleich – durch Beachtung der *sex res non naturales* – in Frage gestellt werden musste.

3. Erhaltung der Gesundheit durch Arbeit und Erfahrung: Gesundheitswissen als praktisches Wissen in frühneuzeitlichen Gesundheitsratgebern

Die erste hier gewählte Perspektive ist das Gesundheitswissen, das in frühneuzeitlichen Gesundheitsratgebern für die Erhaltung der individuellen Gesundheit verhandelt und vermittelt wurde. Die Frage nach unterschiedlichen Formen und Konkretisierungen frühneuzeitlichen Gesundheitswissens für die Leserschaft von Ratgeberliteratur erscheint besonders mit Blick auf die in den Gesundheitswissenschaften diskutierte »Health Literacy« instruktiv (vgl. Chin et al. 2011). Die für die Health Literacy-Forschung besonders wichtige Frage nach den Medien und der Vermittlung von Gesundheitswissen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für das individuelle Gesundheitsverhalten, erhält so eine historische Dimension. Die Darstellung frühneuzeitlicher Vorstellungen des Gesundheitsmanagements als Vorgänger gegenwärtiger Konzepte weisen Letztere als das Ergebnis historischer Prozesse aus und zeigen die Veränderbarkeit von Gesundheitsvorstellungen auf. Gesundheitskompetenz umfasst nach der Definition von Bitzer und Sørensen:

»das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in

den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.« (Bitzer & Sørensen 2018: 754)

In der Frühen Neuzeit gab es eine Vielzahl populärer Gesundheitsratgeber (vgl. Stolberg 2007: 60; Ebbing 2008: 78). In den Gesundheitsratgebern manifestierten sich die Vorstellungen der Humoralpathologie und der *sex res non naturales* in Grundsätzen der Mäßigung und dem Bemühen, um eine ausgeglichene Lebensweise. Ziel der Ratgeber war die Erhaltung der Gesundheit, die durch vielfältige äußere Einflüsse bedroht war (vgl. van Beverwijck 1671: 24). Autoren wie der niederländische Arzt Johan van Beverwijck (1594–1647) gingen in ihren Praxisanleitungen daher vom gesunden Körper aus. Krankheit war kein Zustand des Körpers an sich, sondern erwies sich vielmehr als eine Folge dessen, was im Lauf des Lebens auf den Körper einwirkte (vgl. dazu Duden 1987: 163f.). Die *sex res non naturales* konnten den Körper immer wieder aus dem Gleichgewicht bringen und die Autoren der Ratgeber zeigten ihren Leserinnen und Lesern mögliche Gegenmaßnahmen auf, mit denen sie sich und ihre Gesundheit wieder ins Gleichgewicht bringen konnten. Dabei ging es den Autoren der Ratgeber nicht darum, die Grundsätze der Humoralpathologie in ihrer abstrakten Form dem Publikum zu vermitteln. Leserinnen und Leser sollten vielmehr lernen, was für die Erhaltung ihrer Gesundheit wichtig war und welche Maßnahmen sie konkret ergreifen sollten, wie etwa die Durchführung von Aderlässen (vgl. Kreslin 1665). Dass das Gesundheitswissen im Kontext der Ratgeber vor allem die medizinische Alltagspraxis im Sinne der von Sørensen und Bitzer adressierten Gesundheitsförderung betonte (vgl. dazu auch Flüchter 2024: 191ff.), zeigt ein Blick in die Vorworte unterschiedlicher Ratgeber. Der Memminger Stadtarzt Christoph Schörer (1618–1671) beschreibt etwa die Absichten seines Buches in der Vorrede seines mehrfach aufgelegten Ratgebers wie folgt:

»Habe also mir fürgenommen dise Materi/welche die Medici mit einem Wort diaetem nennen/etwas kurtz/und in Regeln zusammen zu=fassen/und auf solch Weiß (ohne einmischung viler Lateinischer Wör=ter vilen zu dienen [...]) Mein absehen aber ist dahin ge=richtet/daß allerley Stands=Persohnen/Hohe/und Nidere/Geistliche/und Weltliche/Mann und Weib//Gelehrte und Ungelehrte/welche die Medicinam nicht verstehen/hierinnen einen Undericht haben mögen/was ihnen [...] zu erhaltung ihrer Gesundheit zu wissen notwendig.« (Schorer 1697: Vorrede unpag.)

Schorer bezog sich in seinem Text nicht auf die einzelnen Aspekte der humoralpathologischen Grundsätze, sondern fasste seine Anmerkungen zur Gesundheit unter dem Begriff der Diätetik zusammen, worunter er und auch andere Autoren der Zeit die Lebensweise verstanden, die Gesundheit erhalten konnte. Diese Lebensweise musste jedoch von den Leserinnen und Lesern der Ratgeber aktiv gestaltet werden und damit war Gesundheit – und das damit verbundene Gleichgewicht der Körpersäfte und das Ausgleichen der *sex res non naturales* – ein Zustand, den zu erreichen für die frühneuzeitlichen Akteurinnen und Akteure vor allem Arbeit bedeutete. Der Jesuit Leonardo Lessius (1554–1623) warb explizit für die Mäßigung als Arbeit zur Erhaltung der Gesundheit. Zwar sei die Umstellung zur Mäßigung durchaus nicht einfach, doch es gäbe stets zu bedenken, dass »solche Beschwer mit vilen Nutzbarckheiten werde erstattet« (Lessius 1697: 87). Unter diese Nutzbarkeiten fällt schließlich, dass die Mäßigkeit »benimbt die Kranck=heiten/machet den Leib wackerich/lustig/hur=tig [...]« (Ebd.). Lessius forderte die Leserinnen und Leser seines Textes zum Handeln auf und machte damit die Leserinnen und Leser für ihre individuelle Gesundheit verantwortlich.

Neben der Mäßigung, die aus den Regeln der Diätetik abgeleitet werden konnte, sprachen die Autoren auch über den Nutzen der eigenen Erfahrung. Denn, so Rantzaus, »wird auch die tegliche expe=rientz/als die beste meiste=rin ferner anzeigung und unterricht geben/das ein jeder bei sich selbst spüren/fühlen und befinden kann/was ihnen be=kompt/und nicht bekommt/wol thut und scha=den zufüget« (Rantzaus 1585: Vorrede, unpag.). Rantzaus wies Gesundheit damit nicht als einen einzig an bestimmten Normwerten und allgemeinen Regeln orientierten und zu verallgemeinernden Zustand aus. Wissen über Gesundheit war damit keine exklusive Expertise der gelehrten Medizin, sondern war bei ihm auch wesentlich dadurch bestimmt, was der oder die einzelne über seine oder ihre eigene Gesundheit im Sinne der jeweilig spezifischen Komplexion der Säfte wusste. Das Rantzaus dabei kein Einzelfall war, zeigt der Text des bereits zitierten niederländischen Arztes Johan van Beverwijck, der über die Erfahrung als Teil des Gesundheitswissens ebenfalls ausführlich berichtete. Er schreibt dazu:

»So mus dan nun ein ieder seine eigne natur kennen/und wissen/was ihm guht/oder nicht guht; geniessen/was seiner natur angenehm/und heilsam; ungenossen lassen/was ihr zuwider/und schädlich; ja ihr als einer Lehrmei=sterin/darinnen stats folgen [...] indem sie durch vil zeuchen zu

erkennen giebet/was sie will/was vor dinge sie suchet/was sie begehret und was ihr zuwider.« (van Beverwijck 1671: 21)

Auch bei Beverwijck findet sich die Erfahrung mit dem eigenen Körper und mit der eigenen Natur. Mit der Natur meint Beverwijck die jeweils spezifische Komplexion der Säfte. Auch bei ihm war die Gesundheit kein für alle Menschen auf die gleiche Weise aufrechtzuerhaltender Zustand. Die Grundlagen der Humoralpathologie bildeten für die Ratgeber der Frühen Neuzeit den wichtigsten konzeptuellen Bezugspunkt für Gesundheitswissen. Doch reichte diese rein theoretische Form des Gesundheitswissens nicht aus, damit jeder seine Gesundheit in der gleichen Weise erhalten konnte. In der humoralpathologischen Theorie war bereits ein individuelles Moment angelegt, indem die Komplexion nicht für alle Menschen identisch war. So war es folgerichtig, dass zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts in einer spezifischen Komplexion mit je spezifischen Maßnahmen regiert werden musste. Diese spezifischen Maßnahmen ließen sich nicht bis ins Detail generalisieren und so musste das gelehrt, aber auf die Alltagspraxis gerichtete Gesundheitswissen durch die Erfahrung mit dem eigenen Körper seitens der Leserinnen und Leser ergänzt werden (vgl. dazu auch Labouvie 2001; Stolberg 2001).

4. Gesundheitswissen in der Praxis: Die Erhaltung der Gesundheit auf Reisen

Reisende bieten sich besonders für die Frage nach Gesundheitswissen in der Praxis an, weil sie oft keine Experten der gelehrten Medizin waren, wie die Autoren der Gesundheitsratgeber. Es wird zu fragen sein, inwieweit das Gesundheitswissen der Reisenden mit dem Wissen in den Gesundheitsratgebern korrespondierte. Es wird daher untersucht, ob und wie sich das in der Ratgeberliteratur verfasste Wissen, das als praktisches Wissen im Sinne der »skills« bei Gellert und Tille analysiert wurde, auch in Reiseberichten findet. Dabei ist zu betonen, dass Ratgeber und Reiseberichte nicht in einem direkten Verhältnis stehen. Es soll nicht suggeriert werden, dass die Reisenden die hier besprochenen Gesundheitsratgeber unmittelbar rezipiert hätten. Bei der Frage nach dem Gesundheitswissen in den Reiseberichten ist vor allem das Gesundheitswissen der Patientinnen und Patienten relevant, das Gunnar Stollberg und Jens Lachmund stark gemacht haben:

»Allerdings wird Krankheit in der Welt des Patienten oft in einer ganz anderen Weise konstruiert, als im Rahmen des Diskurses der wissenschaftlichen Medizin. Das liegt nicht nur daran, daß das offizielle medizinische Wissen überhaupt nur in fragmentierter und trivialisierter Form in den Bestand des Alltagswissens einer Gesellschaft eingeht; es liegt vor allem auch daran, daß die Handlungs- und Deutungsbedürfnisse im alltäglichen Umgang mit Krankheit andere sind als die von Ärzten und medizinischen Forschern.« (Lachmund & Stollberg 1995: 11)

Es ist zu fragen, wie stark das Wissen der Ratgeber als praktisches, aber dennoch von medizinischen Experten präsentierte Wissen mit dem Alltagswissen der Reisenden korrespondierte. Welche Aussagen lassen sich aus dem Kontrast von Ratgebern und Reiseberichten über die Beziehung zwischen Experten und Laien sowie dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis mit Blick auf frühneuzeitliches Gesundheitswissen treffen? Diese zweite Perspektive berührt zentral das Anliegen der Health-Literacy-Forschung (Schaeffer et al. 2017) mit Blick auf die Gesundheitskompetenz von Laien und kann zudem Fragen und Perspektiven auf die teils asymmetrische Beziehung zwischen Expert*innen und Laien, sowie Theorie und Praxis generieren, die in gegenwärtigen Debatten diskutiert werden (vgl. Gerfertz-Schiefer 2024). Die gewählte Perspektive kann dabei helfen, der historischen Genese dieser Asymmetrie (vgl. Wiesemann 2001) auf die Spur zu kommen.

Der Forschungsreisende Garsten Niebuhr (1733–1815) schrieb über den Tod seiner Reisegefährten unter den ungewohnten Umständen, die durch die Reise bedingt waren, sowie seinen eigenen Umgang damit:

»Man irret, wenn man vermuthet, daß meine Reisegefährten durch ansteckende Seuchen hinge=rissen wurden, weil sie so bald nach einander gestorben sind. Ich glaube vielmehr, daß wir selbst Schuld an unsern Kranckheiten gewesen sind, und also andere sich leicht davor hüten können. Unsere Gesellschaft war zu groß, als daß wir uns frühzeitig hätten bequemen sollen, nach der Art des Landes zu leben. In verschiedenen Monaten hatten wir gar kein trickbares starckes Getränk erhalten können, wozu wir doch gewohnt waren, gleich wohl aßen wir beständig Fleischspeisen, welche in allen heißen Ländern für sehr ungesund gehalten werden. Die kalte Abendluft war uns an heißen Tagen so angenehm, daß wir uns ihr zu sehr aussetzten. Auch auf die sehr merkliche Verschiedenheit der Wärme in den bergigen Gegenden, und den niedrigen Ebenen, hätten wir aufmerksamer seyn sollen. [...]. Ich selbst bin noch beym Leben meiner Gefährten, weil ich so

wie sie gerne nach europäischer Art leben wollte, einigemal sehr krank gewesen. Aber seitdem ich bloß mit Morgenländern umgeben war, und nun lernete wie man sich in diesen Ländern in acht nehmen müsse; so reiste ich [...], bey völliger Gesundheit, und ohne viel Verdrießlichkeiten mit den Einwohnern jener Länder gehabt zu haben.« (Niebuhr 1772: IX-X)

Der Reisende Niebuhr verstand die Erhaltung der Gesundheit unter den ungewohnten Umständen vor allem als Arbeit, denn es ging ihm darum, aktiv die eigenen Gewohnheiten zu ändern, um die Gesundheit aufrecht erhalten zu können. Das dies der Fall ist, zeigt sich auch in der Formulierung, dass Niebuhr die Gesundheit einige Male ebenfalls eingebüßt hatte, weil er versucht hatte, wie seine verstorbenen Gefährten, nach »europäischer Art« zu leben, also gemäß der ihm bisher aus der Heimat vertrauten Diätetik. Mit dem Verweis auf Nahrung und Getränke adressierte Niebuhr die *sex res non naturales*, bezog sich aber nicht nur auf die theoretischen Überlegungen der Humoralpathologie, sondern verwies auch auf die Erfahrung als wichtiger Indikator für die Erhaltung der Gesundheit. Denn nachdem Niebuhr schließlich »lernete wie man sich in diesen Ländern in Acht nehmen müsse« (Niebuhr 1772: X), konnte er seine Gesundheit auch unter dem Einfluss bisher unvertrauter Bedingungen im Osmanischen Reich problemlos erhalten und sie wieder ins Lot bringen. Über die Erfahrung sprach auch der Gesandtschaftsreisende Gehard Cornelius von den Driesch (1688–1758). Er berichtet über eine im Osmanischen Reich übliche, aber den Ärzten, die die Reisegruppe begleiteten, unbekannte Krankheit:

»Es ist zwar an dem, daß diese Herrn [=Ärzte] solche in dasigen Ländern gar gewöhnliche und sehr um sich reissende Krankheit gleich anfangs nicht recht erkennt/jedoch durch die Erfahrung das Ubel dermassen eingesehen, daß sie nachgehends einen gar leicht davon ab=helfen kunten/wann man sie noch zur rechten Zeit um Hülff angesprochen.« (Von den Driesch 1723: 167)

Es war auch für Driesch schließlich die Erfahrung mit der ungewohnten Erkrankung, die den Ärzten half, die Erkrankung schließlich behandeln und Gesundheit wiederherstellen beziehungsweise schützen zu können.

Der Erfahrung zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit schrieben die medizinischen Laien wie Niebuhr und Driesch große Bedeutung zu, sowohl mit Blick auf sich selbst als auch mit Blick auf das Handeln von Ärzten in der Praxis. Wichtig bleibt zu betonen, dass die Situation des

Reisens eine war, die Reisende vor allem mit neuen, für sie ungewohnten klimatischen Bedingungen oder unbekannten Speisen konfrontierte. Sie waren also schon aufgrund der Reisesituation darauf angewiesen, Erfahrungen zu sammeln und mussten ihr Handeln auf die konkrete Situation orientieren. Interessant ist jedoch, dass sowohl Niebuhr als auch Driesch – und es ließen sich noch einige Reisende mehr nennen (vgl. dazu Wittmaack 2024) –, der Erfahrung für Gesundheitsfragen in der Praxis Autorität zusprachen, wie es die Gesundheitsratgeber ebenfalls taten. Die Autorität von Erfahrungswissen beanspruchte etwa Niebuhr dabei nicht nur für sich selbst, vielmehr konnte er seine Erfahrungen mit Blick auf zukünftige Reisende verallgemeinern. Er betonte, dass »andere sich leicht davor hüten können« ebenfalls krank zu werden und schilderte im Anschluss daran, seine und die Erfahrungen seiner Reisegefährten. Auch Driesch konnte feststellen, dass die Erfahrung der Ärzte mit der unbekannten Erkrankung schließlich dazu beitrug, dass sie zukünftig »einen gar leicht davon ab=helfen kunte«. Erfahrungswissen war etwas, das sowohl für Experten und als auch für Laien vor dem Hintergrund humoralpathologischer Gesundheitsvorstellungen, auch über die eigene Situation hinaus, eine große Bedeutung hatte. Patienten bewiesen über den Bezug auf Erfahrungswissen Gesundheitskompetenz und Kenntnisse über ihren eignen Körper. Dabei hatte das Gesundheitswissen auf Seiten der Patientinnen und Patienten vor allem auch einen praktischen Nutzen: Einen Arzt zu konsultieren, war nicht für alle Menschen in der Frühen Neuzeit ohne weiteres möglich, denn die Behandlungskosten mussten beispielsweise erst einmal aufgebracht werden (vgl. Flüchter 2020). Ärzte hingegen wiesen mit dem Bezug auf Erfahrungswissen ihre Kompetenz aus. Auch wenn sich Patientinnen und Patienten in anderer Weise auf Erfahrungswissen bezogen als Ärzte, war Erfahrungswissen für Laien und Experten im Kontext frühneuzeitlichen Gesundheitswissens eine Ressource, mit der vor allem auch die Patientinnen und Patienten Autorität für ihr Gesundheitswissen beanspruchen konnten. Es zeigt sich darin etwas, was auch Lachmund und Stollberg herausgearbeitet haben: Im Kontext der Humoralpathologie ist das Wissen um Gesundheit und Krankheit »nicht auf die Ärzte eingeschränkt [...] [und es kann] jeder für sich in Anspruch nehmen, etwas Ernstzunehmendes über Krankheit und Gesundheit zu sagen« (Lachmund & Stollberg 1995: 123).

5. Frühneuzeitliche Perspektiven auf Gesundheit in der Postmoderne: Ein Reflexionsversuch am Beispiel vom Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz

Das frühneuzeitliche Gesundheitswissen war in seiner theoretischen Ausprägung der Humoralpathologie ein Wissen, das den Menschen und seine Gesundheit in der Welt verortet sah. Gesundheit konnte durch viele Dinge beeinflusst werden und war aufgrund dieser sehr unterschiedlichen Einflussfaktoren ein äußerst fragiler Zustand, der nicht einfach aufrecht zu erhalten war. Wie fragil die Gesundheit in der Frühen Neuzeit gedacht wurde, zeigt auch der Blick in die Ratgeberliteratur, die aus dem theoretischen Wissen praktische Handlungsanleitungen für ihre Leserinnen und Leser zu formulieren versuchte. In den Ratgebern waren die *sex res non naturales* dabei der Ausgangspunkt der praktischen Überlegungen der Autoren. Es ging dabei vor allem um Maßhaltung und Mäßigung, um die Gesundheit zu erhalten. Die Autoren dachten die Krankheit ausgehend von der Gesundheit. Zudem hoben die Ratgeber den Wert der eigenen Erfahrung und die Kenntnis des eigenen Körpers für die Regulierung der Gesundheit hervor. Der Bezug auf die Erfahrung mit der je eigenen Komplexion machte aus den humoralpathologischen Grundsätzen keinen allgemeinen und fixierten Rahmen für die Vorstellungen von Gesundheit, sondern bot den Leserinnen und Lesern einen bestimmten Handlungsspielraum und machte ein Austarieren der individuellen Gesundheit nötig. Dieser Erfahrung der Patientinnen und Patienten kam in ähnlicher Weise Autorität zu, wie den theoretischen Grundsätzen der antiken Säftelehre. Gesundheit wurde in den Ratgebern als Arbeit aufgefasst, die Erhaltung der Gesundheit war eine Aufgabe für jede einzelne und jeden einzelnen. In dieser Konzeption von Gesundheit, die durch äußere Phänomene beeinflusst wurde, sich aber auch durch eine starke Sensibilität für das Erfahrungswissen der Menschen um die eigene Gesundheit und dessen Autorität auszeichnete, liegt eine Chance zur Reflexion:

Der Mensch und seine Gesundheit waren nicht ausschließlich durch einen medizinischen Blick von außen bestimmt, sondern die Autorität des Patienten oder der Patientin für die eigene Gesundheit war stets ein wichtiger Teil der Betrachtung. Der Patientinnen und Patienten waren kein Objekt medizinischer Betrachtungen, sondern ihr Gesundheitswissen aus der eigenen Erfahrung wurde in der frühneuzeitlichen Vorstellung von Gesundheit ernst genommen. So schreibt Barbara Duden etwa über die Diagnosearbeit von Arzt und Patientinnen im 18. Jahrhundert: »Eine innere, wahrnehmende Erfahrung

und ein äußerer Blick [des Arztes] ergänzen sich zu einer Interpretation« (Duden 1987: 128).

Die historische Reflexion frühneuzeitlichen Gesundheitswissens erweist sich mit Blick auf die Patientinnen und Patienten und das individuelle Gesundheitswissen als interessante Perspektive auf Gesundheit in der Postmoderne: Die Einsicht in die Bedeutung der Perspektive der Patientinnen und Patienten für die Diagnostik und Gesundheitsvorsorge deutet auf eine weniger asymmetrische Beziehung zwischen Ärzten und Behandelten hin, wie sie von Patient*innenverbänden oder aus der Medizinethik in den letzten Jahren verstärkt gefordert wird (vgl. Wolf 2011). Es geht dabei nicht um eine Gleichberechtigung zwischen Arzt und Behandelten, sondern um eine bewusste Wahrnehmung und den Einbezug der Patient*innenperspektive in den Behandlungsprozess und die Therapieauswahl. Die frühneuzeitliche Perspektive auf das Gesundheitswissen zeigt, dass die Ärzte in den Ratgebern zwar die Regeln formulieren, für die sie durch ihre theoretische Ausbildung Experten waren, doch betonten sie eben auch immer wieder die Erfahrung der Patientinnen und Patienten, ohne deren Einbezug Gesunderhaltung nicht denkbar war. Besonders zeigte sich beim Blick auf die Praxis, dass Reisende wie Niebuhr und Driesch der eigenen Erfahrung, wie der Erfahrung der Ärzte, Autorität in Gesundheitsfragen zuschrieben. Patienten wie Niebuhr erlebten sich vor dem Hintergrund des frühneuzeitlichen Gesundheitswissens als kompetent für ihre eigene Gesundheit, was jedoch auch stets im Kontext der Reise gesehen werden muss, bei der ein Arzt nicht ohne weiteres greifbar war. Aber dennoch ist die Autorität der Erfahrung ein spannender Befund, der als Perspektive auf gegenwärtige Fragen von Gesundheitskompetenz genutzt werden kann.

Die Definition bei Sørensen und Bitzer geht stark von externen Gesundheitsinformationen aus, die von Menschen verstanden werden müssen, die Bedeutung der eigenen Erfahrung scheint kein expliziter Teil von Gesundheitskompetenz und Gesundheitswissen der Gegenwart zu sein. Dieser Befund darf nicht als Bewertung oder gar aktivistisches Plädoyer für eine erfahrungsbasierte Form der Gesundheitskompetenz aus der Frühen Neuzeit heraus missverstanden werden. Vielmehr zeigt die Darstellung frühneuzeitlicher Formen des Gesundheitswissens in Theorie und Praxis gegenüber gegenwärtigen Vorstellungen, dass Gesundheitskonzepte und Gesundheitswissen veränderbar und von historischen Variablen abhängig sind. Der Unterschied zwischen gegenwärtigem und frühneuzeitlichem Gesundheitswissen lässt die »Differenzierungen von Experten- und Laienwissen« (Lachmund & Stoll-

berg 1995: 224) erst deutlich werden und kann zur Reflexion gegenwärtiger Gesundheitsvorstellungen anregen.

Frühneuzeitliches Gesundheitswissen in Gesundheitsratgebern und in der Praxis zu untersuchen, kann – von diesem Befund ausgehend – einen wichtigen Beitrag zu Fragen von Gesundheit in der Postmoderne leisten. Die uns gegenwärtig fremden Konzepte der Humoralpathologie und die damit verbundene umfassendere Betrachtung von Gesundheit, als einen fragilen und von außen stets bedrohten Zustand, kann uns dafür sensibilisieren, nach Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu fragen, die sich außerhalb der klassischen Disziplinen bewegen, die sich mit Gesundheit und Gesundheitswissenschaften befassen. Das Problem einer zweifelfreien Diagnostik in der Medizin, die der Krankheit einen Namen geben kann, ist in der Medizin »etwas verhältnismäßig Neues« (vgl. Eisenreich 2021). Der Einbezug des Gutheitswissens der Patientinnen und Patienten, das sich in der Frühen Neuzeit zu einem nicht unbedeutenden Anteil auf Erfahrung stütze und im Laufe des 19. Jahrhunderts zugunsten eines »Kollektivierung des Kranken« (Wiesemann 2001) verdrängt wurde, löst sich erst langsam wieder zugunsten einer Patient*innenperspektive auf. Historische Reflexionen aus der Frühen Neuzeit können solche Phänomene, wie die Kollektivierung des Kranken als das Ergebnis historisch kontinuierlicher Prozesse sichtbar machen und helfen, eine veränderte Perspektive auf die vermeintlich unhintergehbare Konzeption von Gesundheitswissen in der Postmoderne zu gewinnen.

Wichtig bleibt dabei jedoch, dass die historische Reflexion keine Blaupause für Gesundheitsfragen der Gegenwart ist. Es kann daraus kein direkt handlungsleitendes Wissen für unsere Gegenwart gewonnen werden. Sie ist nicht mehr, aber auch nicht weniger eine Perspektive der Reflexion, die unsere gegenwärtige Haltung zu Gesundheit als das Ergebnis historischer Prozesse ausweisen und uns alternative Möglichkeiten aufzeigen kann, Gesundheit zu denken. Das Wissen, das aus dieser Reflexion entsteht, zeigt Gesundheit und Gesundheitswissen als wandelbar und nicht überzeitlich und macht Gesundheitsvorstellungen auf diese Weise überhaupt einer Reflexion zugänglich.

Literatur

- Barbezat, M.D. & Scott, A.M. (2019). Introduction: Bodies, Fluidity, and Change. In: M.D. Barbezat & A.M. Scott (Hg.), *Fluid Bodies and Bodily Fluids in Premodern Europe* (S.). Amsterdam: ARC Humanities Press.
- Bitzer, E.M. & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz–health literacy. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/09), S. 754–766.
- Chin, J., Morrow, D.G., Stine-Morrow, E.A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J.F. & Murray, M.D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of health communication*, 16(sup3), S. 222–241.
- Dawson, M.S. (2019). *Bodies complexioned: Human variation and racism in early modern English culture, c. 1600–1750*. Manchester: Manchester University Press.
- Duden, B. (1987). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ebbing, T. (2008). *Körpermitte: eine Kulturgeschichte des Bauches seit der frühen Neuzeit*. New York: Campus Verlag.
- Eisenreich, R. (2021). »Sie haben nichts.«. *Science Notes. Das Magazin für Wissen und Gesellschaft: Thema Nichts*. Verfügbar unter: [https://sciencenotes.de/thema-nichts/sie-haben-nichts/\[14.05.2025\]](https://sciencenotes.de/thema-nichts/sie-haben-nichts/[14.05.2025]).
- Flüchter, A. (2020). Frauen und Medizin im Laufe der Zeit. *Nervenheilkunde*, 39(07/08), S. 452–460.
- Flüchter, A. (2024). »Models of the World«—»Talking about Change«? In: A. Flüchter, K. Kramer, R. Mertens & S. Schwandt (Hg.), *Comparing and Change: Orders, Models, Perceptions* (S. 167–205). Bielefeld: transcript Verlag.
- Gellert, P. & Tille, F. (2015). What do we know so far? The role of health knowledge within theories of health literacy. *European Health Psychologist*, 17(6), S. 266–274.
- Gentilcore, D. (2015). *Food and Health in Early Modern Europe. Diet, Medicine and Society, 1450–1800*. London: Bloomsbury.
- Gerfertz-Schiefer, N. (2024). Patientenautonomie ermöglichen. *PharmAustria*. Verfügbar unter: [https://www.medmedia.at/pharm-austria/patientenautonomie-ermoeneglichen/\[13.05.2024\]](https://www.medmedia.at/pharm-austria/patientenautonomie-ermoeneglichen/[13.05.2024]).
- Klöppel, U. (2010). *XXoXY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript Verlag.

- Koehler, U., Degerli, M.A., Hildebrandt, O., Conradt, R. & Koehler, J. (2023). Über »Kochung »und »Gärung »zum oxidativen Stoffwechsel. *Pneumologie*, 78(02), S. 131–134.
- Kreslin, G. (1665). Neu-vermehrtes und verbessertes Aderlaß-Büchlein: das ist: ein astronomischer Grund und Bericht vom Aderlassen, Schrepffen und Baden zu Erhaltung menschlicher Gesundheit und Verlängerung des Lebens, biß zu seinem von GOTT und der Natur bestimmten Tode und Ende desselbigen; allen und jeden Menschen nicht allein sehr nützlich zulesen, sondern auch höchst nothwendig zuwissen. Nürnberg: Endter.
- Labouvie, E. (2001). Der Leib als Medium, Raum, Zeichen und Zustand. Zur kulturellen Erfahrung und Selbstwahrnehmung des schwangeren Körpers. In: P. Münch (Hg.), »Erfahrung« als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte (S. 115–126). München: Oldenbourg.
- Lachmund, J. & Stollberg, G. (1995). Patientenwelten: Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen: Leske + Budrich.
- Lessius, L. (1697). Kunst lang zu leben/Oder ein Bewehrtes Mittel/Den Menschlichen Leib in Gesundheit/auch ohne Verlegung der Sinnen/Verstands und Gedächtnuß biß auffß höchste Alter zu erhalten. Augsburg: Hauser.
- Niebuhr, C. (1772). Beschreibung von Arabien: aus eigenen Beobachtungen und im Lande selbst gesammelten Nachrichten. Kopenhagen: Nicolaus Möller.
- Rantzau, H. (1585). De conservanda valetudine. Das ist: Von erhaltung menschlicher gesundheit. Leipzig: Gedruckt bey Hans Steinmann.
- Riha, O. (2003). Mikrokosmos Mensch. Der Naturbegriff in der mittelalterlichen Medizin. In: D. Peter (Hg.), Natur im Mittelalter (S. 111–123). Berlin: Akademie Verlag.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Messer, M., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in Deutschland. In: J.M. Pelikan & S. D. (Hg.), Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven (S. 129–143). Bern: hogrefe.
- Schorer, C. (1697). Christoph Schorers, Der Philosophi Vnd Artzney Doctors, Fürstlich. Württembergisch. Mümpelgartischen Raths, vnd deß Heil. Reichs-Stadt Memmingen bestellten Physici, Reglen der Gesundheit: Rey-senden vnnd Anheimischen, Hohen vnd Nidern, Gelehrten, vnd Ungelehrten nützlich zule-sen, vnd noch nützlicher ihnen nachzukommen. Ingol-stadt: Gedruckt bey Thomas Graß.
- Schreiner, K. (1992). Der Sündenfall Adams und Evas in seiner Bedeutung für die soziale, seelische und körperliche Verfaßtheit des Menschen. In: K.

- Schreiner & N. Schnitzer (Hg.), *Gepeinigt, begehrt, vergessen : Symbolik und Sozialbezug des Körpers im späten Mittelalter und in der frühen Neuzeit* (S. 41–84). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Stolberg, M. (2001). *Der gesunde Leib. Zur Geschichtlichkeit frühneuzeitlicher Körpererfahrung*. In: P. Münch (Hg.), *Erfahrung« als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte* (S. 37–57). Berlin: Oldenbourg.
- Stolberg, M. (2007). *Zeit und Leib in der medialen Kultur der Frühen Neuzeit*. In: A. Brendecke, R.-P. Fuchs & E. Koller (Hg.), *Die Autorität der Zeit in der Frühen Neuzeit* (S. 49–67). Berlin: Lit Verlag.
- van Beverwijck, J. (1671). *Schatz der Gesundheit, das ist, kurtzer Begriff der allgemeinen Bewahrkunst*. Amsterdam: Bei Johan Blauen.
- Vanja, C. (2010). *Medizin, Religion und Magie–Krankheit und Heilung in der Frühen Neuzeit*. In: M. Mommburg & D. Schulte (Hg.), *Das Verhältnis von Arzt und Patient. Wie menschlich ist die Medizin* (S. 9–35). Berlin: Wilhelm Fink Verlag.
- Von den Driesch, G.C. (1723). *Historische Nachricht von der Röm. Kayserl. Groß-Botschafft nach Constantinopel: welche auf allergnädigsten Befehl Sr. Röm. Kayserlichen und Catholischen Majestät Carl des Sechsten, nach glücklich vollendeten zweyjährigen Krieg, Der Hoch- und Wolgebohrne des H.R. ReichsGraf Damian Hugo von Virmondt, rühmlichst verrichtet. Worinnen ganz besondere Nachrichten von der Türken Policy, Religion, Griechischen Antiquitäten und andern merkwürdigen anderswo vergeblich gesuchten Sachen, zu finden; dabey vieles mit den accuratesten Kupfern erläutert ist*. Nürnberg: bey Peter Conrad Monath.
- Wiesemann, C. (2001). *Selbstbestimmte Patienten?–Die Nutznießer der Medizin und ihre Rechte. Das Gesundheitswesen*, 63(10), S. 591–596.
- Wittmaack, M. (2024). *Körper – Ordnungen – Weltverhältnisse. Historisch-somatologische Perspektiven auf den verglichenen Körper am Beispiel des Kulturkontaktes mit dem Osmanischen Reich im Spiegel deutschsprachiger Reiseberichte 16.–18. Jahrhundert*. Unveröffentlichte Dissertation. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Wolf, H.-D. (2011). *Gesundheitskompetenz als Chance: Die Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön*. In: M. Bachinger, H. Pechlauer & W. Widuckel (Hg.), *Regionen und Netzwerke: Kooperationsmodelle zur branchenübergreifenden Kompetenzentwicklung* (S. 335–343). Wiesbaden: Gabler.