

Männlichkeiten in der Frühmoderne

Körper, Gesundheit und Krankheit (1500–1850)

Stand der Forschung und Einleitung

Martin Dinges

Einführung

Der Ausgangspunkt der Tagung, auf die dieser Band zurückgeht, ist ein aktuelles Problem: das Gesundheitsverhalten von Männern. Diese werden im Mediendiskurs und teilweise auch in den Gesundheitswissenschaften mal relativ höflich als „Vorsorgemuffel“ bezeichnet, gelegentlich strenger auch als „Gesundheitsidioten“, die sich jedenfalls schlecht ernähren, zu wenig bewegen, viel rauchen, saufen, nicht zu Ärzten gehen würden, Vorsorgeangebote nicht wahrnehmen oder sich gleich umbrächten.¹ Ein Oszillieren zwischen Risikoorientierung, männlichen Autonomiewünschen und Ängsten bei Krankheiten prägte einen insgesamt widersprüchlichen Gesundheitshabitus. Dieser wird sowohl mit derzeit geltenden Leitbildern von Männlichkeit wie auch mit dem erreichten Stand der Medikalisierung erklärt. Beide haben sich in der derzeitigen Form vor allem im 19. Jahrhundert herausgebildet und wirken bis heute nach. Diese historisch jüngeren Entwicklungen der letzten beiden Jahrhunderte verstehen wir mittlerweile besser als noch vor 20 Jahren.²

Deshalb ist es umso interessanter, sich nunmehr die Jahrhunderte anzusehen, die noch nicht durch ein Männlichkeitsleitbild auf Grundlage einer ausgearbeiteten Geschlechterdichotomie und durch die dann folgende Medikalisierung, die vorwiegend Frauen adressierte, geprägt waren.³ Der herrschende Genderdiskurs charakterisiert die „Ordnung der Geschlechter“ auf Grundlage der medizinisch fundierten Aufklärungsanthropologie, die seit der Sattelzeit um die Französische Revolution entstanden ist, als spezifisch modern.⁴ Dem-

1 Beim Thema Mörserschnupfen wird eine angeblich zu hohe Wehleidigkeit kritisiert, ansonsten mangelnde Kompetenz, eigene Körpersignale angemessen wahrzunehmen und den richtigen Zeitpunkt für einen Arztbesuch zu finden und sich dann in Praxen erfolgreich dem Behandler zu eröffnen.

Offenbar wird hier in Bezug auf Männlichkeitskonzepte ganz Unterschiedliches verhandelt: Einmal entsprechen zu wehleidige Männer nicht dem gewünschten Bild von Stärke. Ein anderes Mal überziehen Männer offenbar ihren Autonomiewunsch, wenn sie bei Depressionen keinen Rat Dritter einholen oder schwere Gesundheitsprobleme ohne Arzt lösen wollen. Oder sie nehmen angeblich aus Angst vor den Ergebnissen Vorsorgeangebote nicht in Anspruch.

2 Dinges (2003); Dinges (2007); Dinges: Medizin- und geschichtliche Paradigmen (2011); Dinges: Wandel (2013); Dinges (2015); Dinges: Männergesundheit (2016); Dinges: Bedeutung (2020).

3 Dinges: Die späte Entdeckung (2018).

4 Referenzwerk bleibt Honegger (1991).

gegenüber betonen einige Kollegen Kontinuitäten und werten die geschlechterspezifischen Zuschreibungen lediglich als Zuspitzung wesentlich älterer Geschlechter- und Körperkonzepte. Das gilt für die angebliche Entstehung eines Zweikörpermodells in der Interpretation von Thomas Walter Laqueur, dessen Neuigkeit Michael Stolberg mit einer Fülle mittelalterlicher und frühneuzeitlicher Belege bestritt.⁵ Ebenso wird die anthropologische Engführung von Frau und Natur kritisiert. Dabei handele es sich eigentlich um ältere, teilweise bis in die Antike zurückreichende Traditionslinien, die um 1800 lediglich auf die mangelnde Vernunftkontrolle von Frauen zugespitzt worden seien. Bestimmte Gefühle habe man vorher wie nachher Männern zugetraut. Allerdings seien nun die romantischen Gefühle exklusiver weiblich konnotiert worden.⁶ Das ist der strittige theoretische Hintergrund, vor dem die Analyse der Gesundheitspraktiken, die in diesem Band im Vordergrund stehen, einzuordnen ist: wie viel Kontinuität und wie viel Wandel?

Um uns einer Klärung der Spezifika des Verhältnisses von Männlichkeit, Körper und Gesundheit heuristisch möglichst erfolgreich anzunähern, hatten wir im Call for Papers vorrangig nach dem Gesundheitsverhalten gefragt, also eine patienten- und körpergeschichtliche Perspektive bevorzugt. Es geht demnach darum, wie Männer konkret mit ihrem Körper in Phasen von Gesundheit oder Krankheit umgingen. Die boomende Körpergeschichte hat während der letzten 30 Jahre eher abstraktes Wissen über Körperkonzepte, Repräsentationen des Körpers etc. produziert – bei dem meistens erst festzustellen bleibt, was diese Kenntnisse für die Zeitgenossen bedeuteten.⁷ Auch die damalige zeitgenössische Rezeption von Kunst und Literatur ist im Hinblick auf Männlichkeit sehr komplex und lässt sich selten eindeutig erschließen.⁸ Die Charakterisierung epochaler Entwicklungen etwa anhand körpergeschichtlicher Eckpunkte der Frühen Neuzeit, wie z. B. ‚von der Entdeckung des schönen Körpers bis zu seiner wissenschaftlichen Zergliederung‘, ist allenfalls als grobe Orientierung hilfreich.

Fragt man demgegenüber zunächst danach, welches gesundheitsförderliche oder -schädliche Verhalten Männer aufwiesen, wie sie sich ernährten, welche Form der Bewegung sie praktizierten, wie viel sie arbeiteten und welche

5 Stolberg: *Woman* (2003).

6 Schnell (2017), S. 357 f., 384–388.

7 Zuletzt Simons (2011); Vigarello (2005); Mandressi (2003); zur Gegenwartsdiskussion s. Hearn (2012).

8 Einen lockeren Überblick zu Männlichkeitsdarstellungen in der Frühen Neuzeit, die teilweise auch Gesundheitsbezüge aufweisen, bietet Laneyrie-Dagen (2011); s. a. Koos (2004).

Zu dem nicht hegemonialen Männlichkeitskonzept des „lyrischen“ Portraits und seinen geistesgeschichtlichen Hintergründen, die vom anthropologischen Diskurs erheblich abweichen, s. Koos (2006), bes. S. 76, 80, 114, sowie Koos (2004) und weitere Beiträge in diesem Band, insbesondere von Thomas Röske und Klaus Herding. Zur sozialhistorischen Kontextualisierung bildlicher Darstellungen von Söldnerkörpern vgl. Dinges: *Militär* (1998), S. 347–351. Zur Literaturgeschichte der Frühen Neuzeit vgl. etwa Finucci (2003); Schuhen (2018), S. 24, 98 ff., 112.

diätetischen Maßnahmen sie bevorzugten, dann bekommen die jeweils relevanten Wissensbestände einen weniger abgehobenen Charakter, denn sie dienen dem besseren Verständnis der Praxis. Das Gleiche gilt für viele weitere Fragen: Wie verhielten sich Männer im Krankheitsfall? Welche Formen von Selbstmedikation nutzten sie? Unter welchen Umständen nahmen sie medizinische Hilfe in Anspruch? Gab es dabei Präferenzen, die vielleicht nach Standes- bzw. Schichtzugehörigkeit unterschiedlich waren?

Die Hoffnung bei diesem eher induktiven, durchaus von den Quellen her inspirierten Vorgehen ist, der Praxis der historischen Subjekte möglichst nahe-zukommen. Auch ohne jede historistische Illusion gilt weiterhin: Selbstzeugnisse erweisen sich als besonders aufschlussreich, wenn man gleichzeitig ihren offensichtlich konstruierten Charakter beachtet.⁹ Sie sind für die Frühe Neuzeit in größerer Zahl von Männern als von Frauen überliefert. Diese Quellenlage ist zunächst vorteilhaft für die hier bearbeitete Problemstellung, erschwert aber häufig das Erkennen von Spezifika, denn nicht jede von Männern beschriebene Praxis ist unbesehen „männlich“. Die über viele Jahrhunderte im Alltag und in der Forschung gängige Vorstellung, dass Mannsein der Normalfall der Existenz sei, begünstigt außerdem eine spezifisch männliche „Unbewusstheit“ gegenüber Genderaspekten.¹⁰ Daneben bleibt aber der Vergleich zur Feststellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden auch bei der geringeren Anzahl überlieferter Selbstzeugnisse von Frauen möglich.

Zur Einleitung soll im Folgenden die Fragestellung im Lichte des aktuellen Forschungsstandes weiter entfaltet werden. Grundlegend ist die Frage nach der **Körperreflexivität**. Zumindest für das 18. Jahrhundert glaubte man annehmen zu können, dass diese in den autobiographischen Texten von Männern einen etwas geringeren Stellenwert hätte als in denjenigen von Frauen.¹¹ Das sieht man mittlerweile skeptischer.¹² Die angenommene stärkere thematische Fokussierung auf den Körper wurde mit dem teilweisen Ausschluss von Frauen aus der öffentlichen und der Berufssphäre erklärt. Möglicherweise hängt eine solche Tendenz aber weniger mit dem Geschlecht als vielmehr mit der jeweils größeren Bedeutung von Familie für bestimmte Männer oder

9 „Ego-Dokumente“ umfassen auch die abgepressten Informationen aus Verhören etc. und sind deshalb stärker von Dritten geprägt. Dazu zuletzt Clementi (2017), S. 14 f. (mit weiterer Literatur). Zur Begrifflichkeit Schmolinsky (2012), S. 60–66. Systematischer und geschlechterdifferenzierter Vergleich des Aussagewertes von zwei Selbstzeugnistypen bei Prühlen (2005). Exzellente ist Brändle u. a. (2001), auch zur Körpergeschichte (S. 16–19). Jancke/Ulbrich (2005), S. 14–17, schlagen zur Abgrenzung vom klassischen Subjektbegriff vor, sich stattdessen auf das neutralere Konzept der Person hin zu orientieren. Stark am Selbstzeugnis als Text und an den buchhalterischen und literarischen Modellen sowie der Bedeutung dieser Praktik ist Thorley (2016) interessiert, bes. S. 20. Die Auswertung familiengeschichtlicher Überlieferungen aus der Perspektive der Disabilitygeschichte erweist sich schon für das Spätmittelalter als ein innovativer Weg zum Umgang mit Körper, Gesundheit und Krankheit, s. Frohne (2014).

10 Hearn (2012), S. 309.

11 Auf dünner Quellenbasis vertritt dies Robin-Romero (2005), S. 183.

12 Rieder (2010), S. 160 f.

Frauen zusammen. Diese ist nach Lebenslagen recht variabel. So erweist sich Familienbezogenheit von Männern für die Thematisierung von Krankheit und Gesundheit schon in den Tagebüchern und selbst verfassten Lebensgeschichten von Söldnern während des 17. Jahrhunderts als der entscheidende Unterschied zu den anderen „Soldaten“.¹³ Der geschlechtergemischte Familienkreis ermöglichte es Männern des Bürgertums, während der Spätaufklärung und der Romantik eher über Körper- und Krankheitsthemen zu sprechen, während sie das in homosozialen, also reinen Männerrunden weniger taten.¹⁴

In Patientenkorrespondenzen mit Ärzten bildeten Männer im 18. Jahrhundert sogar noch knapp die Mehrheit der Briefschreiber: Bei Samuel Auguste Tissot waren es 1760–1797 54 Prozent, bei Samuel Hahnemann in den Jahren 1831–1835 50,1 Prozent Männer zu 46,9 Prozent Frauen (Rest unklar).¹⁵ Das muss nicht heißen, dass sie ausschließlich eigene Anliegen beschrieben, denn Männer wirkten häufiger als Vermittler für ihre Partnerin oder andere Angehörige des Haushaltes. Sie übernahmen also in diesem Themenbereich Verantwortung für sich und andere. Demgegenüber agierten Frauen als Gatekeeper allenfalls für eigene Söhne.¹⁶ Jenseits dieser Ausnahmen wird generell häufiger für Personen desselben Geschlechts korrespondiert. Die vorliegenden Befunde aus populären „Autobiographien“, Familien- und Patientenkorrespondenzen sprechen also eher dafür, eine wenig unterschiedliche oder sogar sehr ähnliche Körperreflexivität von Männern und Frauen während der Frühen Neuzeit anzunehmen.

Das Interesse an den Körperpraktiken führt weiter zur Frage nach den **Wissensbeständen**. Dabei wird das Problem erkennbar, dass Zeitgenossen bestimmte Handlungen gar nicht für gesundheitsrelevant halten mussten, während ein Historiker sie aber möglicherweise als solche klassifiziert. So kegelte der Kardinal Ernst Adalbert von Harrach Mitte des 17. Jahrhunderts gerne und häufig. Er betätigte sich also nach heutigem Verständnis „sportlich“. Pierre Pfütsch hat aber gezeigt, dass er das gar nicht für eine Gesundheitspraktik hielt.¹⁷ Die Gesundheitsorientierung wäre also allenfalls eine Beobachterkategorie. Man wird das damalige Selbstverständnis als Freizeitvergnügen sorgfältig von der heutigen Deutung als Bewegungspraxis unterscheiden müssen.

Daraus ergibt sich die weitergehende Frage: Welches Wissen hatten welche Männer über die Auswirkungen ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens? Mochte der Kardinal Vorstellungen aus der während der Renaissance wiederentdeckten antiken Diätetik mit ihren Konzepten guter Luft, eines notwendi-

13 Dinges: *Wie kommt der Körper* (2020).

14 Für diese späteren Epochen und das Bürgertum siehe Trepp (1996), S. 344ff. In geschlechtergemischten Zusammenhängen sprachen Männer das Thema Krankheit eher an als in ihrer homosozialen Geselligkeit. Habermas (1999), S. 187–189, 246; Dinges: Bettine von Arnim (2018).

15 Pilloud (2013), S. 52. Bei Tissot noch etwas geringere Differenz als in den Praxen bei Dinges (2007), S. 303; dort auch Werte zu Hahnemann. Siehe auch Dinges/Barras (2007), S. 16–19.

16 Pilloud (2013), S. 104.

17 Pfütsch (2013), S. 29.

gen Gleichgewichts in der Ernährung, zwischen Ruhe und Bewegung, Schlafen und Wachen, von Körperrauscheidungen und zur Mäßigung in Emotionen haben, so ist die Kenntnis dieser Ideen bei einem Handwerksmeister weniger evident.¹⁸ Oder kannte und beachtete ein „Federball“ spielender, wohlhabend gewordener Krämer im 18. Jahrhundert diese sehr allgemeinen Gesundheitszusammenhänge? Sollten sie sogar sein Handeln motiviert haben? Zu klären bliebe also jeweils, welche Vorstellungen die Subjekte über Hygiene und Krankheiten hatten und wie sie dieses Wissen im Alltag umsetzten.

Dabei sind standesspezifische und tätigkeitsbezogene **Prägungen des Gesundheitshabitus** zu beachten, die als Verhaltenspräferenzen verinnerlicht werden.¹⁹ Diese unterscheiden sich zwischen militärisch aktivem Adel, Geistlichkeit und Gelehrten stark.²⁰ Bauern oder Handwerker hatten andere Anforderungen zu erfüllen als Personen in überwiegend schreibenden oder verwaltenden Tätigkeiten.²¹ Die Bedeutung konfessioneller und religiöser Prägungen des Gesundheitsverhaltens wäre genauer zu bestimmen.²² Schließlich wirkt sich der Familienstand auf das Interesse an Gesundheit und den Um-

- 18 Ausführliche diätetisch inspirierte Reflexionen zum Schlaf im 17. Jahrhundert bei einem Niederadeligen aus dem Trentino bei Clementi (2017), S. 175f. Demgegenüber keine explizite Bezugnahme eines Schuhmachers auf Diätetik, trotz vieler Gesundheitsbetreffe, bei Brändle/Leutert (2005).
- 19 Habitus ist bei Pierre Bourdieu ein Erzeugungsprinzip von Praxisformen und Verhaltensstrategien eines sozialen Akteurs. In Bezug auf eine der drei zentralen Strukturkategorien der Gesellschaft, die soziale Klasse, wird die Ausprägung des Habitus unter anderem von der Teilhabe an den gesellschaftlichen Gütern abhängig. Dabei spielen das ökonomische, kulturelle, soziale und symbolische Kapital eine entscheidende Rolle; vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Habitus_\(Soziologie\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Habitus_(Soziologie)) (letzter Zugriff: 7.1.2020).
- 20 Zur männlichen Identität von Geistlichen s. Perron (2010), S. 114ff.; Dürr (1998). Da Geistliche häufig Autoren von Selbstzeugnissen sind, böten sie genug Material für eine Gruppenprosopographie. Viele Gesundheitsbetreffe bietet z.B. Heiligensetzer (2001). Analytisch umsichtig ist Ole Fischer (2014). Die Gefährdungen, die sich aus sitzenden Tätigkeiten und zu viel Nachdenken ergeben können, wurden am Beispiel der Gelehrten – allerdings praktisch immer ohne Reflexion von deren Geschlecht – und entlang der gedruckten medizinischen Literatur diskutiert: Kümmel (1984); Lieburg (1990), bes. S. 57ff. Für Klientenbeziehungen von Gelehrten als Gruppe vgl. Jancke (2002), S. 75ff., 93ff. Gedruckte autobiographische Quellen dazu sind leicht zugänglich in Dickson (2016). Deutschsprachige Selbstzeugnisse analysiert Piller: Spuren (2007), S. 42–47; s.a. Schreiner (2003), S. 185–188, 202–209, auch zu wissenschaftlichen Deutungen. Dicht dokumentierte Einzelfälle bei Rieder (2010), S. 73–90, 132–156. Wie die eigenen Erfahrungen Robert Burtons und anderer in das Melancholiekonzept eingingen, zeigt Lund (2010), Kap. 5, S. 138–166. Siehe auch Starobinski (1960).
- 21 In Selbstzeugnissen von Bauern wird gelegentlich auf Gesundheitsbetreffe hingewiesen, denen weiter nachzugehen wäre, so z.B. bei Peters (2003), S. 47 (für 1634), S. 217 (1797), S. 272 (1820er Jahre). Die Anthologie enthält außerdem Hinweise auf „Volksmedizin“, „magische Hilfsmittel“, „Kranksein“. Die Forschung zu Handwerkerautobiographien hat sich praktisch nicht für Krankheit und Gesundheit interessiert, es sei denn unter dem Gesichtspunkt der Versorgung im Krankheitsfall; vgl. Halse (2002), S. 21–31. Desgleichen Amelang (1998).
- 22 Einen Vergleich zwischen dem puritanischen England und dem katholischen Italien anhand der präskriptiven Regimina bietet Storey (2017), bes. S. 227f.

gang damit aus.²³ Außerdem gibt es milieu- und familienpezifische Gesundheitslebensstile.²⁴ Während der Frühen Neuzeit heiratete eine große Zahl von Europäern nie.²⁵ Viele Menschen lebten deshalb unverheiratet, oft nicht im eigenen Haushalt oder in Anstalten wie Klöstern, Spitälern, Besserungshäusern oder Gefängnissen, die ihre gesundheitsrelevanten Handlungsoptionen konditionierten.²⁶ Inwieweit dort geschlechterspezifisch unterschiedliche Gesundheitspraktiken zu beobachten sind, wurde bisher wenig untersucht.²⁷ All das müsste noch differenziert nach Lebensaltern diskutiert werden, also für die Jahre von Kindheit und „Jugend“ (im frühmodernen Sinn), Erwerbstätigkeit und Familienphase, schließlich für die Periode nach der Erwerbstätigkeit, das Alter und dann das hohe Alter.²⁸

Verknüpft mit Männlichkeitskonzepten wird schon an dieser Aufzählung von Konstellationen erkennbar, wie vielfältig mögliche Erkenntnisse über „männliches“ Gesundheitsverhalten werden könnten. Es bleibt festzustellen, ob sich trotzdem induktiv einige Verhaltensmuster bzw. genauer: Erzählmuster herauschälen, die sich überhaupt als spezifisch männlich charakterisieren lassen.

Anmerkungen zur Theorie

Das **Körpervverständnis** und demnach auch die Vorstellung von **Gesundheit** blieben in der ganzen Frühen Neuzeit durch die hippokratisch-galenische Lehre der Humores und Temperamente sowie die galenische Physiologie geprägt; dazu gehörte die ebenfalls aus der Antike übernommene und weiterentwickelte frühneuzeitliche Diätetik, die Gesundheit als Funktion des Gleichgewichts der *sex res non naturales* verstand, welche außerdem noch vom Stand der Gestirne beeinflusst waren.²⁹ Im 17. und 18. Jahrhundert kamen weitere Deutungsmodelle wie Blutkreislauflehren, die organische Physiologie und Reiz-Reaktions-Lehren wie der Brownianismus, schließlich erneuerte vitalistische Theorien hinzu. Eine generelle Hinwendung, schon gar der Laien, zu naturwissenschaftlichen Modellen wird erst für das 19. Jahrhundert angenommen.³⁰

Die **theoretische Fundierung** von Männlichkeit ist schwierig: Ich halte das herrschaftssoziologisch zugespitzte Konzept „hegemonialer Männlichkeit“

23 Exemplarisch Piller: *Spuren* (2007), Kap. II bis IV.

24 Milieuspezifische Selbstdeutungen bei Krankheit analysiert Rieder (2010), S. 158f.

25 Dennison/Ogilvie (2013), Tab. 2.

26 Der Zugang zu diesen Institutionen war bereits geschlechterspezifisch unterschiedlich, vgl. Dinges (2003), S. 29f. In der Gegenwart wirkt sich das Leben im Kloster vor allem für Männer lebensverlängernd aus.

27 Siehe aber zum Aderlass Jaritz (1975), S. 68–70.

28 Kontinuitäten und Wandel der Sicht auf das Alter und der Selbstthematisierungen von Männern und Frauen lassen sich für England gut verfolgen anhand von Botelho/Ottaway (2008/09).

29 Stolberg: *Homo patiens* (2003).

30 Clementi (2017), S. 162; ebenso Thorley (2016), S. 16.

von Raewyn Connell schon für die Analyse von Männlichkeiten unserer Gegenwart für sehr problematisch.³¹ Das gilt noch viel mehr für frühere segmentierte und Ständegesellschaften.³² Außerdem ist es unterkomplex, weil ihm ein völlig reduziertes Verständnis von Körperlichkeit, Sexualität und Emotionalität von Männern zugrunde liegt; stattdessen tendiert es zu einer Reduzierung von Männern auf den Willen, zu herrschen bzw. sich in entsprechende Verhältnisse ein- und unterzuordnen – um nur die wichtigsten Einwände zu nennen.³³ Michael Meuser und Sylka Scholz haben auf stärker praxisorientierte Theorieangebote von Pierre Bourdieu verwiesen, die sich m. E. heuristisch als Zugang bewährt haben und gleichzeitig die Bedeutung männlicher symbolischer Herrschaft im Blick behalten.³⁴ Ansonsten könnte sich gerade für Fragestellungen zu Körper und Gesundheit eine Männlichkeitstheorie als zielführend erweisen, die die Bedürftigkeit von Männern angemessen beachtet.³⁵ Jedenfalls bleibt auch das weitere männlichkeitstheoretische Instrumentarium, das Lothar Böhnisch in seinem Buch „Der modularisierte Mann“ zusammengestellt hat, zu beachten. Er bietet – frei nach Michel Foucault – einen Werkzeugkasten, aus dem sich Historiker gerne als „fröhliche Positivist“ bedienen – was vielleicht gerade für die Frühe Neuzeit ein guter Zugang sein mag.

Werfen wir nun einen Blick auf den **Forschungsstand zu Gesundheitsverhalten und Männlichkeit** – also nicht zu Männlichkeit allein, nicht zu Körperrepräsentation oder selbst Körpergebrauch von Männern allein, sondern nur auf Beispiele, in denen eine Beziehung zwischen beiden Elementen festzustellen ist – oder wäre. Wenn man die Recherche so eng definiert, dann merkt man bald, dass in vielen Studien zumeist nur das eine oder das andere, aber selten beide Aspekte diskutiert, geschweige denn männlichkeitstheoretisch fundiert analysiert werden.

Stände- und berufsspezifische Gesundheitssozialisation von Jungen und jungen Männern

„Kinder“ sind in den Quellen zu Spätmittelalter und Früher Neuzeit *prima facie* anscheinend „geschlechtslos“, tatsächlich werden oft implizit männliche Kinder angesprochen, wenn es nicht sowieso explizit um „Söhne“ geht.³⁶ Wenn Kinder noch sehr klein oder krank waren, wurden sie zumeist als Ob-

31 Siehe dazu bereits Dinges (2005), S. 21; Dinges (2014), S. 232.

32 Vgl. Kritik am Konzept auch bei Ole Fischer (2014), S. 402. Literaturwissenschaftliche Kritik in Hindinger/Langner (2011), S. 7 ff. Zur sexuellen Verunsicherung von Männern im Schwank des 16. Jahrhunderts s. Classen (2011), S. 87, zu den fatalen Folgen des Suffis für die Männlichkeit S. 80. Zur Schwankliteratur s. Tholen (2016), S. 273.

33 Dinges: Körper und Gesundheit (2020).

34 Meuser/Scholz (2005), bes. S. 218 ff. Siehe auch Turner (2012).

35 Hinweise dazu bei Böhnisch (2018), S. 103–110.

36 Die Frage nach der Entstehung von Kindheit als Institution ist hier nicht zu klären. In den allgemeinen Texten zur „Gesundheitspädagogik“ wäre die implizite Geschlechtsspezifität systematisch zu untersuchen, siehe z. B. die Anthologie von Henner (1998).

jekte elterlicher, pflegender, medizinischer oder institutioneller Sorge erwähnt, wofür es seit dem 15. Jahrhundert eine wachsende Anleitungsliteratur gibt.³⁷

Jungen wurden zwiespältig adressiert. Sie sollten sich durchaus körperlich betätigen, auch austoben, aber dabei nicht zu waghalsig sein. Bei Mädchen wurden Einschränkungen und Warnungen durchgehend stärker betont, insbesondere ab einem Alter von zwölf Jahren, weil nunmehr die Gebärfähigkeit geschützt werden sollte.³⁸ Risikoreiches Verhalten von Jungen ist schon für das 15. Jahrhundert belegt, z. B. mit einer Darstellung raufender Lehrlinge von Martin Schongauer (1445/50–1491).³⁹ Dieses bildwürdige Verhalten bot bisher aber – trotz der verbreiteten Raufereien im weiteren Leben von Männern – nie Anlass, einen geschlechterspezifischen Gesundheitshabitus zu thematisieren.⁴⁰

Um 1500 rieten einige Autoren den Eltern, **Kinder** – gemeint sind wieder Jungen – nicht so sehr zu **schlagen**, dass es die Gesundheit gefährdet. Nach Selbstzeugnissen dreier Stralsunder Bürgermeister geschah das aber trotzdem weiter.⁴¹ Historisch ist nicht geklärt, ob Jungen durchgängig mehr elterliche Gewalt als Mädchen erfuhren. Jedenfalls prägen solche Erfahrungen ein Verhältnis zum eigenen Körper, bei dem die Betroffenen Gewalt als normal wahrnehmen.⁴² Ralph Frenken konstatiert für die Zeit nach 1500 – ebenfalls anhand von Selbstzeugnissen – eine deutliche Verbesserung der affektiven Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen, die sich auf Jungen und Mädchen gesundheitsförderlich ausgewirkt haben könnte.⁴³

Die Wahrnehmung, die Jungen vom eigenen Körper entwickeln konnten, war in Zeiten des Onaniediskurses erheblich mit Schuldgefühlen belastet. Das zeigt sich immer wieder in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts, in denen diese Belastungen, häufig sehr verdeckt, manchmal aber auch recht offen notiert wurden.⁴⁴

37 Beer: Eltern (1990), Gesundheitsbetreffe bes. S. 273 ff., 282 ff. Ausführliche Berichte über das Aufwachsen und die (Klein-)Kind- und Krankenpflege mit vielen medizinischen Details sind besonders für Standespersonen überliefert, z. B. Boruth (1985), S. 9–28; Schäfer (2008), bes. S. 85, 89, u. a. mit Gesundheitsregeln, die in der Lateinschule erlernt werden sollten. Stein (2008), S. 160 ff., zur Rolle der Humanisten-Väter im Umgang mit Söhnen und Töchtern. Explizite Adressierung von Jungen bei Martin (2008), S. 30 f.; Wucher (1984). Zum Kolk (2016), S. 92, zur Quarantäne bei Ansteckungskrankheiten. Bei der Einschulung taucht das Geschlecht dann auf: Jacobi (2014), S. 37. Siehe auch Behnken/Zinnecker (2001); Pelling (1988).

38 Beispiel zum 16. Jahrhundert aus den Regimina bei Cavallo/Storey (2013), S. 151 ff. Zum 18. Jahrhundert s. Dinges: Gesundheit (2011), S. 98, mit Analyse der Vorgaben von Johann Peter Franks System der „medizinischen Polizey“.

39 Löhmer (1989), S. 231.

40 Dinges: Stand (2004), S. 84. Die Auswertung von Kriminalakten verfolgte andere Ziele.

41 Arnold (2000), S. 26. So auch Peters (2000), S. 141 f.

42 Der aktuelle Forschungsbefund bei Jungnitz u. a. (2007), S. 64. Jungen erfahren mehr Gewalt als Mädchen.

43 Frenken (1999), Bd. 2, S. 688 f.

44 Branca/Schultheiss (2010), bes. S. 45 ff. Siehe auch Piller: Spuren (2007), S. 174 ff., bes. S. 190 ff.; Piller (2001), S. 230; Schreiner (2003), S. 261–265.

Bei der **Gesundheitssozialisation** muss aber berufe- und standesspezifisch differenziert werden. Zur **bäuerlichen Kindheit** verweist die Literatur darauf, dass Jungen viel häufiger als Mädchen, außerdem recht frühzeitig z. B. als Hütebuben gefährliche Aufgaben übernahmen. Dass sie damit auch einen risikoreicheren Gesundheitshabitus ausbildeten, weil sie außer Haus auf sich gestellt erhebliche wirtschaftliche Verantwortung für das Vieh hatten und eigenverantwortlich Gefahren ausgesetzt waren, wird dabei nicht bedacht.⁴⁵ Es dürfte ihr Körperverhältnis aber anders geprägt haben als Tätigkeiten in größerer Nähe des Hofes.

Wenn man viele Kinder hatte, gab man Mädchen und Jungen gern in Haushalte von Verwandten oder aber auch fremde Haushalte ab, wo sie sich bei der Haus- oder Hofarbeit oder als Laufburschen nützlich machen sollten.⁴⁶ Das war wohl häufiger der Fall bei Jungen, da Mädchen eher im elterlichen Haushalt verblieben, weil sie für die Betreuung der jüngeren Geschwister gebraucht wurden.⁴⁷

Alle im Folgenden dargestellten Erfahrungen, sei es als „learning by doing“, im Ausbildungsverhältnis, bei Studienreisen oder in anderen typischen Erprobungen des beginnenden (Arbeits-)Lebens betreffen demgegenüber praktisch ausschließlich Jungen, die auf diesen Wegen zu Männern gemacht werden sollten. So brachte man **Lehrlinge** früh in **fremden Haushalten** unter. Handwerksordnungen und Lehrverträge regelten die Versorgung, aber auch ein Züchtigungsrecht, das oft als zu hart empfunden wurde.⁴⁸ Dessen Psyche und Gesundheit schädigende Seite wurde erst mit „Anton Reiser“ 1785 literaturfähig.⁴⁹ Auch angehende Kaufleute wurden zur Ausbildung in fremde Haushalte, häufig im Ausland, geschickt, wo man von ihnen erwartete, ihre Schreib- und Rechenkompetenzen zu verbessern und belastende Phasen und Krankheiten durchzuhalten. Damit erwarben sie Elemente eines spezifisch männlichen Habitus, der es ihnen ermöglichen sollte, immer wieder anstrengende Reisen und Krankheiten in der Ferne ohne familiäres Umfeld zu überstehen.⁵⁰ Der Kölner Ratsherr und Kaufmann Hermann Weinsberg traute sich aus genau diesem Grund, nämlich wegen seines Bruchleidens, keine Kaufmannskarriere zu.⁵¹

Studenten gingen etwas später als Lehrjungen außer Haus.⁵² Friedrich Behaim (1563–1613), der im Alter zwischen 14 und 18 Jahren studierte, erhielt von seiner verwitweten Mutter Magdalena (gest. 1581) brieflich etliche Gesundheitstipps. Sie riet zu regelmäßigen Aderlässen und zurückhaltendem

45 Shahar (1991), S. 276–279.

46 Ein Extrembeispiel sind die sog. Schwabekinder. Dazu Uhlig (1983) mit Angaben ohne Differenzierung nach Geschlecht (S. 41–44, 98, 102). Zum 19. Jahrhundert errechnet Couzinet-Weber (2012), S. 134f., nur 14 Prozent Mädchen.

47 Siehe aber Dürr (1995), S. 160, mit Angaben zum Alter.

48 Shahar (1991), S. 268f.; Schlenkrich (1995), S. 108–114.

49 Müller (1987).

50 Frohne (2014), S. 169–175.

51 Nolte u. a. (2017), S. 262–265, bes. S. 263. Allgemeiner dazu Lumme (1996), S. 86–88.

52 Schlenkrich (1995), S. 52–57, zum Alter der Lehrjungen.

Biergenuss. Empfehlungen betrafen auch die alltägliche Hygiene sowie die Kleiderpflege. Mit großer Selbstverständlichkeit diskutierte Friedrich mit seiner Mutter, welches Bad am Studienort zu bevorzugen sei, um dort Geschlechtskrankheiten zu vermeiden.⁵³ Elterliche Warnungen vor leichtfertigen Frauen bzw. „*unnutzen weibern*“ durchziehen die Kaufmanns- wie die Lehrlingskorrespondenz.⁵⁴ Der Bürgermeister von Lüneburg warnte im ausgehenden 18. Jahrhundert seine studierenden Söhne ebenfalls vor zu viel Alkoholgenuss. Er begründete das aber nicht mit Gesundheitsrücksichten, sondern mit der Gefahr, gesellschaftlich die Contenance zu verlieren, und verwies außerdem auf die wünschenswerte Abgrenzung gegenüber niederen und höheren Ständen.⁵⁵ Die Orientierung an einem patrizischen Männlichkeitsmodell konnte so nebenbei Gesundheitseffekte entfalten.

Stationen an fremden Höfen gehörten wie später die sog. Grand Tour zur **höfischen Erziehung**. Kavaliertouren waren mit besonderen Gesundheitsrisiken verbunden.⁵⁶ Während der Reise entstandene Korrespondenzen enthalten häufig Schreiben, die als „Tadelbriefe“ bezeichnet werden, weil sich darin besorgte Erzieher, meist die Eltern, mit dem Alkoholabusus jüngerer Adelliger auseinandersetzten.⁵⁷ Die „Ermahnungsbriefe“ hingegen behandeln Körper und Gesundheit eher normativ. Für Vorstellungen von Männlichkeit und Gesundheit könnten auch sie durchaus aufschlussreich sein.

Im Adel prägte die Vorbereitung auf Kampf und Krieg spezifische Körperpraktiken. Jörg Rogge zeigt an Selbstzeugnissen des ausgehenden 15. Jahrhunderts, wie Jünglinge die Bewegungsabläufe durch Nachahmen lernten und sich dabei einen **Kämpferhabitus** aneigneten.⁵⁸ Dazu gehörte Abhärtung, nicht zuletzt gegen Hunger und die Anstrengungen langer Ritte. Den Körper musste man routiniert aufs Spiel setzen können. Schmerzen nach Verletzungen waren stoisch durchzustehen. Abgeschlagene Körperteile galten als Beweis für kämpferische Leistung und wirkten identitätsbildend – auch noch in der Aufklärungszeit.⁵⁹ Standesgemäß und männlich war es, die negativen Aspekte wie Schmerzen nicht zu betonen, sondern emotionslos Kampferfolge zu notieren.⁶⁰ Dabei hatten Ritter die Hoffnung, für verlorene Glieder durch Ämter o. Ä. entschädigt zu werden.⁶¹ Das ist geradezu der Idealtypus eines „instrumentellen

53 Dinges: Mütter (2004), S. 102–107.

54 Beer: Verhältnis (1990), S. 134.

55 Heuschen (2006), S. 119f., 122–129.

56 Leibetseder (2004), S. 176–181.

57 Deutschländer (2012), S. 55ff., 179f. Über elterliche Nachfragen, u. a. nach Ernährungsgewohnheiten, dem Trinken und Krankheiten von Hans Behaim – und die spätere Reintegration dieses „Sorgenkindes“ ins Familiengedächtnis – berichtet Frohne (2014), S. 179–187.

58 Rogge (2016), S. 83.

59 Auge (2009), S. 33; Rogge (2016), S. 93f. Rogge unterscheidet eine unmittelbare (Wunden, Verletzungen) und mittelbare Erzählung des Körpers (Bezüge zum Ritterideal, Gott, Frauen). Zur Aufklärungszeit: Höchner (2015), S. 112.

60 So auch im 18. Jahrhundert: Höchner (2015), S. 114.

61 Rogge (2016), S. 90.

Verhältnisses“ zum eigenen Körper, das manche Gesundheitswissenschaftler heute Männern generell zuschreiben.⁶² Weitere Forschungen zum spezifischen Umgang von Rittern und Condottieri (Söldnerführern) mit ihrem Körper konstatieren ein häufiges „Schweigen der Verletzten“ – nicht nur in den Texten –, das als Männlichkeitshabitus weiter zu untersuchen wäre.⁶³ Ich selbst bin der Konditionierung des Körpers von Landsknechten, Söldnern und „Soldaten“ während der Frühen Neuzeit nachgegangen und habe Aneignung von und Widerstände gegen die körperlichen und psychischen Herausforderungen des Kriegsdienstes analysiert.⁶⁴ Anhand einer Quelle aus der Aufklärungszeit ließ sich zeigen, welche psychosozialen Voraussetzungen es ermöglichen, das Ziel einer militärkompatiblen Selbsthärtung eines jungen Mannes zu erreichen: Abwehr von Mitleid bei eigenen und fremden Körperverletzungen und Ausschluss von Frauen aus der Schmerzbewältigung.⁶⁵

Erinnert sei hier nur kurz daran, dass für die Weihe zum **Geistlichen**, also einer ausschließlich von Männern ausgeübten Tätigkeit, nach Kirchenrecht bestimmte körperliche Vorbedingungen erfüllt sein mussten. Ein Priester musste sich auf seinen Beinen, notfalls mit Krücken, im Altarraum bewegen und die Hostien bei der Wandlung mit beiden Armen hochhalten können. Darüber hinausgehende körperliche Einschränkungen galten als Hindernis – sofern nicht ein päpstlicher Dispens anderes verfügte.⁶⁶ Für das Klosterleben galten ähnliche Voraussetzungen, auch wenn dort für gebrechliche ältere Mönche und Nonnen im Alter gesorgt wurde.⁶⁷ Das Wiedererlangen der Fähigkeit zu predigen bewertet Bianca Frohne als „Inszenierung der Überwindungsleistung“ von Geistlichen verschiedener Konfessionen.⁶⁸

Zum **Pietismus** sind sowohl Reflexionen zum Körpergebrauch wie auch, weniger direkt, zum Gesundheitsverhalten überliefert.⁶⁹ Frömmigkeit ist in

62 Bründel/Hurrelmann (1999), S. 128 ff. Kritisch dazu Helfferich (1993), S. 45, 53. Siehe auch Faltermaier (2015), S. 304. Risikowahrnehmung wird bei männlicher Geschlechtsrolle eher positiv bewertet, bei weiblicher eher die Körperwahrnehmung und -kontrolle. Empirisch systematisch dazu Susanne Hoffmann (2010), S. 78 ff.

63 Gelegentlich enthalten die Texte auch Hinweise auf den weiteren Umgang mit Beschädigungen des eigenen Körpers. So bieten diese Quellen weitere Erkenntniswege zum männlichen Körperverhältnis und -gebrauch. Rogge (2017), darin besonders Dominik Schuh (2017), bes. S. 253, 255, 258–260, 262. Zur ehrerhaltenden Bewältigung von Verletzungen s. Nolte u. a. (2017), S. 274 f., sowie zur Literarisierung S. 275 f., zu Söldnern S. 278.

64 Dinges (1996).

65 Dinges (1997); zu den diskursiven Regeln der Autobiographien von Söldnern und Obristen s. Dinges: *Wie kommt der Körper* (2020).

66 Nolte u. a. (2017), S. 269 ff. Siehe auch Frohne (2014), S. 91 f.; dazu musste er die Hostie mit den Händen halten können, weshalb die weitgehende Unversehrtheit der Finger wichtig und Gegenstand von Verfahren um päpstliche Dispense bei der Pönitentiarie war, s. Esch (2014), S. 56 ff. Zu den andersartigen Regelungen im Islam s. Ghaly (2010), S. 108 f.

67 Nolte u. a. (2017), S. 234 ff.

68 Frohne (2014), S. 92.

69 Ernst (2003).

der pietistischen Deutung eines Adam Struensee die höchstrangige Kategorie. So ist die Männlichkeit bekehrter Männer höherwertig als diejenige unbekehrter, denn die nunmehr Rechtgläubigen hatten die Fähigkeit zur Selbstkontrolle von sexuellen Leidenschaften bewiesen, was als Zeichen von Heiligung galt.⁷⁰ Sich selbst stilisiert der Generalsuperintendent von Schleswig-Holstein in seiner Familienrolle als „demütiger Patriarch“.⁷¹

Diätetik

Man darf wohl annehmen, dass Bewohnern einer Welt, die dauernd von Subsistenzkrisen und Unterernährung bedroht war, die Bedeutung einer **gesunden Lebensweise** sehr klar war. Außerdem lebten sie nicht in assanierten Städten und Wohnungen, hatten keine dank Krankenversicherung leicht erreichbare Gesundheitsversorgung mit teilweise hochwirksamen Arzneien sowie Impfungen, die bei Epidemien schützen können.

In den Diätetiken, also Anleitungen zum gesunden oder längeren Leben, waren entsprechende Empfehlungen zusammengestellt und seit dem 16. Jahrhundert in gedruckter Form immer leichter zugänglich. Auf die im Einzelnen nur schwer zu klärende Frage der Verbreitung der damaligen Wissensbestände und auf die Auswirkung von Bildungseffekten habe ich oben bereits hingewiesen.⁷² Darüber hinaus bleibt eine genderspezifische Analyse der empfohlenen diätetischen Praktiken ein Desiderat. Zwar gibt es in der medizinhistorischen Literatur allenthalben Hinweise auf die Bedeutung einer gesunden Lebensweise – angefangen von den Ratgebern zur Säuglingspflege bis zur Spezialliteratur über Krankheitsätiologie oder auch zur Therapiebegleitung; außerdem entsprechende Anweisungen in den Behandlungsdokumentationen vieler Arztpraxen –, aber die Frage danach, an wen implizit und explizit die Regeln adressiert waren, wird erst in jüngsten Publikationen genauer betrachtet.⁷³ Die „Hausväter“ waren jedenfalls eine häufig adressierte Zielgruppe.⁷⁴ Wer eigentlich welche Empfehlungen kannte und beachtete und welche Bezüge er oder

70 Ole Fischer (2014), S. 108 – Komplementarität von Selbstreflexion und Selbstverleugnung.

71 Ole Fischer (2014), S. 212–277.

72 Zur Diätetik in der Frühen Neuzeit s. Stolberg (1998). Hinweise auf praktizierte Diät – neben Arzneimittelgebrauch – des niederadeligen Übersetzers Hieronymus Wolf ganz im Sinn der Gelehrten-diätetik bei Lumme (1996), S. 75, 77, zu Weinsberg S. 89. Zur Suche nach guter Luft in Rom, ohne jegliche Beachtung von einschränkenden ökonomischen Bedingungen, s. Gage (2017). Zur Bedeutung der guten Luft in den Regimina Cavallo/Storey (2013), S. 70 ff., zum Schlaf S. 113 ff.

73 Cavallo/Storey (2013); Cavallo/Storey: *Conserving health* (2017), S. 4 f.; Cavallo/Storey: *Regimens* (2017), S. 36 f. Zur Geschichte der Regimina-Gattung im 15. Jahrhundert s. Nicoud (2007). Darstellung von Casanovas Praktiken, aber ohne geschlechterspezifische Verortung; Herrmann (2012), S. 77–79, 84. Einige Hinweise bei Dinges (2002).

74 Keil (1997), S. 236 f., 240.

sie zur Männlichkeitsperformanz herstellten, ist offen.⁷⁵ Man ist auf gut dokumentierte Einzelfälle angewiesen, die manchmal bereits für die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts ein starkes Interesse, bezeichnenderweise eines Gelehrten, an der Erhaltung seiner „*zarten Leibsbeschaffenheit*“ belegen.⁷⁶ Schon im 17. Jahrhundert sind Bezugnahmen auf die Diätetik in Suppliken bedürftiger Engländer um Armenunterstützung völlig marginal, während sie in den Selbstzeugnissen aus Mittel- und Oberschichten durchaus eine Rolle spielten.⁷⁷

Da **Bewegung** und Ernährung nach heutigen Erkenntnissen die entscheidenden gesundheitsförderlichen Faktoren sind, sollen vor allem diese analysiert werden, was wohl kein unzulässiger Anachronismus ist. Es ist sicher kein Zufall, dass die in den Registern der apostolischen Pönitentiarie, einem kurialen Gnadengericht für Gewissensfragen, seit dem 15. Jahrhundert überlieferten Sportunfälle ausschließlich männliche Laien und Priester betrafen. Das gilt bei (Fuß-)Ballspielen, naheliegenderweise auch bei Wurf-, Kampf- und Stierspielen, aber auch beim Baden.⁷⁸ Im 16. Jahrhundert wurden dann Ballspiele der Oberschicht von einem Kardinal, „Schulspiele“ in den Lateinschulen von Lehrkräften und auf dem freien Feld von Hofleuten sowie Gymnastikübungen von Ärzten in ihren Traktaten als gesundheitsförderlich propagiert.⁷⁹ Diese Texte richten sich implizit alle an (junge) Männer, zumeist aus der Oberschicht, manche altersgruppendifferenziert auch an erwachsene Männer, und prägen deren Bewegungshabitus, nicht zuletzt auch in Ritterakademien, ohne dass dieser Geschlechterbias bisher systematisch herausgearbeitet worden wäre.⁸⁰ Ab der Mitte des 16. Jahrhunderts wird in der normativen Literatur eine partielle Verdrängung des Kämpferhabitus durch das Modell des Hofmanns konstatiert, weshalb leichtere Übungen im Kurs steigen.⁸¹

Den Frauen der oberen Stände schlug man Spaziergänge und allenfalls „Übungen im Haus“ vor, hinsichtlich des Tanzens überwogen Warnungen.⁸² Einige Ausnahmen boten der Hochadel mit Frauensportarten und die Stadt Venedig mit Frauenregatten, die in der Zeit der Aufklärung endeten. Paare

75 Zu den Rezeptionschancen in einer semi-literalen Gesellschaft s. Cavallo/Storey: Regimens (2017), zum faktischen Ausschluss der bäuerlichen und Unterschicht als „imaginierte Leser“ S. 37f. Tatsächliche Besitzer dieser Werke waren zumeist Männer, manchmal auch ohne Titel (S. 38).

76 Piller: Schreiben (2007), S. 49.

77 Weisser (2015), S. 170.

78 Esch (2014), S. 86–89, 94–96.

79 Gesundheitsförderliche Wirkungen des (Oberschichtensports) Ballspiel propagierten entsprechende Traktate schon im 15. Jahrhundert, s. Behringer (2012), S. 140f.; Schulordnungen des 16. Jahrhunderts zielen beim Thema „Spiele“ auch auf Gesundheitsförderung – und die Reduzierung von Müßiggang und „*Sauffen*“ (S. 144, 146, 148), die Hofmanliteratur ist orientiert auf gute körperliche Verfassung, die Ärzte auf Gesundheit (S. 151–156).

80 Erst ab Volljährigkeit mit 25 Jahren werden volle Übungsprogramme empfohlen: Cavallo/Storey (2013), S. 151. Behringer (2012), S. 162f., zu den Ritterakademien. Zum Ende der Frühen Neuzeit s. Dinges: Exercise (2016).

81 Cavallo/Storey (2013), S. 144f., 153f., 158.

82 Behringer (2012), S. 168f.; Cavallo/Storey (2013), S. 152.

konnten allenfalls gemeinsam auf der Wiese kegeln.⁸³ Jedenfalls gab es keinen auch nur entfernt vergleichbar wichtigen Beitrag der körperlichen Bewegung zur Ausbildung eines weiblichen Gesundheitshabitus wie bei den Männern, wo er sozial schon in den Schulen viel stärker verbreitet wurde.⁸⁴

Hinsichtlich der **Ernährung** ist anzunehmen, dass Frauen die Speisen und Getränke zubereiteten, die Männer Tag für Tag aßen und tranken, während Kochen für außergewöhnliche Anlässe eher eine Männerdomäne wurde.⁸⁵ Geschlechterspezifische Aspekte der Ernährung in Institutionen wurden bisher nicht systematisch beachtet.⁸⁶ Die Rolle von Gasthäusern für die Männlichkeitskonstruktion ist demgegenüber besser erforscht. Bei den häufigen und nicht selten stolzen Berichten vieler Männer des 16. Jahrhunderts über eine große Zahl überstandener **Räusche** muss man annehmen, dass dies offenbar eher zum Renommee beitrug als Berichte über ein gesundheitskonformes Trinkverhalten.⁸⁷ Das gilt insbesondere für jüngere Männer.⁸⁸ Vor allem bei diesen zeigt sich exemplarisch die nachrangige Bedeutung der Gesundheitsziele: Exzessiver Konsum – auch von Lebensmitteln – sollte den gesellschaftlichen Rang unterstreichen und konnte deshalb in der Ständegesellschaft Gesundheitsbedenken in den Hintergrund drängen. Außerdem ist der erhebliche soziale Druck zu beachten, sich der Geselligkeit im Wirtshaus nicht zu entziehen, großzügig Runden auszugeben und damit Männlichkeitsanforderungen zu entsprechen.⁸⁹ Dass das Zutrosten zu gewalttätigen Auseinandersetzungen mit Verletzungsfolgen führen konnte, hing nicht selten mit Ehrvorstellungen zusammen – und verweist auf indirekte gesundheitsschädliche Folgen exzessiven Alkoholkonsums.⁹⁰ Schließlich konnte es – vor allem bei der häufig grasierenden Langeweile im Militärdienst – zum „Pegelsaufen“ verführen.⁹¹

Krankheitsbewältigung

Bei **Krankheitserfahrung und -bewältigung** muss man zwischen **akuten Beschwerden** und chronischen Leiden unterscheiden. Dass die Diätetik auch in der Rekonvaleszenzphase wieder relevant wurde – als Anzeichen für die Besserung, aber auch als Orientierung für die Therapie –, sei hier nur kurz erwähnt.⁹²

83 Behringer (2012), S. 169–173, mit Belegen für das Kegeln, allerdings nur für England.

84 Die höhere Bewegungsintensität und Sportbeteiligung der Männer gilt bis in die Gegenwart, allerdings haben Frauen, besonders während der letzten Generation, stark aufgeholt. Dinges: Männergesundheit (2016), S. 929.

85 Barlösius (1997).

86 Ein Vergleich von Frauen- und Männerklöstern wäre denkbar. Vgl. Vanja (2018), S. 37–41; Scheutz/Weiß (2018).

87 Roper (1994), S. 110f.; Lumme (1996), S. 90; Thusty (2005).

88 Ellinghausen (2010).

89 Thusty (2005), S. 142–148; Frank (1998); Lorenz (2007), S. 293.

90 Thusty (2005), S. 148–156; Siebenhüner (1999), S. 116–119.

91 Lorenz (2007), S. 295.

92 Newton (2017), S. 121f.

Bei der **Sorge um kranke Kinder** waren zwar zunächst Frauen gefragt. Allerdings engagierten sich bei fortdauernder Krankheit Väter, Onkel und Großväter nicht viel weniger intensiv als Mütter, Tanten und Großmütter.⁹³ Männer schrieben jedoch in ihren Selbstzeugnissen gelegentlich, sie könnten sich besser als ihre Frauen vor den schmerzhaften, psychischen Belastungen, die kranke Kinder verursachten, schützen.⁹⁴ Möglicherweise war das lediglich eine Form männlicher Selbststilisierung als Aussage einer Person, die auch in Krisensituationen selbstkontrolliert war. Theologisch war Männern in dieser Situation jedenfalls gestattet, leidenschaftlich zu trauern. Das ist insofern belangvoll, als von ihnen offenbar ansonsten verlangt wurde, sich emotional sehr zurückzuhalten, also psychische Spannungen nicht auszudrücken.

Auch **religiöse Vorstellungen** wirkten sich bei der **Krankheitsbewältigung** einengend aus. Wenn man Krankheit so sehr als Prüfung und Chance der Heiligung sieht wie die Pietisten, dann werden Selbstbeschuldigung und Unsicherheit über die eigene Chance auf das Heil eine zusätzliche Belastung; demgegenüber können Erlösungshoffnungen auch entlastend wirken.⁹⁵ Katharina Ernst hat diese sehr besondere Krankheitsbewältigung anhand unterschiedlicher Selbstzeugnisse von Familien und Einzelpersonen analysiert. Die genderspezifische Auswertung der von ihr benutzten Tagebücher von Männern würde es vielleicht erlauben, stärker geschlechterspezifisch akzentuierte Ergebnisse vorzulegen.⁹⁶ Der pietistische Schweizer Garnkleinhändler Ulrich Bräker (1735–1798) betonte zwar ebenfalls sein Gottvertrauen, nahm aber Gesundheitsbelange aktiv in die Hand – sowohl präventiv als auch engagiert im Krankheitsfall. Lediglich sein Ess- und Trinkverhalten war teilweise riskant. Susanne Hoffmann konnte außerdem zeigen, wie unterschiedlich er Krankheit und Gesundheit in seinen Tagebüchern und der Autobiographie gewichtete, was noch einmal die Bedeutung der Textgattungen für die berichteten Inhalte in Erinnerung ruft.⁹⁷ Spezifika der Krankheitsbewältigung – Kabbalah und Krankenbesuchsgesellschaften – sind bei deutschsprachigen Juden im 18. Jahrhundert ebenso zu beachten wie besondere geschlechterspezifische Reinheitsvorstellungen im Körperkonzept.⁹⁸

Zur **eigenen Krankheitserfahrung und -bewältigung** bieten Selbstzeugnisse bereits im 16. Jahrhundert teilweise geradezu buchhalterische Angaben über einzelne Beschwerden. So hoffte z. B. Lucas Rem, ein katholischer Kaufmann aus Augsburg, 200-maliges Erbrechen durch Bäder oder Schwitzkuren in den Griff zu bekommen.⁹⁹ Olivia Weisser entwickelte anhand von englischen Selbstzeugnissen des Jahrhunderts von 1630 bis 1730 eine – nicht

93 Newton (2012), S. 105 ff., 120; Keil (1997), bes. S. 230 ff.; Piller: Schreiben (2007); Zinger: Our hearts (2009), S. 65.

94 Newton (2012), S. 126 f.

95 Ernst (2003), S. 122 f., 129.

96 Ernst (2003), S. 138 ff., 150 ff., 156 ff., und bei den weiteren Kapiteln (Heilung etc.) zu Philipp David Burk S. 55 ff., zu Philipp Matthäus Hahn S. 58 f.

97 Susanne Hoffmann (2005), S. 139–141.

98 Zinger: Our hearts (2009), bes. S. 74, 80 f.; Diemling (2009), S. 120 f.

99 Lumme (1996), S. 85 f.

völlig trennscharf konzipierte – geschlechterspezifische Typologie. Danach berichteten Männer vorrangig entlang früherer eigener Krankheitserfahrungen, während Frauen Vergleiche mit Krankheiten Dritter stark bevorzugten. Das erklärt Weisser damit, dass Frauen in Haushalt und Familie, aber auch in bezahlten Tätigkeiten viel häufiger und intensiver mit Krankheiten anderer Personen konfrontiert seien. Auch bei der von ihnen verfassten Rezeptliteratur sei der Bezug auf belegte Erfolge bei Dritten zentral. Schließlich werde bereits seit dem Mittelalter in der weiblichen Spiritualität die Öffnung des Herzens und des Körpers positiv bewertet, während dies in Selbstzeugnissen von Männern des 17. Jahrhunderts nur noch bei den Geistlichen so gesehen würde.¹⁰⁰ Humoralpathologisch verstanden, ist das ein zusätzliches, religiös fundiertes Argument für eine höhere Störungsanfälligkeit des weiblichen Körpers, die seiner Säftekomplexion sowieso zugeschrieben wurde. Männer hingegen notierten tageweise Schwankungen der Symptome und quantifizierten detailliert alle Veränderungen. Das gelte selbst für die genaue Menge an Ausscheidungen von Exkrementen, die Frauen sehr selten erwähnten. Die Nähe zur Buchhaltung sei bei Männern beruflich viel stärker eingeübt und bestünde teilweise sogar physisch durch die Einfügung der Krankheitsbetreffe in Kontobücher von Haushalt oder Betrieb.¹⁰¹ Dabei stellten Männer Bezüge zwischen dem eigenen schlechten Gesundheitszustand und missglückten Geschäften her, nicht zuletzt nach Räuschen, die selbstkritisch kommentiert würden.¹⁰² Eine Tendenz zur Körperbetrachtung, die auf Naturerkenntnis ziele, verstärkte diese objektivierende Weise, Krankheiten zu beschreiben.¹⁰³ Schließlich würden krank machende Gefühle von Männern in engem Zusammenhang mit geschäftlichen (Miss-)Erfolgen beschrieben, im persönlichen Bereich entlang der Männlichkeitsnormen als stark kontrolliert notiert.¹⁰⁴ Auch die Performanz bei Schmerzerfahrungen würde entsprechend den gängigen Gendernormen von Frauen stärker expressiv, von Männern explizit stoischer thematisiert.¹⁰⁵ Insgesamt zeigt diese genaue Analyse von Selbstzeugnissen deutlich Elemente eines geschlechterspezifischen Gesundheitshabitus. Für den deutschsprachigen Raum und für das 18. Jahrhundert fehlt eine entsprechende Untersuchung.¹⁰⁶

Krankheitsverzeichnisse betrafen häufig Dritte und dienten dann der Selbstverständigung über Verläufe, die bis zum Tod führten.¹⁰⁷ Bezogen auf (eigene) Kinder konnten sie auch der Dokumentation einer letztlich „unheilbaren Krankheit“ und damit der eigenen Rechtfertigung dienen, alles Not-

100 Weisser (2015), S. 53–57, 71.

101 Zu mittelalterlichen Wurzeln dieser Verzeichnisse vgl. Frohne (2014), S. 69 ff.

102 Weisser (2015), S. 48 f., 58–64.

103 Weisser (2015), S. 66.

104 Weisser (2015), S. 93–95, 100.

105 Weisser (2015), S. 153–155.

106 Einige Elemente, allerdings zumeist zum 19. Jahrhundert, bieten Lachmund/Stollberg (1995), S. 60–66.

107 Piller: Spuren (2007), S. 213 ff.