

I.

Einleitung

Im Frühjahr 1627 befand sich Kapitän David Pietersz. de Vries mit seinem Schiff *Wapen van Hoorn* als Teil einer Handelsflotte der niederländischen Ostindienkompanie auf dem Weg nach Batavia.¹ Für den 29. April vermerkte de Vries in seinem Journal, dass er das schöne Wetter genutzt habe, um gemeinsam mit seinem leitenden Chirurgen zu einem anderen Schiff, der *Vianen*, überzusetzen und den dort mitreisenden Arzt Dr. Jacob de Bondt um Hilfe bei der Behandlung eines Bootsmanns zu bitten, welcher an einer bösen Fußverletzung laborierte. De Bondt, der auf dem Weg nach Batavia war, um die Leitung der Gesundheitsversorgung der Kompanie in Asien zu übernehmen, erklärte sich bereit, mit an Bord der *Wapen van Hoorn* zu kommen, um den Patienten in Augenschein zu nehmen. Nach der Untersuchung wurde er dafür von de Vries gebühlich bewirtet.²

1. Fragestellung und methodische Überlegungen

Die *Vereenigde Oostindische Compagnie* (VOC) war eines der ersten global operierenden Handelsunternehmen der Frühen Neuzeit. Sie war 1602 durch die Fusion mehrerer kleiner niederländischer Handelskompanien und mit Unterstützung des niederländischen Staates zu dem Zweck geschaffen worden, den Gewürzhandel mit Asien zu intensivieren und die strategische Position der Niederländer dort sowohl in ökonomischer als auch in militärischer Hinsicht auszubauen.

Die von Kapitän de Vries geschilderte Begebenheit verweist auf ein bemerkenswertes Charakteristikum der VOC: Sie beschäftigte von Beginn an medizinisches Personal an Bord ihrer Schiffe und errichtete im Lauf ihres Bestehens von 1602 bis 1795 in ihren Kontoren und Handelsniederlassungen in Asien und Afrika ein System, das nicht nur die medizinische Versorgung kranker Kompanieangehöriger sicherstellen sollte,

¹ Heute Jakarta.

² J. C. MOLLEMA (Hg.), *De Nederlandsche Vlag op de Wereldzeen: Met David Pietersz. de Vries in de Vier Werelddeelen*, Amsterdam 1944, S. 141 f.

sondern auch einen wachsenden Strom von medizinischem Personal und Material organisierte. Ein solches System war notwendig, denn sowohl auf den Überfahrten als auch während des Aufenthaltes in Übersee waren Morbidität und Mortalität unter den Kompanieangestellten hoch.³

Im Zeitraum ihrer Existenz entsandte die Kompanie etwa 973.000 Personen in ihren Operationsbereich, der vom Kap der Guten Hoffnung bis nach Japan reichte.⁴ Krankheiten spielten eine wesentliche Rolle im Alltag der *compagniesdinaaren*. Schon auf dem Weg nach Asien hatten sie unter vielen Krankheits- und Todesfällen zu leiden. In den Niederlassungen in Übersee kam meist noch die Gefahr der Infektion mit unbekanntem tropischen Krankheiten hinzu. Insofern hatten es die Angestellten nicht nur mit medizinischen Problemen unter erschwerten Versorgungsbedingungen zu tun, sondern sie mussten sich zudem in fremden Umgebungen mit neuen Krankheitsverläufen und Symptomen auseinandersetzen und hierfür Lösungsstrategien entwickeln.

Krankheiten und ihre Behandlung sind, bei aller Varianz der Definition des Zustands „Krankheit“⁵, ein Phänomen, das über Zeiten und Kulturen hinweg existiert. Sie können ein Individuum ebenso beeinflussen wie eine ganze Gesellschaft. Sie gehen einher mit Selbst- und Fremdbeobachtungen und lösen spontane Deutungen aus. Krankheiten stellen nicht nur einen Eingriff in die Körperautonomie des Individuums dar, sondern wirken – auch aufgrund ihrer Unvorhersehbarkeit – häufig existenzbedrohend. Die Folge sind oft heftige emotionalen Reaktionen und prägende Erfahrungen.⁶

Der Umgang mit Krankheiten ist durch kulturell erlernte Einstellungen geprägt und wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst.⁷ Beim Auftreten von Krankheiten müssen vielerlei Fragen, wie die der Behandlungsmöglichkeiten, der Auswahl der Heilverfahren oder des Ansteckungsschutzes, geklärt und Entscheidungen getroffen werden. Hierfür wird in der Regel auf vertraute Handlungsnormen der Herkunftskultur zurückgegriffen, die die Interpretation und damit das weitere Vorgehen bestimmen. Krankheitserfahrungen in einem Kontext mit unbekanntem Variablen –

3 Für einen Überblick siehe Femme S. GAASTRA, „*Considerabel ongesond, de mensen schijnen hier altemaal wel levend dood te sijn*“: Gezondheidszorg bij de Verenigde Oost-Indische Compagnie, 1602–1800, in: Pim ANKUM u. a. (Hg.), *Ships that Pass in the Night*, Amsterdam 2006, S. 127–39.

4 Jurrien VAN GOOR, *De Nederlandse Koloniën: Geschiedenis van de Nederlandse expansie 1600–1975*, 's-Gravenhage 1993, S. 102.

5 Unter Krankheit wird in dieser Arbeit die Störung des körperlichen und/oder psychischen Wohlbefindens verstanden.

6 Zu den Problemen, die entstehen, wenn die Angst vor Krankheit als anthropologische Konstante aufgefasst wird, wie dies in der älteren seuchenhistorischen Literatur der Fall ist, siehe: Eberhard WOLFF, *Einschneidende Maßnahmen: Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts*, Stuttgart 1998, S. 257 f.

7 Roy PORTER, *Die Kunst des Heilens: Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute*, Heidelberg u. Berlin 2000, S. 33 f.; Wilhelm KÜHLMANN, *Selbstverständigung im Leiden: Zur Bewältigung von Krankheitserfahrungen im versgubundenen Schrifttum der Frühen Neuzeit*, in: Udo BENZENHÖFER / Wilhelm KÜHLMANN (Hg.), *Heilkunde und Krankheitserfahrung in der Frühen Neuzeit: Studien am Grenzrain von Literaturgeschichte und Medizingeschichte*, Tübingen 1992, S. 1.

beispielsweise eine Erkrankung fern der bekannten Versorgungsstrukturen oder eine unbekannte Krankheit, die sich zunächst der Einordnung in vertraute Erklärungssysteme entzieht – können eine Anpassung notwendig machen.⁸

Das Fehlen eines vertrauten Bezugsrahmens kann aber auch instinktiv einen verstärkten Rückgriff auf die bekannten Normen, Strukturen und Handlungsmuster herausfordern und damit den Weg für die Suche nach alternativen Handlungsoptionen verschließen. Wie der Medizinhistoriker Florian Steger und der Historiker Kay Peter Jankrift feststellen, verlaufen kulturelle Transfer- und Transformationsprozesse „nicht linear, vielmehr interpretiert die rezipierende Gruppe [diese], indem sie ihre eigene Kultur reproduziert und die Grenzen der Aneignung festsetzt.“⁹ Normen können – müssen aber nicht – situativ neu angepasst werden, wenn sich normgebende Parameter verschieben.¹⁰

Eine Grundannahme dieser Arbeit besteht daher darin, dass Individuen Erlebnisse in kulturell und situativ geprägten Rahmen interpretieren. Der soziohistorische Kontext, der konkrete Geschehenszusammenhang und die persönlichen Eigenschaften des Einzelnen beeinflussen individuelle Wahrnehmungen und Entscheidungsprozesse. Auch medizinische Konzepte und Krankheitserklärungen unterliegen diesen Einflüssen und sind eng mit den Alltagsrealitäten und dem Wissenskanon des jeweiligen gesellschaftlichen Systems verbunden.¹¹ Die Interpretation von Gesundheit und

8 Die Erfahrung, mit unbekanntem Krankheiten konfrontiert zu sein und Handlungsstrategien dagegen entwickeln zu müssen, ist uns auch heute nicht fremd. Neue, epidemisch auftretende Infektionskrankheiten lösen auch in unserer aufgeklärten Informationsgesellschaft Verunsicherung aus, wie jüngst die Covid-19 Pandemie gezeigt hat. Nach Auftreten der neuen Viruserkrankung zu Beginn des Jahres 2020 bestimmte sie in vielen Ländern große Teile des gesellschaftlichen und politischen Diskurses. Da aufgrund der Neuartigkeit der Krankheit zu vielen Aspekten noch kein wissenschaftlicher Konsens bestand, gingen auch unter Experten die Meinungen auseinander. Über Sinn und Zweck von Schutzmaßnahmen und Quarantäneregelungen wurde ebenso debattiert, wie über die Vor- und Nachteile der entwickelten Impfstoffe. Die Verunsicherung führte zu teilweise irrationalen Reaktionen – von Hamsterkäufen bis hin zum Negieren der Existenz der Pandemie. Siehe beispielsweise Moritz AISSLINGER u. a., „Angst ist auch ein Virus“, in: *Die Zeit*, No. 11 vom 05.03.2020, S. 17–19; Kristiana LUDWIG, „Die Politik hat die Virusangst unterschätzt“ in der Online-Ausgabe der *Süddeutschen Zeitung* unter <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-virus-krise-hamsterkaeufe-1.4832408> vom 06.03.2020.

9 Florian STEGER / Kay Peter JANKRIFT (Hg.), *Gesundheit – Krankheit: Kulturtransfer medizinischen Wissens von der Spätantike bis in die Frühe Neuzeit*, Köln 2004, S. 7.

10 Otto DÖHNER, *Krankheitsbegriff, Gesundheitsverhalten und Einstellung zum Tod im 16. bis 18. Jahrhundert: Eine historisch-medizinsoziologische Untersuchung anhand von gedruckten Leichenpredigten*, Frankfurt a. M. 1986, S. 15 f.; Michael STOLBERG, *Homo Patiens: Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln u. a. 2003, S.20; Alfons LABISCH, *The Social Construction of Health: From Early Modern Times to the Beginnings of the Industrialization*, in: Jens LACHMUND / Gunnar STOLBERG (Hg.), *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart 1992, S. 85.

11 Vgl. Sönke NEITZEL / Harald WELZER, *Soldaten: Protokolle vom Kämpfen, Töten und Sterben*, Frankfurt a. M. 2001, S. 17; Christine TUSCHINSKY, *Produktion, Handel und Konsumtion nicht-westlicher Medikamente in Südost-Asien: Malaiische jamu in Singapore*, Hamburg 1991, S. 43.

Krankheit bezieht sich stets auf eine kulturgebundene Ordnung, die in einer Gesellschaft die Funktion von Medizin und Heilberufen bestimmt.¹²

Die Tatsache, dass in dieser Arbeit Krankheit als in Teilen sozial und kulturell konstruiert begriffen wird, bedeutet jedoch nicht, dass die Existenz körperlicher Symptome oder somatischer Prozesse negiert wird. Vielmehr geht es darum, zu ergründen, in welchem Ausmaß soziale und kulturelle Rahmenbedingungen die Wahrnehmung und den Umgang mit Krankheiten beeinflussen.¹³

Die VOC als Untersuchungsrahmen

Die VOC ist als Untersuchungsrahmen für frühneuzeitliche medizinische Alltagserfahrungen und Mentalitäten im Kontext der europäischen Überseeexpansion besonders geeignet, denn die Kompanie sorgte von Beginn an für die medizinische Betreuung ihrer Angestellten und schuf im Lauf der Zeit in Asien Versorgungsstrukturen, die in mancher Hinsicht über das, was im damaligen Europa üblich war, hinausgingen. Entsprechend gehörte eine nicht unerhebliche Anzahl von medizinisch tätigen Personen zum Personalbestand der Kompanie. Dies ermöglicht, sowohl die Perspektive der medizinischen Laien als auch die der professionellen Mediziner zu untersuchen. Aufgrund der Vielzahl von Menschen unterschiedlicher Herkunft und Bildung, die für die VOC arbeiteten, wird es möglich, ein relativ breites Spektrum zeitgenössischer krankheitsbezogener Wahrnehmungsebenen in den Blick zu nehmen.

Die Angestellten der VOC waren Bedingungen ausgesetzt, die den üblichen Erfahrungshorizont sprengten. Schon die Schiffspassage nach Asien stellte für viele eine massive Veränderung des gewohnten Alltagslebens und der damit zusammenhängenden Rahmenbedingungen dar. Dies manifestierte sich auch anhand der auftretenden Krankheiten sowie deren Behandlung. Nach der Ankunft in Übersee standen die Europäer zudem einer tropischen oder subtropischen Umwelt, unbekanntem Krankheiten und fremden Heilkulturen gegenüber, die eine Auseinandersetzung mit Themen wie Krankheitsprävention und Behandlungsstrategien notwendig machte. Handlungsnormen mussten entwickelt, unbekanntes Krankheiten kategorisiert und Behandlungskonzepte angepasst werden. Anhand der klar umrissenen Gruppe der Angestellten der VOC lässt sich facettenreich untersuchen, inwieweit der Umgang mit Krankheiten durch situative Rahmenbedingungen einerseits und kulturell vorgeprägte Denkmuster und Vorstellungen andererseits beeinflusst wurde. Aufgrund der Lebenssituation, der die *compagniesdinaaren* auf den Schiffen und in Übersee ausgesetzt waren, scheint

12 STOLBERG, *Homo Patiens*, S. 20 u. 29.

13 JENS LACHMUND / GUNNAR STOLLBERG, *Patientenwelten: Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen 1995, S. 10.

die Annahme, dass in diesem Zusammenhang Verschiebungen normgebender Parameter stattgefunden haben, wahrscheinlich.

Die VOC erweist sich darüber hinaus auch deshalb als aufschlussreicher Untersuchungsgegenstand, weil es sich bei der Kompanie um ein gewinnorientiertes Handelsunternehmen handelte, dessen Anteilseigner und Führungspersonal in erster Linie nach Profit strebten. Am Beispiel der VOC lässt sich daher auch beleuchten, aus welchen Motiven und in welcher Form ein frühkapitalistisches Unternehmen bereit war, in die medizinische Versorgung seiner Angestellten zu investieren, und inwieweit unternehmerische Überlegungen die Gestaltung der Versorgung beeinflussten.¹⁴

Als einer der ersten „Global Player“ verknüpfte die VOC auch in medizinischer Hinsicht Welten. Man interessierte sich für die lokale Botanik im Hinblick auf neue Medizinalpflanzen als potentiellem Handelsgut. Die Kompanieangestellten knüpften Kontakte zu ortsansässigen Heilkundigen und lernten durch diese fremde Heilmethoden kennen. Das Wissen, das auf diese Weise entstand, wurde nach Europa übermittelt und dort im Diskurs der *res publica litteraria*¹⁵ weiterverarbeitet. Insofern lässt sich in diesem Rahmen auch untersuchen, welche Impulse von interkulturellen Interaktionen im medizinischen Bereich ausgingen und welche Faktoren die Auswahl und den Transfer von neuem Wissen beeinflussten.

Die Auseinandersetzung mit dem medizinischen Alltag der VOC-Angestellten, dem Umgang mit Krankheiten und der Wahrnehmung und der Gestaltung medizinischer Versorgung wirft eine Reihe von weiteren Fragen auf: Welche Strukturen standen für die Versorgung von Kranken zur Verfügung? Wie erging es den Angestellten der Kompanie, wenn sie – sei es freiwillig als Arzt oder unfreiwillig als Patient – Teil des medi-

- 14 Mit Frühkapitalismus ist hier der frühneuzeitliche Handelskapitalismus gemeint, eine vormoderne Wirtschaftsform, bei der Gewinn durch Handel generiert und die von den Handelskompanien stark geprägt wurde. Das Ziel der Kompanien war es, Gewinn für ihre Kapitalgeber und Anteilseigner zu erwirtschaften. Hierzu bediente sie sich jedoch noch weitgehend bestehender Produktionssysteme ohne selbst gewerblich tätig zu sein. Die Arbeitskraft ihrer Angestellten war nötig, um die Geschäfte abzuwickeln und die angestrebten Gewinne zu erzielen. Die Reproduktion der Arbeitskraft fand jedoch noch weitgehend außerhalb der Sphäre des Handelskapitals statt. Vgl. Peter KRIEDTE, „Handelskapital und Handelskapitalismus: Zur Theorie des frühen europäischen Kapitalismus“, in: PROKLA 32 (2002), S. 491–507. Zur Bedeutung der strukturellen Änderungen im Handel infolge der Einrichtung der niederländischen und der englischen Ostindienkompanie siehe auch: DERS., *Spätfeudalismus und Handelskapital: Grundlinien der europäischen Wirtschaftsgeschichte vom 16. bis zum Ausgang des 18. Jahrhunderts*, Göttingen 1980, S. 106–115.
- 15 Der Begriff *res publica litteraria* bzw. *republic of letters* war vom 16. bis zum 18. Jahrhundert gebräuchlich. Die *res publica litteraria* war ein formloses Netzwerk von Gelehrten und Wissenschaftsbegeisterten aus ganz Europa, welche durch Austausch von Informationen – vor allem über briefliche Korrespondenz – nach dem humanistischen Ideal allgemeingültiger Erkenntnis strebten. Vgl. Pieter J. A. N. RIETBERGEN, *Witsen's World: Nicolass Witsen (1641–1717) between the Dutch East India Company and the Republic of Letters*, in: Robert ROSS / George D. WINIUS (Hg.), *All of One Company: The VOC in Biographical Perspective*, Utrecht 1986, S. 121. Zum Ursprung des Begriffs siehe auch Matthias SCHÖNHOFER, *Letters from an American Botanist: The Correspondence of Gotthilf Heinrich Mühlenberg (1753–1815)*, Stuttgart 2014, S. 98.

zinischen Systems der Kompanie wurden? Wie erlebten diese Menschen Krankheiten und medizinische Versorgung auf den Schiffen und in Übersee, wie gingen sie damit um und wie ordneten sie diese ein? Mit welchen Strategien reagierte die Führungsebene der Kompanie? Wie wurde die Versorgung durch die Kompanie beurteilt? Welche Handlungsalternativen boten sich an, wenn herkömmliche Therapien versagten? Inwiefern führte der Kontakt mit fremden Kulturen zur Erforschung und Nutzbarmachung fremden Heilwissens und in welchem Maße beeinflusste solches Wissen die europäische Medizin? Diesen Fragen wird im Verlauf der Arbeit nachgegangen.

Methodische Überlegungen

Mit dem aufgeworfenen Fragenkomplex bewegt sich die Arbeit thematisch in der Schnittmenge von Medizin- und Alltagsgeschichte vor dem Hintergrund der niederländischen Präsenz in Asien.

Mit dem zunehmenden Interesse der Medizingeschichte an Mustern des Umgangs mit Krankheiten im Alltag wurde seit den 1980er Jahren vermehrt nach Wahrnehmungs- und Handlungsmustern der von Krankheit Betroffenen gefragt. In diesem Zusammenhang fassten die Medizinhistoriker Jens Lachmund und Gunnar Stollberg den ursprünglich von Wolfgang Alber und Jutta Dornheim verwendeten Begriff der *medikalen Kultur* neu.¹⁶ Sie verstehen darunter alle Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster, die innerhalb einer gesellschaftlichen Gruppe für das Erleben von Krankheit, ihre Definition und Handhabung relevant sind.¹⁷ Der Begriff bietet so die Möglichkeit, über bloße Heilkultur oder therapeutische Praktiken hinaus auch Einstellungen und Verhaltensweisen zu erfassen.

In der vorliegenden Studie besteht die untersuchte Gruppe aus Angestellten der niederländischen Ostindienkompanie. Da diese weder kulturell noch gesellschaftlich eine homogene Gruppe bildeten, ist der Kulturbegriff hier nur eingeschränkt verwendbar. Geeigneter erscheint der von Rudolf Vierhaus für die Kulturgeschichte operationalisierte Begriff der *Lebenswelten*. Vierhaus versteht darunter „die – mehr oder we-

16 Wolfgang ALBER / Jutta DORNHEIM, „Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung alles Aberglaubens“: Zum Entstehungsprozeß neuzeitlicher Normsysteme im Bereich medikaler Kultur, in: Jutta HELD (Hg.), *Kultur zwischen Bürgertum und Volk*, Berlin 1983, S. 163–81; Jens LACHMUND / Gunnar STOLLBERG, „Zur medikalen Kultur des Bildungsbürgertums um 1800: Eine soziologische Analyse anhand von Autobiographien“, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 6 (1987), S. 163–84, insbes. S. 163 f. Nach der Definition von Wolfgang Alber und Jutta Dornheim war der Begriff der *medikalen Kultur* in seiner Verwendung auf die unteren Bevölkerungsschichten begrenzt. Zur Geschichte der Entwicklung des Begriffs siehe: Katharina ERNST, *Krankheit und Heiligung: Die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert*, Stuttgart 2003, S. 4.

17 LACHMUND/STOLLBERG, „Zur medikalen Kultur“, S. 163.

niger deutlich – wahrgenommene Wirklichkeit [...], in der soziale Gruppen und Individuen sich verhalten und durch ihr Denken und Handeln wiederum Wirklichkeit produzieren.“¹⁸ Um die beiden Ansätze zusammenzuführen und für diese Arbeit nutzbar zu machen, erweist sich die Einführung des Begriffs der *medikalen Lebenswelten* als sinnvoll. Die Frage nach medikalen Lebenswelten beinhaltet zum einen die Frage nach dem individuellen Erleben des Einzelnen – sei es als Patient, als Heiler oder als Beobachter –, zum anderen die Frage nach den kollektiven Vorstellungen, Handlungen und Deutungsmustern, die für die untersuchte Gruppe verfügbar sind.¹⁹

Das Ziel einer möglichst genauen Rekonstruktion der medikalen Lebenswelten in der VOC macht einen Ansatz erforderlich, der die Fragestellungen und Vorgehensweisen der Medizingeschichte mit denen der Mentalitäts-, Kultur- und Alltagsgeschichte verbindet. Als theoretischer und methodischer Rahmen bietet sich daher die Historische Anthropologie an.²⁰

Die Historische Anthropologie untersucht aus interdisziplinärer Perspektive die Historizität des Menschen und versucht, gegebene Lebenszusammenhänge und Rahmenbedingungen mit sozialer Praxis, mit Wahrnehmungen und Gefühlswelten, kurz mit der Subjektivität des nicht immer nach rationalen Kriterien handelnden Menschen zu verbinden.²¹ Ein Konsens zur Definition des Forschungsfeldes der Historischen Anthropologie existiert in der Geschichtswissenschaft bislang nicht.²² Jedoch steht bei aller Vielfältigkeit jeweils der Mensch in der Geschichte samt seiner Wahrnehmungen, Verhaltensweisen und Grundbefindlichkeiten im Mittelpunkt.²³

Diese Arbeit folgt in ihrem Verständnis von Historischer Anthropologie weitgehend der Definition, die von Richard van Dülmen entwickelt wurde. Dieser versteht unter Historischer Anthropologie in erster Linie die Analyse des „konkreten Menschen in seinem Handeln, Denken, Fühlen und Leiden“.²⁴ Ihre Hauptaufgabe ist van Dülmen zufolge, das Areal zwischen Handlungsmöglichkeiten und Handlungsräumen einschließlich aller Vieldeutigkeit und Widersprüche auszuloten. Der Mensch wird dabei

18 Rudolf VIERHAUS, *Die Rekonstruktion historischer Lebenswelten: Probleme moderner Kulturgeschichtsschreibung*, in: DERS. / Roger CHARTIER, *Wege zu einer neuen Kulturgeschichte*, Göttingen 1995, S. 13.

19 Zur Anwendung des Begriffs „Lebenswelten“ siehe auch Stefan KROLL, *Soldaten im 18. Jahrhundert zwischen Friedensalltag und Kriegserfahrung: Lebenswelten und Kultur in der kursächsischen Armee 1728–1796*, Paderborn u. a. 2006, S. 20.

20 Für eine ähnliche Synthese von verschiedenen Forschungsansätzen siehe KROLL, *Soldaten*, S. 23 f.

21 Richard VAN DÜLMEN, *Historische Anthropologie: Entwicklung – Probleme – Aufgaben*, Köln u. a. 2000, S. 39 f.; Jakob TANNER, *Historische Anthropologie zur Einführung*, Hamburg 2004, S. 98.

22 Vgl. Jakob TANNER, „Historische Anthropologie“, *Docupedia-Zeitgeschichte Dokument des Zentrums für Zeitgeschichte Potsdam* vom 03.01.2012, (unpaginiert; S. 3 des Textes in der PDF Version), veröffentlicht unter: https://zeitgeschichte-digital.de/doks/frontdoor/deliver/index/docId/278/file/docupedia_tanner_historische_anthropologie_v1_de_2012.pdf vom 09.04.2019.

23 Gert DRESSEL, *Historische Anthropologie: Eine Einführung*, Wien u. a. 1996, S. 162; VAN DÜLMEN, *Historische Anthropologie*, S. 25.

24 VAN DÜLMEN, *Historische Anthropologie*, S. 32.

als deutendes, reflektierendes und handelndes Wesen und damit als Faktor für historische Dynamik begriffen. Rahmenbedingungen wie soziale, gesellschaftliche und kulturelle Strukturen werden mit den Wahrnehmungen, Weltbildern, Vor- und Einstellungen, mit den Beziehungen, Befindlichkeiten und Gefühlen des Menschen, der in diesen Strukturen agiert, in Bezug gesetzt.²⁵ Untersuchungen auf der Mikroebene selbst ermöglichen die Verortung und Kontextualisierung des Alltäglichen.²⁶

Die mikrohistorische Analyse nimmt konkrete Lebenswelten einzelner Personen oder kleiner Gruppen in den Blick und ermöglicht so auch das Entschlüsseln von Handlungsräumen, die nicht durch vorgegebene Strukturen determiniert sind. Die quasi-mikroskopische Untersuchung der Lebenswelt einzelner Protagonisten oder Gruppen ermöglicht eine qualitative Vertiefung des Untersuchungsgegenstandes.²⁷

Das handelnde Subjekt steht in der Historischen Anthropologie also gleichwertig neben den gegebenen Strukturen, da deren dialektische Beziehung erst den einzelnen Menschen in der Geschichte sichtbar macht.²⁸ Entsprechend konstituiert sich Geschichte „immer im Wechselspiel von vorgefundenen strukturellen Gegebenheiten [...] und der jeweiligen strukturierenden Praxis (Deutungen und Handlungen) der Akteure.“²⁹ Mikro- und Makroebene müssen sich bei einer solchen Herangehensweise gegenseitig befruchten und ergänzen.³⁰ So sind in der vorliegenden Arbeit die medikalen Erfahrungen einzelner VOC-Angestellter nur im zeitlichen Rahmen der Frühen Neuzeit durch die Analyse der diese Epoche prägenden Charakteristika zu verstehen; dazu gehören etwa die zeitgenössischen Vorstellungen zu Pathogenese und Behandlung von Krankheiten, die von der Aufklärung geprägten Auffassungen von Wissenschaft und der frühkapitalistische Kontext der niederländischen Expansion nach Asien.

Neben der subjektiven Realität der diversen Akteure soll auch die soziale Faktizität der Gesundheitsversorgungsstrukturen der VOC untersucht werden, um sowohl die individuelle Krankheitserfahrung als auch das Bemühen um eine professionelle Einordnung derselben herauszuarbeiten. Ziel ist es, das konkrete, alltägliche Handeln und die Interaktionen der Menschen untereinander und mit ihrer Umwelt so weit wie

25 EBENDA, S. 33 f. u. 175.

26 EBENDA, S. 47.

27 Hans MEDICK, *Mikro-Historie*, in: Winfried SCHULZE (Hg.), *Sozialgeschichte, Alltagsgeschichte, Mikro-Historie: Eine Diskussion*, Göttingen 1994, S. 43 f.

28 DRESSEL, *Historische Anthropologie*, S. 162; VAN DÜLMEN, *Historische Anthropologie*, S. 35.

29 DRESSEL, *Historische Anthropologie*, S. 145 u. 163.

30 Karl-Reinhart TRAUNER, *Identität in der Frühen Neuzeit: Die Autobiographie des Bartholomäus Sastrow*, Münster 2004, S. 29 f. Siehe auch DRESSEL, *Historische Anthropologie*, S. 190 f. Ähnliches postulierte schon Jürgen Kocka, der feststellte, dass „eine vergangene Wirklichkeit erst dann als historisch begriffen gelten kann, wenn es gelungen ist, den Zusammenhang von Strukturen und Prozessen einerseits, Erfahrungen, Intentionen und Handlungen andererseits zu begreifen.“ Jürgen KOCKA, *Paradigmawechsel? Die Perspektive der „Historischen Sozialwissenschaft“*, in: Bernd MÜTTER / Siegfried QUANDT (Hg.), *Historie – Didaktik – Kommunikation: Wissenschaftsgeschichte und aktuelle Herausforderungen*, Marburg 1988, S. 75. Siehe auch DRESSEL, *Historische Anthropologie*, S. 226.

möglich zu rekonstruieren, um durch die Analyse der alltäglichen Wahrnehmung von Krankheit und medizinischer Versorgung in der VOC die „*Dialektik von objektiver Versorgungs-Struktur und subjektiver körperlicher Befindlichkeit*“ offenzulegen.³¹

2. Quellenlage

Durch die Kombination verschiedener Quellenarten können die diversen medizinischen Akteure im Kontext der VOC sichtbar gemacht werden und Aufschlüsse über deren Bewertung der medizinischen Versorgung in der Kompanie geben. Folgende Quellengruppen werden für die Untersuchung herangezogen: Erstens: Administrative Quellen und Verwaltungsdokumente der VOC. Diese gewähren Einblicke in die Entwicklung der Strukturen des medizinischen Systems. Neben den medialen Zielsetzungen der Kompanie und Informationen zur institutionellen Entwicklung finden sich hier auch Hinweise zu Problemen und organisatorischen Mängeln.

Zweitens: Selbstzeugnisse und andere aus persönlicher Perspektive verfasste Quellen.³² Diese Quellen bilden den Kern der Untersuchung. Sie berichten von individuellen Erkenntnissen oder Erfahrungen und enthalten Wahrnehmungen des medialen Alltags sowie Informationen über den Umgang mit Krankheiten und die Beurteilung der medizinischen Versorgung.

Als dritte Gruppe werden gelehrte Briefwechsel und wissenschaftliche Veröffentlichungen herangezogen. Diese transportierten neu erworbene Erkenntnisse nach Europa und brachten sie dort in Umlauf. Heute ermöglichen sie Rückschlüsse darauf, welche Art von medizinischem Wissen im Fokus der zeitgenössischen Naturforschung stand, aber auch, in welchem Rahmen die Kompanieführung daran interessiert

³¹ VAN DÜLMEN, *Historische Anthropologie*, S. 93.

³² Zum Begriff der Selbstzeugnisse siehe Benigna VON KRUSENSTJERN, „Was sind Selbstzeugnisse? Begriffskritische und quellenkundliche Überlegungen anhand von Beispielen aus dem 17. Jahrhundert“, in: *Historische Anthropologie* 2 (1994), S. 462–471, insbes. S. 463. Krusenstjerner Definition zufolge tritt der Verfasser des Textes „handelnd oder leidend in Erscheinung oder nimmt darin explizit auf sich selbst Bezug“. Selbstzeugnisse sind Teil der weiter gefassten Gruppe der Egodokumente, welche sowohl Quellen umfasst, die freiwillig, wie auch solche, die unbeabsichtigt Informationen über die historische Person enthalten. Vgl. Winfried SCHULZE, *Ego-Dokumente: Annäherung an den Menschen in der Geschichte? Vorüberlegungen für die Tagung „EGO-DOKUMENTE“*, in: Winfried SCHULZE (Hg.), *Ego-Dokumente: Annäherung an den Menschen in der Geschichte*, Berlin 1996, S. 11–30. Zur Diskussion um den Bedeutungsumfang des Begriffs der Egodokumente, den Rudolf Dekker ursprünglich deutlich enger gefasst und nur auf Quellen bezogen hatte, in denen der Autor bewusst etwas über sich mitteilt (vgl. beispielsweise Rudolf DEKKER, „Wat zijn egodocumenten?“, in: *Indische Letteren* 8 (1993), S. 103–112.), siehe den genannten Sammelband von Schulze in Gänze. Dieser enthält Beiträge mit verschiedenen Standpunkten zum Umgang mit dem Begriff. Eine gute Zusammenfassung und Einordnung der Debatten insgesamt bietet der Artikel von Kaspar VON GREYERZ, „Ego-Documents: The Last Word?“, in: *German History* 28 (2010), S. 273–282.

war. Sie gewähren Einblicke in die Wissenskommunikation zwischen Asien und Europa, etwa dahingehend, welches Wissen als kommunizierenswert erachtet wurde und welche Themen auf Interesse stießen oder für Kontroversen sorgten. Darüber hinaus finden sich in diesen Quellen gelegentlich Randbemerkungen, in denen auch persönliche Haltungen und Meinungen zum Ausdruck kommen.

Verwaltungsunterlagen der VOC sind vor allem von zweien der sechs Stammsitze der Kompanie, den Kammern Amsterdam und Middelburg, in großer Zahl erhalten geblieben. Diese werden überwiegend im *Nationaal Archief* in Den Haag aufbewahrt. Hier finden sich unter anderem Personallisten, Schiffsjournale und Tagesjournale der einzelnen Kontore in Asien. Diese Quellen geben vor allem Auskunft quantitativer Art, zum Beispiel zu Personendaten, Morbidität und Sterblichkeit.³³ Für die vorliegende Untersuchung waren die Schiffschirurgenjournale, in denen während der Überfahrten Krankheitsfälle und Medikamentenverbrauch dokumentiert wurden, von besonderem Interesse. Allerdings fanden sich entgegen den ursprünglichen Erwartungen nur in wenigen dieser Dokumente Informationen über persönliche Erfahrungen und alltägliche Aspekte.³⁴ Informationen zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Asien, sowie Hinweise zu Beschwerden und Verbesserungsvorschläge von leitenden Angestellten in Übersee finden sich in den *Overgekomen Brieven en Papieren* – dem Schriftwechsel zwischen den asiatischen Besitzungen und der Leitung in den Niederlanden, die in der Regel in Batavia zusammengefasst und von dort abgeschickt wurden –, sowie in den *Generale missiven*. Diese meist jährlich vom Generalgouverneur und weiteren Führungskräften in Batavia abgefassten Briefe enthielten Berichte zum Betrieb der VOC und zum Gang der Geschäfte in den Kolonien und liegen in großen Teilen als Quellenedition vor.³⁵ Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen der Regierung in Batavia wurden bereits Ende des 19. Jahrhunderts im *Nederlandsch-Indisch Plakaatboek* ediert.³⁶

Informationen über das medikale Alltagsgeschehen und individuelle Erfahrungen im Hinblick auf die medizinische Versorgung finden sich vor allem in Quellen, in denen die Autoren bewusst Angaben über sich selbst machen. Hier erwiesen sich insbesondere Reiseberichte als ergiebige Quelle.

33 Die meisten Quellen finden sich hier im Archivblock „Verenigde Oostindische Compagnie“ (VOC), Archivnr. 1.04.02. Diese Quellen werden im Folgenden mit dem Archivnamen VOC und der entsprechenden Archivstücknummer angegeben. Ergänzend wurden vereinzelt Quellen aus dem Archivblock Hope (Archivnr. 1.10.46) herangezogen. Diese werden ebenfalls durch den Archivnamen und die entsprechende Archivstücknummer kenntlich gemacht.

34 Zur Quellenproblematik siehe auch Dirk SCHOUTE, *De geneeskunde in den dienst der Oost-Indische Compagnie in Nederlandsch-Indië*, Amsterdam 1929, S. 13.

35 Willem Ph. COOLHAAS u. a. (Hg.), *Generale missiven van Gouverneurs-Generaal en Raden aan Heren XVII der Verenigde Oostindische Compagnie*, 13 Bände, Den Haag 1960–2007.

36 Jacobus A. VAN DER CHIJS (Hg.), *Nederlandsch-Indisch Plakaatboek, 1602–1811*, 17 Bände., Batavia u. Den Haag 1885–1900.